



**Universidad Autónoma de Querétaro**

**Facultad de Medicina**

Razones de mal apego en diabetes tipo 2

**Tesis**

Que como parte de los requisitos  
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
Presenta:

Med. Gral. Francisco Rodriguez Corona

Dirigido por:  
Dra. en Educación Luz Dalid Terrazas Rodriguez

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO. FEBRERO 2026

La presente obra está bajo la licencia:  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

### Usted es libre de:

**Compartir** — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

### Bajo los siguientes términos:



**Atribución** — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



**NoComercial** — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



**SinDerivadas** — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

**No hay restricciones adicionales** — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

### Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Medicina  
Especialidad en Medicina Familiar

“Razones de mal apego en diabetes tipo 2”

**Tesis**

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la

Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Med. Gral. Francisco Rodriguez Corona

Dirigido por:

Dra. en Educación Luz Dalid Terrazas Rodriguez

Dra. en educación Luz Dalid Terrazas Rodriguez

Presidente

Med. Esp. Karla Elizabeth Margain Pérez

Secretario

Med. Esp. Azucena Bello Sánchez

Vocal

Med. Esp. Prishila Dánae Reyes Chavez

Suplente

Med. Esp. Arizbeth Aguilar Arteaga

Suplente

## Resumen

**Introducción:** La diabetes es una enfermedad en rápido crecimiento a nivel mundial, con una prevalencia que superó las proyecciones esperadas. A nivel mundial, cerca del 44.47% de los pacientes no siguen adecuadamente su tratamiento, lo que afecta negativamente el control metabólico y la calidad de vida. Esta investigación busca identificar las causas del bajo apego al tratamiento para proponer estrategias que mejoren el control de la diabetes y reduzcan complicaciones y costos en salud. **Objetivo:** Identificar las razones del mal apego en pacientes con diabetes tipo 2, dada su estrecha relación con el control metabólico y la alta prevalencia de mal apego. **Materiales y métodos:** Estudio cualitativo de enfoque fenomenológico. Se seleccionó una muestra aleatoria de pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en una clínica de primer nivel con mal control metabólico; previa firma de consentimiento informado se les realizó una entrevista semiestructurada. Posteriormente, se identificaron categorías y subcategorías a través del análisis inductivo de las entrevistas. **Resultados:** Tras el análisis de la transcripción de 8 entrevistas (6 femeninos, 2 masculinos); se determinaron ocho categorías y 21 subcategorías, destacando aspectos relacionados con las redes de apoyo del paciente, el desconocimiento sobre la enfermedad, el autocuidado, las justificaciones de los pacientes para su autocuidado y las causas médico-institucionales que afectan a las personas con diabetes. **Conclusión:** El apego al tratamiento no depende únicamente de los elementos sociodemográficos del paciente, sino también las instituciones de salud. La calidad de la atención médica desempeña un papel crucial en el seguimiento adecuado de las indicaciones médico-dietéticas de los pacientes con diabetes.

**Palabras Clave:** Adherencia al tratamiento, diabetes tipo 2.

## Summary

**Introduction:** Diabetes is a rapidly growing disease worldwide, with a prevalence that has exceeded projected expectations. Globally, approximately 44.47% of patients do not adhere adequately to their treatment, which negatively impacts metabolic control and quality of life. This research aims to identify the causes of poor treatment adherence in order to propose strategies to improve diabetes management and reduce complications and healthcare costs. **Objective:** To identify the reasons for poor adherence in patients with type 2 diabetes, given its strong relationship with metabolic control and the high prevalence of non-adherence. **Methods:** A qualitative study with a phenomenological approach. A random sample of patients with type 2 diabetes who received care at a primary care clinic and had poor metabolic control was selected. After signing informed consent, they participated in a semi-structured interview. Subsequently, categories and subcategories were identified through inductive analysis of the interviews. **Results:** After the analysis of 8 interviews (six women and 2 men); was get eight categories and 21 subcategories were identified, highlighting aspects related to patients' support networks, lack of knowledge about the disease, self-care, patients' justifications for their behaviors, and medical-institutional causes affecting people with diabetes. **Conclusion:** Treatment adherence does not depend solely on the patient's sociodemographic factors but also on the healthcare institutions. The quality of medical care plays a crucial role in the proper follow-up of medical and dietary indications for patients with diabetes.

**Keywords:** Treatment adherence, type 2 diabetes.

## **Dedicatorias**

A mis maestros quienes con paciencia me llevaron por este camino, brindándome de su apoyo y su conocimiento. En especial a la Dra. Luz Dalid quien compartió no solo su conocimiento y apoyo, si no su pasión por la investigación y la docencia.

A mi hija quien sirve de inspiración en las cansadas horas del posgrado y quien sin saber alivia mi cansancio y mi estrés al recibirme con un abrazo y una sonrisa que borra cualquier pena.

A mis padres quien a pesar de los años aun me siguen apoyando en todo lo posible. Y sin su ayuda no hubiera sido posible llevar este proceso.

Por último, al amor de mi vida quien desde un inicio se embarcó en este proceso a mi lado y me brindo con paciencia su comprensión, amor y apoyo. Gracias a ella este proceso lo recordare con alegría por el resto de mi vida.

## **Agradecimientos**

Le agradezco a mis familiares y amigos que me alegraban y me animaban cuando los días se tornaban pesados. Sin faltar de agradecer a Yazmín quien con su amor incondicional me brindaba energía para seguir adelante.

## Índice

<b>Resumen</b> .....	<b>I</b>
<b>Summary</b> .....	<b>II</b>
<b>Dedicatorias</b> .....	<b>III</b>
<b>Agradecimientos</b> .....	<b>IV</b>
<i>Índice de cuadros</i> .....	<i>VII</i>
<i>Índice de Tablas</i> .....	<i>VII</i>
<b>Abreviaturas y siglas</b> .....	<b>VIII</b>
<b>I. Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>II. Antecedentes</b> .....	<b>3</b>
<b>. III. Fundamentación teórica</b> .....	<b>7</b>
<i>Diabetes</i> .....	<i>7</i>
Epidemiología y perspectivas .....	<i>7</i>
Clasificación .....	<i>10</i>
Tratamiento .....	<i>11</i>
<i>Adherencia al tratamiento</i> .....	<i>12</i>
Consecuencias .....	<i>14</i>
Causas de incumplimiento .....	<i>16</i>
.....	<i>18</i>
<i>Medición del cumplimiento terapéutico</i> .....	<i>19</i>
Test de cumplimiento auto comunicado o test de Haynes-Sackett .....	<i>19</i>
Test de Morisky-Green .....	<i>20</i>
Test de Batalla (Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad).....	<i>21</i>
Test de Hermes .....	<i>21</i>
<b>IV. Hipótesis</b> .....	<b>23</b>
<b>V. Objetivos</b> .....	<b>24</b>
<i>V.1 Objetivo general</i> .....	<i>24</i>
<i>V.2 Objetivos específicos</i> .....	<i>24</i>
<b>VI. Material y métodos</b> .....	<b>25</b>
<i>VI.1 Tipo de investigación</i> .....	<i>25</i>

VI.2 Población .....	25
VI.3 Muestra y tipo de muestreo .....	25
VI. 3.1 Criterios de selección .....	25
VI. 3.2 Caracterización de la población .....	26
VI.4 Técnicas e instrumentos.....	26
VI.5 Procedimientos.....	27
VI.5.1 Análisis de datos .....	28
VI.5.2 Consideraciones éticas .....	28
<b>VII. Resultados .....</b>	<b>30</b>
<i>Caracterización de la población</i> .....	30
Resultados.....	32
<i>Desconocimiento de la enfermedad</i> .....	37
<i>Autocuidado</i> .....	39
<i>Ingreso bajo</i> .....	42
<i>Saturación del servicio</i> .....	43
<i>Desabasto de medicamento</i> .....	44
<i>Redes de apoyo</i> .....	45
<i>Tratamiento medico</i> .....	47
<i>Disfunción comunicativa</i> .....	48
<b>IX. Discusión .....</b>	<b>50</b>
<b>X. Conclusiones:.....</b>	<b>54</b>
<b>XI. Propuestas.....</b>	<b>55</b>
<b>XII. Bibliografía .....</b>	<b>58</b>
<b>XIII. Anexos .....</b>	<b>63</b>
XIII.1 Hoja de recolección de datos .....	63
XIII.2 Instrumentos .....	64
XIII.3 Carta de consentimiento informado. ....	65
XIII.4 Registro UAQ. ....	67
XIII.5 Registro SIRELCIS.....	67
XIII.6 Documento anti-plagio.....	68

## Índice de cuadros

Ilustración 1 Prevalencia de diabetes .....	9
Ilustración 2 Porcentaje de adherencia en enfermedades crónicas .....	14
Ilustración 3 Causas de incumplimiento terapéutico .....	18
Ilustración 4: Hoja de recolección de datos.....	63
Ilustración 5: Entrevista semi estructurada .....	64

## Índice de Tablas

Tabla I Caracterización de la población de estudio .....	30
Tabla II Categorías encontradas .....	31
Tabla III Tabla de resultados .....	32

## **Abreviaturas y siglas**

**IMSS:** Instituto Mexicano de Seguridad Social

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**IMC:** Índice de masa corporal

**SIMF:** Sistema informático de medicina familiar

**UMF:** Unidad de medicina familiar

**FAO:** Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura

**DT2:** Diabetes Tipo 2

## I. Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina, la hormona necesaria para controlar la glucosa en la sangre, o bien, cuando el organismo no puede utilizar eficazmente la insulina que produce, esto lleva a un aumento del azúcar en la sangre que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.(Elsayed et al., 2023)

La prevalencia de esta en 2019 fue del 9.3% (463 Millones) y se estima que en 2030 sea del 10.2% (578 millones) y en 2045 aumente hasta el 10.9% (700 Millones) (Saeedi et al., 2019). Sin embargo, se alcanzó la cifra de 537 millones de casos en 2021 superando así la proyección esperada. Una causa de alarma es el porcentaje estimado de pacientes no diagnosticados que alcanza el 45% de los cuales se estima que sea diabetes tipo 2(Sun et al., 2022) En Querétaro, especialmente en la UMF 15, hay una población de 5,615 pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2, de los cuales solo el 41% tienen control metabólico (UMF 15, 2023)

El apego al tratamiento es un grave problema de salud a nivel mundial, sobre todo en enfermedades crónicas y aquellas que involucran la toma de medicamento en casa. Se estima que la falta de apego ocurre en cerca del 44.47% en promedio a nivel mundial. En un metaanálisis se muestra una diferencia significativa cuando se analiza el nivel de ingreso por país; mostrando una falta de apego del 47.79% en países con ingresos altos y medios, sin embargo, se reduce hasta el 16.52 en comunidades con ingreso medio-bajo. (Boonpattharatthiti et al., 2024)

Los factores de riesgo para el no apego terapéutico son los relacionados con el paciente, la enfermedad, el médico tratante, el lugar donde se prescribe el tratamiento, y el medicamento en sí. Los estudios sobre este tema muestran el 50% de cumplimiento en enfermedades crónicas. Con los siguientes factores de

riesgo asociados: desconocimiento de la enfermedad, desconfianza de la capacidad del médico, duración de la consulta menor a 5 minutos, falta de comprensión de las indicaciones médicas, escolaridad baja, estado civil e intolerancia los medicamentos(Camarillo Guzmán et al., 2019).

## **II. Antecedentes**

La diabetes es de las enfermedades más antiguas de las cuales contamos evidencia de registros. Existe evidencia desde 1500 a.C en un manuscrito egipcio, que menciona síntomas como la poliuria (“un vaciado demasiado grande de la orina”). Evolucionando nuestra comprensión con la ayuda de los médicos Sushruta y Charaka quienes en india identificaron dos tipos, la primera asociada a personas jóvenes delgadas, y la última relacionada con mayor edad y sobrepeso. (Villalba, 2022)

Desde entonces nuestra comprensión sobre esta enfermedad solo fue en aumento, así como la prevención de esta. Durante el siglo XIX, en Francia, el clínico Bouchardat, destacó la relación entre la obesidad, el sedentarismo y los hábitos dietéticos con la aparición de la diabetes. A pesar del conocimiento creciente sobre la misma, así como de esfuerzos por mediar su incidencia, en las últimas décadas la prevalencia de esta enfermedad continúa aumentando alarmantemente en todo el mundo. Se atribuye en manera significativa a la urbanización, cambios de estilo de vida (dieta hipercalórica y rica en grasas y carbohidratos simples), disminución de la actividad física, así como factores socioeconómicos, los cuales aumentan la incidencia de obesidad, uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2. (Organización Panamericana de la Salud (PAHO), 2023).

