

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD



***Relación de variables psicosociales en el control glucémico
de pacientes diabéticos***

TESIS

Para obtener el grado de

MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTA:

Lic. Psic. Lorena Granada Guerrero

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Rufino Menchaca Díaz

Tijuana, Baja California, abril del 2017

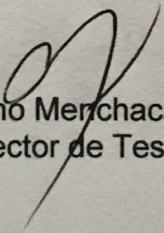
Tijuana, Baja California, a 06 de abril del 2017.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: *Voto Aprobatorio*

Habiendo fungido como Director de la tesis titulada “***Relación de variables psicosociales en el control glucémico de pacientes diabéticos***”, elaborada por **Lorena Granada Guerrero**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE


Dr. Rufino Merchaca Díaz
Director de Tesis

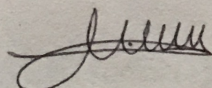
Tijuana, Baja California, a 13 de febrero del 2017.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Sinodal de la tesis titulada "**Relación de variables psicosociales en el control glucémico de pacientes diabéticos**", elaborada por **Lorena Granada Guerrero**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dra. Margarita Rivera Mendoza
Sinodal

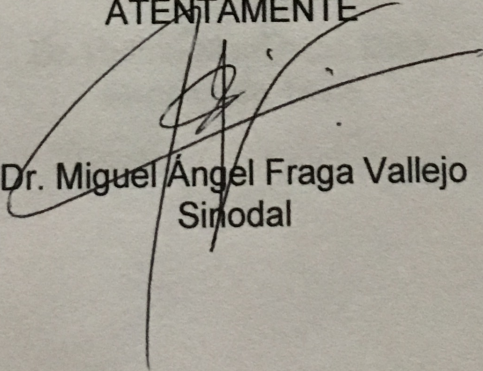
Tijuana, Baja California, a 06 de abril del 2017.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Sinodal de la tesis titulada "**Relación de variables psicosociales en el control glucémico de pacientes diabéticos**", elaborada por **Lorena Granada Guerrero**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dr. Miguel Ángel Fraga Vallejo
Sinodal

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD



***Relación de variables psicosociales en el control glucémico
de pacientes diabéticos***

TESIS

Para obtener el grado de

MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTA:

Lic. Psic. Lorena Granada Guerrero

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Rufino Menchaca Díaz

Tijuana, Baja California, abril del 2017

DEDICATORIA

A mi mamá, por su apoyo y fortaleza.

A mi abuelita, por sus valiosas enseñanzas.

AGRADECIMIENTOS

La conclusión de esta meta implicó un esfuerzo personal y el apoyo de muchas personas, que aportaron grandes elementos tanto en el ámbito profesional como personal; me es grato mencionarlos y reconocer su grandiosa aportación.

A mis asesores por su tiempo y dedicación, ya que su profesionalismo y conocimiento aportaron grandes elementos a ésta investigación.

A mi familia y amigos, por ser parte de mi camino y apoyarme en diversas situaciones de la vida.

A mis profesores de maestría por sus valiosas enseñanzas.

A mis compañeros de maestría y de trabajo por su escucha y apoyo en diversos momentos.

RESUMEN

Objetivo: Esta investigación examinó la influencia de las variables psicosociales en el control glucémico del paciente diabético.

Método: Se aplicó el Cuestionario sobre Determinantes de Adherencia (CDA) a 88 pacientes del Centro de Salud Mariano Matamoros ubicado en la ciudad de Tijuana. Se trabajó con dos grupos focales; uno integrado por cuatro pacientes con control glucémico y otro conformado con tres pacientes sin control; en ambos grupos se desarrollaron los nueve factores psicosociales medidos con el CDA.

Resultados: Los resultados se analizaron con las pruebas estadísticas X^2 y t de Student; lo cual indicó que el uso de insulina y los años con el padecimiento representan un factor principal de no adherencia. Las sesiones del grupo focal se analizaron con el programa Atlas.ti y se determinó que las variables con diferencias entre ambos grupos fueron: “aceptación de normas”, “percepción de normas”, “percepción de apoyo disponible” “eficacia percibida” y “creencias acerca de la severidad”.

Conclusiones: La falta de adherencia a tratamientos es importante de atender, pues la omisión de los mismos tiene secuelas graves en la salud y un impacto económico fuerte tanto en el paciente como a nivel institucional; las diferencia entre las variables psicosociales estudiadas en ambos grupos, otorgan temas relevantes de trabajo para fortalecer la prevención secundaria con pacientes diabéticos.

Palabras claves. Variables psicosociales, control glucémico, diabetes, adherencia, prevención secundaria.

SUMMARY

Objective: The present research has examined the influence of psychosocial variables in the glycemic control of a diabetic patient.

Method: A questionnaire about determinants of adherence (CDA) was applied to 88 patients of the *Mariano Matamoros* clinic located in *Tijuana* city. They worked with two focus groups; one integrated with four patients with glycemic control and the other group was integrated with three patients that did not had it in control. Both groups developed the nine psychosocial variables measured with the CDA.

Results: The results were analyzed with the statistics test X^2 and t de Student: which indicated that the use of insulin and how long they had this disease for represented the principal factor for no adherence. The sessions of the focus group were analyzed with the program Atlas.ti and it determined that differences of the variables between those two groups were: “acceptance of standards” “perception of standards” “perception of available support” “perceived efficacy” and “beliefs about severity”.

Conclusion: It's important to pay attention to the lack of adherence of treatments, because if they are omitted they will leave them, with serious sequels on their health and with a strong impact economically for the patient and for the institution. The differences in the psychosocial variables studied in both groups grant relevant work topics to strengthen secondary prevention with diabetic patients.

Keywords: Psychosocial variables. Glycemic control. Diabetes. Adherence. Secondary prevention.

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. ANTECEDENTES _____	1
1.1 Psicología y acciones de prevención _____	2
1.2 Variables psicosociales y control glucémico _____	7
1.3 Diabetes, complicaciones y costos _____	14
2. JUSTIFICACIÓN _____	19
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA _____	20
4. HIPÓTESIS _____	21
5. OBJETIVOS _____	21
6. METODOLOGÍA _____	22
6.1 Tipo de estudio _____	22
6.2 Población _____	22
6.3 Muestra _____	22
6.4 Criterios de inclusión _____	23
6.5 Criterios de exclusión _____	24
6.6 Criterios de eliminación _____	24
6.7 Variables _____	25
6.8 Procedimiento _____	27
6.9 Recursos _____	29
6.10 Lugar de investigación _____	30
6.11 Análisis de datos _____	30
6.12 Consideraciones bioéticas _____	31
7. RESULTADOS _____	32
8. DISCUSIÓN _____	45
9. CONCLUSIONES _____	49
10. REFERENCIAS _____	54
11. ANEXOS _____	60

ÍNDICE DE GRÁFICAS Y FIGURAS

Tabla 1. Asistentes al grupo GAM _____	32
Tabla 2. Otros padecimientos _____	33
Tabla 3. Tratamiento farmacológico y no farmacológico _____	33
Tabla 4. Cuestionario CDA _____	33
Tabla 5. Resultados de la prueba T Student _____	34
Tabla 6. Resultados de la prueba χ^2 _____	35
Figura 1. Fórmula para calcular la muestra: Fistera _____	23

1. ANTECEDENTES

El incremento de las enfermedades crónico degenerativas ha sido continuo, padecimientos como el cáncer y enfermedades del corazón se han posicionado en las primeras causas de mortalidad y morbilidad hospitalaria. De la misma forma, la diabetes se integró a la lista de padecimientos con más defunciones registradas; según datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde 1995 se ha casi triplicado el número de personas con dicha enfermedad y en la actualidad se han contabilizado un total de 347 millones; la prevalencia mundial reportada para el 2014 en personas mayores de 18 años fue de 9% (1-4), de acuerdo con Sánchez-Barriga (5) la Federación Internacional de Diabetes informa que de no implementar acciones preventivas el número de personas con este padecimiento aumentará a 438.4 millones para el 2030.

En México, la situación no difiere de lo reportado a nivel mundial y lo comprueban las estadísticas; entre los años 1980 y 2000 se colocó dentro de las primeras causa de muerte en la población mexicana y el número de personas que desarrollan la enfermedad va en aumento; en 1980 la prevalencia del padecimiento en personas mayores de 20 años representó el 2.1%, en 1993 representó para el mismo grupo de edad, el 4.0%, para el año 2000 incrementó a 5.8%, en el 2006 la prevalencia fue de 7%, en el 2009 los casos de personas con la enfermedad representó el 7.2%, para el 2012 la prevalencia se estimó en 9.2% (6.4 millones); colocándose así como un problema grave de salud al reportar los primeros lugares de mortalidad y morbilidad poblacional (1, 6-9).

En Baja California, el número de habitantes que padecen la enfermedad se ha incrementado pues lo confirman los datos obtenidos en la ENSANUT 2012, donde se reportó que la media obtenida por la prevalencia de diagnóstico médico fue de 9.9%; el dato nacional fue de 9.2%, es decir, el estado se colocó por arriba de la misma, significa que superó el número promedio de personas con diagnóstico confirmado en comparación con el resto de los estados durante

el año de aplicación. Las consecuencias observadas son graves, a tal grado que representa una de las primeras causas de mortalidad en adultos, datos de la misma encuesta demuestran que la prevalencia del diagnóstico en el grupo de 20 a 39 años en el estado ha sido mayor; se reflejó un porcentaje de 10.8% en mujeres y en hombres 9.1%; en el grupo de edad de 40 a 59 años los datos registrados fueron de 13.5% en hombres y en mujeres 19.7%; para el grupo de 60 años o más, en hombres 28.7% y en mujeres 23.7% (10, 11).

Lo anterior refleja que los casos de personas con diagnóstico de diabetes ha sido creciente, a tal grado que la población mexicana se encuentra entre la de mayor incidencia de la enfermedad a nivel mundial, en consecuencia México junto con China, India, Estados Unidos, Brasil y Rusia han sido reconocidos como los países con mayor número de casos de diabetes; ante dicha situación es importante emplear estrategias que permitan una mejora en la calidad de atención en los servicios de salud, promover acciones de prevención y control, llevando un seguimiento estricto de los mismos para asegurar su impacto a mediano y largo plazo (1, 6, 12).

1.1. Psicología y acciones de prevención

El incremento de la diabetes ha sido motivo de investigación y lo demuestran los trabajos emprendidos por disciplinas como medicina, enfermería, trabajo social y psicología, que han aportado un sin fin de conocimientos en los distintos niveles de prevención.

La psicología se ha dado a la tarea de examinar la totalidad del problema y sostiene que la mayoría de las enfermedades son y siguen siendo susceptibles de ser prevenidas, valora el comportamiento humano como factor importante sobre la enfermedad, así como la serie de elementos que lo componen; social, psicológico y biológico. Las investigaciones que se han emprendido otorgan conocimientos que se emplean con el fin de prevenir, rehabilitar y controlar las problemáticas en cuestión de salud, recientemente se ha otorgado mayor

importancia a los tópicos en adherencia a tratamientos con relación a las variables psicológicas, la importancia de la calidad de vida y el control metabólico (13-15).

Dichos temas están relacionados con la descripción de los niveles de prevención; en una primer etapa la función de la psicología consiste en detectar creencias y mitos sobre la enfermedad para favorecer un mejor entendimiento de las posibles causas, elaborar e implementar programas psicoeducativos , así como identificar y modificar comportamientos de riesgo. Las estrategias implementadas en este campo de acción se realizan con personas que aún no presentan un diagnóstico, dirige acciones a la población en general y aquella con factores de riesgo asociados a la diabetes; las estrategias requieren de un gran apoyo para poder obtener resultados favorables y reducir los casos de la enfermedad (16, 17).

El nivel de prevención secundaria de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 (prevención, control y tratamiento de la diabetes mellitus) implementa acciones con pacientes ya confirmados con diabetes mellitus, cuyos objetivos son evitar la aparición de complicaciones agudas, y evitar o retrasar las complicaciones crónicas, las acciones sugeridas en este nivel comprenden actividades para la mejora en el control metabólico; el trabajo de la psicología radica en educar al paciente contemplando las características del padecimiento, apoyar con el empleo de técnicas de relajación ante procedimientos que puedan generar ansiedad e intervención en crisis (17, 18).

La prevención terciaria impulsa evitar la discapacidad temprana, rehabilitar a las personas discapacitadas, mejorar los niveles glucémicos promoviendo el autocontrol, difundir una dieta adecuada para la población y en particular al paciente diabético, impedir la mortalidad temprana; para evitar amputaciones, cuidar los pies y de forma oportuna atender cualquier lesión; para prevenir insuficiencias renales, reducir las proteínas en la dieta a un nivel adecuado y control de la hipertensión con drogas eficaces; la psicología mediante el uso de

distintas pruebas detecta las necesidades emocionales del paciente diagnosticado, implementa estrategias para reducir la ansiedad y depresión ante el impacto del diagnóstico, psicoeducación referente al padecimiento, genera recursos de afrontamiento, promueve conductas de apoyo entre el paciente, familiares y personal de salud, así mismo prepara al paciente con estrategias de apoyo social (18-20).

Es así que los trabajos realizados por la psicología de la salud han intervenido de forma exitosa en tópicos como adherencia a medicamentos, dieta, ejercicio e insulina, relacionando el papel de los aspectos psicológicos con el buen control metabólico, como en la creación de estrategias de enseñanza para el manejo de la enfermedad a los pacientes y estrategias de afrontamiento, estos antecedentes de investigación han abierto líneas de estudio que podrían aportar evidencias relevantes con el trabajo integral del paciente, y con ello, importantes evidencias que otorgan un buen sustento para la elaboración de programas en materia de prevención (21).

