

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO
DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD



“Nivel de conocimiento y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del HGSZ UMF 04, Tenosique, Tabasco”.

**Tesis para obtener el Diploma de
Especialidad en Medicina Familiar**

Presenta:

ANY DANAY ÁLVAREZ CRUZ

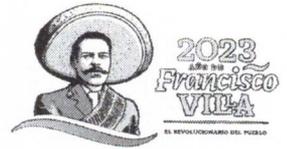
Directores:

M. ESP. EN MF DRA. KARELIA RÍOS ÁVILA

M. ESP. EN MU DRA. RITA RIVERA GARCIA

Villahermosa, Tabasco.

Enero 2024



Villahermosa, Tabasco, 27 de noviembre de 2023

Of. No.807/DIRECCIÓN/DACS

ASUNTO: Autorización de impresión de tesis

C. Any Daney Álvarez Cruz
Especialidad en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que autorizo la impresión de la tesis titulada "**Nivel de conocimiento y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del HGSZ UMF 04, Tenosique, Tabasco**", con índice de similitud **12%** y registro del proyecto **No. JI-PG-293**; previamente revisada y aprobada por el Comité Sinodal, integrado por los Dr. Eduardo Contreras Pérez, Dra. Yazmín Isolda Álvarez García, Dr. Jorge Iván Martínez Pérez, M.G.S. Nicomedes De la Cruz Damas y el Dr. Ricardo González Anoya. Lo anterior para sustentar su trabajo recepcional de la **Especialidad en Medicina Familiar**, donde fungen como Director de tesis la M.E. Karelía Ríos Ávila y la M.E. Rita Rivera García.

Atentamente

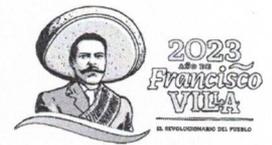
L. Any Daney Álvarez Cruz
Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora

UJAT



DACS
DIRECCIÓN

- C.c.p.- ME. –Karelía Ríos Ávila. – Director de Tesis
- C.c.p.- Me:- Rita Rivera García.-Herenia del Carmen Padrón Sánchez. – Director de tesis
- C.c.p.- Dr. Eduardo Contreras Pérez. – Sinodal
- C.c.p.- Dra. Yazmín Isolda Álvarez García. – Sinodal
- C.c.p.- Dr. Jorge Iván Martínez Pérez.-Sinodal
- C.c.p.- MGS. Nicomedes De la Cruz Damas. – Sinodal
- C.c.p.- Dr. Ricardo González Anoya --Sinodal
- C.c.p.- Archivo
- DC'OGMF/wag*



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 13:30 horas del día 22 del mes de noviembre de 2023 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Nivel de conocimiento y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del HGSZ UMF 04, Tenosique, Tabasco"

Presentada por el alumno (a):

Álvarez Cruz Any Daney
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

2	1	1	E	7	0	0	4	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Grado de:

Especialista en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

M.E. Karelia Ríos Ávila
M.E. Rita Rivera García
Directores de tesis

Dr. Eduardo Contreras Pérez

Dra. Yazmín Isolda Álvarez García

Dr. Jorge Iván Martínez Pérez

M.G.S. Nicomedes De la Cruz Damas

Dr. Ricardo González Anoya

Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 22 del mes de noviembre del año 2023, el que suscribe, Any Daney Álvarez Cruz, alumno del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 211E70046 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **“Nivel de conocimiento y adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del HGSZ UMF 04, Tenosique, Tabasco”**, bajo la Dirección del Dra. Karelia Ríos Ávila, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: anvalvarez534@gmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.



Any Daney Álvarez Cruz

Nombre y Firma





DEDICATORIAS

Mas gracias sean dadas a Dios, que nos da la victoria por medio de nuestro Señor Jesucristo.

A mis padres por su amor incondicional, por sus oraciones y por brindarme los recursos necesarios que me ayudaron a llegar a este punto de mi carrera. Este logro también es de ustedes.

A mi precioso hijo Misael, que durante estos años enfrentó valientemente la ausencia de mamá, admiro tu fortaleza.

A mi amado esposo Efraín, amigo, compañero en los días felices y en los días grises, por creer en mi capacidad, por estar ahí siendo mi fortaleza desde el primer día que inicio este sueño.



AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Mexicano del Seguro Social por haberme formado como especialista y otorgarme los recursos para lograr culminar esta meta.

Al HGSZ 04 IMSS por abrirme las puertas y permitir el uso de sus instalaciones para poder elaborar este estudio.

A la Dra. Rita Rivera por su asesoría y disponibilidad para la realización de este proyecto incluso después de haberse jubilado, gracias por su guía y su tiempo brindados.

A la Dra. Karelia Ávila por su valiosa orientación y apoyo durante el proceso de la elaboración de esta tesis.



INDICE

Índice de tablas y figuras	V
Abreviaturas.....	VI
Glosario.....	VII
Resumen.....	X
Abstrac.....	XI
1. Introducción.....	1
2. Marco teórico.....	2
3. Planteamiento del problema.....	10
4. Justificación.....	11
5. Objetivos.....	12
6. Hipótesis.....	12
7. Material y métodos.....	13
8. Resultados.....	18
9. Discusión.....	22
10. Conclusiones.....	24
11. Recomendaciones.....	25
12. Bibliografías.....	26
Anexos.....	32



INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Cuadro 1 **Operacionalización de las variables**

Tabla 1 Grupo de edad de pacientes con DT2 del HGSZ UMF 04, Tenosique

Tabla 2 Características sociodemográficas y comorbilidades de los pacientes con DT2 del HGSZ UMF 04, Tenosique

Tabla 3 Índice de masa Corporal (IMC) y estado nutricional según la OMS en pacientes con DT2 en el HGSZ UMF 04, Tenosique.

Tabla 4 Años de evolución de los pacientes con DT2 del HGSZ UMF 04, Tenosique

Tabla 5 Adherencia terapéutica y nivel de conocimiento

Tabla 6 Asociación entre adherencia y conocimiento



ABREVIATURAS

ADA	Asociación Americana de la Diabetes
DM2	Diabetes mellitus tipo 2.
DT2	Diabetes tipo 2
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
FDM	Federación Mexicana de Diabetes
IMC	Índice de Masa Corporal
OMS	Organización Mundial de la Salud.
DKQ24	Cuestionario Sobre Conocimiento en Diabetes
MMAS-8	Escala de adherencia a la medicación de Morisky de 8 elementos



GLOSARIO

Adherencia:

Concepto que hace mención a la aglutinación o el pegamiento físico de distintos elementos. La adherencia también es la propiedad de aquello que es adherente (que se pega a otra cosa).

Biguanidas:

Antidiabético oral que actúa reduciendo la producción hepática de glucosa y su absorción intestinal, e incrementando la sensibilidad de la insulina en los tejidos diana.

Conductas de autocuidado: acciones o decisiones que una persona realiza en beneficio propio de su salud y en caso de carecerlas, adoptar y adaptar el estilo de vida más adecuado para sobrellevar la condición.

Conocimiento:

Acción y efecto de conocer, es decir, de adquirir información valiosa para comprender la realidad por medio de la razón, el entendimiento y la inteligencia. Se refiere, pues, a lo que resulta de un proceso de aprendizaje.

Diabetes tipo 2:

Ocurre cuando el cuerpo se vuelve resistente a la insulina o no produce suficiente insulina.



Dicotomía:

División de un objeto o concepto en dos partes complementarias pero separadas.

Hiperglucemia:

Valores altos de glucosa en sangre. Nivel de glucosa en sangre superior a 100 mg/dl en ayunas.

Índice de masa corporal:

Es un índice utilizado frecuentemente para clasificar el sobrepeso y la obesidad en adultos. Peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m^2). La OMS define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30.

Inhibidores de alfa glucosidasa:

Grupo de medicamentos que bloquean a una enzima del epitelio intestinal encargada de la hidrólisis de los oligosacáridos, trisacáridos y disacáridos en la glucosa y otros monosacáridos. Con ello se logra una disminución de la absorción intestinal de glucosa sin inducir riesgo de hipoglucemias.

Insulina:

Hormona polipeptídica, formada por 51,5 aminoácidos, con una estructura molecular similar a un pentágono, producida en las células beta de los Islotes de Langerhans pancreáticos en forma de proinsulina unida a péptido C (forma inactiva) y cuya principal función es la glucoreguladora.



Prevalencia:

Proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.

Sulfonilureas:

Grupo farmacológico de antidiabéticos orales, cuyo mecanismo de acción implica la interacción con receptores específicos, localizados en la superficie de la célula beta pancreática, a través de la cual estimulan la secreción endógena de insulina.

