



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ZACATECAS



“FRANCISCO GARCÍA SALINAS”

UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD CON ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA

FACTORES DETERMINANTES DE LA NO ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD CON
ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA

PRESENTA:

MARITZELENE CARRILLO LAZALDE

DIRECTORA DE TESIS

DRA. EN C. DELLANIRA RUÍZ DE CHÁVEZ RAMÍREZ

ASESORA DE TESIS:

DRA. EN C. CRISTINA ALMEIDA PERALES

ZACATECAS, ZAC., JULIO DEL 2018.

DEDICATORIA

A mi papá Raúl Carrillo Dueñas.

Por haberme enseñado que todo objetivo se puede lograr en base al esfuerzo, perseverancia y a pesar de todas las adversidades que se puedan presentar. Eres la razón de que muchas cosas se hallan logrado. Un beso hasta el cielo.

A mi esposo Schumacher:

Porque nada de esto se hubiera realizado sin ti y sin tu apoyo, por estar conmigo en aquellos momentos en los que este proyecto ocupó mi tiempo y esfuerzo. Haz sido y serás mi fuente de inspiración. Gracias por toda tu ayuda, gracias por creer en mí.

A mi mamá Rosario, mis hermanas Nelly y Alexa y a la pequeña Frida

Porque sin su apoyo, sus consejos y paciencia el camino habría sido más difícil. Por confiar en mí y en mis decisiones.

A mis maestros:

Por todo su apoyo y paciencia a lo largo de estos años, han sido mi fuente de inspiración y respeto, sin su ayuda y conocimientos no hubiese sido posible realizar este trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
<i>Internacionales</i>	3
<i>Latinoamérica</i>	8
<i>Nacionales</i>	12
<i>Diabetes Mellitus Tipo 2</i>	19
<i>Adherencia terapéutica</i>	20
<i>No adherencia terapéutica</i>	21
<i>Factores asociados la Seguridad alimentaria</i>	22
<i>Factores asociados a condiciones socioeconómicas</i>	25
<i>Factores de autocuidado</i>	27
<i>Factores relacionados con las condiciones psicológicas</i>	30
<i>Factores relacionados con las Redes de Apoyo Social</i>	31
<i>Factores de la Relación Médico-Paciente</i>	33
<i>Teoría del Modelo ecológico de Bronfrenbrenner (1979)</i>	34
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	39
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	40
JUSTIFICACIÓN.....	41
OBJETIVOS.....	43
HIPÓTESIS.....	44
MATERIALES Y MÉTODOS.....	45
<i>Tipo de estudio</i>	45
<i>Unidad de observación y análisis</i>	45
<i>Criterios de inclusión y exclusión</i>	45
<i>Diseño y tamaño de muestra</i>	45
<i>Variables de Estudio</i>	45
<i>Operacionalización de Variables</i>	46
<i>Instrumentos y técnicas de recopilación de la información</i>	46
<i>Plan de recolección de datos</i>	53
RESULTADOS	55
<i>Características Sociodemográficas</i>	55
<i>Condiciones de Seguridad Alimentaria</i>	57
<i>Características de Autocuidado, relación Médico-Paciente y Condiciones Psicológicas de pacientes adherentes y no adherentes</i>	58

<i>Redes de Apoyo Social</i>	58
<i>Características de Años con DM2, Consumo de Medicamentos, Enfermedades Agregadas y Sintomatología</i>	61
<i>Antecedentes Heredofamiliares</i>	64
<i>Control de pacientes Y Aplicación de Normas y Políticas</i>	65
DISCUSIÓN.....	67
<i>No Adherencia</i>	67
<i>Características Sociodemográficas</i>	67
<i>Factores Socioeconómicos</i>	68
<i>Seguridad Alimentaria</i>	69
<i>Factores de Autocuidado</i>	69
<i>Relación Médico-Paciente</i>	69
<i>Condiciones Psicológicas</i>	70
<i>Redes Sociales de Apoyo</i>	70
<i>Años con la Patología</i>	71
<i>Aplicación de Normas y Políticas</i>	71
<i>Control de Pacientes</i>	72
<i>Tipo de Acompañante a Cita Médica</i>	72
<i>Medicamentos Tomados con Mayor Frecuencia</i>	72
<i>Enfermedades Agregadas</i>	72
<i>Síndrome Metabólico</i>	73
<i>Sintomatología</i>	73
<i>Antecedentes Heredofamiliares</i>	73
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	74
BIBLIOGRAFÍA.....	77
ANEXOS.....	83

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas	47
Tabla 2. Nivel Socioeconómico AMAI	48
Tabla 3. Escala Mexicana de Seguridad Alimentaria.	50
Tabla 4. Escala de valoración de agencia de autocuidado.....	51
Tabla 5. Relación médico-paciente.	51
Tabla 6. Puntuación de escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS-A).....	52
Tabla 7. Cuestionario de MOS, de apoyo social.....	52
Tabla 8. Prevalencia de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2.	55
Tabla 9. Características sociodemográficas de los pacientes.....	56
Tabla 10. Evaluación de autocuidado, relación médico-paciente y condiciones psicológicas...	58
Tabla 11. Dimensiones del tipo de apoyo según la adherencia.....	60
Tabla 12. Relación de adherencia con cada tipo de acompañante.	61
Tabla 13. Frecuencia de consumo de medicamentos según tipo de adherencia.....	62
Tabla 14. Tabla de enfermedades agregadas a la DM2, en los pacientes.....	62
Tabla 15. . Principales síntomas de los pacientes	64
Tabla 16. Cuadro de aparición o existencia de DM2 en otros integrantes de la familia.	65
Tabla 17. Antecedentes de la clínica y/o control de pacientes.	65
Tabla 18. Aplicación de normas y protocolos por parte de la institución.	66

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Modelo Ecológico de Bronfrenbrenner	35
FIGURA 2. Variables de Estudio.....	46
FIGURA 3. Características socioeconómicas de pacientes adherentes y no adherentes	57
FIGURA 4. Seguridad e inseguridad alimentaria de los pacientes con DM2.	57
FIGURA 5. Índice global de apoyo social.....	59
FIGURA 6. Años de diagnóstico de la DM2 según la adherencia.....	61
FIGURA 7. Presencia de otro padecimiento aparte de la DM2.....	63
FIGURA 8. Representación de síndrome metabólico en pacientes no adherentes y adherentes.	63

INTRODUCCIÓN

Es mucho más importante saber qué tipo de paciente es el que tiene la enfermedad, que saber qué enfermedad tiene el paciente

Sir William Osler M.D. (1849-1919)

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica que se produce cuando el organismo pierde su capacidad de producir insulina o bien, de usarla con eficacia. Esta patología puede presentar tres cuadros distintos de enfermedad: 1) Diabetes Mellitus tipo 1, en la cual los pacientes se ven en la necesidad de suministrarse insulina; 2) Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), donde los niveles de hiperglicemia son crónicos, este provoca el incremento del daño microvascular (retinopatía, nefropatía y neuropatía), aumenta el riesgo de complicaciones macrovasculares (corazón isquémico, daños vasculares periféricos y eventos cerebro-vasculares), así como la disminución de la calidad de vida de los pacientes que la padecen (1) y 3) Diabetes Gestacional. De los tres tipos, la forma más preocupante es la tipo 2 que se encuentra entre el 80 y el 90 por ciento de los casos (2) y que genera trastornos multifactoriales que amenazan la vida de los pacientes.

En los últimos años, este padecimiento ha tenido una prevalencia cada vez mayor alrededor del mundo, con un peso significativo en los indicadores de salud y es considerada una de las enfermedades más importantes del siglo XXI. Los daños provocados por la enfermedad, han hecho presentes elevados índices de morbilidad y mortalidad, por esta razón tiene un profundo impacto en la calidad de vida de las personas que lo padecen, lo que constituye un severo problema de salud pública y de elevados costos sanitarios y sociales. (3)

El desapego a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes con DM2, es un punto de partida para conocer la gravedad de la enfermedad y así mismo reconocer los factores que propician el bajo éxito en los tratamientos. La falta de adherencia, en personas con éste padecimiento se ha elevado hasta un 50 por ciento y los que han abandonado estos tratamientos cuentan con distintos factores que lo ocasionan. (4) Existen actualmente estudios que afirman que no solo en los adultos está aumentando la cantidad de enfermos con padecimientos crónicos, sino que también hay un incremento en adolescentes que padecen la enfermedad y que se convierten en los principales actores de la indiferencia a los tratamientos(5).

La falta de adherencia terapéutica se entiende entonces, como el grado de apego que tiene un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida como parte de las recomendaciones emitidas por los profesionales de la salud que le atienden (6).

Dentro de los Servicios de Salud se oferta una oportunidad de atención para los pacientes que sufren de enfermedades crónicas (hipertensión arterial, obesidad, síndrome metabólico y DM2), la Unidad de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEME EC) funciona a partir del Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) el cual tiene como meta, alcanzar una cobertura integral de servicios a pacientes con enfermedades crónicas, se tienen médicos y especialistas que trabajan de manera personalizada con el paciente, otorgando una atención minuciosa para lograr una mejora en el control de sus padecimientos y sobre todo una mejor adherencia al tratamiento. (7) Por lo que esta investigación está enfocada en identificar la cantidad de pacientes que tienen desapego y los factores que determinan la falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

La importancia de conocer el grado de adherencia a los tratamientos, permite una contribución en la mejora de los métodos para las instituciones de salud enfocadas a éstos pacientes, así como para la reproducción de las mejoras en otras instituciones similares, o bien a hospitales y clínicas privadas. Por lo que el objetivo principal fue identificar el número de usuarios que no fueron adherentes en las UNEMES, así como identificar los factores que determinan esta falta de cumplimiento. El estudio fue observacional, analítico y transversal donde se elaboró un cuestionario que describió cada una de las variables involucradas en el estudio y que se aplicó en 58 pacientes. Los resultados obtenidos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS y se utilizaron análisis de ji cuadrada y diferencia de proporciones. Los resultados más relevantes demostraron que la mayoría de ellos no fueron adherentes, y de los factores determinantes el que predominó más en este grupo de estudio fueron los relacionados a las redes sociales de apoyo.

ANTECEDENTES

Internacionales

Para conocer la asociación entre la falta de adherencia a las prácticas de autocuidado y la medición de la salud relacionados con la calidad de vida (SRCV) se realizó un estudio a una población de 500 pacientes con DM2 que forman parte del departamento de pacientes externos del Instituto de Ciencias de la Salud en Bangladesh (BIHS) en el 2014, donde la adherencia se determinó como el grado en que el comportamiento de una persona corresponde con las recomendaciones acordadas por el proveedor de la atención en salud (8).

En este estudio se adoptó un diseño transversal analítico y se utilizó un cuestionario de tres partes diseñado por el investigador. En la primera parte se incluyeron datos socio-demográficos y antecedentes familiares con DM2; la segunda parte contenía las prácticas de autocuidado relacionadas con la diabetes y en la tercera parte, se centraron en el cuestionario Euro Qol Group, 2009 (EQ-5D), este cuestionario considera cinco variables para medir la calidad de vida asociada con la salud: movilidad, el autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión y los dos niveles de cada dimensión mencionados anteriormente. Los métodos estadísticos utilizados para la evaluación de la información fue ji cuadrada, y regresión lineal multivariable, se consideraron significativas a valores $p \leq 5\%$ (≤ 0.05).

Los resultados más importantes del análisis de ji cuadrada mostraron una asociación significativa entre la no adherencia y la falta de cuidado de los pies ($p < 0.05$) y problemas de movilidad; el autocuidado y actividades habituales se asociaron significativamente con la falta de cumplimiento de los ejercicios y problemas de movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor y ansiedad $p < 0.05$; la falta de adherencia a la dieta tubo asociación con los problemas de movilidad, y en la regresión multivariante la asociación de la falta de adherencia se relaciona con el no cuidado de pies $p = 0.0001$, la falta de ejercicio y tabaquismo $p = 0.0$ (8).

Para determinar la adherencia a la medicación y los predictores de una mejor adhesión en pacientes con DM2, se realizó un estudio transversal a 200 pacientes diagnosticados, pertenecientes a cinco clínicas de diferentes hospitales gubernamentales y no gubernamentales de la región de los Emiratos Árabes Unidos, donde se tomó como referencia que la adherencia es el grado en el que una persona tiene la capacidad de tomar la medicación y tener apego hacia una dieta, o bien, ejecutar los cambios de estilo de vida que corresponden a las recomendaciones

acordadas por un profesional de la salud. Para el análisis se utilizó un cuestionario diseñado por los investigadores que consistió en dos partes: la primera parte incluyó datos demográficos y la segunda 15 preguntas relacionadas con la adherencia al tratamiento y los factores asociados con la falta de adherencia, este cuestionario se validó mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 20.

Los resultados del estudio demostraron que solo el 40 por ciento de los pacientes con diabetes no fueron adherentes, las personas que presentaron factores relacionados con esta falta de adherencia tuvieron una edad ≥ 50 años (OR = 1.8, IC 95% = 1.02 - 3.19) y se encontró asociación significativa entre el bajo nivel de educación (OR = 0.17, IC 95% = 0.09 - 0.31) falta de seguridad social (OR = 21 , IC 95% = 9.62 - 45.85) olvido (OR = 0.29, IC = 0.13 - 0.61), comorbilidades (OR = 0.24, IC 95% = 0.11 - 0.51), $> 6.5\%$ HbA1C (OR = 7.22, 95 % CI = 3,69 - 14,14) tiempo más prolongado desde la última visita a la clínica (OR = 14, IC 95% = 6.52 - 30.04) aumento en el costo de la medicación (OR = 30, IC 95% = 11.2 - 80.1) y desconocimiento (falta de conciencia) de las instrucciones del médico (OR = 7.22, IC 95% = 3.7 - 14.1). (9).

Con la finalidad de evaluar la magnitud de la adherencia a la medicación y los factores asociados con ella entre personas adultas con diabetes en una Clínica de Diabetes en el Hospital Gondar Referral, en Etiopía, donde se realizó un estudio transversal a 391 pacientes que tuvieron un tiempo mayor a 12 meses de seguimiento de un tratamiento, se realizó el experimento teniendo como referencia a la adherencia, la cual fue medida por medio de un cuestionario basado en el Test de Morisky Green, utilizado para medir a la misma; se realizó un análisis de regresión logística ordinal multivariante y los resultados se consideraron estadísticamente significativos a $p \leq 0.05$.

Los resultados del estudio revelaron que la falta de adherencia se presentó en el 45.9 por ciento de los encuestados [95% CI: 41, 50] tuvo predominio en personas con insatisfacción en los servicios clínicos (AOR = 2,23; 1,04, 4,80), en pacientes que recibieron un régimen no insulino dependiente (AOR = 2,31; IC del 95%: 1,50, 3,47), pacientes que acudían con curanderos tradicionales (AOR = 2,90; IC del 95%: 1,03, 8,15), con una mala situación económica (AOR = 1.99, IC 95%: 1.15, 3.43), con pocos conocimientos sobre la enfermedad, así como el predominio en el sexo femenino, fueron más propensos a la falta de adherencia (10).

Con el propósito de examinar los factores determinantes de la medición a la no adherencia al tratamiento médico (MA) en adultos con DM2, que acudieron a los servicios de Salud Pública de Malasia, se realizó un estudio a 500 pacientes que fueron reclutados en tres clínicas de salud diferentes, donde se tomó en cuenta la MA como el grado en que los pacientes siguieron las instrucciones dadas a los medicamentos prescritos. Se utilizó un estudio de sección transversal que abordó factores emocionales y su efecto sobre el control de enfermedades, la MA, la depresión y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). En este estudio se utilizaron diversos instrumentos de medición, se utilizó el Test de Morisky para evaluar la MA como la variable dependiente principal y como variables independientes, se evaluaron la angustia relacionada con la diabetes, síntomas depresivos y CVRS, así mismo se utilizaron métodos de evaluación como cuestionarios para medir aspectos relacionados con las variables independientes.

Como resultado a estos instrumentos se detectaron factores determinantes de la no adhesión, el 43 por ciento de los pacientes adultos jóvenes con DM2 fueron detectados como no adherentes (MA) y presentaron síntomas depresivos. Se logró observar que los pacientes adultos con DM2 de etnia india fueron más adherentes, en los pacientes chinos se observó una mejor adherencia, pensando en las posibilidades económicas, las cuales pudieron influir en la mejor adherencia y los pacientes malayos tuvieron muy alta no adherencia, a causa de los ingresos, la edad y la depresión (11).

Con el propósito de evaluar la adherencia a los tratamientos y estudiar los factores relacionados con la no adherencia en pacientes con DM2, en la ciudad de Nagpur, India, se realizó un estudio prospectivo transversal con una muestra de 150 pacientes con DM2, en un hospital de atención terciaria. La adherencia se definió como el grado en que los individuos siguen las instrucciones que se les indican para los tratamientos prescritos. Los métodos que se utilizaron fue un cuestionario que incluía características demográficas, detalles de la medicación y su adherencia al control de la dieta, realización de actividad física, evaluación de estudios sanguíneos, monitorización de la glucosa y complicaciones (estudio de Morisky, MMAS) se utilizó la prueba de correlación de Spearman para relacionar la adhesión con la edad, el sexo, el número de medicamentos, el número de enfermedades o padecimientos y se utilizó un software de prisma 6.01 para analizar los datos.

Los resultados fueron que el promedio de medicamentos tomados por el paciente al día fue de 4.75 +/- 1.73; predominaron las mujeres (52.8 por ciento), malayas (52.9 por ciento) y casadas (79.1 por ciento). Alrededor del 43% de los pacientes se clasificaron con una baja adherencia (puntuación MMAS-8 <6). Los ingresos altos tuvieron una razón de posibilidades ajustada 0,90 y los síntomas depresivos (razón de posibilidades ajustada 0,99) fueron determinantes independientes significativos de la falta de adherencia a la medicación en adultos jóvenes con DT2. En el cuestionario de Morisky, el cumplimiento de la medicación fue el siguiente: alta 0 por ciento, media 26 por ciento y baja el 74 por ciento. Se encontró correlación entre la pobreza y el costo de los fármacos (12).

Para definir el impacto y las causas de la falta de adherencia terapéutica en pacientes con DM2, las posibles intervenciones para mejorarla y el papel de las distintas partes involucradas se realizó un estudio que lo conforman cuatro fases: 1) la definición del problema de estudio y la elaboración del cuestionario por un comité científico, 2) sección por parte del comité científico de un panel de expertos de atención primaria, 3) preparación del cuestionario on line con lanzamiento de dos rondas, 4) análisis de resultados; este estudio se llevó a cabo en España, y se tomó como referencia que los profesionales sanitarios y específicamente los médicos de atención primaria debían conocer el fenómeno de la falta de adherencia, detectarlo y averiguar sus causas.

Para su evaluación en la primera fase, se realizó un cuestionario con cuatro bloques principales; Bloque I: impacto de la falta de adherencia terapéutica en pacientes con DM2, Bloque II: causas principales del incumplimiento en los pacientes, Bloque III: diagnóstico de la falta de adherencia y sus posibles causas en el paciente con DM2, Bloque IV: mejores intervenciones y el papel de la adherencia en el paciente con DM2. Este cuestionario estuvo disponible en una plataforma web, en la segunda fase se pidió a los panelistas que reevaluaran determinadas aseveraciones, recibiendo así la puntuación de cada pregunta, junto con el análisis de los resultados grupales. Para su análisis estadístico se calculó la media, la mediana de puntuación del grupo y el rango intercuartílico, después el cuestionario se sometió a una reevaluación para la evaluación de la dispersión de opiniones, se utilizó también la escala de Likert para valorar el grado de acuerdo o desacuerdo.

Como resultado a este estudio se identificó que en el Bloque I hubo un impacto en la falta de adherencia, ésta se relaciona con la reducción de los objetivos terapéuticos, aumento de morbimortalidad, número de hospitalizaciones y urgencias, disminución de la calidad de vida y

un incremento en los costos sanitarios; en el Bloque II: las causas principales del incumplimiento son la falta de conocimiento sobre la enfermedad, tratamiento, recomendaciones, carencia de apoyo social, comorbilidad con depresión, fármacos con efectos adversos y costos de los mismos.; en el Bloque III: se consideró la adherencia cuando presenta una tasa de 80 -120 por ciento del cumplimiento del tratamiento farmacológico y recomendaciones sobre alimentación, ejercicio y autogestión de la enfermedad. Cuando se quiere agregar un fármaco al paciente, siempre es necesario valorar el cumplimiento que tiene; y en el Bloque IV: se identificó que el paciente es más adherente si se simplifica el tratamiento, intervenciones por parte del personal de salud, modulación y adecuación del lenguaje, educación sanitaria y cuidador (13).

Para lograr observar la adherencia a la monoterapia farmacológica de antidiabéticos orales en pacientes con DM2 en Estados Unidos. y considerando los factores asociados con la falta de adherencia, se realizó un estudio retrospectivo con una muestra de 110 millones de pacientes, mayores de 18 años con un diagnóstico de DM2, recibidos en una base de datos (Truven Health Market Scan), del 1 de enero del 2007 al 31 de marzo del 2010. La fecha índice se consideró como la primera cita médica con receta para monoterapia, de antidiabéticos orales; durante el periodo mencionado los pacientes debían tener una inscripción continua en la base de datos por doce meses antes y doce meses después de la fecha índice. La adherencia al tratamiento se evaluó con la Proporción de Días Cubiertos (PDC) para cuantificar el cumplimiento de la medicación, se examinaron las características basales de los pacientes con monoterapia se realizó un análisis descriptivo y para evaluar el estado basal de los pacientes y factores relacionados con la medicación se hizo un análisis de regresión logística multivariante.

El estudio tuvo mayor presencia de factores en hombres que en mujeres, del total de los estudiados, 51 por ciento fueron hombres, de los cuales el 31 por ciento tenían monoterapia antidiabética oral y 49 por ciento tomaba medicación concomitante. La edad media fue de 60.7 años, con un 35 por ciento de pacientes mayores a 35 años. La media PDC fue de 75 por ciento ($p < 0.0001$) y la proporción de pacientes adherentes a la monoterapia antidiabética oral fue del 59 por ciento, el PDC aumentó con la edad y el número de medicamentos concomitantes. Los resultados de la regresión logística multivariante demostraron que hay muchos factores asociados a la no adherencia como la edad (entre más jóvenes menor adherencia, OR=0.35, 95%; 0.33, 0.36), estado de monoterapia (indicado para una dosis al día o indicadas dos o más veces al día; OR=0.83, 95%; 0.81, 0.85), sexo e impacto del gasto a los bolsillos de los pacientes, se identificó

que hubo mayor adherencia al aumentar la edad. En la dosificación de los medicamentos una sola vez al día hubo mejor adherencia que los que se dosifican dos veces o más (14).

Con el fin de examinar las diferencias entre pacientes y proveedores de información de las barreras a la adherencia de la medicación en pacientes con DM2, en la ciudad de Ontario, Canadá se realizaron 86 estudios cuantitativos empíricos, donde participaron 2797 personas con DM2, 240 cuidadores y 365 médicos por medio de búsquedas sistemáticas sobre el tema de barreras de adherencia en la medicación en pacientes con DM2. Estos estudios fueron analizados mediante métodos de metasíntesis cualitativa. Los resultados obtenidos en este estudio se clasificaron en siete categorías: 1) experiencias emocionales como motivadores positivos y negativos a la adhesión, 2) incumplimiento intencionado, 3) relación médico-paciente y la comunicación, 4) información y conocimiento, 5) administración de medicamentos, 6) creencias sociales y culturales y 7) cuestiones financieras. Esta clasificación ayudó a describir como los pacientes y los proveedores de información ponen en relieve la congruencia del conocimiento con el entendimiento.

Se pudo observar que las emociones positivas y negativas pueden perjudicar o promover la adherencia a la medicación; las emociones negativas como el miedo, el sentimiento de culpa, la impotencia, el sentimiento de fracaso, condiciones de comorbilidad (enfermedades del corazón, hipertensión, depresión, fallas renales) y la frustración también pueden disminuir la adherencia a la medicación. El asesoramiento y las intervenciones destinadas a mejorar la adherencia a la medicación podría ser más eficaz mediante una mejor integración de la perspectiva y los valores relativos a las dificultades y soluciones de cumplimiento del paciente (15).

Latinoamérica

Para analizar la relación entre el apoyo social (AS), la adherencia al tratamiento no medicamentoso (dieta y ejercicio físico), la adherencia al tratamiento medicamentoso y control clínico — metabólico, en 162 personas con DM2, se realizó un estudio seccional de abordaje cuantitativo, en una unidad ambulatoria de tercer nivel, de la ciudad de Ribeirao Preto, Brasil, donde se tomó en consideración el AS, como un proceso donde los individuos se envuelven con sus redes sociales, con la finalidad de satisfacer sus necesidades, para enfrentar nuevas situaciones; la adhesión a los tratamientos medicamentosos y no medicamentosos se presentaron como un concepto fundamental para el cuidado de las personas con DM, así como la

interpretación y comprensión de barreras en los cambios comportamentales para lograr fortalecer la adhesión.

En este estudio se utilizaron tres instrumentos: Inventario de la Red de Soporte Social (IRSS), destinado a la evaluación de variables de la red social y percepción del apoyo social, el Cuestionario de Actividades de Autocuidado con la Diabetes (CAAD), el cual ayudó a evaluar la adhesión a las recomendaciones de la dieta y el ejercicio físico; y la Medida de Adhesión a los Tratamientos (MAT), obtenida del Test de Morisky para evaluar la adhesión al tratamiento medicamentoso. Para la verificación de la confiabilidad del uso de estos instrumentos se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach para cada estudio se asignaron valores de 0,94, 0,68 y 0,66 respectivamente.