La transición epidemiológica es un proceso ampliamente citado que describe cómo los cambios en los perfiles de salud de una sociedad están determinados por factores sociales, económicos y demográficos. Este concepto fue acuñado originalmente en 1971 por Omran. En las etapas iniciales de este proceso, predominan las enfermedades transmisibles como causa de muerte, pero a medida que avanza, se observa un cambio hacia un predominio de enfermedades no transmisibles. (Pablo Antonio Kuri-Morales, 2011)

La transición en salud tiene un impacto significativo en el apego al tratamiento debido a los cambios en los perfiles de salud y las demandas del sistema de salud. A medida que la transición epidemiológica avanza, se observa un cambio en las causas de muerte predominantes, pasando de enfermedades transmisibles a no transmisibles, lo que implica un cambio en los tipos de tratamientos requeridos y en la manera en que los pacientes deben adherirse a ellos. Además, la transición tecnológica, que incluye avances en diagnósticos y tratamientos, también influye en el apego al tratamiento, ya que ofrece nuevas herramientas y métodos que pueden mejorar la adherencia si se implementan adecuadamente. Por lo tanto, entender estas transiciones es crucial para mejorar el apego al tratamiento y, en consecuencia, los resultados de salud. (Pablo Antonio Kuri-Morales, 2011)

La OMS define la adherencia al tratamiento como el grado en que la conducta de una persona se adecua a las recomendaciones emitidas por el personal de salud. (World Health Organization, 2003)

La literatura científica resalta la importancia de emplear estrategias que impacten en el autocuidado, adquisición de conocimiento y motivos para desarrollar conductas que disminuyan los riesgos de un mal manejo de la enfermedad. Estas problemáticas están relacionadas con la función y momento de toma de medicamento, e ideas o creencias erróneas respecto a estos. (Villalba, 2022)

Entre algunas de las características contextuales se han estudiado los tipos de relación médico paciente que facilitan la comunicación clara y la influencia del ambiente y relaciones familiares en el control de la enfermedad. (Mora Romo, 2022)

Según un metaanálisis realizado en 2022 se encontró que al implementación de terapias psicológicas tiene un efecto positivo grande. Sin

embargo, se encontró que la edad resulto en una variabilidad importante en la eficacia, resaltando la necesidad de generar talleres para diferentes grupos etarios, así como el enfoque teórico, que promueva la convivencia, diálogo, u construcción del conocimiento sobre la enfermedad. (Mora Romo, 2022)

En el estudio 2019 con “Apego al tratamiento en pacientes diabéticos y sus creencias sobre el uso de terapias alternas y complementarias” en un estudio cualitativo, explora el uso de otros tratamientos en el paciente diabético como causa de su mal apego, encontrando que los pacientes con diabetes recurren al uso de estas terapias por temor a los efectos secundarios de los medicamentos, así como falta de poyo sociofamiliar para seguir con el tratamiento farmacológico (Camarillo Guzmán et al., 2019)

José Fernando en su publicación: “Adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 en México: Estudio de metaanálisis” aborda el tema de la adherencia al tratamiento como predictor del control y manejo de la diabetes tipo 2 y el efecto de las intervenciones psicológicas para mejorar el mismo. Observando que los aspectos fundamentales fueron la actividad física, seguimiento dietético y asistencia a citas médicas; y de estas intervenciones el efecto positivo fue mayor en pacientes con edades cercanas a los 52 años. motivándonos a crear estrategias educativas que favorezcan el autocuidado (Mora Romo, 2022).

En el 2021 se publicó un artículo “Adherencia terapéutica en adultos mayores con hipertensión y diabetes mellitus tipo II: una aproximación cualitativa” que busca las razones de mal apego en el adulto mayor con hipertensión y diabetes, describiendo 26 categorías, hace un énfasis en las categorías de ageismo, asilamiento y soledad que subyacen a un mayor riesgo cardiovascular; y el paternalismo biomédico que limita la relación de ayuda con el paciente. (Rodrigo Facio et al., 2022)

La gaceta medica de caracas público en 2022 el articulo cualitativo *“Adherencia terapéutica y variables relacionadas en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital público”* que las principales causas de mal apego en el paciente con hipertensión y diabetes fueron la mala relación médico-paciente; un mal entorno ambiental, y agrega el número de comorbilidades como limitantes del buen apego al tratamiento (Raraz Vidal & Raraz Vidal, 2022).

El estudio transversal analítico: *“Relación entre la funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la UMF 20”* busco la relación entre funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento. Encontró un nivel de adherencia del 58.3% en la población estudiada; identificando que el nivel de adherencia terapéutica guarda relación con el grado de funcionalidad familiar (Delgadillo Guadarrama, 2023).

En 2024 un estudio transversal descriptivo de nombre: *“Factores asociados al mal control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo II entre 40 a 85 años, en los Centros de Salud Puerto Madero y Llano de la Lima, Chiapas”* que los pacientes no tienen conocimiento de la enfermedad, probablemente por el bajo nivel de alfabetización (24% de analfabetas) y el nivel de estudios de los participantes(40% educación primaria). También aborda el abandono de medicamento cuando carecen de sintomatología (“cuando se sienten bien”) y resalta que, aunque la mayoría de los pacientes cuentan con red de apoyo familiar, esta no favorece el apego al tratamiento médico (Guillén Vázquez & Saucedo Herrera, 2024).

Un artículo de revisión en Barcelona (*“Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora”*) describe múltiples factores: socioeconómicos, relacionados con el personal sanitario, con el tratamiento, con la patología, con la patología o con el paciente. Concluyendo que las estrategias para mejorar el apego deben ser individualizadas para cada paciente (Pagès Puigdemont & Valverde Merino, 2018).

### III. Fundamentación teórica

#### **Diabetes**

La diabetes se considera por muchos como enfermedad compleja clasificada como un síndrome crónico que se desarrolla con el tiempo. En esta enfermedad, hay una disminución en la cantidad y calidad de la insulina por parte del páncreas, lo que resulta en unas alteraciones cualitativas, cuantitativas o ambas de la insulina. Esta enfermedad puede causar daño a nivel micro y macro vascular, lo que puede afectar la calidad de vida, así como el control metabólico en los pacientes. Además, la diabetes puede resultar en muertes prematuras, costos elevados de atención médica y tasas de hospitalización elevadas. (Cuéllar et al., 2016)

En una persona sin diabetes, la glucosa en sangre se mantiene en niveles normales gracias a la acción de la insulina. Cuando se consume un alimento que contiene carbohidratos, como el pan o la pasta, el cuerpo lo descompone en glucosa. La insulina permite el paso de la glucosa dentro de las células del cuerpo en las que funciona como fuente de energía. En la diabetes, la glucosa se acumula en la sangre porque no puede ser utilizada correctamente por las células del cuerpo. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2018)

#### **Epidemiología y perspectivas**

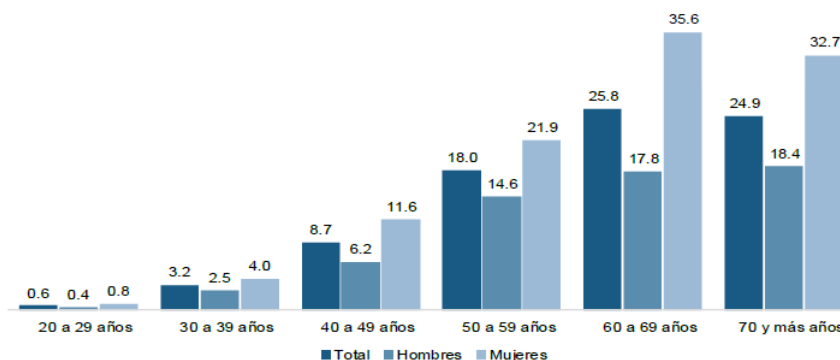
En la actualidad, la diabetes tipo (DT2) se ha convertido en un problema de salud global que está en aumento. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las cifras de esta enfermedad se han triplicado en menos de 20 años. La diabetes, junto con las enfermedades del corazón, es una de las principales razones de muerte en América, incluyendo México. Además, es una causa frecuente de discapacidad, fallecimientos prematuros y altos costos en su prevención y tratamiento. Estas enfermedades golpean con más fuerza a las personas con menos recursos, quienes son más vulnerables a sus efectos.

Cuando alguien las padece, no solo afecta su salud, sino que también puede llevar a su familia a dificultades económicas. (Cuéllar et al., 2016)

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de México publicó estadísticas sobre la diabetes en el país con motivo del Día Mundial de la Diabetes. En 2020, la diabetes se convirtió en la tercera causa de muerte. En 2018, el 10.32% de la población de 20 años o más (8,542,718 personas) informó haber recibido diagnóstico con diabetes. La enfermedad es más prevalente en mujeres que en hombres y se observa un aumento en el diagnóstico de la enfermedad a mayor edad. Resultados sobre prevalencia de la diabetes 2018 indica que los estados de Campeche, Hidalgo y Tamaulipas tienen el mayor número de casos de diabetes en población de 20 años y más, mientras que Quintana Roo, Querétaro y Aguascalientes registran las prevalencias más bajas. En el caso de Querétaro, la prevalencia en la población de mayores de 20 años fue del 7.51% en 2018, lo que representa una de las tasas más bajas del país. En cuanto a la mortalidad por diabetes, en 2020 se reportaron 1,086,743 fallecimientos en México, de los cuales el 14% (151,019) correspondieron a defunciones por diabetes. Estudios sobre mortalidad colocan a la diabetes con el número de fallecimientos más alto por cada 10 mil habitantes en un año. Tabasco y Tlaxcala son los estados que muestran mayor mortalidad por diabetes; contrario a los estados de Aguascalientes y Baja California Sur con el menor número de fallecimientos por año debido a esta enfermedad. En resumen, la diabetes mellitus sigue siendo un problema de salud pública en México, con una alta tasa de mortalidad y una prevalencia significativa en la población. Sin embargo, se observan diferencias en la prevalencia de la enfermedad entre las diferentes entidades federativas. (INEGI et al., 2018)

## Ilustración 1 Prevalencia de diabetes

Prevalencia de diabetes mellitus en población de 20 años y más, por grupo de edad según sexo en 2018 (porcentaje)



Nota: La prevalencia se refiere a la población de 20 años y más que al momento de la encuesta declaró tener un diagnóstico previo de diabetes. El cálculo por edad se obtiene sobre el total de población de la encuesta de 20 años y más, de hombres y de mujeres en cada grupo de edad.

Fuente: INEGI, INSP, SALUD. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018.

El Programa de Prevención y Control de Diabetes (2000-2006) se enfocó en establecer prioridades y estrategias para reducir la morbilidad y mortalidad por diabetes en México. Esto incluyó la implementación de lineamientos homogéneos para el diagnóstico y manejo de los casos, así como la unificación de criterios de aplicación sectorial. Las acciones estratégicas del programa incluyeron la difusión de campañas sobre medidas de autocuidado de la salud, la aplicación de encuestas de factores de riesgo a la población mayor de 20 años, el desarrollo de competencias y metodologías didácticas para el personal de salud y el acceso a la información para el personal de salud y la población en general. (Cuéllar et al., 2016)

Hoy en día, prevenir y controlar la diabetes es un desafío para las autoridades de salud en el país. Esta enfermedad, al igual que otras afecciones crónicas, suele estar relacionada con hábitos de vida poco saludables, como una mala alimentación, la falta de actividad física, el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol. Además, factores como la genética y el estrés también influyen en su desarrollo (Organización Panamericana de la Salud (PAHO), 2024).

## Clasificación

Debido al descubrimiento de la fisiología detrás de la diabetes, la clasificación de la enfermedad se encuentra en constante cambio, permitiendo así profundizar en conceptos útiles como la historia natural, etiología, genética, tratamientos óptimos para esta patología. La diabetes comprende a varios desordenes caracterizados entre sí por la hiperglicemia, sin embargo, tienen una amplia variedad de etiopatologías, que incluyen alteraciones en la secreción de insulina, alteración en la acción de la insulina o ambos, y alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas (Organización Panamericana de la Salud (PAHO), 2024). existiendo actualmente dos tipos principales: Diabetes tipo 1 y Diabetes tipo 2; aunque la ADA (American Diabetes Association) clasifica a la enfermedad en 4 (Elsayed et al., 2023):

1. Diabetes tipo 1: este tipo de diabetes es causado por una lisis autoinmune de las células beta.
2. Diabetes tipo 2: Ocasionada por una disminución progresiva de la secreción de insulina, por parte de las células beta, con frecuencia con resistencia a la insulina de fondo y síndrome metabólico.
3. Tipos específicos de diabetes por otras causas: aquí se incluyen otros padecimientos pancreáticos (como fibrosis quística y pancreatitis), síndromes de diabetes monogénica (como la tipo MODY y la neonatal) e inducida por químicos (uso de glucocorticoides, tratamiento de VIH/SIDA o después de trasplante de órganos).
4. Diabetes gestacional: este tipo se diagnostica en el segundo o tercer trimestre del embarazo, sin antecedente de enfermedad previa a este.

Estos dos tipos de diabetes (tipo 1 y tipo 2) son enfermedades heterogéneas en las cuales el diagnóstico y la evolución misma de la enfermedad cuentan con presentaciones diversas. La clasificación es importante ya que determina el

tratamiento sin embargo hay ciertos individuos que no pueden ser clasificados al momento del diagnóstico (Elsayed et al., 2023).

## **Tratamiento**

Los principales objetivos en el manejo de la diabetes son los siguientes (Samson et al., 2023):

1. Estilo de vida: Los cambios en el estilo de vida deben ser guiados y apoyados por un equipo de salud para obtener mejores resultados.
2. Disminución del peso corporal: Gran parte de las personas con diabetes tienen sobrepeso u obesidad, por lo que es importante abordar este problema. Para lograrlo, se recomienda hacer cambios en el estilo de vida, como seguir una dieta baja en calorías, hacer ejercicio regularmente y recibir apoyo psicológico
3. Hemoglobina Glucosilada: la meta de control está dada por factores como la edad, comorbilidades asociadas, años con diagnóstico de diabetes y apego al tratamiento. Los niveles menores de 6.5% se consideran óptimos.
4. Glucemia: es importante la medición tanto de la glucosa en ayuno, así como posterior a los alimentos, ya sea por auto monitoreo o glucosa sanguínea.
5. El tratamiento debe ser individualizado con base en las características de los pacientes; debe considerarse la eficacia, mecanismo de acción, riesgo de inducir hipoglucemias, riesgo de ganancia de peso, tolerabilidad, economía del paciente, seguridad y disminución de los riesgos cardiovasculares, renales y hepáticos.
6. Es importante minimizar el riesgo de hipoglicemia severa y no severa.
7. Tomar en cuenta el costo del tratamiento para el paciente.
8. Frecuentemente se requiere el uso de 2 o más fármacos.
9. Manejo integral y multidisciplinario, incluyendo hipertensión, dislipidemia y cualquier comorbilidad relacionada.
10. evaluar frecuentemente el tratamiento hasta llegar a metas de control, tomando en cuenta varios criterios: HbA1C, glucosa en ayunas y postprandial, lípidos, TA, peso, función renal y hepática, cardiovascular, etc.