Como resultado de la inserción de la psicología en el ámbito de la salud, se han desarrollado teorías que sustentan el trabajo y facilitan la intervención en dicho ámbito, las más empleadas hasta el momento son: el modelo propuesto por Fishbein y Ajzen (Teoría de Acción razonada), la Teoría Cognitivo Social de Albert Bandura y el Modelo de Creencias en Salud de Becker (22), sus principales características son:

1. Teoría de Acción Razonada (TAR). De acuerdo con sus premisas, una persona reaccionará ante una situación con relación a la fuerza de sus creencias, las cuales están formadas desde su experiencia, por lo tanto, si el individuo considera que un comportamiento dado le conducirá a resultados positivos, mantendrá una actitud favorable y viceversa. Considera al ser humano como una persona racional que puede hacer uso de la información disponible, del medio y de su evaluación personal para ejercer o no una conducta, misma que

puede ser predicha desde las actitudes y para ello la intención de realizarlas es el mejor indicador, involucra factores como creencias, normas, motivación, y recientemente contempladas las emociones como consecuencia de la mejora del modelo (Teoría de la Conducta Planificada) (23-25).

2. Teoría Social Cognitiva (autoeficacia). Es de las teorías más empleadas en el sector salud para modificar conductas, surge como respuesta ante el modelo conductista y sostiene que el organismo no solo responde a estímulos, pues también reflexiona y actúa de forma cognitiva, de tal forma que puede controlar su propia conducta manipulando el ambiente, analiza sus experiencias, tiene capacidad de previsión y convertir las metas en reguladores de su conducta, puede simbolizar soluciones, la autorregulación es importante para emprender cambios en la salud. Sostiene que una persona puede aprender una acción mediante la observación y que los factores ambientales, psicológicos y personales interactúan entre si para ejercer una conducta (26-28).
3. Modelo de Creencias Sobre la Salud. Es un modelo que surge de la psicología social, considera imprescindibles las opiniones del paciente respecto a los procesos de salud-enfermedad para que exista una conducta de adherencia, argumenta que el grado de percepción de una persona o disposición psicológica la llevará a una determinada acción. Sostiene que la percepción de los costos y beneficios del tratamiento o enfermedad influirán de forma importante para la conducta, pues considera que la persona es un procesador lógico-económico; así mismo la conducta dependerá de la amenaza percibida a su salud (29, 30).

Diversos estudios han basado sus premisas en estos modelos teóricos, en gran medida porque los alcances obtenidos y los aportes generados han

demostrado ser una opción útil para la investigación, el Cuestionario Sobre los Determinantes de Adherencia (CDA), es producto de dichas contribuciones, que en suma con el trabajo en el ámbito de la salud, ha demostrado ser una herramienta de investigación importante, el instrumento está estructurado con el fin de integrar simultáneamente diversos factores psicosociales que se den a la tarea de explicar la adherencia (22, 31, 32).

El CDA mide nueve determinantes psicosociales que tiene como base teórica los postulados de las tres teorías descritas con anterioridad, las determinantes se enlistan y definen de la siguiente manera (33-37):

1. Aspectos interpersonales médico-paciente: Relación personal donde intervienen factores como funciones cognitivas, estado afectivo y personalidad.
2. Aceptación de normas: Presión social que induce al sujeto a realizar o no una conducta.
3. Percepción de normas: Determinado por las creencias del sujeto, las personas eligen información del medio que consideren suficientes sobre la enfermedad.
4. Percepción de apoyo disponible. Apoyo/barreras: Lazos sociales que pueden servir como apoyo y mitigar los efectos negativos que la enfermedad pueda producir.
5. Eficacia percibida: Se construye a partir de las creencias de la persona y de su entorno social, es la capacidad que una persona cree tener para ejecutar o no una acción; creer en la efectividad del tratamiento médico a recibir.
6. Intención de adherir: Grado de disposición psicológica del sujeto para llevar a cabo una acción. Se determina por la evaluación favorable o desfavorable de la conducta, referida a las expectativas que el sujeto percibe del medio.

7. Creencias acerca de la susceptibilidad a la enfermedad: Percepción del paciente sobre el riesgo de adquirir una enfermedad o las secuelas de la misma. A mayor susceptibilidad incrementará el interés por entablar una conducta favorable a la salud. La aceptación de un diagnóstico se verá influenciado por sobreestimar o subestimar dicha condición.
8. Creencias acerca de la severidad de la enfermedad: Valor que la persona otorga a un objeto; percepción de la gravedad de una enfermedad y de las consecuencias por no otorgar los cuidados adecuados. Entre mayor severidad percibida exista, la adherencia a tratamientos aumentará.
9. Conducta de adherencia: Motivación para aplicar estrategias dada la percepción de amenaza de una enfermedad o sus complicaciones.

Dichas variables se han considerado relevantes para el trabajo con adherencias a tratamientos y han sido estudiadas por diversos autores que confirman que la relación entre las mismas, un buen manejo de dieta, toma de medicamentos y ejercicio son importantes para obtener un buen control glucémico.

1.2. Variables psicosociales y control glucémico

Un buen control glucémico se encuentra ligado a una adherencia adecuada de tratamientos; cuando el comportamiento del paciente corresponde con las prescripciones médicas acordadas, los resultados son notorios en la salud, por lo cual las investigaciones en el tema han incrementado, la relación adherencia-diabetes encabeza los estudios, pero a pesar de ello los problemas por complicaciones siguen incrementando, razón por la cual se ha considerado su estudio de forma multidimensional, así mismo se sugiere unificar el empleo del concepto; algunos autores han utilizado indistintamente términos como

“adherencia” y “cumplimiento médico”, incluso como sinónimos, sin embargo existe una diferencia significativa entre ellos, el primero implica la activa colaboración voluntaria del paciente y el segundo implica un papel pasivo del mismo (32).

Entonces puede determinarse la adherencia como los autores *DiMatteo* y *DiNicola*, citados por Alfonso (38) lo refieren: "una implicación activa y voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con su médico con el fin de producir un resultado terapéutico deseado". Bajo ésta idea el paciente deja de ser un ser pasivo para comprometerse y responsabilizarse en actividades encaminadas para la mejora de su salud, al participar de forma activa en dicho proceso, su comportamiento podrá favorecer el seguimiento de su tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Una adherencia inadecuada contemplará aspectos como omisión de tomas de medicamentos, alteración en las dosis de los mismos, no ajuste a las actividades físicas o de dieta, e inasistencias a citas médicas; por ello la importancia de que el paciente se responsabilice y acepte los regímenes terapéuticos, establezca una relación con su médico y el personal de salud donde se asegure la claridad en las indicaciones y un trato cordial, ya que dicho factor influirá de forma positiva o negativa en su conducta adherente (32, 39, 40).

Diversos estudios sustentan el impacto de los *aspectos interpersonales médico-paciente*, considerada como uno de los principales factores asociados con una buena adherencia; en esta relación se pueden distinguir diversas clasificaciones que se resumen de la siguiente manera: 1) relación activo pasiva (modelo paternalista), en esta relación el paciente adquiere un rol pasivo y el médico es quien elige la intervención, es el modelo más empleado; 2) relación cooperación guiada, establece la participación cooperativa de los pacientes en su tratamiento; 3) relación de participación mutua, y 4) modelo interpersonal,

donde la enfermedad se considera como un todo y la atención esta dirigida al órgano dañado (35, 41).

De las investigaciones emprendidas con el objetivo de medir la relación interpersonal con el médico y su influencia en la adherencia, se encuentran las realizadas por Cofreces et al. (35), quienes analizaron el contenido bibliográfico generado entre los años 1990 y 2010 sobre esta temática, obtuvieron 143 artículos de la revisión en las bases de datos y seleccionaron 63 que cubrían los cuatro ejes de su objetivo: 1) modelos de relación médico-paciente, 2) habilidades de comunicación del médico en la entrevista clínica, 3) satisfacción del paciente y 4) adherencia al tratamiento; los principales resultados mostraron que el éxito de la adherencia esta relacionado con una comunicación eficaz, donde el paciente interactúa en dicho proceso para facilitar la negociación y asegurar la comprensión del tratamiento, así mismo la satisfacción del enfermo resultó relevante.

Baró y González (36), mostraron hallazgos empíricos y teóricos, demostrando que la satisfacción con el personal médico y adherencia al tratamiento tienen una gran relación, así como el uso de un lenguaje comprensible y la comunicación con la familia, pues es un factor relevante dentro del proceso comunicativo, por tanto se debe atender para lograr mejores resultados.

Koch et al. (41) realizó un estudio con la finalidad de medir la variable psicosocial mencionada, trabajó con 37 médicos y 3 o 4 de sus respectivos pacientes, sumando un total de 141, las enfermedades estudiadas fueron diabetes, trastornos cardiovasculares, cáncer y trastornos gastro-intestinales; 62% de los pacientes fueron del sexo femenino; el total de la muestra cubría un mínimo de tres meses de tratamiento, la medición de variables se realizó con la Escala RELPA¹, aplicada a los pacientes y la Escala RELME², aplicada a los

médicos tratantes; las correlaciones de ambas escalas fueron positivas y significativas, demostrando que la comunicación es importante, así como la percepción del paciente de un interés por sus necesidades y calidez humana, para incrementar la probabilidad de adherencia.

La evidencia científica generada con relación a la adherencia ha sido creciente e incluye múltiples factores, la *percepción de apoyo disponible* es otro tema estudiado y con resultados favorables; las redes sociales de apoyo que el paciente establezca para mejorar su calidad de vida con la enfermedad, corresponden al trabajo de prevención terciaria, donde el personal de psicología puede intervenir de forma oportuna para apoyar al paciente a reintegrarse a su entorno, en la medida que la persona se perciba con un soporte firme, se podrá asegurar una mayor correlación con una adherencia adecuada, éstas afirmaciones se sustentan bajo los siguientes modelos: 1) modelo del efecto directo; supone que el apoyo social favorece la salud del paciente a pesar de sus niveles de estrés; y 2) modelo amortiguador; propone que el apoyo social protege al enfermo de las consecuencias de un ambiente estresante (42), investigaciones realizadas bajo los modelos mencionados, confirman la importancia del apoyo social en mejoras a la salud.

Shahar et al. (43) realizó un estudio con 35 pacientes del Universiti Kebangsaan Malaysia Medical Centre, aplicó las escalas Summary Diabetes Self Care Activities (SDSCA), Diabetes Social Support Questionnaire Family versión (DSSQ-Fa) y el Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ); sus principales resultados indicaron que el apoyo familiar y motivación, se relacionan de forma positiva con el cumplimiento de una dieta adecuada, mas no con un buen control glucémico, refiere que las complicaciones de la enfermedad son un factor que pueden influir en dicho control; cita a Riyadh (2009) y Gao et al. (2013) quienes realizaron un estudio

² Escala diseñada por D'Anello para medir la relación médico-paciente desde la perspectiva del médico, integrada por 15 ítems en una escala tipo Likert de 6 puntos y evalúa los mismos aspectos que la escala RELPA.

similar e indican que las características sociodemográficas no se relación con un buen control glucémico; así mismo hace mención de los estudios de Jin et al. (2008) y Julien et al. (2009) quienes aseguran que el automonitoreo, soporte social y motivación, está asociados a una buena adherencia.

Shawon et al. (44) realizó una investigación con 144 pacientes atendidos en el Dhaka Medical College Hospital (DMCH), aplicó un cuestionario estructurado y recabó información de los siguientes aspectos: sociodemográficos, comprensión de la diabetes, asesoramiento, apoyo familiar, amigos y autocuidado de la enfermedad; contrastó los resultados de personas con buen control y mal control de la glucosa, reportando que los datos más altos (medias) se observaron en los pacientes con mejor control, el apoyo de amigos y familiares se asoció de forma significativa con niveles óptimos de glucosa en sangre.

Para Mayberry y Osborn (45) el apoyo social es importante y esta relacionado con el autocuidado, mismo que puede figurar como apoyo o barrera para la adherencia; para su estudio dirigió grupos focales con énfasis en el apoyo familiar, de los cuales reportó que varios pacientes indicaron que la conciencia de un miembro de la familia sobre sus necesidades médicas, facilitó su conducta en áreas como dieta, ejercicio, adherencia a medicamentos, monitoreo de la glucosa y control de citas.

Tol et al. (37) aplicaron la Perceived Social Support from Family scale a 430 pacientes del Tehran University of Medical Sciences, la aplicación al total de la muestra llevó seis meses, los resultados mostrados en el estudio, indican que existe una correlación positiva entre el apoyo familiar percibido y la medida de glucosa en sangre adecuada.

Contreras et al. (46) realizó un estudio en el Hospital Universitario de los Andes, trabajó con 87 pacientes diabéticos amputados, aplicó los cuestionarios de Apoyo Social y el Cuestionario de Funcionalidad Familiar; en sus resultados reportan que más del 75% de los pacientes refirió tener menos de 10 amigos y

más del 25% de la muestra menos de dos amistades, los autores citan a Herrera-Díaz, quien en el 2001 realizó un estudio con pacientes no amputados y explicó que su red de apoyo social sumaba un total de entre dos y cinco personas con las que podían contar en situaciones difíciles, concluyendo con esto que el apoyo social es de suma importancia en la adherencia.

Dicho factor psicosocial se ha considerado importante para explicar una buena conducta adherente, los resultados obtenidos de distintas investigaciones lo refieren; sin embargo no puede comprenderse como un factor único, otros estudios miden la *eficacia percibida* donde se demuestra la importancia de este elemento; Rondon y Lugli (42) afirma que las personas deberán adoptar un comportamiento de autocuidado a partir de su diagnóstico, porque ello implica un cambio en los estilos de vida, lo que ocasiona que dicho componente adquiera una gran importancia de estudio.

Investigaciones emprendidas por Shahar et al. (43) y Mayberry y Orborn (45) reportaron que los pacientes con mayor autoeficacia obtuvieron mejores comportamientos de regulación en la dieta, ejercicio, medidas de glucosa en sangre y en toma de medicamentos.

Otros factores investigados son las *creencias acerca de la severidad y susceptibilidad* de la enfermedad, López-Amador y Ocampo-Barrio (47) realizaron un estudio donde participaron 60 pacientes diabéticos, dirigieron grupos focales en la Unidad de Medicina Familiar 94, del Instituto Mexicano del Seguro Social, los temas que guiaron las sesiones fueron enfermedad, alimentación, ejercicio, tratamiento y terapias alternativas.