Como resultado a este estudio se observó que las principales características sociodemográficas fueron que el 58 por ciento de las participantes fueron del sexo femenino, el promedio de edad fue de 59,4 (DE=8) la mayoría fueron casados (70.4 por ciento). se logró observar que el AS tuvo correlación estadísticamente significativa, pero de débil magnitud, entre AS y edad ($r=0,20$; $p=0,01$), así como entre AS y escolaridad, siendo esta última una correlación inversa ($r= -0,23$; $p=0,03$). Estos datos sugieren que cuanto mayor es la edad, mayor es la percepción de AS. Al contrario, cuanto mayor la escolaridad, menor la percepción de AS; hubo correlación inversa entre la adhesión al tratamiento no medicamentoso y el índice de masa corporal, así como la adhesión medicamentosa. El apoyo social puede ser útil para obtener una mejor adhesión a los tratamientos (16).

Con la finalidad de interpretar la percepción de los factores que determinan la adherencia al tratamiento prescrito a pacientes adultos con DM2 que asisten al Centro de Salud Familiar (CESFAM) La Floresta de la comunidad de Hualpén, Chile, durante los meses de marzo y abril del 2012. Se realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico a once personas que presentaron las siguientes características de selección: ser usuario de la CESFAM, tener DM2, inadecuado control metabólico, $HbA_{1c} > 7$ por ciento, asistir a las citas control y firmar el consentimiento informado. Para la recolección de los datos se utilizó una entrevista semi-estructurada, la cual fue grabada, traspasada al papel, para después ser analizada por el investigador con la técnica de análisis de contenido.

Gran parte de los usuarios identificaron que hubo un buen trato por parte del equipo médico en su consulta, e identificaron que el cuidado de la dieta es importante para su calidad de vida; dentro de este aspecto se llegó a la conclusión de que los pacientes no realizaron su dieta correctamente debido a sus jornadas laborales, no tuvieron el dinero suficiente para adquirir los alimentos y la falta de control de la ansiedad y hábitos alimentarios dificultaron la realización de la dieta; la mayoría de los entrevistados refirieron que los efectos adversos de los fármacos y la falta de seguimiento al tratamiento estuvo condicionado a presencia de complicaciones de su propia patología por lo que hubo una falta de adherencia farmacológica; la totalidad de los usuarios no percibieron al ejercicio físico como parte del control terapéutico de su patología (17).

Para determinar la capacidad de autocuidado de los pacientes con DM2, que acuden a la consulta externa de una Institución Prestadora de Servicios de Salud en la ciudad de Sincelejo, Colombia, se realizó un estudio descriptivo, trasversal a 166 pacientes inscritos en el Programa de Control de Diabetes de la institución antes mencionada. Se aplicó el instrumento denominado «Escala Valoración de agencia de autocuidado (ASA)» el cual consta de 24 ítems con cuatro opciones de respuesta tipo Likert y se aplicó un formato de encuesta semiestructurada para caracterizar la muestra sociodemográfica. Los resultados de esta escala fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS.

Los resultados presentados en este análisis fueron que un 7 por ciento de la población estudiada mayor de 30 años tiene DM2, un gran porcentaje de la población reportó pertenecer a estratos inferiores; la mayoría de los pacientes tienen trabajos informales, lo cual genera una mayor inestabilidad económica. En su gran mayoría no reciben salarios fijos para el sustento. Con respecto al autocuidado se dio como respuesta que el 88.8 de los pacientes no cumplían en su totalidad con los cuidados necesarios, a pesar de reportar tener varios años de padecimiento y de asistir al programa de control de la diabetes y se encontraron marcadas deficiencias en los aspectos de actividad y descanso, bienestar personal y modificación de hábitos alimenticios (18).

Para identificar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes con DM2, que son atendidos en las Instituciones de Asistencia Médico Colectivas (IAMC), de la ciudad de Carmelo Uruguay. Se realizó un estudio descriptivo, trasversal, prospectivo a 100 pacientes con DM2. Se indagó en las características sociodemográficas de cada uno, con el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el momento en el que fueron reclutados, se evaluó el control de la enfermedad, se buscaron las cifras máximas y mínimas de

glicemia en ésta población. Se identificó la presencia o ausencia de complicaciones vinculadas a las DM2, así como el cumplimiento del tratamiento propuesto, para ello se apoyaron de dos tipos de encuestas, una integrada por preguntas del Test de Morisky Green, usada para valorar la adherencia al tratamiento y el otro diseñada por los autores para valorar los objetivos planteados por los mismos, los resultados se procesaron por el programa SPSS 16.0.

Los resultados se asociaron con las tres variables incluidas en el estudio, la situación demográfica de las personas, variables de lugar y las relacionadas con los factores de riesgo. Se demostró que el 56 por ciento de los encuestados presentó buena adherencia al tratamiento farmacológico, el 43 por ciento se encontraron entre los 45 a los 60 años, el 61 por ciento fueron pertenecientes al sexo femenino, el 37 por ciento estuvieron en situación de dependencia, el 68 por ciento tuvieron presencia de diabetes en familiares directos. Se destacó que los pacientes más jóvenes son los que presentan mayor cantidad de factores de riesgo cardiovascular, lo que aumenta la probabilidad de complicaciones. También se encontró una alta prevalencia de factores de riesgo de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (19).

Para describir los factores que influyeron a la no-adherencia del tratamiento alimentario - nutricional, en una muestra de 70 pacientes entre 18 a 70 años de edad, con DM2, del Centro de Salud de Santa Catarina Pinula, Guatemala. Se realizó un estudio descriptivo transversal el cual consistió en la aplicación de una encuesta directa que incluyó variables como la nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica. Estas variables fueron analizadas mediante estadística descriptiva, porcentajes, frecuencias e histogramas. El resultado de esta investigación señala que la cantidad de mujeres registradas, duplicó el número de hombres, la mitad de los pacientes, pausan el tratamiento al sentir una mejoría, el desconocimiento de la enfermedad, la falta de interés por aprender sobre la enfermedad, el nivel de escolaridad, el uso de remedios caseros, los malos hábitos y estilos de vida provocaron una deficiencia en la adherencia al tratamiento (20).

Con el objetivo de describir el nivel de conocimientos sobre la diabetes y el autocuidado que presentan los pacientes con DM2, se realizó un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal, en veintidós pacientes pertenecientes al Policlínico Ángel Ortiz Vázquez, Manzanillo, Cuba. Se consideraron variables sobre el nivel de conocimientos sobre la enfermedad (definición de síntomas, clasificación clínica, factores de riesgo y consecuencias), se midió también el autocuidado y las vías de información sobre la diabetes mellitus, es decir, los

medios por los cuales el paciente recibe información respecto a su enfermedad. A los pacientes se les realizó una encuesta que fue elaborada a partir de revisión bibliográfica y para la aplicación se utilizó el conocimiento informado y un tiempo no mayor a 20 minutos. Para su análisis se utilizó la estadística descriptiva para el procesamiento estadístico.

El estudio mostró que doce personas de sexo femenino y diez del sexo masculino, tuvieron un nivel escolar preuniversitario; sobre los niveles de conocimiento sobre la diabetes un 45 por ciento presentaron dificultades en los conocimientos sobre los síntomas; un 91 por ciento de los participantes tuvieron dificultades en relación con la práctica de ejercicio físico, nutrición adecuada y el autocontrol de la glucemia; con respecto a la información con la que cuentan los pacientes un 81 por ciento tuvo información por parte de medios de difusión masiva y un 26 por ciento por parte del personal de salud (21).

Nacionales

Para analizar el grado de conocimientos, actitudes y prácticas de los familiares en relación con la adherencia al tratamiento de pacientes con DM2, que acudían a acompañar a sus familiares a una clínica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) de la ciudad de Fresnillo, Zacatecas, México, se realizó un estudio descriptivo, analítico, transversal, donde se trabajó con 249 familiares. La herramienta que se utilizó fue un cuestionario elaborado por el analizador, el cual, se utilizó para medir el grado de conocimientos, actitudes, prácticas sobre la enfermedad, así como los factores socioeconómicos y características de los familiares. Cada de unas de estas variables se comparó con la adherencia al tratamiento que tienen los enfermos.

Como resultado a este análisis se obtuvo que los familiares de los pacientes cuentan con un nivel alto de conocimientos acerca de la enfermedad, aunque no resulto representativo para la adherencia ya que se obtuvo que el 76.3 por ciento de los pacientes no son adherentes; se identificó que el problema principal no fue el apoyo familiar que se supone la familia otorga, sino la falta de aceptación por parte del paciente sobre su enfermedad. Por parte del personal de salud no se ha visto un convencimiento representativo ya que las consultas se reducen a 15 minutos y los pacientes se mantienen insatisfechos ante esta situación. Respecto al nivel socioeconómico de los familiares, el mayor porcentaje encontrado es de medio-alto, lo que significa que tienen el recurso económico suficientes para los cuidados necesarios. (22).

En la comunidad de Tekax, Yucatán, México se realizó un estudio con el fin de establecer los factores en el entorno de pacientes diabéticos, que le impiden alcanzar un control metabólico de la enfermedad que asistían a control en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) del ISSSTE. Se realizó un estudio descriptivo transversal, prospectivo de tipo poblacional, a 109 pacientes, con DM2, donde se consideraron a los pacientes como casos al presentar un mal control metabólico (glucemia plasmática preprandial por arriba de 140 mg/dl) y se evaluaron las siguientes variables: características sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo, estado civil, nivel socioeconómico), antropométricas (peso, talla, e índice de masa corporal (IMC)), características de la enfermedad (tiempo de diagnóstico, tipo de tratamiento recibido, administración correcta de los medicamentos), el grado de control metabólico (concentración plasmática en ayunas) y las características familiares (grado de funcionalidad familiar o apego).

El método de estudio utilizado fue la aplicación de encuestas mediante entrevistas y fuentes secundarias (registros de laboratorio y expediente clínico); las variables fueron evaluadas por el software SPSS versión 9.04. Los resultados obtenidos demostraron que hubo un predominio del sexo femenino; la edad promedio con presencia de la enfermedad fue de 60 años. Se encontró que en esa localidad existe un porcentaje elevado de analfabetismo, coincidente con los datos de la INEGI, por lo que genera mayor dificultad para comprender las indicaciones del médico; predominaron personas casadas lo que refiere a que existe una estructura familiar, lo que hace suponer que se brinda ayuda adecuada al enfermo.

Se logró observar que el sobrepeso fue un factor condicionante de la enfermedad (89 por ciento de los casos), sobre todo en el sexo femenino; los valores de glucemia observados (66 por ciento) se encontró un descontrol metabólico, lo que hace pensar que se tuvo un tratamiento inadecuado y hubo presencia de malos hábitos alimenticios, el poco o nulo apego a la dieta observado (59.7 por ciento) y la opinión sobre la dieta en estos pacientes se identificó como factor condicionante del descontrol. Este porcentaje de pacientes, le dedicaba poco o nada de tiempo al ejercicio, esto asociado también a las jornadas de trabajo que les imposibilitó realizarlo. El tratamiento que presentaron la mayoría de los pacientes fueron los hipoglucemiantes orales, lo que supone según el artículo un tratamiento inadecuado por parte del médico, debido al mayor tiempo de evolución de la enfermedad observado en los pacientes de 20 a 30 años, que aunado a la mala administración (63.3 por ciento) condiciona las cifras de descontrol glucémico observadas (23).

Para determinar el grado de apego al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, así como identificar el apego de los tratamientos de las comorbilidades asociadas con más frecuencia como la hipertensión arterial sistémica, hiperlipidemia y obesidad; así como identificar las posibles causas de no apego al tratamiento, se realizó un estudio monocéntrico, longitudinal, observacional y analítico sobre el apego al tratamiento de la diabetes en 75 pacientes que acudían a la consulta externa de Medicina Interna del Centro de Salud Ángel de la Garza Brito en la Ciudad de México. Se aplicó una entrevista de autoinformación, en cada paciente a los cuales se les preguntó el grado de cumplimiento que había dado al tratamiento.

Para describir los resultados se consideraron como metas (control glucémico bueno: <110, regular: 110-140 y malo: >140mg/dl), a partir de esto se obtuvo que el grueso de la población estudiada tiene una forma de apego regular y buena, a pesar de esto, no se lograron las metas establecidas. Se encontraron 22 pacientes diabéticos controlados y 33 pacientes diabéticos no controlados, de los controlados 11 pacientes tuvieron buen apego, de los no controlados cinco tuvieron mal apego a sus tratamientos, el factor económico fue la principal causa del mal apego al tratamiento (24).

Con la finalidad de determinar la capacidad de autocuidado en personas con DM2 y relacionar esta capacidad con el sexo, la edad, los años de estudio, la religión, el tiempo de evolución de la enfermedad y la participación en grupos de apoyo, se realizó un estudio descriptivo, transversal en el Servicio de urgencias del Hospital Regional de Mérida, perteneciente al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales Para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en la ciudad de Mérida, Yucatán, México, en el cual participaron 251 personas elegidas por conveniencia. Los instrumentos utilizados para el estudio fueron un formulario de registro, como herramienta para obtención de lista de pacientes, un cuestionario que contenía variables sociodemográficas y clínicas, elaborado por los investigadores y una escala de capacidad de autocuidado ya validada (escala tipo Likert). Estos resultados fueron analizados por el programa estadístico SPSS y las herramientas estadísticas fueron el coeficiente de correlación de Pearson y correlación de Spearman.

Como resultado a éste análisis se obtuvo que, el 83 por ciento de los participantes presentaron una buena capacidad de autocuidado y el 66.5 por ciento una capacidad de autocuidado regular, relacionando la capacidad de autocuidado y los años de estudio de las personas se generó una correlación negativa con la religión y con el tiempo de evolución con la enfermedad. por lo que

se puede concluir que la mayoría de las personas con DM2, presentó una capacidad de autocuidado regular (25).

Con el propósito de describir los factores que influyeron en el abandono del tratamiento de la DM2 en usuarios del centro de salud del municipio de Tlacoachistlahuaca, Guerrero, México, se realizó un estudio transversal descriptivo en 72 pacientes pertenecientes al centro de salud, a quienes se les realizó un cuestionario en su hogar, aplicaron también encuestas verbales, con la finalidad de cubrir a las personas dominantes de otro dialecto. La variable dependiente de estudio fue el abandono del tratamiento y las independientes fueron: edad, sexo, apoyo familiar, trabajo remunerado, gastos en tratamiento y grupo étnico. Se tomó como referencia abandono de tratamiento, el momento en que el paciente deje de acudir a su consulta de control por un periodo de tres meses o más.

El análisis de las variables se realizó con el paquete estadístico CIET map., y se utilizaron parámetros de estadística descriptiva: frecuencias simples, tablas de contingencia de una y dos variables. Los resultados mostraron que el promedio de edad de los participantes fue de 53 años, el 69 por ciento de los encuestados pertenecían al sexo femenino, el 87.5 por ciento de los encuestados habla amuzgo, una lengua propia de la entidad, y el 82 por ciento entiende el español, pero no lo habla, el 64 por ciento de la población no tenía ningún grado académico, el 69 por ciento tenía derecho a algún servicio médico, el 57 por ciento afirma que no cuenta con un trabajo remunerado, el 43 por ciento de los usuarios no gastan en el tratamiento médico de la DM2, en ese aspecto el 58 por ciento no depende de ninguna persona para comprar los medicamentos y el 42 por ciento requieren de algún apoyo familiar, el 93 por ciento cuenta con una familia, teniendo así una red familiar

Las visiones de los pacientes con respecto al tratamiento mencionaron que el control de la enfermedad sucedía debido a que el 64 por ciento utilizó medicamentos, 18 por ciento con medicamentos y plantas medicinales, 10 por ciento con dieta y el 5.6 por ciento con plantas medicinales, una persona respondió con ejercicio y otra respondió con dieta y ejercicio. La mayoría de los usuarios recibían su medicamento en el centro de salud y estos suspendían su medicación por la que no querían tomarlo, unos de los principales factores de no acudir al centro de salud fue por la ausencia de medicamentos (26).

Con la finalidad de encontrar los factores psicosociales determinantes de la adherencia al tratamiento en pacientes con DM2 en un Centro de Salud de la localidad de Tacoaleche, Guadalupe, Zacatecas, se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y de asociación, en el cual se trabajó con 70 pacientes pertenecientes a este centro, se excluyeron pacientes con DM1, pacientes con tiempo menor a un año de registro y pacientes que no contaran con expediente clínico. Se tomó en consideración la asociación entre adherencia a los tratamientos y factores psicosociales.

El instrumento utilizado en este estudio fue un cuestionario con la finalidad de conocer si los pacientes hacían dietas, ejercicio o nada para el control de su enfermedad, así como para conocer los factores determinantes del apego al tratamiento desde la perspectiva del paciente, este cuestionario se evaluó por medio del programa estadístico SPSS para las variables adherencia al tratamiento y los factores que la determinan. Se utilizó la prueba estadística de ji cuadrada (X^2) para la asociación entre los factores determinantes de esta adherencia con el apego al tratamiento.

Como resultado a este análisis, se observó que la mayor parte perteneció al sexo femenino (65 por ciento), la mayoría de los pacientes son jóvenes, por lo que las capacidades de adoptar cambios en su modo de vida cambian en función de la edad, en este factor se concluyó que mientras más jóvenes menor será la adherencia. El número de pacientes no adherentes del estudio se identificaron como pacientes con primaria inconclusa (42 por ciento) lo que lleva a estos a tener menores aptitudes para comprender efectivamente la información. Se identificaron limitaciones económicas por parte de los encuestados por lo que es un factor que atribuyó a la falta de adherencia; en los factores relacionados con la enfermedad se encontró que un 21 por ciento de los pacientes tienen más de nueve años con la enfermedad por lo que es más complicada la adherencia, los pacientes que fueron adherentes representan el diez por ciento de la población estudiada (27).

Con el objetivo de estimar la prevalencia de pacientes con problemas de adherencia a la medicación y el estudio de la asociación entre el número de problemas de adherencia y variables socio – demográficas, clínicas, de percepción de la enfermedad y de apoyo social en pacientes con DM2, en la UANL, México, se realizó un estudio de muestreo probabilístico a 289 pacientes pertenecientes a la Clínica de Diabetes de Servicios Médicos de la misma universidad. Los criterios de inclusión de los pacientes fueron: a) consentimiento firmado, b) tener DM2, c) ser mayor de edad y d) ser pertenecientes o tratados en la clínica de la universidad.

A los pacientes se les realizó una toma de signos y posteriormente se les aplicaron una serie de cuestionarios sobre la adherencia a la medicación con el Test de Morisky, cuestionario de percepción de la enfermedad IPQ y apoyo social percibido por la familia (PSS). El cuestionario se evaluó por medio de frecuencias y porcentajes, en el segundo se calculó la prevalencia con un intervalo de confianza del 95 por ciento y en el tercero se evaluó por medio de la prueba Z.

Los resultados de este estudio indican que el olvido de las tomas de los medicamentos afectó a un tercio de los participantes, a diferencia de otros estudios, en este se tuvo como resultado que la prevalencia de pacientes con adherencia a los medicamentos fue equivalente a un 50 por ciento por lo que más de la mitad de los pacientes son adherentes. Se identificó que hubo siete mujeres por cada tres hombres, lo que indicó la prevalencia en el sexo femenino, el sexo de los participantes no fue significativo con los problemas de adherencia al tratamiento; se encontró que la edad fue un predictor de problemas de adherencia a la medicación ya que los adultos mayores refieren un miedo mayor hacia la muerte, a diferencia de los pacientes de las demás edades. Se identificó que hubo relación entre la escolaridad y la falta de adherencia a la medicación, algunos pacientes consideraron a la medicación como innecesaria, ya que la atribuyeron dañina para el cuerpo humano comparada con el uso de remedios naturales; el apoyo social fue un predictor independiente de la adherencia (28).

Para identificar la asociación que existe entre el estrés y depresión respecto al apego del tratamiento en pacientes con DM2 en una unidad de medicina familiar (IMSS) de la ciudad de Yucatán México, se realizó una encuesta transversal a 101 pacientes con la enfermedad, con edades de entre 20 y 65 años. Se consideró adherencia al tratamiento como el cumplimiento terapéutico con las recomendaciones relacionadas con la salud. En este estudio se llevó a cabo un análisis con una encuesta transversal con el uso del Test de Morisky Green Levine para el análisis de la adherencia y el test de Zung para la depresión. La asociación entre el apego al tratamiento estrés y depresión con control metabólico se efectuó de acuerdo con los criterios del American Diabetes Association (ADA) mediante estadística diferencial. Los resultados fueron procesados con el programa estadístico SPSS v.20.

Del total de los estudiados, 35 por ciento fueron varones y el 65 por ciento fueron mujeres, el promedio de edad fue de entre 55 años, con respecto a los criterios de la ADA para el control glucémico se tomó en cuenta el promedio de glicemia de los últimos tres meses consecutivos, siete pacientes (76 por ciento) tuvieron descontrol glucémico, 27 varones (35 por ciento). El 65

por ciento de la población de estudio de acuerdo con la escala de Holmes y Rahe presentaron algún grado de depresión. Se encontró que el estrés es un factor asociado con el descontrol glucémico y el 82 por ciento de los pacientes fueron no adherentes, encontrándose el estrés como determinante de la falta de apego al tratamiento, así mismo la no adherencia se asoció con el descontrol glucémico (29).

Por otro lado, otro estudio para identificar los determinantes psicosociales de la no adherencia terapéutica en pacientes con DM2, en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS, de la ciudad de Guadalupe Zacatecas, se realizó un estudio comparativo, observacional, analítico y transversal a 352 pacientes pertenecientes a la unidad que presentaran la enfermedad, los pacientes se evaluaron con respecto a las consultas externas y al módulo de atención especializada DIABETIMSS. Los criterios de inclusión fueron que no debían contar con Diabetes Mellitus Tipo 1 o con tipo gestacional, y estar entre los 25 y 75 años de edad.

Para el análisis de los determinantes se aplicó un cuestionario a los participantes, donde se midieron los determinantes psicosociales, sociales e interpersonales, así mismo se evaluó la no adherencia terapéutica a través del incumplimiento al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Estas variables fueron analizadas mediante el paquete estadístico SPSS, procesadas a través de parámetros descriptivos y asociación de variables entre los determinantes psicosociales con la no adherencia terapéutica, determinadas con la ayuda de la prueba de ji cuadrada (χ^2) y regresión logística, para evaluar cuál determinante psicosocial influyó más en la no adherencia a la terapia.

Los resultados obtenidos en el estudio identificaron que la prevalencia de la no adherencia fue más alta que la adherencia, además de que esta no adherencia fue mayor en la consulta externa que en el módulo DIABETIMSS, las pacientes femeninas tendieron mayormente a no adherirse al tratamiento; en lo referente a la dieta los pacientes que acudieron a la consulta externa fueron menos adherentes a la dieta prescrita que los que acudieron al módulo. Se encontró también que los pacientes analfabetas y aquellos que tuvieron escolaridad de primaria completa e incompleta fueron menos adherentes, las personas dedicadas a ser amas de casa y a ser empleados, con casos de ansiedad y depresión, con un inadecuado apoyo familiar, fueron no adherentes también, así como también los pacientes con mayor escolaridad y con apoyo familiar presentaron mejor apego al tratamiento (30).

MARCO TEÓRICO

Diabetes Mellitus Tipo 2

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), es una enfermedad que se presenta principalmente en personas adultas, su frecuencia se ha elevado en casos de niños y adolescentes, por lo que resulta una enfermedad prioritaria en los problemas de salud pública. Ésta se caracteriza biológicamente por presentar elevadas cantidades de glucosa en sangre, debido a la deficiencia de la acción de la insulina, una hormona que regula el nivel de azúcar, o glucosa en el organismo. Las complicaciones que presenta la enfermedad, es el riesgo de tener una muerte prematura, o bien, tener complicaciones como: ataques cardiacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, amputación de piernas, pérdida de la visión y daños neurológicos y en el embarazo se puede producir muerte fetal u otras complicaciones. (31-32) Es importante observar el comportamiento de la enfermedad de manera epidemiológica ya que da una perspectiva de la evolución en la población, es por eso que en este capítulo se abordarán cifras a nivel mundial, nacional y estatal de la DM2, así como las variables implicadas en el estudio y la teoría que justifica el abordar el tema.

El ascenso que presenta la enfermedad se ha reflejado en cifras mencionadas por el Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles (OMENT) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), las cuales refieren que, en el 2016 la prevalencia de DM2 aumentó hasta 9.4 por ciento en comparación con el 9.2 por ciento que se registró en el 2012 (33). La encuesta encontró un aumento en factores como el uso de insulina, daño a nivel microvascular, amputaciones, síntomas como ardor y dolor de extremidades, pérdida de sensibilidad en la punta de los pies y fatiga también una disminución en la medición de la hemoglobina glicosilada, y disminución en la revisión de pies (33). Estos factores suponen un aumento de complicaciones de la enfermedad y es por eso que se abordó la falta de adherencia, las condiciones sociodemográficas, socioeconómicas, de seguridad alimentaria, de autocuidado, relación médico-paciente condiciones psicológicas, de redes sociales de apoyo, así como los propios de la enfermedad en los pacientes y de la institución.

Adherencia terapéutica

Para obtener la eficacia de un tratamiento se debe tomar en consideración los costos sanitarios, seguridad del paciente y principalmente definir el término de adherencia terapéutica, la cual Márquez Contreras y Cols., la definen como «La medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o personal sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida recomendados, como el propio tratamiento farmacológico prescrito» (34). Es decir, el proceso por el que todo paciente tiene que llevar a cabo, al momento de enfermarse y que deben ser propias del padecimiento que se tenga y de la relación con el médico y con las características psicológicas y sociales.

