

Estilo de vida y adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Lifestyle and adherence to treatment of patients with type 2 diabetes mellitus

María Alejandra Barbosa y Julio César Quintero Vieda.

Área de postgrados en gestión de servicios de salud y seguridad social. Universidad Jorge Tadeo Lozano. Colombia. Correo electrónico: mariaa.barbosac@utadeo.edu.co

Área de postgrados en gestión de servicios de salud y seguridad social. Universidad Jorge Tadeo Lozano. Correo electrónico: julioc.quinterov@utadeo.edu.co. Calle 9 No 14-00 oficina 205. Neiva, Colombia.

*Correspondencia: Julio Cesar Quintero Vieda. Correo electrónico: julioc.quinterov@utadeo.edu.co

Resumen

Objetivo

Describir el estilo de vida y determinar la adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 mediante la aplicación de los cuestionarios IMEVID y Morisky-Green con el fin de orientar medidas de intervención multidisciplinaria enfocadas en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Método

Estudio transversal. A los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) en Neiva (Huila), se les aplicó los cuestionarios IMEVID y Morisky-Green para estimar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento.

Resultados

Respecto al estilo de vida el 47,14% (n=33) de los sujetos cuentan con "estilo de vida favorable", el 34,29% (n=24) "estilo de vida poco favorable" y el 18,57% (n=13) "estilo de vida desfavorable" para el control metabólico de su enfermedad. La proporción global de pacientes con una buena adherencia al tratamiento farmacológico fue del 71,43%.

Conclusiones

En la población estudiada existe una importante diferencia entre la mayor adherencia al manejo farmacológico en comparación con el manejo no farmacológico de su diabetes, si el estilo de vida es el determinante más influyente en la salud y a la vez el más modificable, resulta muy necesario investigar a profundidad las razones por las cuales los pacientes pueden adherirse más fácil a su esquema terapéutico farmacológico que al mejoramiento de su estilo de vida, así como también el implementar estrategias de modificación de estos resultados.

Palabras clave: Diabetes Mellitus tipo 2. Estilo de vida. Cooperación del paciente. Adherencia al tratamiento. (Fuente: DeCS)

Abstract

Objective

To describe lifestyle and determine adherence to treatment of patients with type 2 diabetes mellitus through the application of IMEVID and Morisky-Green questionnaires in order to guide multidisciplinary intervention measures focused on health promotion and prevention of the illness.

Method

Cross-sectional study. Patients diagnosed with type 2 diabetes mellitus from a Health Service Provider Institution in Neiva (Huila) were given the IMEVID and Morisky-Green questionnaires to estimate factors influencing adherence to treatment.

Results

With regard to lifestyle, 47.14% (n = 33) of the subjects had a "favorable lifestyle", 34.29% (n = 24) "unfavorable lifestyle" and 18, 57% (n = 13) "unfavorable lifestyle" for the metabolic control of their disease. The overall proportion of patients with good adherence to pharmacological treatment was 71.43%.

Conclusions

In the studied population there is an important difference between the greater adherence to pharmacological management in comparison with the non-pharmacological management of their diabetes, if the lifestyle is the most influential determinant in health and at the same time the most modifiable, it is very necessary to investigate in depth the reasons why patients can adhere more easily to their pharmacological therapeutic scheme than to the improvement of their lifestyle, as well as implementing strategies to modify these results.

Key words: Diabetes mellitus, type 2. Life style. Patient Compliance. Medication adherence. (Source: Mesh)

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Diabetes como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce; en el primero de los casos o diabetes de tipo 1, la enfermedad aparece por la ausencia de síntesis de insulina y en el segundo caso o diabetes de tipo 2, esta tiene su origen en la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina ya producida (1).

La diabetes fue directamente responsable de 1.5 millones de muertes a nivel global en 2012, de las cuales más del 80% se registraron en países de ingresos bajos y medios (2), su prevalencia global para el año 2014 fue de aproximadamente un 8,1% (3). El comparativo de prevalencias de Diabetes Mellitus a nivel mundial y por principales regiones del mundo se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1. Comparativo de prevalencia de Diabetes Mellitus a nivel mundial y por principales regiones, 2014.

Regiones	Prevalencia
Nivel mundial	8,1 %
América del Norte y Región Caribe	11,4 %
América Central y del Sur	8,1 %
Europa	7,9 %
Oriente Medio y Norte de África	9,7 %

Fuente: International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. 2013.
<http://www.diabetesatlas.org/>

En Colombia, para el año 2010, la prevalencia de diabetes difiere de acuerdo a su clasificación, la tipo 1 se estima en un 0,07% y la tipo 2 oscila entre el 4 y el 8% (4) y se encuentra entre las diez primeras causas de morbi-mortalidad, de egresos hospitalarios y de motivos de consulta a los servicios ambulatorios en personas mayores de 45 años (5).

