



BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DEL ÁREA DE LA SALUD

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL DE PUEBLA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.2

FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN LA NO
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2

TESIS PROFESIONAL
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
DRA. MARIANA FERNANDEZ ALARCON

ASESOR
DRA. MARIA URBELINA FERNANDEZ VAZQUEZ

REGISTRO R-2013-2104-2
PUEBLA, PUEBLA 2015



INDICE

1. Resumen.....	3
2. Antecedentes.....	5
2.1 Antecedentes Generales.....	5
2.1.1 Introducción.....	5
2.1.2 Factores psicológicos y la diabetes.....	6
2.1.3 Factores sociales y la diabetes.....	7
2.1.4 Redes sociales y el paciente diabético.....	9
2.1.5 Estilos de vida en pacientes diabéticos.....	10
2.1.6 Adherencia al tratamiento.....	11
2.2 Antecedentes Específicos.....	13
3. Planteamiento del problema.....	17
4. Pregunta científica.....	19
5. Justificación.....	20
6. Objetivos.....	22
6.1 Objetivo General.....	22
6.2 Objetivos Específicos.....	22
7. Hipótesis.....	23
8. Material y métodos.....	24
8.1 Diseño del estudio.....	24
8.2 Ubicación espacio temporal.....	24
8.3 Estrategia de trabajo.....	24
8.4 Marco muestral.....	25
8.4.1 Población fuente.....	25
8.4.2 Sujetos de estudio.....	25
8.5 Selección de la muestra.....	26
8.5.1 Criterios de selección.....	26
8.5.1.1 Criterios de Inclusión.....	26
8.5.1.2 Criterios de Exclusión.....	26
8.5.1.3 Criterios de eliminación.....	26
8.6 Diseño y tipo de muestreo.....	27

1.- RESUMEN

FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

*Fernández Alarcón Mariana¹ Residente de Medicina Familiar, Fernández Vázquez María Urbelina², ¹Residente de 3er. año de Medicina Familiar, ²Profesora tiempo completo CIEFD

*Correspondencia mfa2323@hotmail.com

INTRODUCCION. La diabetes es una enfermedad multifactorial cuyo componente biológico es indudable en la incidencia y prevalencia de la misma; sin embargo existen otros factores como los psicológicos sociales y culturales que facilitan o detienen el desarrollo de complicaciones tempranas o enfermedades asociadas.

OBJETIVO. Analizar los factores psicosociales que influyen en la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio descriptivo, observacional, transversal, prospectivo, unicéntrico, homodémico. Septiembre 2012 a septiembre 2013. Variables: (VI) no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus 2. (VD)Factores psicosociales con dos dimensiones social y psicológica. Criterios Inclusión: derechohabientes IMSS, ambos sexos, diabéticos con dos años de evolución, 40 años y más, adscritos a consultorio y con 3 meses de asiduidad, sepan leer y escribir. Exclusión: expedientes incompletos, alteraciones psiquiátricas, inestabilidad en consultorio. Muestreo: probabilístico aleatorio simple. Tamaño de la muestra: se calculará del total pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus y con un nivel de confianza del 95%. Instrumentos: APGAR FAMILIAR, CONOCIMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS, ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO DE LA DIABETES MELLITUS. Análisis estadístico: medidas de tendencia central y dispersión, estadística inferencial, con prueba de correlación.

RESULTADOS. El estudio se realizó en 209 pacientes de los cuales, se aplicaron 3 instrumentos, se obtuvo una prevalencia de no adherencia al tratamiento de 41.9 %. Las variables que se asociaron a la no adherencia del tratamiento fueron la escolaridad, 32.6%, desconocimiento de la enfermedad 36% y factores psicológicos 4%.

CONCLUSIONES. El saber qué factores condicionan el no apego al tratamiento en estos pacientes es primordial ya que con esto nos permite intervenir para la mejora de la calidad de vida de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, evitando complicaciones.

PALABRAS CLAVES. No adherencia, diabetes mellitus tipo 2, factores sociales, factores psicológicos.

2. ANTECEDENTES

2.1 Antecedentes Generales

2.1.1 Introducción

La Diabetes es una enfermedad multifactorial, cuya incidencia y prevalencia alcanza cifras alarmantes a nivel mundial debido a su carácter crónico, en consecuencia, con complicaciones multiorgánicas que se convierte en un reto para los profesionales de la salud.

La búsqueda de métodos y estrategias de tipo preventivo, curativo, educacionales; además de trabajos de investigación serios que ayuden a disminuir el desarrollo de la enfermedad, es una constante en instituciones del sector público y privado por parte de médicos familiares, endocrinólogos, internistas, nutricionistas, psicólogos.

La diabetes es un padecimiento que tiene eminentemente un componente biológico y sin duda, juega un papel principal en su incidencia y prevalencia; sin embargo, los factores sociales, psicológicos, culturales están presentes para facilitar o detener estados agudizados de la enfermedad y el desarrollo de complicaciones tempranas ⁽¹⁾.

Los problemas crónicos una vez establecidos acompañan a los pacientes durante mucho tiempo y llegan a empeorar su estado y conducirlos a la muerte; los comportamientos y conductas de los sujetos se desempeñan como factores primordiales en la evolución de la enfermedad y permiten alargar la vida de aquellos que se adhieren adecuadamente a los tratamientos y regímenes de vida, que la diabetes exige para su control.

La falta de compromiso por parte de los involucrados (paciente, familia) en un problema de salud como la diabetes, para seguir las prescripciones médicas, la poca claridad de las indicaciones y explicaciones del médico, los altos costos y

falta de accesibilidad a los servicios de salud, hace que se exacerben los problemas de salud y progresen las enfermedades, ocasionando que sea imposible estimar los efectos y el valor de un determinado tratamiento e impide que se realice un buen diagnóstico y conjuntamente provoca un aumento innecesario en el costo de la atención médica (2).

Algunos psicólogos afirman que “el organismo es una entidad biológica que se comporta” es decir, que a pesar que los humanos son una entidad biológica, existen variables disposicionales que favorecen la aparición de determinados padecimientos como es el caso de la diabetes mellitus. El sujeto es entonces el actor y protagonista de lo que vive y sufre, esto quiere decir que se puede prevenir o controlar a través de la conducta.

Son los comportamientos que emite el individuo en su entorno el que finalmente mitiga o exagera su enfermedad.

El hombre tiene un carácter eminentemente social por lo tanto, se encuentra en un constante intercambio con el medio que lo rodea a través de conductas, esta interacción se realiza de forma voluntaria e involuntaria, consciente e inconsciente que le hace ser un ser, un ente “biopsicosocial”, esta entidad le permite dar sentido a su vida y con ello implementar estrategias que le permitan contrarrestar los avatares de su condición biológica; hace que psicológicamente pueda desarrollar espacios de aceptación y productividad para el control de su padecimiento (3).

2.1.2 Aspectos psicológicos y la diabetes

La diabetes mellitus como problema de salud tiene una prevalencia alta y para el 2030 se espera que se duplique el número de pacientes y se constituya en un problema serio de salud, que va en aumento tanto en población de edad avanzada como en adolescentes, convirtiéndose en una enfermedad crónico-degenerativa cuyo desgaste físico y emocional influye en la calidad de vida de los pacientes; si

consideramos que la diabetes mellitus es una condición crónica en la cual el cuerpo no produce insulina o no la utiliza apropiadamente da como resultado la hiperglicemia, esto a largo plazo produce complicaciones que pueden ser en un momento dado, agudas o crónicas, como por ejemplo la cetoacidosis, las enfermedades cardiacas, enfermedades renales etc.

Si bien es cierto que los avances tecnológicos y farmacológicos ayudan a controlar la enfermedad, es bien cierto también que la diabetes requiere de la atención de un equipo multidisciplinario, pero sobre todo del paciente para que este realice tareas múltiples en su autocuidado diario, que van a depender del conocimiento y motivación que el mismo tenga para realizarlas. Existen conductas en el paciente que afectan su estado de ánimo y que hay que tomar en cuenta por ejemplo: cuando el paciente sufre alguna complicación por el descontrol metabólico le puede ocasionar sentimientos de culpa y temor.

Las enfermedades crónicas como la diabetes aumentan el estrés psicológico que experimentan las personas que la padecen, aumentando el riesgo de sufrir un trastorno emocional mental mayor, como la depresión.

El estrés, es un problema que disminuye la capacidad de adherirse al tratamiento; además de agravar la enfermedad al incrementar la adiposidad abdominal y visceral, originando una resistencia a la insulina, incremento de la secreción de glucosa por los altos niveles de cortisol y que lleva al paciente a disminuir su capacidad de afrontamiento ante su enfermedad, por considerar que su salud depende de fuerzas externas y no de sus propias acciones (4).

2.1.3 Factores sociales y Diabetes

La diabetes como enfermedad crónica no trasmisible enfrenta retos importantes para el paciente, a pesar de los avances tecnológicos y terapéuticos. El diagnóstico de diabetes se convierte para los pacientes en un desafío de salud mental y emocional, uno de sus mayores temores es la incertidumbre de cómo va

a conseguir controlar su enfermedad, cómo mantener en niveles aceptables todos los parámetros que implica una diabetes controlada, esto genera crisis esporádicas y permanentes al imaginar los cambios en su estilo de vida y sobre todo que va a pasar a lo largo del tiempo.

La edad y el tiempo de duración de la enfermedad son factores de riesgo no controlables para el avance del padecimiento y la presencia de complicaciones que hay que tomar en cuenta para tratar de reducir la carga económica a la sociedad cuando se presentan las complicaciones por gastos médicos e institucionales.

Iniciar campañas de prevención son difíciles de lograr al 100%, pues el 90 % de los casos se realiza 4 a 7 años después de presentar algún grado de hiperglicemia no diagnosticada; el estado de salud es en un momento dado una configuración, resultado de las interrelaciones de las estructuras de sus dimensiones, biológica, económica, política, cultural, social y que constituyen los factores sociales ⁽⁵⁾.

Actualmente en México los cambios transicionales de la pirámide poblacional (aumento en la población por envejecimiento) y los riesgos asociados a la industrialización y la urbanización afecta a todos los individuos ya sean de ingresos altos, medios y bajos originando un mayor grado de dificultad para controlar esta enfermedad dependiendo de su ingreso económico.