11. El régimen terapéutico debe ser lo más simple, pero optimizando la adherencia.

El objetivo del tratamiento de la diabetes es mantener los niveles de azúcar en la sangre lo más cerca posible de los valores normales y prevenir complicaciones tanto a corto como a largo plazo. Como en las personas con diabetes los mecanismos naturales de regulación del azúcar en la sangre no funcionan correctamente, factores como la alimentación, el estrés emocional y la actividad física pueden causar subidas o bajadas en la glucosa, lo que puede derivar en problemas de salud inmediatos. Además, una alimentación inadecuada y la falta de ejercicio aumentan el riesgo de desarrollar complicaciones a largo plazo, en especial enfermedades del corazón (Feinglos & Bethel, 2008).

### **Adherencia al tratamiento**

Se define de acuerdo con la OMS en 2003 como: «el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario» (Organization, 2003)

La Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados Sanitarios (ISPOR) ha establecido una definición para el cumplimiento terapéutico (también conocido como adherencia), que se refiere a la medida en que un paciente sigue las indicaciones precisas en cuanto a dosis, horarios de administración y duración del tratamiento. Sin embargo, los resultados médicos de un tratamiento no solo dependen de cómo los pacientes toman sus medicamentos, sino también de cuánto tiempo los siguen tomando. Por esta razón, en los últimos años se ha empezado a utilizar el término "persistencia" para describir la duración

en la que un paciente continúa con el tratamiento, es decir, el período que transcurre desde que comienza hasta que lo interrumpe (Cramer et al., 2008).

La falta de cumplimiento con el tratamiento se ha vuelto en una preocupación de suma importancia para la salud pública, y la Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que abordar y superar los obstáculos para que los pacientes sigan su tratamiento debe ser una parte esencial de los esfuerzos para mejorar la salud de la población. Para lograrlo, se requiere un enfoque interdisciplinario (Organización Panamericana de la Salud, 2022)

Los medicamentos son una de las principales herramientas para cuidar la salud, pero su efectividad puede verse afectada cuando los pacientes no siguen correctamente el tratamiento. Según el doctor Javier Soto, del Departamento de Fármaco-economía de Pfizer, en Estados Unidos la falta de cumplimiento con los tratamientos médicos tiene un gran impacto en el sistema de salud, causando entre el 5% y el 10% de las hospitalizaciones, alrededor de 2.5 millones de visitas a urgencias y aproximadamente 125,000 muertes al año. No seguir el tratamiento como se indica puede empeorar las enfermedades, aumentar el riesgo de complicaciones e incluso reducir la calidad de vida, además de generar una mayor demanda de atención médica y recursos sanitarios. (Pfizer, 2009)

## **Ilustración 2 Porcentaje de adherencia en enfermedades crónicas**

*Porcentaje de adherencia en enfermedades crónicas*

<b>Diabetes tipo II</b>	65-85 % (antidiabéticos orales) 60-80 % (insulina)
<b>Epilepsia</b>	50-70 %
<b>Hipertensión arterial</b>	17-60 %
<b>Dislipemias</b>	45-62 %
<b>SIDA</b>	50-80 %
<b>Osteoporosis</b>	45-70 %

*Fuente: (Pfizer, 2009)*

Se estima que el apego al tratamiento en enfermedades no transmisibles en países desarrollados es aproximadamente del 50%, siendo incluso menor en los países en vías de desarrollo (Samson et al., 2023). Y en México (Chihuahua) se encontró un apego del 54%, sin embargo, al indagar sobre el tratamiento el 49% de estos, empleaban plantas medicinales; sustituyendo el medicamento o disminuyendo la dosis de este; impactando así sobre su control metabólico, con una media de hemoglobina glucosilada mayor al 10%. Por el análisis anterior se entendería que el apego al tratamiento realmente fue menor al 50% (Secretaría de Salud, 2002).

### **Consecuencias**

La falta de seguimiento adecuado del tratamiento terapéutico tiene diversas repercusiones, tanto desde una perspectiva médica como económica, debido al aumento en las tasas de mortalidad o enfermedad en estos pacientes. La magnitud y el período en el que estas consecuencias se manifiesten dependerán principalmente de la naturaleza del medicamento recetado y de la enfermedad para la que se haya prescrito (Dilla et al., 2009).

Concorre una clara y directa asociación entre el incumplimiento y la obtención de peores resultados en salud. Lograr un cumplimiento adecuado con las indicaciones médicas es crucial para comprender plenamente los beneficios de los medicamentos y prevenir dudas sobre su eficacia. Las consecuencias clínicas de la falta de adherencia están determinadas por la interacción de tres elementos clave: la naturaleza del incumplimiento, la enfermedad que se está tratando y las características farmacodinámicas y farmacocinéticas del medicamento (Dilla et al., 2009).

El fracaso en alcanzar los objetivos de salud establecidos suele tener como consecuencia un incremento de los gastos en la mayoría de los casos. Esto se debe a un aumento en las hospitalizaciones, consultas médicas ambulatorias y visitas a servicios de urgencias, así como a ajustes en las dosis, modificaciones en las prescripciones y un aumento en la realización de pruebas diagnósticas más invasivas. Tan solo la hospitalización por mal apego le cuesta 13,250 millones de dólares a Estados Unidos, llegando a implicar el 1.7% de su gasto en salud (Pfizer, 2009).

Por otro lado, se ha demostrado que una adecuada adherencia al tratamiento está relacionada con una disminución en la utilización de recursos médicos. En un estudio realizado en pacientes con colitis ulcerosa, se observó que aquellos que seguían rigurosamente el tratamiento experimentaron una reducción del 62% en los gastos hospitalarios, un 13% consultas no programadas y un 45% menos de visitas a servicios de urgencias. En conjunto, los costos relacionados con la atención médica se redujeron a la mitad. Estos mismos resultados se han replicado en investigaciones realizadas con pacientes diabéticos, donde la adherencia al tratamiento resultó en una disminución de los costos médicos y una menor tasa de hospitalizaciones (Pfizer, 2009)

Sin embargo, la falta de adherencia no solo tiene un impacto en el sistema de atención médica, sino que también afecta al propio paciente. Según lo

señalado por Javier Soto, los pacientes sufren una serie de gastos relacionados con los desplazamientos a sus clínicas u hospitales, la pérdida de tiempo tanto para ellos como para sus familiares, en algunos casos la necesidad de pagar a cuidadores para el paciente y las modificaciones que a menudo deben realizar en sus hogares para adaptarlos al paciente, como la instalación de rampas, entre otros. Además de estos costos, también se ven afectados por la pérdida de productividad debido a los días de ausencia laboral y la disminución de años de vida productiva debido a una muerte prematura (Pfizer, 2009).

### **Causas de incumplimiento**

Existen varios factores que pueden llevar al paciente en la falta de apego, y casi todas estas causas se encuentran interrelacionadas. Las podemos agrupar en aquellas relacionadas con el paciente, con el fármaco (o con la prescripción médica), las relacionadas con la enfermedad, y aquellas relacionadas con el profesional sanitario (Pfizer, 2009).

Hoy en día, muchas personas con enfermedades crónicas como la diabetes recurren a terapias alternativas y complementarias para ayudar en su tratamiento. Estas prácticas se utilizan junto con los tratamientos médicos convencionales para mejorar el control de la diabetes, retrasar sus complicaciones y aliviar algunas molestias causadas por los medicamentos (Camarillo Guzmán et al., 2019).

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la medicina tradicional abarca el conjunto total de saberes, métodos y acciones basados en las teorías, convicciones y vivencias particulares de diversas culturas. Su finalidad radica en preservar la salud, prevenir, identificar, mejorar o abordar problemas tanto físicos como mentales. Cuando otros grupos adoptan la medicina tradicional, también puede conocerse como medicina alternativa o complementaria (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Otras causas frecuentes son aquellas asociadas al fármaco, tales como los efectos adversos que provocan interrupción o abandono de la pauta terapéutica o pueden aparecer como consecuencia de confusión o mal entendimiento de las recomendaciones médicas sobre la dosificación y la elección del horario oportuno para su administración (Dilla et al., 2009).

Un elemento clave que contribuye al incumplimiento por el factor farmacológico es la complicación del plan de tratamiento del paciente, lo que a su vez incrementa las posibilidades de cometer errores al tomar la medicación. Por lo tanto, simplificar el tratamiento mejora la adhesión del paciente a la terapia y, como resultado, aumenta la probabilidad de obtener resultados favorables (Dilla et al., 2009).

El aumento en el costo de los medicamentos, junto con el incremento en la cantidad que el paciente debe pagar de su propio bolsillo por los medicamentos financiados por el sistema público, resulta en un aumento en los gastos relacionados con los medicamentos para el paciente. Esto, a su vez, puede representar un obstáculo para que el paciente siga su plan de tratamiento de manera adecuada (Papaioannou et al., 2007). Y no solo el costo de medicamentos, sino que, en numerosas ocasiones, el costo de los medicamentos y la dificultad de llevar a cabo una dieta adecuada, especialmente cuando no se recibe la orientación nutricional necesaria, son factores que pueden llevar al paciente diabético a abandonar su tratamiento médico (Saucedo Tamayo et al., 2006).

La escasez de tiempo durante las interacciones médico-paciente, especialmente en entornos de atención médica primaria, junto con desafíos en la comunicación entre ambas partes, puede ser una razón para que el paciente deje de seguir su plan de tratamiento. En situaciones específicas, como en enfermedades crónicas, resulta crucial llevar a cabo un seguimiento periódico del paciente para asegurar el éxito del tratamiento. (Orueta et al., 2008)

### Ilustración 3 Causas de incumplimiento terapéutico

Causas del incumplimiento	Estrategias dirigidas a mejorar la adherencia				
	Técnicas	Conductuales	Educativas	Apoyo social	Dirigidas a profesionales, administración e industria
Factores relacionados con el paciente					
Características sociodemográficas				●	
Escaso conocimiento de la enfermedad, el tratamiento y/o las consecuencias del incumplimiento			●		
Desconfianza en la elección o la efectividad del tratamiento			●		
Incomprensión u olvido de las instrucciones recibidas			●		●
Olvido o falta de motivación		●		●	
Barreras de acceso					●
Factores relacionados con el tratamiento			●	●	
Efectos secundarios					
Características de la medicación (farmacocinética, farmacodinámica, características organolépticas, formas farmacéuticas, etc.)	●				●
Complejidad del régimen (politerapia, pauta posológica compleja, duración del tratamiento, etc.)	●	●			●
Coste/copago de la medicación				●	●
Factores relacionados con la enfermedad					
Enfermedad crónica	●	●	●	●	●
Enfermedad aguda		●	●		
Enfermedades poco sintomáticas		●	●		
Factores relacionados con el profesional sanitario					
Forma de comunicación y contenido de la información					●
Desconfianza o poca cooperación entre el paciente y el profesional sanitario					●

Fuente: (Dilla et al., 2009)

## **Medición del cumplimiento terapéutico**

Algunos factores clave han sido identificados como indicadores de una baja adherencia al tratamiento médico. Entre ellos se encuentran la falta de conocimiento del paciente sobre su enfermedad, su tratamiento y las consecuencias de no seguirlo; una relación deficiente con el médico; la complejidad y duración del tratamiento; la presencia de enfermedades sin síntomas evidentes; la falta de seguimiento médico o la interrupción del tratamiento sin supervisión; los efectos secundarios de los medicamentos; el costo del tratamiento y los copagos; la ausencia en citas médicas; problemas psicológicos como depresión o ansiedad; las creencias y percepciones del paciente sobre la medicación; y dificultades cognitivas que afecten su cumplimiento (Maestre Hernández, 2018).

Para facilitar la evaluación para el cumplimiento terapéutico, se emplean diversos métodos que se basan en la entrevista clínica, donde se le consulta directamente al paciente sobre su cumplimiento. Estos enfoques resultan muy confiables cuando el paciente admite que no sigue el tratamiento como se le ha indicado, lo que les otorga un alto valor predictivo positivo. Sin embargo, al comparar este método con otros más precisos, se nota que hay un número significativo de pacientes que no dicen la verdad cuando afirman que toman todos los medicamentos, lo que reduce su valor predictivo negativo (Rodríguez Chamorro et al., 2008).

