

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II, EN EL  
CENTRO DE SALUD N°5 “LA MADGALENA” EN EL PERÍODO DE JUNIO - AGOSTO  
DEL AÑO 2019

DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA

Elaborado por:

MARÍA JOSÉ ESPINOZA PULLAY

Quito, mayo 2020

## Resumen

La adherencia al tratamiento, especialmente en enfermedades crónicas, es parte fundamental para el control de este tipo de patologías, ya que, si esta se cumple, ayudaría a prevenir la aparición de complicaciones propias de la enfermedad, reduciendo la morbi-mortalidad asociada a la misma. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en el cual se aplicó un cuestionario diseñado para el análisis del tema, a pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2, pertenecientes al club de pacientes con enfermedades crónicas del Centro de Salud N°5 La Magdalena. Además, se utilizó el Test Morisky-Green-Levine, mediante el cual se encontró que el 66,7% de los pacientes presenta dificultades en la adherencia al tratamiento. Asimismo, se logró comprobar significancia entre la adherencia al tratamiento, la presencia de comorbilidades, y la presencia de complicaciones, las cuales mostraron una  $p < ,05$ . Estos resultados podrían contribuir en la determinación de los factores que influyen en la falta de adherencia, para de esta manera actuar sobre los mismos mediante actividades de Enfermería.

**Palabras clave:** Adherencia, farmacológico, factores, diabetes mellitus.

**Abstract**

Adherence to treatment, especially in chronic diseases, is a fundamental part of the control of this kind of pathologies, since if it is properly complied with, it helps to prevent the appearance of complications inherent to the disease by reducing the morbidity and mortality associated with it. A descriptive cross-sectional study was carried out, in which a questionnaire designed for the analysis of the subject was applied to patients diagnosed with Diabetes Mellitus type 2, belonging to the club of patients with chronic diseases of the Health Center N°5 La Magdalena also, the Morisky-Green-Levine Test was used. Concerning adherence to treatment through the application of the Morinsky Green Levine Test, it was found that 66.7% of patients present difficulties in adherence to treatment. The presence of comorbidities and the presence of complications were found to be significant between adherence to treatment and the presence of complications, which showed a  $p < 0,5$ . These results could contribute to determine the factors that influence the lack of adherence, in this way act on them through nursing activities.

**Keywords:** Adherence, pharmacological, factors, diabetes mellitus.

## **Dedicatoria**

A Dios quien siempre ha guiado mi camino, lo ha llenado de bendiciones y me ha dado la fuerza para seguir adelante

A mis padres quienes me han brindado su apoyo incondicional a lo largo de todo este camino, por todos sus sacrificios, y su infinito amor.

A todas las personas que colaboraron en el estudio, a todos los pacientes diabéticos, que continúen en la lucha, no están solos.

## **Agradecimiento**

En primer lugar, agradezco a Dios por entregarme el preciado regalo de la vida, por darme la fuerza y salud para cumplir con mis metas.

A mi padre, quien siempre ha sido un ejemplo de lucha, perseverancia y sacrificio, mi fuente de inspiración, quien ha a pesar de la distancia, siempre he podido contar con su apoyo incondicional, y su inmenso amor.

A mi madre, quien ha sabido guiarme y ha forjado principios y valores en mí, ejemplo de fortaleza y carácter, y la motivación principal por quien se realizó el presente estudio.

A mi familia, por el apoyo de cada uno de ustedes, quienes con ilusión fueron testigos y apoyo fundamental, de cada pequeño paso que lograba en este largo camino.

Por el compromiso demostrado, por ser guía y gestora, cuyos conocimientos aportaron valor intangible a la presente investigación, agradezco a mi tutora la Dra. Judith Francisco.

A mis amigos, compañeros, a todas aquellas personas que estuvieron conmigo apoyándome a lo largo de todo este tiempo, por el soporte que me han brindado, por su paciencia, y por su compañía en los momentos más difíciles.

A los directivos del club de diabéticos, en especial a su vicepresidenta, a todos los pacientes que colaboraron en la presente investigación, miles de gracias.