La necesidad de actuar sobre los determinantes sociales tiene como finalidad lograr la equidad en los aspectos de salud, trata de identificar las determinantes estructurales tales como el contexto socioeconómico y político (políticas públicas, valores sociales, etc.) y la posición socioeconómica, es decir, la estructura social, las clases sociales, tiene determinantes importantes como la educación, ocupación, ingresos, género ⁽⁶⁾.

Otras determinantes no menos importantes son las llamadas intermediarias, como son las condiciones de vida y trabajo, elementos conductuales de acuerdo a la clase social a la que pertenecen, estas influyen fuertemente en la equidad para la salud y el bienestar en general.

Los factores sociales tienen una alta posibilidad de ser modificados sobre todo lo relacionado al acceso a los servicios de salud, cambio en los entornos físicos como son limpieza, hábitos y costumbres, es decir, estilos de vida que hacen cambios de condiciones de vida (7).

2.1.4 Redes sociales y el paciente diabético.

Las relaciones en los humanos es *per se*, el hombre es social por naturaleza y cobra mayor relevancia cuando estas relaciones son el pilar de soporte ante una enfermedad. Luego entonces, las relaciones sociales son de suma importancia pues favorecen el desarrollo psicológico y social; además de ejercer una función protectora en los pacientes que padecen enfermedades crónico-degenerativas.

El concepto de redes sociales, distingue dos vertientes: una centrada en el individuo, donde la red es un todo y se conoce como ego-centrada en la red, es decir, se van extendiendo lazos múltiples de la red dirigidas al sujeto, y la otra, que va de la red a los subgrupos, estas redes sociales surgen del entorno de los sujetos como son: la familia, amigos, vecinos, que son todos los subsistemas que interactúan con el sujeto.

Si se analiza lo anterior, se puede definir como red social la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o diferenciadas del global de la sociedad y que le da fortaleza como ser humano e incrementa su autoimagen.

Esta definición ayuda a entender por qué estas relaciones producen bienestar que ayuda a desarrollar hábitos sanos y repercuten en la salud; además de

obtener herramientas de adaptación cuando se presentan etapas de crisis, como por ejemplo ante el diagnóstico de diabetes mellitus y su control.

Otras redes que no hay que olvidar además de la familia son las relaciones laborales y escolares, relaciones que se dan con la religión, relaciones comunitarias.

La función de una red requiere de ciertos atributos, como son: tamaño, dispersión, homogeneidad, heterogeneidad, ya que grupos muy grandes no ayudan, grupos muy alejados también es laxo su apoyo y la homogeneidad en cuanto a grupo cultural, nivel socioeconómico, edad, género, permite y favorece el apoyo necesario.

El apoyo social constituye la ayuda emocional o instrumental que para el individuo se deriva de un determinado entramado de su red social, apoyo social es un constructo multidimensional, porque implica las siguientes categorías: emocional, estima, pertenencia, material informativo, simpatía, comprensión (8).

2.1.5 Estilos de vida en pacientes Diabéticos

El concepto de estilo de vida se realizó en 1939 por Alvin Toffler quien primariamente les llamó subculturas, todo surgió como causa de la diversidad de las sociedades postindustriales, más adelante, ya a finales del siglo XX, Rifkin describe los estilos de vida y la vida cotidiana desde épocas pasadas hasta la entrada de la época de globalización. Pierre Bourdieu cuando habla de habitus hace un análisis de la forma de cómo actúa, piensa y siente el ser humano de acuerdo a su posición social y concluye que los sujetos que pertenecen al mismo ámbito social o por lo menos tienen ciertos grados de homogeneidad comparten estilos de vida parecido (9,10).

Estilo de vida es una construcción moldeada por la familia, la educación y la sociedad y construyen lo que es el estilo de vida; desde épocas antiguas ha sido una preocupación por mejorar o encontrar un estilo de vida que conlleve a

preservar la salud, pues el hombre por esencia desea vivir más y vivir saludable. El estilo de vida es un constructo que se enciende como el modo de vivir y estar en el mundo que se manifiesta en el comportamiento y costumbres que se obtienen de la vivienda, el urbanismo o entorno social, y desarrolla al individuo a un de nivel cultura y sus relaciones interpersonales, es decir, la forma de vivir y convivir en su medio ambiente que tienen los seres humanos (9, 10).

Ante estos constructos y la entrada del concepto estilo de vida en el campo de la salud, surgen modificaciones ante el enfoque médico-epidemiológico, dejando atrás el enfoque psicosocial del comportamiento y se reduce a conductas aisladas que tienen alguna repercusión sobre la salud, surgiendo entonces el término “estilo de vida saludables” (11).

Fue en el período de los 80s en el que el constructo estilos de vida tuvo su auge en el ámbito de las ciencias biomédicas y se determinó la importancia de los hábitos de vida y sus determinantes sobre la salud de las personas. El resurgimiento de este término en el área de la salud, lo llevó a una nueva definición más acorde, definiéndose como: “el conjunto de decisiones de las personas que afectan a su salud y sobre las cuales ellas tienen más o menos control (12).

Fue en 1986 que la OMS retoma este concepto y lo define así: “Los estilos de vida son patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para elegir y a sus circunstancias socioeconómicas” (13).

En los pacientes diabéticos los estilos de vida se convierten en variables trascendentales para el manejo y control de la enfermedad. Cada uno de los factores que influyen en los estilos de vida son psicológicos, sociales, que incluyen a su vez redes sociales y son determinantes en la adherencia y no adherencia al tratamiento.

2.1.6 Adherencia al tratamiento

Los pacientes con diabetes requieren del apoyo de la familia y la comunidad, ya que desempeñan una función activa en su control. La atención de los pacientes en los procesos crónicos se sustenta en el autocuidado y el cambio en el modo de vida.

Pero el “modo de vida”, tiene un enfoque multifactorial, tales como: factores socioeconómicos, factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con los pacientes, factores relacionados con la enfermedad, y factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia médica.

Los factores socioeconómicos se centran en la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, condiciones de vida inestables, la lejanía de los centros médicos, el costo de la medicación, situaciones ambientales cambiantes, los diferentes tipos de culturas, las creencias populares acerca de la enfermedad.

Los factores relacionados con los sistemas de salud incluyen el exceso de consulta, falta de incentivos al personal de salud, incapacidad para establecer apoyos con la sociedad; además, de fomentar e impulsar el autocuidado y deficiencias en la relación médico-paciente.

Factores relacionados con la enfermedad como la gravedad y complicaciones de la enfermedad, la disponibilidad de los tratamientos efectivos, el grado de discapacidad en el que se encuentren los pacientes, la comorbilidad, y el grado de complicaciones que presenten los pacientes.

Factores relacionados con el tratamiento, entre ellos, la complejidad para el control y manejo de los medicamentos, duración de tratamiento, el fracaso de los medicamentos a lo largo del curso de la enfermedad, la inestabilidad de los

tratamientos por parte del médico (cambios frecuentes en los medicamentos), y costos económicos.

Factores relacionados con el paciente: la situación económica de cada paciente, el conocimiento que tenga el paciente de su propia enfermedad, las actitudes y creencias producto de la cultura a la que pertenece, las percepciones y expectativas del paciente.

Son muchos los factores que influyen en el apego y cumplimiento del tratamiento, es por ello que hablar de adherencia al tratamiento se define como el grado en el que el paciente cumple las indicaciones terapéuticas, sean de naturaleza médica, psicológica o conductual (14, 15, 16).

2.2 Antecedentes Específicos.

Dentro de los antecedentes específicos encontramos un estudio realizado por Ortiz M y cols. en la Ciudad de Chile, que identifica factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2, midió la percepción de apoyo social, estrés y buscaron sintomatología depresiva en relación a la adherencia terapéutica.

En 50 pacientes en un rango de edad de 32 años a 78 años con un promedio de edad 60.76 años, el 38 % correspondió a hombres, el peso en promedio fue de 78.26 kilos, el promedio de TA fue de 137//77 y la glicemia tuvo un promedio 213.76 con promedio de hemoglobina glucosada de 9.11; de estos 50 pacientes el 26% sólo tenían un buen control metabólico, el 34% un control moderado, y el 40% tuvieron un control muy pobre.

En cuanto al nivel de estrés el 34% de los pacientes presentó estrés intenso, el 36% moderado y el 30% fue bajo. En relación a cuidado de pies, seguir una dieta y el ejercicio no hubo diferencias estadísticas entre el buen control, el

control moderado y pobre control. Se concluye que con estas variables el poco cuidado y autocuidado son pobres ⁽¹⁷⁾.

En un estudio realizado en México por Martínez y cols. en 238 pacientes, el mayor número de pacientes que integraron este grupo fueron mujeres con el 62.2% y el 37.8% fueron hombres. En cuanto a nivel educativo el 8.4% no sabían leer ni escribir, 71 % con nivel básico (primaria), 10.1% secundaria y el 10.1 % contaban con alguna licenciatura. Con relación al estado civil llama la atención que el 76.5% reportaron ser solteros, un 18.1% fueron casados o en unión libre y el 9.6% fueron divorciados o viudos.

En cuanto a comorbilidad la más frecuente fue hipertensión de 150 pacientes (63.0%), por número de medicamentos se reportó monoterapia 81 pacientes (34%) y 157 pacientes (66%) con polifarmacia; el tiempo de evolución de la diabetes fue en un rango de 3 a 12 años y finalmente 197 pacientes no tuvieron adherencia al tratamiento (muy pobre) y el 17.2 % que corresponde 41 pacientes tuvieron una buena adherencia; en conocimiento de la enfermedad 189 pacientes (79.4%) desconocían sobre su enfermedad y el 20.6 % si tenían información sobre la misma.

Algo que destacar en este estudio fue que midieron la espiritualidad y la independencia social, reportando que ambos parámetros van de la mano.

Este estudio concluyó la necesidad de explorar los factores psicosociales los cuales influyen negativamente en la adherencia al tratamiento y que es necesario realizar intervenciones que ayuden a entender la enfermedad y a disminuir los efectos negativos ⁽¹⁸⁾.