Los resultados indicaron que los pacientes están conscientes de cómo aplazar las consecuencias de la diabetes, mismos que conocen y saben qué son el secuelas de un malestar crónico que no pueden aplazar, contribuyen en su tratamiento, plan alimentario y ejercicio, pero no se adhieren al mismo; modifican el horario y dosis de medicamentos, no cuidan el balance ni aporte nutricional de alimentos. También consideran que el tratamiento médico

apoyará su salud a corto plazo, pero desarrollarán algún efecto colateral con el paso del tiempo, permanece la creencia de que la insulina les ocasionará ceguera.

Los autores finalizan su estudio asegurando que la información que los pacientes proporcionen sobre su enfermedad, será de ayuda para fortalecer la adherencia, ya que ellos continúan con ideas que obstaculizan la toma de medicamentos, ejercicio u otro elemento necesario para su buen control glucémico.

Ávila-Sansores et al. (48) realizó una investigación basada en el Modelo de Creencias en Salud (MCS) con la finalidad de medir la percepción de las *barreras y severidad* en pacientes con diabetes e hipertensión, realizaron grupos focales de los cuales los principales resultados fueron que los participantes no perciben la diabetes como una enfermedad crónica, consideran que la enfermedad se desarrollo a partir de un susto y por herencia, los riesgos de la enfermedad los valoran con experiencias de otras personas; algunos participantes no se sienten vulnerables, algunas complicaciones presentadas son la hipotensión o hipoglucemia, sin embargo no eran identificadas como problema, la auto medicación es común; sustituyen algunas medicamentos por medicina alternativa, es difícil llevar una dieta acorde a su padecimiento porque tienen familias numerosas y consumen los alimentos a los que tienen alcance económicamente sin considerar las sugerencias médicas.

Los autores citan a Moreno et al. 2006 y a la Fundación de Enfermeras Europeas en Diabetes (FEND) quienes explican la importancia de la *severidad y barreras percibidas*; consideran que son un obstáculo para una conducta saludable porque se encuentran relacionados a pensamientos erróneos como el omitir la toma de medicamentos por no presentar síntomas; creer que las complicaciones se dan con la insulina; asegurar que no se pueden modificar los hábitos alimenticios ya que implica dejar de disfrutar sus alimentos favoritos, entre otros, por tanto se debe maximizar los beneficios del tratamiento.

Algunos pacientes necesitan experimentar síntomas relacionados con la enfermedad como la boca dulce, mareo, malestar en los pies, entre otros, para atender de forma adecuada las indicaciones médicas, sin embargo, al percibir una mejoría, abandonan el tratamiento indicado, por ello es importante explorar la percepción de barreras y severidad para abrir camino a nuevas estrategias en adherencia, planteando primero en términos de concientización sobre los beneficios del tratamiento para el control de la enfermedad (48).

El estudio de distintas variables psicosociales en la conducta adherente, ha permitido una visión más amplia de la problemática; dando como resultado el conocimiento de diversas estrategias de trabajo con pacientes que requieran mejorar el apego a tratamientos, cabe mencionar que la depresión, ansiedad, autopercepción, motivación al logro, ansiedad y autoestima también han sido variables relacionadas con una mejora en la adherencia (21, 49).

Aún es importante intensificar las acciones que benefician a los pacientes en el control de su padecimiento, ya que a pesar de la diversidad de estudios, la problemática es cada vez mayor, complicando más su condición de salud y el aspecto económico.

1.3. Diabetes, complicaciones y costos

La diabetes es un padecimiento crónico caracterizado por un desorden metabólico de origen múltiple, cuyas particularidades implican un trabajo importante del paciente, que de no llevarse a cabo favorece el desarrollo de la hiperglucemia, generando complicaciones, afectando la calidad de vida e impactando en los costos de atención y tasas de hospitalización. Existen tres tipos diabetes; tipo 1 o insulino dependiente, caracterizada por la poca producción de insulina como consecuencia de la dificultad de la células del páncreas para producirla, las causas son desconocidas; la tipo 2 o no insulino dependiente caracterizada por una ineficiencia del cuerpo para aprovechar la insulina, es la más común y se presenta en la edad adulta, se le

atribuye entre otras causas, a la obesidad e inactividad física; y la diabetes gestacional que se debe a la hiperglicemia que puede desarrollarse en cualquier etapa del embarazo (17, 50, 51).

La diabetes es una enfermedad multicausal y se han identificado diversos factores de riesgo que facilitan su desarrollo; los principales son la obesidad, vida sedentaria, alimentación inadecuada, poca actividad física, tabaquismo, abuso de alcohol; mismos que pueden considerarse como factores de riesgo modificables, anteriormente se creía que el elemento genético era el único responsable del padecimiento, sin embargo hoy se sabe que es el resultado de varias condiciones; dentro de los síntomas se pueden identificar la polidipsia (sed excesiva), poliuria (volumen urinario excesivo), polifagia (sensación de hambre), baja de peso, fatiga, letargia (somnolencia prolongada), somnolencia, además en adultos mayores puede presentarse incontinencia urinaria y alteraciones del estado de la conciencia (20, 48, 52).

La sola presencia de los síntomas no es suficiente para establecer un diagnóstico del padecimiento, ante la existencia de diversos signos se debe valorar la medida de glucosa porque ayudará a confirmar un diagnóstico de diabetes mellitus; cuando ésta se toma de forma casual en plasma venoso, es decir en cualquier momento del día, los datos deben ser mayores a 200 mg/dl; una glucemia en ayunas medida en plasma venoso debe ser igual o mayor a 126 mg/dl y medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl; cuando las personas son asintomáticas se recomienda tomar una medida adicional de glucosa (20, 52, 53), una vez confirmado el diagnóstico se debe de determinar el tipo de diabetes para someterse a tratamiento con la finalidad de controlar y aminorar las secuelas de la enfermedad.

Las recomendaciones sugeridas para el manejo del padecimiento se clasifican en (20, 52):

- 1) *No farmacológicas* (considerado uno de los principales objetivos a trabajar con la diabetes), dentro de estas se encuentran los cambios

en el *estilo de vida*, donde se recomienda modificar el hábito de fumar, automonitorear la glucemia, asistir a las citas médicas, asistir a una sesión grupal y en general una educación continua para el manejo de la enfermedad; un segundo elemento es el plan de *alimentación*, en el cual se pretende que el paciente ingiera alimentos con bajo índice glucémico, regular el consumo de grasas monosaturadas, sal e ingesta de alcohol, es recomendable distribuir los alimentos en cinco o seis porciones diarias así como ingerir alimentos ricos en fibra soluble; el último elemento es la *actividad física*, que incluye un programa de actividad aeróbica y anaeróbica, inicialmente se pretende que el paciente modifique la vida sedentaria y realice caminatas ligeras para posteriormente incrementar su frecuencia (hasta 30 min. tres veces por semana), antes de iniciar con un plan físico el paciente debe ser evaluado para saber si existe alguna contraindicación, también se recomienda revisar los pies antes de cada actividad.

- 2) *Farmacológicas*. Los tratamientos farmacológicos se recomiendan cuando la persona inicia con modificaciones a su estilo de vida y en un periodo de tres a seis meses no ha alcanzado un buen control glucémico; cuando las condiciones clínicas del paciente permitan anticipar un bajo control, el tratamiento se inicia desde el momento del diagnóstico, todo esquema es individual, se recomienda iniciar con metformina, si después de tres meses no se logra una mejora en el control glucémico, se combina con sulfonilurea o insulina.

Generalmente los esquemas de tratamientos son alterados por los pacientes, al modificar las indicaciones médicas como las restricciones de determinados alimentos, toma de medicamentos entre otros, ya que resulta una tarea difícil, lo que puede llevar al abandono del tratamiento, aunado a que en muchos casos está presente la comorbilidad con depresión y estrés, los cuales

son obstáculos para seguir con el tratamiento (54), tales efectos se ven reflejados cuando el paciente no logra un control glucémico adecuado.

A pesar de que no existe una medida estandarizada del control glucémico, la Asociación Americana de Diabetes (ADA) recomienda que es importante mantener cifras de HbA1C por debajo del 7% y una glucosa en ayunas entre 70 y 130 mg/dl en adultos con diabetes (55) dichas medidas son importantes para determinar el buen control de la enfermedad, cabe mencionar que cuando el padecimiento no es atendido, las consecuencias pueden ser graves, para la calidad de vida del paciente y su familia, así como en el aspecto monetario.

Para el país la diabetes tiene un costo económico muy elevado a consecuencia de su alta incidencia; en el 2010 se calculó una inversión de 10 millones de pesos para gastos directos (medicamentos, complicaciones) como indirectos (discapacidades, muerte prematura); en el 2011 se reportó un incremento del 33% en gastos, se estimó que se requiere un total de 83 millones de dólares por atención hospitalaria ambulatoria, se calculó los gastos hospitalarios y están en un rango de entre \$ 613.71 a \$ 887.14 (5, 56)

Es así que la diabetes mellitus, representa una enfermedad de alto costo para los sistemas de salud; los tratamientos de las complicaciones simbolizan una carga monetaria importante que va a la alza, las secuelas más atendidas son falla renal, ceguera, infarto al corazón, afecciones neurológicas y amputación de las extremidades inferiores (57), Bolaños et al. (1) citan a Phillips y Barceló quienes en 1992 y 2003 respectivamente, estimaron los costos derivados de la enfermedad, Phillips refirió que los gastos representaron alrededor de US\$ 430 millones; US\$ 100 millones asignados a la atención médica y US\$ 330 millones la mortalidad prematura; Barceló indicó que para el 2003, los costos ascendieron a US\$ 15 118 millones es gastos directos y US\$ 13 144 millones a costos indirectos; Gonzáles 1999, en Barquera et al. (3) refirió que para el 2005 los costos indirectos fueron estimados en USD\$ 177,220,390, de los cuales USD\$ 166,693,502 se destinaron a pacientes con discapacidad

permanente y USD\$ 8,010,360 a pacientes con discapacidad temporal, representando un incremento del 8% en un periodo de 5 años. Los costos de consulta y pruebas de laboratorio para la entrega de diagnósticos confirmados de diabetes, ascendió a un promedio de US\$ 352 por paciente (1).

El impacto de la diabetes no es solo a nivel económico, las consecuencias en la salud son importantes y el mantener un control glucémico adecuado puede generar la lenta aparición de secuelas; la enfermedad puede dañar el corazón, vasos sanguíneos, ojos, riñones (la DM es de las principales causas de insuficiencia renal), nervios (la neuropatía puede llegar a dañar al 50% de los pacientes con DM), aumenta el riesgo de cardiopatía y accidente vascular cerebral (AVC), así como la tasa de muerte y retinopatía que puede ocasionar ceguera (51).

Es importante que el paciente logre un control glucémico adecuado para reducir la aparición de secuelas de la enfermedad, por ello es necesario conocer las barreras que obstaculicen una adecuada adherencia y con ello trabajar para otorgarle herramientas que favorezcan la mejora de su salud.

2. JUSTIFICACIÓN

Ante la diversidad de factores que se relacionan con la adherencia, se ha vuelto necesario abarcar el mayor número de aspectos que le rodean, por ende es importante conocer las variables asociadas al buen control glucémico para continuar aportando información en el campo de la psicología de la salud. Los datos obtenidos de esta investigación sustentan el desarrollo de programas encaminados a la mejora de adherencias a tratamientos, recordando que el descuido de la enfermedad tiene graves implicaciones en la salud y en el aspecto económico.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mortalidad y morbilidad por diabetes ha ido en aumento, generando que el padecimiento represente una problemática importante de salud; a nivel mundial, datos de la OMS indicaron que de 1994 al 2013 los casos de personas con diabetes se triplicaron; en México entre 1980 y 2000 el padecimiento figuró dentro de las primeras causas de muerte en personas mayores de 18 años. Los registros estadísticos reflejan un incremento significativo que es necesario atender.

Ante esta situación se han implementado diversas estrategias en los tres niveles de prevención; diversas disciplinas han aportado conocimientos encaminados a mejorar la salud del paciente con diabetes; en psicología las investigaciones han incrementado y teorías como la de Acción Razonada (TAR), Teoría Social Cognitiva (Autoeficacia) y el Modelo de Creencias Sobre la Salud, han sido las más empleadas por los sus resultados favorables en dicho campo.

Es así que se han emprendido estudios bajo los conceptos de estas teorías con la finalidad de conocer el impacto del padecimiento y con ello generar las mejores estrategias de intervención; los temas estudiados son la medición de variables psicosociales al cumplimiento del tratamiento médico, control glucémico y calidad de vida, papel de la familia en adherencias, entre otros que han sugerido diversas líneas de investigación y han otorgado información para controlar el padecimiento; es importante recordar que dicha problemática es merecedora de atención porque las crecientes complicaciones de la enfermedad en pacientes diabéticos han generado un impacto económico en las instituciones de salud y un gran impacto en la calidad de vida del paciente.

Con base en lo anterior, en la presente investigación se plantean las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son las variables psicosociales con mayor asociación estadística en pacientes diabéticos con y sin control glucémico?
2. ¿Existe diferencia significativa de variables psicosociales entre pacientes diabéticos con y sin control glucémico?
3. ¿Cómo describen los pacientes con y sin control glucémico las variables psicosociales medidas?

4. HIPÓTESIS

Existe influencia de variables psicosociales en el control glucémico de pacientes diabéticos.

5. OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar la influencia de las variables psicosociales en el control glucémico del paciente diabético.

Objetivos específicos

1. Determinar la asociación de variables psicosociales de pacientes diabéticos en grupos de personas con enfermedad controlada y sin control glucémico.
2. Comparar las variables psicosociales en los grupos de control y sin control glucémico.
3. Describir las variables psicosociales del grupo con control y sin control glucémico.