### **Test de cumplimiento auto comunicado o test de Haynes-Sackett**

Este método implica consultar al paciente acerca de su nivel de cumplimiento del tratamiento y consta de dos etapas. En la primera etapa, se evita abordar directamente la cuestión de si el paciente toma o no su medicación. En su lugar, se establece un entorno de conversación adecuado y se menciona al

paciente que es común que los enfermos enfrenten dificultades para seguir su tratamiento, utilizando la siguiente expresión: *"la mayoría de los pacientes tienen problemas para tomar todos sus medicamentos"*. Luego, en la segunda parte del cuestionario, se plantea la siguiente pregunta: *"¿tiene usted dificultades para tomar los suyos?"*. Si la respuesta es afirmativa, se considera que el paciente no cumple con el tratamiento, lo que indica la fiabilidad del método, y se pueden implementar las medidas o intervenciones necesarias. En caso de que el paciente responda negativamente, es posible que no esté siendo completamente honesto por diversas razones. En ese caso, se seguirá insistiendo con la pregunta: *"¿cómo los toma?"*, preguntando si los toma todos los días, con frecuencia, ocasionalmente, raramente o casi nunca. Finalmente, se realiza una tercera pregunta y se recopila la información que el paciente proporcione en respuesta a la siguiente reflexión: *"Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos, ¿por qué no me cuenta cómo le está yendo a usted?"*(Rodríguez Chamorro et al., 2008)

### **Test de Morisky-Green**

Inicialmente desarrollado por Morisky, Green y Levine indaga sobre el apego al tratamiento en el paciente con hipertensión arterial (HTA), ha sido validado para varias enfermedades crónicas y ampliamente utilizado en la evaluación del cumplimiento terapéutico en diversos contextos médicos.

Consta de preguntas dicotómicas, diseñadas para evaluar el comportamiento del paciente en relación con su cumplimiento del tratamiento. El objetivo es determinar si el paciente sigue prácticas adecuadas en relación con su tratamiento para la enfermedad. Se parte del supuesto de que, si las prácticas son inadecuadas, el paciente no está cumpliendo con el tratamiento. Una ventaja de este método es que proporciona información sobre las razones subyacentes del incumplimiento. Estas preguntas se realizan durante una conversación con el paciente y de manera amigable, y son las siguientes:

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No.

### **Test de Batalla (Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad)**

La prueba de Batalla para la HTA es uno de los cuestionarios más habituales, por su buena sensibilidad, que se fundamenta en el conocimiento de la enfermedad. Se considera incumplidor al paciente que falla alguna de las siguientes respuestas:

1. ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?
2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?
3. Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada.

Estas preguntas se pueden modificar para aplicarse a otras enfermedades crónicas.

### **Test de Hermes**

Es un cuestionario integrado por las siguientes preguntas:

1. ¿Puede decirme usted el nombre del medicamento que toma para la HTA? (Sí/No)
2. ¿Cuántos comprimidos de este medicamento debe tomar cada día? (Sabe/No sabe).

3. ¿Ha olvidado alguna vez tomar los medicamentos? (Nunca/A veces/Muchas veces/Siempre).

4. En las últimas semanas, ¿cuántos comprimidos no ha tomado? (0-1/2 o más).

5. Toma la medicación a la hora indicada? (Sí/No).

6. ¿Ha dejado en alguna ocasión de tomar la medicación porque se encontraba peor tomándola? (No/Sí).

7. Cuando se encuentra bien, ¿se olvida de tomar la medicación? (No/Sí).

8. Cuando se encuentra mal, ¿se olvida de tomar la medicación? (No/Sí).

Son cuestiones valorables los números 1, 3, 4 y 8. Serán cumplidores los pacientes que sumen 3 o 4 puntos.

#### IV. Hipótesis

De acuerdo con la orientación de investigación, no se formuló una hipótesis anticipada. Por lo tanto, nuestro enfoque se basó en las experiencias y perspectivas de vida de pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2 durante su proceso de tratamiento.

## V. Objetivos

### V.1 Objetivo general

Explorar las razones de mal apego al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 en primer nivel de atención.

### V.2 Objetivos específicos

- Indagar los diferentes constituyentes involucrados en el correcto entendimiento entre el medico su paciente.
- Profundizar en las razones de mal apego al tratamiento farmacológico en el paciente con diabetes tipo 2.
- Caracterizar los factores involucrados en la falta de seguimiento de las medidas no farmacológicas para el control de la diabetes tipo 2.

## VI. Material y métodos

### VI.1 Tipo de investigación

Estudio cualitativo. Fenomenológico

### VI.2 Población

Pacientes con diabetes tipo 2 con edades entre 20 a 59 años, que se ha registrado falta de adherencia a su tratamiento mediante el control glucémico, analizado en la unidad de medicina familiar no. 15 en Querétaro, Qro.

### VI.3 Muestra y tipo de muestreo

Se realizó mediante una muestra no probabilística por conveniencia; se continuó el muestreo hasta alcanzar la saturación teórica, es decir cuando la información recopilada no aportó nada nuevo al desarrollo de las propiedades y dimensiones de las categorías de análisis.

#### VI. 3.1 Criterios de selección

##### a. Criterios de inclusión

Derechohabientes IMSS que se encuentren con diagnóstico confirmado de Diabetes tipo 2 y que se evidencie su descontrol mediante glucosa central o hemoglobina glucosilada. Que acepten participar en la investigación previa firma de consentimiento informado

##### b. Criterios de exclusión

Derechohabientes IMSS en la UMF 15 con diagnóstico de prediabetes o con diabetes de menos de 3 meses de evolución.

##### c. Criterios de eliminación

Rechazo del paciente para continuar con la entrevista, negativa ante la filmación de esta, o fallecimiento del paciente.

### **VI. 3.2 Caracterización de la población**

Por la naturaleza del estudio se realizaron características de la población, sin embargo, estos no fueron tomados en cuenta para la emisión de los resultados.

En cambio, se estudiaron elementos de característica el estudio cualitativo: experiencias de vida, valoración de apego al tratamiento, experiencias sobre tratamiento farmacológico y no farmacológico.

### **VI.4 Técnicas e instrumentos**

1.- Posterior a la autorización por el comité de investigación, se solicitó permiso mediante oficio firmado por el director de tesis, a las autoridades correspondientes (director de la unidad de medicina familiar número 15, Carta de no inconveniencia del director).

2.- Se acudió en horario laboral de la Unidad de Medicina Familiar No.15 de la delegación 23 de Querétaro, turno matutino, vespertino y jornada acumulada en fin de semana, y se buscó a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y se les invito a participar en el protocolo de investigación, haciendo una reseña breve.

3.- Una vez con la autorización del paciente, y habiendo firmado el consentimiento informado para participar en la investigación. Se le explico que la entrevista se grabara en audio y video.

4.- Se realizo la recolección de información mediante entrevista semiestructurada basada en los test disponibles para comprobar la adherencia al tratamiento médico, en un espacio cómodo, libre de ruidos externos, utilizando una grabadora de voz y de video.

5.- Posterior a la realización de las entrevistas estas se transcribieron tal según el audio obtenido para el análisis interpretativo, posteriormente se analizó y se agrupo en categorías que iban surgiendo durante la codificación de la información.

## **VI.5 Procedimientos**

Posterior a la autorización por el Comité Local de Investigación con numero de registro: R-2023-2201-159; se solicitó un permiso mediante un oficio firmado por la directora de tesis a las autoridades correspondientes para realizar la investigación en la Unidad de Medicina Familiar No.15 de Querétaro.

- 1.- Se observo el video de la entrevista analizando y transcribiendo cada palabra o emoción observada durante la entrevista. Protegiendo la identificación del paciente mediante un código individual.
- 2.- Con el uso del computador, se anotó y clasificaron los datos para complementar la transcripción de la entrevista.
- 3.- La información obtenida se plasmó en un libro de Excel con diferente color y enmarcada con un código, para que exista la referencia por el color y código de la persona que pertenece.
- 4.- Se leyó cuidadosamente el texto y se destacó cualquier dato importante.
- 5.- Se anoto con códigos tentativos para lo señalado. Y se subrayan partes de texto que podrían servir como citas textuales en el reporte final.
- 6.- Se analizo el texto y utilizando anotaciones y codificaciones para mayor claridad y estructura del análisis.
- 7.- Se repaso la información recabada utilizando una tabla para clasificar cada una de ellas como categoría o como subcategoría
- 9.- A partir de esto se realizó el proceso de codificación axial.
- 10.- Finalmente se le dio formato para el reporte final de la investigación.

### **VI.5.1 Análisis de datos**

De acuerdo con la naturaleza del estudio se realizó un análisis fenomenológico, inductivo de las experiencias recolectadas durante la entrevista a los pacientes. Así como una recopilación y clasificación de los datos obtenidos para la creación de categorías y subcategorías que engloben los corpus textuales extraídos de las entrevistas.

### **VI.5.2 Consideraciones éticas**

El presente estudio fue sometido a evaluación y aprobación para su realización por un comité de ética e investigación local en salud.

El presente trabajo se tomó en cuenta las recomendaciones hechas en la declaración de Helsinki, en la cual se establecen los principios éticos para la investigación médica en humanos, incluida la investigación de material humano y de información. En este caso no se requiere consentimiento informado para realizar el estudio.

De acuerdo con la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, según el artículo 17, este estudio se clasifica con “riesgo mínimo”. Respetando 4 principios éticos básicos: **autonomía**; el paciente siempre contó con la posibilidad de rechazar la participación en el estudio, verificando su decisión en varias fases de la entrevista. **beneficencia**: se buscó reconocer y mejorar los conflictos observados en la entrevista generando un impacto positivo en la vida del paciente; **no maleficencia**: se utilizó un lenguaje claro, un espacio tranquilo y aislado para evitar desencadenar una respuesta negativa por la posibilidad de hablar de temas sensibles durante la entrevista; y **justicia**: todos los pacientes fueron tratados por igual, entrevistados en la misma aula, no se discriminó por género o grado de estudios para selección de la población. . Se informó a los participantes cuál es el tema de la investigación, así como el propósito del estudio, las implicaciones de este y se detalló el procedimiento mencionando que la

participación fue voluntaria y que no tuvo costo alguno ni incentivo de otra índole. Asimismo, se utilizó el consentimiento informado. Se garantizó la dignidad y bienestar a los pacientes sometidos a investigación, en todo momento se trató al personal de salud con respeto.

## VII. Resultados

La población estudiada se eligió mediante los criterios antes descritos, no se discrimino por edad o por género. Se entrevisto a un total de 8 pacientes: 6 mujeres y solo 2 hombres. Con edades de 34 años hasta un máximo de 65 años. Tras el análisis de las transcripciones se obtuvieron 8 categorías y 21 subcategorías. (Cuadro VII.1)

### Caracterización de la población

*Tabla I Caracterización de la población de estudio*

<b>Paciente</b>	<b>Genero</b>	<b>Edad</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Nivel de estudios</b>	<b>Enf. Agregadas</b>
<b>E1F34</b>	Femenino	34	Empleado	Licenciatura	Ninguna
<b>E2F58</b>	Femenino	58	Empleado	Bachillerato	Menopausia, obesidad
<b>E3M56</b>	Masculino	56	Empleado	Secundaria	hipertensión,
<b>E4F64</b>	Femenino	64	Pensionado	Bachillerato (incompleto)	hipertensión, cáncer de mama, hipotiroidismo
<b>E5F65</b>	Femenino	65	Empleada	Secundaria	Ninguna
<b>E6F41</b>	Femenino	41	Aseo	Bachillerato (incompleto)	Desconoce
<b>E7F39</b>	Femenino	39	Empleada	Bachillerato	Ninguna
<b>E8M47</b>	Masculino	47	Intendencia	Bachillerato	Desconoce

**Tabla II**      **Categorías encontradas**

<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>
<i>Desconocimiento de la enfermedad</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desinformación</li> <li>• Percepción de riesgos</li> </ul>
<i>Autocuidado</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Olvido</li> <li>• Mecanismo de defensa</li> <li>• Desinterés</li> <li>• Desafíos dietéticos</li> <li>• Reproducción de los patrones familiares</li> <li>• Depresión</li> <li>• Frustración</li> <li>• Disconformidad</li> <li>• Inseguridad (publica)</li> </ul>
<i>Ingreso bajo</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Labilidad emocional</li> <li>• Angustia</li> </ul>
<i>Saturación del servicio</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de empatía</li> <li>• Desconocimiento del medico</li> <li>• Cambios terapéuticos</li> <li>• Disconformidad</li> <li>• Perdida de la confianza</li> </ul>
<i>Desabasto de medicamentos</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enojo</li> <li>• Frustración</li> </ul>
<i>Redes de apoyo</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desamparo familiar</li> <li>• Mala comunicación familiar</li> <li>• Discriminación</li> <li>• Aislamiento</li> <li>• Apoyo laboral</li> </ul>
<i>Tratamiento medico</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectos adversos</li> <li>• Polifarmacia</li> <li>• Confusión</li> <li>• Desconfianza</li> <li>• Enojo</li> </ul>
<i>Disfunción comunicativa</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medico paciente</li> <li>• Interpersonal</li> <li>• Nutriólogo-paciente</li> </ul>