La diabetes mellitus tipo 2 como enfermedad crónica incurable obliga a los pacientes, entre otras cosas, a mejorar su estilo de vida (6-9). Según Marc Lalonde, en su modelo de determinantes del estado de salud (10), el estilo de vida es el determinante que más influye en el estado de salud de las personas y el más modificable mediante actividades de promoción de la salud o prevención primaria. Para este caso, la modificación de este determinante también se encuentra incluida en el plan de tratamiento.

De acuerdo con la guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años del Ministerio de Salud de Colombia, "los cambios en el estilo de vida es una de las principales piedras angulares del tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 interviniendo en metas como el control de la glucemia, disminución de peso, hipertrigliceridemia e hipertensión arterial y por ende actuando sobre factores de riesgo cardiovascular, con el fin de disminuir el riesgo de enfermedad cardiovasculares, que se presentan en el 70 % de estos pacientes" (11).

En cuanto al tratamiento farmacológico se estima que alrededor del 30% de los medicamentos son formulados en adultos mayores o ancianos y cerca del 50% de ellos no siguen los esquemas de tratamiento prescritos por el médico tratante (12), de allí la importancia de comprender la adherencia terapéutica dentro del estilo de vida que lleva una persona que padece diabetes mellitus.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adherencia terapéutica es “el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida) se corresponde con las recomendaciones dadas por un prestador de asistencia sanitaria” (13). Silva y colaboradores, definen la adherencia como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluye la capacidad del paciente para asistir a las consultas programadas, tomar los medicamentos como se prescribieron, realizar los cambios en el estilo de vida recomendados; igualmente definen la “no adherencia” como la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas ya sea de forma voluntaria o inadvertida y constituye la mayor causa de falla de los esquemas de tratamiento de las enfermedades (14).

Revisando la literatura, los factores predictores de la no adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas, pueden ser clasificados en 5 grandes grupos (14-18): a) factores socioeconómicos: pobreza, altos costos de los medicamentos, creencias sobre el origen de la enfermedad y bajo nivel educacional; b) factores relacionados con el sistema de salud: mala prestación de servicios de salud, intervenciones no cubiertas por el seguro de salud y suministro irregular del tratamiento; c) factores relacionados con la enfermedad: en especial los síntomas, los cuales actúan como reforzadores de la adherencia; d) factores relacionados con el tratamiento: régimen de horarios complejos, efectos adversos, escasa coordinación entre los diferentes médicos que atienden a un mismo paciente y mala relación profesional-paciente; y e) factores relacionados con el paciente: desconocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento, presencia de pluripatología, nivel de autocuidado y ser mayor de 60 años.

La baja adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas tiene como consecuencia el aumento de los costos tanto humanos como económicos para el paciente, las instituciones y el sistema de salud en general (19-21); a pesar de lo anterior, aún no se cuenta con medidas de intervención claramente efectivas para mejorar el nivel de adhesión del paciente a su tratamiento.

Por todo lo anterior, se considera de gran relevancia conocer la situación actual de los pacientes en cuanto a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 que orienten estrategias de intervención y fortalecimiento de los programas en las diferentes instituciones de salud que manejan pacientes con enfermedades crónicas, como es la diabetes mellitus en los niveles de promoción, prevención y tratamiento, con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

Igualmente constituye una herramienta fundamental que orienta la toma de decisiones en una institución que preste servicios de salud en el marco de atención primaria de acuerdo a la normatividad vigente, permite el fortalecimiento de programas de promoción y prevención tanto a nivel individual como a nivel colectivo, en el ámbito intramural y extramural y proporciona mecanismos para que los pacientes logren un mayor control de su enfermedad, así como de la aparición de complicaciones.

Materiales y métodos

Estudio transversal. La población de estudio estuvo compuesta por los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de la ciudad de Neiva que asistieron a su servicio de consulta externa durante el primer trimestre del año 2015 (en total 77 pacientes).

Criterios de inclusión: ser mayor de 14 años y estar en capacidad de responder adecuadamente una encuesta escrita. Criterios de exclusión: pacientes que se rehúsen a participar en la investigación.

Para la recolección de la información se seleccionaron los dos instrumentos validados en versión español más ampliamente utilizados a nivel mundial (22), el Instrumento de Medición de Estilo de Vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (IMEVID) (23) y el test de Morisky-Green utilizado para valorar la adherencia farmacológica (24).