Una investigación realizada en Cuba en la consulta externa de medicina de la familia, sobre como los factores psicosociales influyen en la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos, descriptiva, longitudinal, con un muestreo intencional no probabilístico y muestra total de 25 pacientes se encontraron los

siguientes resultados: el rango de edad fue de 20 a 79 años, con mayor predominio en mujeres, en cuanto a nivel educativo fue básico e intermedio, y en ocupación, obreros y jubilados; el tiempo de evolución fue de 9 meses a 10 años, en relación a los antecedentes heredofamiliares el 56% reportaron carga genética; se indagó sobre las posibles causas relacionadas con el desarrollo o las causas que desencadenaron la enfermedad, el 88% por muerte de un familiar allegado, estrés sostenido en el hogar, centro laboral o en el marco social.

Respecto al tratamiento fue a base de hipoglucemiantes orales, orientaciones dietéticas y cambios en estilos de vida, el 12% utilizaban insulina y una dieta y el 5% sólo dieta para su control. El 28% refirieron tener conocimientos sobre su padecimiento y el resto manifestó tener poca o ninguna información, o conocer el tipo de complicaciones que pueden presentar.

Las pacientes se describían como personas irritables, ansiosas, con tendencia al llanto, y con necesidad de atención por parte de quienes los rodeaban, con descontrol metabólico de la enfermedad, manifestaron problemas para seguir una dieta y efectuar ejercicios médicos.

Los cambios en estado emocional fueron ansiedad y depresión en el 84% de los pacientes, el 72% con estrés, y la mayoría de todos ellos refirieron no adherencia al tratamiento.

El 88% de los pacientes dijeron sentir temor por las complicaciones de la enfermedad, temían al futuro personal y familiar, se consideraban pacientes frustrados, sin aspiraciones a la vida, muchos manifestaron que se les había acabado su vida no sentían ni tenían motivaciones.

De acuerdo a la Organización Mundial de la salud la mitad de los pacientes diabéticos no cumplen con un régimen de adherencia a los tratamientos médicos, además de mantener estilos de vida inadecuados para convivir con la enfermedad.

Una de las conclusiones de Díaz Aguilar y cols. es que los pacientes para justificar su no adherencia al tratamiento incluyeron factores sociales, comportamentales, económicos y ambientales, pero todos coincidieron en la necesidad que tienen de recibir una adecuada atención por parte de las personas que los rodean (19).

Hoyos Duque y cols. en Medellín Colombia, realizaron un estudio, donde indagaron los factores que influyeron en la no adherencia al tratamiento. En una muestra de 18 pacientes, el 94.4% eran mujeres de las cuales el 88.9% realizaban labores del hogar y el 11.1% tenían trabajo remunerado. El 44.4% una edad entre 40 y 50 años, el 33.3 % entre 51 y 60 años y el 22.3 % eran menores de 45 años. Con relación a su nivel educativo el 50 % de los cuidadores contaban con estudios de primaria, el 22.2% secundaria y el 5.6% formación universitaria; el estrato económico fue de 22.2% para estrato nivel uno, el 50% al dos y el 27.8 % al tres. En cuanto al parentesco de los cuidadores el 44.4% hijas, el 33.3% esposas 5.6% padres y el 16.7 % amigos.

Los cuidadores tenían sus propias ideas creencias y percepciones sobre lo que es la diabetes. Algo más que aportó este estudio fue la controversia entre el personal médico, sobre los alimentos que son permitidos o no a los pacientes diabéticos, así mismo el discurso acerca del mismo por parte de los médicos y nutriólogos.

Otro de los factores que influyeron en la no adherencia al tratamiento es el número de medicamentos y que eso les produce cansancio de tomar tantas tabletas (debido a la comorbilidad de padecimientos con la diabetes); en el uso de la insulina, algunos manifestaron que los deja ciegos, otros que los sube de peso y otros que los pone mal; además de la dificultad para aplicarse el medicamento por ellos mismos o por no conseguir quien se las pueda aplicar, también manifestaron que el pincharse seguido para poder controlar la glicemia les produce sentimientos de temor, miedo y hasta enojo (20).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente las principales causas de consulta en instituciones públicas y privadas del área urbana y suburbana, son las llamadas enfermedades crónicas degenerativas, entre las que se encuentran: diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, etc.

Este tipo de enfermedades requieren de una atención multidisciplinaria e interdisciplinarias por su característica multidimensional, es decir, son problemas que requieren no sólo de la atención de un médico de familia, sino de atención de médicos con especialidad troncal, tales como: endocrinólogos, cardiólogos, médicos internistas, apoyo de nutriólogos, psicólogos y trabajadoras sociales.

La Diabetes Mellitus es un padecimiento que requiere de ser valorado de forma integral e individualizado en cada paciente; en la Unidad de Medicina Familiar No.2 de la ciudad de Puebla, la atención a pacientes diabéticos es todo un reto; pese a que acuden mensualmente a consulta y se realizan sus laboratorios muchos de ellos no están controlados y cuando se les pregunta si toman el medicamento aproximadamente el 85% responde que sí; luego entonces, cabe preguntar qué parte del tratamiento no siguen los pacientes; ¿cuál es el conocimiento que tiene acerca de su enfermedad y complicaciones? y ¿qué factores influyen para seguir una dieta específica, tratamiento farmacológico y ejercicio?. La integración o dificultad para lograr la unificación del binomio paciente-médico depende de la actitud y conocimientos que ambos tengan, y así establecer una buena comunicación y confianza que garantice la adherencia al tratamiento.

Hablar de adherencia al tratamiento implica alianza, colaboración, cooperación, situaciones que se presuponen existen; sin embargo, la realidad dista mucho de ser verdad, este problema no se circunscribe al ámbito de la medicina familiar u otras especialidades troncales ni a instituciones públicas o privadas, va más allá

del ámbito nacional e internacional, convirtiéndose en un problema serio para todos los actores que intervienen en una enfermedad.

Aunado a lo anterior los factores como, creencias, hábitos, costumbres, estilos de vida, disturbios mentales (depresión, ansiedad), apoyos de redes sociales, complican más la adherencia al tratamiento, sin contar aspectos económicos y otros factores que ya han sido identificados en algunos estudios; y pese a que han sido estudiados algunos de ellos, surgen los siguientes cuestionamientos, ¿existen estudios que informen cuál es el impacto de la adherencia o no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos de la consulta externa de medicina familiar, del Instituto Mexicano del Seguro Social?, ¿es un problema de salud semejante al resto del país y otros países?, ¿cuáles son los factores que intervienen en la no adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos?. Interrogantes que aún no pueden ser contestadas con certeza, situación que lleva al siguiente planteamiento.

4. PREGUNTA CIENTÍFICA

¿Cuáles son los factores psicosociales que influyen en la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, en la Unidad de Medicina Familiar No.2 del IMSS. Puebla?

5. JUSTIFICACIÓN

La diabetes mellitus está considerada como uno de los problemas de salud pública a nivel mundial, en México la diabetes mellitus es una de las principales causas de morbilidad, convirtiéndose en un problema grave para las finanzas institucionales de salud, empresas y familias, pero llama la atención que muchos pacientes no tienen conocimiento sobre su enfermedad y que siguen presentando complicaciones como consecuencia, y tomando en cuenta que la mayoría tiene mal apego al tratamiento por falta de conocimiento de su enfermedad y que no podemos excluir las complicaciones secundarias de la misma ya que cada día estas se incrementan secundarias al mal manejo que el paciente lleva a cabo en casa, ya que cuenta con mucha información que no ha sido analizada o cuestionada y como resultado a ese proceso el individuo actúe de manera no significativa, motivo por el cual se considera necesario realizar este tipo de estudios para tener un panorama más amplio de donde se está fallando y así poder incidir en los paciente diabéticos en cuanto a su conocimiento. Para tomar en cuenta estrategias y/o reforzar medidas para poder combatir estas complicaciones que tanto afecta a los pacientes, sus familias, y al país.

Por lo que no sólo necesitamos que tengan la información si no también se refleje en su autocuidado y así evitar complicaciones mediante acciones generales de prevención.

Son muchos los factores que influyen directa o indirectamente en el autocuidado y autocontrol de la diabetes, entre los que podemos encontrar variables sociodemográficas, psicológicas, sociales, económicas, cognitivas; Novartis estima que actualmente el 55% de los pacientes diabéticos no tienen adherencia al tratamiento, en relación a hiperlipidemias el 63% y el 40 % en hipertensión arterial; lo que conlleva al aumento de mortalidad en un 24.6 % en estos

pacientes y con adherencia al tratamiento el 15 %. Situación verdaderamente alarmante que merece estudio.

La no adherencia al tratamiento es un problema tan complejo que la punta de la madeja puede iniciar, con el médico, la propia enfermedad, la terapéutica farmacológica, los propios sistemas de salud, y por supuesto el paciente en el que puede escudarse por la falta de información, motivación o simplemente por las características de su propia personalidad. Situación que lleva a altos costos sociales por las secuelas físicas producidas por las complicaciones agudas y/o crónicas, de rehabilitación y pérdida de productividad entre otros.

Para tener éxito en la adherencia terapéutica requiere de cubrir el “saber qué hacer”, “cómo hacer” y “cuándo hacer”, el beneficio sería controlar y reducir las complicaciones degenerativas a largo plazo en personas con enfermedades crónicas como la Diabetes, mejorando la calidad de vida, acorde a la que toda persona aspira.

Los pacientes son seres humanos que por naturaleza son eminentemente sociales, como consecuencia están inmersos en una cultura que rige su vida y acciones no tomar en cuenta estos aspectos es “graso” error para el éxito del tratamiento de cualquier enfermedad; una investigación que abarque todo el contexto en el que se desarrolla un paciente, favorece el crecimiento y formación del personal de salud y más cuando se fortalece con la construcción de un instrumento que ayuda a reflejar la realidad del por qué los pacientes no se adhieren al tratamiento.

Afortunadamente para la realización de esta investigación existe personal con amplia experiencia en metodología de la investigación y en manejo de pacientes diabéticos; además de contar con población diabética que pertenece a distintos extractos sociales y ambientes familiares diversos.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores psicosociales que influyen en la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, en la Unidad de Medicina Familiar No.2 del IMSS. Puebla.

6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar la población de la consulta externa de la Clínica #2 que no se adhiere al tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2.
2. Describir los factores psicológicos que influyen en la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
3. Determinar los factores sociales que influyen en la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

7. HIPOTESIS

Esta investigación no genera hipótesis por tratarse de un estudio observacional-descriptivo.