## Índice de contenido

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Resumen</b>  | <b>ii</b> |
| <b>Dedicatoria</b>                                      | <b>iv</b> |
| <b>Agradecimiento</b>                                   | <b>v</b>  |
| <b>Índice de contenido</b>                              | <b>vi</b> |
| <b>Índice de tablas</b>                                 | <b>ix</b> |
| <b>Índice de anexos</b>                                 | <b>x</b>  |
| <b>Introducción</b>                                     | <b>xi</b> |
| <br>  |           |
| <b>Capítulo I. ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN</b> | <b>1</b>  |
| <b>1.1 Planteamiento del problema</b>                   | <b>1</b>  |
| <b>1.2 Justificación</b>                                | <b>2</b>  |
| <b>1.3 Objetivos</b>                                    | <b>3</b>  |
| General   | 3         |
| Específicos   | 4         |
| <b>1.4 Metodología</b>                                  | <b>4</b>  |
| Tipo de estudio   | 4         |
| Población y muestra                                     | 4         |
| Plan de recolección de la información                   | 5         |
| Descripción del instrumento                             | 6         |
| Descripción de la aplicación del instrumento            | 6         |
| Plan de análisis  | 6         |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Capítulo II: MARCO TEÓRICO E HIPÓTESIS</b>   | <b>7</b>  |
| 2.1. Antecedentes   | 7         |
| 2.2 Diabetes Mellitus   | 8         |
| 2.2.1. Introducción.  | 8         |
| 2.2.2 Definición.   | 9         |
| 2.2.3 Fisiopatología.   | 9         |
| 2.2.4 Clasificación.  | 10        |
| 2.2.5 Diagnóstico.  | 11        |
| 2.2.6 Complicaciones.   | 11        |
| 2.2.7 Tratamiento.  | 12        |
| <b>2.3 Adherencia al tratamiento</b>  | <b>12</b> |
| <b>2.4 Modelos teóricos que intervienen en la adherencia al tratamiento</b>             | <b>13</b> |
| 2.4.1 Modelo de las creencias en salud.   | 13        |
| 2.4.2 Modelo de la acción razonada.   | 13        |
| 2.4.3 Modelo de la autorregulación.   | 13        |
| <b>2.5 Tipos de adherencia</b>  | <b>14</b> |
| <b>2.6 Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento</b>                     | <b>16</b> |
| 2.6.1 Factores socioeconómicos.   | 16        |
| 2.6.2 Factores relacionados con el tratamiento.   | 17        |
| 2.6.3 Factores relacionados con la atención medica.                                     | 17        |
| 2.6.4 Factores relacionados con la condición o el estado de la enfermedad del paciente. | 17        |
| 2.6.5 Factores relacionados con el paciente.  | 17        |
| 2.7 Relación personal sanitario – paciente  | 18        |

|   |           |
|---|-----------|
| 2.8 Modelos en la relación médico-paciente _____  | 19        |
| 2.9 Bases legales _____                           | 20        |
| 2.10 Definición de términos básicos _____         | 20        |
| <b>Hipótesis</b> _____                            | <b>21</b> |
| <b>Capítulo III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b> _____ | <b>24</b> |
| 3.1 Resultados _____                              | 24        |
| 3.2 Discusión _____                               | 31        |
| CONCLUSIONES _____                                | 33        |
| RECOMENDACIONES _____                             | 35        |
| BIBLIOGRAFÍA _____                                | 36        |
| ANEXOS _____                                      | 40        |

## Índice de tablas

|   |    |
|---|----|
| Tabla 1. Distribución de respuestas según la variable factores sociodemográficos.....                                       | 24 |
| Tabla 2. Distribución de respuestas según la variable factores relacionados con la enfermedad o condición del paciente..... | 26 |
| Tabla 3. Distribución de respuestas según la variable factores relacionados con la atención médica.....                     | 27 |
| Tabla 4. Niveles de adherencia según el test Morisky-Green-Levine.....  | 28 |
| Tabla 5. Relación de la adherencia al tratamiento y la presencia de comorbilidades .....                                    | 29 |
| Tabla 6. Relación de la adherencia al tratamiento y la presencia de complicaciones .....                                    | 30 |

**Índice de anexos**

|   |    |
|---|----|
| Anexo 1. Instrumento de adherencia al tratamiento farmacológico en Diabetes tipo II ..... | 40 |
| Anexo 2. Consentimiento informado.....  | 46 |
| Anexo 3. Plan de cuidados de enfermería.....  | 47 |

## Introducción

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica, caracterizada por la utilización ineficaz de la hormona insulina en el organismo. Esta hormona ayuda en el metabolismo de la glucosa, por ende, su utilización inadecuada ocasiona acumulación de la glucosa en la sangre. La prevalencia de la (DM2) ha aumentado con mayor rapidez en países de ingresos medianos y bajos. En Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), la Diabetes es la segunda causa de mortalidad en mujeres y la tercera en hombres (INEC, 2017), por ello, es importante su control para prevenir complicaciones sistémicas.

Las principales recomendaciones para controlar esta enfermedad incluyen: la vigilancia de los niveles de glucosa en sangre, el ejercicio físico, el consumo de una dieta adecuada y el apego a la medicación, siendo esta última parte fundamental para descender los niveles de glucosa en la sangre y prevenir las complicaciones de la enfermedad.

La adherencia al tratamiento farmacológico es indispensable para lograr controlar el nivel de glucosa en los pacientes con Diabetes. Sin embargo, algunos pacientes suelen no cumplirla, lo que representa un factor de riesgo para el aumento de la morbi-mortalidad asociada a esta patología.

La presente investigación se encuentra organizada por capítulos. El primer capítulo comienza con el planteamiento del problema, su justificación del porqué se realiza, los objetivos que se desean alcanzar a través del estudio y la metodología, la cual, abarca el tipo de estudio, población y muestra a ser estudiados, plan de recolección y análisis de los datos obtenidos. En el segundo capítulo se muestra el marco teórico, el cual dio sustento a la presente investigación. En este se explican aspectos importantes con respecto a la (DM2), temas relacionados a la adherencia al tratamiento y características acerca de la relación médico paciente. En el tercer capítulo se muestran los resultados, además de la discusión en relación a los datos obtenidos, y las respectivas conclusiones y recomendaciones.

## Capítulo I: ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.1 Planteamiento del problema

Según los datos obtenidos por la Federación Internacional de la Diabetes, la (DM2) se encuentra actualmente entre la cuarta y quinta causa de muerte en la mayoría de países de occidente (Fundación para la Diabetes, 2014). En el Ecuador la situación no cambia, ya que en el año 2014 el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEN), reportó que en el país la (DM2) se encuentra catalogada como la segunda causa de mortalidad en toda la población y se sitúa como segunda causa de mortalidad en la población femenina y tercera en la población masculina (Ministerio de Salud Pública, 2017).