Tiazolidinedionas:

Constituyen un grupo nuevo de hipoglucemiantes orales, cuyo mecanismo de acción principal es el aumento de la sensibilidad a la insulina.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



RESUMEN

Introducción: La Diabetes tipo 2 (DT2) es considerada como un problema de salud pública a nivel mundial, se estima que para el año 2030, 578 millones de personas tendrán esta enfermedad. La falta de conocimiento y de adherencia al tratamiento médico son una de las principales causas de fracaso terapéutico, se estima que de 20 a 50 % de los pacientes no toma sus medicamentos como están indicados.

Objetivo: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y adherencia terapéutica en pacientes con D2 en el Hospital General de Subzona con Unidad de Medicina Familiar número 4 (HGZS UMF 4) del IMSS Tenosique, Tabasco. **Material**

y métodos: estudio descriptivo, transversal y prospectivo. Previo consentimiento del participante se aplicaron dos cuestionarios validados, el Cuestionario Sobre Conocimiento en Diabetes (DKQ24) y la escala de adherencia a la medicación de Morisky de 8 elementos (MMAS-8). Para analizar la relación entre nivel de conocimiento y adherencia terapéutica se utilizó chi cuadrada de Pearson. Los resultados se analizaron con estadística descriptiva, y se utilizó la herramienta estadística SPSS versión 22 para el análisis. **Resultados:** Se estudiaron 255 pacientes el promedio de edad de fue de 59 ± 12.5 años, predominó el sexo femenino con el 60.4%, la escolaridad primaria 26%, estado civil casado con el 51% y ocupación ama de casa con el 36.9%. El 37.6% de estos pacientes presentaron obesidad; la evolución media fue de 12 años, prevaleciendo el grupo de 6-15 años de evolución con un 50.8%. El 57.6% presentó adherencia media al tratamiento farmacológico y el 57.3% presentó conocimiento intermedio sobre la enfermedad que padecen. Con relación al nivel de conocimiento y adherencia terapéutica se obtuvo una $X^2 = 58.85$, con $gl = 4$, y un valor de $p \leq .000$ estadísticamente significativa.

Conclusión: el nivel de conocimiento tuvo relación significativa con la adherencia terapéutica.

Palabras clave: *Diabetes tipo 2, adherencia terapéutica, nivel de conocimiento.*



ABSTRAC

Introduction: Type 2 diabetes is considered a public health problem worldwide, it is estimated that by the year 2030, 578 million people will have this disease. Lack of knowledge and adherence to medical treatment are one of the main causes of therapeutic failure, it is estimated that 20 to 50% of patients do not take their medications as prescribed. **Objective:** To determine the relationship between the level of knowledge and therapeutic adherence in patients with DT2 in the HGZS UMF 4 IMSS, Tenosique, Tabasco. **Material and methods:** a descriptive, cross-sectional, prospective study. Two validated questionnaires, the Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ24) and the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8), were administered with the consent of the participant. Pearson's chi-square was used to analyze the relationship between level of knowledge and therapeutic adherence. The results were analyzed with descriptive statistics, and the SPSS version 22 statistical tool was used for the analysis. **Results:** 255 patients were studied, with greater participation of women, the average age was 59 ± 12.5 years, primary education, marital status married and occupation housewife, 57.6% presented average adherence to drug treatment and 57.3% presented intermediate knowledge. In relation to the level of knowledge and therapeutic adherence an $X^2=58.85$ was obtained, with $gl=4$, and a value of $p \leq .000$ statistically significant. **Conclusions:** the level of knowledge was significantly related to therapeutic adherence.

Key words: *Type 2 diabetes, therapeutic adherence, knowledge lev*



INTRODUCCIÓN:

La diabetes comprende un grupo de trastornos metabólicos frecuentes que comparten el fenotipo de la hiperglucemia. Aproximadamente 1 de cada 11 adultos en todo el mundo tiene diabetes, el 90% de los cuales tiene Diabetes tipo 2 (DT2). México ocupa el sexto lugar en prevalencia de diabetes. Basados en las estadísticas nacionales de mortalidad del año 2020, este padecimiento fue la tercera causa de muerte tanto en hombres como en mujeres, siendo responsable de 99 733 muertes, lo que representa el 14.5% de todas las defunciones. ⁽¹⁻³⁾

La DT2 es una enfermedad crónica cuya prevalencia va en aumento, representando un alto costo para los sistemas de salud debido a sus complicaciones y relación con otras enfermedades crónico-degenerativas. ⁽⁴⁾

El conocimiento del paciente sobre la enfermedad que padece y la adherencia al tratamiento farmacológico, son puntos que se encuentran entre los factores relevantes para el control glucémico, por lo que esta investigación tiene la finalidad de determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento y adherencia terapéutica de los pacientes con DT2 que se encuentran adscritos al HGSZ UMF 04.



MARCO TEORICO

La definición de DT2 describe una alteración metabólica de diversas etiologías, caracterizada por hiperglucemia crónica con desordenes en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. Esta hiperglucemia crónica se relaciona con disfunción de órganos y sistemas tales como riñones, ojos, sistema nervioso y sanguíneo. ⁽⁵⁾

La Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención GPC- IMSS-718-18 define a esta como una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce. ⁽⁶⁾

La DT2, se manifiesta con grados variables de resistencia a la insulina, con un déficit en la producción de insulina que puede ser o no predominante. Se presenta en adultos, pero en los últimos años su frecuencia está aumentando en niños y adolescentes obesos. ⁽⁷⁾

La DT2 es una de las enfermedades crónicas que representan los principales problemas de salud pública a nivel nacional e internacional. Según los últimos datos publicados en el Atlas de la Diabetes de la Federación Internacional de Diabetes 2019, indican que, 463 millones de adultos viven con DT2. Por lo que, si no se realizan medidas necesarias para hacer frente a esta pandemia, 578 millones de personas tendrán diabetes en el año 2030. Además, se estima que para el año 2045, esa cifra se disparará de manera abrumadora hasta 700 millones. ⁽⁸⁾

Los países con mayor número de personas con DT2 en el 2019 fueron: China en primer lugar, seguido de la India, Estados Unidos, Pakistán, Brasil, México ocupando el sexto lugar, Indonesia, Alemania, Egipto y por último Bangladesh. ⁽⁹⁾

Datos reportados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018-2019 en población de 20 años y más (82.7 millones de personas), menciona que el 10.36% de los mexicanos registrados sabe que padece DM2. Además, se reportó que la DT2 se incrementó de 6.4 millones de personas (9.2%) en 2012 a 8.6 millones (10.3%) en 2018. Las entidades federativas con mayor porcentaje de personas de



20 años y más con esta enfermedad son: Campeche, Tamaulipas, Hidalgo, Ciudad de México y Nuevo León. La población de Tabasco representa el 12.1% de personas diagnosticadas con DT2 en el 2018. ⁽¹⁰⁾

Los factores que contribuyen al alza de la prevalencia de la DT2 son la urbanización y los estilos de vida (por ejemplo: sedentarismo, mayor consumo de alimentos chatarra ricos en calorías). Un dato interesante es que la prevalencia de la DT2 en zonas urbanas es del 10.8%, en las áreas rurales es menor (7.2%). Estos datos se modifican conforme al paso del tiempo, ya que de forma paulatina aumenta la prevalencia en zonas rurales. ⁽⁸⁾

Un estudio realizado por la Federación Mexicana de Diabetes (FMD) en el año 2019, arrojó que anualmente el costo total de los gastos en material médico, revisiones médicas, procedimientos como cirugías o diálisis y estudios clínicos en los pacientes no controlados con complicaciones sumaban \$1,163,028.00 pesos y en pacientes controlados \$88,024.00 pesos al año. Con lo que se demuestra que un factor importante para la disminución de los altos costos en la atención médica y la reducción de las complicaciones de la DT2 es la adherencia correcta a la terapia farmacológica, dieta, ejercicio y educación diabetológica. ⁽¹¹⁾

Se establece en la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-015-SSA2-2018, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus los medicamentos que pueden utilizarse para el control de la DT2 son sulfonilureas, metformina, inhibidores de la alfa glucosidasa, tiazolidinedionas, glinidas, terapias basadas en incretinas como: análogos del receptor de GLP-1 e inhibidores de la DPP-4, inhibidores de los cotransportadores renales de sodio y Glucosa tipo 2 (SGLT2), insulinas o las combinaciones de estos medicamentos así como otros que tengan la aprobación de la indicación del tratamiento de la DT2, por parte de la Secretaría de Salud. ⁽¹²⁾

Se define adherencia al tratamiento como el comportamiento del paciente hacia las indicaciones dadas por un prestador de asistencia sanitaria sobre la toma de medicamentos, seguimiento de un régimen alimentario y cambios del estilo de vida. El apego al tratamiento es necesario para evaluar la evolución clínica, así que debe



haber una alianza entre el médico y el paciente para que el tratamiento tenga éxito. Muchas de las indicaciones terapéuticas no pueden ser supervisadas diariamente por un agente externo al paciente quedando bajo su directa responsabilidad, entonces, es el paciente quien decide si debe cumplir o no. ⁽¹³⁻¹⁵⁾

Según la OMS en el proyecto que realizó sobre la adherencia al tratamiento, en varios estudios ha destacado que en las naciones del llamado primer mundo la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas promedia solo el 50%. No es de sorprender que, en los países en desarrollo, la adherencia a la medicación sea deficiente, debido a la limitación de recursos sanitarios y a la disparidad en el acceso a la atención de salud. ⁽¹⁶⁾

La Guía de Diabetes Tipo 2 para Clínicos considera adherencia terapéutica correcta cuando la toma de las dosis prescritas es igual o mayor al 80%.