8.- MATERIAL Y MÉTODOS

8.1.- Diseño del estudio

- De acuerdo al tipo del estudio: Descriptivo.
- De acuerdo a las características: Observacional.
- De acuerdo a la temporalidad: Transversal.
- De acuerdo a la direccionalidad: Prospectivo
- De acuerdo a los centros participantes: Unicéntrico.
- De acuerdo al tipo de población: Homodémico.

8.2.- Ubicación espacio-temporal

El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 2 IMSS. Puebla, de Marzo 2013 a Noviembre del 2014.

8.3.- Estrategia de trabajo

Se seleccionó a través del formato institucional de la consulta externa de medicina familiar 4-30-6 los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, una vez identificados se tomaron datos como: número de afiliación, domicilio, teléfono, algunos datos demográficos: edad, sexo, ocupación, estado civil, que permitieron ayudar a la identificación y localización de los pacientes. Posteriormente se localizó a los pacientes y se les explico que se trata de un trabajo de investigación sobre adherencia al tratamiento de su enfermedad y solicito su consentimiento para participar en el mismo, a través de 3 encuestas estructuradas y de datos obtenidos del expediente clínico.

8.4.- Marco muestral

8.4.1.- Población fuente

Pacientes de la consulta externa del turno matutino y vespertino Unidad de Medicina Familiar No. 2 IMSS. Puebla.

8.4.2.- Sujetos de estudio

Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

8.5.- SELECCIÓN DE MUESTRA

8.5.1.- Criterios de selección.

8.5.1.1.- Criterios de inclusión:

Derechohabientes IMSS

Pacientes de ambos sexos

Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2

Paciente de 40 años y más

Pacientes subsecuentes con un año de evolución en consulta externa

Adscritos a consultorio

Pacientes de turno matutino y vespertino.

Que sepan leer y escribir.

Con 3 meses de asiduidad a la consulta externa.

8.5.1.2.- Criterios de exclusión:

Paciente con expediente incompleto.

Con alteraciones psiquiátricas

Pacientes de primera vez

Pacientes con inestabilidad en la adscripción de consultorio

Pacientes con estatus de eventuales

8.5.1.3.- Criterios de eliminación

Baja como derechohabiente del IMSS

Cambio de domicilio.

8.6.- DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO

8.6.1.- Tipo de muestreo.

Probabilístico aleatorio simple.

8.6.2.- Tamaño de la muestra

Se calculo la muestra de acuerdo al total de pacientes con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No. 2 Puebla, con un nivel de confianza de 95% e intervalo de confianza del 5%.

8.7 VARIABLES

8.7.1 VARIABLE INDEPENDIENTE: No Adherencia al tratamiento

Definición conceptual: Contexto adverso en el cual el comportamiento es negativo o inconveniente para seguir las indicaciones del médico y aceptación personal a los cambios de estilos de vida.

Definición operacional: Falta o falla al cumplimiento de instrucciones terapéuticas de tipo farmacológico, dietético o ejercicio físico, ya sea de forma voluntaria o inadvertida, originadas por el contexto que hace que el comportamiento de las personas no cumplan con las recomendaciones indicadas por el personal de la salud y que se manifiestan por cifras de glucosa elevada en los últimos 3 meses.

8.7.2 VARIABLE DEPENDIENTE: Factores psicosociales (psicológicos y sociales)

Factores sociales

Definición conceptual: Son todas aquellas variables sociodemográficas que influyen directamente sobre la conducta del individuo; además del apoyo social, como una función de las redes sociales.

a) Factores sociodemográficos.

Definición operacional: Variables sociodemográficas que se medirán a través de los siguientes indicadores: *edad, genero, ocupación, estatus social, ingreso económico, religión, nivel educativo, estado civil, lugar de residencia.*

Edad: Tiempo transcurrido entre el nacimiento y el momento del estudio, expresado en años cumplidos.

Género: son las características biológicas propias que identifica al hombre de la mujer, expresado en femenino y masculino.

Ocupación: Acción, resultado y responsabilidad al ejercer una labor determinada y que definiremos como: labores del hogar, artesano, obrero, empleado, comerciante, profesionista dependiente, profesionista independiente.

Estatus social: grupo de personas que comparten intereses sociales, económicos comunes y que cuando reconocen estos intereses se desarrolla la conciencia social, originando la estratificación social; y para este estudio se divide en: clase media alta, clase media, clase media baja, clase baja.

Ingreso económico: Cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos y que su fuente son ingresos por: sueldos, salario, dividendos, pagos, transferencias, alquileres etc. y que para fines del estudio se entenderá como: menos de 3 salarios mínimos, de 4 a 6 salarios mínimos; más de 6 salarios mínimos; establecidos de acuerdo a la zona donde se realiza esta investigación.

Religión: Credo y conocimientos dogmáticos sobre una entidad divina y que rige a una persona en su comportamiento según una cierta moral e incurrirá en determinados ritos; se medirá por: católico y no católico.

Nivel educativo: son cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal. Se definirá como: nivel básico (primaria) nivel intermedio (secundaria preparatoria) licenciatura, otros estudios. No sabe leer ni escribir.

Estado civil: Condición particular que caracteriza a una persona por su relación y vínculos personales con individuos del sexo opuesto; y se medirá por: Solteros, casados, divorciados, viudos, unión libre.

Lugar de residencia: Espacio, lugar en el cual el sujeto vive por un tiempo determinado y que se define como: área urbana, suburbana, rural.

b) Apoyo social

Apoyo social: Que se entiende como redes sociales, mismas que se definen como en conjunto de personas con las que se comunica un individuo cuyas características de los lazos que se establecen en esta interacción son de *pertenencia, afiliación, afecto, identidad, seguridad y aprobación*.

Pertenencia: Formar parte, sentirse parte de un grupo de personas en un lugar y espacio: familia, grupo de amigos, grupo religioso, grupos de apoyo para diabéticos (autoayuda).

Afiliación: es una serie de derechos y deberes recíprocos que se pueden manifestar como pertenencia a una institución pública de salud o institución privada.

Afecto: Son manifestaciones de cariño, amor, simpatía que se manifiestan en cada uno de los grupos a los que pertenece el individuo, familias funcionales, familias disfuncionales.

Identidad: saber quién es el sujeto y que quiere de la vida y aceptar que es capaz de aprender a diario algo; conocimiento y aceptación de saberse diabético y querer aprender a cómo realizar su autocuidado.

Seguridad: son aquellos factores internos y externos que le ayudan a satisfacer sus propias necesidades y que le producen bienestar. Como alimentación, aseo personal, uso y manejo de los fármacos prescritos; factores externos: supervisión y vigilancia por parte de familiares y amigos.

Aprobación: aceptación de sus grupos más próximos para aceptar a la persona con las limitantes que le origina la enfermedad en reuniones familiares y sociales.

Factores psicológicos

Definición conceptual: Patrones de conducta que son motivadas por factores intrínsecos e extrínsecos que desarrollan efectos negativos en la no adherencia al tratamiento debido a sus conductas de afrontamiento en el manejo de su enfermedad.

Definición operacional:

Se consideran factores extrínsecos, a las percepciones y motivaciones sobre la enfermedad que pueden estar dados por los rasgos culturales de los pacientes que llevan a desarrollar creencias negativas para la aceptación del tratamiento de su enfermedad.

Se consideran factores intrínsecos, aquellas alteraciones como: Depresión frustración, ansiedad, angustia, estrés y estilos básicos de afrontamiento como el centrado en la emoción o centrado en el problema (con el objeto de cambiar o controlar algunos aspectos de una situación percibida como estresante)

Depresión: Es un trastorno afectivo que se caracteriza por bajas en el estado de ánimo que sobrepasa las características de la vida cotidiana para convertirse en un síndrome clínico con duración importante de los síntomas y signos, se manifiesta por: llanto fácil, aislamiento, insomnio, ideas suicidas.

Ansiedad: Es la condición de la persona que experimenta conmoción, intranquilidad, nerviosismo, preocupación, sudoración de manos.

VARIABLE DEPENDIENTE FACTORES PSICOSOCIALES					
FACTORES SOCIALES					
	VARIABLE	TIPO	ESCALA	UNIDAD DE MEDICION	METODO
SOCIDEMOGRAFICAS	EDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA	40-50 51-60 61-70 71-80 >81	RECOLECCIÓN DE DATOS
	GENERO	CUALITATIVA	NOMINAL DICOTÓMICA	HOMBRE-MUJER	RECOLECCIÓN DE DATOS
	RELIGIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL DICOTOMICA	CATÓLICA NO CATÓLICA	RECOLECCIÓN DE DATOS
	OCUPACIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	LABORES DEL HOGAR ARTESANO EMPLEADO COMERCIANTE OBRERO PROFESIONISTA INDEPENDIENTE PROFESIONISTA INDEPENDIENTE	RECOLECCIÓN DE DATOS
	ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	SOLTERO CASADO VIUDO DIVORCIADO UNION LIBRE	RECOLECCIÓN DE DATOS
	LUGAR DE RESIDENCIA	CUALITATIVA	NOMINAL	URBANA SUBURBANA RURAL	RECOLECCIÓN DE DATOS
	ESTATUS SOCIAL	CUALITATIVA	NOMINAL	MEDIA ALTA MEDIA MEDIA BAJA BAJA	RECOLECCIÓN DE DATOS
	INGRESO ECONOMICO	CUANTITATIVA	CONTINUA	< 3 DE 4 A 6 >6	

	NIVEL EDUCATIVO	CUALITATIVA	NOMINAL	LEE NI ESCRIBE BASICO INTERMEDIO LICENCIATURA OTROS ESTUDIOS	RECOLECCIÓN DE DATOS
APOYO SOCIAL	PERTENENCIA	CUALITATIVA	NOMINAL	FAMILIA GRUPO AMIGOS GRUPO RELIGIOSOS GRUPO DE AUTOAYUDA	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
	AFILIACIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	INSTITUCIONES PUBLICAS DE SALUD O PRIVADAS	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
	APECTO	CUALITATIVA	NOMINAL	FAMILIAS FUNCIONALES O DISFUNCIONALES	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
	IDENTIDAD	CUALITATIVA	NOMINAL	CONOCIMIENTO a)diabetes b) dieta c)ejercicio AUTOCUIDADO	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
	SEGURIDAD	CUALITATIVA	NOMINAL	FACTORES INTERNOS a) autocontrol b) alimentación c)aseo personal d)uso de fármacos FACTORES EXTERNOS a)supervisión b)vigilancia	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
	APROBACION	CUALITATIVA	NOMINAL	VIDA SOCIAL VIDA FAMILIAR	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
FACTORES PSICOLOGICOS					
	DEPRESIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	LLANTO FACIL AISLAMIENTO INSOMNIO IDEAS SUICIDAS	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
	ANSIEDAD	CUALITATIVA	NOMINAL	INTRANQUILIDAD NERVIOSISMO PREOCUPACION SUDORACION DE MANOS	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

8.8.- Métodos de recolección de datos.