La OMS define a la adherencia al tratamiento como el grado de cumplimiento de una persona en: tomar la medicación prescrita, seguir con un régimen alimentario establecido y establecer cambios en el modo de vida que correspondan a las recomendaciones acordadas por el prestador de atención en salud (Ramos, 2015). En los últimos años, debido al aumento considerable en la aparición de enfermedades de tipo crónicas, se ha tratado de determinar los factores relacionados a la adherencia del tratamiento entre los que se encuentran el nivel de conocimiento sobre la enfermedad, habilidades de autocuidado y el apoyo social, entre los más frecuentes (Hoyos, Arteaga, & Muñoz, 2011).

La adherencia al tratamiento es indispensable para el control de la (DM2) por ser una enfermedad de tipo crónica, ya que ayuda a prevenir complicaciones, reduciendo así los ingresos hospitalarios. Así mismo se puede traducir en la disminución de costos de atención sanitaria y la disminución de la morbilidad asociada a la misma, mejorando de esta manera la calidad de vida de los pacientes (Rangel et al., 2017).

Según el estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud, la completa adherencia a los tratamientos terapéuticos en países desarrollados, es únicamente de un 50% de la población que padece enfermedades crónicas, por lo que se puede suponer que en países de tercer mundo este porcentaje puede ser aún menor, debido a la escases de recursos y las inequidades en cuanto al acceso a los servicios de atención sanitaria (Castillo, Martin, & Almenares, 2017).

Adicionalmente, según la OMS (2004) es muy importante realizar estudios acerca de la adherencia al tratamiento en caso de enfermedades crónicas, sobre todo en países en vías de desarrollo como es Ecuador; ya que es fundamental para determinar actuar oportunamente con programas de prevención y atención primaria (Escandón, Azócar, Pérez, & Matus, 2015).

## **1.2 Justificación**

La adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas ha sido una variable considerada en múltiples investigaciones, por cuanto éstas, pueden llegar a afectar el estado del paciente, además de aumentar la incidencia en complicaciones asociadas a la patología. La (DM2) ha tenido un aumento considerable en la población ecuatoriana, colocándose como una de las principales causas de muerte en el país.

Seguir el tratamiento farmacológico es una parte fundamental para el control de enfermedades de tipo crónicas, además de que ayuda a mantener un adecuado control del estado de salud de los pacientes, ya que se ha sido reconocido como un modificador directo de la HbA1c, y el mismo puede llegar a ser un factor determinante que influye directamente en la esperanza y la calidad de vida de la persona que padece la enfermedad, por lo que es importante el conocer las causas por las que en ciertos casos el tratamiento prescrito no se sigue apropiadamente.

De acuerdo con lo antes indicado, el estudio de la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diagnosticados con (DM2) del Centro de Salud de La Magdalena, tiene

trascendencia social, debido a que los resultados del estudio podrían servir de insumo para conocer cuáles son los factores principales en la población que influyen en el cumplimiento, y de esta manera permitiría, a largo plazo, proponer y evaluar estrategias en la atención de Enfermería, que ayuden a los usuarios a cumplir apropiadamente el tratamiento.

De igual manera, la investigación podría tener implicaciones prácticas al servir de base para el desarrollo de estudios más amplios en sectores vulnerables de la población ecuatoriana, que ayuden a atender el problema de la adherencia al tratamiento, con trascendencia a las complicaciones más frecuentes de esta enfermedad. Por lo antes expuesto, este estudio posee valor teórico al aportar al conocimiento de los factores asociados a la adherencia al tratamiento en un contexto local, específicamente en este grupo poblacional de La Magdalena.

Aunque estos resultados no pudieran generalizarse a toda la población con (DM2) del país, podrán ayudar a conocer el comportamiento de las variables del estudio y la relación entre ellas en esta muestra, de donde pueden surgir ideas, recomendaciones o hipótesis para futuros estudios relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y por ende mejorar la atención de salud.

### **1.3 Objetivos**

- **General**

Analizar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Centro de Salud N°5 “La Magdalena” en el período de junio - agosto del año 2019.

- **Específicos**

1. Determinar las características socio-demográficas de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
2. Identificar los factores relacionados con la enfermedad o condición del paciente.
3. Caracterizar los factores relacionados con la atención médica, en los pacientes.
4. Establecer niveles de adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes con Diabetes tipo 2, según los factores encontrados.
5. Determinar la asociación entre el seguimiento del tratamiento farmacológico con los factores encontrados.
6. Proponer estrategias o intervenciones de Enfermería que ayuden a los pacientes a cumplir apropiadamente el tratamiento.

#### **1.4 Metodología**

- **Tipo de estudio**

El diseño de la investigación es de tipo descriptivo, observacional y de corte transversal, debido a que determina una situación concreta en un período de tiempo establecido.

- **Población y muestra**

La población de la presente investigación estuvo conformada por los pacientes que padecen (DM2), y que pertenecieron al club de personas con enfermedades crónicas del Centro de Salud La Magdalena durante el tiempo en el que se realizó la recolección de datos. El grupo ascendió a 58 participantes, debido a que se trató de una población finita y accesible, no se realizó cálculo del tamaño muestral, sino que se decidió trabajar con la totalidad de la población.