El IMEVID consta de 25 preguntas distribuidas en siete dominios: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica. Se asigna calificaciones de 0, 2 y 4 a las tres opciones de respuesta, y el valor más alto corresponde a la conducta deseable, lográndose así una escala de 0 a 100 puntos para todo el instrumento, según su calificación total, los sujetos con puntuaciones menores de 60 tienen un estilo de vida desfavorable, el de los sujetos entre 60 y 80 puntos es poco favorable y el de los sujetos que obtienen más de 80 puntos es favorable para el control metabólico.

El test de Morisky-Green consta de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del paciente respecto al cumplimiento.

Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad. Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada (1. No, 2. No, 3. No y 4. No).

Para el control de los posibles sesgos, además del cumplimiento estricto de todo lo anterior; los instrumentos auto administrados fueron aplicados por los propios investigadores en el sitio de atención y bajo anonimato, la información fue depurada mediante comparación de frecuencias y cruces lógicos de información y se llevó a cabo una prueba piloto con el 10% de la población, para así hacer los ajustes necesarios. Las personas participantes en el estudio piloto no formaron parte de la población estudiada.

La tabulación de la información recolectada, se llevó a cabo en una base de datos en el programa SPSS versión 22-0; el análisis descriptivo de los datos se llevó a cabo en las variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar y mínimo – máximo) y en las variables cualitativas se utilizó frecuencias absolutas y porcentajes.

La presente investigación se ajustó a las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, establecidas en la resolución No. 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, así como también a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. La información recolectada fue manejada con total confidencial durante todo el proceso de investigación y cada sujeto de investigación dio su consentimiento informado.

La presente investigación fue avalada, aprobada y considerada como investigación sin riesgo por la Universidad Jorge Tadeo Lozano y el comité de ética de la IPS donde se desarrolló el presente estudio. Los investigadores declaran no tener ningún tipo de conflicto de interés para efectuar la presente investigación.

Resultados

Características sociodemográficas

Luego de aplicados los criterios de inclusión y exclusión se obtuvieron un total de 70 participantes, los 7 pacientes no estudiados fueron los que participaron en la prueba piloto; el 88% de esta población son mayores de 50 años de edad, con una media de edad de 60 años y una desviación estándar de 12,69, un mínimo de edad de 44 años y un máximo de 80 años. El 67% de la población corresponde al género masculino. En cuanto a la escolaridad, el 61% de los pacientes han realizado estudios de secundaria, el 36% solo primaria, y el 3% ha realizado algún estudio técnico. No se reportaron paciente con estudios profesionales. Más del 90% de la población pertenece a los estratos socioeconómicos 1 y 2.

Comorbilidades

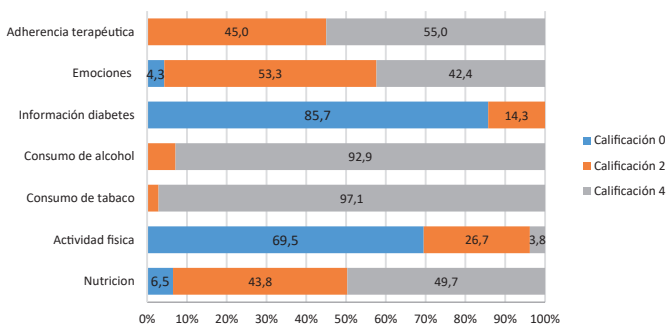
Se observó presencia de comorbilidades en todos los pacientes, el 47,14% padece de hipertensión arterial, el 32,86% presenta sobrepeso y el 8,57% obesidad, el 20% presenta dislipidemia, el 10% enfermedad renal, el 2,86% enfermedad tiroidea, el 1,43% cardiopatía y el 2,86% presenta otra patología o condiciones sobre agregadas a la diabetes; en consecuencia los pacientes se ven inmersos en el manejo y control de más de una condición o enfermedad, así como el seguimiento terapéutico de las mismas y el autocuidado. Además de lo anterior, el 38,57% de los pacientes reconocen no encontrarse en control médico periódico o inmersos en algún programa de promoción y prevención.

Estilo de vida

De la población estudiada, el 47,14% (n=33) de los sujetos obtuvieron más de 80 puntos en total ubicándose en la clasificación de “estilo de vida favorable” para el control metabólico, el 34,29% (n=24) obtuvieron entre 60 y 80 puntos ubicándose en la clasificación de “estilo de vida poco favorable” y el 18,57% (n=13) con puntuaciones menores de 60 se ubicaron en la clasificación de “estilo de vida desfavorable”.