Por medio de la hoja de recolección de datos previamente elaborada, se registraron los datos de cada paciente ficha de identificación, antecedentes sociodemográficos y los datos correspondientes a las variables de estudio mediante la hoja de recolección de datos y las encuestas PAID, ERRATA, APGAR FAMILIAR; datos que serán registrados por la investigadora en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 2 Puebla al momento en que los pacientes acudan a su control, previa aceptación y firma de consentimiento informado.

Integrando expediente de investigación por cada paciente para posteriormente asentar los datos en paquetes estadísticos.

8.9.- Técnica y procedimiento.

Para identificar los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes Mellitus 2 se realizó una búsqueda en expediente clínico a través de la asiduidad o no asiduidad a la consulta de control, no importando las cifras de glicemia reportadas.

Previamente se realizara una investigación bibliográfica sobre los factores que influyen en la no adhesión al tratamiento de los pacientes. Para Posteriormente establecer el número de instrumentos que ayuden a identificar los factores que influyen en la no adhesión al tratamiento de estos pacientes. Una vez elegido él o los instrumentos se procederá a realizar el registro de los mismos por los pacientes previamente seleccionados y se cotejará con los resultados obtenidos en sus laboratorios mensuales de cifras de control de Glicemia.

Los instrumentos seleccionados fueron elegidos por cubrir las dimensiones que se establecieron en la definición de la variable dependiente, además de identificar la claridad y sencillez de los ítems de la encuesta para que puedan ser contestados por los pacientes.

Instrumentos: APGAR FAMILIAR, ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO EN DIABETES MELLITUS, CONOCIMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS.

8.10.- Análisis estadístico

Los datos de frecuencias y datos descriptivos se obtuvieron a través del Software SPSS 18.0. Para probar las hipótesis sobre la asociación de factores psicosociales y la no adherencia al tratamiento de la Diabetes mellitus tipo 2, se realizaron correlaciones de Pearson. Para comparar grupos se ejecutó la prueba ANOVA de un factor.

9.- LOGISTICA

9.1.- Recursos Humanos

Investigador principal y asociados.

9.2.- Recursos Materiales

Instrumentos

Expediente clínico

Material bibliográfico recopilado

Hojas de recolección de datos

9.3 Recursos Financieros

Los propios del investigador principal.

10.- METODOLOGIA

La diabetes Mellitus es un padecimiento el cual debemos afrontar y resolver de manera oportuna ya que en la actualidad hay mayor número de pacientes y complicaciones de ahí la importancia de evaluar la no adherencia al tratamiento.

Para el estudio se utilizó el método etnográfico que se encuentra enfocado a obtener información por medio de entrevistas, siendo estructuradas previo a un consentimiento informado verbal y por escrito se les dio libertad de retirarse en el momento en que quisieran dejar de participar, se aplicaron tres encuestas para evaluar conocimiento, autocuidado y apgar familiar.

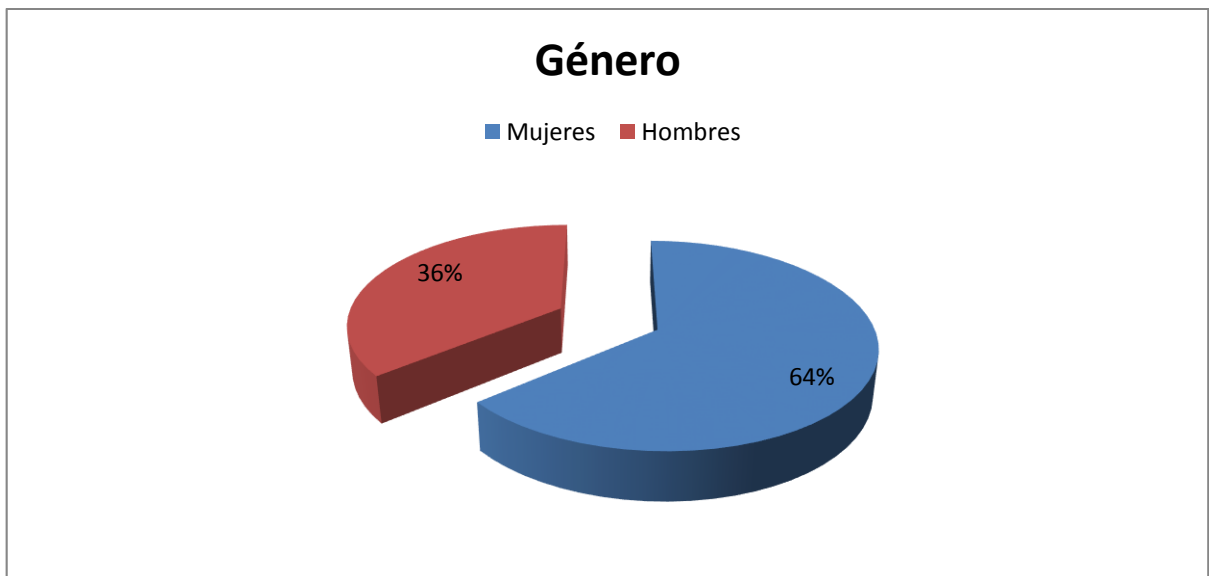
Se otorgó una relación de confianza entre el investigador y el paciente en estudio para motivar a este y lograr la obtención de información fidedigna y necesaria para el estudio.

Se realizó la aplicación de los tres instrumentos ya mencionados con un total de 56 ítems) a 290 pacientes portadores de Diabetes Mellitus todos ellos derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar Número 2.

11.- RESULTADOS

Se seleccionaron 290 pacientes por medio de un muestreo no probabilístico portadores de Diabetes Mellitus de la unidad de Medicina Familiar número 2 bajo los siguientes criterios de inclusión, pacientes con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2, derechohabientes de la UMF2, que aceptaran participar con la firma de un consentimiento informado, cumpliendo los principios éticos, una vez aplicados los instrumentos se obtuvieron las siguientes características sociodemográficas de los pacientes del estudio fueron:

Género de los pacientes		
	Número de pacientes	%
Mujeres	185	64%
Hombres	105	36%



Por grupo de edad, hay un predominio en el de 40 a 50 años con un 51.4%, 51 a 60 años un 17%, 61 a 70 años un 5.4% y 71 a 80 años el 1%.

En cuanto a la ocupación, la mayoría son empleados con 27.5%, obreros el 13.7%, comerciante 12.3%, labores del hogar 15.4%, jubilado 5.4% y desempleado 0.3%.

De acuerdo al status social encontramos nivel bajo en un 32.6% (127), nivel medio 32.6% (127) y alto 9% (36). En nivel educativo no saben leer el 9.5% (37), cuentan con primaria o secundaria un 28.3% (110), bachillerato 28.3% (110), licenciatura o más 7.8% (33).

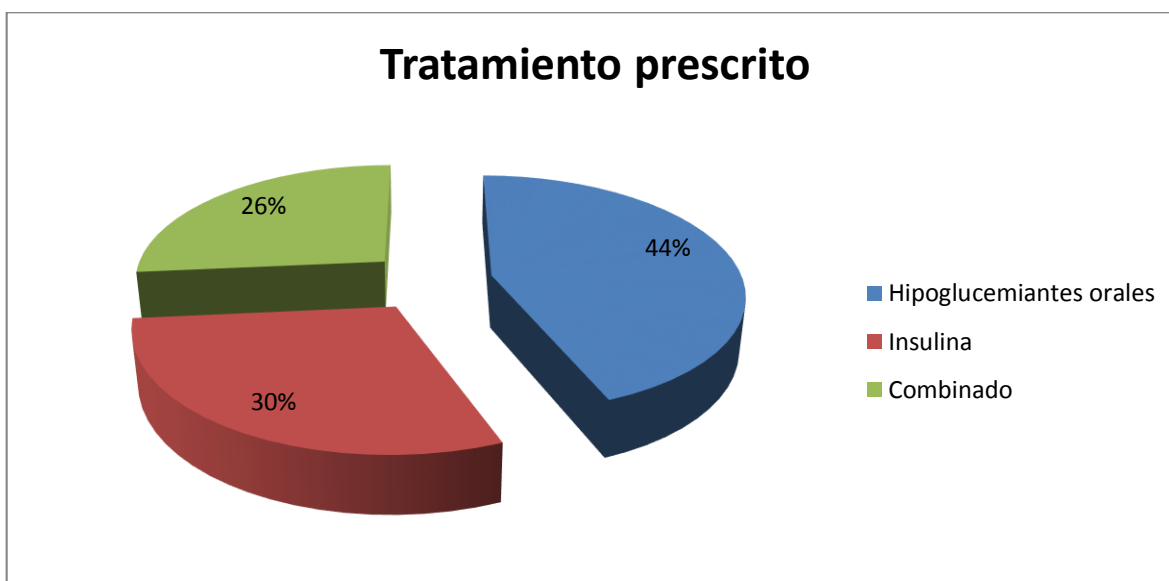
Con respecto al nivel educativo la frecuencia fue de no sabe leer 37 el 9.5%, primaria hasta secundaria, fuero 110 pacientes con un 28.3 %, con nivel preparatoria 110 pacientes el 28.3%, licenciatura o más 34 pacientes que equivale al 8.7%.

En cuanto a la religión hay una superioridad en la práctica del catolicismo en un 59.9% (233) y otras 14.9% (57).

Con respecto al estado civil hay 4.4% (17) de solteros, casados 56% (218), unión libre 7.5% (29), divorciado 5.1% (20), viudez 1.5% (6).