6. METODOLOGÍA

6.1. Tipo de estudio

Cuanti-cualitativo, descriptivo, transversal, aplicativo.

6.2. Población

Se trabajó con pacientes hombres y mujeres diagnosticados con diabetes mellitus tipo II, atendidos en el Centro de Salud Mariano Matamoros perteneciente a la Secretaría de Salud como parte de la Comisión Nacional de Protección en Salud (Seguro Popular).

El Centro se encuentra ubicado en la ciudad de Tijuana, Baja California, México; de acuerdo con el INEGI 2015, la población estatal total es de 3,315,766, de los cuales 1,641,970 radican en el municipio de Tijuana. Del total de la población de este municipio 534,504 personas están afiliadas al seguro popular; la clínica Mariano Matamoros de acuerdo a su informe mensual SIS (marzo 2016) atiende en promedio a 1,362 pacientes por mes de los cuales 324 corresponden a enfermedades crónico degenerativas y de éstos 245 tienen diagnóstico de DMII, es decir, el 75% de los pacientes crónicos (58).

6.3. Muestra

Cuestionario Sobre los Determinantes de Adherencia (CDA)

De los 324 pacientes con enfermedades crónico degenerativas atendidos en la clínica, se seleccionaron para el estudio aquellos con diabetes mellitus y para determinar el tamaño muestral se empleo la calculadora en Excel Fistera; para comparar medias (se pretende comparar si las medias son diferentes). Los datos empleados para determinar el número de personas por cada grupo de estudio fueron los siguientes:

- Tipo de prueba: Unilateral
- Nivel de confianza o seguridad: 95%
- Poder estadístico: 90%

- Precisión (valor mínimo de la diferencia que se desea detectar): 0.7
- Varianza (S^2): 1.14
- El tamaño muestral para cada grupo fue de 40 personas.

La fórmula se encuentra disponible en red y se muestra en la figura 1.

<http://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras2.asp>

Figura 1. Fórmula para comparar dos medias Fisterra

Grupo focal

De acuerdo con Myers (59) el número mínimo de participantes para emplear la técnica de grupo focal dependerá de las características de trabajo y su complejidad; no debe superar el número de 12 integrantes. Turney y Kitzinger (60, 61) sugieren un mínimo de 3 a 4 personas para formar un buen grupo. El muestreo empleado para formar los grupos fue por accesibilidad y conveniencia; el grupo de pacientes “con control glucémico” quedó integrado por cuatro personas y el grupo “sin control glucémico” por tres.

6.4. Criterios de inclusión

Los pacientes considerados para el estudio cubrieron los siguientes requisitos:

Cuestionario Sobre los Determinantes de Adherencia (CDA)

- Pacientes diagnosticados con DMII que acuden al Centro de Salud Mariano Matamoros
- Aceptar por medio del consentimiento informado verbal resolver las preguntas del cuestionario

Grupo focal

- Carta de consentimiento firmada (anexo 2)
- Asistencia a las dos sesiones de grupo focal

6.5. Criterios de exclusión

No se incluyeron en el estudio a pacientes con las características siguientes:

Cuestionario Sobre los Determinantes de Adherencia (CDA)

- Con el fin de no modificar la aplicación del instrumento de investigación, se excluyeron aquéllos pacientes que requerían la lectura del cuestionario (problemas de lectura por falta de enseñanza).

Grupo focal

- Pacientes que cuenten con CDA resuelto

6.6. Criterios de eliminación

De los pacientes elegidos se considerarán fuera del estudio cuando cubran las características siguientes:

Cuestionario Sobre los Determinantes de Adherencia (CDA)

- Pacientes que entreguen cuestionarios resueltos de forma errónea (elegir más de una opción por ítem)
- Pacientes que entreguen cuestionarios incompletos

Grupo focal

- Pacientes que no concluyan las sesiones de grupo focal

6.7. Variables

6.7.1 Sociodemográficas (co-variables)

- Edad
- IMC: se calcula de acuerdo a la fórmula de peso en kilogramos entre talla en metros al cuadrado (peso kg/talla ms²).
- Antigüedad de diagnóstico
- Sexo
- Antecedentes familiares
- Tratamiento farmacológico
- Tratamiento no-farmacológico
- Otros padecimientos

6.7.2 Variables independientes

Variables psicosociales: valores cognitivos, motivacionales, sociales y conductuales hipotéticamente relacionados al cumplimiento del tratamiento médico (22).

Las variables psicosociales serán medidas con el Cuestionario sobre Determinantes de la Adherencia (CDA) que valora nueve dimensiones distribuidas de la siguiente manera: Aspectos Interpersonales Médico-Paciente (ítems 1 a 6), Aceptación de Normas (ítems 7 a 9), Percepción de Normas (ítems 10 a 12), Percepción de Apoyo disponible (ítems 13 a 16), Eficacia Percibida (ítems 17 a 20), Intención de Adherir (ítems 21 y 22) Creencias acerca de la Susceptibilidad (ítems 23 y 24), Creencias acerca de la Severidad (ítems 25 y 26) y Conducta de Adherencia (27 y 28).

Los ítems están fraseados en formato tipo Likert de 5 puntos (1 completamente desacuerdo; 5 completamente de acuerdo).

Para fines de este estudio se define cada factor psicosocial de la siguiente manera (33-37):

1. Aspectos interpersonales médico-paciente: Relación personal donde intervienen factores como funciones cognitivas, estado afectivo y personalidad.
2. Aceptación de normas: Presión social que induce al sujeto a realizar o no una conducta.
3. Percepción de normas: Determinado por las creencias del sujeto, las personas eligen información del medio que consideren suficientes sobre la enfermedad.
4. Percepción de apoyo disponible. Apoyo/barreras: Lazos sociales que pueden servir como apoyo y mitigar los efectos negativos que la enfermedad pueda producir.
5. Eficacia percibida: Se construye a partir de las creencias de la persona y de su entorno social, es la capacidad que una persona cree tener para ejecutar o no una acción; creer en la efectividad del tratamiento médico a recibir.
6. Intención de adherir: Grado de disposición psicológica del sujeto para llevar a cabo una acción. Se determina por la evaluación favorable o desfavorable de la conducta, referida a las expectativas que el sujeto percibe del medio.
7. Creencias acerca de la susceptibilidad a la enfermedad: Percepción del paciente sobre el riesgo de adquirir una enfermedad o las secuelas de la misma. A mayor susceptibilidad incrementará el interés por entablar una conducta favorable a la salud. La aceptación de un diagnóstico se verá influenciado por sobreestimar o subestimar dicha condición.
8. Creencias acerca de la severidad de la enfermedad: Valor que la persona otorga a un objeto; percepción de la gravedad de una

enfermedad y de las consecuencias por no otorgar los cuidados adecuados. Entre mayor severidad percibida exista, la adherencia a tratamientos aumentará.

9. Conducta de adherencia: Motivación para aplicar estrategias dada la percepción de amenaza de una enfermedad o sus complicaciones.

6.7.3 Variables dependientes

Variación glucémica. Grado en el que el nivel de glucosa en sangre de un paciente fluctúa entre los niveles altos y bajos. Se empleó el medidor de glucosa Accu-chec Active de la marca Roche considerando una variabilidad de ± 3 (intervalo de confianza 95%), misma que el instrumento de medición permitía.

6.8. Procedimiento

Cuestionario Sobre los Determinantes de Adherencia (CDA)

- Se realizó un estudio piloto con 15 pacientes diabéticos asistentes al Centro de Salud Mariano Matamoros con la finalidad de detectar alguna problemática con el instrumento o su aplicación. Los cuestionarios resueltos en esta etapa no formaron parte de la investigación y los pacientes que dieron respuesta al CDA no fueron contemplados para aplicaciones posteriores.
- Se realizaron los ajustes pertinentes al instrumento de evaluación o al proceso de aplicación.
- Los pacientes con DMII se identificaron en el área de enfermería y se les explicó el objetivo del estudio y del cuestionario.
- El consentimiento informado se realizó de forma verbal.
- A los pacientes que accedieron a participar se les entregó el cuestionario (CDA) que resolvieron antes de entrar a consulta médica (en sala de espera).

- Se ejemplificó una pregunta y el modo de contestar, se pidió que regresaran el cuestionario al investigador cuando lo concluyeran.
- Se registró la medida de glucosa capilar en ayunas que las enfermeras del centro obtuvieron del paciente; empleando un glucómetro marca Accu-Chek Performa.
- Posteriormente, se obtuvieron dos registros de glucosa capilar: cuando asistieron a su cita médica (un mes posterior) o cuando asistieron a las reuniones del Grupo de Ayuda Mutua (GAM).
- Se accedió al expediente del paciente para tomar los datos socio-demográficos.
- Se enumeraron los cuestionarios y se realizó la captura de los mismos.
- Se realizó el análisis estadístico correspondiente y se redactaron los resultados.

Grupo focal

- Con ayuda de la directora del Centro de Salud, se eligieron pacientes con diabetes que integraron los grupos focales.
- Se verificó que no tuvieran resuelto el CDA.
- Se contactaron vía telefónica y se concertó una cita para explicar la dinámica y objetivo de los grupos.
- A los pacientes que asistieron se les explicó el objetivo de las reuniones; los que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado (el grupo de pacientes adheridos estuvo integrado por cuatro participantes y el grupo de no adheridos por tres).
- Las sesiones se realizaron en las instalaciones del Centro de Salud y fueron grabadas con fines de investigación.
- Se aplicó en mínimo de dos sesiones con la finalidad de cubrir las variables.
- Las reuniones del grupo focal se contemplaron por separado para cada grupo (con control y sin control glucémico).

- Las sesiones se dirigieron con preguntas guía que complementaron la información obtenida con el CDA; con la finalidad de comparar de forma cualitativa y cuantitativa la información (anexo 4).
- Se transcribieron las sesiones de grupo focal para su análisis.
- Empleando el software Atlas.ti se analizaron los resultados cualitativos.

6.9. Recursos

Los recursos materiales que se emplearon en esta investigación fueron:

- Copias de los cuestionarios a aplicar (CDA); se contempló el número de pacientes asignados para cada grupo y duplicados extra para ajustar la muestra a pérdidas.
- Copias del consentimiento informado que se empleó en los grupos focales; considerando el número de personas asignadas.
- Lápices con borrador que se entregaron a los pacientes para resolver el cuestionario.
- 15 tablas con clip
- Perforadora, carpeta, bolígrafos, engrapadora, un ciento de hojas blancas.
- Torundas alcoholadas.

En seguida se enlistan los recursos humanos contemplados para la aplicación del trabajo:

- Una persona con los conocimientos de los objetivos del proyecto para aplicar los cuestionarios.
- Apoyo de las enfermeras de la clínica para la medida de la glucosa capilar.

Los recursos técnicos empleados fueron:

- Una computadora para realizar los análisis pertinentes

- Una impresora
- Una grabadora de voz o celular con esta función
- Programa SPSS
- Programa Atlas.ti
- Glucómetro y tiras marca Accu-Chek Performa.

6.10. Lugar de investigación

Se trabajó en el Centro de Salud Mariano Matamoros, clínica de atención primaria afiliada al Seguro Popular ubicada en el municipio de Tijuana, Baja California. La clínica se ubica en el sur-este de la ciudad, está asentada en una zona topográfica de colinas bajas y mayoritariamente urbanizadas, se fundó hace más de 20 años y tiene una población total de 45,341 habitantes (62).

6.11. Análisis de datos

Para el análisis de los datos sociodemográficos se empleó la estadística descriptiva, haciendo uso de las medidas de tendencia central como media, mediana, moda y medidas de dispersión como varianza y desviación estándar para las variables cuantitativas discretas y para las variables continuas se estimaron prevalencias.

Para comparar los datos entre los grupos con control glucémico y sin control glucémico se empleó la prueba estadística χ^2 ; se analizó la relación entre variables categóricas (nominales u ordinales) y con la prueba t de Student se compararon las variables numéricas.

Para el análisis estadístico se empleó el software SPSS y para el análisis cualitativo el software ATLAS.ti

6.12. Consideraciones bioéticas

El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina y Psicología de la Universidad Autónoma de Baja California, campus Tijuana, analizó de manera sistemática los conflictos de valores y principios bioéticos que pudiesen surgir durante el proceso de investigación y otorgó los permisos necesarios para su realización (anexo 3).

Los datos proporcionados por el personal médico, obtenidos de la revisión de expedientes, los resultantes de la aplicación del Cuestionario sobre los Determinantes de la Adherencia (CDA) y de las grabaciones de sesiones de grupo focal, fueron empleados con fines únicos de investigación y tratados de manera confidencial.

7. RESULTADOS

Cuestionario Sobre los Determinantes de Adherencia (CDA)

Se aplicaron un total de 94 cuestionarios, de los cuales seis fueron eliminados porque se entregaron mal elaborados; el total de la muestra estuvo conformada por 88 pacientes diabéticos: 70 mujeres (70.8%) y 18 hombres (20.5%), la media de la edad fue de 59.4 años (± 10.7) con una edad mínima de 34 y una máxima de 82.

Para elegir a los pacientes que integrarían la muestra de grupos con control y sin control, se consideraron tres medidas de glicemia capilar; la primera medida se tomó al entregar el CDA resuelto, una segunda toma se realizó en la consulta de seguimiento y la tercera el día de reunión del grupo GAM; se promedió y con base en la variabilidad de ± 3 que el instrumento Accu-check Active permite y se determinó la adherencia, el grupo adherido quedó integrado por 50 pacientes y el grupo de no adheridos por 38.

Se registraron los años de antigüedad que los pacientes tenían con el diagnóstico de diabetes; el promedio fue de 8.03 (± 6.1), el mínimo fue cero porque en la muestra se integraron personas de recién diagnóstico; el máximo fue de 25 años. El promedio del índice de masa corporal fue de 28.3 (± 6.6), el dato mínimo de 17.7 y el máximo de 42.