En cuanto a los criterios de inclusión se consideró a pacientes diagnosticados con (DM2) que estuvieran siguiendo algún tratamiento farmacológico. El criterio de exclusión fue que no estuvieran recibiendo tratamiento farmacológico al momento de la investigación.

Con ello se completó un total de 42 participantes. Una vez obtenido el permiso de las autoridades del centro y entregados los consentimientos informados, se recogió la información en los informantes que aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

- **Plan de recolección de la información**

Para la recolección de información, se usaron fuentes de información primaria, representadas por los mismos pacientes que aceptaron participar en el estudio. Se empleó la técnica de encuestas para aplicar un cuestionario elaborado (anexo 1).

El instrumento realizado para el tema de investigación fue elaborado por cuenta propia, ya que no existía un cuestionario validado en el contexto para determinar factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico.

El instrumento constó de 3 secciones, la primera referida a los factores socio-económicos-demográficos, la segunda a factores relacionados con la enfermedad o condición del paciente, y la tercera abordó factores relacionados con la atención médica. Las opciones de respuesta fueron de tipo múltiple, en la que el encuestado seleccionó la respuesta de acuerdo a su realidad. El instrumento fue validado mediante juicio de expertos por dos docentes del área de titulación de la Carrera de Enfermería de la PUCE y un docente con experiencia en el cuidado de adultos con enfermedades crónicas.

En cuanto a la evaluación de adherencia al tratamiento se usó como referencia el test de Morisky-Green-Levine, instrumento usado en varios estudios internacionales, éste es un método validado para medir adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas, presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento,

muestra una alta especificidad, además de que los requisitos de nivel sociocultural para la comprensión del mismo no son elevados.

A partir de las cinco preguntas de este instrumento, se realizó una modificación a la escala de respuestas, las cuáles originalmente eran de tipo dicotómicas, y se las cambió a tipo categóricas, ordenadas para que las respuestas fuesen más específicas y tuvieran una secuencia.

- **Descripción del instrumento**

Para el test de adherencia se construyó una escala de clasificación de las respuestas dadas por los participantes, donde se recategorizaron los comportamientos en adherentes y dificultades para la adherencia.

| Clasificación                  | Valores       |
|--------------------------------|---------------|
| Adherentes                     | (1-3 puntos)  |
| Dificultad para la adherencia. | (4-10 puntos) |

- **Descripción de la aplicación del instrumento**

Para la realización del presente estudio se solicitó autorización al director del centro de salud "La Magdalena" distrito sanitario N° 5. Luego de recibir el permiso se procedió a informar a los sujetos de estudio y a los directivos del club, el propósito, los beneficios y compromisos para el desarrollo de la investigación. Luego de que las personas leyeron el consentimiento informado, decidieron si aceptaban participar en el estudio. La técnica de abordaje para aplicación de la encuesta fue la entrevista cara a cara que permitió a la investigadora formular las preguntas y rellenar el instrumento.

- **Plan de análisis de la información**

Se creó un formulario en Google Drive para vaciar todas las encuestas realizadas. Esta herramienta generó tablas con estadísticos descriptivos, expresados en distribución de frecuencias y porcentajes, que permitieron analizar las características sociodemográficas de la población. Asimismo, la tabla en Microsoft Excel facilitó el manejo de los datos estadísticos, permitiendo generar análisis con la utilización de funciones lógicas para la recategorización de las variables relacionadas al test de adherencia. Para determinar la asociación entre la adherencia al tratamiento farmacológico con las comorbilidades y presencia de complicaciones se aplicó  $\chi^2$  de Pearson.

## **Capítulo II: MARCO TEÓRICO E HIPÓTESIS**

### **2.1. Antecedentes**

En el año 2016, un grupo de investigadores de la Universidad Nacional del Estado de Sao Paulo, en su investigación titulada: Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa aplicado a pacientes diabéticos atendidos por el Programa Nacional de Diabetes de Paraguay (Maidana et al., 2017), determinó que los motivos más frecuentes por los que existe la falta de cumplimiento del tratamiento farmacológico son: el olvido y la utilización de varios medicamentos o polifarmacia.

En una investigación realizada en Cartagena sobre adherencia terapéutica en pacientes con DM tipo 2 (Rangel et al., 2017), se obtuvo como resultado que el 63 % de los pacientes estudiados diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 no cumple con las recomendaciones terapéuticas. En cuanto a las variables del estudio, la mayor cantidad de pacientes cumplidores del tratamiento pertenecieron al grupo de la adultez media y sexo femenino. No

se encontraron variaciones en cuanto al nivel de educación y la ocupación en relación con el cumplimiento o incumplimiento del tratamiento.

Otro estudio realizado en Bogotá titulado: Factores asociados con la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en la consulta de medicina interna de un hospital de II nivel de Bogotá (Consuegra & Díaz, 2017), determinó que el número de consultas médicas a las que el paciente acude incrementa en un 2,1 la probabilidad de que la adherencia al tratamiento terapéutico sea la adecuada, es decir que mientras más seguimiento se le proporcione al paciente entorno a su padecimiento, su apego al tratamiento resultará ser más favorecedor.