La OMS, en su Reunión sobre Adherencia Terapéutica, celebrada en el 2001, definieron a la adherencia como «el grado en el que el paciente sigue las instrucciones médicas», pero el término “médico”, fue deficiente ya que no abarcó todos los procesos que se llevan a cabo en la relación médico-paciente a la hora de hacer la intervención. La definición a la que se llegó fue un concepto compartido por dos autores Haynes y Rand, «El grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, sigue el régimen alimentario y ejecuta cambios en el modo de vida) corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria». El principal factor de la adherencia es que el paciente debe estar consciente y de acuerdo con los cambios a realizar para la mejora de su condición (35). Se considera que cuando un paciente se no acepta su padecimiento, es cuando se comienzan a tener fallas en la adherencia, según el informe anteriormente mencionado consideran que el paciente debe tener una participación activa con el médico tratante y debe existir una buena comunicación entre ellos y la familia (35).

Es importante mencionar que el término cumplimiento creó hace unos años conflicto, porque se consideró como una conducta de sumisión por parte del paciente hacia las órdenes de los profesionales de salud, pero recientemente se ha considerado al cumplimiento como sinónimo de adherencia, según lo describe la Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados Sanitarios (ISPOR) (36). La adherencia trae consigo la eficacia del tratamiento, y además representa uno de los temas más importantes por los costos que representa ya que el cambio en un hábito de vida, representa un esfuerzo. Por ejemplo: varios pacientes con edad avanzada, son muy vulnerables al cumplimiento o adherencia terapéutica a causa de problemas cognitivos y sociales que dificultan la adherencia, como éste existen muchos factores que contribuyen a que una persona no se apegue a su tratamiento, se han señalado

aproximadamente 200 variables relacionadas con el incumplimiento, por lo que se convierte en un importante problema de salud pública (37).

No adherencia terapéutica

La falta de adherencia a un tratamiento ha estado presente en todo el mundo, se ha distribuido en todos los grupos sociales, étnicos y raciales (38) y es considerada como la falta o falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas (39) y se puede presentar de manera multifactorial (40), es decir, derivados del paciente; (edad, problemas sociales, laborales, económicos, nivel de instrucción, etc.) de la enfermedad, (depresión ansiedad, trastornos de personalidad, pérdida de memoria, gravedad del proceso, enfermedades asociadas, otros tratamientos, presencia o ausencia de sintomatología, etc.) y de la terapia: (tratamientos complejos, costo elevado efectos secundarios, no aceptación del tratamiento, duración indefinida de la prescripción, etc.) del entorno; (problemas familiares, barreras de accesibilidad, como horarios, burocracia, etc.) y de la relación médico paciente (mala relación médico-paciente, baja satisfacción del paciente y/o poca confianza con su médico, sensación de no ser escuchados, sensación de que no se les conoce, cambio de medicamentos por genéricos, etc.) (41).

La falta de adherencia al tratamiento recomendado es un problema de gran trascendencia, el cual tiene diferentes implicaciones y consecuencias y en donde se deben buscar soluciones no solo por parte del paciente, sino también del médico y del sistema de salud en general, ya que el ser adherente no solo es la participación del paciente en el cumplimiento de las recomendaciones, sino también deben ser personas activas con los profesionales de la salud y contar con una buena comunicación entre ellos. Para contrarrestar este problema la OMS, proyectó un documento que afirma que la baja adherencia al tratamiento es un problema grave, que afecta principalmente a los regímenes terapéuticos de larga duración de algunas enfermedades crónicas como lo es la DM (41).

La consecuencia de la falta de adherencia produce distintos sucesos que aquejan principalmente la calidad de vida de los enfermos, en el sistema de salud, en la mortalidad y en la morbilidad de una población, por lo que se afectan desde la visión médica, económica y de calidad de vida (42), esto se basa en lo que mencionó la OMS, en el Informe Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo en el 2004 (43), donde afirma que la magnitud de la falta de adherencia es mayor en los países en desarrollo porque lo atribuye a la inequidad en los accesos en salud y la escasez de recursos sanitarios y es mucho más marcado en la adherencia a

tratamientos a largo plazo, en comparación con los países desarrollados, en los cuales la adherencia a las enfermedades con tratamientos extensos es aproximadamente del 50 por ciento.

Aunado a que los pacientes no son adherentes a los tratamientos, éstos presentan comorbilidad, es decir presentan otros padecimientos como hipertensión, obesidad, depresión, entre otros, que altera aún más las posibilidades de tener resultados eficientes. A pesar de los progresos que se tengan sobre los tratamientos para la DM2, la no adherencia sigue latente, una consecuencia positiva a éste problema sería una notable disminución en las hospitalizaciones y mortalidades prematuras en los pacientes.(44), Según el Dr. Derek Yach, Director Ejecutivo de Enfermedades No transmisibles y Salud Mental de la OMS comenta que «El incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, ésta es el origen de complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida de los pacientes, aumenta la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos y desperdicia recursos asistenciales» (45).

Factores asociados la Seguridad alimentaria

La Seguridad Alimentaria (SA) nace en la década de los setentas, se formuló en base a la producción y disponibilidad de alimentos a nivel nacional e internacional. Posteriormente, en los años ochenta, se añade el término de acceso físico como económico, en los noventas, se llegó al concepto actual, en el que se agrega el término de inocuidad y preferencias culturales de la población y se le da énfasis a la SA como un derecho humano (46). La SA se define como la garantía que tienen las personas para disponer de alimentos suficientes para cubrir sus necesidades, con fácil acceso y de manera estable, por lo que la que la disponibilidad de alimentos debe ser en mayor cantidad que la demanda de los mismos (47); la realidad es que en el mundo existen una desigualdad en la distribución. En 1996 en la Cumbre Mundial sobre Alimentación (CMA), celebrada en la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) menciono que, para tal fecha, había 800 millones de personas en todo el mundo y en particular en los países en desarrollo en situación de desnutrición, lo que reflejó una falta importante de disponibilidad de alimentos.

En la actualidad según el documento Seguridad alimentaria, nutrición y erradicación del hambre, publicado en el 2016, menciona que se cumplió la meta establecida en la Cumbre Mundial de la Alimentación, ya que se redujo a la mitad las personas que presentan situación de

subalimentación en el periodo de 1990-1992, aunque aún existen más de 34 millones de personas subalimentadas en las regiones de América Latina y el Caribe (48).

La seguridad alimentaria se compone de cuatro factores:

1. Disponibilidad: se refiere a la existencia de alimentos de calidad y cantidad suficientes, los cuales pueden ser obtenidos a través de la producción de una localidad o un país, así como la obtención por medio de la importación, o bien también la ayuda alimentaria.
2. Accesibilidad: éste término refiere a la posibilidad que todas las personas tienen de obtener recursos adecuados (a los que se tiene derecho), esto para adquirirlos de manera apropiada y que sean nutritivos.
3. Utilización: se refiere al uso adecuado de los alimentos, a través de una alimentación nutritiva, agua potable, sanidad y atención médica, esto para lograr satisfacer las necesidades fisiológicas.
4. Estabilidad: éste marca como objetivo que las personas deben tener acceso a alimentos adecuados en todo momento, deben tener seguridad alimentaria, una población y un hogar, con la finalidad de no correr el riesgo de quedarse sin acceso a los alimentos por consecuencia de alguna crisis o acontecimientos cíclicos (49).

a) Derechos de la alimentación

La Organización Para las Naciones Unidas (ONU) establecieron como un derecho individual que todas las personas tengan acceso a una alimentación adecuada, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1996), hizo hincapié en «El derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso la alimentación», el cual nos explica la importancia que «El derecho fundamental de toda persona es estar protegido contra el hambre». Con lo anterior se confirma que el Estado tiene la obligación de asegurar por lo menos que las personas no mueran de hambre, el cual está asociado al derecho a la vida; todos los estados deben proveer en todo momento alimentos de calidad, en cantidad suficiente y adecuada para llevar una vida saludable a su población. (50).

b) Panorama de la seguridad alimentaria en México

En México, la Seguridad Alimentaria, se apoya en los artículos 4 y 27 los cuales reconocen el derecho fundamental a la alimentación para todas y todos los mexicanos, en el 2011 se

incursionaron en la constitución, para posteriormente incursionar la Cruzada Nacional contra el Hambre, transformándose después en el programa llamado Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y después el Plan Nacional México sin Hambre. La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) (49), mencionó en términos de inseguridad alimentaria, que en el mundo más de 840 millones de personas sufren de subalimentación profunda, éste refiere que es el estado en el que las personas recibe menos del 70 por ciento de sus requerimientos calóricos o proteicos diarios (51); se identificó que este estado de privación alimentaria se mantuvo por meses e incluso hasta años, por lo que las poblaciones se ven dañadas ya que cuentan con una forma extrema de inseguridad alimentaria (52).

Por otro lado y en contraste a lo anteriormente mencionado, la OMS, afirma que el ambiente de las personas y en general en todo el mundo, se ve asociado a entornos cada vez más obesogénicos, el cual se caracteriza por la presencia de un descenso en la actividad física y el creciente acceso a dietas ricas en calorías, generado por la globalización por la presencia de empresas multinacionales de alimentos, que son las principales invasoras en países de ingresos medios a bajos y que en los cuales los costos de los alimentos se vuelven accesibles a este tipo de población sobre todo los pobres (53). Los cambios sociales, el crecimiento poblacional y los avances tecnológicos hacen que las costumbres, cultura y estilos de vida se modifiquen en especial en la alimentación. (54).

En México esta situación presenta diferentes contrastes, por un lado, se presentan en diferentes regiones deficiencias en el acceso a los alimentos aunado a la desnutrición infantil y por otro lado la preocupación por la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños, adolescentes y adultos el cual se ha convertido en un problema de salud pública. Muchas investigaciones sobre el consumo de alimentos en personas con enfermedades crónicas, en específico la DM2, enfatizan que el consumo de alimentos saludables propician a una mejora en el tratamiento, por lo cual éstos alimentos deben de ser accesibles a las condiciones de los pacientes, muchos pacientes no cuentan con los recursos económicos para la obtención de estos alimentos y por otra parte la accesibilidad a alimentos chatarra que producen un daño a la salud y que en distintas ocasiones son accesibles a los bolsillos, se considera como una de las principales causas de la falta de adherencia.

Factores asociados a condiciones socioeconómicas

Tener una buena condición de salud requiere recursos económicos para adquirir alimentos, higiene y atención médica; existen muchos factores socioeconómicos que influyen al adquirir un trabajo, un factor esencial es que proporcione seguridad económica para que el paciente pueda estar sano. Los cuidados que los pacientes deben realizar para disminuir la progresión de las complicaciones diabéticas son aspectos de autocuidado como lo es el automonitoreo de la glucemia, restricciones alimentarias, cuidado de los pies y exámenes oftálmicos regulares; tal como lo menciona la Asociación Americana de la Diabetes (ADA), en los Estados Unidos, donde menos del dos por ciento de los pacientes con DM, lleva en su totalidad un seguimiento de los factores anteriores, cifra que flaquea la economía de los servicios de salud (55). En México el Instituto Mexicano para la competitividad (IMCO) el costo del tratamiento médico de personas mayores de veinte años, con DM2, ocasionada por obesidad fue de más de \$62,000 mil millones de pesos (91)

La economía se enfoca al empleo de los pacientes, de los integrantes de su familia y de los recursos con los que se cuenta para solventar la enfermedad y las necesidades básicas de todos los miembros de la familia. El empleo está directamente relacionado con los determinantes sociales de la salud y que la OMS, los define como las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, las cuales son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende directamente de las políticas adoptadas para ellos y que a su vez explican la desigualdad de los mismos en la población (55).

Dentro del empleo se destacan tres vertientes importantes, que son: el acceso, las condiciones físicas y psicosociales y la protección que se proporciona en el lugar de trabajo, en el caso de los pacientes diabéticos los tres factores son importantes, ya que para conservar la estabilidad de la enfermedad se debe tener un ingreso económico que le permita satisfacer las nuevas necesidades.

a) Acceso al empleo

El acceso al empleo genera una influencia importante en la salud física, mental y social de los individuos con DM2, ya que está asociado con la obtención de ingresos y prestaciones, los cuales determinan la calidad de vida, estatus social y la autoestima, así como el acceso a los servicios médicos y la seguridad social (56). En el caso del desempleo, éste puede ser un factor de cual los pacientes decidan posponer sus tratamientos con la finalidad de priorizar otro tipo de necesidades.

b) Condiciones físicas y psicosociales dentro del empleo

No solo el tener el empleo es importante, sino también la calidad del trabajo que se desempeña. Trabajar con condiciones precarias, altas cargas de trabajo provocan una inestabilidad y una obvia carencia de recursos suficientes para lograr cumplir sus necesidades. En la relación del trabajo y el entorno familiar, las mujeres se han visto mayormente involucradas en la aportación de capital al hogar, por lo que se está generando una doble carga laboral, ya que según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) para el 2014, el trabajo no remunerado asciende a 3.1 billones de pesos es decir que por cada diez horas que trabajadas los hombres lo hacen en ocho punto tres horas (57), en esta informalidad se incluyen las tareas domésticas, esta creciente participación femenina crea cambios radicales en los estilos de vida, de trabajo, de consumo, en las necesidades de atención social incluyendo a la salud y recae sobre todo en las que padecen DM2, ya que el empleo se vuelve dependiente para mantener una buena calidad de vida.

c) Protección en el lugar de trabajo

La situación laboral no es favorable para los diabéticos en las empresas se ha catalogado como una problemática ya que implica costos extras de operación o hasta cambios operativos (58). En muchas empresas en la actualidad, han optado por la contratación de personal mediante el outsourcing, el cual les genera menos gastos e implica menor compromiso con los trabajadores enfermos y no solo de DM2 (58). Según varios análisis históricos sobre la falta de salud explican que los factores relacionados van cambiando con el tiempo y tienden a agruparse desproporcionadamente en los extremos de la jerarquía social, como lo son los que tienen mejor economía o los más vulnerables. Se dice que los más ricos, están capacitados para mejorar sus condiciones de salud, ya que ellos tienden a captar las nuevas tecnologías, intervenciones y oportunidades en salud, en comparación con los más pobres y se puede decir que a lo largo del tiempo éste factor se ha hecho presente; por lo que se concluye con este fenómeno la existencia de una estratificación social muy marcada (58).

La relación entre la Posición Socio-económica (PSE) y los pacientes con diabetes, se enfocan en las características particulares del paciente, como el ingreso, la riqueza, la educación y la ocupación, así como también las relaciones sociales y las características de la comunidad en donde vive, estas características pueden desempeñar un papel decisivo en la salud de los habitantes a través de la distribución y disponibilidad de los servicios de salud; las características de las comunidades donde se desarrollan los pacientes pueden promover o no la salud, por

ejemplo el acceso a tiendas o establecimientos que promuevan alimentos nutritivos o bien los que acceden a la enfermedad por ejemplo los ambientes tóxicos, o lugares donde se pongan el venta alimentos con alto grado de calorías a un bajo costo, o también pueden ser las actitudes predominantes dentro de la comunidad, como costumbres o tradiciones. Así como también el acceso a lugares para hacer ejercicio y zonas seguras para ello, el transporte y las exposiciones ambientales (59).

Factores de autocuidado

Como ya se mencionó, los pacientes con DM2, tienen dificultades para seguir con los tratamientos prescritos que generalmente incluye medicamentos hipoglucemiantes en el caso de la DM2, dieta, ejercicio y una vigilancia insistente de los niveles de glucosa en sangre, así como visitas constantes al médico. Mucho del esfuerzo que realizan las enfermeras, médicos, nutricionistas y otros trabajadores de la salud se han visto fallidos ante la falta de adherencia a los tratamientos, por lo tanto, los esfuerzos que se han hecho para disminuir este problema han enfatizado componentes como los cuidados, a las acciones que se realizan por parte de quien es cuidado y el cuidador y que tienen como fin lograr establecer la salud de los individuos (60). Los cuidados pueden realizarse en grupos, por la familia, la comunidad o bien el autocuidado. Las acciones de autocuidado, se refieren al recurso sanitario más fundamental del sistema de atención en salud y donde la voluntad del individuo para mejorar debe ser primordial para adherirse a los tratamientos que lo harán aumentar su salud (61).

El autocuidado no es un término reciente, desde la antigua cultura griega, se identificó un enfoque que consideraba las prácticas orientadas al cuidado del cuerpo y al cultivo del espíritu. Los cuidados que practicaban eran el ejercicio físico moderado, la satisfacción equilibrada de las necesidades, meditación, la lectura y reflexión, a su vez tomaban en cuenta elementos como el clima, la alimentación, el modo de vida. Más tarde en el tiempo se daba mayor énfasis al cuidado integral, es decir, físico y emocional (62). El autocuidado en los pacientes diabéticos se define como las prácticas de cuidados que tienen los pacientes con DM2, para lograr el cumplimiento del tratamiento médico que le ha sido prescrito, para buscar atención médica y atender signos y síntomas propios de la enfermedad, así como el aprender a vivir con ella (63). En investigaciones realizadas se ha determinado que las personas con este padecimiento se enfocan muchas veces en cumplir con el tratamiento farmacológico y mantener la glucemia dentro de los parámetros normales, sin embargo, no es suficiente para gozar de una buena salud. Las acciones de

autocuidado, las cuales son especializadas y que se desarrollan a lo largo de la vida, en ocasiones no son suficientes para lograr llevar una vida de calidad con la enfermedad (64).

La teoría del autocuidado de Dorothea Orem, indica que el término autocuidado como una actividad o conducta aprendida, vivida en el crecimiento y en su desarrollo y establecida principalmente por los padres, tiene como objetivo, orientar las situaciones concretas de la vida de las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, con la finalidad de regular los factores que afectan su propio desarrollo y el funcionamiento en beneficio de su vida, de la salud o el bienestar (63). Los factores que ayudan a prevenir las enfermedades crónicas son: el control de peso, la actividad física practicada de manera regular, la reducción del consumo de alcohol y sal, la ingesta adecuada de potasio y una alimentación adecuada. Y los factores que condicionan las acciones de autocuidado son la edad, el estado de desarrollo, el sexo, el sistema familiar, la educación formal, la orientación sociocultural, la disponibilidad de recursos, los patrones de vida y el estado de salud (63). También, pueden ser afectadas por creencias culturales, hábitos, costumbres y prácticas de las familias y comunidades a las que pertenezca el enfermo (65).

Orem, enfatiza que la realización del autocuidado requiere de una acción analizada, intencionada y calculada que se condiciona por el conocimiento y las habilidades del individuo y la consciencia de reconocer cuando es que necesitan ayuda de otras personas, por lo que los hace tener discernimiento en las acciones que deben realizar, aunque pueden elegir las distintas opciones en sus conductas de autocuidado. Aunque resulta difícil cambiar los factores como el sexo, la edad, etc., es posible controlar los el estilo de vida, alimentarse con una dieta baja en grasas, sin sal ni colesterol, no consumir tabaco ni alcohol, hacer ejercicio como menos tres veces por semana, tomar medidas higiénicas, manejar adecuadamente el estrés, tener habilidades para establecer relaciones sociales, resolver problemas interpersonales, tener habilidades para controlar y reducir el consumo de medicamentos, tener un buen seguimiento en las prescripciones en salud, así como contar con comportamientos seguros (62).

El autocuidado puede dividirse en dos unidades: el cuidado colectivo y el cuidado individual, cada uno se lleva por diferentes caminos, pero tienen un mismo fin. El autocuidado colectivo, se refiere a las acciones realizadas en cooperación entre miembros de una misma comunidad, familia o grupo, que se preocupan por obtener un medio físico y social afectivo y solidario. El autocuidado individual se conforma por las medidas adoptadas por uno mismo, como encargado

de su propia salud. La teoría de autocuidado se divide en tres apartados: La teoría del Autocuidado (TAC), La teoría del Déficit de Autocuidado (TDAC) y la teoría de los Sistemas de Enfermería (TSE) (66).

a) Teoría del Autocuidado (TAC)

Esta teoría refiere que cualquier persona debe cumplir con la responsabilidad de conocer y satisfacer sus necesidades de autocuidado, estas acciones tienen como objeto promover las condiciones necesarias para la vida y maduración, así como prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de situaciones que se vayan presentando en los distintos procesos evolutivos del desarrollo del ser humano. Tienen como objetivo, alcanzar mediante el autocuidado la conservación de la integridad estructural de las diversas etapas del ciclo vital.

b) Teoría de Déficit de Autocuidado(TDAC)

La teoría afirma que personas externas aceptan proporcionar cuidados a otra(s) persona(s), importante(s) para él. También, que la persona debe generar su propio cuidado terapéutico o acciones necesarias para ser adherente.

c) Teoría de los Sistemas de Enfermería (TSE)

O también llamada del agente de cuidado terapéutico, donde principalmente los cuidados provienen de los profesionales de enfermería, éstos realizan un trabajo que lo definen como servicio humano, un proceso interpersonal y una tecnología (métodos o técnicas formales), que se hacen presentes cuando un paciente no puede cuidarse por sí mismo, para mantener su salud, la vida o el bienestar en sí. Las acciones están orientadas a tener un fortalecimiento de la capacidad de autocuidado de pacientes que ya no pueden proveerse a ellas mismas la cantidad y calidad de autocuidado necesario para regular su funcionamiento(67), los enfermeros pueden ofrecer acciones individuales o personales, y brindar atención y ayuda para hacer posible resultados deseados de salud (65).

Orem propone las condiciones universales de autocuidado:

1. Conservación de ingestión suficiente de aire, agua y alimento.
2. Cuidados asociados a procesos de eliminación y excrementos.
3. Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso y entre la soledad e interacción social.

4. Evitar riesgos que pongan en peligro al paciente.
5. Promover el funcionamiento y desarrollo de seres humanos dentro de grupos sociales de acuerdo a las potencialidades, limitaciones conocidas y el deseo de la normalidad por parte del paciente (65).

Factores relacionados con las condiciones psicológicas

En el momento que los pacientes con DM2, son diagnosticados, comienza una fase de duelo, la cual ocasiona en la mayoría de los pacientes un choque emocional ya que no está preparado para vivir con limitaciones y nuevas prácticas que conlleva la enfermedad. Por lo que los aspectos psicológicos influyen en la motivación que se tiene en la incorporación de cambios en hábitos de vida del paciente. La DM2, implica cambios tanto físicos como psicológicos que ponen freno al desenvolvimiento normal de las personas y que generan una carga estresante, así como generar dificultades en la autoimagen, la autoestima y provoca miedos ante una posibilidad de muerte temprana (68).

Como se mencionó anteriormente el duelo, se conoce como el estado de adaptación emocional normal, ante la pérdida de un ser querido, un empleo, una relación o de la salud y esta trata de un acontecimiento vital estresante de primera magnitud que afrontan los seres humanos. Éste proceso es único, irreplicable, dinámico, cambiante y cada etapa de él difiere entre personas, culturas y sociedades (69). A partir de este proceso de duelo se pueden presentar diversos problemas de salud como lo son la depresión, estrés, ansiedad o crisis de angustia, por lo que es necesario comprender los aspectos psicológicos de los pacientes para determinar los comportamientos que puedan inferir en la motivación y predisposición en la incorporación de los cambios que trae consigo la enfermedad.

Se conocen cinco etapas de duelo, de las cuales, no todos los pacientes las experimentan, pero como mínimo se experimentan dos, las etapas se presentan como: negación, ira/incredulidad, negociación, depresión y aceptación. Éstas etapas pueden presentarse en cualquier orden o bien, puede presentarse alguna de ellas es necesario que el enfermo presente dentro de su esquema de atención el tratamiento psicológico, para lograr que el paciente alcance su bienestar (70). Según un estudio realizado en la Universidad Nacional Autónoma de México, donde se estudió el desajuste psicológico en pacientes con DM2, con presencia de insuficiencia renal, se identificó que las familias que padecen de esta situación tienen profundas consecuencias psicosociales, las cuales afectan el modo de vida, pero sobretodo de la del enfermo, el cual puede determinar el

éxito o no del tratamiento. Según el estudio, los pacientes que presentan un alto grado de desajuste psicológico obtuvieron resultados más altos en factores como depresión y desesperanza, por lo que el estudio propone la necesidad de instrumentar estrategias de intervención para disminuir el riesgo de suicidio, ya que éste se genera ya que se asocia con un estilo de afrontamiento cognitivo-conductual, con la depresión, desesperanza y soledad (70).

Factores relacionados con las Redes de Apoyo Social

Como se mencionó anteriormente los pacientes con DM2 pasan por un proceso complicado después de recibir la noticia de estar enfermos, por lo que caen en una fase de readaptación a su nuevo estilo de vida, por lo que las redes sociales a las que le pertenecen, pueden ser una base para lograr un apoyo en la nueva etapa. La mayoría de los pacientes con DM2, al sufrir la sintomatología de la enfermedad y la nueva carga de cambios en su vida, se le proporciona un diagnóstico, el cual, inicia y hace partícipes a los miembros de la familia que constituye las redes de parentesco, cuando estas redes de parentesco se ven rebasadas por los requerimientos del apoyo, se suman amistades, compañeros de trabajo, vecinos e incluso otras personas con el mismo padecimiento; es decir, se da paso a la construcción de redes sociales de apoyo (71). Como se ha manifestado en diversos estudios las redes de apoyo social tienen efectos benéficos en la salud física y mental de las personas (72).

Las redes sociales hacen referencia al conjunto de personas y/o grupos que interactúan entre sí y la estructura de tales interacciones, es decir que consiste en el conjunto de aquellas redes sociales de apoyo con las que hace contacto y que constituyen un cuerpo social, o como se define en una investigación realizada en mujeres con DM2 donde afirma que, las redes sociales son las relaciones que sirven de soporte para que las mujeres con éste padecimiento encuentren su alivio a su padecimiento, ya que dichas redes sirven como mecanismo de identidad, solidaridad y ayuda mutua (73). Conjunto de seres o recursos sociales o existentes con los que se interactúa de manera regular y los que un individuo recibe en una situación dada a través de relaciones interpersonales que influyen en su bienestar y capacidad de funcionamiento frente a la enfermedad de manera dinámica (74-76).