## Resultados

Tabla III Tabla de resultados

<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Corpus textual</b>	<b>Interpretación</b>
<i>Desconocimiento de la enfermedad</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desinformación</li> <li>• Percepción de riesgos</li> </ul>	<p><i>“Pues solo sé que es progresiva, pero no sé nada más...” (E3M56)</i></p> <p><i>“Pues que hay muchas cosas que nos pueden pasar, por ejemplo, la vista, el riñón, bueno creo que ahora están cambiando en lo mínimo. Pues esas dos cosas, sí. Pues nada más. Nada más.” (E4F64)</i></p> <p><i>“No sé (que medicamento toma), ahorita traigo la receta” (E5F65)</i></p>	<p>Se encontró tanto una falta de conocimiento en la mayoría de los pacientes, debido a falta de interés, berreras de lenguaje como el uso de tecnicismos médicos, así como alfabetización en uno de los casos. Mientras que incluso se encontró pacientes que acudían con interés, con iniciativa de aprender, más el medico no siempre se encontró receptivo a las dudas de estos.</p>
<i>Autocuidado</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Olvido</li> <li>• Mecanismo de defensa</li> <li>• Desinterés</li> <li>• Desafíos dietéticos</li> <li>• Reproducción de los patrones familiares</li> <li>• Depresión</li> <li>• Frustración</li> <li>• Disconformidad</li> <li>• Inseguridad (publica)</li> </ul>	<p><i>“pues siento que es por el cáncer, y muchas cosas que traigo, ¿no? Entonces, pues, pastillas acá, pastillas allá. Sí, la diabetes es el último de los problemas(E4F64)”</i></p> <p><i>“siento como que me pierdo algo de la vida...entonces solo no lo hago (E3M56)”</i></p> <p><i>“soy una persona muy sedentaria...el cocinar para veinte personas me cansa mucho” E5F65</i></p> <p><i>“Y la verdad lo hace uno. no se cuida y</i></p>	<p>En esta categoría se pudo observar tanto problemas conductuales como verdaderos casos de comorbilidades psiquiátricas, en quienes a pesar de contar con ayuda no se conseguía una estimación adecuada de su propia salud, y se dejaba de lado su cuidado por otras causas. De igual manera se encontró que es difícil para estos pacientes realizar acciones de prevención para un</p>

		<p>porque, no, pues yo también quiero hamburguesa E5F65”  “Tengo que llegar a recoger, y hacer comida, entonces no puedo hacer ejercicio” E7F39  “estaba súper controlada, pero ahorita con la menopausia sí, ya no pude.” E2F58</p>	<p>futuro lejano.</p>
<p><i>Ingreso bajo</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Labilidad emocional</li> <li>• Angustia</li> </ul>	<p>“Me dan pensión, pero no es una pensión que diga, con eso voy a vivir, apenas si me dio sobrevivo.” (E4F64)  “¿Usted se imagina, pagar otros 900 pesos cuando gano 1700 pesos?” E5F65  “y ya dejé que ahorre un poco y me compro el aparatito para revisarme el azúcar en la casa, porque si ando gastado” E8M47</p>	<p>El ingreso económico tiene un papel importante ya que se los pacientes que viven con diabetes aportan la mitad de los gastos que conlleva la enfermedad; generando tanto angustia, fricciones familiares, y labilidad emocional.</p>
<p><i>Saturación del servicio</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de empatía</li> <li>• Desconocimiento del medico</li> <li>• Cambios terapéuticos</li> <li>• Disconformidad</li> <li>• Perdida de la confianza</li> </ul>	<p>“No tienen citas como consecuentes...me ve un doctor, me ve otro...” E5F65  “No hay citas y me mandan con otros doctores que no son mi doctora, y pues ellos no saben que tomo” E7F39</p>	<p>Si bien un factor determinante es la sobrepoblación evidente en la unidad de medicina familiar ventanas de oportunidad que permitirían hacer consultas más eficientes y por lo tanto, disminuir la necesidad del paciente de acudir varias veces para lograr la resolución de su problema. Otras causas modificables fueron la mala comunicación entre médicos que provoca cambios frecuentes en el tratamiento, lo cual agregado a la mala comunicación con el</p>

<p><i>Desabasto de medicamentos</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enojo</li> <li>• Frustración</li> </ul>	<p><i>“Y pues pedir bien el medicamento porque ya van dos veces que no tienen la linagliptina y está bien cara por fuera” E8M47</i></p> <p><i>“Y solo como tres veces no ha habido insulina y ya, pero no ha sido tanto problema” E1F34</i></p>	<p>paciente generan desconfianza generando un círculo que promueve el mal apego al tratamiento. Probablemente se debe a la sobrepoblación y a la falta de presupuesto a nivel federal pero se hizo evidente el desabasto de medicamento que se agrega a una serie de causas que se hilan para propiciar el mal apego en el paciente, y el enojo, mala comunicación, y empeoran la relación médico paciente. Los médicos al notar el desabasto constante de ciertos medicamentos reaccionan cambiando los medicamentos.</p>
<p><i>Redes de apoyo</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desamparo familiar</li> <li>• Mala comunicación familiar</li> <li>• Discriminación</li> <li>• Aislamiento</li> <li>• Apoyo laboral</li> </ul>	<p><i>“Mi familia es como que, ah, pero usted es diabética y, pues, ya se acabó, ¿no? La vida sigue. Ok. Entonces, pues, ya. El único que me comprendió era un, mi hermano que murió (E4F64)”</i></p> <p><i>pues, como yo ya estoy sola, pues, yo me hago mi...o sea, llevo la, la rutina</i></p> <p><i>“Cuando ella no necesita algo de mí, este, pues se enoja” E4F64</i></p> <p><i>“En el trabajo...tuve que decir que me sentía mal. “E5F65</i></p> <p><i>“Si mi jefe en un momento dado esta de buen humor, no hay ningún problema, pero si no, me lo</i></p>	<p>En este punto se encontraron respuestas encontradas, estaban pacientes con apoyo familiar pero que sentían este apoyo hostigante y aquellos en quienes la familia los había dejado de lado y los excluía de la dinámica familiar. Algunos pacientes encontraron apoyo y consejos en los mismos pacientes, quienes compartían sus experiencias y consejos en la sala de espera.</p>

		<p><i>descuenta, me descuenta mi día.” E5F65</i></p> <p><i>“Además, en el trabajo no siempre entienden que necesito ir al doctor, y siento que me ven como si estuviera inventando o exagerando cuando pido permiso para salir. E6F41”</i></p> <p><i>“A veces salgo de pleito con mi esposo porque me dice que no me cuida, y solo peleamos porque le digo que no me entiende” E7F39</i></p>	
<p><i>Tratamiento medico</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectos adversos</li> <li>• Polifarmacia</li> <li>• Confusión</li> <li>• Desconfianza</li> <li>• Enojo</li> </ul>	<p><i>“También, a veces me da como náuseas o el estómago raro, y por eso pienso que mejor no me las tomo todos los días, por si me hacen mal” E6F41</i></p> <p><i>“pues fijese que yo están algo grande y de repente me cuesta tomármela” E7F39</i></p> <p><i>“Primero empecé a tomar la metformina de nuevo, así como me dijo el doctor, dos veces al día, pero me dio diarrea, así que solo me tomo una” E8M47</i></p> <p><i>“hay momentos en que me dan demasiado medicamento” (E5F65)</i></p>	<p>Aunque no fueron explícitos por falta de conocimiento, la falta de comunicación sobre efectos adversos y que hacer en caso de presentarlos propiciaba rechazo a todos los hipoglucemiantes, aun cuando ya los habían consumido con anterioridad, provocando una serie de sentimientos negativos, que desgastan la relación médico paciente. En otro grupo de pacientes se encontró que médicos agregaban una mayor cantidad de tratamientos en lugar de aumentar la dosis de los fármacos ya prescritos.</p>
<p><i>Disfunción comunicativa</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medico paciente</li> <li>• Interpersonal</li> <li>• Nutriólogo-paciente</li> </ul>	<p><i>“A mí no me revisan absolutamente nada...lo único que hacen es copiar.” E5F65</i></p> <p><i>Porque luego mi</i></p>	<p>A lo largo del estudio y con participación en cada categoría se pudo inferir una mala comunicación entre los involucrados en</p>

*doctora justamente  
verdad, pues se  
enoja porque me  
quitaron mi medicina  
o me la cambiaron”  
E7F39*

*“Fui con el nutriólogo  
¿y sabe lo que me  
dijo? este es el plato,  
este, del buen comer,  
aquí, este, dice, lo  
que tiene que comer,  
sus porciones son  
estas, y, este, y  
véngase dentro de un  
mes, la verdad, ya no  
fui” E5F65*

*“Y también esta lo de  
nutrición, te dicen de  
cambiar nuestra  
alimentación, me  
dicen que no coma  
“mal”, pero no  
siempre sé qué es  
comer “bien” oiga o  
cómo hacerlo” E6F41*

cada proceso, los  
pacientes no fueron  
sinceros con cada  
médico, ya sea por  
pena o por  
conveniencia, los  
médicos no se  
comunican de forma  
efectiva a través de la  
nota médica, ni el  
medico informa con  
precisión y lenguaje  
claro al paciente, de  
modo que dificultan el  
entendimiento básico  
de la prescripción  
médica; el paciente no  
sabe que  
medicamento está  
indicado, para que se  
usa, que hacer si no lo  
toma, de forma que no  
crea interés en  
continuar el  
tratamiento.

## Desconocimiento de la enfermedad

Corpus textuales:

- *“Pues solo sé que es progresiva, pero no sé nada más...” (E3M56)*
- *“Pues que hay muchas cosas que nos pueden pasar, por ejemplo, la vista, el riñón, bueno creo que ahora están cambiando en lo mínimo. Pues esas dos cosas, sí. Pues nada más. Nada más.” (E4F64)*
- *“No sé (que medicamento toma), ahorita traigo la receta” (E5F65)*

Definición:

La forma en que entendemos el concepto de enfermedad tiene efectos prácticos significativos, que abarcan desde impactos en el ámbito social y económico, como en las estrategias de prevención y las decisiones tomadas por las aseguradoras, hasta consecuencias psicológicas, éticas y morales para la persona considerada como enferma. (Adolfo Peña, 2002)

Borgstein (Johannes Borgstein, 1996) sostiene: “un nuevo modelo de enfermedad debe ser propuesto, tal modelo debe sostenerse sobre el equilibrio de los componentes racionales, físicos y emocionales, a fin de facilitar el proceso diagnóstico y la relación médico-paciente”. Similarmente, la OMS define enfermedad como la alteración de cualquier orden bio-psico-social, que represente sufrimiento al individuo.(OMS, 2025)

Si bien en todos los pacientes se encontró un conocimiento parcial de la enfermedad se pudo observar aun en la diversidad de comentarios, que el conocimiento por sí solo de la enfermedad no es concluyente para lograr un apego correcto al tratamiento, ya que aunque conocen parcialmente el alcance de la

enfermedad caen en mecanismos de defensa para excluir su responsabilidad sobre su autocuidado o caen en el desinterés, olvido o simplemente el conocimiento que poseen lo exponen de forma verbal sin hacerlo extensivo a su vida diaria.

Resulta sumamente interesante el análisis de ciertos comentarios que dan indicios de una preexposición a la enfermedad, una oportunidad de adquirir conocimiento más profundo de la enfermedad, o incluso la oportunidad de observar en algún familiar las consecuencias de un mal control y la mortalidad potencial que existe como parte del descontrol metabólico; sin embargo, en esta paciente posterior a su experiencia con su madre, en quien vio todas estas consecuencias catastróficas de un mal control, y en quien incluso contribuyó en su cuidado, sirvió de apoyo y sufrió la muerte por este diagnóstico, desarrollo posteriormente diabetes tipo 2, lo que nos indica que una reproducción de los patrones familiares y probablemente desinterés en toda la familia, ya que para la progresión de diabetes debió existir una persistencia en los hábitos dietéticos de la familia, así como del probable sedentarismo, aunque este último solo sería una suposición basada en los factores de riesgo comunes en la población mexicana.

Varios pacientes ignoraban los alcances de la enfermedad, a pesar de utilizar la palabra “crónica” o incluso algunos “degenerativa”, no dimensionaban el impacto de las complicaciones de esta en su calidad de vida, así como el riesgo de mortalidad que conllevan las complicaciones agudas. Es importante como institución, así como en la práctica individual el uso de estrategias que empoderen al paciente sobre su enfermedad con conocimiento total sobre la misma; el conocer sus complicaciones más comunes, los síntomas que nos sugieren estas complicaciones y otros datos de alarma, son de vital importancia para que el paciente reciba atención oportuna en caso de presentarlas y disminuir de esta manera la mortalidad potencial de las mismas; además de que el conocimiento podría generar conciencia y servir de aliciente para el desarrollo de hábitos saludables, y potenciar el apego al tratamiento tanto farmacológico como el

dietético e incluso ser extensivo el cambio a otros miembros de la familia para así frenar el desarrollo de nuevos casos de diabetes por la eliminación de factores de riesgo.

Una adecuada educación en salud no es posible sin la participación de todo el equipo de salud, para que así, de manera multidisciplinaria dotar al paciente de conocimiento en las diferentes áreas que involucran su enfermedad y con ello hacerlo extensivo a sus familias logrando así el doble beneficio de pacientes portadores de la enfermedad con un adecuado apego, en metas de control metabólico y reducir la incidencia de los casos de diabetes en la población.

### **Autocuidado**

- *E2F58: Y ahorita lo malo es que la enfermedad se me, se me vino más a partir de la menopausia. Ok, yo, antes de esto, yo estaba súper controlada.*
- *E2F58: pero ahorita con la menopausia sí, ya no pude.*

Definición:

El autocuidado se define como la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, evaluar los síntomas y hacer frente a patologías y discapacidades con o sin el apoyo de profesionales de la salud (Organización Panamericana de la Salud, 2022)

Dentro de la categoría del autocuidado se englobaron varias subcategorías que explican de manera variada en que el paciente procura su control dietético, su cambio de estilo de vida, el seguimiento farmacológico, y el aspecto psicológico de la enfermedad, que en muchas ocasiones es una barrera que obstaculiza el correcto apego al tratamiento para cualquier enfermedad.