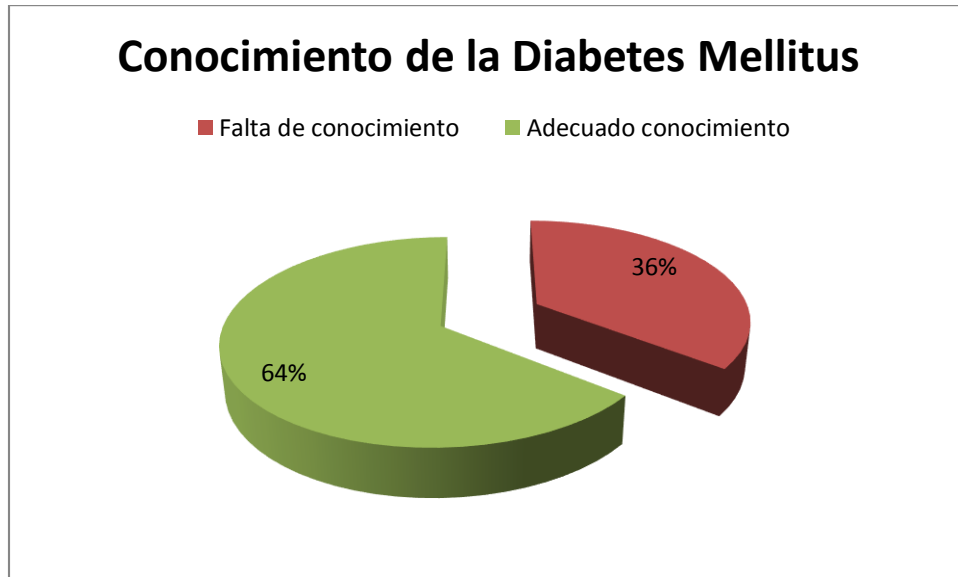
Comorbilidad		
	Número de pacientes	%
Ninguna	111	38%
Hipertensión arterial	67	23%
Hipertrigliceridemia	110	38%
Retinopatía diabética	2	1%

Tratamiento prescrito		
	Número de pacientes	%
Hipoglucemiantes orales	128	44%
Insulina	86	30%
Combinado	76	26%



En cuanto al Apgar Familiar hay un 61.7% (240) que se percibe como una familia funcional, un 12.6% (49) moderadamente funcional y un .5% severamente disfuncional.

Conocimiento de la diabetes mellitus		
	Número de pacientes	%
Falta de conocimiento	103	36%
Adecuado conocimiento	187	64%



Para las actividades de autocuidado hay 127 pacientes (32.6%) que llevan un mejor autocuidado y 163 (41.9%) que se cataloga como un peor autocuidado. En aspectos psicológicos tales como depresión y ansiedad se encontró un 1.5% (6) y 0.5% (2) respectivamente siendo que en 283 (72.8%) ninguno de ellas o algún otro.

Encontramos que con respecto al valor de la última glicemia que se les realizó cuando fueron entrevistados el 74% se encontraba con control metabólico mientras que el 26% de pacientes con descontrol metabólico

Correlación de variables

Con respecto al nivel de estudio y tratamiento se reporto

Tabla de contingencia Nivel educativo * Tratamiento

Recuento

		Tratamiento			Total	
		hipoglucemiante s orales	insulina	combinado		
Nivel educativo		98	0	0	0	98
	No sabe leer	0	15	11	11	37
	Primaria hasta secundaria	0	41	38	31	110
	Preparatoria	0	57	26	27	110
	Licenciatura o mas	0	15	11	8	34
Total		98	128	86	77	389

Relación de nivel educativo con apgar familiar

Tabla de contingencia Nivel educativo * Apgar Familiar

Recuento

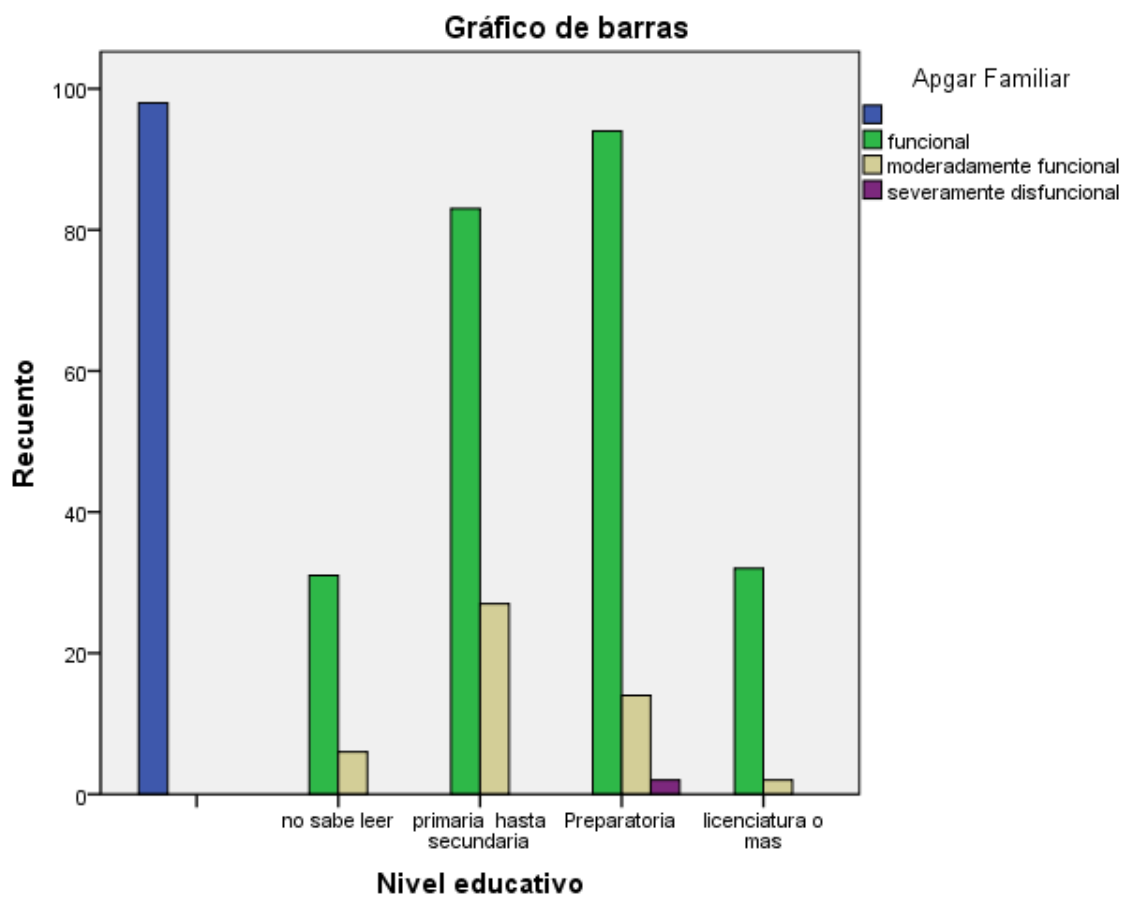
		Apgar Familiar			Total	
		funcional	moderadamente funcional	severamente disfuncional		
Nivel educativo		98	0	0	0	98
	No sabe leer	0	31	6	0	37
	Primaria hasta secundaria	0	83	27	0	110
	Preparatoria	0	94	14	2	110
	Licenciatura o mas	0	32	2	0	34
Total		98	240	49	2	389

La correlación entre autocuidado y aspectos psicológicos, nos permiten ver que a mayor alteración psicológica presenta el paciente, es peor el auto cuidado.

Tabla de contingencia Psicologicos * Actividades de autocuidado para la DM

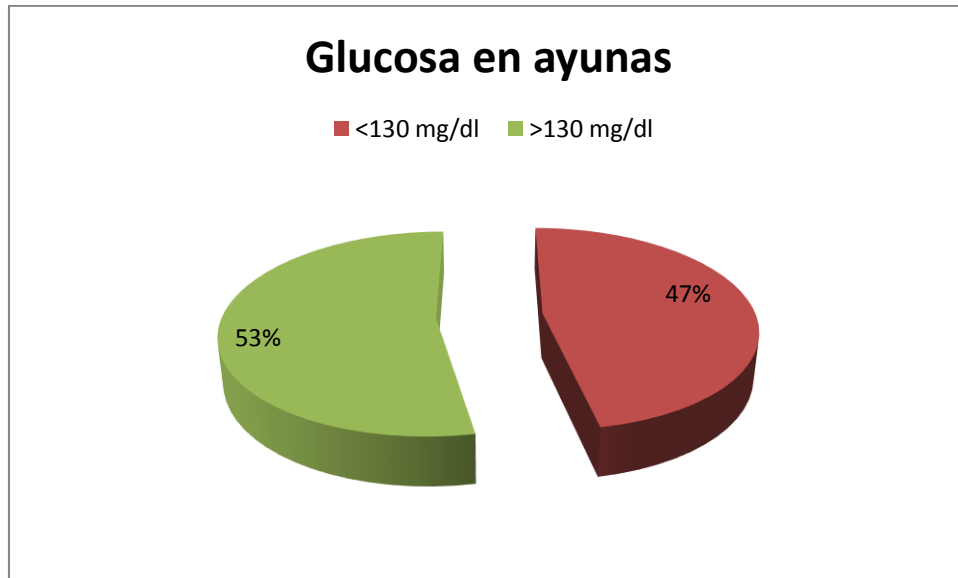
Recuento

	Actividades de autocuidado para la DM			Total
		mejor autocuidado	peor autocuidado	
Psicológicos	98	0	0	98
depresión	0	0	6	6
ansiedad	0	0	2	2
ninguno	1	127	155	283
Total	99	127	163	389



La media de glucosa en ayunas es de 146 mg/dl.

Glucosa en ayunas		
	Número de pacientes	%
<130 mg/dl	136	47%
>130 mg/dl	154	53%



Relación de autocuidado con glucemia

74.3% entre más controlada la glucosa mayor es el autocuidado.

Dentro de las conductas de autocuidado, aquellos sujetos que presentan mayor conocimiento sobre la diabetes mellitus mayor es su autocuidado en un 92%.