Es por ello por lo que asociaciones internacionales y nacionales recomiendan monitorizar el nivel de adherencia al tratamiento, lo cual ayuda a evaluar la eficacia y seguridad en los tratamientos farmacológicos prescritos. Al ser la adherencia terapéutica de conducta cambiante a lo largo del tiempo, es necesario medirla y reevaluarla periódicamente. ⁽¹⁷⁾

El conocimiento hace referencia a la información que el paciente posee sobre la DT2 que incluye la definición, signos y síntomas, clínica, factores de riesgo y consecuencias. Este conocimiento es fundamental para que el individuo le otorgue la importancia necesaria a las acciones de autocuidado y se adhiera al tratamiento establecido por su médico para lograr un control metabólico adecuado. ⁽¹⁸⁾

El conocimiento puede verse influido por variables sociodemográficas y clínicas como escolaridad, sexo, edad, tiempo de diagnóstico y comorbilidades. Se ha llegado a la conclusión en diversas investigaciones que los pacientes que padecen DT2 al tener mayor conocimiento sobre la enfermedad que padecen se ve reflejado en un mejor control en los niveles de glucosa, hemoglobina glucosilada y en conductas de autocuidado. Este conocimiento únicamente se logra a través de



intervenciones educativas dirigidas por el personal de salud hacia los pacientes de forma individual o grupal. ⁽¹⁹⁻²²⁾

Los principales métodos para medir la adherencia terapéutica y el nivel de conocimiento de los pacientes se clasifican en métodos directos e indirectos. Dentro de los métodos directos se encuentran la determinación de la concentración del fármaco o su metabolito en una muestra biológica y la terapia directamente observada. Los métodos indirectos pueden utilizar cuestionarios para entrevistar al paciente, a continuación, se mencionan 2 de los más utilizados:

La escala de adherencia a la medicación de Morisky de 8 elementos es de los cuestionarios más utilizados en poblaciones con enfermedades crónicas para medir la adherencia terapéutica, consta de 8 preguntas que hacen referencia a las barreras para una correcta adherencia terapéutica y al comportamiento referente a la toma de medicación por debajo de lo especificado por el médico. Se califica al paciente como adherente o no adherente. ^(23,24)

Para evaluar el conocimiento sobre la DT2 se utiliza el Cuestionario Sobre Conocimiento en Diabetes (en sus siglas en inglés DKQ-24) que consta de 24 preguntas que abarcan los conocimientos sobre definición, etiología, tratamiento, glicemia, sintomatología, diagnóstico, complicaciones y prevención. Este cuestionario clasifica el conocimiento sobre la enfermedad según el puntaje que se obtenga en adecuado, intermedio e inadecuado. ⁽²⁵⁾

Pagès-Puigdemont y cols., realizaron una búsqueda bibliográfica cuyo objetivo era indagar sobre los métodos para medir el grado de adherencia terapéutica, no encontrando diferencias estadísticamente significativas. No realizaron estadísticas en los instrumentos de recolección. Concluyeron que no hay un método óptimo por lo que recomiendan emplear instrumentos como cuestionarios para medir la adherencia realizados por el mismo paciente; sobre todo se debe escoger un cuestionario que se base en la enfermedad que padece el paciente y la información que se desee obtener. ⁽²³⁾



Rodríguez Chamorro MA et al realizaron una revisión bibliográfica para identificar qué tests se utilizan en la valoración del cumplimiento terapéutico, que sean aplicables, sencillos y que no requieran de un gran esfuerzo y tiempo en la práctica clínica por los profesionales de la salud. Siendo el más utilizado para enfermedades crónicas como la diabetes el test de Morisky-Green el cual se puede realizar junto con el test de Batalla, ya que el primero posee un alto valor predictivo y alta especificidad, y el segundo buena sensibilidad. ⁽²⁶⁾

Existen publicaciones que señalan la relación entre el grado de conocimiento y la adherencia terapéutica en los pacientes con DT2. A continuación se describen algunos de ellos.

Trejo-Bastidas N. et al realizaron un estudio de corte transversal a 282 pacientes con DT2 de un programa de nefroprotección, con el objetivo de determinar los factores asociados con la adherencia farmacológica, aplicando la prueba de Morisky-Green para medir la adherencia. Los factores que se asociaron con la adherencia farmacológica fueron: género femenino (168 pacientes, 66.7%), no tener que emplear insulina (129 pacientes, 67.2%), estar en tratamiento con monodosis (144 pacientes, 75%), haber tenido consulta con el médico internista en el último año (145 pacientes, 75.5%) y presentar una HbA1c entre 6.0 y 6.9% (88 pacientes, 45.7%). Obteniéndose una adherencia de 68.08%, un porcentaje de adherencia mayor al 50% que se obtienen en estudios realizados en países desarrollados.

En conclusión, la adherencia farmacológica está influenciada por múltiples factores que no sólo dependen del paciente, sino que involucran también a los profesionales de salud, el tipo de medicación y la disponibilidad de esta, además de asociarse significativamente con el control glucémico. ⁽²⁷⁾

Orozco Beltrán D. y cols. en España, llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue explorar la opinión técnica de un panel clínico de expertos y formular un consenso profesional con relación a cuatro bloques: Bloque I: Impacto de la falta de «adherencia terapéutica» en pacientes con DT2. Bloque II: Causas principales de



incumplimiento en los pacientes con DT2. Bloque III: Diagnóstico de la falta de adherencia y de sus posibles causas en el paciente individual y Bloque IV: Definir las mejores intervenciones y el papel de los distintos roles implicados en la mejora de la adherencia en el paciente con DT2. Se utilizó el método Delphi modificado, como técnica de consenso aplicado en 2 rondas a los grupos de expertos

Los resultados más destacados fueron: Bloque I: La falta de adherencia terapéutica se asocia a una reducción en la posibilidad de alcanzar los objetivos terapéuticos, a un incremento en la morbilidad y en el número de hospitalizaciones y urgencias, a una disminución de la calidad de vida del paciente, y a un mayor coste sanitario. El impacto de la falta de «adherencia terapéutica» en pacientes con DT2 lo tiene en cuenta el médico de atención primaria, el personal de enfermería y educadores en diabetes y la industria farmacéutica. Con relación al Bloque II los expertos concluyeron que, la falta de conocimiento sobre la enfermedad, sobre el tratamiento o sobre las recomendaciones de autogestión, el carecer de apoyo social, o la comorbilidad con depresión o deterioro cognitivo son algunos de los factores que pueden predecir el incumplimiento en los pacientes con DT2 y que los fármacos con más efectos adversos pueden comprometer la adherencia terapéutica. Ellos consideraron que, una buena relación profesional sanitario-paciente y una adecuada educación sanitaria favorecen una mejor adherencia al tratamiento farmacológico. Respecto al Bloque III los expertos llegaron a las siguientes conclusiones, ni el criterio clínico, ni la información facilitada por el paciente, suelen ser suficientes para identificar la falta de adherencia, por lo que recomiendan la medición del cumplimiento de forma periódica incluyendo las pautas de conducta y la prescripción farmacológica. Los más empleados serían preguntar al paciente, contar comprimidos, el uso de la receta electrónica, cumplimentación de test estandarizados como el test de Haynes-Sackett o Morisky-Green y el control de la dispensación en farmacia. ⁽²⁸⁾

Pascacio-Vera et al realizaron un estudio de tipo descriptivo transversal con el objetivo de identificar el grado de conocimiento y el grado de apego al tratamiento farmacológico de DT2. Utilizó el método indirecto aplicando el instrumento DKQ24



y la prueba de Morisky Green en el estado de Tabasco, en 80 pacientes con DT2 en dos comunidades del centro. De los 80 pacientes estudiados, el género femenino predominó siendo 50 pacientes (62.5%) y 30 pacientes masculinos (37.5%). Se observó que del total de 80 pacientes, 58 pacientes (72.5%) presentaron una buena adherencia al tratamiento. Al evaluarse su nivel de conocimiento sobre la DT2, 9 pacientes (15.5%) presentaron conocimiento no aceptable, y 49 pacientes (84.5%) un conocimiento aceptable.