En el estudio realizado en el 2018, en la ciudad de Pontevedra (España), titulado: Evaluación de la no adherencia al tratamiento hipoglucemiante en la farmacia comunitaria (Leites et al., 2019), se encontró que el porcentaje de pacientes adherentes al tratamiento fue de un 65%. El grupo predominante en los encuestados fue el de los hombres de mayores de 60 años, como enfermedad añadida sobresaliente se encontró a la hipertensión arterial. En este estudio no se encontraron diferencias significativas al relacionar factores socio-económicos y demográficos (edad, sexo, situación laboral y nivel de estudios) con la adherencia al tratamiento.

## **2.2 Diabetes Mellitus**

### **2.2.1. Introducción.**

El término diabetes mellitus, proviene etimológicamente de la combinación de dos vocablos “diabētes” de origen griego, que significa paso o tránsito, lo que hace alusión a la poliuria, uno de los principales síntomas de la enfermedad, que es la eliminación de abundantes cantidades de orina; y “mellitus” término de origen latino que significa dulce;

esto se debe a que la diabetes implica un aumento de los niveles normales de azúcar en la sangre.

Dentro de esta patología el páncreas juega un papel muy importante, ya que es una glándula, que cumple dos funciones principales: la digestión y el control del azúcar en la sangre. El páncreas interviene en el control del azúcar en la sangre ya que produce hormonas que libera continuamente como es la insulina, misma que se encarga de mantener los niveles de azúcar en la sangre bajo control; es cuando el páncreas falla en esta función de control del azúcar en la sangre que se desarrolla la diabetes (Cowap, 2015).

### **2.2.2 Definición.**

Se define a la Diabetes Mellitus (DM) como un trastorno metabólico de múltiples etiologías; es una enfermedad multisistémica, crónica y compleja; es considerada además una enfermedad endocrina, porque su rasgo característico es la hiperglucemia, junto con alteraciones del metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas. Esta condición es el resultado de defectos de secreción de insulina, acción de la insulina, o ambos, como consecuencia de una combinación de predisposición genética, dieta poco saludable, inactividad física y aumento de peso (Bergman, 2014).

### **2.2.3 Fisiopatología.**

En los pacientes con (DM2) existen dos defectos por los que la enfermedad puede llegar a desarrollarse: por el déficit en la secreción de insulina por el páncreas y la resistencia a la acción de la insulina en los tejidos periféricos. No se conoce con exactitud cuál de estos defectos es el primario, sin embargo, varios autores coinciden en que la resistencia a la insulina es primaria, no obstante las razones del declive de la capacidad secretora de insulina en la (DM2) aún no están completamente claras. Otros de los factores que se encuentran

implicados podrían ser el agotamiento de las células  $\beta$  (secretoras de insulina), por la propia glucotoxicidad, defectos en el metabolismo mitocondrial no oxidativo de los ácidos grasos o alteraciones en el procesamiento de insulina liberada desde el tejido adiposo (Martín, 2017).

#### **2.2.4 Clasificación.**

La diabetes mellitus puede ser diferenciada por varios criterios, tales como: edad de inicio de la afección o a su vez el tipo de tratamiento que recibe el paciente. Existen dos grandes categorías principales en las que se clasifica la patología se identifican como: diabetes mellitus tipo 1 y 2, no obstante, actualmente se reconocen más formas de diabetes, las cuales pueden compartir características de la DM tipo 1 y 2. Tanto la diabetes mellitus tipo 1 y 2 van precedidas por una etapa de homeostasis anormal de la glucosa, sin embargo pueden ser diferenciados por las características propias que presenta cada uno (Kasper et al., 2016).

Tipo 1: este tipo de diabetes generalmente aparece en personas más jóvenes menores de 40 años, pero puede ocurrir a cualquier edad, es el resultado de la deficiencia completa o casi total de insulina (Bergman, 2014).

Tipo 2: este tipo de diabetes generalmente aparece en personas mayores de 40 años, pero se está volviendo más común en grupos de edad más jóvenes, como resultado del aumento de la obesidad en la población general. La (DM2) puede pasar desapercibida durante muchos años y debido a que las personas no siempre se sienten mal, y los pacientes no identifican a tiempo los signos y síntomas, este tipo se caracteriza por grados variables de resistencia a la insulina, menor secreción de la hormona o mayor producción de glucosa (Kasper et al., 2016).

Diabetes gestacional: el embarazo es una etapa en la que se genera un incremento normal de resistencia a la insulina esto se lleva a cabo, con el fin de proporcionar un abastecimiento ininterrumpido de nutrientes hacia el feto; sin embargo en el caso de la diabetes gestacional se produce un aumento patológico de la resistencia a la insulina, secreción deficiente de

insulina y disminución de la sensibilidad a la insulina, estos mecanismos generan en la madre y el feto un estado de hiperglicemia, no obstante el diagnóstico se lo realiza mediante la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Otros tipos: dentro de otras causas se mencionan defectos genéticos de la célula B y defecto genético de la acción de la insulina, por otra parte, la DM puede ser el resultado de enfermedades del páncreas, en las cuáles los islotes pancreáticos se vean destruidos; puede producirse también por ciertas endocrinopatías como acromegalia o el síndrome de Cushing (Kasper et al., 2016).