Las redes de apoyo social pueden ser por ejemplo: la familia, vecindario, amigos, colegas del trabajo, de la escuela, grupos políticos, entre otros (72), y donde el objetivo de tenerlas es el intercambio entre las personas que la conforman. Por ejemplo, la familia desde el punto de vista del individuo, la catalogan como una “red social significativa”, ya que son aquellos con los que

interactúan de manera regular, conversan, intercambian señales que los corporiza y los hace reales (77). Otro autor define a la red social como un conjunto de puntos unidos por líneas: los puntos en este caso representan a los sujetos que constituyen la red social, mientras que las líneas representan las ataduras que los unen, más las características de dichas ataduras pueden ser usadas para explicar e interpretar el comportamiento social de las personas que constituyen la red (78).

Las características principales de estas redes se producen por diferentes factores: *la densidad*, que es el número de relaciones educativas que existe entre los miembros; *el tamaño*, que se considera como el número de personas que pertenecen a la red; *la homogeneidad*, que es la similitud que tienen los miembros sobre las características comunes demográficas, sociales y personales; *la intensidad*, que es el grado de correlación de las interrelaciones; *el contenido*, que lo caracterizan la forma de las interrelaciones; *la dispersión*, que se conoce como la facilidad o dificultad con la que los miembros de una red interactúan cara a cara; *la duración*, que se refiere al tiempo en el que se han producido relaciones entre los elementos de las redes y *la direccionalidad*, que es el valor en que los integrantes de la red avanzan a la mejora de metas comunes (72).

Rodríguez Marín (2008), afirma que las redes de apoyo social tienen tres funciones básicas:

1. Ayuda: los miembros ayudan al enfermo a cumplir las necesidades personales o a hacer que el enfermo, en este caso los pacientes con DM2, cumplan con sus metas terapéuticas. Ésta ayuda se presenta de manera tangible (dinero) o bien, intangible (apoyo moral, asistencia, cariño).
2. Consejos: los individuos que brindan consejos u opiniones de cómo mejorar su estado de salud y mejorar en las metas o en realización de tareas.
3. Retroinformación: las personas que conforman la red realizan evaluaciones o críticas desde su punto de vista del cómo se han cumplido las metas propuestas, proporcionando información evaluadora del proceso que se ha realizado para su cumplimiento.

Se puede decir que las redes sociales operan mediante ciertas condiciones, como lo es la cercanía física; la confianza (capacidad y deseo de entablar una relación de intercambio); la voluntad de cumplir con sus obligaciones que se hacen implícitas en la relación y la familiaridad mutua para descartar la posibilidad de ser rechazado y para que esto suceda muchos de los pacientes establecen una relación de confianza (77). Las redes, también pueden producir incongruencias respecto a lo comentado anteriormente, ya que también puede ser productora de

un proceso de salud/enfermedad y puede producir por sí misma la enfermedad, por ejemplo, el hábito de una alimentación desequilibrada puede ser un factor. La red social que puede ser una barrera contra el estrés y a su vez, una fuente de estrés para el enfermo, ya que si las relaciones que tiene el paciente con los miembros de la red, dejan de ser representativa, se convierte en generadora de efectos negativos (78).

Factores de la Relación Médico-Paciente

La relación médico - paciente es muy importante en el tratamiento de un enfermo, así como en la posible adherencia, ya que los pacientes observaban al médico como una figura importante y lo consolidaban como la parte sabia que les proporcionaría su bienestar. En la actualidad los pacientes tienen una relación más extensa, con enfermeras, nutriólogos, psicólogos, trabajadores sociales o técnicos sanitarios, por lo que deben de formar un lazo con todos ellos y tratar de asumir a información proporcionada por cada uno.

El médico Lawrence J. Henderson, fue el encargado del estudio de esta relación, el cual afirma que existe una teoría que afirma que «Los elementos fundamentales son la concepción de las relaciones interpersonales como pautadas y enraizadas en expectativas culturales sobre los roles sociales de los miembros del grupo; la idea de que la conducta fundamental e esa interacción es la comunicación; y que la integridad del sistema se mantiene por homeostasis. El conjunto no es igual a la suma de sus partes y cualquier cambio en una de las partes altera simultáneamente el carácter de todo el sistema» (79). La relación que se genera entre los participantes tiene características importantes:

- Debe existir una relación entre dos personas, es decir que el paciente necesariamente debe interactuar mínimamente con el médico tratante y con cualquier otro profesional sanitario.
- La relación debe ser desigual o asimétrica: es decir que el paciente debe lograr identificar quien es el que posee la influencia. En el caso de los pacientes diabéticos, se observa una marcada negación al momento de recibir la noticia y es posible que por la misma condición no perciba las órdenes o no acate adecuadamente las recomendaciones del médico, por lo que debe de ser importante ver a los profesionales de la salud como los conocedores de la enfermedad y los proveedores de una mejora.

- La relación de asistencia es una esperanza, ya que los pacientes esperan ayuda por parte de los profesionales, aunque el que asiste espera que el asistido colabore y haga determinadas cosas para su mejora.
- Debe existir confianza mutua, aunque en la actualidad los enfermos perciban la poca confianza en los médicos, debe existir la capacidad por parte de los profesionales sanitarios de lograr convencer al paciente que puede ser una muy buena opción para la mejora.
- La relación de ayuda se otorga de manera verbal, por lo que la palabra es el principal intermediario en la relación. Y es donde los profesionales tienen la ventaja o bien desventaja del convencimiento a los pacientes para que éstos logren adaptarse a los tratamientos, incluso se habla de la cura por medio de la palabra, ya que el profesional de la salud, puede persuadir al paciente a realizar ciertas acciones que inconscientemente lo llevan a la mejora.

Teoría del Modelo ecológico de Bronfrenbrenner (1979)

Ésta teoría se enfoca en el desarrollo de la conducta humana desde una perspectiva ecológica, que está conformada por estructuras seriadas y presentes en distintos niveles que se relacionan entre sí, según Bronfrenbrenner, este modelo hace una similitud a las muñecas rusas, donde una contiene a la otra por lo que en teoría un sistema contiene al otro (80). La capacidad de que se desarrolle un sistema depende directamente de la existencia de las interconexiones sociales entre sistemas (80), por lo que se requiere de una participación coordinada de los diferentes contextos y de la comunicación entre ellos.

Los sistemas, hacen referencia a los diferentes entornos en los que una persona se desenvuelve; en relación con los pacientes con DM2 es importante, ya que los enfermos se desenvuelven en sistemas, como los entornos intrapersonales, familiares y culturales que le provee de características especiales en su comportamiento (81). Así mismo el paciente se adaptará a los ambientes que le rodean, los cuales formarán parte de su vida cotidiana y viceversa, es decir los entornos más próximos, se modificarán en función de los nuevos eventos personales del sujeto (68). Esta teoría incide en la evaluación de las variables que afectan a las personas que padecen DM2, dichas variables son factores que afectan directamente la adherencia o falta de

adherencia. Bronfrenbrenner clasifica su teoría en cuatro estructuras (Microsistema, Mesosistema, Exosistema y Macrosistema) Figura 1

FIGURA 1. Modelo Ecológico de Bronfrenbrenner (82)



a) Microsistema

Se considera como el nivel más inmediato donde se desarrolla el individuo, la familia. Este nivel asocia a la familia, amigos, hogar, trabajo, compañeros de escuela, otros pacientes, etc. Los entornos se vuelven frecuentes en la vida de ellos, por lo que las conductas del sujeto pueden modificarse e influir en función a estos ambientes sobre todo en las decisiones referentes a la adherencia (68). Los pacientes perciben en este ambiente situaciones negativas o positivas sobre lo relacionado a la diabetes, como las opiniones realizadas de la gente con la que convive, las cuales influyen de manera importante en la percepción del paciente ante la enfermedad.

Cada uno de los factores relacionados en el microsistema, tienen un peso significativo en el control del padecimiento, donde el individuo se presenta vulnerable a los conceptos que se tienen sobre la enfermedad de manera que éste puede ser influenciado por las opiniones sobre cómo afrontar las situaciones. Las relaciones que el paciente tenga con los servicios de salud, también puede ser determinante para ser adherente, o no ya que, en distintas ocasiones, la relación que se tiene con el médico no es la apropiada, debido a fallas en la comunicación, debido a que funge

como barrera en la adaptación al tratamiento, en la comprensión de las indicaciones o bien, para expresar dudas o temores que se tengan. La relación que vive el enfermo con su familia, puede ver afectada representa una función importante, como proveedor.

La situación económica dentro del hogar puede influenciar de manera importante en el apego al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes. El apoyo por parte de la familia en los pacientes con diabetes, debe ser elemental, sobre todo con la pareja, ya que dicho apoyo sirve de sostén para sobrellevar la carga física, emocional, incluso la económica. Si existe ausencia de apoyo moral la adherencia se ve afectada presentando carencias en el aspecto psicológico, con el riesgo de presentar eventos de estrés y ansiedad; en este sentido, pueden involucrarse familias, amigos o redes externas que ayuden a que el paciente afronte de una mejor manera su situación de enfermedad.

b) Mesosistema:

Son las interrelaciones que se dan entre dos o más entornos, donde las personas participan activamente (familia, trabajo y vida social) (80). Por lo que se entiende entonces que se trata de un sistema conformado de microsistemas (83). En este sistema se relacionan tres aspectos fundamentales, que se caracterizan por potencializar las conductas saludables, asociadas con el apoyo social (83). Estas son el flujo de información, la potenciación de conductas saludables y el apoyo social:

a. Flujo de Información

El flujo de información hace referencia a la comunicación que existe entre el personal sanitario y la familia del paciente, donde enfatiza que la familia debe conocer el estado físico y psíquico del enfermo, esto con el fin de tomar una actitud más asertiva para una mejor atención del familiar. Se consideran entornos que impactan en el grado y tipo de comunicación entre el personal sanitario y amigos del paciente, personal sanitario y asociaciones, como las Organizaciones no Gubernamentales (ONG).

b. Potenciación de conductas saludables

En este apartado aparecen las prácticas saludables potenciadas en el hogar por la familia del paciente, las cuales son proporcionadas por el médico o los demás colaboradores de la salud. Una excesiva protección o despreocupación de esos aspectos puede ser vital en el desarrollo de la enfermedad. también es importante la adecuación de las instrucciones del médico y las prácticas saludables fortalecidas por los amigos,

c. Apoyo social

La importancia del apoyo social en un paciente con diabetes es elemental en el tratamiento de la enfermedad, ya que, por medio de las distintas ayudas como el material, emocional, de ocio y distracción, etc., dan como reflejo una respuesta favorable en el tratamiento. En pacientes con diabetes, de edad avanzada y el apoyo social se hace más necesario, así como las conductas de cuidado. El apoyo recibido resulta elemental, ya que puede ser una fuente de apoyo emocional, para expresar miedos o inquietudes a algún familiar, amigo o conocido.

c) Exosistema:

En él se consideran contextos amplios donde no se incluye a la persona como un sujeto activo, pero donde ocurren hechos que afectan directamente lo que ocurre en el entorno del paciente, como lo es el lugar donde labora la pareja, grupos de amigos de familiares, etc. (80). El paciente diabético puede verse afectado por contextos o situaciones ajenas a las redes sociales, donde no precisamente puede estar presente, pero puede influir en él y en su vida. Para ejemplificar lo anterior, en ocasiones miembros de la familia ocultan el padecimiento, es sometido a críticas o ayuda o apoyo moral por parte de personas cercanas. También puede afectar la historia previa, que se relaciona con las muertes pasadas de otros miembros de la familia, o gente que el sujeto no conoció. Otro factor importante son las dificultades que tengan los familiares de los pacientes, como ejemplo, los pacientes diabéticos que son internados, necesitan de acompañamiento en su estancia, por lo que, en muchas ocasiones, en los lugares de trabajo de los familiares, no se les permite tener una accesibilidad hacia el enfermo, por lo que éste se ve desprotegido.

d) Macrosistema:

Es la cultura y la subcultura donde se desarrollan las personas y todos los individuos de su sociedad (83). Bronfenbrenner, explica que «en una sociedad o grupo social en particular, la estructura y la sustancia del micro-, meso-, y el exosistema tienden a ser similares, como si estuvieran contruidos a partir del mismo modelo maestro, y los sistemas funcionan de manera similar. Por el contrario, entre grupos sociales diferentes, los sistemas constitutivos pueden presentar notables diferencias. Por lo tanto, analizando y comparando los micro-, meso- y los exosistemas que caracterizan a distintas clases sociales, grupos étnicos y religiosos o sociedades

enteras, es posible describir sistemáticamente y distinguir propiedades ecológicas de los contextos sociales» (80).

Con respecto a los factores que pueden incidir en los pacientes diabéticos, existe la necesidad de evaluar las practicas institucionales en lo referente a: frecuencia de visitas a un enfermo hospitalizado, derecho a ser informado, de elegir el tipo de tratamiento, horarios de aplicación de tratamientos, entre otros. Otro factor importante son las políticas gubernamentales y autonómicas que determinan qué áreas sanitarias son prioritarias y que son investigadas a profundidad con una investigación, de manera asistencial y a nivel preventivo y que la calidad de atención médica que reciba el paciente, estará en función de estas variables. Así como también están relacionada la distribución de medicamentos e insumos necesarios para las necesidades de los pacientes.

La religión, la etnia y la cultura de una persona influye en los diferentes niveles y en su ambiente (80). Cada uno de estos factores puede influir ya que por ejemplo las religiones o culturas pueden percibir las situaciones de distinta forma. Pueden alterar el tipo de tratamiento para los diabéticos, por ejemplo, en las culturas Huicholes, no es bien permitido ciertas intervenciones en las mujeres; El estatus económico de los enfermos se ve afectado, según los recursos disponibles para el sujeto, el acceso a las prestaciones sanitarias, puede ser afectado por la condición de un trabajo informal, o bien la identificación de los síntomas primarios para acudir al médico.

A manera de conclusión, la teoría nos ayuda a explicar la relación entre ésta y los factores psicológicos, de redes de apoyo, económicos, de autocuidado, la relación con el personal médico y los sociodemográficos ya que se enfocan en la conducta de los individuos, presentes en el Mesosistema, los que a su vez están inmersos en el microsistema, ya que se considera a la familia, como una red importante de apoyo para un enfermo, donde esta relación entre el individuo y la familia puede desempeñar un contexto efectivo y positivo, o bien, un papel destructivo del desarrollo. Los factores socioculturales también tienen cabida, ya que en el Macrosistema se consideran las formas de organización social, los estilos de vida, la pobreza, la ausencia de servicios, la violencia, la desorganización social y la identidad entre los miembros como factores principales para que se desarrolle.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El mundo está enfrentándose a una epidemia de Diabetes Mellitus, principalmente de tipo 2 (DM2) la cual va en aumento, ya que su incidencia está desafiando a los sistemas de salud, médicos y sobre todo a los pacientes ya que en ellos recaen las transformaciones que llevan consigo las complicaciones de la enfermedad y los costos que se agregan en su aparición. Los factores que se atribuyen a la no adherencia son: los estilos de vida poco saludables que afectan de igual manera a niños, adolescentes y adultos, la falta de promoción a la salud, la ineficiente atención médica a la población, el insuficiente abastecimiento, la poca existencia de medicamentos, factores sociales, culturales, psicológicos, económicos entre otros, los cuales propician un incremento importante de casos de DM2 sin control metabólico adecuado.

México tiene condiciones de alto riesgo para el desarrollo de esta patología, por lo que las cifras están en constante ascenso, en 1995 ocupaba el noveno lugar con mayor número de casos de diabetes y se espera que para el año 2030 ocupe el séptimo con casi 12 millones con DM2 (84). Se estima que para el 2025 el número de personas con diabetes se duplicará (300 millones), ya que la mayor parte de los casos se ubican en los países desarrollados y en vías de desarrollo (85), por lo que se reconoce como la próxima epidemia mundial (86). Las estimaciones publicadas por la Federación Internacional de Diabetes (FDI) indican que para el año 2035 su prevalencia alcanzará proporciones epidémicas y afectará a casi 592 millones de personas en todo el mundo. En Latinoamérica 19 millones de sujetos tienen diabetes y se prevé que para el año 2025 habrá 40 millones con la enfermedad (87), en particular DM2 (88).

En el estado se tienen cifras preocupantes de la DM2, según el Centro Nacional de Programas Preventivos (Cenaprece) en Zacatecas la DM2 es la tercera causa de muerte, con el registro de 945 fallecimientos al año. (89) según las cifras arrojadas por la ENSANUT 2016, registraron que hubo un aumento (9.4 por ciento) de la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico con respecto a la registrada en el 2012, el 87.7 por ciento de los adultos con diagnóstico previo, respondió que, si recibe tratamiento para el control, las complicaciones reportadas en mayor proporción fueron: visión disminuida, daño en retina, pérdida de vista, úlceras y amputaciones. El 46.4 por ciento de los diabéticos no realiza medidas preventivas para evitar o retrasar las complicaciones (90).

La UNEME-EC de la ciudad de Zacatecas, fue la unidad de estudio para esta investigación, ya que ésta es la encargada de aportar atención a pacientes con enfermedades crónicas. En este

tipo de clínicas se les realizan a cada paciente estudios de laboratorio que se complementa con servicios de enfermería, atención médica, atención nutricional y psicológica, así como también se da seguimiento de su enfermedad por parte de un trabajador(a) social. Como requisito de ingreso, los pacientes deben ser referidos de una atención primaria, ser mayores de veinte años, contar con seguro popular y tener niveles de creatinina mayores a 2.8mg/dl. En cada ocasión que los pacientes acuden al servicio de la unidad, son registrados los datos necesarios para darle seguimiento al progreso de la enfermedad, los cuales servirán de referencia y ayuda para la realización de éste estudio.

Por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué factores determinan la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de dos Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas, (UNEME—EC)?

JUSTIFICACIÓN

Es importante conocer los factores implicados a la falta de adherencia, ya que son determinantes que agravan o complican la enfermedad. En la actualidad, se ha incrementado el número de pacientes que presentan complicaciones ante la presencia de la DM2, así como la deserción de ellos en los tratamientos. En este aspecto las instituciones en salud se ven afectadas, debido al incremento en los gastos que genera la atención de pacientes con múltiples problemas causados por el mal cuidado de la DM2. El gasto económico del tratamiento de la diabetes representa una carga muy pesada para los servicios de salud y para los pacientes, incluso la OMS afirma que algunos países el 95 por ciento de los gastos de la enfermedad recaen directamente en el bolsillo de los pacientes (91). Un estudio reveló que el principal costo de la diabetes recae en el tratamiento de las complicaciones, principalmente los relacionados con la nefropatía y enfermedad cardiovascular periférica. (92). En México por cada \$100 pesos que se gastan en atender la DM2, aproximadamente \$51 proviene de los hogares de las familias (91).

Se hizo referencia por parte de los directores de las unidades que no se han realizado ningún tipo de estudios en esas unidades, por lo que resultó importante su evaluación y es por eso que el objetivo del estudio es identificar los factores que determinan la falta de adherencia que tienen los pacientes de las UNEMEs-EC de la ciudad de Fresnillo y Zacatecas capital, que no siguen un buen control o bien que regresan después de ser dados de alta del servicio, en condiciones más severa de cómo se encontraban. De esa forma se contribuye a la mejora de evaluaciones que se tienen en estas unidades y que resulta importante para la institución ya que se tienen metas establecidas, de la misma forma este estudio ayudó a identificar los determinantes que desencadenan una falta de adherencia y a su vez, contribuir a otras UNEMEs EC del estado e incluso instituciones de salud involucradas con estos pacientes.

En base a los resultados obtenidos, se propusieron formas de intervención en los pacientes, los cuales se enfocaron en puntos débiles de la clínica como lo es el insumo de medicamentos y de reactivos para el laboratorio, el cambio de métodos para empoderar a los pacientes sobre su enfermedad, se propuso crear más talleres con invitados especiales para realizar pláticas de concientización, ayudar a las personas con cursos de alimentación balanceada y opciones de elaboración de alimentos, cuidado de pies, piel, y heridas. Aumentar y promover el apoyo familiar, que se enfocaría en tratar de impulsar a las familias de los pacientes a involucrarse en

las actividades que se requieran para su mejora; proporcionar estrategias de comunicación, tratando de aumentar la sensibilidad de los proveedores de los servicios de salud para que el paciente se sienta integrado en la recuperación y de igual manera aporte para la mejora; dar tratamientos psicológicos, seguimientos a los pacientes y su bienestar personal. La información se torna accesible para el estudio, y es factible ya que se puede realizar la investigación sin dañar al paciente porque se tomarán los datos recabados por la institución para su manipulación.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Identificar los factores que determinan la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Tipo 2.

Objetivos Específicos

- Conocer el porcentaje de pacientes que fueron adherentes y no adherentes de la población estudiada.
- Medir el nivel socioeconómico de los pacientes con DM2, e identificar la relación con la no adherencia.
- Explicar la seguridad alimentaria que tienen los pacientes con DM2 no adherentes y encontrar asociación entre ellos.
- Determinar el tipo de autocuidado que presentan los pacientes con DM2 no adherentes.
- Conocer si la relación entre el paciente y los profesionales de la salud, afecta la falta de adherencia.
- Conocer los niveles de depresión y/o ansiedad y su asociación con la no adherencia.
- Descubrir el tipo y calidad de redes sociales de apoyo de los pacientes y comparar si cada una tiene relación con la no adherencia a los tratamientos.
- Analizar la asociación entre los años que tienen los pacientes con el padecimiento de la DM2 y la falta de adherencia a los tratamientos.
- Evaluar el cumplimiento de la aplicación de las normas de la institución respecto a los pacientes y encontrar una asociación con la falta de adherencia.
- Relacionar si los antecedentes que se tienen y el control de la información de los pacientes determina la presencia de adherencia o no.

HIPÓTESIS

Los factores determinantes que influyen en la falta de adherencia al tratamiento son:

Ho: Más de la mitad de los pacientes con DM2, no se adhieren a su tratamiento terapéutico.

Ha: Las redes sociales de apoyo es el determinante más importante de la falta de adherencia en los pacientes con DM2, así como inseguridad alimentaria, situación de pobreza y presencia de depresión en los pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

El tipo de estudio fue observacional analítico ya que se identificó la relación estadística que existe entre la falta de adherencia y los demás determinantes y fue de corte transversal ya que se midió la prevalencia de las personas no adherentes en la unidad médica (93).

Observacional, analítico, transversal.

Unidad de observación y análisis

Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) pertenecientes a dos Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Cónicas (UNEME-EC), de la ciudad de Fresnillo y Zacatecas, Zacatecas. La población total fue de 58 personas que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión

- Pacientes con más de un año con diagnóstico de DM2.
- Pacientes con más de seis meses de tratamiento en la UNEME-EC.

Exclusión

- Pacientes con Diabetes tipo I.
- Pacientes con un periodo menor a seis meses de tratamiento en las clínicas.
- Pacientes que padecen solo hipertensión, obesidad, síndrome metabólico.

Diseño y tamaño de muestra

No se realizó ningún diseño muestral, se tomaron en cuenta 58 muestras por conveniencia que asisten y pertenecen a dos clínicas UNEME-EC de Fresnillo y Zacatecas, Zac., que cumplieron con los criterios establecidos y que contestaron de manera voluntaria.

Variables de Estudio

FIGURA 2. Variables de Estudio



La variable dependiente fue la no adherencia terapéutica de pacientes con DM2, las variables independientes que se incluyen en este estudio son los factores sociodemográficos, socioeconómicos, de seguridad alimentaria, de autocuidado, la relación médico-paciente, condiciones psicológicas, de redes sociales de apoyo, años con el padecimiento, la evaluación de normas y políticas de la institución. (Figura 2)

Operacionalización de Variables

Anexo 1

Instrumentos y técnicas de recopilación de la información

El instrumento lo conforman once apartados enfocados a las variables independientes y uno relacionado con la variable dependiente. A continuación, se describen cada una de las variables a estudiar, así como el instrumento que se utilizó para su aplicación.

Para evaluar las características sociodemográficas, se elaboró un cuestionario el cual se conformó con los principales datos referentes al expediente de los pacientes, éstos comprenden la edad, sexo, lugar de procedencia, escolaridad del paciente, ocupación y estado civil (Tabla1). Todas las

variables se categorizaron para agrupar los resultados, a excepción de la variable sexo (ver apartado de resultados).

Tabla 1. Características sociodemográficas

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	VALORES
Edad	Valor numérico
Sexo	Femenino Masculino
Municipio de procedencia	Municipio
Escolaridad	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Bachillerato Técnico Licenciatura Posgrado
Ocupación	Ama de casa Comerciante Construcción Empleado Jubilado Otro
Estado civil	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre Separado

Para medir las características socioeconómicas en los pacientes se utilizó un cuestionario validado de la Asociación Mexicana de Agencias de investigación de Mercados y Opinión Pública (AMAI) en su última versión estipulada en el 2011 «AMAI 8X7», la que clasifica a los hogares en siete niveles y los compara con ocho indicadores. Éstos ocho ítems se enfocan en el número de cuartos o habitaciones, número de baños, regaderas, número de focos, tipo de piso, número de autos, estufa y educación del principal proveedor del hogar. (Tabla 2) (94).