Los sujetos que presentaron un mayor nivel de depresión presentaron bajos niveles de adherencia al tratamiento. Se utilizó la prueba χ^2 .

Alfa de cronbach 0.657 estadísticamente significativo.

Con lo anterior se logra determinar que los factores psicosociales (ya mencionados anteriormente) si influyen de manera directa e importante en la adherencia al tratamiento en el paciente con diabetes mellitus por lo cual como médicos de primer nivel de atención deben de conocer y tener en cuenta para poder evitar complicaciones propias de la patología.

12.- DISCUSION

Este estudio permitió constatar que influyen de forma importante los factores psicosociales que presentan los participantes. Este resultado podría explicarse examinando el comportamiento de los pacientes con respecto a las conductas pilares del tratamiento, a la dieta recomendada, ingiriendo el consumo de alimentos que no corresponden al plan alimenticio. Por otra parte, los factores específicos evaluados tales como conductas de autocuidado, práctica de actividad física, auto monitoreo de glicemia, dentro de lo que corresponde al autocuidado solo 163 paciente se abocan en un 41.9 %.

Al analizar el comportamiento de la variable adherencia al tratamiento, se observó que los pacientes diabéticos seleccionados presentan niveles altos de una alimentación inadecuada con respecto al cumplimiento del régimen alimenticio.

Martínez y Torres (2007) menciona que existen cuatro elementos básicos en el tratamiento de la diabetes; medicación de acuerdo al tipo de la diabetes, régimen dietético, actividad física y auto monitoreo de la glicemia periódicamente.

En relación a la dimensiones de estrés, se observó una relación significativa entre el género femenino y el estrés percibido positivo, lo que permite resaltar que las mujeres perciben niveles moderados de estrés, pero estas no lo perciben como una amenaza hacia su salud pudiendo enfrentar estas demandas externas o internas a través de la confianza en sus habilidades para solventar situaciones determinadas de forma exitosa.

Desde otra arista se comportaron los factores referidos como favorecedores, entre los que cobraron la mayor importancia el apoyo familiar y la información y atención brindada por el personal médico de asistencia, sin restarle valor a la conducta mantenida por los pacientes adheridos, cuyo esfuerzo por el cumplimiento de las prescripciones se perfilan como estrategias capaces de mejorar la AT.

13.- CONCLUSIONES

La relevancia del estudio nos muestra que el 67 % de los pacientes no presentan una buena adherencia al tratamiento, en relación con los factores psicosociales como el incumplimiento de la dieta y de la práctica de ejercicio.

Los factores que obstaculizan la adherencia terapéutica resultaron ser la carencia de frutas y vegetales en el mercado, así como también el abandono de la dieta.

En algunas unidades de salud de nuestro país se cuenta con el servicio de Nutrición.

En la UMF No 2 contamos con él, sin embargo es necesario que todas lo tuvieran ya que el plan alimenticio es uno de los pilares para lograr un control metabólico y por lo tanto disminuir complicaciones agudas y crónicas, pero el tener el servicio no basta porque al momento de la valoración nutricional se debe de tener en cuenta al individuo en su totalidad, es decir de una forma integral, para poder estructurar un régimen específico para cada uno teniendo en cuenta todas las características de este (sociodemografía, factores psicológicos, conocimiento de la patología, comorbilidades, etc.) ya que no todos los pacientes son iguales y así se puedan obtener los resultados esperados.

Los factores favorecedores fueron el adecuado apoyo familiar y la correcta información brindada por el Médico Familiar.

14.- PROPUESTAS

Ya se ha identificado que en el manejo integral de un paciente con un padecimiento crónico degenerativo como la Diabetes Mellitus depende en gran medida de los programas de salud los cuales se aplican en todas las unidades de Medicina Familiar del país sin embargo se necesita encontrar una estrategia con la cual se pueda lograr la participación de todos tanto de los servicios de salud como de los derechohabientes para poder llevar a cabo un cambio en el estilo de vida y poder hacer así énfasis en la aplicación de las recomendaciones inherentes a la adherencia de su tratamiento (plan alimenticio, ejercicio y uso correcto de medicamentos) esto basado en el conocimiento y comprensión de la enfermedad por lo que hay que fortalecer la interacción de todos los niveles de atención y servicios con que cuentan las instituciones de salud para fortalecer el proceso educativo en cuanto a la Diabetes mellitus y con lo que se espera optimizar recursos y cumplir estándares tanto de control metabólico, prevención de la aparición y la progresión de las complicaciones agudas y crónicas , mejorar la calidad de vida de los pacientes, es decir, se debe enseñar al paciente a vivir y a convivir con la enfermedad, a través de la educación para que pueda aprender a manejar su problema por sí mismo.

Hay que realizar actividades no solo de información sino también aquellas con las que se logre el desarrollo de habilidades prácticas.

Para poder llevar esto a cabo es indispensable que en el proceso se debe de incluir al núcleo familiar de manera que haga posible el apoyo al paciente y la participación conjunta para generar mejores resultados en el control del paciente diabético.

Así mismo hay que reforzar las actividades en el primer nivel de atención dirigidas hacia la prevención, detección y manejo de esta patología en toda la población mexicana y con especial atención a los que tengan factores de riesgo.

15. CONSIDERACIONES ETICAS

El presente protocolo se ajusta a los lineamientos de confidencialidad de acuerdo a la ley general de Salud de México promulgada en 1986 y al código de Helsinki de 1975 y modificaciones en 1989.

Sin olvidar las reglas deontológicas que esta investigación toma en cuenta como: el principio de beneficencia, benevolencia y confidencialidad; además de incluir el principio de universalización, de igualdad en dignidad y valor de la persona humana y el principio de justicia y equidad en favor de los menos favorecidos

La hoja de consentimiento informado es primordial de acuerdo al código internacional que a la letra dice un médico “actuará sólo en el interés del paciente al proporcionar atención profesional que pudiese tener el efecto de debilitar el estado físico y mental del paciente”. Y la declaración de Ginebra de la asociación médica mundial en la que compromete las acciones del médico bajo la siguiente premisa “la salud de mi paciente será mi primera consideración”.

16.- BIBLIOGRAFIA

1. Rondón Bernard José Eduardo. Variables Psicosociales implicadas en el mantenimiento y control de la diabetes mellitus: aspectos conceptuales, investigaciones y hallazgos. Revista electrónica de Psicología Iztacala 2011; 14 (2): 126-162.
2. Martín-Alfonso L, Sairo-Agramento M, Barraye-Vea H. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. Rev Cubana Med Gen Integr 2003; 19 (2): 1-4.
3. Amigo I, Fernández C, Pérez M. Manual de psicología de la salud. Madrid, España: Pirámide; 2003: 175-200.
4. Pérez-Laguna I, García-Meraz M, Calva-Ángeles L, Del Castillo-Arreola A. Malestar emocional (distress) y su relación con el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Mex Psicología número especial 2009:663-664
5. Lip-Licham C, Rocabado-Quevedo F. Determinantes sociales de la salud en Perú, Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; OPS 2005:71,72.
6. Breilh J. Hacia un nuevo paradigma de los derechos humanos y la salud. Boletín "Derechos del Pueblo" 2010; 176.
7. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción, OMS 2004.
8. Clemente MA. Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica. Interdisciplinaria 2003;20(1):31-60.
9. Rodríguez-Flores JM, Polo-Campos FH. Los determinantes sociales de la salud en adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Diversidad Cultural y Salud 2011: 88-109


10. Guerrero-Montoya LR, León-Salazar AR. Estilo de vida y salud. *Educere* 2010 ISSN 1316-4910; 14(48): 13-19.
11. Mike-Nawas M. El estilo de vida. *Rev Latinoamericana de Psicología* 1971; 3(001): 91-107
12. De la Cruz-Sánchez E, Pino-Ortega J. Estilo de vida relacionado con la salud. Facultad de Ciencias del deporte, Universidad de Murcia. 2009: 1-9.
13. Guerrero-Carrasco MS. Estilo de enseñanza y estilo de vida. *Cuadernos de Educación y desarrollo* 2010; 2(14): 1-7.
14. Silva GE, Correa JO. Adherencia al tratamiento. *Acta médica Colombiana* 2005; 30(4): 268-273.
15. Lerman I, Moreira-Díaz JP, Romero-Ibarguengoitia ME, Gómez-Pérez FJ, R-Villa A, Velazco ML, Gómez-Cruz R. et.al: Nonadherece to insulin therapy in low-income, type 2 diabetic patients. *Endocrine Practice* 2009; 15(1): 1-5.
16. Quirós-Morales D, Villalobos-Pérez. Comparación de factores vinculados a la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo II entre una muestra urbana y otra rural de Costa Rica. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)* 2007; 6(3): 679-688.
17. Ortiz M, Ortiz E, Gatica A, Gómez D. Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Terapia Psicológica* 2011; 29(1): 5-11.
18. Martinez BY, Prado-Aguilar C, Rascón-Pacheco R, Valdivia- Martinez J. Quality of life associated with treatment adherence in patients whit type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMC Health Service research* 2008; 8(164): 1-10.

19. Díaz-Aguilar H, Véliz-Sánchez M, Sosa-Robaina L, Moya-González M, Aguilar-Mota C. Factores psicosociales que influyen en la no adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus. 13º. Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis 2012 www.interpsiquis.com 1-13.

20. Hoyos-Duque T, Arteaga-Henao V, Muñoz-Carmona M. Factores de no adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. Invest Educ Enfer. 2001; 29(2): 194-203.