Algunos pacientes formaban parte de los grupos GAM (Grupos de Ayuda Mutua) establecidos en la clínica; asistían a sesiones mensuales donde les ofrecían pláticas de diversos temas del cuidado de la salud. Dichos datos se muestran en la tabla 1.

Asistencia al grupo GAM.

Características	Si	%	No	%
Asistentes al grupo GAM	54	60.4	34	39.6
Adherencia a tratamiento	45	51.1	43	48.9

Tabla 1. Porcentaje de pacientes por grupo asistentes al Grupo de Ayuda Mutua (GAM).

Los pacientes que resolvieron el instrumento CDA desarrollaron aunado a la diabetes otros padecimientos, la información se obtuvo de los expedientes (tabla 2). Así como los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que les eran indicados (tabla 3).

Otros padecimientos

Otros padecimientos	Si	%	No	%
HTA	64	72.7	24	27.3
Dislipidemia	12	13.6	76	86.4
Obesidad	8	9.1	80	90.9
Síndrome metabólico	2	2.3	86	97.7
Anemia	1	1.1	87	98.9

Tabla 2. Comorbilidad presentada en los pacientes entrevistados.

Tratamiento farmacológico y no farmacológico

Tratamiento farmacológico y no farmacológico	Si	%	No	%
Metformina	78	88.6	10	11.4
Insulina	17	19.3	71	80.7
Glibenclamida	13	14.8	75	85.2
Alimentación correcta	50	56.8	38	43.2
Actividad física	51	58	37	42

Tabla 3. Lista de medicamentos e indicaciones médicas.

El cuestionario CDA mide los factores psicosociales que se relacionan a una conducta adecuada de adherencia; las medias más altas de la muestra fueron el factor de conducta, eficacia, relaciones interpersonales y severidad (tabla 4).

Cuestionario CDA

Factores psicosociales	Media	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
1. Relaciones interpersonales médico-paciente	4.1	0.6	5	2
2. Aceptación de normas	3.3	1.2	5	1
3. Percepción de normas	3.3	0.5	4	1.3
4. Percepción de apoyo disponible. Apoyo/barreras	3.6	1.01	5	1.5
5. Eficacia percibida	4.3	0.6	5	2
6. Intención de Adherir	3.5	1.1	5	1
7. Creencia acerca de la severidad	3.6	1.1	5	1
8. Creencia acerca de la susceptibilidad	4.1	1.05	5	1
9. Conducta de adherencia	4.6	0.65	5	2
General	3.8	0.3	4.5	3.2

Tabla 3. Resultados del Cuestionario sobre Determinantes de Adherencia en ambos grupos.

Los datos numéricos se analizaron con la prueba estadística t de Student, de los cuales se pudo establecer que la relación significativa fue con la variable "aceptación a normas", dichos resultados se muestran en la tabla 5, para los datos categóricos se empleó la prueba X^2 y la asociación más fuerte se encontró entre la variable control glucémico e insulina (tabla 6)

		Resultados de la prueba t de Student				
Factores psicosociales		t	Sig.	Promedio	Desviación estándar	
1. Relaciones interpersonales médico paciente	Grupo controlado	.719	.474	4.0	.73	
	Grupo sin control	.732	.84.38	4.1	.63	
2. Percepción de normas	Grupo controlado	-.381	.704	3.0	1.0	
	Grupo sin control	-.370	.713	3.6	1.4	
3. Aceptación de normas	Grupo controlado	2.053	.043	3.3	.49	
	Grupo sin control	1.965	.054	3.2	.61	
4. Percepción de apoyo disponible. Apoyo/barreras	Grupo controlado	1.293	.200	3.5	1.0	
	Grupo sin control	1.301	.197	3.7	.98	
5. Eficacia percibida	Grupo controlado	1.208	.230	4.2	.633	
	Grupo sin control	1.208	.231	4.4	.632	
6. Intención de Adherir	Grupo controlado	-1.041	.301	3.6	1.0	
	Grupo sin control	-1.016	.313	3.3	1.2	
7. Creencias acerca de la severidad	Grupo controlado	-.108	.914	4.1	1.0	
	Grupo sin control	-.108	.914	4.1	1.0	
8. Creencias acerca de la susceptibilidad	Grupo controlado	.076	.939	3.60	1.22	
	Grupo sin control	.078	.938	3.61	.98	
9. Conducta de adherencia	Grupo controlado	-.734	.465	4.6	.58	
	Grupo sin control	-.711	.480	4.5	.74	
General	Grupo controlado	1.624	.108	3.8	.33	
	Grupo sin control	1.614	.111	3.9	.35	

Tabla 5. Significancia, promedio y desviación estándar por grupo. Aplicación del Cuestionario sobre Determinantes de Adherencia.

Resultados de la prueba X²

	Valor	gl	Sig. Asintónica (bilateral)	Sig. Exacta (bilateral)	Sig. Exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.979 ^a	1	.046		
Corrección por continuidad	2.966	1	.085		
Razón de verosimilitud	3.961	1	.047		
Estadístico exacto de Fisher				.059	.043
Asociación lineal por lineal	3.933	1	.047		
N de casos válidos	88				

Table 6. Resultados de la prueba X² para las variables control glucémico y uso de insulina.

Descripción de variables psicosociales

Empleando la técnica de grupo focal, se trabajó con los factores psicosociales medidos con el CDA, con la finalidad de conocer la opinión de los pacientes respecto a dichas variables y complementar la información de los cuestionarios; los resultados se describen para cada grupo (control y no control glucémico). Cabe mencionar que para integrar los grupos focales, se emplearon pacientes que no contestaron el cuestionario, la muestra estuvo conformada por un total de cuatro pacientes para el grupo con control glucémico (dos mujeres y dos hombres) y de tres pacientes en el grupo sin control glucémico (una mujer y dos hombres).

Grupo focal de pacientes adheridos

Aspectos interpersonales médico-paciente

Los pacientes expresaron que se sienten bien con el médico que los atiende actualmente; les agrada sentir el interés del mismo por su salud, algunos comentaron que la falla radica en ellos, pues a pesar de que en el centro de salud se les explican los tratamientos, no lo realizan. Manifestaron que no en todos los años que llevan atendándose ha sido igual, pues consideran que hay algunos médicos que no saben llevar un buen contacto con la gente, no los escuchan y los regañan por no cumplir con la meta en datos clínicos como

presión arterial o glucosa, no explican los términos confusos y solo se dedican a entregar recetas de forma rápida para atender a otros pacientes.

No les agradan los procedimientos que deben realizar para obtener las citas médicas, pues comentaron que cuando asisten a la revisión por control de diabetes y presentan algún otro malestar, no son atendidos porque los síntomas no corresponden al motivo de su consulta y tienen que programar una nueva cita para esos malestares.

Paciente 1: "...pues para mi, hay algunos médicos que, no, como que no, no tienen, (paciente 2: contacto), ajá, contacto con el paciente y este, pues muchos si regañan a uno, lo regañan y hay muchos que no, tratan de que estés bien..." (63).

Paciente 3: "...si, me han tratado bien, ya he tenido muchos años de venir aquí... y me siento a gusto... me pregunta de los pies, cómo me siento, si me ha dolido algo, siempre me han tratado bien... me gusta que se interesen en mí"(63).

Aceptación de normas

Los pacientes consideran que no es complicado aceptar las indicaciones de los médicos; la toma de medicamentos y la dieta son aspectos que han controlado con el paso del tiempo, porque están conscientes de que lo primordial es su salud, al inicio del padecimiento mostraron dificultad para seguir las indicaciones, olvidaban las tomas y consumían alimentos restringidos en grandes cantidades. En el centro de salud les han enseñado a monitorear sus medidas de glucosa y a controlar la alimentación, sin embargo algunos consideran que los factores que pueden dañar su salud, son el estrés y no saben cómo manejarlo.

El ejercicio ha representado un factor de conflicto, porque a pesar de que desean realizar actividad física como el médico lo recomienda, su trabajo lo complica, así como la falta de lugares para llevarlo a cabo.

Paciente 2: "...pero todos nos adaptamos, que empezó con su dieta (esposa) y todos tuvimos que estar a dieta, que a veces no nos gustaba la comida: los berros, las acelgas, todo es... pero para empezar la dieta empezamos, poquito, de poquito en poquito, sin sal, sin azúcar, todo eso, y empezar a comer cosas dulces, café, canela y todo eso pero sin azúcar, y sin sal...(63).

Percepción de normas

Algunos pacientes expresaron que son ellos quiénes tienen que recomendar a sus familiares la restricción de algunos alimentos por cuestiones de salud, otros indicaron que tienen familiares que están conscientes de su enfermedad y siguen los consejos que les brindan, pues también están con el padecimiento y entre ellos se cuidan.

Paciente 4: "Pues no, no, realmente ahí en la casa nada más mi señora y yo, estamos con esta enfermedad, a veces les decimos nosotros, no hagan esto, no hagan esto... pues mi señora, mis hijos, me decían -¿ya se tomó sus pastillas papi?- Y familiares que han fallecido de ataques y eso..." (63).

Percepción de apoyo disponible

Los pacientes consideran que en el aspecto familiar no hay problema, porque se sienten apoyados, pero el aspecto económico es una barrera para poder cumplir con el tratamiento, algunos señalaron que, en el caso del ejercicio, la dificultad por encontrar el tiempo para hacerlo o los lugares adecuados, son también un obstáculo que encuentran para poder cubrir con este tratamiento no farmacológico; consideran que los parques que tienen cercanos son peligrosos y poco óptimos para realizar actividades al aire libre como sus caminatas.

Paciente 1: "Pues para mí, este, es más el, lo económico, porque, este, encontrar el medicamento, porque a veces no hay aquí, y tienes que comprarlo... eso nada

más... difícil de seguirlo ¡no!, el tratamiento no, nada más en eso, que yo tengo que comprar mucho medicamento, y si es caro... pues son varios medicamentos que yo tengo que comprar (E2: la hipertensión) ¡ajá!... y tanto..." (63).

Paciente 4: "Yo pues nada más me falta la voluntad de hacerlo, porque lo puedo hacer (ejercicio), donde sea, no, no se me hace difícil, nos podemos adaptar y le digo lo que si, entre más va uno viendo que esta peor, es cuando uno tiene que empezar hacer, y no deberíamos de esperarnos ¿vea? a estar así, estar así para hacer " (63).

Eficacia percibida

Los pacientes consideran que el tratamiento es eficaz y expresan agrado por los resultados en la salud, expresan que de no seguirlo las secuelas serían graves; afirman que las recomendaciones médicas no son lo único para sentir mejoría pues la mayor parte del trabajo les corresponde a ellos.

Paciente 3: "Yo también, me siento bien con el tratamiento... el medicamento y lo que nos dicen que hagamos" (63).

Intención de adherir

Los participantes del grupo focal aseguraron que tienen la mejor intención por adherirse al tratamiento, así como seguir aprendiendo más técnicas que les permitan mantener la salud, como el ejercicio o actividades físicas que los apoyen, porque es primordial para controlar el padecimiento y minimizar las secuelas.

Paciente 2: "Si, pues si, a seguir el tratamiento pues sino" (63).

Paciente 4: "yo en mi caso si, si como no... esta bien, de todas maneras no es igual uno solo... uno solo ya no lo hace, o lo hace, pero no lo hace como debe ser, nos

falta mucho pues... en ese aspecto, nos falta mucho, como que ya así con alguien ya pues es así, hazle así o así..." (63).

Creencias acerca de la susceptibilidad a la enfermedad

Los pacientes han escuchado que existe cura del padecimiento, amigos les informaron que representan tratamientos caros; sin embargo dicen estar conscientes de que es una enfermedad que solo pueden controlar y que no es reversible, pero pueden estar saludables si logran cuidarse y seguir las indicaciones médicas.

Paciente 1: "De librarme de la enfermedad yo creo que no, pero estar sana, pues si, si sigo las indicaciones, las que me dan, entonces voy a estarlo, no, de que se me va a quitar, no se me va a quitar" (63).

Creencias acerca de la severidad de la enfermedad

Creer que hay padecimientos más graves que la diabetes, porque al seguir las indicaciones médicas sugeridas para controlar la enfermedad, pueden vivir por muchos años; aseguran que algunos familiares o conocidos han logrado controlar el padecimiento y estar saludables hasta avanzada edad.

Paciente 3: "Pues yo pienso que si es grave, pero este, controlable, porque hay otras por ejemplo el cáncer ya muy avanzado, no tiene solución" (63).

Conducta de adherencia

Los pacientes creen que el cumplimiento del tratamiento es mejor que omitir las indicaciones médicas y aseguraron que el cumplimiento de los mismos, esta dentro de sus planes, así mismo comentan que para ellos es mejor controlar el padecimiento antes de sentir las secuelas en el cuerpo.

Paciente 4: "pues mire yo la verdad tiene poco que empecé a tomarme mi medicamento como es, porque no, no. Era muy descuidado, y de ejercicio, casi nada, yo porque tengo mucho trabajo y eso, pero la verdad es que si hace mucha falta, pues es desidia más que nada, yo pienso que hasta que uno se sienta más mal, mal, mal, mal, es cuando uno vas a empezar hacerlo" (63).

Grupo focal de pacientes no adheridos

Aspectos interpersonales médico-paciente

Actualmente no tienen problemas con el centro de salud donde se atienden, no obstante han tenido experiencias en las cuales perciben al médico como un profesionalista que solo los regaña cuando las metas a cumplir no se logran, como la glucosa o la presión arterial no son las adecuadas, así mismo consideran que son poco escuchados porque no son atendidas las razones por las cuales no logran cumplir las metas; aseguran que siguen las indicaciones médicas y al querer expresar sus argumentos, no son aceptados.