Como resultado de este estudio tenemos que un adecuado conocimiento [conocimiento aceptable 49 pacientes (84.5%)] sobre la enfermedad y los programas de educación diabetológica aseguraban una buena adherencia al tratamiento. En este estudio se demostró mediante un análisis inferencial, que existe una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento de la enfermedad y la adherencia al tratamiento comprobado mediante la prueba de X2 obteniendo una $p < 0.001$. La adherencia al tratamiento está ligada al nivel de conocimiento de la enfermedad. Esto sugiere que la educación para la salud puede ser una medida eficaz de mejora de la adherencia farmacológica en la población estudiada. ⁽⁴⁾

Pérez Pavón Abel et al realizó un estudio transversal analítico con el objetivo de determinar los factores que condicionan la falta de adherencia terapéutica en pacientes con DT2 en el estado de Tabasco, utilizando el método indirecto donde aplicaron 8 instrumentos a 129 pacientes, de los cuales 48 fueron hombres (37.2%) y 81 mujeres (62.8%) del municipio de Emiliano Zapata adscritos a la UMF 33. El grado de adherencia se reportó de la siguiente manera: alta 125 (96.9%), media 3 (2.3%) y baja 1 (0.8%). Los resultados para una buena adherencia al tratamiento fueron: el género femenino 81 (62.8%), el estado civil casado 101 (78.3%), el medio de procedencia urbano 115 (89.1%) y la escolaridad con grado de nivel primario 83 (64.9%). Existe un alto grado de adherencia en los fármacos hipoglucemiantes 119 (92.2%) y tratamiento con insulina 7 (5.4%), pero no en la dieta 127 (98.4% no cumplen la dieta) y el ejercicio 119 (92.25% pacientes que no realizan ejercicio). El comparativo mediante Chi cuadrada de Pearson de adherencia terapéutica y



satisfacción usuaria reportó: $X^2 = 0.032$ GL; 2 $p=0.98$. efecto adverso ($X^2 = 13.012$ GL 2 $p; 0.001$). ⁽²⁹⁾

En la siguiente investigación se pretende determinar la adherencia al tratamiento y el nivel de conocimiento en pacientes que padecen DT2, y que reciben atención médica de control y tratamiento en el Hospital General de Subzona UMF 04, ya que no existen estudios en esta unidad que demuestren que puntos son los que aseguran la adherencia terapéutica y con ello asegurar un mejor pronóstico en calidad de vida de los pacientes.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La DT2 es considerada como un problema de salud pública a nivel mundial, con una curva de crecimiento exponencial, se estima que para el año 2030, 578 millones de personas tendrán esta enfermedad y es alarmante que la cantidad de personas que padecen esta enfermedad en la actualidad, no cuenten con un control metabólico adecuado y la mayoría de ellos desconoce aspectos importantes sobre la enfermedad que padecen lo que influye notablemente en las acciones de autocuidado como el ser responsables de tomar la medicación prescrita por el médico.

El objetivo de que el paciente se adhiera adecuadamente a su tratamiento es mantener una buena calidad de vida, evitando las complicaciones agudas y crónicas y disminuyendo la tasa de mortalidad. La falta de adherencia al tratamiento aunado a la escasez de conocimiento sobre la DT2 es una de las principales causas de fracaso terapéutico, se estima que de 20 a 50 % de los pacientes no toma sus medicamentos como están indicados. De acuerdo con la OMS, mejorar la adherencia puede tener un mayor impacto en la salud de la población.

En los últimos 3 años en el municipio de Tenosique, el indicador DM4 que describe el porcentaje de pacientes con DT2 mayores de 20 años en control adecuado de glucemia fue del 10.9% y 10.4% respectivamente, por debajo de los valores de referencia nacional (glucosa en ayuno, punto de corte 70-130 mg/dl).

Siendo el conocimiento, un factor que influye en la adherencia al tratamiento, nos planteamos la siguiente pregunta de Investigación

PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿Cuál es el nivel de conocimiento y la adherencia terapéutica en pacientes con DT2 del HGSZMF O4, Tenosique, Tabasco?



JUSTIFICACIÓN:

La falta de una adecuada adherencia al tratamiento a largo plazo de la DT2 se ha incrementado en los últimos años, lo que se ve reflejado en nuestro país donde aproximadamente el 40% de la población se encuentra en descontrol grave de los niveles de glucosa. En consecuencia, el paciente tiene un mayor riesgo de sufrir complicaciones y recaídas con lo cual se añaden las visitas frecuentes al servicio de urgencias, los ingresos hospitalarios, la disminución de la calidad de vida y la utilización de otros medicamentos.

Según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes Tipo 2, en su último reporte del primer trimestre del 2021, los estados de Tabasco y Quintana Roo reportaron el mayor número de casos de DT2 a nivel nacional. Se desconoce en nuestro estado, específicamente en el municipio de Tenosique, de los pacientes que acuden a su control mensual de DT2, el nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento farmacológico. Por lo que esta investigación tiene la finalidad de determinar el grado de conocimiento de los pacientes con DT2 y su relación con la adherencia terapéutica. Estos datos podrían ser de utilidad en un futuro para ajustar las estrategias de la unidad con relación al control glucémico en estos pacientes.



OBJETIVOS:

General:

Determinar si existe relación entre el conocimiento y la adherencia terapéutica de los pacientes con DT2 del HGSZ UMF 04, Tenosique, Tabasco.

Específicos:

1. Determinar el nivel de conocimiento de DT2 de los pacientes de acuerdo con el instrumento Cuestionario de conocimientos sobre la diabetes (DKQ-24 por sus siglas en inglés).
2. Establecer el porcentaje de adherencia terapéutica en pacientes con DT2 mediante la aplicación de la Escala de adherencia a la medicación de Morisky de 8 preguntas (MMAS-8 por sus siglas en inglés).
3. Describir las características sociodemográficas de la población.

HIPÓTESIS:

Hipótesis Ho Existe relación entre el nivel de conocimiento y la adherencia terapéutica en los pacientes con DT2 del HGSZ UMF 04 Tenosique, Tabasco.

Hipótesis H1 No existe relación entre el nivel de conocimiento y la adherencia terapéutica en los pacientes con DT2 del HGSZ UMF 04 Tenosique, Tabasco.



MATERIAL Y MÉTODO:

Tipo de estudio:

Descriptivo, transversal, prospectivo.

Universo de trabajo:

Censo de pacientes mayores de 18 años con DT2 del HGSZ UMF 04 IMSS Tenosique, Tabasco.

Muestra:

255 pacientes con DT2 que cumplieron con los criterios de inclusión.

Lugar:

Hospital General de Subzona con Medicina Familiar número 4 IMSS ubicado en el municipio de Tenosique estado de Tabasco.

Cálculo un tamaño de la muestra:

Asumiendo una distribución binomial, en una población de 761 individuos, y utilizando el cálculo basado en una distribución binomial, se debe seleccionar una muestra con al menos 255 individuos para calcular una proporción estimada de 75% (promedio de prevalencia de DT2 descontrolados de acuerdo con la literatura) y una amplitud del intervalo de confianza igual al doble del error aceptado (10%) con un nivel de confianza del 95%.

Tamaño de muestra sin ajustar: 318

Fracción de muestreo sin ajustar: 41.8%

Tamaño de muestra ajustado: 255

Fracción de muestreo ajustado: 29.6%

Fórmula:

Para población finita:

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2(N - 1) + Z^2 pq}$$

Donde: p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 -p). La suma de la p y la q siempre debe dar 1. Por ejemplo, si p= 0.8 q= 0.2

N = tamaño de la población



Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza.

Muestreo no probabilístico por cuota:

Pacientes que acudieron a su control a la unidad médica, se seleccionaron de forma consecutiva a los pacientes que aceptaron participar, hasta completar el tamaño de la muestra.

Criterios de inclusión

Mayores de 18 años, derechohabientes del HGZS UMF 04 Tenosique.

Pacientes con DT2 que aceptaron participar en el estudio.

Pacientes con DT2 de más de un año de evolución.

Criterios de exclusión:

Pacientes con incapacidad física o mental que impida contestar los cuestionarios.

Criterios de eliminación:

Con datos o cuestionarios incompletos.