17.- ANEXOS

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL										
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS										
UNIDAD DE ATENCIÓN MEDICA DE MEDICINA FAMILIAR										
DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION EN SALUD										
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS										
FECHA					NO. CONTROL					
NOMBRE DEL PACIENTE										
NO. AFILIACION				TELEFONO						
DATOS SOCIODEMOGRAFICOS										
MARQUE CON UNA CRUZ EL DATO CORRESPONDIENTE DEL PACIENTE										
GENERO		FEMENINO				MASCULINO				
EDAD AÑOS CUMPLIDOS		40-50		51-60		61-70		71-80		>81
OCUPACION		EMPLEADO		OBRERO		ARTESANO		COMERCIANTE		
		LABORES DEL HOGAR		PROFESIONISTA DEPENDIENTE				PROFESIONISTA INDEPENDIENTE		
ESTATUS SOCIAL		MEDIA ALTA		MEDIA		MEDIA BAJA		BAJA		
INGRESO ECONOMICO SALARIOS MINIMOS		MENOS 3		DE 4 A 6				MAS DE 6		
RELIGIÓN		CATÓLICA				NO CATÓLICA				
NIVEL EDUCATIVO		NO SABE LEER NI ESCRIBIR				BASICO		INTERMEDIO		
		LICENCIATURA							OTROS	
ESTADO CIVIL		SOLTERO	CASADO		U.LIBRE		DIVORCIADO		VIUDO	
LUGAR DE RESIDENCIA		AREA URBANA		SUBURBANA			RURAL			
VARIABLES DEL ESTUDIO										
CIFRAS DE GLICEMIA EN LOS ULTIMOS 6 MESES										
VARIABLES DE CONTROL										
COMORBILIDAD										
POLIFARMACIA										
MANEJO DE TRATAMIENTO COMPLICADO										
OBSERVACIONES										

APGAR FAMILIAR

	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE
¿ESTÁ SATISFECHO CON LA AYUDA QUE RECIBE DE SU FAMILIA CUANTO TIENE UN PROBLEMA?			
¿CONVERSAN ENTRE USTEDES LOS PROBLEMAS QUE TIENEN EN CASA?			
¿LAS DECISIONES IMPORTANTES SE TOMAN EN CONJUNTO EN LA CASA?			
¿ESTÁ SATISFECHO CON EL TIEMPO QUE USTED Y SU FAMILIA PASAN JUNTOS?			
¿SIENTE QUE SU FAMILIA LE QUIERE?			

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO DE LA DIABETES

PREGUNTAS	SI	NO	NO SE
El comer mucha azúcar y otras comidas dulces es una causa de la diabetes.			
La causa común de la diabetes es la falta de insulina efectiva en el cuerpo.			
La diabetes es causada porque los riñones no pueden mantener el azúcar fuera de la orina.			
Los riñones producen la insulina.			
En la diabetes que no se está tratando, la cantidad de azúcar en la sangre usualmente sube.			
Si yo soy diabético, mis hijos tendrán más riesgo de ser diabéticos.			
Se puede curar la diabetes.			
Un nivel de azúcar de 210 en prueba de sangre hecha en ayunas es muy alto.			
La mejor manera de checar mi diabetes es haciendo pruebas de orina.			
El ejercicio regular aumentará la necesidad de insulina u otro medicamento para la diabetes.			
Hay dos tipos principales de diabetes: tipo 1 (dependiente de insulina) y tipo 2 (no-dependiente de insulina)			
Una reacción de insulina es causada por mucha comida.			
La medicina es más importante que la dieta y el ejercicio para controlar mi diabetes.			
La diabetes frecuentemente causa mala circulación.			
Cortaduras y rasguños cicatrizan más despacio en diabéticos.			
Los diabéticos deberían poner cuidado extra al cortarse las			

uñas de los dedos de los pies.			
Una persona con diabetes debería limpiar una cortadura con yodo y alcohol.			
La manera en que preparo mi comida es igual de importante que las comidas que como.			
La diabetes puede dañar mis riñones.			
La diabetes puede causar que no sienta en mis manos, dedos y pies.			
El temblar y sudar son señales de azúcar alta en la sangre.			
El orinar seguido y la sed son señales de azúcar baja en la sangre.			
Los calcetines y las medias elásticas apretadas no son malos para los diabéticos.			
Una dieta diabética consiste principalmente de comidas especiales.			

Alimentación

Número de Días

1. En promedio, durante el mes pasado, ¿cuántos días por semana ha seguido su régimen alimenticio?	0	1	2	3	4	5	6	7
2. ¿Cuántos días, durante los últimos siete días, comió cinco o más porciones de frutas y verduras?								
3. ¿Cuántos días, durante los últimos siete días, comió comidas altas en grasa tal como carne roja o productos lácteos enteros?								
4. ¿Cuántos días, durante los últimos siete días, ingirió los carbohidratos espaciándolos uniformemente a través del día?								
5. ¿Cuántos días, durante los últimos siete días, ha seguido un régimen alimenticio saludable?								

Ejercicio

Número de Días

1. ¿Cuántos días, durante los últimos siete días, hizo por lo menos 30 minutos de actividad física diaria?	0	1	2	3	4	5	6	7
2. ¿Cuántos días, durante los últimos siete días, participó en una sesión específica de ejercicio (tal como nadar, caminar, andar en bicicleta) aparte de los que haceres de la casa o la actividad en su trabajo?								

Pruebas del azúcar en la sangre

Número de Días

1. ¿Cuántos días, durante los últimos siete días, se examinó su nivel de azúcar en la sangre?	0	1	2	3	4	5	6	7
2. ¿Cuántos días, durante los últimos siete días, se examinó su nivel de azúcar en la sangre el número de veces que su proveedor de salud le recomendó?								

Cuidado de los pies

Número de Días

1. ¿Cuántos días, durante los últimos siete días, se revisó los pies?	0	1	2	3	4	5	6	7
2. ¿Cuántos días, durante los últimos siete días, inspeccionó la parte de adentro de sus zapatos?								

Tabaquismo

¿Ha fumado en los últimos 7 días?

- a. No b. Sí.

Si es si, ¿Cuántos al día? _____

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #2
DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION EN SALUD**



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLO DE INVESTIGACION CLINICA.

LUGAR Y FECHA

Acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

**“FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2”**

Registro ante el comité local de investigación o CNIC, numero:

OBJETIVO Analizar los factores psicosociales que influyen en la no adherencia al tratamiento en
DEL ESTUDIO pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, en la Unidad de Medicina Familiar No.2 del
IMSS. Puebla.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: autorizar la revisión de mi expediente clínico y contestar cuatro encuestas relacionados con mi padecimiento y la forma en que me apego al tratamiento.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que esto afecte la atención médica que reciba en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio aunque con esta pudiera cambiar mi parecer sobre permanecer en el estudio.

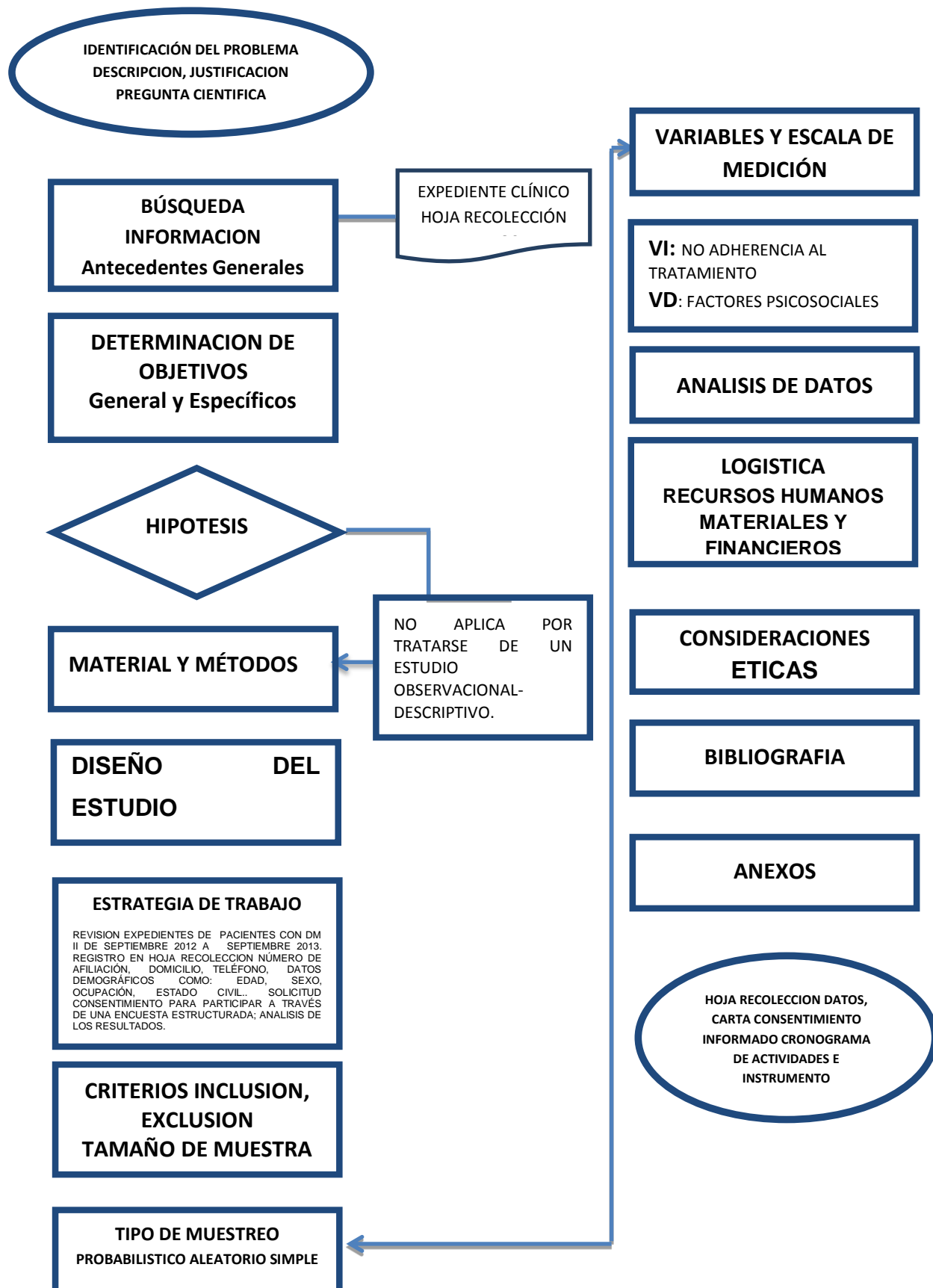
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE

TESTIGO

TESTIGO

DIAGRAMA DE FLUJO



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES	Febrero 2013	Marzo y Abril 2013	Mayo y Junio 2013	Julio y Agosto 2013	Septiembre a Noviembre 2014
Presentación y Autorización del protocolo.					
Recolección de información.					
Organización de información.					
Análisis de información.					
Análisis y presentación de los resultados.					
Elaboración de documento preliminar.					
Presentación del informe final.					
Entrega de la Tesis.					