### **2.2.5 Diagnóstico.**

Los criterios que se toman en cuenta para el diagnóstico de una persona con diabetes mellitus según la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública son:

1. Glucemia de ayuno medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 126 mg/dL (7.0 mmol/L), confirmada con una segunda prueba en diferentes días. (Ayuno se define como un período sin ingesta calórica de por lo menos ocho horas) (Ministerio de Salud Pública, 2017, p.23).
2. Glucemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dL (11.1 mmol/L) dos horas después de una carga de 75 g de glucosa anhidra durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) (Ministerio de Salud Pública, 2017, p.23).
3. Pacientes con polifagia, poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso, más una glucemia al azar medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dL (11.1 mmol/L) (Ministerio de Salud Pública, 2017, p.23).
4. Una HbA1c mayor o igual a 6.5 % (48 mmol/mol), empleando una metodología estandarizada (Ministerio de Salud Pública, 2017, p.23).

### **2.2.6 Complicaciones.**

La Diabetes Mellitus al ser una enfermedad de tipo crónica, precisa un tratamiento de por vida, es por esto que las complicaciones pueden generarse mayormente en este tipo de pacientes, debido principalmente al seguimiento inadecuado de tratamiento de la enfermedad. La DM presenta generalmente complicaciones agudas debido al descontrol de la glucemia, y

por otra parte también existen complicaciones crónicas las que se presentan generalmente, cuando el paciente ya ha desarrollado la enfermedad durante un período de tiempo considerable; de esta manera las complicaciones pueden dividirse como microvasculares o macrovasculares. Dentro de las complicaciones microvasculares se presenta neuropatía, retinopatía y nefropatía; en cuanto a complicaciones macrovasculares se encuentran enfermedades de tipo vascular cerebral y periférica, además de cardiopatía isquémica; otro tipo de complicaciones importantes que caben mencionar son el pie diabético glaucoma, cataratas e infecciones y complicaciones dermatológicas (Fabian, 2016).

### **2.2.7 Tratamiento.**

El tratamiento en la DM, es multidimensional, ya que existen múltiples aspectos que se deben evaluar; sin embargo, el objetivo es el mismo, el lograr un control bioquímico y metabólico normal, prevenir o retrasar las complicaciones tanto macrovasculares como microvasculares, disminuir el tejido adiposo, en situaciones de sobrepeso alcanzar el peso ideal y modificar comportamientos alimentarios inadecuados. Por lo tanto, el tratamiento comienza desde cambios en la alimentación e implementación de ejercicio físico, pero sobretodo el tratamiento farmacológico, el cuál será de por vida (Camejo, Crespo & Rodríguez, 2017).

### **2.3 Adherencia al tratamiento**

La adherencia al tratamiento, según Haynes, es la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguir una dieta o el modificar los hábitos en los estilos de vida, los cuáles son proporcionados por el médico o el personal de atención sanitaria y el cumplimiento apropiado de los mismos (López, Romero, Parra, & Rojas, 2016). Por otra parte, al ser la diabetes una enfermedad en la cual el seguir el tratamiento farmacológico es una parte esencial, el cumplimiento del mismo debe ser primordial.

No obstante, la no adherencia al tratamiento farmacológico es más frecuente de lo que se piensa y esto impide el adecuado control de la morbi-mortalidad de este tipo de enfermedades. Las causas de la falta de adherencia al tratamiento son variadas por lo que es fundamental el conocer cuáles son los factores específicos y de esta manera poder establecer estrategias que logren mejorar el cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes (Maidana et al., 2017).

## **2.4 Modelos teóricos que intervienen en la adherencia al tratamiento**

### **2.4.1 Modelo de las creencias en salud de Becker.**

El modelo se basa en la motivación interna de la persona y la información que posee, además incluye como la persona percibe la enfermedad, y que reconozca la eficacia de las intervenciones para seguir con la enfermedad (Ramos, 2015).

### **2.4.2 Modelo de la acción razonada Ajzen y Fishbein.**

El modelo trata de la actitud de la persona hacia la acción de aquello que se encuentra modificando su estado. La estimación que hacen las personas acerca de lo que debería hacer el individuo y el incentivo por cumplir con las expectativas que los demás ponen sobre la persona (Ramos, 2015).

### **2.4.3 Modelo de la autorregulación de Leventhal.**

El modelo de la autorregulación propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se enfoca en la importancia de la conceptualización personal, sobre las amenazas para la salud, es decir la concepción personal de las ideas o representaciones que poseen los pacientes que sufren algún tipo de enfermedad, de forma en que de representaciones que los mismos tengan acerca de la enfermedad y tratamiento deben ser apropiadas para el cumplimiento adecuado (Ramos, 2015).

#### **2.4.4 Modelo de Adaptación de Roy.**

El modelo de adaptación de Sor Callista Roy, hace referencia a que el ser humano es un sistema abierto el cual puede adaptarse a distintos tipos de estímulos; se define como estímulo a todo lo que provoca una respuesta, y se los clasifican de la siguiente manera:

**Estímulos focales:** este es el estímulo presente en la conciencia de la persona, el mismo desencadena una respuesta la cual puede ser adaptativa o inefectiva (Zenteno et al., 2016).

**Estímulos contextuales:** son estímulos que intervienen para se desarrolle el estímulo focal, mejorando o empeorando la situación (Zenteno et al., 2016).

**Estímulos residuales:** hace referencia a factores ambientales internos o externos que influyen en el proceso adaptativo, relacionado con personalidad o experiencias previas del individuo (Zenteno et al., 2016).