Paciente 2: "Bueno yo tengo como nueve años con mi diabetes y pues ha sido, pues, ha habido experiencias ya un poquito de todo, a veces no están de humor los doctores, ya están enfadados por los olores, los humores, la gente que no se calla y pues todo eso complica, porque cuando ya llega uno pues ya están a punto de explotar... Entonces, yo lo siento tanto pues ya, ellos quieren pues que uno llegue y que tenga 100, para ellos bueno, traes 100 pues ya, ten tu receta y te vas, pero si a uno se le complica, y tiene cada rato que 140, que 150, que 160 -no estas haciendo la dieta, no estas haciendo ejercicio- si lo hago -¿Y por qué traes esto? ¿qué cenaste?..." (64).

Aceptación de normas

Tienen familiares y amigos que les sugieren suspender los tratamientos que llevan como la insulina, comentando que no es necesaria su ingesta porque les

hará daño, así mismo les sugieren sustituirlos por medicina alternativa, sin embargo los asistentes al grupo focal consideran que las indicaciones médicas son las que deben seguir porque ellos son los especialistas y no saben si las sugerencias que les hacen, repercutirán en su salud.

Paciente 1: "...uno se basa, a lo que ellos, al diagnóstico que ellos dan, o sea nosotros tenemos que seguir las indicaciones del médico ¡verdad! Ya lo demás, pues sale sobrando, pues, o sea que ellos no están en el mismo (familiares), en la misma situación pues, nosotros tenemos, ellos o sea, por familiares o amigos cercanos, quieren lo mejor para uno, pero en veces, en veces de hacer un bien, hacen un mal, y es lo que yo pienso" (64).

Percepción de normas

Algunos pacientes indicaron que los amigos que frecuentan, no contemplan su padecimiento como algo importante de atender, pues constantemente les invitan a dejar el tratamiento, les ofrecen alimentos que perjudican su salud y ejemplifican con la vida de familiares que el omitir los medicamentos o evitar cierto tipo de alimentos no tienen secuelas en el cuerpo.

Otros pacientes, por el contrario, consideran que los amigos o familiares constantemente les recuerdan la toma de medicamentos e incluso entre ellos realizan retos para dejar de consumir alimentos o bebidas que dañan su salud.

Paciente 2: "Pues son más escépticos mis vecinos, mis amigos, donde vamos, a veces -hay hombre no se la tome (medicamento), no pasa nada, hay no para que se toma eso si es pa diabéticos no les pasa nada- y les digo no, pues, yo me las tomo, pues no les digo, no tengo porque consultarles; ¿ya se la tomó? ¿para qué? ¿para qué me la tomé? pero para que voy a estar llevando la contraria, es una vida muy cansada. Que me estén diciendo que no me pasa nada; un día que no se la tomé no le pasa nada, ándele vengase a cenar ¿qué es eso? Un platón de menudo así ¡hay no!... cuando a mi me dieron la insulina, a mí todo el mundo me dijo: te vas a quedar ciega,

te va a pasar esto, eso se la dan a los que ya se van a morir, y ¡uy! yo hasta lloré ese día...” (64).

Percepción de apoyo disponible

Ocasionalmente los medicamentos no se encuentran disponibles en el centro de salud y tienen que conseguirlos por fuera, generando gastos; se les complica realizar ejercicio por el trabajo o en ocasiones, lo realizan pero no ven los beneficios en el cuerpo, porque los niveles de glucosa no se controlan, así mismo, algunas amistades son consideradas una barrera al no comprender que su enfermedad representa cuidados distintos y regularmente no lo comprenden.

Paciente 2: “no, porque, mi familia casi no me frecuenta, son más bien mis amistades... vamos a un grupo de matrimonios y ese grupo de matrimonios, pues que nos vamos a cenar en una casa, en otra y así pero ya, ahora últimamente como que ya, no pues ya le traje su soda de dieta y ya. Como anoche fuimos con unos compañeros del grupo y nos dieron nopales, esta bien, también ellos ya se ponen a dieta y nos invitaron nopales, entonces eso me cayó de maravilla, hasta me puse la insulina con gusto” (64).

Eficacia percibida

Aún no perciben como eficaz los resultados del tratamiento porque recientemente obtuvieron la prescripción del mismo o consideran que es una causa del descontrol en el peso corporal; pues han observado que a pesar de seguir las indicaciones médicas, es un factor que no pueden controlar, dicha idea surgió porque un especialista distinto al que los atiende en la clínica, lo comentó.

Paciente 1: “pues ahorita de que empecé a tomarla, me, la metformina, o sea yo pesaba 100 kilos, baje hasta 80, pero me fui pa rriba, subí a noventa y tantos y volvía bajar y orita pues ya subí unos dos kilos, otra vez pa rriba pues, yo creo que eso fue lo

que bajé la otra vez que vine pero ahora los volví a subir, si, pues apenas estoy con el tratamiento, pues, o sea, también no, todavía no...” (64).

Intención de adherir

Los pacientes expresaron que no hay problema con la intención de seguir con el tratamiento, procuran no olvidar la toma de medicamentos, asistir a las citas médicas y en caso de omitir alguna toma, la recuperan en cuanto advierten la omisión.

Paciente 1: “...seguir el tratamiento, o sea, pues... ya uno ya esta, pues, hay que seguir el tratamiento, ya esta metido uno en esta situación, ya hay que, pues seguir adelante” (64).

Creencias acerca de la susceptibilidad a la enfermedad

Los pacientes consideran que la diabetes es una enfermedad que solo se controla y que permanecerá por mucho tiempo en su cuerpo, así mismo creen que Dios es el único que determinará la cura, no obstante están conscientes que de cuidarse podrán vivir muchos años y reducir las secuelas.

Paciente 2: “pues dicen que para la diabetes no hay cura y pues como dice él (paciente 1), solamente Dios tiene la última palabra, pero es controlarla, controlarla podemos llevar una vida pues más sana dentro de lo que cabe verdad o provocar que nuestro daños sean más leves, más lento, pero pues no lo podemos evitar....” (64).

Creencias acerca de la severidad de la enfermedad

Consideran que hay enfermedades más graves que la diabetes, sin embargo el padecimiento avanza lentamente y las secuelas podrían sentirse en cualquier periodo de tiempo.

Paciente 2: " Pues si estamos hablando del cáncer, si hay enfermedades más graves que las inmediatas, para mi, esto que yo tengo es cáncer, pero vamos lento y es controlable...vamos lento, hay estamos con el medicamento, pero vamos avanzando, porque primero están las reacciones secundarias de los medicamentos y a parte la reacción secundaria, de tu azúcar, de la zona que te este haciendo en todo tu organismo, que no lo podemos evitar ni lo podemos detener de ninguna manera, ponemos nuestro granito de arena, nos tomamos nuestro medicamento, pero sigue avanzando..." (64).

Conducta de adherencia

Consideran que tomar el medicamento es mejor que no tomarlo, pues a pesar de no estar controlados, argumentan que sin el medicamento su situación sería aún más grave, así mismo están conscientes de su condición y tienen suficientes motivos para integrar su tratamiento como parte de su rutina.

Paciente 2: "Seguirlo si es mejor, porque sin medicamento... si con medicamento a veces traigo 150 de azúcar en ayunas, sin medicamentos voy a traer 300 y eso me va a perjudicar a mi, de ante mano, aunque tenga reacciones secundarias, como yo le digo, va a ser siempre mejor tomar medicamentos que no tomarlos..." (64).

8. DISCUSIÓN

Las variables psicosociales medidas con el CDA mostraron diferencia significativa entre el grupo con control y sin control glucémico en una variable; los datos analizados mediante las pruebas estadísticas X^2 y t de Student se interpretaron dentro de un intervalo de confianza del 95% y los resultados entre grupos lo mostraron, no obstante la descripción de las mismas variables en los grupos focales reflejó diferencias en diversos factores. Las variables donde se advirtió poca afinidad entre grupos fueron: aceptación a normas, percepción de normas, percepción de apoyo disponible-apoyo y barreras, eficacia percibida y severidad.

Los resultados obtenidos en la variable "aspectos interpersonales médico-paciente" coincidieron con los obtenidos por Cofreces et al. (35) y Koach et al. (41) quienes concluyeron que el éxito de la adherencia está relacionado con la comunicación eficaz, donde el paciente es un ser activo y se percibe como un miembro importante; en el grupo focal, los pacientes aseguraron que les agrada percibir el interés del médico por su salud, así mismo los datos obtenidos en el CDA corresponde con lo dicho al ser ésta una representante con mayor promedio (4.1).

Baro y González (36) aseguraron que la comunicación con los familiares también es de vital importancia en el manejo de una adherencia adecuada; los pacientes que integraron los grupos focales, describieron como un aspecto importante dicha variable al asegurar que reciben apoyo para seguir con sus tratamientos, por ejemplo cuando les recuerdan las tomas de medicamentos, los apoyan con la alimentación o cuando les preguntan por su estado de salud.

En la variable "percepción de apoyo disponible" Shahar et al. (43) afirmó que el apoyo familiar y motivación están relacionados con una dieta adecuada, no así con un buen control metabólico; los resultados estadísticos de dicha investigación corresponden con los demostrados por éste autor. Así mismo se concuerda con lo dicho por Riyadh y Gao et al. citados en Shahar (43) quienes

determinaron que las características sociodemográficas no se relacionan con el buen control metabólico.

Las descripciones del grupo focal sobre la misma variable, concuerda con los resultados de Mayberry y Osborn (45), Contreras et al. (46) y Herrera-Díaz en Contreras (46) quienes aseguran que el apoyo social es importante para la adherencia; en sus estudios demostraron que la presencia de un familiar que esta consciente de su enfermedad, así como amistades, es importante y que existe diferencia entre personas con buena adherencia y no adherencia. En el grupo focal de personas sin control glucémico se refirió que consideran tener amistades que no los apoyan y los inducen a interrumpir su tratamiento, contrario con los integrantes del grupo con control quienes aseguran que sus familiares y amigos los apoyan.

Moreno et al., citado en Ávila Sansores et al. (48) asegura que una "barrera" para la adherencia son las ideas erróneas como el omitir toma de medicamentos por no presentar síntomas, considerar que la insulina ocasiona ceguera entre otras, mismas que pudieron advertirse en el grupo focal de pacientes sin control glucémico, quienes describieron que al incluir a su tratamiento la insulina, recibieron comentarios de amigos y conocidos que les advertían de secuelas e incluso la muerte. Así mismo se advirtió en ambos grupos otra barrera, fue la económica, pues muchos de ellos tienen que conseguir los medicamentos cuando no les son proporcionados en el centro de salud.

Las creencias sobre la "susceptibilidad y severidad del padecimiento" en el grupo focal describieron que los pacientes están conscientes de que es una enfermedad que solo puede controlarse y aminorar o retardar secuelas, sin embargo los pacientes de ambos grupos aseguraron que el ejercicio es una indicación difícil de seguir por sus actividades diarias; consideran que existen padecimientos más graves que el que ellos tienen, dichos resultados concordaron con los obtenidos por López-Amador y Ocampo-Barrio (47) y Ávila-

Sansores et al. (48) que reportaron los resultados de sus respectivas investigaciones e indicaron que los pacientes reconocen que las secuelas no las pueden aplazar, contribuyen a su tratamiento, pero no se pueden adherir a el, permanece la idea de que la insulina genera muchas complicaciones, como la hipoglucemia o hipotensión, al experimentar mejoría tras la toma de medicamentos, abandonaban los mismos, en éste último caso, los pacientes de los grupos focales, aseguraron no realizarlo.

En un estudio dirigido por Maldonado et al. (65) donde relacionó las variables psicosociales y el control metabólico, describió que las determinantes con mayor asociación fueron percepción de apoyo disponible ($p=0.078$), intención de adherir ($p=0.078$) y severidad ($p=0.098$), lo determinó al aplicar la prueba X^2 ; las descripciones del grupo focal indican que los pacientes de ambos grupos tienen la mejor intención de adherirse a sus tratamientos. Con referencia a las variables "aceptación a normas, percepción de normas, y conducta de adherencia", se concuerda estadísticamente con los resultados del artículo, pues no fueron significativos.

La variable con mayor asociación para asegurar una mejor adherencia a los tratamientos, fue la de años con el padecimiento, es decir, los pacientes que mostraron mejor adherencia fueron aquellos que llevaban más años con el tratamiento.

Según Bolaños et al. (1) los medicamentos de mayor consumo registrado por pacientes diabéticos son glibenclamida (15,8%), ácido acetilsalicílico (9,0%), metformina (5,2%) e insulina (5,1%); en este estudio la glibenclamida representó el menor consumo con 12%, metformina fue la más empleada con 72%, seguida de la insulina con 15%, no se obtuvo registro para el ácido acetilsalicílico.

Una de las limitantes del presente estudio, fue la asignación de pacientes a los grupos adheridos y no adheridos, pues la mejor forma para determinar el control metabólico es empleando la hemoglobina glucosilada, sin embargo, los

recursos de la clínica y del estudio no permitieron cumplir con dicha medida, por lo tanto se decidió emplear tres medidas de glucosa capilar en ayunas y ajustarla al error estándar que permite el instrumento empleado, con la finalidad de minimizar la obtención de glucosa.

9. CONCLUSIONES

Para resolver las preguntas de investigación se aplicó el instrumento CDA en los grupos con y sin control glucémico, los resultados de su aplicación reflejaron diferencia significativa en uno de los nueve factores psicosociales; sin embargo se emplearon las sesiones de grupo focal para complementar la información y explorar la percepción de los pacientes ante dichas variables, mostrando diferencia entre grupos. Las tres preguntas planteadas se enumeran en los siguientes párrafos:

1. ¿Cuáles son las variables psicosociales con mayor asociación en pacientes diabéticos con y sin control glucémico? la variable con mayor asociación para el grupo con control fue “intención de adherir” y para el grupo no controlado fueron “aceptación a normas” y “apoyo barreras”. Ambos grupos mostraron mayor asociación en las variables “relaciones interpersonales médico paciente”, “eficacia percibida”, “severidad” y “conducta de adherencia”; los resultados del cuestionario CDA reflejan que el grupo sin control glucémico perciben el apoyo de familiares y amigos como algo que favorece a su adherencia, sin embargo en las sesiones de grupo focal se mostró lo contrario, así mismo, puede advertirse que al grupo con control glucémico involucra la toma de medicamentos, ejercicio y dieta como algo dentro de sus planes.