Procedimientos y análisis estadístico:

Previo consentimiento de los comités de investigación, previa firma del consentimiento informado de los participantes, se realizó una prueba piloto por pasantes de enfermería de la unidad médica y la médico de base (Dra. Karelia Ríos) con los instrumentos DKQ24 (conocimiento) y MMAS-8 (adherencia terapéutica) ya validados en publicaciones anteriores. Posteriormente los pacientes mayores de 18 años con DT2 que acudieron a control con su médico familiar del HGSZ UMF 04 Tenosique, Tabasco, se les invitó a participar en el estudio, aquellos que aceptaron, se les dio a firmar el consentimiento y se realizaron las encuestas a través de una entrevista directa, para evaluar el conocimiento de la DT2 se aplicó el instrumento DKQ24, el cual consta de 24 preguntas, entre las opciones que ofrecen como respuestas son si, no o no se (anexo 3). La adherencia terapéutica, se evaluó mediante el MMAS-8, que constan de 8 preguntas con respuestas dicotómicas sí o no (anexo 4) además se utilizó la última cifra de glucosa registrada en el expediente del paciente.



Análisis estadístico: Finalmente los resultados se recabaron en una hoja de cálculo en Excel, los datos se agruparon y analizaron de acuerdo con el tipo de variable.

Análisis univariado: para las variables cuantitativas de distribución normal, utilizamos promedios con desviación estándar y para las variables cualitativas, proporciones, media mediana y moda.

Análisis Bivariado: se utilizó chi cuadrada, para determinar asociación entre las variables, se realizó de acuerdo con la naturaleza de las variables mediante herramienta estadística SPSS versión 22 con una significancia de P de 0.05%.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



VARIABLES

Cuadro 1: Operacionalización de las variables

Variable	Tipo y escala	Definición conceptual	Definición operacional	Codificación estadística	Tipo de estadística
Edad	Cuantitativa, discontinua	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Fecha de la encuesta menos fecha de nacimiento.	(1) <39 años (2) 39-49 años (3) 50-59 años (4) 60-69 años (5) >70 años	Medidas de tendencia central, dispersión y tablas categóricas
sexo	Cualitativa, nominal, dicotómica	Condición orgánica, masculino o femenino de los animales y las plantas.	Género del paciente reportado en la encuesta.	(1) Hombre (2) Mujer	Frecuencia y porcentaje
escolaridad	Cualitativa nominal	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Grado de instrucción aprobados por el paciente en el momento de la encuesta.	(1) Analfabeta (2) Sabe leer o escribir (3) Primaria (4) Secundaria (5) Preparatoria (6) Estudios superiores	Frecuencia y porcentaje
Estado civil	Cualitativa nominal politómica	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, matrimonio que se hace constar en el registro civil.	El estado civil reportado por los pacientes mediante la encuesta.	(1) Soltera (2) Casada (3) Unión libre (4) Viuda (5) Divorciada	Frecuencia y porcentaje
Ocupación	Cualitativa, nominal	Trabajo, empleo oficio	Ocupación reportada por los pacientes en la encuesta	(1) Ama de casa (2) Campesino (3) Comerciante (4) Obrero (5) Profesionista	Frecuencia y porcentaje
Tiempo de diagnóstico	Cuantitativa Discontinua	Tiempo transcurrido desde el momento en que un médico diagnosticó al paciente de DT2.	Fecha de diagnóstico dada por el paciente al momento de la encuesta.	(1) 0-5 años (2) 6-10 años (3) 11-15 años (4) 16-20 años (5) 21-25 años (6) 26-30 años	Medidas de tendencia central, mediana con DS
Índice de masa corporal (IMC)	Cuantitativa, continua	Estado nutricional de los pacientes basado en la fórmula de peso sobre talla al cuadrado categorizado según rango de	IMC del paciente en el momento de la encuesta	(1) Bajo peso < 18.5 (2) Peso normal 18.5-24.9 (3) Sobrepeso 25-29.9	Medidas de tendencia central, mediana con DS



Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

		estado nutricional.	(4) Obesidad grado I 30-34.5 (5) Obesidad grado II 35-39.9 (6) Obesidad grado III >40	
Comorbilidades	Cualitativa nominal poltómica	Presencia de enfermedades coexistentes o adicionales en relación con el diagnóstico de DT2.	La presencia de comorbilidades referidas por el paciente al momento de la entrevista. (1) Hipertensión (2) Dislipidemia (3) Retinopatía (4) Nefropatía (5) Neuropatía (6) Cardiopatía	Frecuencia y porcentaje
Adherencia al tratamiento	Cualitativa ordinal	Comportamiento del paciente hacia las indicaciones dadas por un prestador de asistencia sanitaria sobre la toma de medicamentos, seguimiento de un régimen alimentario y cambios del estilo de vida.	Grado de adherencia al tratamiento hipoglucemiante en pacientes que padecen DT2 reportados mediante la encuesta. (1) Baja: puntaje < 6 (2) Media: 6-8 puntos (3) Alta: >8 puntos	Frecuencia y porcentaje
Conocimiento sobre la diabetes tipo 2	Cualitativa ordinal	Conocimiento que poseen los pacientes con respecto a la DT2. Etiología,	Conocimiento que poseen los pacientes respecto a la DT2 del HGSZ UMF 04 reportados mediante la encuesta 1)Adecuado:24-20 puntos (2) Intermedio:14-19 puntos (3) Inadecuado 0-13 puntos	Frecuencia y porcentaje



RESULTADOS

De los 255 pacientes con DT2 que se incluyeron en la investigación, se encontraron los siguientes datos: de acuerdo con las características sociodemográficas de la población encuestada el 60.4% pertenecen al sexo femenino, el rango de edad es de 18 a mayores de 70 años, con mayor prevalencia en el grupo de edad de 60-69 años (33.72%), la edad media fue de 59.34 ± 12.5 años, dentro de un intervalo de 32 a 88, con una mediana de 60 y una moda de 69 años (Tabla 1).

Tabla 1. Grupo de edad de pacientes con DT2 del HGSZ UMF 04, Tenosique.

Media	Desviación estándar	Moda	Varianza	Mínimo	Máximo
59.349	± 12.5	69	158	32	88
Grupos de edad	f	%			
<39	18	7.05			
39-49	48	18.82			
50-59	57	22.35			
60-69	86	33.72			
>70	46	18.03			
Total	255	100			

Fuente: formulario para la recolección de datos sobre el nivel de conocimiento y adherencia terapéutica en pacientes con DT2 del HGSZ UMF 04, Tenosique, Tabasco.

En cuanto al estado civil, se muestra con mayor proporción el rubro de casados con un 51.8%, seguido de la unión libre con el 26.7%, sumando en conjunto el 78.5% de la muestra. El grado de estudios con mayor porcentaje fue primaria con el 26.3%, seguido del nivel de secundaria con un 20.4%. En cuanto a la ocupación el grupo de amas de casa resultó ser el de mayor proporción con un 36.9% (n=94), seguido del grupo obrero con el 20.8% (n=53). Dentro de las principales comorbilidades asociadas se encuentra en primer lugar la hipertensión arterial con el 58% (n=148), el segundo lugar lo ocupa la neuropatía con el 50.5% (n=129) y en último lugar se encuentra la cardiopatía con un 4.7% (n=12) (Tabla 2).



Tabla 2. Características sociodemográficas y comorbilidades de los pacientes con DT2 del HGSZ UMF 04, Tenosique.

	<i>f</i>	%
Sexo		
Femenino	154	60.4
Masculino	101	39.6
Estado civil		
Casado	132	51.8
Unión libre	68	26.7
Divorciado	28	11
Viudo	22	8.6
Soltero	5	2
Grado de estudios		
Primaria	67	26.3
Secundaria	52	20.4
Preparatoria	50	19.6
Estudios superiores	35	13.7
Sabe leer y escribir	29	11.4
Analfabeta	22	8.6
Ocupación		
Ama de casa	94	36.9
obrero	53	20.8
campesino	47	18.4
Profesionista	35	13.7
comerciante	26	10.2
Comorbilidades		
Hipertensión	148	58
Dislipidemia	99	38.8
Retinopatía	46	18
Nefropatía	24	9.4
Cardiopatía	12	4.7

Fuente: formulario para la recolección de datos sobre el nivel de conocimiento y adherencia terapéutica en pacientes con DT2 del HGSZ UMF 04, Tenosique, Tabasco.



De acuerdo con el estado nutricional, se pudo observar que la mayoría de los pacientes con DT2 presenta sobrepeso 37.6% (n=96) y obesidad grado I con el 26.3% (n=67), tienen peso normal el 16.5% (n=42), y por último el 10.2% (n=26) presenta obesidad grado II (Tabla 3).