Tabla 2. Nivel Socioeconómico AMAI

NIVEL	PUNTUACIÓN
A/B	193+
C+	155 a 192
C	128 a 154
C-	105 a 127
D+	80 a 104
D	33 a 79
E	0 a 32

La definición de los estratos de la Tabla 2 se describen a continuación:

A/B, Nivel Alto: esta clasificación es el estrato con más alto nivel de vida e ingresos. Cuenta con los servicios y recursos financieros y de seguridad que le permiten vivir con muy buena calidad de vida, así como planear su futuro sin problema. Esta situación se presenta en el 6.8 por ciento de los hogares; la escolaridad promedio del jefe de familia es la licenciatura o posgrado; las decisiones de compras las realizan enfocadas a valores, aspiraciones y estatus; las casas se caracterizan por propuestas arquitectónicas o estética muy definida; hay dos o tres baños y los ingresos provienen de varias fuentes: salario, renta de propiedades, ahorros e inversiones bancarias, jubilaciones y pensiones.

C+, Nivel Medio Alto: Los servicios y recursos con los que cuentan les permiten tener una buena calidad de vida. Tienen ligeros excedentes que posibilitan acceder a ciertos lujos. Se considera presente en el 14.2 por ciento de los hogares; la escolaridad promedio es licenciatura completa o incompleta; integrado por familias con jóvenes, extensas y parejas del mismo sexo, destacan integrantes emprendedores e idealistas; las decisiones de compras son enfocadas a beneficios psicológicos; cuatro de cinco hogares tiene uno o dos automóviles; la mayoría de las viviendas son construidas en terrenos de más de 300m², o con más de 200m² de construcción.

C, Nivel Medio Típico: Estas familias cuentan con recursos y servicios que les permite tener una vida practica y una adecuada calidad de vida, sin embargo, no tienen lujos ni excedentes. Pertenece al 17 por ciento de los hogares; la escolaridad promedio del padre de familia es la

preparatoria o la universidad; la conforman las familias con jóvenes, extensas, parejas del mismo sexo, familias idealistas y gregarias que disfrutan realizar todas las actividades juntos; las compras son enfocadas a costo beneficio; una de cada seis, vive en una casa o departamento rentado; comúnmente cuentan con un solo baño para todos los integrantes; y la principal fuente de ingresos es el trabajo asalariado, 2.5 miembros de cada familia contribuyen al ingreso del hogar.

C-, Nivel Medio Emergente: Estas familias tienen los recursos mínimos para cubrir sus necesidades más básicas de la familia, pero aspiran a un estilo de vida con mayor calidad. Se consideran el 17.1 por ciento de los hogares; la escolaridad promedio del jefe de familia es la secundaria o la preparatoria; se consideran familias emergentes: reconstruidas, parejas del mismo sexo y papas solteros, destacan integrantes emprendedores, toma de decisiones: son familias permisivas y autoritarias; para ellos pesa mucho el costo beneficio y precio; uno de cada cuatro hogares fueron construidos por un crédito INFONAVIT, FOVISSSTE o FONHAPO, en el 30 por ciento, el jefe de familia es la mujer; solo uno de cada tres hogares tiene automóvil y el principal ingreso es el trabajo asalariado y el comercio formal e informal.

D+, Nivel Bajo Típico: Cuentan con una mala calidad de vida, tienen problemas para contar con lo básico y cuentan con las condiciones mínimas sanitarias. A esta condición pertenecen el 18.5 por ciento de los hogares, la escolaridad promedio del jefe de familia es la secundaria; se presentan familias con niños y madres solteras, familias tradicionales y autoritarias, así como familias sin reglas de convivencia; las decisiones de compra están enfocadas al precio; cerca de una quinta parte comparte terreno o construcción con otro hogar; los baños son muy pequeños y uno de cada cinco no están conectados al drenaje; el principal ingreso proviene del trabajo en una empresa o fábrica y el gasto mayor es en alimentos, bebidas, transportes, pago de servicios y cuidado personal.

D, Nivel Bajo Extremo: Estas familias tienen graves problemas para sobrevivir incluyendo el dejar de comer en algunas ocasiones. El 21.4 por ciento pertenece a esta categoría; el estudio promedio del jefe de familia es la secundaria y primaria; se caracterizan por ser familias de tipo nido vacío, unipersonales y parejas jóvenes sin hijos; se conforma por familias materialistas e individualistas que luchan por la subsistencia; el poco espacio de las viviendas es usado para cumplir con las funciones básicas de un hogar: comer y dormir; la mitad de estas familias comparten baño con otras familias y el principal ingreso de sus integrantes proviene del trabajo asalariado, ayudas gubernamentales o remuneraciones en especie.

E, Nivel Bajo Muy Extremo: Se caracterizan por tener escasez de todos los servicios y bienes. Los espacios son construidos con materiales desechables y tienen problemas graves y permanentes para subsistir. Pertenece al 5 por ciento de los hogares; la escolaridad promedio del jefe de familia es menor a la primaria; son familias tipo nido vacío y unipersonales, más familias con valores individualistas y subsistencia; compran solo alimentos básicos y necesarios; no tienen aparatos que les facilite las labores del hogar (95).

Para evaluar las condiciones de seguridad alimentaria se utilizó un instrumento ya validado, de la Escala Mexicana de Seguridad Alimentaria, la cual utiliza una $\alpha=0.005$ y un alfa de Cronbach de 0.85(96). El instrumento describe los problemas con la calidad y cantidad de alimentos, que de acuerdo con los recursos con los que se cuenta, se han adquirido en los últimos tres meses. Son doce ítems que tienen una codificación binaria (0=NO y 1=SI)(97) y la ponderación y clasificación de la inseguridad alimentaria se presenta en la Tabla 3.

Tabla 3. Escala Mexicana de Seguridad Alimentaria.

Respuestas afirmativas	Tipo de seguridad alimentaria	Características
Ninguna respuesta afirmativa	Seguridad alimentaria	No hay disminución en la cantidad y calidad de alimentos
De 1 a 3 respuestas afirmativas	Inseguridad alimentaria leve	Implica reducción de la calidad de los alimentos.
De 4 a 7 respuestas afirmativas	Inseguridad alimentaria moderada	Implica la reducción en la calidad y cantidad de alimentos.
De 8 a 12 respuestas afirmativas	Inseguridad alimentaria severa	Reporta que el hogar ha vivido una experiencia de hambre.

Con respecto a los factores relacionados con el Autocuidado, se consideró el cuestionario Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (Appraisal of Self-care Agency Scale, ASA), cuestionario que ya está validado, y que utiliza un valor de $\alpha=0.05$; éste se compone de 24 ítems con un formato de respuesta de cuatro alternativas tipo Likert (**A**= nunca, **B**= casi nunca, **C**= casi siempre, **D**= siempre) (98), se consideró esta escala y no la de cinco alternativas ya en la tercera opción (ni de acuerdo, ni en desacuerdo) de la escala de cinco opciones, según Peñalosa, M.(99), hace que el entrevistado permita ubicarse en un punto medio sin detenerse a pensar en la realidad de sus cuidados (100-101). Cada individuo puede obtener un puntaje que va de 24 a 120 puntos (102-103) (Tabla 4).

Tabla 4. Escala de valoración de agencia de autocuidado.

NIVEL	PUNTUACIÓN
A	1-24
B	25-48
C	49-72
D	73-96

La variable que se enfoca en la relación médico-paciente fue medida por el Cuestionario de Relación médico-paciente (PDQ-9), el cual consta de nueve preguntas, que son medibles por una escala tipo Likert de cinco puntos y donde 1=a y 5=siempre, tiene un valor de $\rho=0.2$ y un alfa de Cronbach de 0.95 (104), al instrumento que se utilizó en esta investigación se cambiaron los valores y quedaron con una puntuación de 7-9 puntos para una calificación buena, de 4-6 para una calificación regular y de 0-3 para una mala relación. El instrumento permite cuantificar de forma implícita la opinión del paciente en cuanto a la comunicación, satisfacción y accesibilidad en el trato con el médico y el tratamiento (104). Los puntos de cada pregunta se encuentran en el Anexo 1 y la clasificación se encuentra en la Tabla 5.

Tabla 5. Relación médico-paciente.

NIVEL	PUNTUACIÓN
Buena	7-9
Regular	4-6
Mala	0-3

Para medir las condiciones psicológicas se utilizó el cuestionario Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), el cual es un cuestionario de autoaplicación de 14 reactivos, integrado por dos sub escalas de siete reactivos cada una, una de ansiedad (reactivos impares) y otra de depresión (reactivos pares), el cual ya está validado (105). Las dos escalas utilizan: escala de depresión (alfa de Cronbach= 0.78, IC=95 por ciento, 72.5-83.2, $p=0.00$), escala de ansiedad y depresión (IC 95 por ciento 84.4-90.5, $p=0.00$) (105). La clasificación y puntaje de los tipos, se describe en la Tabla 6.

Tabla 6. Puntuación de escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS-A)

DIAGNÓSTICO	PUNTUACIÓN
Rango de normalidad	0-9
Caso probable	10-19
Caso de ansiedad y/o depresión	20-28

Con relación a la variable de Redes Sociales de Apoyo, se optó por el Test de MOS (Cuestionario MOS de Apoyo Social), éste cuestionario es utilizado para la evaluación del apoyo social en pacientes con enfermedades crónicas y ayuda a conocer las características de las dimensiones del apoyo social, este estudio considera una $p < 0.05$ y análisis de alfa de Cronbach. Se caracteriza por ser breve, de fácil comprensión y autoadministrado; permite investigar cuatro dimensiones a) la parte afectiva (demostración de amor, cariño y empatía), b) de interacción social positiva (posibilidad de contar con personas para comunicarse), c) instrumental (posibilidad de ayuda doméstica) y d) informacional (posibilidad de asesoramiento, consejo, información).

Trata de una serie de veinte ítems que miden el apoyo emocional (ítems 3,4,8,9,13,16,17 y 19), ayuda material o instrumental (ítems 2,3,12 y 15), interacción social positiva o relaciones sociales de ocio y distracción (ítems 7,11,14 y 18) y apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño (6,10 y 20). (106) La ponderación de las preguntas se miden mediante una escala de Likert que puntúa de 1 (nunca) a 5 (siempre). La interpretación de resultados se describe en la Tabla 7.

Tabla 7. Cuestionario de MOS, de apoyo social.

CUESTIONARIO MOS	MÁXIMO	MEDIO	MÍNIMO
Índice global de apoyo social	94	57	19
Apoyo emocional	40	24	8
Ayuda material	20	12	4
Relaciones sociales de ocio y distracción	20	12	4
Apoyo afectivo	15	9	3

Para la evaluación de la variable dependiente, No Adherencia al tratamiento, se utilizó el cuestionario validado de Morisky Green Levine, se compone por cuatro preguntas con tipo de respuesta dicotómico (SI/NO), donde el valor de SI=0 y NO=1, este instrumento utiliza una $p=0.05$. Éste refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. En este instrumento se considera buen cumplidor al paciente que contesta de manera correcta a las cuatro preguntas (NO/SI/NO/NO), mientras que a partir de una respuesta incorrecta se califica como incumplidor (107).

Para medir la asociación entre los años con el diagnóstico de la diabetes y la falta de adherencia se preguntó a los pacientes el año que se les detectó la enfermedad y mediante las pruebas estadísticas de ji cuadrada y prueba de proporciones se la relación. Con respecto a las normas de la Institución se consideraron tres ítems los cuales se refirieron a dirigir a los pacientes a citas al oftalmólogo donde los valores fueron dicotómicos (SI/NO), con un puntaje de cero y uno, otro factor a considerar fue la frecuencia de asistencia a citas médicas donde se dieron cuatro posibles respuestas con un puntaje de cero a tres. El último factor a evaluar fue la realización de ejercicio a la que se le dieron cuatro valores con un puntaje de cero a tres, así como el tiempo que se le dedicó al ejercicio se clasificó en cuatro respuestas con un puntaje de cero a tres (108). Y sobre el control de la enfermedad que no está normado, sino que solo se utiliza como control interno se consideraron las hospitalizaciones, infecciones en vías urinarias y el cumplimiento del plan alimenticio.

Plan de recolección de datos

Para la recolección de datos se pidió autorización del estudio a los directivos de las Jurisdicciones Sanitarias No. 3 y 1, de las ciudades de Fresnillo y Zacatecas capital, así como a los médicos directores de ambas UNEME's, donde se les explicó el objetivo de la investigación y su alcance. Con autorización de los directivos se procedió a indagación de las bases de datos e información sobre el proceso de atención de las unidades médicas. Después, se proporcionó el instrumento, así como la carta de conocimiento informado. La intervención comenzó en la unidad 3 de Fresnillo, Zac. y posteriormente de la ciudad de Zacatecas. El cuestionario (**Anexo 3**) que se aplicó, tuvo un tiempo promedio por paciente de 15-20 minutos y se aplicó por el investigador.

Plan de tabulación y análisis

El análisis de la información se evaluó basado en los objetivos. En el objetivo general que fue la no adherencia de la cual se obtuvo la frecuencia de casos y porcentajes y en los objetivos específicos se evaluaron con ayuda del programa estadístico SPSS versión 22.0, donde el propósito fue analizar la correlación de variables independientes con la falta de adherencia en la cual se utilizó la prueba de ji cuadrada con una confiabilidad del 95 por ciento y un valor de $p=0.05$. Solamente en el caso de la variable edad en las condiciones sociodemográficas se obtuvo la media y la desviación estándar.

Consideraciones éticas

Esta investigación consideró que no se tienen riesgos a la salud de las personas ya que no es invasiva, más se tuvo información de los participantes, por lo que la información debe ser confidencial y los aspectos éticos se basan en la Declaración de Helsinki promulgada por la Asociación Médica Mundial que propone dar importancia a principios éticos para la investigación de material humano y de información sobre los mismos. Estos principios refieren a los siguientes principios básicos: el respeto por las personas, beneficencia, no maleficencia y justicia. Por lo que se contempló la elaboración de un consentimiento informado, con la finalidad de que las personas estén enteradas de que la información personal será manejada de manera confidencial (96).

También se consideraron varios artículos del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud 2014 (109) en los cuales se tomaron en cuenta los apartados del I al IX, del artículo 14, que se refieren a la adaptación de principios éticos que justifiquen la investigación para la contribución a la solución de problemas, sobre el consentimiento informado (110) que se debe elaborar así como la aprobación del comité de ética, y la autorización para realizar el estudio por parte del titular de la unidad de salud. Del artículo 62 de la Secretaría para elaborar el estudio y de los procesos antes de realizar la investigación. Cada voluntario recibió el consentimiento informado para darle a conocer sobre los objetivos, beneficios calculados, incomodidades derivadas del experimento, y todos los aspectos que se relacionaron con la investigación. Las personas fueron informadas del derecho a permanencia o ausencia de la investigación y se les dio a conocer que en cualquier momento podían abandonar el estudio. (121). El formato de consentimiento informado se encuentra en el **Anexo 2**

RESULTADOS

El objetivo del estudio fue identificar los factores que determinan la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Tipo 2 que pertenecían a dos Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEME-EC), pertenecientes a los Servicios de Salud de las ciudades de Fresnillo y Zacatecas capital.

En la Tabla 8 se presentan la cantidad de casos que resultaron no adherentes al tratamiento (67.2 por ciento) de DM2, una tercera parte de los encuestados si aparecieron como adherentes.

Tabla 8. Prevalencia de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2.

ADHERENCIA	CASOS	%
No	39	67.2
Si	19	32.8
Total	58	100.0

Características Sociodemográficas

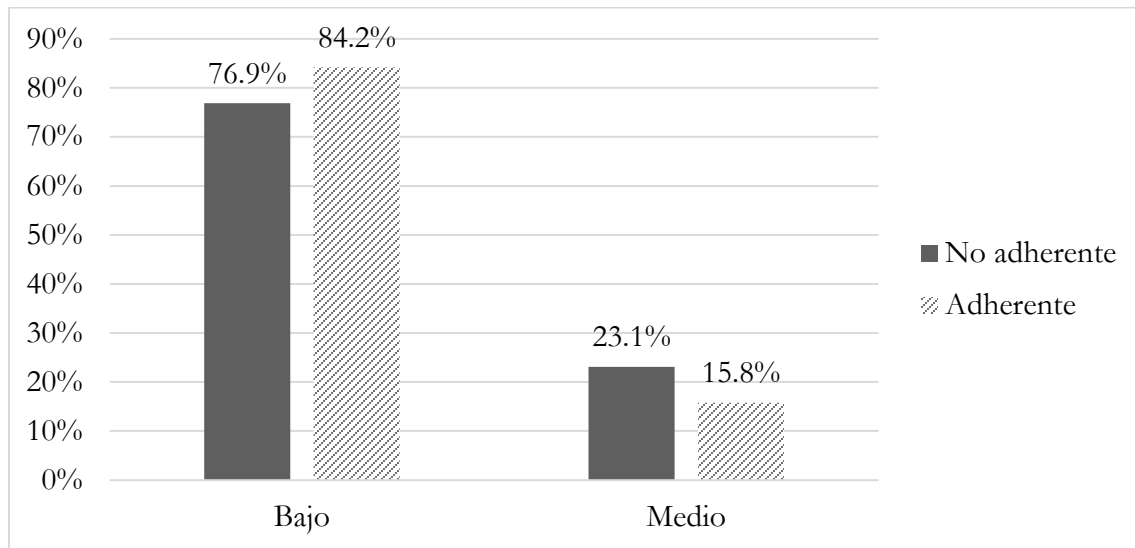
Referente a las características sociodemográficas se observó que la gran mayoría de las personas tanto adherentes como no al tratamiento de DM2 tuvieron entre 50 a 59 años, la media de las edades de los no adherentes en este rango fue de 54.3 y la desviación estándar fue de 2.35; de los pacientes adherentes la media fue de 55.1 y la desviación estándar fue de 2.88. En ambos grupos de pacientes predominó el sexo femenino, las cuales fueron originarias principalmente de las cabeceras municipales de Zacatecas y otros municipios aledaños a la capital. En el caso de la escolaridad se encontró en ambos grupos la presencia de un nivel básico y el 5 por ciento de pacientes no adherentes pertenecieron a la condición de analfabeta; sobre la ocupación se destacaron las labores del hogar o en desempleo, las cuales cuentan en su mayoría con una pareja tal y como se indica en la Tabla 9. En lo relacionado al análisis de ji-cuadrado ninguna de las variables anteriormente mencionadas, detecto una asociación significativa ante la falta de adherencia a los tratamientos que tuvieron los pacientes.

Tabla 9. Características sociodemográficas de los pacientes.

CARACTERÍSTICAS		ADHERENCIA				Significancia
		NO		SI		
		(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	
Edades	30-39	7.7	3	0.0	0	X²= 3.597 p=.463
	40-49	23.1	9		5	
	50-59	38.5	15	52.6	10	
	60-69	23.1	9	21.1	4	
	70-79	7.7	3	0.0	0	
Sexo	Femenino	69.2	12	73.7	5	X²= .122 p=.727
	Masculino	30.8	27	26.3	14	
Municipio de Procedencia	Fresnillo, Zac.	23.1	9	36.8	7	X²= 3.560 p=.313
	Zacatecas, Zac.	28.2	11	21.1	4	
	Guadalupe, Zac.	20.5	8	31.6	6	
	Otro municipio	28.2	11	10.5	2	
Escolaridad	Analfabeta	5.1	2	0.0	0	X²=3.816 p=.282
	Básica	82.1	32	89.5	17	
	Media Superior	12.8	5	5.3	1	
	Superior	0.0	0	5.3	1	
Ocupación	Labores del hogar o dependencia	64.1	25	68.4	13	X²= .408 p=.939
	Trabajador agrícola o ganadero	10.3	4	5.3	1	
	Comercio formal e informal	5.1	2	5.3	1	
	Operador, construcción, fabriles	20.5	8	21.1	4	
Estado Civil	Con pareja	56.4	22	68.4	13	X²=.770 p=.380
	Sin pareja	43.6	17	31.6	6	

Respecto a los aspectos socioeconómicos de los pacientes, los cuales son un objetivo principal de esta investigación en la Figura 3 se observó que en los dos grupos de pacientes predominó el nivel bajo. Referente a los resultados de la prueba ji-cuadrada, no se detectó una asociación significativa con la falta de adherencia a los tratamientos (p=.520).

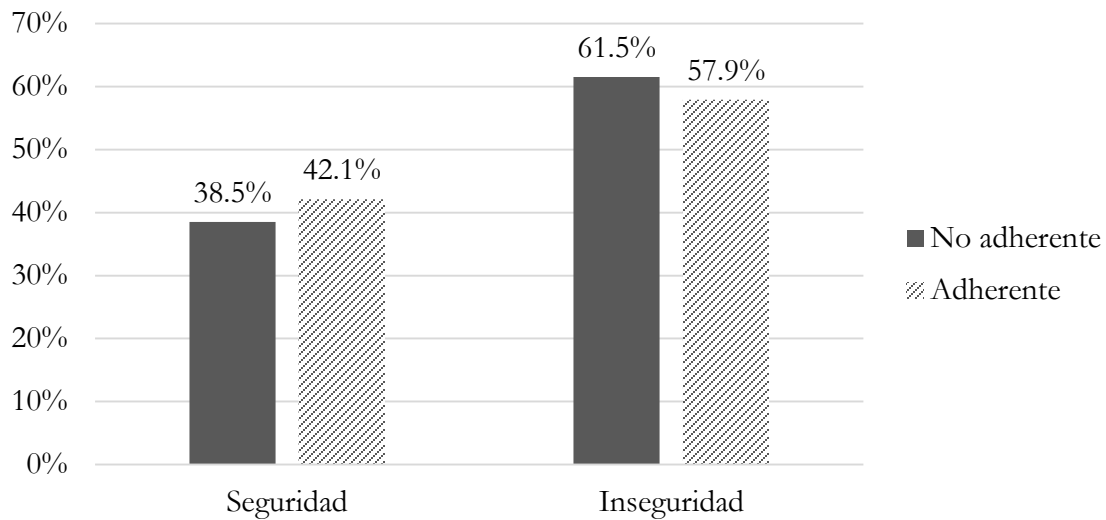
FIGURA 3. Características socioeconómicas de pacientes adherentes y no adherentes



Condiciones de Seguridad Alimentaria

En relación con el tema del acceso a los alimentos, se observa en la Figura 4 que la inseguridad alimentaria fue la de mayor presencia en ambos tipos de pacientes. asimismo, tampoco se reveló asociación significativa ($p=0.790$) con la adherencia al tratamiento.

FIGURA 4. Seguridad e inseguridad alimentaria de los pacientes con DM2.



Características de Autocuidado, relación Médico-Paciente y Condiciones Psicológicas de pacientes adherentes y no adherentes

Según los resultados de la Tabla 10 referente al autocuidado se observó en los dos grupos de estudio que mantuvieron de manera moderada sus cuidados personales. Respecto a relación médico-paciente se obtuvo buena relación con el personal que los atiende y con base en la escala de depresión aplicada, se encontró que más de la mitad de los pacientes no clasificaron como caso probable de depresión, en cambio el grupo opuesto, en un rango de normalidad (63.2 por ciento). Después de efectuada la prueba ji cuadrada, ésta no arrojó resultados significativos para ninguna de estas tres variables contrastándolas con la adherencia al tratamiento.

Tabla 10. Evaluación de autocuidado, relación médico-paciente y condiciones psicológicas

CARACTERÍSTICAS		ADHERENCIA		FRECUENCIA		Significancia
		NO	SI	NO	SI	
		%	%			
Autocuidado	Adecuado	20.5	21.1	26	10	X²=.008; p=.996
	Moderado	53.8	52.6	13	9	
	Poco o nulo	20.5	21.1	0	0	
Relación Médico-Paciente	Buena	100	100	39	19	
	Mala	0	0	0	0	
Condiciones Psicológicas	Caso Probable	56.4	36.8	22	7	X²=2.762; p=.251
	Rango de normalidad	41	63.2	16	12	
	Ansiedad y/o depresión	2.6	0	1	0	

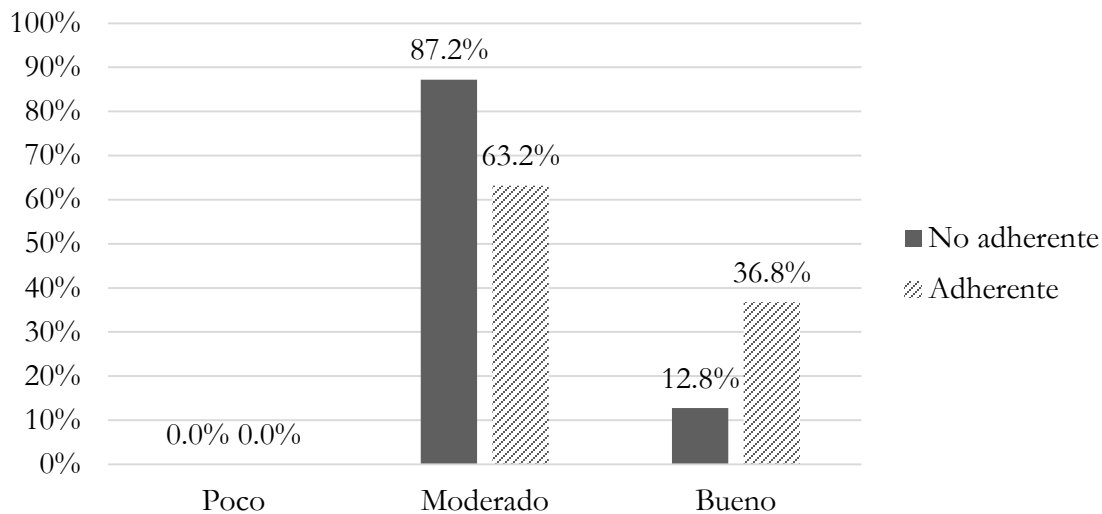
Redes de Apoyo Social

En primer lugar, se presenta la información de las redes de apoyo social, en lo relacionado al número de amigos con los que contaba la población de estudio, se encontró que los pacientes no adherentes contaron con un intervalo de amigos de 0 a 4, al igual de los que sí son adherentes.