Una muestra frecuente es el olvido ocasional de la toma de los fármacos que varios pacientes describieron como esporádico, o algunos mencionaron que el horario de la toma del medicamento no fue el problema, pero si el llevar el mismo al lugar de trabajo, a viajes, a eventos varios, etc. También los pacientes mencionaron que olvidaban o confundía la fecha de su cita médica o incluso olvidaban la misma cita para su resurtimiento mensual de medicamento lo cual impactaba en otras categorías como la falta de medicamento o el verse obligados a comprarlo por fuera o suspenderlo hasta que le otorguen una cita médica. En el presente estudio se creó solo una subcategoría para englobar tanto el olvido de la toma, la omisión al generar una cita, el olvido de la fecha de la cita, como el olvido del medicamento cuando se encontraba fuera de su domicilio.

Un resultado interesante que se obtuvo del análisis de estas experiencias fue el uso de mecanismos de defensa como otras enfermedades para justificar la responsabilidad en su tratamiento. Se encontró la proyección mediante determinantes sociales, enfermedades e incluso la habituación a ciertos hábitos de vida. Uno de los entrevistados describió la habituación a la forma de comer y mostro rechazo a la modificación de su estilo de vida, aun cuando ya cursaba con complicaciones propias de la enfermedad como retinianas, circulatorias y de nervios periféricos; en este último caso el paciente menciono estar consciente del deterioro en sus funciones pero aun así se infería tanto depresión, resignación y un desconocimiento en el riesgo de muerte por complicaciones agudas, ya que aunque era consciente de las afecciones orgánicas, no parecía comprender la disminución en su esperanza de vida así como el riesgo cardiovascular elevado mencionando que “viviría mal” con las afecciones orgánicas.

Algo común en todos los pacientes entrevistados fue la dificultad para seguir la dieta; aunque había varios factores involucrados en el mal apego a las indicaciones dietéticas había pacientes en los que no se infirió otro factor más que el personal, la inercia a los hábitos dietéticos formados durante años y el gusto o placer que estos les producen (ingesta de alimentos ricos en carbohidratos, grasas

y comidas copiosas). Si bien los otros pacientes también cursaban con dificultad para modificar este aspecto, se decidió crear una subcategoría para aquellos en que no se encontraron más factores asociados, y tomar la dificultad para seguir la dieta solo como consecuencia y enfocarnos en desarrollar las subcategorías de acuerdo con sus dificultades de las cuales hablaremos más adelante.

En la subcategoría de reproducción de patrones familiares me enfoqué en indicar aquellos pacientes que a pesar de tener preexposición a la enfermedad por familiares cercanos o incluso padres; no modificaron hábitos negativos, y terminaron por desarrollar sobrepeso, y diabetes tipo 2 en su adultez. Esto reflejó tanto en varios pacientes la desinformación y la baja interiorización del problema ya que no solo justificaron lo vivido culpabilizando a su familiar, y excluyéndose de esta forma de alimentación, sino que después de recibir el diagnóstico propio de diabetes, no correlacionaron las consecuencias catastróficas a las que conducen el mal control metabólico de sus familiares.

En los pacientes fueron comunes las expresiones de frustración no lograr la modificación de hábitos dietéticos, sedentarismo o la toma de medicamentos. Así como la sensación de que disconformidad con la dieta, o el ejercicio, comentando el sabor menos agradable que encuentran en una dieta balanceada, el “gusto” que no quieren abandonar al consumir bebidas carbonatadas, o el cansancio que les produce realizar actividad física; en este último también se expresó una sensación de inseguridad por realizar actividad física en la vía pública.

*E2F58A* al narrar su historia familiar de diabetes y la pérdida de su madre por complicaciones de la enfermedad, se puede inferir la reproducción de patrones familiares que evocan tanto hábitos dietéticos como probablemente el sedentarismo y aunado a esto un desinterés en el control de su propia enfermedad, probablemente por mecanismos de proyección al culpar a la menopausia de su imposibilidad para modificar sus hábitos y con ello, su dificultad para alcanzar las metas de control.

La paciente narra la preexposición a información relevante para su control glucémico, nuevamente se refleja en el dialogo el desinterés, y el uso de mecanismos de defensa para justificar su falta de apego a las indicaciones médicas.

### **Ingreso bajo**

- *E1F34: Pues los costos. Los costos. Sí. Sí, he tenido que comprar mucho material por mi cuenta.*
- *Si gasto mucho yo, sí diría que apporto...tal vez un, no sé, 70%-30%. Ajá. Más o menos.*
- *Suspendí el medicamento porque no tenía dinero...más que nada por dinero...*

#### **Definición:**

Población que no tiene garantizado el ejercicio de al menos uno de sus derechos para el desarrollo social y sus ingresos son insuficientes para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades. (CONEVAL, 2014)

Muchos de los pacientes expresaron dificultades económicas que, si bien son un factor personal, nos hablan entre líneas sobre otras problemáticas como la falta de insumos en la institución, así como otros factores como el olvido de las consultas, la falta de interés y el olvido expresado como el olvido para generar la consulta mensual a tiempo.

En el ámbito personal los pacientes expresaron angustia de manera general ya que la población analizada es muy probablemente de un ingreso bajo, y hablan mucho del gasto general que los pacientes realizan día a día para su automonitoreo, y la adquisición de alimentos saludables.

En otra entrevista se infiere por las respuestas de la paciente que se ha visto obligada previamente a buscar consulta especializada, medicamentos, apoyo nutricional, así como conseguir los materiales necesarios para su tratamiento y automonitoreo.

De manera general podemos opinar que en esta categoría las respuestas obtenidas podrían variar dependiendo de la media económica de la población estudiada; y por la ubicación y la media de los pacientes afiliados en esta clínica de primer nivel esperamos una media económica de ingreso medio-bajo.

### **Saturación del servicio**

**Definición:** La saturación de un servicio se puede definir como el desequilibrio temporal entre la demanda de atención del paciente u los recursos disponibles en el momento de la atención. (Rodrigo & Parra, 2020)

Fue común la expresión sobre la falta de consultas a tiempo, mencionando a veces el retraso por semanas aun cuando la cita mensual fue solicitada al egreso de la consulta, lo que ocasiono que los pacientes no tuvieran una revisión a tiempo, ni un análisis de sus estudios de control o bien, como se hablara en la siguiente categoría, la falta de medicamento por la distancia entre consultas.

Durante el análisis de los textos se obtuvo la subcategoría de “falta de empatía” al observarse que en varias ocasiones el paciente no obtuvo una consulta con su médico asignado y tenía que ser consultado por “unifila”, donde se

expresó que cuando el paciente era consultado por un médico que no era el asignado a su consultorio existía una falta de empatía donde el medico disminuía su tiempo de consulta, limitaba la tribuna libre al paciente, y un caso omitió la sintomatología expresada, no analizo los paraclínicos de la consulta y se limitó a resurtir los medicamentos mensuales para el control de su padecimiento principal.

En otras entrevistas se observó que la misma problemática evidencio una mala comunicación entre el personal médico y un desconocimiento del médico sobre aspectos relevantes del paciente, generando confusión en el paciente, cambiando la dosificación de hipoglucemiantes, o incluso indicando nuevos medicamentos que (sin saberlo) ya habían sido retirados por generar efectos adversos o por baja respuesta con el paciente en específico.

Es de conocimiento general que muchas unidades tanto en primer como segundo nivel se encuentran con una sobrecarga de pacientes que excede la capacidad tanto de personal como de medicamento; por lo cual era esperado cierta inconformidad con el servicio dentro de la institución.

### **Desabasto de medicamento**

*E1F34: Como tres veces no ha habido insulina... pero la conseguí por fuera.*

Definición: La Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos define la escasez de medicamentos como un periodo en el que la demanda o demanda protegida de un medicamento supera la oferta es decir, la demanda actual. (FDA, 2024)

Fueron varias la causas que se involucraban con que el paciente tuviera dificultades para la adquisición de su medicamento mensual, sin embargo,

existieron casos donde la causa directa era el propio desabasto de medicamento por parte de la institución, donde el paciente llegaba a tiempo a su consulta, se generaba de forma apropiada su receta con los medicamentos completos.

En estos pacientes se encontró enojo por la falta de medicamento aun cuando ellos deberían estar contemplados en la solicitud de medicamento mensual, así con frustración en otros casos por las dificultades que significaba conseguir sus medicamentos por forma particular. Con este último punto como ya se ha comentado se involucraban el hecho de sus bajos ingresos, ya que el alto costo de algunos de estos afectaba de forma importante a su economía familiar y personal, llegando a generar la disyuntiva entre conseguir su medicamento o bien permanecer sin tratamiento hasta que la institución resuelva la escases de este.

### **Redes de apoyo**

*E1F34: Pues mis papas fueron muy exigentes con la dieta y yo siempre, me ha costado también mucho no comer así de que nada, nada, cero azúcares, por ejemplo.*

Definición: “el conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social, o con personas con las que establecen vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas...”(Instituto Nacional de las Personas Adultas, 2020)

Varios pacientes expresaron frases de falta de apoyo familiar donde las consultas, el seguimiento de medicamentos y el aspecto económico eran por parte del paciente. Habiendo incluso el caso donde el paciente era el sostén de la familia por lo cual a veces pasaba a segundo término la adquisición de su tratamiento o material para su automonitoreo.

En otros pacientes se encontró que el apoyo familiar existía, sin embargo, la comunicación con los mismos no era del todo positiva. En este grupo los pacientes expresaban con frecuencia que la vigilancia sobre su enfermedad era tomada como hostigante o bien no sentían el apoyo en otros ámbitos, como por ejemplo la modificación de los hábitos de vida por los familiares, mencionando que esto favorece la trasgresión dietética ya que existen alimentos ricos en azúcar y grasa en la mesa, y aunque la familia prohíbe el consumo de estos alimentos al paciente tras un conflicto verbal, terminan por ceder y el paciente lejos de sentirse apoyado, se siente asilado dentro del grupo familiar. Además de que surgen discusiones por la contrariedad de voluntades, y no existe una adecuada comunicación entre el familiar y su red de apoyo. Como sugerencia durante una entrevista un paciente sugirió que se fomentara la comunicación entre pacientes portadores de diabetes, ya que podrían nutrir con experiencias personales la manera en la que viven esta enfermedad. Además de sugerir apoyo externo o donde conseguir material más económico o incluso recetas y especialistas que puedan apoyar en casos específicos.

Dentro del aspecto laboral, fueron bastantes las expresiones negativas y de conflicto que suscitaron con sus jefes y supervisores. En el menor de los casos referían una constante supervisión de los justificantes, a veces solo con la receta que marcara el día, otras con el justificante emitido por la institución con validez solamente por el tiempo de consulta, y en otras ocasiones llegando a exigir incapacidad que por normativa no está justificado, y, por lo tanto: no se otorgaba.

En algunos casos fueron comentadas sanciones económicas para aquellos pacientes que acudían a su cita programada, y llevaron el justificante adecuado. Sin embargo, el patrón castigaba económicamente a estos descontando un día de paga injustificadamente. Los pacientes que sufrían con frecuencia estos abusos en ocasiones preferían no acudir a consulta para no arriesgarse a ser sancionados o bien tenían que mentir para obtener el permiso y asistir a sus consultas. En un caso se describió que la respuesta de aceptación o de castigo dependía más del

estado anímico del jefe que del cumplimiento de la normativa, por lo que en ocasiones los pacientes preferían faltar a sus consultas que arriesgarse a la sanción económica.

Con las expresiones anteriores se puede inferir que existe falta de supervisión a las empresas y una mala comunicación tanto de los pacientes hacia sus jefes, como para denunciar los abusos a los que son sometidos por causas ya normadas y justificadas.

### **Tratamiento medico**

Definición: El término tratamiento en Medicina se refiere al conjunto de medidas y estrategias que tienen como objetivo principal curar, aliviar o prevenir enfermedades, afecciones o síntomas en un paciente. Los tratamientos pueden abarcar un amplio espectro de intervenciones, desde cambios en el estilo de vida y terapias farmacológicas hasta procedimientos quirúrgicos y medidas paliativas. (Clínica Universidad de Navarra, 2023)

Fueron pocos los pacientes en que se encontraron referencias a efectos secundarios al tratamiento médico, y en estos ya se habían hecho los cambios pertinentes para controlar estas adversidades. Afortunadamente se cuenta con una gran variedad de opciones terapéuticas por lo que es posible modificar el tratamiento y obtener una buena respuesta en el control metabólico del paciente. Lamentablemente el hecho de contar con varios fármacos hipoglucemiantes

también puede jugar un papel en contra de los pacientes ya que por la falta de comunicación o bien por la inercia terapéutica el paciente con frecuencia tiene tratamiento que ya no necesita, presentando efectos adversos o simplemente rechazan la medicación por la polifarmacia que conlleva. En algunos pacientes se encontró que era la falta de empatía por el personal médico lo que llevaba a inercia terapéutica o incluso el desinterés del médico conducía una falta de seguridad por el tratamiento y por consiguiente omitían las tomas o los fármacos que eran agregados en esta nueva consulta.

### **Disfunción comunicativa**

*E2F58: no se para que sirve (al preguntar por su medicamento en la receta), nunca me lo han explicado...solo sé que es para la diabetes.*

Definición: Puede implicar problemas de expresión, pronunciación, fluidez e incluso recepción o uso social del lenguaje. El lenguaje forma parte de la capacidad humana para comunicarse utilizando un sistema de signos conocido por el emisor y el receptor (Fundació Institut Guttmann, 2023)

En esta categoría se encontraron tres subcategorías, médico-paciente, interpersonal, nutriólogo-paciente. En la primera se ha hablado de la mala relación médico paciente que existe sobre todo cuando no existe la subsecuencia de la consulta, pero en general se observa que el medico no educa al paciente para tomar poder de su enfermedad. En algunos casos era notorio la falta de comunicación, ya que expresaron directamente que no los escuchan o que no los

exploran adecuadamente, mencionaron que “lo único que hacen es copiar” refiriéndose a la receta anterior, para disminuir los tiempos de consulta sin prestar atención a lo que padecía al paciente en esa consulta en particular.