Desagregando los resultados anteriores por cada uno de los siete dominios del instrumento (nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica), la proporción de pacientes por tipo de respuesta y su calificación se representa en la Figura 1.

Figura 1. Proporción de pacientes según los 7 dominios del instrumento IMEVID por tipo de respuesta y su calificación



Adherencia al tratamiento farmacológico

La proporción global de pacientes con una buena adherencia al tratamiento farmacológico a través del cuestionario de Morisky-Green, es decir, que sus respuestas a todas las preguntas fueron adecuadas, fue del 71,43%.

La distribución de pacientes por cada uno de los cuatro ítems del instrumento se representa en la Tabla 2.

Tabla 2. Distribución de pacientes por cada uno de los cuatro ítems del test de Morisky- Green

Pregunta	SI		NO	
	Frecuencia n	%	Frecuencia n	%
¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	9	12,8%	61	87,2%
¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?	17	24,3%	53	75,7%
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	3	4,3%	67	95,7%
Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	14	20%	56	80%

Discusión

Al establecer las principales características sociodemográficas del personal evaluado, se evidencian las características propias de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Colombia (4), entre las que se encuentran población mayoritariamente adulta mayor y urbana; las características de escolaridad y de estrato socioeconómico en la población estudiada son debidas a que la institución prestadora de servicios de salud en la cual se realizó el estudio atiende mayoritariamente a pacientes del régimen subsidiado.

La coexistencia de diabetes mellitus tipo 2 con otras condiciones clínicas o patologías encontrada en la presente investigación también es coherente con los resultados de otras investigaciones, en especial tratándose de hipertensión arterial y sobrepeso (4).

Respecto de los estilos de vida de los participantes, podemos observar que a nivel general los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 no tienen un estilo de vida favorable para el adecuado control metabólico de su enfermedad, situación que se presenta en similares características en otros países latinoamericanos de acuerdo con los resultados de otras investigaciones en las que se utilizó el mismo instrumento (25, 26).

Analizando los resultados desagregados por cada uno de los siete dominios del instrumento se identificó que los bajos niveles de estilo de vida favorable alcanzados se presentan a expensas de los dominios de información sobre la diabetes y actividad física; y como conductas deseables se destacan el no consumo de tabaco y de alcohol por la gran mayoría de pacientes.

Investigaciones recientes han mostrado que las intervenciones de estilo de vida son el objetivo primario para controlar la diabetes tipo 2 (8, 9), sin embargo son muchos los obstáculos o factores que no facilitan o permiten que los pacientes con enfermedades crónicas cambien sus modos de vida a partir de las recomendaciones impartidas por su equipo de salud tratante (14-18); de acuerdo con las características sociodemográficas de la población estudiada y los resultados de los estilos de vida desagregados por dominios, podemos inferir que algunos de los factores mencionados que pueden estar presentes como influencia negativa en los resultados generales son: la pobreza, bajo nivel educacional, desconocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento, presencia de comorbilidades, cultura, calidad de vida, nivel de autocuidado y la edad.

En relación con la adherencia al tratamiento farmacológico por parte de los pacientes participantes medida a través del cuestionario de Morisky-Green, es llamativo encontrar que la mayoría de los pacientes tienen un manejo efectivo del régimen terapéutico farmacológico (no olvidan tomar el medicamento, cumplen a cabalidad los horarios indicados, no dejan de tomar el medicamento si se sienten bien o si por el contrario le ha sentado mal). Al revisar los resultados desagregados por cada uno de los cuatro ítems del instrumento no existen diferencias importantes en la proporción de respuestas adecuadas por cada pregunta.

Es de resaltar que en el grupo de pacientes evaluados, es importante la diferencia existente entre la mayor adherencia al manejo farmacológico en comparación con el manejo no farmacológico de su diabetes, si el estilo de vida es el determinante más influyente en la salud y a la vez el más modificable, resulta muy necesario investigar a profundidad las razones por las cuales los pacientes pueden adherirse más fácil a su esquema terapéutico farmacológico que al mejoramiento de su estilo de vida, así como también el implementar estrategias de modificación de estos resultados.

Para terminar, es importante señalar que para intervenir determinantes de los procesos salud-enfermedad es fundamental tener en cuenta los factores sociales y económicos de la población (determinantes sociales de la enfermedad) (27), como el acceso a alimentos saludables, programas de ejercicios, entre otros; razón por la cual, se requieren políticas públicas que provean soluciones efectivas a estas necesidades (lugares seguros para practicar ejercicio, acceso generalizado a alimentos saludables, salud mental para individuos y familias, entre otras). Lo anterior, no es posible sin intervenciones intersectoriales que reúnan a agencias y organizaciones relacionadas con estos determinantes, se necesita un enfoque sistémico para abordar los aspectos multidimensionales relacionados con el tratamiento adecuado de la diabetes tipo 2.