Sin embargo, una vez efectuada la prueba de independencia se tuvo un valor de $p=.498$ por lo cual no evidenció asociación significativa.

Como se sabe, la red de apoyo social resulta importante por el papel fundamental que desempeña para que un paciente se apegue o no a un tratamiento. Al respecto en el índice global de apoyo social, se encontró una asociación significativa ($p=0.034$) respecto a la falta de adherencia, lo que explica la presencia de un apoyo moderado en los dos grupos de pacientes tal y como se observa en la Figura 5.

FIGURA 5. Índice global de apoyo social



Asimismo, el apoyo social lo conforman cuatro dimensiones (Tabla 11). Respecto a la ayuda material y el apoyo afectivo la prueba de ji cuadrada dio como resultado la existencia de asociación significativa, así como la prueba de proporciones que de igual manera resultó importante para todos aquellos pacientes con adherencia, ya que se encontró una mayor proporción de apoyo bueno en cada una de las dimensiones. Al contrario de las otras dos dimensiones, en las cuales no se encontró ninguna asociación significativa en las pruebas.

Tabla 11. Dimensiones del tipo de apoyo según la adherencia.

TIPO DE APOYO		ADHERENCIA		FRECUENCIA		Significancia
		NO	SI	NO	SI	
		%	%			
Material	Poco	2.6	0	1	0	X²=4.493, p=0.034
	Moderado	71.8*	42.1	28	8	
	Bueno	25.6	57.9*	10	11	
Emocional	Poco	2.6	0	1	0	X²=4.192, p=0.123
	Moderado	79.5	57.9	31	11	
	Bueno	17.9	42.1	7	8	
Ocio y Distracción	Poco	10.3	0	4	0	X²=3.681, p=0.159
	Moderado	66.7	57.9	26	11	
	Bueno	23.1	42.1	9	8	
Afectivo	Poco	0	0	0	0	X²=12.69, p=0.000
	Moderado	79.5*	31.6	31	6	
	Bueno	20.5	68.4*	8	13	

* Valor de $p \leq 0.05$ prueba de proporciones o asociación

Para lograr comparar los resultados anteriores, se recabó información para saber si el paciente acudía solo o acompañado a sus citas médicas, en la Tabla 12 se distingue que una mayor proporción de personas apegadas fueron acompañadas a sus citas de control; en la prueba de ji cuadrada se encontró ausencia de asociación significativa entre ambas condiciones.

Tabla 12. Relación de adherencia con cada tipo de acompañante.

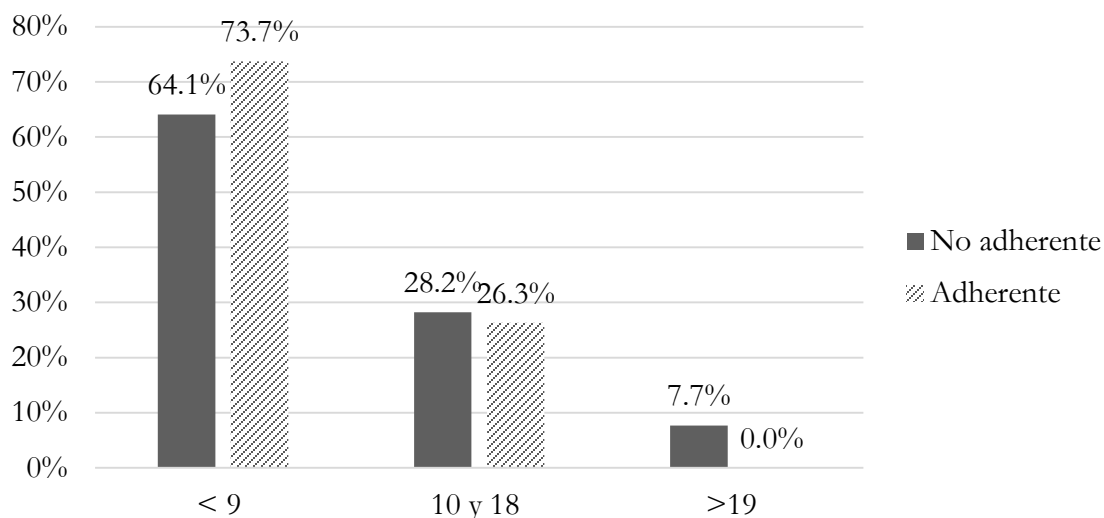
ACOMPañAMIENTO A CITA MÉDICA	ADHERENCIA		FRECUENCIA		Significancia
	NO	SI	NO	SI	
	%	%			
Familiar	35.9	68.4*	14	13	X²=5.607; p=.061
Amigos o conocidos	2.6	0	1	0	
Ninguno	61.5*	31.6	24	6	

* Valor de $p \leq 0.05$ prueba de proporciones o asociación

Características de Años con DM2, Consumo de Medicamentos, Enfermedades Agregadas y Sintomatología

En la Figura 6 se puede observar que la mayoría de los pacientes considerados con y sin apego contaron con menos de nueve años de diagnóstico. Y según las pruebas estadísticas realizadas, no hubo una relación significativa ($p=.438$) entre los que tienen muchos o pocos años con un diagnóstico de DM2 y la adherencia a sus tratamientos.

FIGURA 6. Años de diagnóstico de la DM2 según la adherencia.



En relación con los medicamentos que son tomados con mayor frecuencia por los pacientes de ambos grupos, se identificó que la metformina, la acarbosa, y la insulina glargina, fueron las más prevalentes (Tabla 13). Y no se asociaron significativamente a la falta de adherencia por las pruebas realizadas.

Tabla 13. Frecuencia de consumo de medicamentos según tipo de adherencia.

MEDICAMENTOS	ADHERENCIA		FRECUENCIA		Significancia
	NO	SI	NO	SI	
	%	%			
Metformina	97.4	100	37	19	X²=7.577, p=0.476
Acarbosa	26.3	26.3	10	5	
Insulina glargina	23.7	42.1	9	8	
Insulina de acción intermedia NPH	23.7	10.5	9	2	
Glibenclamida	21.1	31.6	8	6	
Insulina Lispro	10.5	5.3	4	1	
Insulina Levemir	10.5	0	4	0	
Insulina de acción rápida	2.6	5.3	1	1	

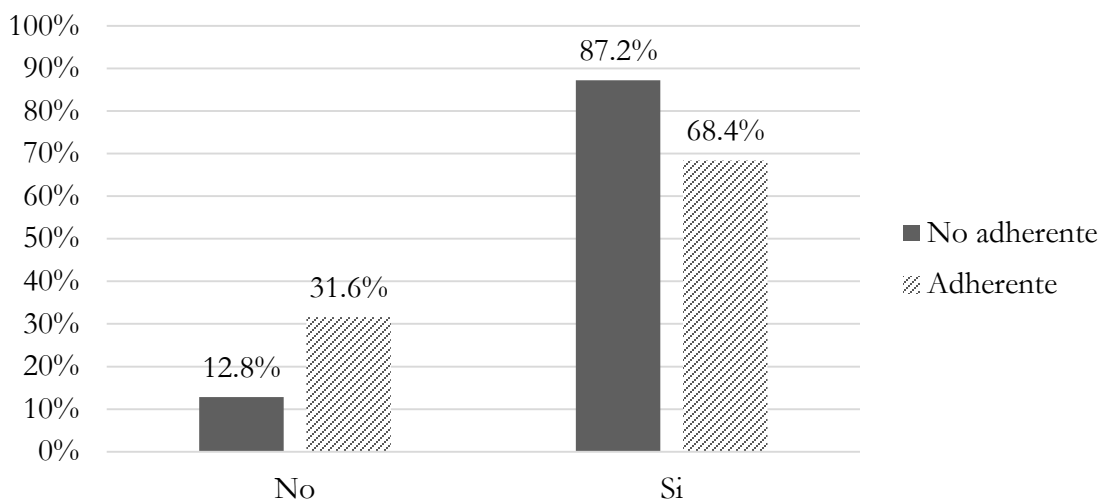
También se conoció que la proporción de pacientes que presentó otra(s) enfermedades agregadas a la DM2, predominaron las dislipidemias o colesterol alto, hipertensión arterial y obesidad. destacó que en dos de los tres padecimientos las personas sin apego resultaron con mayor proporción. (Tabla 14), sobre la prueba de ji cuadrada se identificó que no existe significancia entre las enfermedades y la falta de adherencia.

Tabla 14. Tabla de enfermedades agregadas a la DM2, en los pacientes.

PADECIMIENTOS	ADHERENCIA		FRECUENCIA		Significancia
	NO	SI	NO	SI	
	%	%			
Dislipidemias	79.4	84.6	27	11	X²=.962; p=.810
Hipertensión arterial	70.6	69.2	24	9	
Obesidad	52.9	38.5	18	5	

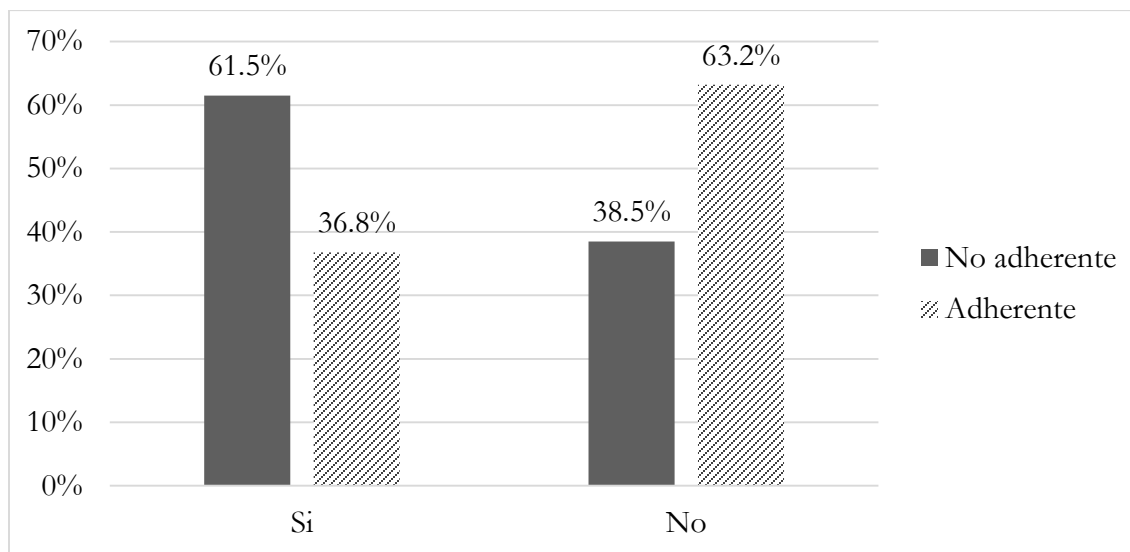
En la Figura 7 se describe la información proporcionada por los pacientes acerca del conocimiento que tenían sobre la existencia de otra enfermedad agregada al padecimiento de la DM2, y se encontró principalmente que sí tuvieron conocimientos en ambos grupos de estudio. Según la prueba de ji cuadrada y la comparación de proporciones no se encontró asociación significativa ($p=.810$) en los conocimientos y la falta de adherencia al tratamiento.

FIGURA 7. Presencia de otro padecimiento aparte de la DM2.



Ahora bien, una vez que un paciente fue diagnosticado con DM2, pero también presenta dos de las enfermedades antes mencionadas, se considera la existencia de síndrome metabólico. En este sentido, dicha condición se identificó principalmente en pacientes no adheridos al tratamiento, donde el 61.5 por ciento se encontró en esta condición, en cambio aquellos con apego representaron el 63.2 por ciento de ausencia del padecimiento. (Figura 8) Sin embargo el análisis de ji cuadrada para ambos grupos de pacientes no reveló ninguna significancia ($p=.077$) en la no adherencia.

FIGURA 8. Representación de síndrome metabólico en pacientes no adherentes y adherentes.



Al momento de detectar cual era la sintomatología que padecían los diagnosticados con DM2, Tabla 15 se destacó esencialmente la visión borrosa, cansancio, trastorno del sueño, parestesias y disestesias (hormigueos en pies y manos), sensibilidad en los pies y la boca seca, los últimos tres son característicos de la neuropatía diabética, la cual puede ser señal de descontrol en la enfermedad. Éstos no revelaron asociación estadística en las pruebas realizadas.

Tabla 15. . Principales síntomas de los pacientes

SINTOMAS	ADHERENCIA		FRECUENCIA		Significancia
	NO	SI	NO	SI	
	%	%			
Visión borrosa	71.8	68.4	28	15	X²= 9.831, p= .708
Cansancio	69.2	68.4	27	13	
Trastorno del sueño	53.8	31.6	21	6	
Hormigueos en pies y manos	48.7	52.6	19	10	
Sensibilidad en pies	46.2	57.9	18	11	
Boca seca	41	31.6	16	6	
Constantes ganas de orinar por las noches	33.3	21.1	13	4	
Temblores	30.8	42.1	12	8	
Sudoración fría	30.8	26.3	12	5	
Ardor en pies	28.2	47.4	11	9	
Pérdida de apetito	17.9	21.1	7	4	
Retención de líquidos	17.9	5.3	7	1	
Ninguno	2.6	5.3	1	1	

Antecedentes Heredofamiliares

En la Tabla 16 se hace mención acerca de los antecedentes de DM2 en las familias de los encuestados, donde se hace presente con mayor proporción en la familia extendida de ambos grupos, la cual esta conformadas por los abuelos paternos y maternos, tíos, primos y hermanos, en cambio en la familia nuclear, se presentó casi en la mitad de la población de los dos grupos y este tipo de familia está compuesta por la madre, el padre e hijos. Se realizó la comparación de medias y la prueba de ji cuadrada y éstas dieron como resultado que los antecedentes no son representativos ante la falta de adherencia.

Tabla 16. Cuadro de aparición o existencia de DM2 en otros integrantes de la familia.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES	ADHERENCIA		FRECUENCIAS		Significancia
	NO	SI	NO	SI	
	%	%			
Familia Extendida	91.9	94.7	73	29	X²= 2.397; p= .494
Familia Nuclear	56.8	57.9	24	30	
Familia Compuesta	10.8	26.3	4	5	

Control de pacientes Y Aplicación de Normas y Políticas

A continuación se describen las características relacionadas con los antecedentes que debe tener la clínica sobre los pacientes y el control sobre el padecimientos que presentan, la tabla está conformada por la frecuencia de hospitalizaciones a causa de complicaciones de la DM2, infecciones en vías urinarias y el cumplimiento del plan alimenticio, las cuales no son referentes a normas estrictas de la institución, sino que corresponden al control y apego al tratamiento que se pueda presentar en los pacientes.

En la Tabla 17 se pudo observar que, en los pacientes no adherentes, estas tres características se consideraron como buenas, no obstante, no existió una relación estadísticamente significativa.

Tabla 17. Antecedentes de la clínica y/o control de pacientes.

CONTROL PACIENTES	ADHERENCIA		FRECUENCIAS		Significancia
	NO	SI	NO	SI	
	%	%			
Bueno	64.1	78.9	24	13	X²=2.397; p= .494
Insuficiente	28.2	10.5	13	5	
Poco	7.7	10.5	2	1	

En lo que concierne a las normas y políticas que deben aplicarse por parte de la institución en los pacientes, se tomaron en cuenta las referencias al oftalmólogo, la frecuencia con la que se acude a la cita médica, el otorgar un plan de ejercitación y seguir una frecuencia de tiempo

estimado de ejercicios que deben cumplir. Con base en lo anterior en la Tabla 18 se describe que la institución ha cumplido con las normas y protocolos asignados, pero, no se presentó una asociación significativa.

Tabla 18. Aplicación de normas y protocolos por parte de la institución.

NORMAS Y PROTOCOLOS	ADHERENCIA		FRECUENCIAS		Significancia
	NO	SI	NO	SI	
	%	%			
Cumple	82.1	84.2	27	19	p=.838
No cumple	17.9	15.8	8	4	

DISCUSIÓN

En este estudio se tuvo como finalidad, identificar cuáles son los factores más importantes que se asocian a la falta de adherencia a los tratamientos. La investigación se realizó en 58 pacientes que acudieron a dos Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEME-EC). A continuación, se describe un análisis pertinente para cada resultado:

No Adherencia

En la población estudiada, se observó que el 67.2 por ciento de los pacientes fueron no adherentes, este fenómeno se presentó en distintas investigaciones, tal y como lo menciona, Sontakke et al. (12), Contreras (20) y Dorado (68), entre otros autores quienes coincidieron en la prevalencia de la falta de adherencia, la cual se presentó en más de la mitad de su población. Al mismo tiempo se encontraron otros estudios donde los resultados obtenidos fueron opuestos a lo que se halló en esta investigación, pero a pesar de que algunos estudios las cifras no fueron similares, la falta de adherencia al tratamiento se hizo presente en la mayoría de los hallazgos.

Características Sociodemográficas

Las principales características sociodemográficas incluyen varios aspectos, en uno de ellos se observó que la población con mayor prevalencia fue el sexo femenino, así como lo mencionó Saleh et al (8), Abebe et al (10), Chew et al (11), entre otros autores, situación que podría entenderse como que ellas son las más propensas a acudir al médico, o bien porque sus labores les permiten llevar un tratamiento a diferencia de los hombres o incluso mujeres que laboran. El grupo de edades que más sobresalió fueron las que pertenecieron al grupo de entre los 50 y 59 años de edad en los no adherentes y esta cifra coincidió con varios estudios los cuales las edades oscilaron en los 50-60 años, como lo encontrado por Sánchez et al. (39) y Dorado (30); en otros estudios realizados por Terechenco et al. (19) y Soler et al. (21) encontraron rangos más amplios que abarcaron desde los 45 hasta los 65 años. Al contrario de lo que ocurrió en otros estudios; en esta investigación la edad no representó un factor significativo ($p=.463$) para la falta de adherencia al tratamiento.

La escolaridad con mayor frecuencia fue el nivel básico, que en México lo conforman tres niveles: preescolar, primaria y secundaria, de manera completa e incompleta, en este estudio lo ocupó el 82.1 por ciento de los no adherentes de estas clínicas. Cabe destacar que la mayoría de los pacientes que acuden a las UNEME-EC se caracterizan por ser personas con bajos recursos, ya que estas unidades médicas están diseñadas para ese tipo de población y aun así, existen

estudios que presentaron cifras similares, como investigaciones realizadas por Zhang, et al. (12), Figueroa y Gamarra (30), Noriega, A. (42), Sánchez, et al. (44) y Buitrago F (47) donde la mayoría de los pacientes tuvieron un nivel de educación pobre y esta condición se asoció a la falta de adherencia, al contrario de lo presentado en este estudio, donde no existió asociación estadística. ($p=.282$)

En lo relacionado con la ocupación, resultaron más frecuentes las labores del hogar o la situación de dependencia en el 64.1 por ciento de las personas entrevistadas, esa misma condición se hizo presente en el estudio. Finalmente, el estado civil de las que no fueron adherentes correspondió al 56.4 por ciento con el estatus de casados o con presencia de una pareja, se menciona de la misma forma con otros estudios. Koprulu et al. obtuvo el 54.4 (9), Pech et al. el 61 (23) y Contreras el 65.5 (20) por ciento de los pacientes contaron con una pareja o se encontraban casados en el momento. En el estado civil resulta relevante contar con una pareja, ya que en este caso la misma, puede influir en las decisiones que se tomen acerca del cumplimiento de los diversos tratamientos.

Factores Socioeconómicos

Lo que correspondió a los factores socioeconómicos de la población no adherente predominó el nivel económico bajo en un 76.9 por ciento de los encuestados, este resultado pretendía ser un factor de importancia para la ausencia de adherencia al tratamiento ya que a falta de recursos económicos, se tiene una carencia en el cumplimiento de los tratamientos necesarios para ser cumplidores, sumando el hecho de que en la mayoría existe el desempleo, se limitaría a una condición de mayor precariedad y descontrol, aun así se encontró que no hubo asociación significativa con la falta de adherencia ($p=.520$) en esta investigación. En un estudio realizado por Genz et al (10), menciona que las características socioeconómicas no tuvieron asociación significativa con la adherencia.

En comparación con otros estudios Saleh (8) obtuvo que más de la mitad de la población tenía ingresos medios o bajos al igual que Koprulu et al (9) el cual obtuvo que el 75 por ciento recibía menos de la mitad del salario límite permitido en los Emiratos Árabes; otro estudio realizado por Chew et al (11) Amezcua et al (24) Noriega (27), Dorado (30), entre otros autores los cuales describieron cada uno en sus estudios que una condición económica baja permitía significativamente tener una asociación con la falta de adherencia, tanto a los medicamentos, como al descontrol de la glicemia sérica y otros tratamientos.

Seguridad Alimentaria

Sobre el tema del acceso a los alimentos de los pacientes no adherentes se encontró que el 61.5 por ciento tuvo inseguridad alimentaria, tal y como lo explica Heerman et al (18), encontró que el 73 por ciento tuvieron inseguridad alimentaria, la cual fue uno de las principales características de la falta de control en la DM2, y fueron los que no presentaron adherencia. Los estudios hacen énfasis en que la inseguridad en el acceso a los alimentos es un factor determinante de la no adherencia, más en este estudio no fue representativo ($p=.790$), en este sentido se podría inferir que los pacientes encuestados no respondieron con la verdad o la percepción que se tuvo sobre la falta o accesibilidad de los alimentos no es clara.

Factores de Autocuidado

En relación al cuidado de su salud se observó que el 53.8 por ciento de los pacientes no adherentes, cayeron en la categoría de autocuidado moderado, se encontró también que se tuvo un poco de más cuidado sobre la enfermedad que en comparación de los que fueron adherentes, esto sería lógico en cierto punto porque existen una compleja situación de salud en el 61.5 por ciento de los pacientes, ya que estos presentan otro tipo de comorbilidades, pero aun así no se presentó asociación significativa con la falta de adherencia ($p=.996$). Saleh et al (8) encontró que el 47.6 por ciento de los pacientes entrevistados tuvieron problemas con el autocuidado y afirmó que el bajo autocuidado de la salud propicia la falta de adherencia al tratamiento y lo asoció de la misma forma con la presencia de depresión.

Relación Médico-Paciente

Según lo encontrado en la población de estudio se identificó que el 100 por ciento de ambos grupos de encuestados afirmaron tener una relación buena con el personal que los atiende en la UNEME-EC. Este resultado no se hace presente en ninguno de los estudios encontrados, y esto se puede asociar a que la relación de los pacientes con su proveedor de salud de la clínica a donde pertenece, no es considerada como aceptable por ellos, pero al llegar a la UNEME-EC, donde la intención es brindar apoyo personalizado, produjo un cambio en la percepción de la atención, diferente a lo que es de costumbre, por lo que se puede considerar que por esa razón se tuvo una buena calificación en la comunicación y atención con el personal de salud. Por esta razón se puede justificar lo encontrado en otros estudios, ya que la gente que acude a clínicas que no tienen objetivos personalizados como en las UNEME-EC, no puede percibir una buena relación con el personal médico.

Condiciones Psicológicas

En estas condiciones se tuvo como respuesta que un 56.4 por ciento, de los no adherentes se presentaron como caso probable de ansiedad y/o depresión, el 41 por ciento tuvieron un rango de normalidad y solo el 2.6 por ciento se consideraron con presencia de alguna de las dos ($p=.251$). En otros estudios se hace referencia a que la existencia de ansiedad o depresión puede producir una falta de adherencia al tratamiento. Saleh F. (8), encontró que más de la mitad de su población resultó con depresión y/o ansiedad al igual que Brundusini et al. (15). Es trascendental insistir en la importancia del papel de las emociones sobre el control de la DM2 ya que las acciones que el paciente realice en base a sus creencias y salud mental influyen en la mejora de su salud, las cuales repercutirán en el control o descontrol de la misma. (45)

Redes Sociales de Apoyo

En lo que corresponde a las redes sociales de apoyo, se pudo observar que en general existió una asociación significativa ($p=.034$), respecto a la falta de adherencia. Ésta asociación se hizo presente en dos de las cuatro dimensiones que tiene el instrumento. En la primera dimensión relacionada con la ayuda material, se pudo observar que el 71.8 por ciento cuenta con un apoyo moderado, es decir que a medida que el paciente carezca de ayuda material (labores domésticas, dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios) afecta o influye para que éste no se adhiera a su tratamiento correctamente. Contreras M. (20) observó que el 72 por ciento de su población tenía que preparar sus alimentos, el cual lo relacionó con la falta de adherencia, y encontró que el 70 por ciento no fueron adherentes. Romero I. (25) demostró que el vivir solo con el cónyuge, asistir solo a las consultas médicas y no tener ayuda para la aplicación de los medicamentos genera baja adherencia.

El número de amigos que tuvieron los pacientes, ese intervalo fue desde 0 a 4 amigos íntimos, el cual no resulto significativo para la adherencia ($p=.498$), pero según el Modelo Ecológico de Bronfrenbrenner el contar con amigos, familiares o personas cercanas a ellos repercute en el control del padecimiento ya que el enfermo se presenta vulnerable a acciones u opiniones acerca de lo que debe realizar o no para su buen apego. La segunda dimensión, relacionada con la ayuda emocional se encontró que las personas cuentan con un 79.5 por ciento de apoyo moderado, aunque no influyó significativamente para la falta de cumplimiento a los tratamientos; Bronfrenbrenner afirma que la presencia de apoyo afectivo, sobre preocupaciones, de empatía, de reconocimiento de roles o de escuchar, genera una mejora de la salud ya que el paciente puede

afrontar de manera positiva las dificultades y trastornos que se presenten. La tercera dimensión, que asocia el ocio y distracciones se pudo observar que el 66.7 por ciento de los no cumplidores, cayeron en esta categoría, y no fue significativo en las pruebas estadísticas ($p=.159$).