En consecuencia la enfermedad (Diabetes Mellitus) es considerada como el estímulo focal, y la adherencia al tratamiento el estímulo contextual el cual interviene mejorando el estímulo focal, en cuanto a los factores residuales, experiencias de los pacientes, por ende para mejorar la adaptación de los pacientes se propone mecanismos de afrontamiento de tipo cognitivos como conocimientos sobre la enfermedad e intervenciones que permitan la adecuada adherencia al tratamiento (Zenteno et al., 2016).

#### **2.5 Tipos de adherencia**

Hoy por hoy, el tema de la adherencia al tratamiento es un asunto de importancia e interés global, más aún si se relaciona con el tratamiento de enfermedades crónicas, ya que una inadecuada adherencia afecta directamente a la morbi-mortalidad asociada a la patología. Es por esto que varios autores han intentado clasificar este tema, para llegar a un mejor entendimiento del mismo y poder intervenir a nivel preventivo en el cuidado de la salud.

Para empezar, se puede discriminar a la adherencia en intencionada o no intencionada. Es importante reconocer estos diferentes tipos, ya que servirán como herramienta para determinar las diferentes acciones que se pueden tomar dependiendo de la situación. En el caso de que sea intencionada, existirá una clara indisposición por parte del paciente de no seguir con las indicaciones del régimen terapéutico para su patología; esto puede ser originado por múltiples factores como el no entender o el desconocimiento de la magnitud de la enfermedad y la importancia del tratamiento.

Por otra parte, la adherencia no intencionada es aquella, en el cuál el paciente tiene la predisposición de cumplir con el tratamiento, sin embargo, pueden existir varios factores que intervengan y dificulten el cumplimiento del mismo, entre estos se puede mencionar como principal el olvido, la existencia de la pérdida de autonomía del paciente, la complejidad del tratamiento, entre otros (Ibarra & Morillo, 2017).

En cuanto al incumplimiento, se lo puede distinguir en 5 tipos:

- *Incumplimiento parcial.*- hace referencia a que el paciente cumple con el tratamiento ocasionalmente (Ibarra & Morillo, 2017).
- *Incumplimiento esporádico.*- se produce cuando el paciente incumple el tratamiento de forma ocasional, aquí se contemplan los olvidos de la toma en la medicación (Ibarra & Morillo, 2017).
- *Incumplimiento secuencial.*- se da cuando el paciente deja de seguir con el tratamiento por cierto períodos de tiempo, por lo general sucede cuando se sienten bien, y lo retoman cuando empiezan a sentir que los síntomas reaparecen (Ibarra & Morillo, 2017).
- *Cumplimiento de bata blanca.*- en este caso, el paciente sigue adecuadamente con el tratamiento cuando se encuentra próximo algún tipo de control de enfermedad, esto

por lo general se ve mayormente en las patologías de tipo crónicas (Ibarra & Morillo, 2017).

- *Incumplimiento completo.*- este tipo de incumplimiento, es total, y por lo general se da en enfermedades de tipo crónicas, ya que estas son más susceptibles al abandono por factores como la duración del tratamiento y los efectos adversos que puede presentar medicación, por lo tanto los pacientes tienden a dejar el régimen terapéutico (Ibarra & Morillo, 2017).

## **2.6 Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento**

Existen diversos factores que pueden influir en el tema de adherencia al tratamiento, ya que este es un tema muy amplio y abarca un sin número de aspectos, sin embargo, la Organización Mundial de la Salud describe de manera general 5 factores que comúnmente inciden en la adherencia al tratamiento:

### **2.6.1 Factores socioeconómicos.**

Dentro de este tipo de factor, se toma en cuenta múltiples aspectos, desde el estado económico del paciente, ya que, al ser una enfermedad de tipo crónica, se debe consumir fármacos de por vida, y además incluye llevar un control constante de la enfermedad el cual estará acompañado de cierta carga económica.

Otra de las variables que se toma en cuenta dentro de este factor es el nivel de instrucción del paciente, ya que se ha demostrado que existe menor adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con primaria incompleta. Por otra parte, también se consideran variables como el sexo, edad, estado civil, ya que estas proporcionan datos e información relevante acerca de la población para determinar sus características (Reyes et al., 2016).

### **2.6.2 Factores relacionados con el tratamiento.**

Este factor toma en cuenta elementos asociados a la terapia principalmente de tipo farmacológica, como la complejidad que el paciente presente para llevar a cabo la misma, presencia de efectos adversos de la medicación, tiempo de duración del tratamiento (que en el caso de enfermedades crónicas debe ser de por vida), además se suma a esto el olvido en la toma de la medicación, el incumplimiento en el horario indicado de toma de los fármacos, el número total de medicamentos que toma el paciente, ya que se ha demostrado que existe mayor adherencia al tratamiento cuando se trata de mono dosis, que al recibir multidosis (Reyes et al., 2016).

### **2.6.3 Factores relacionados con la atención médica.**

En cuanto a este factor, hace referencia a la relación entre el personal de salud y el paciente, así como la información que se le proporciona al paciente con respecto a su tratamiento o patología; y la comunicación, ya que una falta de la misma puede ser causante del abandono del régimen terapéutico (Ortego, Álvarez & López, 2019).