Las limitaciones del presente estudio están enmarcadas por el tamaño de la muestra y el diseño del mismo, que no permitieron hacer confrontaciones entre variables que pudieran obtener resultados con mayor poder estadístico; por otra parte, el diseño del estudio limita la posibilidad de establecer relación causa efecto entre las diferentes variables.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Diabetes. 2016. Disponible en: http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/.
2. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva. 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1
3. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. Brussels 2013. Available from: <http://www.diabetesatlas.org/>.
4. Aschner P. Epidemiología de la diabetes en Colombia. Avances en diabetología. 2010;26(2):95-100.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Integral de Información de la Protección Social. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud. 2013 Disponible en: <http://www.sispro.gov.co/>.
6. Roldán A, Ojeda G, Roldán EA. Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. Revista de la Facultad de Medicina. 2011;54(001).
7. Batista R, Ortega LM, Fernández G. Diabetes mellitus. Manejo y consideraciones terapéuticas. Resumed. 1998;11(1):6-23.
8. Htoo ZW, Hsu WW, Rosenkranz R. Systematic review and meta-analysis: Is lifestyle modification effective for glycemic control among adults with type II diabetes in Southeast Asia?. Diabetes Res Clin Pract. 2016;122:148-53.
9. Shrestha P, Ghimire L. A review about the effect of life style modification on diabetes and quality of life. Glob J Health Sci. 2012;4(6):185-90.
10. Lalonde M. Informe de Lalonde sobre el Estado de Salud. Determinantes del estado de salud Canadá. 1974;p.33-58.
11. Ministerio de Salud de Colombia. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años. Bogotá, Colombia. 2015. Disponible en: <http://gpc.minsalud.gov.co/Pages/Default.aspx>.
12. Billups SJ, Malone DC, Carter BL. The Relationship between Drug Therapy Noncompliance and Patient Characteristics, Health-Related Quality of Life, and Health Care Costs. Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy. 2000;20(8):941-9.

13. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Washington DC. 2004. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid.
14. Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento. Acta medica colombiana. 2005;230:268-73.
15. Rodríguez-García MJ, Castillo-Arévalo Fd. Enfermeras y adherencia farmacológica: discurso y conducta. Index de Enfermería. 2011;20(3):160-4.
16. Alonso M, Álvarez J, Arroyo J, Ávila L, Aylo R, Gangoso A. Adherencia terapéutica: Estrategias prácticas de mejora. Salud Madrid. 2006;13(8):31-8.
17. Contreras A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: Universidad Nacional de Colombia; 2007.
18. Ortega Oviedo SI. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Montería, Colombia.: Universidad Nacional de Colombia; 2010.
19. Martín Alfonso L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2006; 32(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013&lng=es.
20. Ginarte Arias Y. La adherencia terapéutica. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2001;17(5):502-5.
21. Ingaramo RA, Vita N, Bendersky M, Arnolt M, Bellido C, Piskorz D, et al. Estudio nacional sobre adherencia al tratamiento (ENSAT). Revista Federación Argentina de Cardiología. 2005;34(1):104-11.
22. Rodríguez MÁ, García E, Amariles P, Rodríguez A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Atención primaria. 2008;40(8):413-7.
23. López JM, Ariza CR, Rodríguez JR, Munguía C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. salud pública de méxico. 2003;45(4):259-67.
24. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Medical care. 1986;24(1):67-74.
25. Figueroa ME, Cruz JE, Ortiz AR, Lagunes AL, Jiménez J, Rodríguez JR. Estilo de vida y control metabólico en diabéticos del programa DiabetIMSS. Gaceta medica de México. 2014;150(1):29-34.
26. Urbán BR, Coghlan JJ, Castañeda O. Estilo de vida y control glucémico en pacientes con Diabetes Mellitus en el primer nivel de atención. Atención Familiar. 2015;22(3):68-71.
27. Commission on Social Determinants of Health. Subsancar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: resumen analítico del informe final. 2008. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/.

Leyendas

Tabla 1. Comparativo de prevalencia de Diabetes Mellitus a nivel mundial y por principales regiones

Figura 1. Proporción de pacientes según los 7 dominios del instrumento IMEVID por tipo de respuesta y su calificación

Tabla 2. Distribución de pacientes por cada uno de los cuatro ítems del test de Morisky- Green