En relación a este aspecto la teoría indica que la institución de salud debe involucrarse para potencializar conductas saludables, por lo que el paciente se involucra en actividades que ayudan a la mejora del padecimiento, a tener distracción y a involucrarse con otras personas. En la última dimensión, relacionada con el apoyo afectivo se logró observar que el 79.5 por ciento tuvo un apoyo afectivo moderado, por lo que si existió asociación estadística con la falta de adherencia ($p=.000$) y se puede inferir que, si se tiene un nivel mínimo o moderado de este tipo de apoyo, los pacientes no pueden tener una buena adherencia a sus tratamientos. En este sentido se observa que existe concordancia entre el apoyo afectivo y la adherencia

Años con la Patología

El 64.1 por ciento de los pacientes no adherentes tuvieron menos de nueve años con el diagnóstico de la DM2, lo que en este estudio no resultó significativo ($p=.438$) para la falta de adherencia, aunque en la bibliografía se afirma lo contrario en este estudio no se encontró una asociación estadística. Terechenco, N. et al (28) en su investigación identificó que el 42 por ciento estuvieron entre los 6-15 años con el padecimiento y el 41 por ciento entre 1-5 años, lo que coincide con lo encontrado. En los antecedentes se hace mención que según los años de diagnóstico se considera la adherencia, es decir, entre más años con la enfermedad, los pacientes son más responsables, pero en este caso no resultó de esta manera.

Aplicación de Normas y Políticas

Sobre la aplicación de normas y políticas que debe usar la institución se consiguió que en general las UNEME EC, cumplen en un 82.1 por ciento con las normas y protocolos establecidos. Este apartado se conforma por el número de referencias al oftalmólogo, la frecuencia con la que acude a su cita médica, el otorgar un plan de ejercicios y la frecuencia de tiempo estimado de actividades que deben cumplir. No se encontraron como tales antecedentes que engloben estas variables, pero se vuelve indispensable su conocimiento ya que de esta forma se puede evaluar el cumplimiento de normas de la institución. Según la aplicación de las pruebas estadísticas, éstas no tienen una asociación significativa con la falta de adherencia en los pacientes ($p=.838$).

Control de Pacientes

Sobre el control que tiene la institución de los pacientes se obtuvo de resultado que éstos perciben como bueno, el control o seguimiento que la unidad tiene sobre ellos. Este apartado se conforma por la frecuencia de hospitalizaciones que han tenido los pacientes, seguimiento de infecciones de vías urinarias y control del plan alimenticio. No se obtuvieron antecedentes acerca de lo antes mencionado, pero se considera de importancia dar seguimiento para observar la percepción que tienen los pacientes acerca del comportamiento que tiene la institución sobre ellos en distintos rubros.

Tipo de Acompañante a Cita Médica

Al comparar los resultados con lo planteado anteriormente se observó que el 61.5 por ciento de los pacientes acuden solos a su cita médica y se observó que coincidió con el hecho de que acudan solos y tengan una ayuda moderada. A pesar de esto se obtuvo que el tipo de acompañante no se asocia estadísticamente ($p=.061$) y en el caso de que acuda solo a la atención médica, tiene mayor probabilidad de que no cumpla con la adherencia al tratamiento.

Medicamentos Tomados con Mayor Frecuencia

La frecuencia de consumo de medicamentos, corresponde a la metformina seguido por la acarbosa después, la insulina glargina, la insulina de la acción intermedia y finalmente la Glibenclamida. Aunque en el estudio no se tuvo una asociación significativa con la falta de la adherencia, Contreras, M. (29) observó que al igual que lo ocurrido en este estudio la metformina es el medicamento más utilizado, después la Glibenclamida y finalmente alguna insulina. Koprulu et al (9) y Sontakke et al (14), mencionan que los pacientes que toman más de dos o cuatro medicamentos al día son los significativamente menos propensos a ser no adherentes.

Enfermedades Agregadas

Las enfermedades que se presentaron en los pacientes no adherentes fueron las dislipidemias (79.4 por ciento), seguidas de la hipertensión arterial (70.6 por ciento). Terechenco, N. et al (28) identificó que el 63 por ciento tuvieron dislipidemias y el 36 por ciento hipertensión arterial. Chew B. (13) obtuvo que el 80 por ciento de los pacientes tuvieron hipertensión aparte de la DM2. En Colombia Figueroa y Gamarra (30) identificaron que el 59 por ciento de los pacientes presentó hipertensión y un 40 por ciento dislipidemias. En la Ciudad de México se realizó un estudio (39) en el que encontraron que la hipertensión se presentó en 42 de 75 pacientes, seguido de la dislipidemia, de la cual estuvo presente en 36 de los mismos 75. Para comparar esta

situación se realizó una pregunta acerca de los conocimientos que tienen sobre el padecimiento de otras enfermedades agregadas, por lo que se encontró que un 87.2 por ciento de los no adherentes si conocían sobre otros padecimientos existentes.

Síndrome Metabólico

Sobre esta condición se obtuvo que el 61.5 de los pacientes no cumplidores, tienen síndrome metabólico, es decir, que en presencia de dos o más enfermedades mencionadas anteriormente entran en esta clasificación. El síndrome no fue significativo para la adherencia ($p=.077$), pero se considera como un factor que determina la ausencia de apego al tratamiento a causa de las comorbilidades agregadas a la DM2.

Sintomatología

Con respecto a los síntomas que presentan los pacientes se obtuvo que los más frecuentes fueron la visión borrosa (71.8 por ciento), el cansancio (69.2 por ciento), trastorno del sueño (53.8 por ciento), hormigueos en pies y manos (48.7 por ciento), sensibilidad en pies (46.2 por ciento) y boca seca (41 por ciento), fueron los más frecuentes en la población no adherente y esta condición no determinó la falta de adherencia a los tratamientos ($p=.708$). No existió un antecedente que explicara la sintomatología como factor determinante del cumplimiento, pero en la UNEME-EC se considera la presencia de algunos síntomas para determinar la condición de los pacientes.

Antecedentes Heredofamiliares

Los antecedentes heredofamiliares que tuvieron los pacientes sin adherencia se conformaron por el 91.9 por ciento y el cual prevaleció en la familia extendida, este tipo de familia está compuesta por el padre, la madre y hermanos; después la familia nuclear con un 56.8 por ciento. Un estudio realizado en Uruguay (28) encontraron que el 68 por ciento del total de los pacientes encuestados tuvo antecedentes heredofamiliares por parte de la familia extendida y eso fue significativo para la falta de adherencia, a diferencia de lo que sucedió en este estudio ($p=.494$). no existió en otros estudios un indicador que expusiera los antecedentes como condición para la falta de adherencia, pero de la misma forma que los síntomas, sirve como registro o control para las instituciones.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La falta de adherencia se presentó en más de la mitad de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de las Clínicas de Especialidades Médicas, lo que coincidió con varios estudios encontrados en los antecedentes. La importancia de esta investigación se enfoca principalmente en aspectos propios del paciente y sus relaciones interpersonales, familiares y de redes sociales de apoyo, como factores que intervienen en la no adherencia. Sobre los aspectos sociodemográficos hubo relación con varios estudios los cuales afirman que las mujeres en su mayoría son las que acuden al servicio médico para atender la enfermedad, la mayoría tuvieron pareja y cuentan con 50 a 59 años de edad. Sobre las características socioeconómicas se encontró que su nivel es bajo y aunado a eso el nivel de escolaridad es bajo.

Referente a los aspectos socioeconómicos, habría que destacar que en el estudio predominaron los pacientes con un nivel económico bajo, lo cual era de esperarse por el tipo de población que atienden estas unidades y tal y como lo refieren los antecedentes que es una razón de falta de adherencia, en la población de la UNEME-EC, no fue así. La inseguridad alimentaria se presentó en una proporción baja también, pero en este punto se tendría que destacar que los resultados de la encuesta no fueron favorables, más tendría sentido abordar más a detalle la percepción del paciente sobre la inseguridad alimentaria. A pesar de esas circunstancias se identificó que el autocuidado que tuvieron sobre su enfermedad fue moderado en aproximadamente la mitad de las personas, sobre los aspectos psicológicos se encontró que la mitad tienen mayor probabilidad de tener depresión y/o ansiedad y todos los pacientes aseguraron que la relación que existe entre ellos y el equipo médico que los atiende es buena y eso propicia a los pacientes a continuar con sus consultas y expresar todas sus inquietudes.

Las redes de apoyo social fueron el factor que más influyó, en la falta de adherencia al tratamiento, la ayuda material y el apoyo afectivo fueron las más representativas. El primero, significó que ante una moderada o baja ayuda económica, de alojamiento, sobre la elaboración de alimentos, obtención de prendas y pago de servicios, se propicia a tener una falta de adherencia, igual a los que ocurre al apoyo afectivo, donde de manera poca o moderada de ayuda afectuosa, manejo de la información, consejos, intercambio de experiencias con otras personas produce una falta de adherencia.

En relación a las otras dos dimensiones que no fueron significativas se puede entender que en ausencia de apoyo emocional o sobre la falta de ocio y distracción se podría justificar, ya que

a causa del abordaje que lleva a cabo en la clínica, sobre el tratamiento psicológico y el seguimiento que se da sobre actividades físicas, ayudan a sobrellevar la enfermedad y tal y como se concluye en las teorías que justifican esta hipótesis, se confirma que la falta de un apoyo moral y de un bajo soporte familiar puede producir un descontrol en la enfermedad. Al comparar los resultados de las redes de apoyo social y otro factor implicado en el acompañamiento que tienen los pacientes en sus citas médicas, se encontró una relación, ya que más de la mitad de los no adherentes aseguraron que acuden a sus citas médicas sin ningún acompañamiento, por lo que tiene sentido la falta de adherencia a causa de la falta de apoyo familiar y el hecho de que acuden sin ningún apoyo a sus citas.

En esta población de estudio, es importante reconocer que las redes sociales de apoyo tuvieron un gran peso sobre la baja adherencia a sus tratamientos, es por eso que se debe realizar un abordaje ante esa situación. Los pacientes refirieron en lo general haber tenido dificultades para acudir a sus citas médicas, más siempre se vieron en la disposición de hacer lo mejor para la mejora de su salud, es por eso que se recomienda en futuros estudios, realizar un abordaje más a profundidad sobre las redes sociales de apoyo y en conjunto con la clínica encontrar una forma de abordar la problemática.

El número de años con el padecimiento de la DM2, prevaleció en este grupo de pacientes con un rango menor a los nueve años, lo que representaría un mejor control de la enfermedad, pero a pesar de esa condición, se obtuvo que el resultado fue independiente de la falta de adherencia, por lo que el número de años con el padecimiento no asegura la buena o mala adherencia, incluso, ni el buen conocimiento de la enfermedad y sus repercusiones. En la toma de medicamentos se identificó que los más utilizados son la metformina, acarbose y la insulina en alguna presentación, en los adherentes se invierte el uso de la insulina y la acarbose, ante eso se identificó la polifarmacia que tienen, aunado al conjunto de enfermedades aparte de la diabetes que presentan la mayoría, es por eso que se investigó de igual forma la frecuencia de éstas y se obtuvo que las dislipidemias son las más frecuentes, seguido de la hipertensión arterial y por último la obesidad.

Otro objetivo a destacar en esta investigación fueron los años de diagnóstico de la DM2, que tuvieron los pacientes durante la encuesta y se encontró que el tiempo de diagnóstico no tuvo ninguna relación con la falta de adherencia, es decir que personas con un diagnóstico temprano o bien, con años con el diagnóstico se puede ser o no adherente; la desventaja con esta situación

es que en ninguna de las dos condiciones se debe tener una falta de adherencia, más en este estudio no fue una situación determinante.

Sobre el control que tienen los pacientes en la clínica, están enfocados en el número de hospitalizaciones, complicaciones, infecciones en vías urinarias y el cumplimiento del plan alimenticio. En donde el resultado fue que los pacientes presentaron un buen control de sus enfermedades, por lo que la prueba estadística en esta variable no fue representativamente significativa para la falta de cuidados propios de la enfermedad. Esta variable control creó confusión porque aparentemente los pacientes respondieron favorablemente, por lo que al hacer la comparación con la falta de adherencia, que es la falta de cumplimiento terapéutico, se adjudica a que los pacientes no respondieron correctamente. Sobre el último objetivo planteado que fue valorar la aplicación de normas y protocolos propios de la institución, se encontró que los pacientes aseguraron que la clínica atiende las necesidades básicas que son requeridas y que se les atiende mejor que en otros lados, lo que permite responder a que la atención y relación que existió por los pacientes y el personal médico es de calidad y satisfactorio.

Sobre las recomendaciones que propuso esta investigación se consideró lo siguiente: dar seguimiento más exhaustivo a talleres donde se les den los puntos serios a tratar de esta evaluación, crear actividades para crear una mejor atención de salud. Sobre las redes sociales de apoyo, es de destacar que se debe invitar a los pacientes de los enfermos a acudir a las citas médicas de los familiares, con la finalidad de que estén enterados de la atención recibida y sobre todo de asegurarse que el paciente no tenga problemas en su trayecto. También a crear citas donde se de atención a toda la familia del paciente y concientizar de la importancia de acudir y tener un seguimiento junto con el paciente. También invitar a los pacientes a potenciar sus conductas saludables, eso con ayuda de talleres de como contar las calorías, motivacionales sobre la importancia de no consumir alimentos chatarra, de beber o de fumar. Con respecto al instrumento se recomienda realizar la investigación en otra unidad médica distinta a las UNEME-s, también abordar los temas como la inseguridad alimentaria y la relación médico – paciente, de manera más detallada, ya que en esta investigación estos términos no fueron claros y crearon también confusión en ambas partes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Toledano J. C, Avila J. L, García J. S. Seguimiento farmacoterapéutico en una población ambulatoria con Diabetes mellitus tipo 2. *Revista mexicana de ciencias farmacéuticas*. 2012;43:54-60.
2. Elorza ME, Moscoso-Nebel S, Vanina RN. Evaluation of public drug provision policies for type 2 diabetes mellitus in Argentina: a case study. *Salud colectiva*. 2012;8(1):35-45.
3. Instituto Nacional de Salud Pública . (2015). Informe de la salud de los mexicanos 2015, Diagnostico general de la salud poblacional. México, D.F.
4. Ortiz, M., Ortiz, E., Gática, A., & Gómez, D. (2016). Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Terapia psicológica*.
5. Sánchez-Guerrero O, Romero A, Rodríguez V, Rangel B, Muñoz-F. S. Adolescentes diabéticos: el problema de la no adherencia al tratamiento. *Acta Pediátrica Mexicana*. 2012;33(3):148-9.
6. Alonso MA, Arroyo J, Ávila L, Aylón R, Gangoso A, Martínez H, et al. Adherencia Terapéutica: Estrategias prácticas de mejora. *Salud Madrid*. 2006;13(8):31-8.
7. Secretaría de Salud, Manual de implementación UNEME EC sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes, 2015; 47.
8. Saleh F, Mumu SJ, Ara F, Hafez MA, Ali L. Non-adherence to self-care practices & medication and health related quality of life among patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014;14(1):431.
9. Koprulu F, Bader RJ, Hassan NA, Abduelkarem AR, Mahmood D. Evaluation of Adherence to Diabetic Treatment in Northern Region of United Arab Emirates. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research* 2014;13(6):989-95.
10. Abebe Mekonnen S, Berhane Y, Worku A. Barriers to diabetes medication adherence in North West Ethiopia. *Springer Plus* 2014;3(145).
11. Chew B-H, Hassan N-H, Sherina M-S. Determinants of medication adherence among adults with type 2 diabetes mellitus in three Malaysian public health clinics: a cross-sectional study. *Patient preference and adherence*. 2015;9:639-48.
12. Sontakke S, Jadhav M, Pimpalkhute S, Jaiswal K, Bajait C. Evaluation of adherence to therapy in patients of type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Young Pharmacists*. 2015;7(4):462-9.
13. Orozco-Beltrán D, Mata-Cases M, Artola S, Conthe P, Medavilla J, Miranda C. Adherence of type Diabetes Mellitus approach: Current situation and possible solutions. *Elsevier*. 2015;48(6):406-20.
14. Tunceli K, Zhao C, Davies MJ, Brodovicz KG, Alexander CM, Iglay K, et al. Factors associated with adherence to oral antihyperglycemic monotherapy in patients with type 2 diabetes. *Patient preference and adherence*. 2015;9:191-7.
15. Brundisini F, Vanstone M, Hulan D, DeJean D, Giacomini M. Type 2 diabetes patients' and providers' differing perspectives on medication nonadherence: a qualitative meta-synthesis. *BMC Health Services Research*. 2015;15(1):516.
16. Gomes-Villas Boas LC, Foss MC, Freitas MCFd, Pace AE. Relationship among social support, treatment adherence and metabolic control of diabetes mellitus patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2012;20:52-8.
17. Troncoso-Pantoja C, Delgado-Segura D, Rubilar-Villalobos C. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2. *Rev Costarr Salud Pública* 2012;22(1):9-13.
18. Contreras-Oroszo A, Contreras-Machado A, Hernández-Bohórquez C, Castro-Balmaceda MT, Navarro-Palmett LL. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. *Sincelejo, Colombia. Investigaciones Andina*. 2013;15(26).
19. Terechenko Luhers NS, Baute G, Ana Elizabeth, Zamonsky Acuña JN. Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II. *Biomedicina*. 2015;10(1):20-33.
20. Contreras Puaque MA. Factores que influyen a la no adherencia del tratamiento alimentario-nutricional para la diabetes mellitus tipo 2 Guatemala de Asunción: Universidad Rafael Landívar; 2015.

21. Soler-Sánchez YM, Pérez-Rosabal E, López-Sánchez C, Quezada-Rodríguez D. Conocimientos y autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Rev Arch Med Camaguey* 2016;20(3).
22. Balderas-Saldaña JM. Conocimientos, actitudes y prácticas de los familiares en relación a la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes. Zacatecas, México: Universidad Autónoma de Zacatecas; 2010.
23. Pech-Estrella SW, Baeza-Baeza JE, Ravell-Pren MdJ. Factores que inciden en el fracaso del tratamiento del paciente diabético en Tekax, Yucatán, México. *Redalyc*. 2010;15(41):211-5.
24. Amezcua Macías A, Rodríguez Weber FL, Díaz Greene EJ. Apego al tratamiento y control de los pacientes diabéticos en la comunidad. *Med int Mex*. 2015;31:274-80.
25. Romero-Baquedano I, Dos Santos MA, Aparecida Martins T, Zanetti ML. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010;18(6):9.
26. Rentería-Meneses A, López-Deli I, Gatica-Mendoza F. Factores que influyen en el abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus tipo II en los usuarios del centro de salud de Tlacoachictlahuaca, Gro. Asociación Latinoamericana de Sociología Rural Congreso Internacional Pre-ALASIUR. 2012;1:2-10.
27. Noriega-Maldonado A. Factores psicosociales determinantes de la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2. Zacatecas, México: Universidad Autónoma de Zacatecas; 2014.
28. De la Rubia JM, Alejandra Cerda MT. Predictores psicosociales de adherencia a la medicación en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*. 2015;6(1):19-27.
29. Sánchez-Cruz JF, Hipólito-Lóenzo A, Mugártegui-Sánchez SG, Yáñez-González RM. Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Atención Familiar*. 2016;23(2):43-7.
30. Dorado-Romo MA. Determinantes psicosociales de la no adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Zacatecas, México: Universidad Autónoma de Zacatecas; 2016.
31. UCSF, ¿Qué es la Diabetes tipo 2?, Mighty, California ; 2008.
32. OMS. Informe Mundial sobre la Diabetes, Resumen de Orientación. 2016.
33. OMENT, Últimas cifras de diabetes en México, UANL ; 2016.
34. Alba Dios M, Pérula de Torres C, Perula de Torres L, Ortega-Ruiz R, Jiménez-García C. Diabetes Importancia de la Familia, 2015.
35. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción. 2015.
36. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*. 2009;41(6):342-8.
37. Alba Dios M, Pérula de Torres C, Pérula de Torres L, Pulido-Ortega L, Ortega-Ruiz R, Jiménez-García C. Adherencia Terapéutica y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes crónicos polimedicados de mas de 65 años 2015;16(2).
38. Basterra Gabarró M. El cumplimiento terapéutico. 1999;1(1):9.
39. Enrique-Silva G, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento, Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*. 2005;30(4):5.
40. Contreras Pauque MA. Factores que influyen a la no adherencia del tratamiento alimenticio-nutricional para la diabetes mellitus tipo 2. Guatemala: Universidad Rafael Landívar; 2015.
41. Buitrago F. Adherencia terapéutica. ¡Qué difícil es cumplir! *Atención Primaria*. 2016;48(8):343-4
42. Martín Alfonso L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. 2006;32(3):10.
43. OMS. Adherencia a los Tratamiento a Largo Plazo. Ginebra Suiza 2004.
44. Rojas Sánchez LZ, Echeverría Correa LE, Camargo Figuera FA. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con falla cardiaca. 2014;1(36):14.
45. OMS, El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. Comunicado de prensa. Ginebra, 2003.
46. Centroamérica PEplSApe. Seguridad Alimentaria Nutricional, Conceptos Básicos. 2011;3.
47. Cambreiros Castro M. La seguridad alimentaria de México en el año 2030. 1999;7(1):7.

48. CEPAL. Seguridad alimentaria, nutrición y erradicación del hambre. CELAC 2025, Elementos para el debate y la cooperación regionales. Naciones Unidas, 2016.
49. FAO. Ley Macro, Derecho a la Alimentación, Seguridad y Soberanía Alimentaria. 2013. p. 37.
50. FAO. Seguridad Alimentaria Familiar 1.
51. Baca-Molina GP, Peña-Corona M. Prevalencia de sub-alimentación de pacientes con soporte enteral en el Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos. *Nutrición Hospitalaria*. 2015;31(4):5.
52. Urquía-Fernández N. la Seguridad Alimentaria en México. 2014;4(56):6.
53. Los determinantes sociales de la diabetes y el problema de la prevención [Internet]. 2015. Available from: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/determinantes-sociales-de-la-diabetes-y-el-problema-de-la-prevenci%C3%B3n?language=es>.
54. Mancio-Chassin O, Origoza-Ramírez JL, Durante-Montiel I. El ejercicio actual de la medicina, Obesidad México, DF2007. Available from: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/may_01_ponencia.html.
55. OMS. Determinantes Sociales de la Salud 2008 [cited 2016 16 de Noviembre del 2016]. Available from: http://www.who.int/social_determinants/es/.
56. Benach J, Muntaner C. Precarious employment and health: developing a research agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2007;61(4):276-7.
57. Langner, A. Las mujeres absorben la mayor carga de trabajo, según cifras de INEGI. *El economista*, México; 2016.
58. Suberza, M. (2016). Diabetes, el cáncer laboral de las empresas en México. *El Financiero*.
59. Brown A, Ettner S, Piette J, Weinberger M, Gregg E, Shapiro M, et al. Socioeconomic Position and Health among persons with diabetes mellitus: a conceptual framework and review of the literature. *Epidemiol Rev*. 2004; 26:14
60. Tobón-Correa O, García-Ospina C. Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo comunitario en salud. Caldas EUd, editor. Manizales, Colombia 2004.
61. De Negri Filho A, García-Sánchez L, Camacho E, Mogollón-Pérez AS, Molina-Achury NJ, Vargas-Lorenzo I, et al. Reflexiones en Salud Pública. Rosario EUd, editor. Colombia 2009.
62. Tabón-Correa O. El autocuidado, una habilidad para vivir. Fundación de investigaciones Sociales AC. 2015;1.
63. Villalobos-Santiago C. Autocuidado del Adulto con Diabetes tipo 2 en Control Ambulatorio. Nuevo León, México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2002. Robles-Silva L, Vázquez-Palacios F, Reyes-Gómez L, Orosco-Mares I. Los ancianos y sus entornos sociales. In: editores PyV, editor. *Miradas sobre la vejez, un enfoque antropológico*. México DF. 2006.
64. Gallegos EC, Balñuelos Y. Conductas protectoras de salud en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Invest Educ Enferm*. 2004;22(2):9.
65. Leddy S, Mae Pepper J, Finamore MG, Gordon SE. Bases conceptuales de la enfermería profesional Salud OPdl, editor. New York: 1ra edición en español; 1989.
66. Prado Solar, Liana Alicia, González Reguera, Maricela, Paz Gómez, Noelvis, & Romero Borges, Karelía. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835-845.
67. Vega-Angarita OM, Gonzalez-Escobar DS. Teoría del déficit del autocuidado: interpretación de los elementos conceptuales Dialnet. 2007;4(4):7.
68. Dorado-Romo MA. Determinantes Psicosociales de la no adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Zacatecas, México: Universidad Autónoma de Zacatecas; 2016.
69. Rodríguez-Moctezuma JR, López-Delgado ME, Ortiz-Aguirre AR, Jiménez-Luna J, López-Ocaña LR, Chacón-Sánchez J. Etapas de duelo en diabetes y control metabólico. *REv Mex Inst Mex Seguro Soc*. 2015;53(5).
70. Rivera-Ledesma A, Montero-López Lena M, Sandoval-Ávila R. Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. *Salud mental*. 2012;35:329-37.