También se evidencio que existe una mala comunicación entre el mismo personal ya que hubo la expresión de cambios en la terapéutica de manera constante; la falta de seguimiento por las instrucciones del médico anterior; así como la inercia terapéutica que se creó por la falta de comunicación entre los médicos consultantes.

Fueron bastantes los comentarios sobre la falta de empatía que sintieron durante su cita con nutrición, expresando que no eran dietas aplicables por ellos, el tiempo de consulta. Incluso hubo comentarios de que se expresaron dudas las cuales fueron ignoradas por el personal de nutrición. También realizando un análisis inferencial se observa una tendencia a omitir la modificación de la actividad física por parte de nutrición, aun cuando forma parte de las intervenciones competentes a este servicio.

## IX. Discusión

En complemento con lo encontrado por Camarillo Guzmán (Camarillo Guzmán et al., 2019) quien encontró temor a los efectos secundarios, también hablaron sobre olvidos, y confusión sobre como tomar su prescripción. Este autor también habla sobre el uso de terapias alternas, sin embargo, durante las entrevistas en el presente estudio no se describió uso de terapias alternas o complementarias como causa de mal apego.

Aunque este artículo explora las razones de mal apego exclusivamente en el adulto mayor, el paternalismo biomédico también guarda relación con lo encontrado en presente trabajo ya que la relación médico paciente fue baja y hay ciertos comentarios de pacientes que podrían interpretarse como una relación paternalista; sin embargo la gran mayoría de las categorías no se replican, probablemente por la edad de los pacientes quienes fueron exclusivamente de la tercera edad, mientras que en el presente estudio se tomaron pacientes desde 20 años.

Al igual que en el trabajo publicado en la gaceta medica de caracas (Raraz Vidal & Raraz Vidal, 2022) se encontró la mala relación médico paciente como una causa de mal apego, así como un mal entorno ambiental. En este estudio dentro de las subcategorías de discriminación y apoyo laboral donde el panorama en que vive el paciente con diabetes no favorece su apego por dificultades en la toma de su tratamiento, continuidad de indicación médico-dietéticas, así como la dificultad para asistir a sus consultas por parte de los patrones, quienes llegaban a realizar acciones punitivas y no tomar los justificantes laborales como válidos.

El trabajo realizado por Delgadillo Guadarrama busco la relación entre funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento (Delgadillo Guadarrama, 2023). El presente estudio no midió la funcionalidad familiar, sin embargo, guarda relación con la categoría de redes de apoyo; y cabe señalar que aunque se encontrara red de apoyo familiar en muchos casos los pacientes describían una

mala comunicación con su red de apoyo llegando incluso a describir incomodidad, sensación de discriminación u hostigamiento cuando la familia se encontraba apoyando el seguimiento a las indicaciones dietéticas y de ejercicio en el paciente.

En 2024 un estudio transversal descriptivo de nombre: “Factores asociados al mal control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo II entre 40 a 85 años, en los Centros de Salud Puerto Madero y Llano de la Lima, Chiapas” que los pacientes no tienen conocimiento de la enfermedad, probablemente por el bajo nivel de alfabetización (24% de analfabetas) y el nivel de estudios de los participantes (40% educación primaria). También aborda el abandono de medicamento cuando carecen de sintomatología (“cuando se sienten bien”) y resalta que, aunque la mayoría de los pacientes cuentan con red de apoyo familiar, esta no favorece el apego al tratamiento médico

Guillen y Saucedo (Guillén Vázquez & Saucedo Herrera, 2024) encontró como motivos de mal apego la falta de conocimiento de la enfermedad, y abandono del medicamento cuando “se sienten bien”. Resalta también que el contar con red de apoyo familiar esta no favorece el apego al tratamiento médico. En el presente estudio se identificó el desconocimiento de la enfermedad como razón del mal apego; sin embargo profundizando en el ámbito de la red de apoyo se encontró que aunque contaban con apoyo familiar llegaban a tener una mala comunicación entre los miembros de la familia y con el mismo paciente, por lo cual lejos de tener un impacto positivo perjudicaban en la salud emocional del paciente, induciendo discriminación cuando se excluye de dinámicas familiares, o se señalaba como enfermo y limitando su alimentación. En cuanto al nivel de educación y alfabetización solo se expresó esta condición en un único individuo y no supuso una dificultad para su apego directamente; si no que fue la falta de interés en su autocuidado y la baja percepción de riesgo lo que describió este paciente en su entrevista; aunque probablemente las decisiones y la percepción de la enfermedad puedan estar relacionadas con un bajo nivel educativo no se exploró esta relación en el presente estudio.

En el artículo realizado en Barcelona (Pagès Puigdemont & Valverde Merino, 2018) se describen factores que guardan similitud como factores socioeconómicos que guardan relación con las dificultades de los pacientes para conseguir los medicamentos, asistir a sus citas, y la pobreza que expresaron varios pacientes en sus entrevistas. Otro de los factores con que se encontró similitud fuer los relacionados con el personal sanitario, así como aquellos relacionados con el tratamiento; categoría en la cual se complementa en el presente estudio cuando los pacientes describieron el desabasto de medicamento que implicaba un problema agregado, más en aquellos pacientes con polifarmacia y con medicamentos de alto costo, ya que no era factible comprarlos de forma externa por el nivel socioeconómico de los pacientes entrevistados.

En un estudio amplio estudio por Kalyango (Kalyango et al., 2008) realizado en Malasia, África se encontraron con una alta frecuencia la percepción de beneficio, el uso de medicina alternativa y el rechazo a la medicina occidental, en contraste en la población estudiada en el presente estudio no se encontraron opiniones sobre el uso de medicina alternativa o naturista; aunque no se niega que se puedan encontrar poblaciones mexicanas que compartan estas razones en otras comunidades. Sin embargo, hubo coincidencias que nos hacen pensar en generalidades dentro de nuestra forma de atención a la salud como son las fallas en la relación médico-paciente, la respuesta emocional indeseable a la toma de medicación, así como resistencia en la rutina diaria.

En un extenso metaanálisis Boonpattharatthiti (Boonpattharatthiti et al., 2024) encuentra que el numero o tipo de hipoglucemiantes guarda relación con el grado de apego al tratamiento; este estudio cruza información obtenida en varias poblaciones desde estados unidos, china, malasia, india, Alemania, etc. En los pacientes entrevistados en el presente trabajo no se midió el número de hipoglucemiantes, pero en general hubo pacientes quienes describieron que la polifarmacia les hacía difícil tener un adecuado apego, creando confusión, y

desconfianza cuando había cambios continuos en su prescripción y no se explicaba la razón al paciente.

## **X. Conclusiones:**

Las razones de mal apego en el portador de diabetes tipo 2 son variadas y parecieran estar ligadas al entorno en donde vive el paciente. En este estudio se encontraron categorías que hablan de motivos personales, institucionales, y laborales que pueden dificultar el apego al tratamiento.

Es poco el impacto que se puede tener en algunos de estos ámbitos, pero como médicos de primer contacto tenemos la oportunidad y la obligación de educar al paciente, no solo diagnosticar y tratar la enfermedad, sino proporcionar al paciente el conocimiento para promover practicas saludables, así como modificar hábitos de vida para el bienestar del paciente y agregado a esto hacerlo extensivo para sus familias logrando así diferentes niveles de prevención.

Se explica aquí problemáticas en la atención a la salud como pueden ser la mala relación médico paciente, la falta de interés que se describió en ambos sentidos (del personal de salud como del mismo paciente); se puede inferir la falta de capacidad de las instituciones de salud para la creciente proporción de derechohabientes y por lo tanto la falta de medicamentos que se observa en el desabasto de medicamentos.

Una característica que se identificó en este estudio es la relación de la red de apoyo, sobretodo fue interesante el contraste entre la presencia de una red familiar con la mala comunicación que se tiene con esta. A pesar del interés en brindar apoyo las estrategias para apoyar al paciente que vive con diabetes suelen ser limitantes, prohibiendo las conductas que se especifican o se creen dañinas para su control; sin embargo el paciente cae en una ambigüedad donde comenta tener apoyo, sin embargo describe sentimientos de frustración y discriminación al verse excluido de dinámicas familiares así como las frecuentes referencias a discusiones, a mala comunicación e incluso discusiones que menguan la adhesión familiar.

## **XI. Propuestas**

Con base en los hallazgos de esta investigación, se proponen las siguientes acciones, orientadas a mejorar el apego al tratamiento en pacientes que viven con diabetes, considerando el rol fundamental del médico familiar y las limitaciones estructurales del sistema de salud.

### **1. Fortalecimiento de la educación para la salud centrada en el paciente y su entorno familiar**

Se propone reforzar las estrategias educativas individualizadas durante la consulta médica, dirigidas a mejorar el conocimiento del paciente respecto a su enfermedad, tratamiento farmacológico y medidas no farmacológicas. Esta educación debe ser continua, adaptada al nivel de comprensión del paciente y, en la medida de lo posible, incluir a familiares directos. La inclusión de la familia en el proceso educativo contribuye a reforzar conductas saludables en el hogar y extiende el impacto de las intervenciones hacia niveles de prevención primaria y secundaria.

### **2. Capacitación del personal de salud en habilidades de comunicación y relación médico-paciente**

Una de las barreras identificadas fue la pobre calidad en la relación médico-paciente, influenciada tanto por actitudes del personal de salud como por la falta de interés percibida en los pacientes. Por ello, se propone la implementación de talleres de capacitación periódicos dirigidos a médicos y personal de enfermería, centrados en la mejora de habilidades de comunicación, escucha activa, empatía y construcción de vínculos terapéuticos. Una mejor comunicación favorece la adherencia terapéutica y permite identificar de manera más precisa las necesidades del paciente.

### **3. Creación de grupos de apoyo comunitarios para pacientes con diabetes tipo 2**

Se recomienda la creación de grupos de apoyo organizados dentro de las unidades de salud o en espacios comunitarios disponibles como las salas de espera, coordinados por personal capacitado en aquellas unidades que carecen de programas más estructurados como CADIMSS; pudiendo incluso capacitar a un paciente o alguien interesado para fungir como moderador en estos grupos. Los cuales permitirían a los pacientes compartir experiencias, recibir educación grupal sobre temas relevantes (como alimentación, ejercicio, monitoreo glucémico) y generar redes de apoyo fuera de la familia. La participación en estos espacios contribuye al fortalecimiento del compromiso con el autocuidado y a la disminución del aislamiento.

### **4. Integración del enfoque de determinantes sociales de la salud en el abordaje clínico**

Los hallazgos sugieren que el apego al tratamiento está influenciado por factores personales, laborales, económicos y sociales. Por tanto, se propone que durante la atención médica se incorporen breves herramientas de tamizaje para identificar barreras sociales y laborales que puedan interferir con el tratamiento. Esta información permitirá personalizar las recomendaciones y establecer metas realistas, tomando en cuenta el contexto del paciente, lo que incrementa la viabilidad del plan terapéutico.

### **5. Estrategias de gestión local ante el desabasto de medicamentos**

Ante la problemática del desabasto, se propone reforzar los mecanismos internos de coordinación con el área de farmacia para mantener un inventario actualizado y prever posibles faltantes. Asimismo, se sugiere reforzar periódicamente al equipo de salud (médicos, asistentes y enfermería) sobre las

estrategias que ya se implementan, ya que en ocasiones no se encuentra una adecuada difusión de esta información dentro del equipo de salud.

## **6. Utilización de espacios de espera como plataformas educativas**

Como estrategia de bajo costo, se propone el uso de salas de espera como espacios para la promoción de la salud mediante carteles, infografías, cápsulas de video o pláticas breves a cargo de personal de enfermería o los médicos internos de pregrado y médicos pasantes de servicio social. Estos espacios pueden utilizarse para reforzar mensajes clave sobre alimentación saludable, actividad física, adherencia al tratamiento y prevención de complicaciones.