2. ¿Existe diferencia estadística significativa de variables psicosociales entre pacientes diabéticos con y sin control glucémico? con la aplicación del cuestionario CDA se determinó que hubo diferencia significativa con la variable “aceptación a normas”, se aplicó la prueba estadística t de Student y los datos arrojados para dicho factor oscilaron entre el nivel de significancia de $\pm .05$; también se pudo observar una diferencia entre los años del padecimiento, porque los pacientes con más años de tratamiento, mostraron un mejor control glucémico. De la misma forma al aplicar la prueba estadística X^2 se determinó que el uso de la insulina fue un factor que impedía el control de glucemia; los pacientes con este tipo de tratamiento obtuvieron medidas que no oscilaron

entre el ± 3 que el instrumento Accu-chec Active permite para determinar una medida adecuada, dicho resultado corresponde con lo descrito por los pacientes en el grupo focal del grupo no adherido, quienes indicaron que en diversas ocasiones recibieron comentarios negativos de este medicamento, por ejemplo que esta asociado con la idea de muerte u obesidad y alguna vez existió temor por adherirse:

“...y subí de peso, y no sé si sea porque me dijo una doctora de hay del similares, el día que me sentí mal fui allá y me dijo ella: “es que no te debieron haber dado insulina todavía, porque eso te va ayudar a que subas de peso”...”

“...cuando a mi me dieron la insulina, a mí todo el mundo me dijo: te vas a quedar ciega, te va a pasar esto, eso se la dan a los que ya se van a morir, y ¡uy! yo hasta lloré ese día...”

Las sesiones de grupo focal con los pacientes con control y sin control metabólico mostraron diferencia en la percepción de variables, estas fueron: “aceptación a normas”, “percepción de normas”, “percepción de apoyo disponible”, “eficacia percibida” y “severidad”. En la descripción de aceptación a normas, los pacientes del grupo con control glucémico indicaron que es sencillo seguir las indicaciones médicas, aunque en un inicio les costó trabajo adaptarse, han aprendido a controlar su alimentación y han logrado manejar el estrés; el grupo sin control aseguró que tanto familiares como amigos, les sugieren la suspensión del tratamiento porque tendrán secuelas negativas y les realizan sugerencias que se contraponen a las indicaciones médicas.

En la descripción de percepción de apoyo disponible, los integrantes del grupo con control consideran que la familia es un gran apoyo para su adherencia a tratamientos, contrario al grupo sin control que frecuenta poco a la familia y consideran que algunas amistades representan una barrera para el cumplimiento de su tratamiento, pues les sugieren la interrupción del mismo.

En la variable eficacia percibida el grupo con control glucémico considera que el tratamiento es eficaz y que los medicamentos no son la única vía para mantenerse saludables, pues tienen que esforzarse más y la mayor

responsabilidad de mejora les corresponde a ellos; contrario al grupo no adherido que asegura no percibir aún resultados del tratamiento pues consideran que es el causante de su descontrol en el peso corporal.

En la descripción de las creencias acerca de la severidad de la enfermedad, los integrantes del grupo con control glucémico indicaron que existen enfermedades más graves que la diabetes y que al ser controlada podrán vivir más años, pues conocen a familiares que han regulado los tratamientos médicos y han prolongado los años de vida; el grupo sin control también considera que existen enfermedades más graves, pero que las secuelas no tardarán en presentarse.

Las variables que mostraron diferencia entre ambos grupos, pueden emplearse para realizar programas de intervención en los pacientes de recién diagnóstico o con aquellos que presenten dificultad para adherirse a tratamientos, cabe mencionar que la no adherencia esta relacionada con secuelas que puede ocasionar graves problemas de salud, así como en el incremento de los gastos a nivel personal e institucional.

3. ¿Cómo describen los pacientes con y sin control glucémico las variables psicosociales atendidas? las descripciones de los pacientes con control glucémico indican que ellos son quienes cuidan y sugieren a familiares y amigos las tomas de medicamentos o el control de alimentos que se consideran poco favorables para la salud, ya que ellos al lograr modificar su dieta están conscientes de los cambios positivos que esto conlleva. Consideran que es importante el seguimiento del tratamiento porque de ello depende su salud y no necesitan sentir malestares para cuidarse; así que cumplen con las indicaciones médicas, perciben el apoyo de familiares y amigos, porque respetan las tomas de sus medicamentos y contemplan las limitaciones alimenticias que implica el padecimiento.

Por otro lado, los pacientes del grupo sin control glucémico indican que tienen poco apoyo por parte de amistades, pues les sugieren la interrupción del

tratamiento y los invitan a consumir alimentos que son poco saludables dadas sus condiciones de salud; a pesar de ello intentan seguir su tratamiento, sin embargo aún no logran identificar los beneficios del mismo porque no alcanzan un buen control de la enfermedad, el manejo de su peso corporal es inadecuado y adjudican dicha situación al medicamento, así mismo aseguran que a pesar de que el tratamiento permite mejorar la salud, las secuelas se vivirán tarde o temprano y creen que Dios es el único que decide sobre su cura.

Ambos grupos coincidieron en la satisfacción con los médicos que actualmente los consultan, porque se consideran escuchados, bien atendidos y perciben al médico como un profesionalista que se interesa por su salud; no obstante las experiencias anteriores no son similares, pues reconocen que hay médicos que únicamente expiden recetas sin interesarse realmente por sus avances y lejos de apoyarlos, solo recibían regaños del mismo.

Contrario a los resultados obtenidos con la aplicación del CDA, la descripción en el grupo focal mostró que la variable “intención de adherir” no presentó diferencia entre ambos grupos; pues consideran que tienen la mejor intención de adherirse al tratamiento, procuran estar atentos a cada toma de medicamento, evitan alimentos que perjudiquen su salud y les agrada seguir aprendiendo técnicas que les ayuden a disminuir las secuelas de la enfermedad.

También coincidieron en la descripción de la variable “creencias acerca de la susceptibilidad a la enfermedad”, donde indican que el padecimiento permanecerá en su cuerpo; pero si cuidan del tratamiento, las secuelas pueden prolongarse y mantener la salud por más tiempo.

Finalmente coinciden con la descripción de la variable “conducta de adherencia” porque consideran que es preferible la toma de medicamentos que la omisión y sin ellos, su condición de salud sería grave.

Se pudo advertir diferencia entre variables psicosociales de ambos grupos, así mismo se identificó la existencia de elementos que pueden apoyar en la

adherencia a los tratamientos, como la red familiar, amigos, relación con los médicos e incluso la misma percepción del paciente ante diversos elementos de su vida. La falta de adherencia es creciente y preocupante, sin embargo es un tema complejo ya que no es unicausal y es importante estudiarlo desde diferentes perspectivas; la aportación de la presente investigación, contribuye de manera significativa en el área de la psicología de la salud, porque otorga elementos importantes de atender con esta población.

Los resultados dan paso a la implementación de acciones que favorezcan la toma de medicamentos y el seguimiento de las indicaciones médicas por parte de los pacientes; trabajar los aspectos psicológicos con las personas que enfrentan diagnósticos como el de ésta enfermedad, es relevante porque las condiciones a las cuales tienen que adaptarse, son en mucho de los casos las primordiales barreras para realizar acciones de mejora de la salud.

En investigaciones futuras se recomienda indagar sobre las acciones que se realizan para apoyar a pacientes de recién diagnóstico y su percepción ante las mismas, pues como ya se mencionó, se enfrentan a situaciones donde incluso tienen que realzar hábitos contrarios a los que comúnmente estaban acostumbrados. También es importante aplicar acciones preventivas con los temas de las variables psicosociales y conocer la efectividad de las mismas. Así mismo conocer la opinión de su red de apoyo, ya sean familiares o amigos y de los médicos tratantes.

Es importante mencionar que una de las limitantes de la investigación fue la asignación de pacientes a los grupos con y sin control glucémico, pues la mejor manera para determinar si un paciente se adhiere o no a su tratamiento, es la hemoglobina glucosilada, sin embargo los recursos no permitieron la obtención de dicha medida; por lo tanto se emplearon glucosas capilares en ayunas y con la finalidad de minimizar algún error, se tomaron tres medidas en diferentes momentos, en intervalos de un mes y retomando la variabilidad del instrumento empleado se realizó la asignación.

REFERENCIAS

1. Bolaños RAnRg, Shigematsu LMR, Ruíz JAJn, Márquez SAJr, Ávila MHn. Costos directos de atención médica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en México: análisis de microcosteo. *Rev Panam Salud Pública*. 2010;28(6): 412-20.
2. González-Villalpando C, Dávila-Cervantes CA, Zamora-Macorra M, Trejo-Valdivia B, González-Villalpando MaE. Risk factors associated to diabetes in Mexican population and phenotype of the individuals who will convert to diabetes. *Salud pública de México*. 2014;56(4):317-22.
3. Barquera S, Campos-Nonato I, Aguilar-Salinas C, Lopez-Ridaura R, Arredondo A, Rivera-Dommarco J. Diabetes in Mexico: cost and management of diabetes and its complications and challenges for health policy. *Globalization and Health*. 2013;9(3).
4. World Health Organization. *Diabetes* Geneva: World Health Organization; 2015 [Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>].
5. Sánchez-Barriga JJs. Mortality trends from diabetes mellitus in the seven socioeconomic regions of México, 2000–2007. *Rev Panam Salud Pública* 2010;28(5):368-75.
6. Jiménez-Corona Ad, Aguilar-Salinas CA, Rojas-Martínez R, Hernández-Ávila M. Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. *Salud Pública de México*. 2013;55(2):137-43.
7. Dávila-Cervantes CA, Montañó AMP. Diabetes mellitus: Aporte al cambio en esperanza de vida en México 1990, 2000 y 2010. *Rev salud pública*. 2014;16(6):910-23.
8. Olaiz G, Rivera J, Shamah T, Rojas R, Villalpando S, Hernández M, et al. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública 2006*.
9. Cantón SBFn, Urbán LGI, Oros RA. *Panomara epidemiológico y estadístico de la mortalidad en México 2009*. México: Secretaría se Salud; 2011.
10. Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* In: Pública INdS, editor. México 2012.
11. Secretaría de Salud del Estado de Baja California. *Estrategia para la prevención y control del sobrepeso, obesidad y la diabetes en Baja California*. In: ISESALUD, editor. México 2014.

12. González-Villalpando C, Dávila-Cervantes CA, Zamora-Macorra M, Trejo-Valdivia B, González-Villalpando MaE. Incidence of type 2 diabetes in Mexico. Results of The Mexico City Diabetes Study after 18 years of follow-up. *Salud Pública de México*. 2014;56(1):11-7.
13. Paddison CAM, Alpass FM, Stephens CV. Psychological Factors Account for Variation in Metabolic Control and Perceived Quality of Life Among People with Type 2 Diabetes in New Zealand. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2008;15:180-6.
14. López JAPa. La Psicología y los psicólogos en el sector de la salud en México: algunas realidades perturbadoras. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2004;4(1):191-205.
15. Rose M, Fliege H, Hildebrandt M, Schirop T, Klapp BF. The Network of Psychological Variables in Patients With Diabetes and Their Importance for Quality of Life and Metabolic Control. *Diabetes Care*. 2002;25(1):35-42.
16. Lawrence WG, Frederick LB, Ann A, Group PPODW. Primary prevention of type 2 diabetes: integrative public health and primary care opportunities, challenges and strategies. *Family Practice*. 2012;29:i13-i23.
17. NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, (2010).
18. Leonardo RE, (comp) BGIAL. *Medicina conductual: Teoría y práctica México* Qartuppi; 2014. 355 p.
19. Anne D, Peter M. Primary, secondary and tertiary prevention of non-insulin-dependent diabetes. *Postgrad Med J*. 1994;70:529-35.
20. Pan American Health Organization. *Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2*. Washington2008.
21. Campuzano MadLRg, Anaya EDa-GI, Rodríguez JCGa. Un instrumento para evaluar factores disposicionales relacionados con la adherencia a la dieta en pacientes diabéticos. *Enseñanza e investigación en psicología* 2013;18(2):263-76.
22. Koch SDA. Istrumento para medir variables psicosociales asociadas al cumplimiento del tratamiento médico. *Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes*. 2006;15(1).

23. Ackermann C-L, Palmer FA. The contribution of implicit cognition to the Theory of Reasoned Action Model: a study of food preferences. *Journal of Marketing Management*. 2014;30:529-50.
24. Mobin-ul-Haque, Azhar SM, Manqoosh-ur-Rehman. Incorporating emotions as antecedents and mediators in the theory of reasoned action (TRA) model. *Business Review*. 2014;9(2):40-7.
25. Southey G. The Theories of Reasoned Action and Planned Behaviour Applied to Business Decisions: A Selective Annotated Bibliography. *Journal of New Business Ideas & Trends*. 2011;9(1):43-50.
26. Tougas ME, Hayden JA, McGrath PJ, Huguet A, Rozario S. A Systematic Review Exploring the Social Cognitive Theory of Self-Regulation as a Framework for Chronic Health Condition Interventions. *PLoS ONE*. 2015;10(8).
27. Bandura A. *Social cognitive theory*. Greenwich: JAI Press; 1989.
28. Jang Y, Yoo H. Self-management programs based on the social cognitive theory for Koreans with chronic disease: A systematic review. *Contemporary Nurse*. 2012;40(2):147-59.
29. Harvey JN, Lawson VL. The importance of health belief models in determining self-care behaviour in diabetes. *Diabet Med*. 2009;26:5-13.
30. Vazini H, Barati M. The Health Belief Model and Self-Care Behaviors among Type 2 Diabetic Patients. *Iranian journal of diabetes and obesity* 2014;6(3):107-13.
31. Aalto A-M, Uutela A. Glycemic control, self-care behaviors, and psychosocial factor among insulin treated diabetics: a test of and extended health belief model. *International Journal of Behavioral Medicine*. 1997;4(3):191-214.
32. Koach SDÁ. Instrumento para medir variables psicosociales asociadas al cumplimiento del tratamiento médico. *MedULA*. 2006;15(1):4-12.
33. Becker MH, Janz NK. The Health Belief Model Applied to Understanding Diabetes Regimen Compliance. *The Diabetes Educator*. 1985;11(1):41-7.
34. Ávila-Sansore GMa, Gómez-Aguilar P, Yam-Sosa AV, Vega-Argote G, Franco-Corona BE. Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México. *Aquichan* 2013;13(3):373-86.