71. Tinoco-García AM. Mujeres con cáncer y redes sociales de apoyo en su vida cotidiana. *Salud Pdl*, editor 2011. 17-56 p.
72. Jesús R-M, Neipp-López MdC. Apoyo Social y Salud. In: Spintesis E, editor. *Manual de Psicología social de la Salud*. 1. España 2008. p. 101-16.
73. Casrtas-Fuentevilla G, Mondragón-Ríos R, Álvarez-Gordillo GdC. Diabetes Mellitus II: la importancia de las redes de apoyo como soporte al padecimiento. *Población y Salud en Mesoamérica*. 2011;9(1):1-21.
74. A DFHAH. *Comunicación y redes sociales: Universidad Nacional Abierta y a Distancia*; 1998.
75. González-Castro P. El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). *Waxapa*. 2011;2(5):102-7.
76. Marín-Reyes F, Rodríguez-Morán M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública de México*. 2001;43:336-9.
77. Bronfman M. Presencia y Ausencia de Redes Sociales. In: CRIM-UNAM, editor. *Como se vive se muere* 2000.
78. Di Nicola P. El papel de las redes sociales primarias en el control de la enfermedad y la protección de la salud. In: Santos Dd, editor. *Manual de sociología de la salud*. España 1994. p. 209-31.
79. Rodríguez-Marín J, Neipp-López MdC. Relación entre el profesional sanitario y el paciente. In: Spintesis, editor. *Manual de Psicología Social de la Salud*. España 2008.
80. Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development, Experiments by nature and design*. United States of America 1979. Available from: <https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=8cf0FYm0jW0C&oi=fnd&pg=PR17&dq=the+ecology+of+human+development&ots=1NPO2DXzhE&sig=Hik9rx0rHhXnITzVVUOvEqdOWGY#v=onepage&q&f=true>.
81. Parra-Perea MI, Robayo-Roldan MA. Caracterización desde la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud de una población con obesidad y diabetes que asiste al servicio de salud de una institución de educación superior. Santiago de Cali: Universidad del Valle; 2014.
82. Gómez Silva LM, Rodríguez Suarez LM, Castro Alonso KP, Sánchez Guerrero F. *Modelos Teóricos* Bogotá Colombia: Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades; 2016 [cited 2017 7 enero]. Available from: <http://unadgrupo40302213.blogspot.mx/2016/05/fase-iii-area-de-intervencion-de-la.html>.
83. Torrico-Linares E, Santín-Vilariño C, Andrés-Villas M, Méndez Álvarez-Dardet S, López-López MJ. El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de la Psicología*. 2002;18(1):45-59.
84. Sosa Herrera KG, Torres Romero JC, Guerrero Escobedo H, Ramírez-Camacho MA. Impacto de un programa de atención farmacéutica en el control metabólico de pacientes con diabetes tipo 2 en población rural del estado de Yucatán, México. *Revista mexicana de ciencias farmacéuticas*. 2014;45:74-80.
85. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995 – 2025 prevalence, numerical estimates, and projects. *Epidemiology/ Health service* 1998;21(9):1414-31.
86. Barceló A, Peláez M, Rodríguez L. Prevalencia de la diabetes entre adultos mayores en siete países de América Latina y el Caribe: proyecto SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento). In: *envejecimiento Cris*, editor. Santiago de Chile 2003.
87. Rodríguez-López MR, Varela MT, Rincón-Hoyos H, Velazco M, Caicedo DM, Méndez F, et al. Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2015;33(2):192-9.
88. Glauber HS, Rische N, Karnieli E. Introduction to Personalized Medicine in Diabetes Mellitus. *Open Access*. 2014;5(1):1-16.
89. González Roldán, F. *Cenaprece, la diabetes cobra vidas diarias en México*, México. DF; 2017.
90. FMD. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016*, México; 2016.

91. Fundación Mídete; Asumiendo el control de la diabetes en México 2016, Mídete AC., México, 2016; p53.
92. Arredondo, A. Costos de la diabetes en América Latina: Evidencias del caso mexicano, 2011, Recuperado de: <https://www.ispor.org/consortiums/LatinAmerica/documents/ViH/Costos-de-la-Diabetes-en-America-Latina.pdf>.
93. Rothman, K. (1986). Tipos de Estudio. En K. Rothman, *Epidemiología Moderna*. Madrid: Díaz de Santos.
94. López Romo H. Actualización regla AMAI NSE 8X7. In: SC IdIS, editor.: Comité NSE AMAI; 2011. p.37.
95. López Romo H. Los Niveles Socio Económicos y las Familias en México. In: S.C. IdIS, editor. 2014. p. 43.
96. Declaración de Helsinki de la AMM- Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet]. Asociación Médica Mundial. 2013 [cited 09/junio /2017]. Available from: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
97. Shamah Levy T. Relación entre la inseguridad alimentaria en el hogar y la diversidad dietética. 2015.
98. Herrera Lían A, Andrade Y, Hernández O, Manrique J, Faria K, Machado M. Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. *Avances de Enfermería*. 2012;30(2):39-46.
99. Peñalosa García M. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial de la fundación médico preventiva, San José de Cúcuta, 2004. *Avances de Enfermería*. 2006;24(2):63-79.
100. Alarcón Luna NS, Rizo Baeza MM, Cortés Castell E, Cadena Santos F, Leal David H, Alonso Castillo MM. Intervención educativa: implementación de la agencia de autocuidado y adherencia terapéutica desde la perspectiva del paciente diabético.
101. Rodríguez Gázquez MdlÁ, Arredondo Holguín E, Salamanca Acevedo YA. Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín (Colombia). *Enfermería Global*. 2013;12:183-95.
102. Fred Manrique A, Fernandez A, Velandia A. Análisis factorial de la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. *Aquichan*. 2009;9(3):13.
103. Velandia Arias A, Rivera Álvarez LN. Confiabilidad de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado (ASA), segunda versión en español, adaptada para la población colombiana". *Avances de Enfermería*. 2008;27(1):38-47.
104. Ríos-Álvarez M, Acevedo-Giles Ó, González-Pedraza Avilés A. Satisfacción de la relación médico-paciente y su asociación con el control metabólico en el paciente con diabetes tipo 2. *Endocrinología y Nutrición* 2011;19(4):149-53.
105. Noguera Orozco MJ, Pérez Terán B, Barrientos Cobarrubias V, Robles García R, Sierra Madero J. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*. 2013;21(2):29-37.
106. Ortiz G. Libros y Test de Psicología [Internet]2014. [cited 2017]. Available from: <http://psicologialibrosytest.blogspot.mx/2014/01/test-mos-cuestionario-mos-de-apoyo.html>.
107. Rodríguez Chamorro MÁ. Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular (EMDADER-CV.INCUMPLIMIENTO). Granada, España: Universidad de Granada; 2008.
108. CENAPRECE. (2010). *Manual de implementación UNEME Enfermedades Crónicas: Sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes*. CENAPRECE, Secretaría de Salud.
109. SEGOB. *Diario Oficial de la Federación*. 2014; Obtenido de www.dof.gob.mx
110. OMS CdOIdCMY. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos 2002 [cited 09/junio/17]. Available from: http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm.
111. Suarez Cuba MÁ. Identificación y utilidades de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Revista Med La Paz*. 2011;17(1):60-7.

112. Ramírez-Díaz MM. La seguridad alimentaria y su relación con el ingreso de las familias mexicanas. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015.

113.

ANEXOS

ANEXO 1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tipo de Variable	Nombre de la Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones de las Variables	Indicadores o ítems	Escala de Medición
Dependiente	<u>No adherencia al tratamiento</u>	Falta o falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria e involuntaria, la cual se puede dar de manera multifactorial, es decir, derivado del paciente, de la enfermedad, de la terapia, del entorno y de la relación médico-paciente. (107)	Test de Morisky Green Levine Se considera cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas: No/Si, No/No. Para ser incumplidor debe de responder a las cuatro preguntas de la misma forma: No/No/No/No	No adherencia= <4 puntos afirmativos	Ítem 94-97	Dicotómica nominal

Independientes	<u>Características sociodemográficas</u>	Son el conjunto de características biológicas socioeconómico-culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando en cuenta aquellas que puedan ser medibles.	Cuestionario de características sociodemográficas		Ítem 1 Ítems 2-6	Cuantitativa discreta Cualitativa nominal
Independiente	<u>Condiciones Psicológicas</u>	Condiciones psicológicas que tienen las personas y que afectan el estado de salud de las personas. (105)	Cuestionario HADS-A	<ul style="list-style-type: none"> • Rango de normalidad: 0-19 puntos. • Caso probable: 10-19 puntos. • Caso de ansiedad y /o depresión: 20-28 puntos. 	Ítems 60-73	Cualitativa nominal
	<u>Redes Sociales de Apoyo</u>	Relaciones que sirven de soporte para que los pacientes encuentren o no alivio a sus padecimientos. (111)	Tipo Likert - Nunca=1 - Pocas veces=2 - Algunas veces=3 - La mayoría de las veces=4 - Siempre=5	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo emocional 3.4.8.9.13.16.17 y 19. Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8. 	Ítem 74 Ítems: 75-93	Cuantitativa discreta Cuantitativa nominal

				<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda material o instrumental: ítems: 2,3,12 y 15. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4 • Relaciones sociales de ocio y distracción: ítems: 7,11,14 y 18. Puntuación máxima: 20, media:12 y mínima 4 • Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño: ítems: 6,10 y 20. Puntuación máxima 15, media: 9 y mínima: 3. 		
	<u>Condiciones de Seguridad Alimentaria</u>	Garantía que tienen las personas para disponer de alimentos en una cantidad necesaria para cubrir sus	- <i>Escala Mexicana de Seguridad Alimentaria:</i> describe los problemas con la cantidad y calidad de	NINGUNA RESPUESTA AFIRMATIVA: Seguridad alimentaria: no hay disminución en la cantidad y	Ítems: 15-26	Dicotómica nominal

		<p>necesidades, con un fácil acceso y de manera estable, por lo que la disponibilidad de alimentos debe ser en mayor cantidad que la demanda de los mismos.(97)</p>	<p>alimentos, que de acuerdo con los recursos con lo que se cuenta, se han adquirido en los últimos tres meses.</p>	<p>calidad de alimentos.</p> <p>1 A 3 RESPUESTAS AFIRMATIVAS: Inseguridad alimentaria leve: implica reducción de la calidad de los alimentos.</p> <p>4 A 7 RESPUESTAS AFIRMATIVAS: Inseguridad alimentaria moderada: implica reducción en la calidad y cantidad de alimentos.</p> <p>8 O 12 RESPUESTAS AFIRMATIVAS: Inseguridad alimentaria severa: reporta que el hogar ha vivido una</p>		
--	--	---	---	--	--	--

				experiencia de hambre.		
	<u>Factores de autocuidado</u>	Las acciones de autocuidado se refieren al recurso sanitario más fundamental del sistema de atención de salud, a que a voluntad del individuo para mejorar debe ser primordial para adherirse a los tratamientos que los harán aumentar su salud. (100)	<p>Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (Appraisal of Self-care Agency Scale, ASA)</p> <p>Escala de medición tipo Likert</p> <p>a. Nunca b. Casi nunca c. Casi siempre d. Siempre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pocos o nulos: 1-48 puntos. • Moderados: 49-72 puntos. • Buenos: 73-96 puntos. 	Ítems: 27-50	Cualitativa ordinal
	<u>Relación médico-paciente</u>	Es la relación más extensa, con el personal sanitario, enfermeras, nutriólogos, psicólogos, trabajadores sociales o técnicos sanitarios, con los que se forma un lazo para asumir	<p>Cuestionario de Relación médico-paciente (PDQ-9)</p> <p>A= 5 puntos B= 4 puntos C= 3 puntos D= 2 puntos E= 1 punto</p> <p>Escala de Likert A=siempre B=casi siempre C=ocasionalmente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Buena: 31-45 puntos. • Regular: 15-30 puntos. • Mala: 0-14 puntos. 	Ítems: 51-59	-Cualitativa ordinal

		la información proporcionada y con ello lograr una mejora en salud. (104)	D=rara vez E=nunca			
	<u>Condiciones Socioeconómicas</u>	Recursos con los que se cuenta, para solventar las necesidades de la enfermedad y de las necesidades básicas de todos los miembros de la familia. (106)	<p>Cuestionario AMAI 8X7</p> <p>Pregunta 1: a)0, b)8 y c) 14</p> <p>Pregunta 2: a)0 y b)11</p> <p>Pregunta 3: a)0, b)16, c)36, d) 36 y e) 52</p> <p>Pregunta 4: a) 0 y b) 10</p> <p>Pregunta 5: a) 0 y b) 20</p> <p>Pregunta 6: a)0, b)15, c) 27, d) 32 y e)46</p> <p>Pregunta 7: a) 0, b) 32, c)41, d)58</p> <p>Pregunta 8: a)0, b)0, c)22, d)22, e)22, f)38, g)38, h)38, i)38, j)52, k)52, l)72, m)72</p>	<ul style="list-style-type: none"> • NIVEL ALTO: 105-193 puntos. • NIVEL BAJO: 104-0 puntos. 	<p>Ítems:7-11</p> <p>Ítems:12-14</p>	<p>Cualitativa nominal</p> <p>Cuantitativa ordinal</p>

ANEXO 2

INSTRUMENTO PARA EVALUAR LOS FACTORES DETERMINANTES DE LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ZACATECAS

“FRANCISCO GARCÍA SALINAS”

UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD CON ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA



CUESTIONARIO PARA EVALUAR LOS FACTORES DETERMINANTES DE LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, DE LA UNEME-EC.

El presente cuestionario está diseñado para conocer los factores que afectan la no adherencia al tratamiento en los pacientes diabéticos de esta unidad, por lo que se solicita leer cuidadosamente las preguntas y contestar lo que usted considere que realiza. Por favor, sea lo más sincero posible en sus respuestas, ya que de ninguna manera influirán en la atención que usted recibe. En caso de que se tenga alguna duda en cualquier parte del cuestionario, se le suplica preguntar al encuestador, así como contestar todas las preguntas. Muchas gracias por su colaboración.

Nombre del encuestado: _____ Fecha: _____

Características Sociodemográficas	
1 Edad _____ años	5 Ocupación
2 Sexo a) Masculino b) Femenino	a) Ama de casa d) Empleado b) Comerciante e) Jubilado c) Construcción f) Otro
3 Lugar de procedencia _____	6 Estado Civil
4 Escolaridad a) Analfabeta f) Bachillerato b) Primaria incompleta g) Técnico c) Primaria concluida h) Licenciatura d) Secundaria incompleta i) Posgrado e) Secundaria concluida	a) Soltero d) Viudo b) Casado e) Unión Libre c) Divorciado f) Separado
Características Socioeconómicas	
7 Número de cuartos o habitaciones: a) de 1 a 4 b) de 5 a 6 c) 7 o más	11 Cuenta con regadera a) no tiene b) si tiene
8 Tipo de piso de su hogar: a) Tierra o cemento b) Otro tipo de material	12 Cuenta con estufa de gas a) no tiene b) si tiene
9 Número de baños en su hogar: a) 0 b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 o más	13 Número de focos en su hogar a) 0-5 b) 6-10 c) 11-15 d) 16-20 e) 21 o más
10 Número de automóviles propios:	

a) 0	b) 1	c) 2	d) 3 o más
Características Socioeconómicas			
14 La persona que aporta mayor ingreso a su hogar ¿Qué escolaridad tiene?			
a) No estudió	f) Carrera comercial	k) Licenciatura completa	
b) Primaria incompleta	g) Carrera técnica	l) Diplomado o maestría	
c) Primaria completa	h) Preparatoria incompleta	m) Posgrado	
d) Secundaria incompleta	i) Preparatoria completa		
e) Secundaria completa	j) Licenciatura incompleta		

Condiciones de Seguridad Alimentaria		
En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos		
15	¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos?	a) SI b) NO
16	¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar dejo de desayunar, comer o cenar?	a) SI b) NO
17	¿Alguna vez usted o algún adulto comió menos de lo que usted piensa debía comer?	a) SI b) NO
18	¿Alguna vez se quedaron sin comida?	a) SI b) NO
19	¿Alguna vez usted o algún adulto de su hogar sintió hambre, pero no comió?	a) SI b) NO
20	¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar sólo comió una vez al día o dejo de comer todo un día?	a) SI b) NO
21	¿Alguna vez algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos?	a) SI b) NO
22	¿Alguna vez algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía?	a) SI b) NO
23	¿Alguna vez tuvieron que disminuir la cantidad servida en la comida a algún menor de 18 años del hogar?	a) SI b) NO
24	¿Alguna vez un menor de 18 años sintió hambre pero no comió?	a) SI b) NO
25	¿Alguna vez algún menor de 18 años se acostó con hambre?	a) SI b) NO
26	¿Alguna vez algún menor de 18 años comió una vez al día o dejó de comer todo un día?	a) SI b) NO

Factores de Autocuidado					
Preguntas		Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
27	A medida que cambien las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantenerme con salud	A	B	C	D
28		A	B	C	D

	Reviso si las formas que practico para mantenerme con salud son buenas.				
29	Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.	A	B	C	D
30	Puedo hacer lo necesario para mantener limpio mi alrededor	A	B	C	D
31	Si es necesario puedo poner en primer lugar lo que necesito para mantenerme con salud	A	B	C	D
32	Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo	A	B	C	D
33	Puedo buscar mejores formas de cuidar mi salud, que las que tengo ahora.	A	B	C	D
34	Con tal de mantenerme limpio, puedo cambiar la frecuencia con que me baño	A	B	C	D
35	Puedo alimentarme de manera que mi peso se mantenga en lo correcto	A	B	C	D
36	Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de tal manera que pueda mantener mi forma de ser.	A	B	C	D
37	A veces pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero nunca lo hago	A	B	C	D
38	Tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda.	A	B	C	D
39	Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado	A	B	C	D
40	Cuando obtengo información sobre mi estado de salud no pido explicaciones sobre las dudas que tengo.	A	B	C	D
41	Examino mi cuerpo para saber si hay algún cambio	A	B	C	D
42	He sido capaz de cambiar hábitos arraigados, con tal de mejorar mi salud	A	B	C	D
43	Si tengo que tomar un nuevo medicamento, puedo obtener información sobre los efectos indeseables	A	B	C	D
44	Soy capaz de tomar medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros	A	B	C	D
45	Soy capaz de evaluar que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud	A	B	C	D
46	Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil tener tiempo para cuidarme	A	B	C	D
47	Puedo conseguir la información necesaria si mi salud se ve amenazada	A	B	C	D
48		A	B	C	D

	Puedo buscar ayuda si no puedo cuidarme yo mismo				
49	Pocas veces puedo tomar tiempo para mí.	A	B	C	D
50	Aún con limitaciones para moverme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta	A	B	C	D

Relación Médico-Paciente						
Preguntas		Siempre	Casi siempre	Ocasional-mente	Rara vez	Nunca
51	¿El médico le ayuda?	A	B	C	D	E
52	¿El médico le dedica suficiente tiempo?	A	B	C	D	E
53	¿Confía en su médico?	A	B	C	D	E
54	¿Su médico le entiende?	A	B	C	D	E
55	¿Su médico se esfuerza en ayudarlo?	A	B	C	D	E
56	¿Estoy de acuerdo con el médico sobre las causas de los síntomas que padezco?	A	B	C	D	E
57	¿El médico le escucha si quiere hablar con él?	A	B	C	D	E
58	¿Se siento contento(a) con el tratamiento que le pone el médico?	A	B	C	D	E
59	¿El médico es accesible?	A	B	C	D	E

Condiciones Psicológicas				
Preguntas		A	B	C
60	¿Se siento tenso o nervioso?	Nunca	De vez en cuando	Casi todo el día
61	¿Sigue disfrutando de las cosas como siempre?	Igual que antes	No tanto como antes	Ya no disfruto con nada
62	¿Siente una especie de temor, como si algo fuera a suceder?	No	Sí, pero no me preocupa	Si, muy intenso
63	¿Es capaz de reír y ver el lado gracioso de las cosas?	Igual que siempre	Algo menos	Nunca
64	¿Tiene la cabeza llena de preocupaciones?	Nunca	De vez en cuando	Casi todo el día
65	¿Se siente alegre?	Gran parte del día	Algunas veces	Nunca

66	¿Es capaz de permanecer sentado(a), tranquilo (a) o relajado (a)?	Siempre	Algunas veces	Nunca
67	¿Se siente lento (a) para realizar mis actividades cotidianas?	Nunca	A veces	Gran parte del día
68	¿Experimenta una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago?	Nunca	Solo en algunas ocasiones	Muy frecuente
69	¿Ha perdido interés en su aspecto personal?	Se cuida como siempre lo ha hecho	No se cuida como debería	Completamente
70	¿Se siente inquieto (a) como si no pudiera parar de moverse?	Nunca	A veces	Bastante
71	¿Espera las cosas con ilusión?	Como siempre	Menos que antes	Nunca
72	¿Experimenta de repente sensaciones de gran angustia o temor?	Nunca	Raramente	Muy frecuente
73	¿Es capaz de disfrutar de un buen libro, la radio o un programa de televisión?	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca

Redes Sociales de Apoyo

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de la que Ud. dispone:

74	Aproximadamente ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tienen usted? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre)
----	---

Escriba el número de amigos íntimos y familiares cercanos

Cuestiones: ¿Cuenta con alguien?		Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
75	¿Cuenta con alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama?	A	B	C	D	E
76	¿Cuenta con alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar ?	A	B	C	D	E
77	¿Cuenta con alguien que le aconseje cuando tenga problemas ?	A	B	C	D	E
78	¿Cuenta con alguien que le lleve al médico cuando lo necesite?	A	B	C	D	E
79	¿Cuenta con alguien que le muestre amor y afecto?	A	B	C	D	E
80	¿Cuenta con alguien con quien pasar un buen rato?	A	B	C	D	E

81	¿Cuenta con alguien que le informe y ayude a entender una situación?	A	B	C	D	E
82	¿Cuenta con alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones?	A	B	C	D	E
83	¿Cuenta con alguien que le abrace?	A	B	C	D	E
84	¿ Cuenta con alguien con quien pueda relajarse?	A	B	C	D	E
85	¿ Cuenta con alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo?	A	B	C	D	E
86	¿ Cuenta con alguien cuyo consejo realmente desee?	A	B	C	D	E
87	¿ Cuenta con alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas?	A	B	C	D	E
88	¿ Cuenta con alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo?	A	B	C	D	E
89	¿ Cuenta con alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos?	A	B	C	D	E
90	¿ Cuenta con alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales?	A	B	C	D	E
91	¿ Cuenta con alguien con quien divertirse?	A	B	C	D	E
92	¿ Cuenta con alguien que comprenda sus problemas?	A	B	C	D	E
93	¿ Cuenta con alguien a quien amar y hacerle sentirse querido?	A	B	C	D	E

Factores de No adherencia		
94	¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento para su Diabetes?	1) SI 2) NO
95	¿Toma la medicación a la hora indicada?	1) SI 2) NO
96	¿Cuándo se encuentra bien deja de tomar los medicamentos?	1) SI 2) NO
97	Si alguna vez se siente mal ¿deja de tomar medicamentos?	1) SI 2) NO

Características de la Diabetes Tipo 2

- 98 ¿Cuántos años hace que le diagnosticaron la enfermedad? _____ años
- 99 Tipo de medicamento que toma actualmente
- a) Glibenclamida 5mg d) Metformina g) Insulina Lispro
b) Insulina de acción intermedia e) Insulina glargina
c) Insulina de acción rápida f) Acarbosa
- 100 ¿Presenta otro padecimiento aparte de la diabetes tipo 2?
- a) SI b) NO c) No se
- 101 En caso de que su respuesta sea "SI", elija alguna de las siguientes opciones
- a) Hipertensión arterial b) Obesidad c) Triglicéridos y colesterol altos
- 102 ¿Usted tiene síndrome metabólico?
- a) SI b) NO
- 103 Subraye si tiene alguno de los siguientes síntomas
- a) Neuropatía f) Temblores k) Sensibilidad en pies
b) Ardor en los pies g) Sudoración fría l) Cansancio
c) Trastorno del sueño h) Visión borrosa m) Hormigueos
d) Pérdida de apetito i) Boca seca n) Ninguno
e) Retención de líquidos j) Constantes ganas de orinar por las noches
- 104 Antecedentes de diabetes o familiares:
- a) Mamá b) Papá c) Abuela paterna
d) Abuelo materno e) Ambos f) Abuelo paterno
g) Abuela materna h) Primos i) Tíos
j) Hijos k) Hermanos l) Ninguno
- 105 ¿Ha tenido alguna hospitalización por descompensación? a) SI b) NO
- 106 ¿Ha presentado infecciones urinarias en el último año? a) SI b) NO
- 107 ¿Ha sido enviado al oftalmólogo por la UNEME EC? a) SI b) NO
- 108 Frecuencia con la que acude a sus citas médicas a partir de los tres meses anteriores:
- a) Cada 15 días c) Cada 3 meses
b) Cada mes d) Cada 6 meses
- 109 Persona que lo acompaña en cada cita médica
- a) Esposo (a) c) Otro familiar e) Amigo (a)
b) Hijo (a) d) Ninguno f) Vecino (a)
- 110 ¿Cumple con su dieta para el control de la enfermedad? a) SI b) NO c) A veces
- 111 ¿Realiza ejercicio?
- a) NO o Nada b) Cada tercer día c) Cinco días por semana
d) Siete días a la semana
- 112 ¿Cuánto tiempo le dedica al ejercicio?
- a) Nada b) De 10-15 minutos c) De 20 a 30 minutos
d) 30 minutos a 1 hora

¡¡Gracias por su participación!!

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Lugar: _____ Fecha: _____

Por medio de la presente doy mi consentimiento para que YO (nombre):

Participe en el protocolo de investigación titulado: **Factores determinantes de la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Tipo 2.**

El objetivo del estudio es: **analizar los factores que determinan la no adherencia al tratamiento, en los pacientes que acuden a la Unidad de Enfermedades Crónicas (UNEME–EC) de Fresnillo y Zacatecas.**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en aportar información, la cual será confidencial y con fines académicos. Entiendo que conservo el derecho de no contestar o de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE O REPRESENTANTE LEGAL