## XII. Bibliografía

- Peña, A. (2002). El concepto general de enfermedad. *Anales de la Facultad de Medicina*, 63(3), 223–232. [<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37963308>](<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37963308>)
- Boonpattharatthiti, K., Songkla, P. N., Chantara, J., Koomsri, C., Krass, I., Chaiyakunapruk, N., & Dhippayom, T. (2024). Prevalence of adherence to oral antidiabetic drugs in patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Diabetes Investigation*. [<https://doi.org/10.1111/jdi.14285>](<https://doi.org/10.1111/jdi.14285>)
- Camarillo Guzmán, G., López Lara, R., Morales Romero, J., Flores Pérez, C., Demenegui Marini, V. P., & García Gallegos, S. L. (2019). Apego al tratamiento en pacientes diabéticos y sus creencias sobre el uso de terapias alternativas y complementarias. *UVserva*, 70–82. (<https://doi.org/10.25009/uvs.v0i8.2648>)
- Clínica Universidad de Navarra. (2023). \*Diccionario médico.\* ``https://www.cun.es/diccionario-medico`` [([cun.es](https://www.cun.es) in Bing)](<https://www.bing.com/search?q=https%3A%2F%2Fwww.cun.es%2Fdiccionario-medico>)
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2014). \*Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México.\* CONEVAL.
- Cramer, J. A., Roy, A., Burrell, A., Fairchild, C. J., Fuldeore, M. J., Ollendorf, D. A., & Wong, P. K. (2008). Medication compliance and persistence: Terminology and definitions. *Value in Health*, 11\*(1), 44–47. [<https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00213.x>](<https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00213.x>)
- Cuéllar, D., Yolanda, A., Sibaja, M., & Aguirre, U. (2016). *Endocrinología clínica de Dorantes y Martínez* (5ta edición). Manual Moderno.
- Delgadillo Guadarrama, L. R. (2023). *Relación entre la funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la UMF 20*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. A. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*, 41(6), 342–348. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.031>

Elsayed, N. A., Aleppo, G., Aroda, V. R., Bannuru, R. R., Brown, F. M., Bruemmer, D., Collins, B. S., Hilliard, M. E., Isaacs, D., Johnson, E. L., Kahan, S., Khunti, K., Kosiborod, M., Leon, J., Lyons, S. K., Murdock, L., Perry, M. Lou, Prahalad, P., Pratley, R. E., ... Gabbay, R. A. (2023). American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care*, 46, S19–S40.  
<https://doi.org/10.2337/dc23-S002>

U.S. Food and Drug Administration (FDA). (2024, December 18). \*Frequently asked questions about drug shortages.\* <https://www.fda.gov/drugs/drug-shortages/frequently-asked-questions-about-drug-shortages> [(fda.gov in Bing)](<https://www.bing.com/search?q=https%3A%2F%2Fwww.fda.gov%2Fdrugs%2Fdrug-shortages%2Ffrequently-asked-questions-about-drug-shortages>)

Feinglos, M. N., & Bethel, M. A. (2008). *Type 2 Diabetes Mellitus: An Evidence-Based Approach to Practical Management*. Humana Press.  
<https://doi.org/10.1007/978-1-60327-043-4>

Fundació Institut Guttmann. (2023). \*Trastornos de la comunicación.\* <https://www.guttmann.com/es/trastornos-comunicacion> [(guttmann.com in Bing)](<https://www.bing.com/search?q=https%3A%2F%2Fwww.guttmann.com%2Fes%2Ftrastornos-comunicacion>)

Guillén Vázquez, V., & Saucedo Herrera, J. J. (2024). Factores asociados al mal control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo II entre 40 a 85 años, en los Centros de Salud Puerto Madero y Llano de la Lima, Chiapas. *Revista Anales de Medicina Universitaria*, 03(01), 21–28.  
<https://doi.org/10.31644/AMU.V03.N01.2024.A03>

INEGI, INSP, & Secretaria de Salud. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018*.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018). *Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención: Guía de evidencias y recomendaciones. Guía de práctica clínica*. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). (2020, febrero 13). *Importancia de las redes de apoyo social para las personas mayores*. [<https://www.gob.mx/inapam/articulos/importancia-de-las-redes-de-apoyo-social-para-las-personas-mayores>](<https://www.gob.mx/inapam/articulos/importancia-de-las-redes-de-apoyo-social-para-las-personas-mayores>)

Borgstein, J. (1996). The three faces of illness: The need for a new interpretation of disease. *\*Arch Neurocién*, 1\*(2), xx–xx.

Kalyango, J. N., Owino, E., & Nambuya, A. P. (2008). ORIGINAL ARTICLES Non-adherence to diabetes treatment at Mulago Hospital in Uganda: prevalence and associated factors. En *African Health Sciences* (Vol. 8, Número 2).

Maestre Hernández, A. B. (2018). *Sistemas Personalizados de dosificación*. Universidad Miguel Hernández de Elche.

Mora Romo, J. F. (2022). Adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 en México. *Psicumex*, 12, 1–20.  
<https://doi.org/10.36793/psicumex.v12i1.493>

OMS. (2025). *Constitución*. <https://www.who.int> Organización Mundial de la Salud (OMS). (2025). *Constitución*. [<https://www.who.int/es/about/governance/constitution>](<https://www.who.int/es/about/governance/constitution>)

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional*. Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Organización Mundial de la Salud (OMS). Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar*.

Organización Panamericana de la Salud, (2023). *Diabetes*.  
<https://www.paho.org/es/temas/diabetes>.

Organización Panamericana de la Salud, (2024, noviembre 14). *Diabetes*.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action* (p. 196 p.). World Health Organization.

Orueta, R., Toledano, P., & Gómez-Calcerrada, R. M. (2008). Up-date in Family Medicine: Therapeutic compliance. *Semergen*, 34, 235–243.  
[https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(08\)71889-6](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(08)71889-6)

Kuri-Morales, P. A. (2011). La transición en salud y su impacto en la demanda de servicios. *Gaceta Médica de México*, 451–454.

Pagès Puigdemont, N., & Valverde Merino, M. I. (2018). Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharmaceutica (Internet)*, 59(4). <https://doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357>

Papaioannou, A., Kennedy, C. C., Dolovich, L., Lau, E., & Adachi, J. D. (2007). Patient Adherence to Osteoporosis Medications. *Drugs & Aging*, 24(1), 37–55. <https://doi.org/10.2165/00002512-200724010-00003>

Pfizer. (2009). *La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. III Foro: Diálogos Pfizer-pacientes.*

Raraz Vidal, J., & Raraz Vidal, O. (2022). Adherencia terapéutica y variables relacionadas en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital público. *Gaceta Medica Caracas*, 215–226.

Rodrigo Facio, C., Aedo Romero, V., Rivas Rivero, E., & Campillay Campillay, M. (2022). *Adherencia terapéutica en adultos mayores con hipertensión y diabetes mellitus tipo II: una aproximación cualitativa.* 42. <https://doi.org/10.15517/enferm>

Rodrigo, R., & Parra, C. (2020). *SATURACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS. ESTRATEGIAS PARA SU REORGANIZACIÓN.*

Rodríguez Chamorro, M. Á., García-Jiménez, E., Amariles, P., Rodríguez Chamorro, A., & José Faus, M. (2008). Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención Primaria*, 40(8), 413–417. <https://doi.org/10.1157/13125407>

Saeedi, P., Petersohn, I., Salpea, P., Malanda, B., Karuranga, S., Unwin, N., Colagiuri, S., Guariguata, L., Motala, A. A., Ogurtsova, K., Shaw, J. E., Bright, D., & Williams, R. (2019). Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Research and Clinical Practice*. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.107843>

Samson, S. L., Vellanki, P., Blonde, L., Christofides, E. A., Galindo, R. J., Hirsch, I. B., Isaacs, S. D., Izuora, K. E., Low Wang, C. C., Twining, C. L., Umpierrez, G. E., & Valencia, W. M. (2023). American Association of Clinical Endocrinology Consensus Statement: Comprehensive Type 2 Diabetes Management Algorithm – 2023 Update. *Endocrine Practice*, 29(5), 305–340. <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2023.02.001>

Saucedo Tamayo, M. del S., Bañuelos Flores, N., Cabrera Pacheco, R. M., & Ballesteros Vásquez, M. N. (2006). *LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA*

ALTERNATIVA UNA REALIDAD EN EL PACIENTE DIABÉTICO EN HERMOSILLO, SON., MEXICO. *Rev Salud Publica Nutr.*

Secretaria de Salud. (2002). *Salud : México 2001 : información para la rendición de cuentas.* Secretaria de Salud.

Sun, H., Saeedi, P., Karuranga, S., Pinkepank, M., Ogurtsova, K., Duncan, B. B., Stein, C., Basit, A., Chan, J. C. N., Mbanya, J. C., Pavkov, M. E., Ramachandaran, A., Wild, S. H., James, S., Herman, W. H., Zhang, P., Bommer, C., Kuo, S., Boyko, E. J., & Magliano, D. J. (2022). IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. *Diabetes Research and Clinical Practice*. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.109119>

UMF 15, I. (2023). *Informe estadístico interno.*

Villalba, L. M. (2022). Diabetes mellitus: los orígenes de un no tan dulce término. *Revista Médicas UIS, 35(3)*. <https://doi.org/10.18273/revmed.v35n3-2022008>

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action.* World Health Organization.

### XIII. Anexos

#### XIII.1 Hoja de recolección de datos

Folio:
--------

#### Hoja de identificación de derechohabiente.

Edad: \_\_\_\_ años

Marca con una **X** la respuesta con la que más te identifiques.

Sexo: masculino ( ) Femenino ( )

Ocupación: Estudiante ( ) Hogar ( ) Empleado ( ) Desempleado ( )

Estudios: Primaria ( ) Secundaria ( ) Preparatoria ( ) Universidad ( )

Enfermedades agregadas:

---

*Ilustración 4: Hoja de recolección de datos*

## XIII.2 Instrumentos

### Guion de entrevista semi estructurada de acuerdo con la matriz categorización

-Identificación del paciente-

1. ¿Qué es lo que sabe acerca de su enfermedad?
2. ¿La diabetes tipo 2 es una enfermedad para toda la vida?
3. ¿Tiene alguna dificultad para tomar sus medicamentos?
4. ¿Puede decirme que medicamento toma para el “control de su azúcar”?
5. ¿Sabe para que su médico le indico el medicamento?
6. ¿Cuándo se encuentra bien deja de tomar su medicación?
7. ¿ha cambiado sus hábitos de vida desde que inicio con diabetes?
8. ¿Su familia ha ayudado de alguna forma para controlar su diabetes?
9. ¿Encuentra alguna dificultad en su trabajo para el continuar con su tratamiento?
10. ¿tiene algún comentario sobre cómo podemos ayudar como médicos al control de su enfermedad?

*Ilustración 5: Entrevista semi estructurada*

### XIII.3 Carta de consentimiento informado.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

#### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)**

##### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION.**

Nombre del estudio:	Motivos del mal apego al tratamiento en el paciente con Diabetes tipo 2
Lugar y Fecha	Santiago de Querétaro, UMF 15
Número de registro	
Justificación y objetivo del estudio	Soy el Dr. Francisco Rodríguez Corona, me encuentro realizando la especialidad en medicina familiar y busco su participación para mi proyecto de investigación que tiene como tema el apego al tratamiento (si nos tomamos el medicamento indicado por el medico), el cual es uno de los pilares que lleva al paciente enfermo al control de su patología, así como el control de sus comorbilidades, es necesario indagar en las razones desde el punto de vista del paciente
Procedimiento	Se le realizará a usted una entrevista que será sobre su tratamiento actual, con una duración de 30 a 40 minutos aproximadamente, en un área privada y tranquila de esta unidad, todo lo que usted diga será tratado de manera confidencial, la información dicha por usted será grabada en video y utilizada únicamente para esta investigación, dicha entrevista será grabada en audio y video, se podrá retirar si alguna pregunta le causa incomodidad o ya no está de acuerdo con la realización de la misma.
Posibles riesgos y molestias	Durante la entrevista, usted podría presentar malestar emocional al recordar alguna experiencia o circunstancia que le provoque sentimientos de tristeza, rabia, enojo, decepción
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio	No recibirá ningún apoyo económico, sin embargo, si no está de acuerdo no impactará de ninguna manera en su atención médica. Podrá participar en la investigación sobre diabetes que ayudará a comprender mejor los motivos de por los cuales se dificulta el control glucémico.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento	Los resultados del estudio podrán ser solicitados por correo electrónico mediante los datos de contacto de los investigadores.
Participación o retiro	El paciente podrá retirarse del estudio en cualquier momento de la entrevista aun cuando el presente consentimiento haya sido firmado y no tendrá ninguna repercusión. Su atención médica no se verá afectada en ningún momento
Privacidad y confidencialidad	Su nombre, imagen, así como sus datos personales serán protegidos mediante la generación de un número de folio y refiriéndose a sus resultados de forma anónima. Y en caso de ser publicada la investigación por ninguno motivo podrá identificarse a su persona

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador responsable	Dra. Luz Dalid Terrazas Rodríguez Especialista en Medicina Familiar Adscripción: CIEFD Teléfono: 4422209801 Horario: 8:00hrs a 16:00hrs de Lunes a Viernes. Correo electrónico: luz.terrazas@imss.gob.mx
Colaboradores	Dr. Francisco Rodríguez Corona Matricula: 98235808 Residente de Medicina Familiar Sede o adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 15 Teléfono: 4422209801 Horario: 8:00hrs a 16:00hrs de Lunes a Viernes. Correo electrónico: francisco.rdr@gmail.com

Comité de Ética en Investigación, localizado en La Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No 1, Ubicado en Avenida 5 de Febrero 102, Colonia Centro, C.P. 76000, Querétaro, Querétaro, de lunes a viernes de 08:00 a 16:00 horas. Teléfono: 4422112337, en el mismo horario o al correo electrónico: [comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com](mailto:comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com)

---

Nombre y firma del sujeto

---

Nombre y firma de quien  
obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

---

Nombre, dirección, relación y firma

---

Nombre, dirección, relación y firma

## XIII.4 Registro UAQ.

## XIII.5 Registro SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



### Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 2201.  
H GRAL REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS 20 CI 22 014 028  
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 22 CEI 001 2018073

FECHA Lunes, 11 de diciembre de 2023

Doctor (a) Luz Dalid Terrazas Rodríguez

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Motivos del mal apego al tratamiento en el paciente con diagnóstico de diabetes tipo 2 en una unidad de primer nivel de atención** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2023-2201-159

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

ATENTAMENTE

**ULISES NAVARRETE SILVA**

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2201

Imprimir

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL



## 21% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

### Filtered from the Report

- ▶ Bibliography
- ▶ Quoted Text
- ▶ Cited Text
- ▶ Small Matches (less than 12 words)

### Exclusions

- ▶ 1 Excluded Match

---

### Top Sources

- 18%  Internet sources
- 8%  Publications
- 16%  Submitted works (Student Papers)

---

### Integrity Flags

#### 0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.