Tabla 3. Índice de masa Corporal (IMC) y estado nutricional según la OMS en pacientes con DT2 en el HGSZ UMF 04, Tenosique.

IMC	f	%
Normal	42	16.5
Sobrepeso	96	37.6
Obesidad grado I	67	26.3
Obesidad grado II	26	10.2
Obesidad grado III	12	4.7

Fuente: formulario para la recolección de datos sobre el nivel de conocimiento y adherencia terapéutica en pacientes con DT2 del HGSZ UMF 04, Tenosique, Tabasco.

Respecto a los años de evolución de la enfermedad, la evolución media fue de 12.7 años \pm 6.6 años, dentro de un intervalo de 1 a 30 años, con una mediana de 12 años y una moda de 5 años. Observándose una prevalencia en el grupo de 6-15 años de evolución con un 50.8% (n=132) (tabla 4).

Tabla 4. Años de evolución de los pacientes con DT2 del HGSZ UMF 04, Tenosique.

	Media	Desviación estándar	Moda	Varianza	Mínimo	Máximo
	12.73	6.6	5	44	1	30
Años de evolución	f				%	
1-5	45				17.6	
6-10	65				24.5	
11-15	67				26.3	
16-20	43				16.9	
21-25	29				11.4	
26-30	6				2.4	

Fuente: formulario para la recolección de datos sobre el nivel de conocimiento y adherencia terapéutica en pacientes con DT2 del HGSZ UMF 04, Tenosique, Tabasco.



Los resultados muestran que de los pacientes encuestados con DT2 existe una mayor prevalencia en la adherencia media con 57% (n=147), seguido de adherencia baja con el 25.9% (n=66). Sobre el conocimiento que poseen los pacientes que padecen DT2 sobre su enfermedad predomina el nivel de conocimiento intermedio con el 57.3% (n=146), secundándole el nivel de conocimiento inadecuado con un 25.1% (n=64) (tabla 5).

Tabla 5. Adherencia terapéutica y nivel de conocimiento

Adherencia	f	%
Baja	66	25.9
Media	147	57.6
Alta	42	16.5
Conocimiento		
Adecuado	45	17.6
Intermedio	146	57.3
Inadecuado	64	25.1

Fuente: cuestionario DKQ-24 para conocimiento y MMAS-8 para adherencia terapéutica

Se realizó el análisis bivariado con la prueba de Chi² de Pearson entre el nivel de conocimiento y la adherencia de los pacientes con DT2 encontrándose una relación entre el conocimiento intermedio 57.2% (n=146) y la adherencia media 57.6% (n=147). Se obtuvo una X²= 58.8, con gl= 4, y un valor de p ≤ .000 estadísticamente significativa (tabla 6).

Tabla 6. Asociación entre adherencia y conocimiento

	Variables		Chi ²	P ≤
	Adherencia	Conocimiento		
Resultados	Media 57.6% (n=147)	Intermedio 57.2% (n=146)	58.8	0.000

Fuente: cuestionario DKQ-24 para conocimiento y MMAS-8 para adherencia terapéutica

Se correlacionó la variable escolaridad con conocimiento y adherencia, encontrándose que en el grupo de pacientes con escolaridad primaria se obtuvo un mayor porcentaje de adherencia media y conocimiento intermedio siendo el 14.1% (n=36) y 14.5% (n=37) en comparación con la escolaridad máxima.



DISCUSIÓN

En estudios sobre adherencia al tratamiento en pacientes con DT2 que se han realizado en México en diferentes estados, se ha demostrado que el 54.2% y 72.5% de los pacientes presentan buena adherencia al tratamiento farmacológico, en nuestro estudio se evidenció que el nivel de adherencia de la población estudiada fue media con el 57.6%, resultando semejante. ⁽³⁰⁾

Nuestro resultado concuerda con el estudio realizado en un hospital de Perú en el año 2019 donde se hayó asociación positiva entre adherencia y conocimiento, en este estudio se incluyeron 210 pacientes con DT2 y se utilizaron las mismas herramientas de evaluación (DKQ24 y MMAS-8) que en nuestro estudio, se encontró un porcentaje del 78.1 de conocimiento y se realizó asociación con adherencia. En comparación con nuestro estudio, ellos obtuvieron menos pacientes adherentes al tratamiento (25%). Las variables de conocimiento y adherencia están relacionadas, ya que si el paciente presenta conocimiento adecuado de la enfermedad, está predispuesto a un nivel de adherencia al tratamiento alto, habiendo contraste con los pacientes que presentan un nivel de conocimiento de la enfermedad inadecuado. Estos parámetros también fueron evaluados por Pascacio Vera en el estudio realizado en un municipio del estado de Tabasco, donde se observó que un adecuado conocimiento sobre la enfermedad y los programas de educación diabetológica aseguraban una buena adherencia al tratamiento. ^(4, 25,31)

En cuanto a las variables sociodemográficas de los pacientes se analizaron las que mostraron relación con un adecuado conocimiento sobre la DT2 y una alta adherencia al tratamiento, se utilizaron: edad, género, escolaridad, estado civil y ocupación. En nuestro estudio la población femenina fue la que tuvo mayor frecuencia, resultado similar que se obtuvo en un estudio realizado por Pérez Pavón en el municipio de Emiliano Zapata, Tabasco, donde la mayoría de los pacientes encuestados fueron del género femenino debido a que son las que más acuden a la consulta de control de enfermedades crónicas además de que en la última encuesta realizada por el INEGI en el 2020, en el municipio de Tenosique la población del género femenino es mayor a diferencia del género masculino. ⁽²⁹⁾



El estudio observó relación de adherencia alta con un nivel de escolaridad básica, ya que de los pacientes encuestados en su mayoría (26.3%) estudiaron hasta el nivel de escolaridad primaria y estos alcanzaron un nivel de adherencia al tratamiento mayor que los pacientes con estudios superiores. Nuestro resultado no concuerda con el obtenido en otros estudios como el realizado en Perú, donde los pacientes con grados de instrucción superior tienen mayor adherencia a su tratamiento. En estudios similares se ha encontrado relación estadísticamente significativa negativa entre la adherencia terapéutica y el grado de estudios del paciente ya que se considera la educación del paciente como factor clave para el apego al tratamiento. ⁽³²⁾

Dentro de las comorbilidades de los pacientes estudiados se encuentran en el primer lugar la hipertensión y dislipidemia, resultados similares obtenidos en la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Sobre las complicaciones de la diabetes, que contribuyen a la morbilidad y mortalidad por diabetes, los datos obtenidos fueron neuropatía 50.5%, nefropatía 9.4% y cardiopatía 4.7% lo que no concuerda con los resultados observados en muestreos que se realizaron con una población similar a la que se encuestó en nuestro estudio, en unidades del IMSS en los estados de Sonora y Guanajuato donde hubo una mayor frecuencia de las complicaciones como la nefropatía y cardiopatía, sólo en la neuropatía nuestra población estudiada superó a la población muestreada del Imss de Ciudad Obregón, tal vez debido a diferencias en el estilo de vida de las zonas urbanas y rurales, así como a cierta predisposición genética. ^(33,34)



CONCLUSIONES:

En el presente estudio se analizaron diversas variables sociodemográficas, donde se evidenció que la población predominante fue el sexo femenino, el estado civil con mayor porcentaje se encontró en la población casada, la educación primaria fue el último grado de estudios de la población con mayor frecuencia.

En el estado nutricional según el IMC, la mayoría de los pacientes presentó sobrepeso.

La mayoría de los pacientes estudiados tiene un nivel de conocimiento de DT2 intermedio y un nivel de adherencia terapéutica media.

Las variables que se asociaron con adherencia terapéutica media fueron género femenino, escolaridad primaria y con pacientes que tienen de 6-15 años de diagnóstico de DT2.

La variable que se asoció a conocimiento intermedio fue la escolaridad primaria, no se realizaron asociaciones con otras variables.

Se encontró una relación directamente proporcional entre el nivel de conocimiento y la adherencia terapéutica en pacientes con DT2.

El acceso a información sobre autocuidado e intervenciones educativas en la población que padece DT2, contribuye a mejorar la adherencia terapéutica y que los pacientes logren un control glucémico adecuado. Por lo que el equipo que conforman los prestadores de atención en salud deberá reforzar los puntos débiles del nivel de conocimiento que presentó la población estudiada a través de intervenciones educativas e implementar otras estrategias para lograr cambios positivos en los pacientes.