35. Cofreces P, Ofman SD, Stefani D. La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Revista de Comunicación y Salud*. 2014;4:19-34.
36. Baró AOAn, González AT. La relación médico-paciente: complejidad de un vínculo indispensable. *MEDICIEGO*. 2014;20(1):1-11.
37. Tol A, Baghbanian A, Rahimi A, Shojaeizadeh D, Mohebbi B, Majlessi F. The Relationship between perceived social support from family and diabetes control among patients with diabetes type 1 and type 2. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*. 2011;10:1-8.
38. Alfonso LdLÁMn, Ábalo JAG, Brito ADoE. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2014;40(2):225-38.
39. Wachter NH, Díaz RAG, Casas-Saavendra LP. Causas de descontrol metabólico en pacientes con diabetes en atención primaria en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). *Revista de Investigación clínica*. 2014;66(4):369-78.
40. Morales LER. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología Cirugía Vascul*. 2015;16(2):175-89.
41. Koch SDA, Barrea Y, Escalante G, D'Orazio AK, Benitez A. Relación médico paciente y adherencia a tratamiento. *MedULA*. 2009;18:33-9.
42. Rondón JE, Lugli Z. Efectos del tipo de diabetes, estrategias de afrontamiento, sexo y optimismo en el apoyo social *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2013;18(3):193-207.
43. Shahar S, Fakhruddin NNur INM, Hui KJ, Suhaimi NFS, Zulkepli NYF, Roslan R, et al. Family Support and Self-Motivation Influence Dietary Compliance and Glycemic Control among Type 2 Diabetes Mellitus Outpatients. *Jurnal Sains Kesihatan Malaysia*. 2016;14(2):39-47.
44. Shawon SR, Hossain FB, Adhikary G, Gupta RD, Hashan MR, Rabbi F, et al. Attitud towards diabetes and social and family support among type 2 diabetes patients attending a tertiary-care hospital in Bangladesh: a cross-sectional study. *BMC Res Notes*. 2016;9:2081-8.

45. Mayberry LS, Osborn CY. Family Support, Medication Adherence, and Glycemic Control Among Adults With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 2012;35:1239-45.
46. Contreras CdSM, Bahsas FB, Hernández MdP. Funcionalidad familiar y apoyo social en pacientes diabéticos amputados. *MedULA*. 2009;18:8-11.
47. López-Amador K, Ocampo-Barrio P. Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar*. 2007;9(2):80-6.
48. Ávila-Sansores GMA, Gómez-Aguilar P, Yam-Sosa AV, Vega-Argote G, Franco-Corona BE. Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México. *AQUICHAN*. 2013;13(3):373-86.
49. Huerta KC, Téllez GYne, Salinas CAA, Díaz JMM. Funcionamiento cognoscitivo en la diabetes tipo 2: una revisión. *Salud Menta*. 2013;36:167-75.
50. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: World Health Organization; 1999.
51. Cordero-Hernández A, Pinto-Almazán R. Diabetes mellitus tipo 1 y 2. Estudio epidemiológico del primer año del servicio de Consulta Externa del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. *Evid Med Invest Salud*. 2014;7(1):10-8.
52. Instituto Mexicano del Seguro Social. Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. México 2014.
53. World Health Organization. Definition, diagnosis and classifications of diabetes mellitus and its complications. In: surveillance Dond, editor. Geneva 1999.
54. González-Cantero JO, Tena RO. Intervenciones cognitivo conductuales para diabéticos en México. *Salud Mental* 2016;39(2):99-105.
55. Jasso-Huamán LE, Villena-Pacheco A, Guevara-Linares X. Control metabólico en pacientes diabéticos ambulatorios de un hospital general. *Rev Med Hered*. 2015;26:167-72.
56. Arredondo A. Requerimientos financieros para la demanda de servicios de salud por diabetes e hipertensión. *Rev Invest Clin*. 2001;53(5):422-9.

57. Barcelo A, Aedo C, Rajpathak S, Robles S. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. *Bulletin of the World Health Organization*. 2003;81(1):19-27.
58. Instituto Nacional De Estadística y Geografía(INEGI). Encuesta Intercensal 2015 México2015.
59. Myers G. Displaying opinions: topics and disagreement in focus groups. *Language in Society*. 1998;27(1):85-111.
60. Turney L, Pocknee C. Virtual Focus Groups: New Frontiers in Research. *International Journal of Qualitative Methods*. 2005;4(2):1-10.
61. Kitzinger J. Education and debate Qualitative Research: Introducing focus groups. *BMJ*. 1995;311:299-302.
62. USAID. Programa para la convivencia ciudadana U.S.: USAID del pueblo de los Estados Unidos de América; 2015 [Available from: file:///Users/lorenaguerrero/Desktop/Tesis/Citar%20en%20descripción%20de%20lugarMariano%20Matamoros.webarchive.
63. Grupo focal de pacientes con control glucémico. Centro de Salud Mariano Matamoros 2016.
64. Grupo focal de pacientes sin control glucémico. Centro de Salud Mariano Matamoros 2016.
65. Maldonado AN, Zamora PGG, Morales FdMS. Determinantes psicosociales de la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2. *Revista electrónica semestral en Ciencias de la Salud*. 2014;1(5).

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario Sobre las Determinantes de Adherencia (CDA)



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Nombre: _____

Edad: _____

Instrucciones: Para cada enunciado marque con un **X** la opción que más explique su situación.

	Completamente desacuerdo 1	En desacuerdo 2	Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3	De acuerdo 4	Completamente de acuerdo 5
1. Los doctores y otros profesionales de la salud escuchan lo que les digo					
2. Los doctores y otros profesionales de la salud responden a todas mis preguntas					
3. Los doctores y otros profesionales de la salud me tratan cortés y amigablemente					
4. Yo confío que los doctores y otros profesionales de la salud se interesan en mi salud					
5. Los doctores y otros profesionales de la salud a veces ignoran lo que les digo					
6. Algunas veces los doctores utilizan términos médicos sin explicar su significado					
7. Yo quiero hacer lo que mis parientes piensan debo hacer con mi tratamiento					
8. Yo quiero hacer lo que mis amigos mas cercanos piensan debo hacer con mi tratamiento					
9. Yo quiero hacer lo que mi familia inmediata piensa que debo hacer con mi tratamiento					
10. Mis amigos mas cercanos piensan que debo seguir el tratamiento					

	Completamente desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
	1	2	3	4	5
11. Mis parientes piensan que debo seguir el tratamiento					
12. Los miembros de mi familia inmediata piensan que debo seguir el tratamiento					
13. Demasiadas cosas se interponen para yo seguir mi tratamiento					
14. Necesito mas ayuda para seguir mi plan de tratamiento					
15. Mi tratamiento es demasiado problemático para poder seguirlo					
16. Soy capaz de manejar cualquier problema para seguir mi tratamiento					
17. Seguir el tratamiento me ayuda a estar más saludable					
18. Yo estaré igualmente saludable sin seguir el plan de tratamiento					
19. Yo creo que si cumplo mi tratamiento evitare enfermarme de nuevo					
20. Es difícil creer que el tratamiento me ayudara					
21. Cumplir con el tratamiento no esta entre mis planes					
22. No tengo muchas intenciones de seguir con mi tratamiento					
23. Yo espero liberarme de esta enfermedad pronto					
24. Mi cuerpo estará sano muy pronto					
25. Existen enfermedades mucho mas severas que la que yo padezco					
26. La enfermedad que yo padezco no es tan severa como otros dicen					
27. Cumplir con mi tratamiento es mejor que no cumplirlo					
28. Yo intento seguir mi plan de tratamiento					

Cualquier dato proporcionado será confidencial y se agradecerá su sinceridad

Anexo 2. Carta de consentimiento informado



Consentimiento Informado

Relación de variables psicosociales en el control metabólico de pacientes diabéticos

¿Cuál es el objetivo del estudio?

Valorar la relación de variables psicosociales en el control metabólico de pacientes diabéticos de 45 a 60 años de edad con buen control y poco control metabólico.

¿En qué consiste su participación?

Resolver un cuestionario y participar en las sesiones de grupos focales diseñados para trabajar dentro de la clínica.

¿Cuáles son los beneficios si usted decide participar?

Los resultados de esta investigación podrán darle a usted y a la población en general información en cuanto a la adherencia a tratamientos y los datos podrían aportar información relevante para contribuir a crear nuevos programas para incrementar la adherencia y con ello beneficiar la salud.

¿Es obligatorio que yo participe?

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Si lo desea puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando ya haya aceptado.

¿Alguien sabrá lo que yo contesté?

-En toda la información se omitirá su nombre y será manejada con normas estrictas de confidencialidad.
-Solo los integrantes del equipo de investigación tendrán derecho a ver las respuestas individuales, por lo tanto queda protegida su identidad.

¿Obtendrá algún beneficio monetario?

Nadie recibirá ningún pago por su participación.

¿Existe algún riesgo si participa?

No existe ningún riesgo al participar. Sólo debe saber que la sesiones de grupo focal serán grabadas con fines estrictamente de investigación.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerla ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio.

Si desea mayor información, se puede comunicar con la responsable del proyecto Lic. Lorena Granada Guerrero 664-333 1579

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

.....
He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del Participante _____ Firma del Participante _____

Fecha _____ Día/mes/año.

Testigo _____

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE BAJA CALIFORNIA

COMITÉ DE BIOÉTICA
VIGENCIA

26-10-15 a 26-10-17

FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

Anexo 3. Aprobación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina y Psicología.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

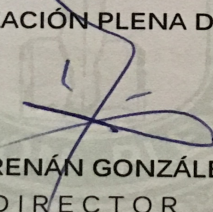
Tijuana Baja California, 26 de Octubre del 2015
Oficio No. 1486/2015-2

PSIC. LORENA GRANADA GUERRERO
Presente.-

Por medio de este conducto, me permito informarle que se sometió a revisión a la Comisión de Bioética de esta Facultad, la solicitud de revisión del proyecto de investigación: **"RELACION DE VARIABLES PSICOSOCIALES EN EL CONTROL METABOLICO DE PACIENTES DIABETICOS"**, el cual tuvo como resultado el siguiente dictamen **APROBATORIO** (se anexa).

Sin más por el momento, me despido de usted enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"POR LA REALIZACIÓN PLENA DEL HOMBRE"


DR. ALFREDO RENÁN GONZÁLEZ RAMIREZ
DIRECTOR

UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE BAJA CALIFORNIA



FACULTAD DE MEDICINA
Y PSICOLOGIA
CAMPUS TIJUANA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
Comité de Bioética

Tijuana, Baja California a 26 de Octubre del 2015.

DR. ALFREDO RENÁN GONZÁLEZ RAMÍREZ
DIRECTOR FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
PRESENTE.

Por medio del presente y aprovechando para extenderle un cordial saludo se le notifica que, después de revisar la solicitud de revisión del proyecto de investigación con título:

“Relación de variables psicosociales en el control metabólico de pacientes diabéticos”

I.P.: Psic. Lorena Granada Guerrero

en comisión específica, el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina y Psicología, ha decidido el siguiente dictamen:

APROBADO

Los fundamentos para dicha decisión se basan en que es un proyecto clasificado “Categoría II. Con riesgo mínimo” de acuerdo al Artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud por haber cumplido con las características para dicho nivel incluyendo aplicación de cuestionarios y grupos focales. El consentimiento informado cubre los requerimientos señalados en la LGS por lo que se autoriza para su aplicación a los sujetos en investigación, a la vez que el proyecto garantiza la confidencialidad de los mismos.

La presente aprobación es para su aplicación en un período no mayor a **DOS AÑOS** a partir de la fecha del dictamen; cualquier cambio al protocolo requiere de notificación a este Comité en un período no mayor a 15 días para mantener la vigencia del mismo.

Sin más por el momento, quedo de Usted como su S.S.

Atentamente

“Por la Realización Plena del Hombre”

Dr. Miguel Angel Fraga Vallejo
Comité de Bioética FMyP

C.c.p. Archivo Comité de Bioética / D135

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE BAJA CALIFORNIA
RECIBID
OCT 26 2015
RECIBID
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGIA
CAMPUS TIJUANA

Anexo 4. Guía para las sesiones del grupo focal

1. Bienvenida
2. Lectura del objetivo y descripción de la dinámica del grupo focal
3. Relaciones interpersonales
 - ¿Cómo es su relación con los doctores y otros profesionales de la salud?
 - ¿Confía en que los doctores y otros profesionales de la salud se interesan en su mejoría?
4. Adaptación a normas
 - ¿Realiza lo que sus parientes y/o amigos piensan que debe hacer con el tratamiento?
5. Normas
 - ¿Sus amigos y/o parientes piensan que debe seguir el tratamiento?
6. Apoyo/barreras
 - ¿Existen demasiadas cosas que se interponen para que pueda seguir su plan de tratamiento?
 - ¿Considera que su tratamiento es problemático?
7. Eficacia percibida
 - ¿Cree que el tratamiento le ayudará?
8. Intenciones
 - ¿Tiene intenciones de seguir su plan de tratamiento?
9. Severidad
 - ¿Considera que su cuerpo estará sano muy pronto?
10. Susceptibilidad
 - ¿Existen enfermedades más graves que la que usted padece?
11. Conducta
 - ¿Cumplir con su tratamiento es mejor que no cumplirlo?
12. Agradecimiento por la participación en las sesiones de grupo focal