RECOMENDACIONES:

Dentro de los factores que predicen una adherencia baja al tratamiento hipoglucemiante se encuentran la falta de conocimiento sobre la DT2, del tratamiento y de las complicaciones derivadas de esta enfermedad, por lo que se insta a dar a conocer y fortalecer la aplicación de los programas con los que cuenta el instituto para así lograr que los pacientes con DT2 y otras enfermedades crónicas logren las metas de control.

Se recomienda realizar actividades en pro de la educación y promoción para la salud repartiendo folletos, revistas, boletines que informen sobre qué es la diabetes y sus complicaciones, medidas de prevención y métodos para lograr las cifras de control, corrección de sobrepeso y obesidad, cambios en el estilo de vida y alimentación.

Se recomienda trabajar de la mano con el área de nutrición para disminuir el porcentaje de sobrepeso y obesidad que predomina en la población de esta unidad.

Se recomienda continuar aplicando los cuestionarios DKQ24 y Morisky Green de forma semestral o anual con el fin de vigilar constantemente el grado de conocimiento y de adherencia al tratamiento farmacológico con el fin de reforzar los puntos débiles que se observen en los resultados de las encuestas.



BIBLIOGRAFIA

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editors. Harrison principios de medicina interna. 2016;Vol 2. 19a ed. México: McGraw Hill;.
2. INEGI. Características de las defunciones registradas en México durante enero a agosto de 2020. (2021. [citado el 7 de septiembre de 2021]. Disponible en https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSocio demo/DefuncionesRegistradas2020_Pnles.pdf
3. Zheng, Y., Ley, S. H., & Hu, F. B. Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. *Nature reviews Endocrinology*. 2018; 14(2), 88–98. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2017.151>
4. Pascacio-Vera, G. D., Ascencio-Zarazua, G. E., Cruz-León, A., & Guzmán-Priego, C. G. Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco*, 2016; 22(1-2), 23-31.
5. Pérez-Rodríguez A, Berenguer-Gouarnaluses M. Algunas consideraciones sobre la diabetes mellitus y su control en el nivel primario de salud. **MEDISAN** [Internet].2015 [citado 22 Nov 2023]; 19 (3) Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/83>
6. IMSS. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. Guía de Evidencias y Recomendaciones. 2018 [Internet]. México. Instituto Mexicano del Seguro Social; [Citado 07 de sep 2021]. Disponible: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/718GER.pdf>
7. ALAD. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia Edición 2019 [Internet]. México. Permanyer. [Citado 07 de sep 2021]. Disponible en: https://revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf
8. [FID. Atlas de la diabetes de la FID.](#) [Internet]. Bruselas. FID. 2019 [Citado 07 de sep 2021]. Disponible en: <https://diabetesatlas.org/es/>



9. Rodrigo R. Los 10 países con más personas con diabetes en el mundo. [Internet]. México. Saludiarario. 14 Noviembre 2020. [Citado 07 de sep 2021]. Disponible en: <https://www.saludiarario.com/grafica-los-paises-con-mas-personas-con-diabetes-en-el-mundo/>
10. INEGI. Encuesta nacional de salud y nutrición 2018. Presentación de resultados. [Internet]. México. INEGI. 2018 [Citado 07 de sep 2021]. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
11. FMD. Los costos de la diabetes [Internet]. México. Federación Mexicana de diabetes. 9 Enero 2019. [Citado 07 de sep 2021]. Disponible en <https://fmdidiabetes.org/los-costos-la-diabetes/>
12. SEGOB. Norma oficial Mexicana, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus. . [Internet]. México. 03 mayo 2018. Secretaria de Gobernación. [Citado 07 de sep 2021]. Disponible: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521405&fecha=03/05/2018#:~:text=PROYECTO%20de%20Norma%20Oficial%20Mexicana,control%20de%20la%20Diabetes%20Mellitus.
13. Rangel Yamila R, Suárez Roilán M, Gómez Valdivia M, Suárez María R, Rangel Díaz C, Cabrera Macías Y. Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev. Finlay. 2017;7(2):89-98.
14. Vargas Sánchez CG, Toledo Hernández A. Adherencia al tratamiento y su relación con el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en una unidad de medicina familiar en Cuernavaca, Morelos, México. Aten Fam. 2018;25(4):146-150. <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.4.67258>
15. Guzmán G, Arce A, Rojas M. Adherencia al tratamiento farmacológico y control glucémico en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2. Rev ALAD. 2018; 8:35-43.
16. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. [Internet]. 2004. [Citado 07 de sep 2021].



Disponible en <https://www1.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf>

17. Alemán Sánchez JJ, Artola Menéndez S. Guía de diabetes tipo 2 para clínicos: Recomendaciones de la redGDPS. Fundación redGDPS [internet], 2018. [citado 2021 Sep 04]. Disponible en: https://www.redgdps.org/gestor/upload/colecciones/Guia%20DM2_web.pdf
18. Asociación Estadounidense de Diabetes. 4. Fundamentos de la atención: educación, nutrición, actividad física, cesación tabáquica, atención psicosocial e inmunización. *Cuidado de la diabetes*, 38. (2015). pág S20-S30. Disponible en: https://diabetesjournals.org/care/article/38/Supplement_1/S20/37290/4-Foundations-of-Care-Education-Nutrition-Physical
19. Carole A. Chrvala, Dawn Sherr, Ruth D. Lipman. Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review of the effect on glycemic control, *Patient Education and Counseling*, 2016;99, 6, Pages 926-943. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26658704/>
20. Zimbudzi E., Okada H., Funnell M., Hamaguchi M. Editorial: Innovation in diabetes self-care management and interventions. *Frontiers in endocrinology*, 2023;14, 1269437. <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1269437>
21. López-Vaesken A., Rodríguez-Tercero A., Velázquez-Comelli P. Conocimientos de diabetes y alimentación y control glucémico en pacientes diabéticos de un hospital de Asunción. *Revista científica ciencias de la salud*. 2021; 3,1. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S2664-28912021000100045&script=sci_arttext
22. Martins Giroto Priscilla Costa, de Lima Santos Aliny, Silva Marcon Sonia. Conocimiento y actitud frente a la enfermedad de personas con diabetes mellitus atendidas en Atención Primaria. *Enferm. glob.* [Internet]. 2018 [citado 2023 Nov 23]; 17(52): 512-549. Disponible en:



- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000400512&lng=es. Epub 01-Oct-2018. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.267431>.
- 23.** Pagès-Puigdemont Neus, Valverde-Merino M. Isabel. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm* [Internet]. 2018 Sep [citado 2023 Nov 23] ; 59(3): 163-172. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000300163&lng=es. Epub 19-Oct-2020. <https://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i3.7387>.
- 24.** Esquivel-Prados Elisabet, Pareja-Martínez Elisa, García-Corpas José P. Cuestionarios de adherencia al tratamiento antidiabético oral en pacientes con Diabetes Mellitus 2: revisión sistemática. *Ars Pharm* [Internet]. junio de 2023 [consultado el 10 de noviembre de 2023]; 64(2): 173-186. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942023000200008&lng=es. Publicación electrónica del 3 de julio de 2023. <https://dx.doi.org/10.30827/ars.v64i2.27256>.
- 25.** Zamora-Niño CF, Guibert-Patiño AL, De La CruzSaldaña T, Ticse-Aguirre R, Málaga G. Evaluación de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 de un hospital de Lima, Perú y su asociación con la adherencia al tratamiento. *Acta Med Peru*. 2019;36(2):96-103. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v36n2/a04v36n2.pdf>
- 26.** Rodríguez Chamorro, M. A., García-Jiménez, E., Amariles, P., Rodríguez Chamorro, A., & Faus, M. J. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica [Review of the test used for measuring therapeutic compliance in clinical practice]. *Atencion primaria*, 2018;40(8), 413–418. <https://doi.org/10.1157/13125407>
- 27.** Trejo-Bastidas NX, Eraso-Paredes JJ, Contreras-Martínez HJ. Adherencia farmacológica de pacientes con diabetes mellitus en un programa de nefroprotección: una responsabilidad compartida. *CES Med* [Internet]. 11 de



- febrero de 2020 [citado 8 de septiembre de 2021];34(1):3-13. Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/4815>
28. Orozco-Beltrán D, Mata-Cases M, Artola S, Conthe P, Mediavilla J, Miranda C. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Aten Primaria*. 2016;48(6):406–20.
 29. Pérez PA, López ERA, Garrido PSMG, et al. Factores condicionantes de la falta de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: caso Unidad de Medicina Familiar 33, Tabasco México. *waxapa*. 2018;10(18):20-25.
 30. Durán-Varela R., Rivera-Chavira B., Franco-Gallego E. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico diabetes mellitus tipo 2 . *Salud pública Mex*. 2001; 43: 233-236. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2001.v43n3/233-236/es/>
 31. Guamán-Montero N., Mesa-Cano I., Peña-Cordero S., Ramírez-Coronel A. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista AVTF*. 2021;40(3):282-289. Disponible en: https://www.revistaavft.com/images/revistas/2021/avft_3_2021/10_factores_influyen_adherencia.pdf
 32. Farías-Vílchez BA, Bardales-Ruiz D. Conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y adherencia al tratamiento en pacientes del hospital Reátegui, Piura, Perú *Acta Med Peru*. 2021;38(1):34-41. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2021.381.1119>
 33. INEGI. Encuesta nacional de salud y nutrición 2018. Presentación de resultados. [Internet]. México. INEGI. 2018 [Citado 07 de sep 2021]. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
 34. Ovalle-Luna OD, Jiménez-Martínez IA, Rascón-Pacheco RA, Gómez-Díaz RA, Valdez-González AL, Gamiochipi-Cano M, et al. Prevalencia de complicaciones de la diabetes y comorbilidades asociadas en medicina



familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. Gac Med Mex.
2019;155(1):- . Available from: <http://dx.doi.org/10.24875/GMM.18004486>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



ANEXOS

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

Número de identificación: _____

Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

Glucosa en ayunas: _____ mg/dl

Hemoglobina glicosilada (HbA1c): _____ mg/dl

MARQUE CON UNA X SEGÚN SEA SU CASO:

Género:

- Masculino [] Femenino []

Estado civil:

- Soltero [] Casado [] Divorciado [] Unión libre [] Viudo []

Tabaquismo: si [] no []

Alcoholismo: si [] no []

Ocupación:

- Ama de casa []
- Campesino []
- Comerciante []
- Obrero []
- Profesionista []
- Otro _____

Escolaridad

- Analfabeta []
- Sabe leer o escribir []
- Primaria []
- Secundaria []
- Preparatoria []
- Estudios superiores []

Tipo de diabetes: Tipo 1 [] Tipo 2 []

Tiempo con la enfermedad: _____ años.

Tratamiento:

- Antidiabéticos orales []
- Insulina []
- Ambos []
- Dieta y ejercicio []

Comorbilidades

- Hipertensión []
- Dislipidemia []
- Retinopatía []
- Nefropatía []
- Neuropatía []
- Cardiopatía []



NIVEL DE CONOCIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

Questionario Diabetes knowledge Questionnaire 24 (DKQ24)

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada pregunta y a continuación marque con un "x" la opción que corresponda.

RESPUESTAS			
	SI	NO	NO SÉ
1- ¿El comer mucha azúcar y otras comidas dulces es una causa de la diabetes?			
2- ¿la diabetes es causada por la falta de insulina?			
3- ¿La diabetes es causada porque los riñones no expulsan la glucosa del cuerpo?			
4- ¿Los riñones producen insulina?			
5- ¿En la diabetes que no se está tratando, la cantidad de azúcar en la sangre usualmente sube?			
6- ¿Siendo diabético puedo tener hijos diabéticos?			
7- ¿La diabetes mellitus tiene cura?			
8- ¿El nivel de azúcar de 210 en prueba de sangre hecha en ayunas es muy alto?			
9- ¿La mejor manera de checar mi diabetes es haciendo pruebas de orina?			
10- ¿El ejercicio produce mayor necesidad de insulina o de medicamentos?			
11- ¿La diabetes se divide principalmente en tipo 1 y 2?			
12- ¿comer mucho estimula la producción de insulina?			
13- ¿La medicina es más importante que la dieta y el ejercicio para controlar mi diabetes?			
14- ¿La diabetes frecuentemente causa mala circulación?			
15- ¿Cortaduras y rasguños cicatrizan más despacio en los diabéticos?			
16- ¿El paciente diabético debe tener más cuidado en el cortado de sus uñas?			



17-¿Una persona con diabetes deberá limpiar una herida con yodo y alcohol?			
RESPUESTAS			
	SI	NO	NO SÉ
19-¿La diabetes puede dañar mis riñones?			
20-¿La diabetes puede causar que no sienta mis manos, dedos y pies?			
21-¿El temblar y sudar son señales de azúcar alta en sangre?			
22-¿El orinar seguido y la sed son señales de azúcar baja en sangre?			
23-¿Los calcetines y las medias elásticas apretadas son malos para los diabéticos?			
24-¿Una dieta para diabéticos consiste principalmente en comidas especiales?			

Adecuado: 20-24 pts.
Intermedio: 14-19 pts.
Inadecuado: 0-13 pts.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

Test Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8)

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada pregunta y a continuación marque con un "x" la opción que corresponda.

1-¿Olvida tomar su medicina algunas veces?	SI	NO
2-Algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas. ¿Dejó de tomar su medicina algún día?	SI	NO
3-¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?	SI	NO
4-¿Cuándo viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?	SI	NO
5-¿Se tomó sus medicamentos ayer?	SI	NO
6-Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿Deja de tomar su medicina alguna vez?	SI	NO
7-Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas. ¿Siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?	SI	NO
8-¿Con qué frecuencia le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas?	1- Nunca o raramente 2- De vez en cuando 3- A veces 4- Normalmente 5- Siempre	



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

**Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación (adultos)**

Nombre del estudio:	"NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2."
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno
Lugar y fecha:	Tenosique, Tabasco. 25 Julio 2021
Número de registro institucional:	En proceso
Justificación y objetivo del estudio:	La diabetes tipo 2 es considerada como un problema de salud a nivel mundial, se estima que de 20 a 50 % de los pacientes no toma sus medicamentos como están indicados. La medicación es un factor clave para prevenir el avance de la enfermedad, por lo que se requiere adherencia continua al tratamiento médico para lograr un adecuado control a largo plazo y prevenir complicaciones. Se han descrito diferentes factores que dificultan el apego al tratamiento médico, sin embargo, en ésta unidad HGSZ UMF04 de Tenosique desconocemos cuales son, motivo por el cual un grupo de investigadores ha decidido investigar sobre el tema.
Procedimientos:	<i>Su participación consta de responder preguntas sobre el conocimiento de la Diabetes tipo 2 y sobre cómo lleva su tratamiento.</i>
Posibles riesgos y molestias:	<i>No representa ningún riesgo físico, podría presentarse dificultad en el llenado de los cuestionarios, En caso de presentarse se suspenderá el cuestionario.</i>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<i>Directamente no tiene un beneficio al participante, sin embargo los datos serán de importancia para identificar los factores que intervienen en la adherencia terapéutica al tratamiento. Esta información podrá ser utilizada para mejorar los programas o tomar las medidas correctivas necesarias.</i>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<i>Los datos obtenidos se vaciarán a una base de datos codificada, de acceso exclusivo para los investigadores, los cuales se analizarán posteriormente. Dicha información estará disponible en todo momento, si el paciente decía saber su resultado. Sus datos serán confidenciales.</i>
Participación o retiro:	<i>Usted es libre de decidir, si participa en este protocolo o no, y podrá retirarse del mismo en el momento que lo desee sin que esto afecte la atención que recibe del Instituto.</i>
Privacidad y confidencialidad:	<i>Sus datos personales serán codificados y protegidos en una base de datos, de tal manera que solo pueden ser identificados por los Investigadores de este estudio.</i>

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.
Si acepto participar en el estudio.

Investigadora o Investigador Responsable:

Dra. Karelia Ríos Avila

Correo E: kare_ra@hotmail.com

Colaboradores:

Any Daney Álvarez Cruz Correo: any.daney@icloud.com



En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en investigación del Hospital General de Zona no. 2. Calle Francisco Trujillo Gurría s/n, Colonia Pueblo Nuevo, Cárdenas, Tabasco. CP 86500. Correo electrónico: cei.27.001.20170221@gmail.com

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Tenosique, Tabasco, a 09 de Agosto del 2021

Asunto: Solicitud de no inconveniente

A quien corresponda

Presente:

Enterado de la solicitud de la Dra. Any Daney Álvarez Cruz, residente de Medicina familiar adscrita a la UMF 39, con matricula 99288296, quien solicita acceso a la sala de espera de la unidad en el turno matutino y vespertino, para la aplicación de dos cuestionarios a la población derechohabiente con Diabetes Mellitus tipo 2 mayores de 18 años. Para la recopilación de datos del protocolo titulado **"NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2"**.

Manifestando por ésta vía que no existe inconveniente alguno para la realización del mismo, otorgándole las facilidades necesarias para la realización del protocolo. Sin más por el momento, se extiende la presente para fines que convenga el interesado.

Atentamente

Dr. Marco Antonio López Montejó
Director del Hospital General de Subzona con Medicina Familiar 04.

C.C Expediente