### **2.6.4 Factores relacionados con la condición o el estado de la enfermedad del paciente.**

Las enfermedades de tipo crónicas son las que con mayor frecuencia presentan niveles más bajos de adhesión al tratamiento, ya que estas enfermedades pueden transcurrir sin síntomas o malestares evidentes al momento, por el contrario, los mismos suelen aparecer cuando la complicación de la patología ya se ha desarrollado en el paciente. Por otra parte, este factor también se lo relaciona con la severidad de la enfermedad y la duración de la misma (Ortego et al., 2019).

### **2.6.5 Factores relacionados con el paciente.**

Dentro de los factores relacionados con el paciente se incluyen, la autonomía del paciente, ya que si el paciente depende de otros, la adherencia adecuada al tratamiento dependerá de

terceras personas; también se incluyen aspectos referentes a la angustia por los efectos adversos que pueda desarrollar el paciente ante la medicación, la incredulidad ante el tratamiento o el diagnóstico, la mal interpretación de las instrucciones proporcionadas para seguir el tratamiento, y el bajo nivel de seguimiento de la enfermedad por parte del paciente (Reyes et al., 2016).

## **2.7 Relación personal sanitario – paciente**

La relación entre el personal sanitario – paciente, históricamente no ha ocupado un papel determinante en el ámbito sanitario; sin embargo, en la actualidad, este tipo de relación ha ido cambiando debido a la creciente demanda de un nuevo modelo de atención, ya que con el desarrollo de nuevas tecnologías los pacientes tienen acceso a un elevado cúmulo de información.

Es por esta razón que el personal sanitario se ha visto en la necesidad de buscar nuevas estrategias de comunicación, que les permita llegar eficazmente hacia el paciente, ya que al proporcionar información clara y estar informados correctamente sobre su estado de salud, se les provee de una herramienta que les da la oportunidad de tomar decisiones. Uno de los factores importantes que intervienen en la relación personal sanitario – paciente, es el establecimiento de una relación de confianza, debido a que, si el paciente no confía en el médico o en el personal sanitario encargado de brindarle atención de salud, es posible que no se cure o que tarde más en hacerlo, aumentando de esta manera los costos asociados a su atención.

Por lo tanto, es fundamental el crear una relación con el paciente en el que la confianza y la buena comunicación sean el elemento central; por el contrario, si no se llega a establecer la relación de confianza puede provocar que el paciente solicite segundas opiniones con

motivos poco fundados, podría recurrir más a menudo a las medicinas alternativas o curanderos y, sobre todo, podría aumentar la insatisfacción en ambas partes.

Cuando la comunicación resulta eficaz y supone un apoyo emocional para el paciente y sus familiares, aumenta la confianza del paciente, aumentando los niveles de autocontrol y participación activa convirtiéndose en un apoyo para el personal sanitario.

## **2.8 Modelos en la relación médico-paciente**

Para tratar de explicar el fenómeno de la relación médico paciente, se han descrito varios modelos, los cuáles definen los diferentes tipos de relaciones que se puede establecer en el vínculo que se forma entre el médico y el paciente.

- *Modelo paternalista.*- este modelo hace referencia al momento en que el médico toma las decisiones en nombre del paciente, esto aunque ya más débilmente continúa dándose cuando en determinado caso el paciente es incapaz de tomar la decisión en el momento de su atención (OMC, 2017).
- *Modelo informativo.*- esto se desarrolló tras el apogeo que tuvo la autonomía del paciente, haciendo que sea el paciente quién tome sus propias decisiones (OMC, 2017).
- *Modelo interpretativo.*- el médico está presente en el proceso de toma de decisiones, sin embargo trata de no influir de ninguna manera en las determinaciones del paciente (OMC, 2017).
- *Modelo deliberativo.*- en este modelo se establece un diálogo entre el médico y el paciente, que establece la comunicación entre los mismos, esto lo que se conoce hoy por hoy como toma de decisiones compartida (OMC, 2017).

## 2.9 Bases legales

El estado ecuatoriano en favor a los derechos de la población perteneciente a grupos vulnerables, planteó lo siguiente:

Ley de prevención 2004: Ley de prevención, protección y atención integral de las personas que padecen diabetes. Diabetes Art. 1.- El Estado ecuatoriano garantiza a todas las personas la protección, prevención, diagnóstico, tratamiento de la Diabetes y el control de las complicaciones de esta enfermedad que afecta a un alto porcentaje de la población y su respectivo entorno familiar. La prevención constituirá política de Estado y será implementada por el Ministerio de Salud Pública. Serán beneficiarios de esta Ley, los ciudadanos ecuatorianos y los extranjeros que justifiquen al menos cinco años de permanencia legal en el Ecuador (Ley de prevención, 2004, p.2).

Art. 8.- El Consejo Nacional de Salud, coordinará con el Consejo Nacional de Educación Superior - CONESUP -, la creación en las facultades de Ciencias Médicas, la especialización en el nivel de postgrado, de Diabetología, a fin de preparar los recursos humanos especializados para la implementación de los programas de Prevención, Investigación, Diagnóstico, Tratamiento de Personas Afectadas y Programas de Educación (Ley de prevención, 2004, p.2).

Art. 9.- Las personas aquejadas de Diabetes no serán discriminadas o excluidas por su condición, en ningún ámbito, sea este laboral, educativo o deportivo.

Art. 16.- El Ministerio de Salud Pública iniciará de manera inmediata, el Plan Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes, para lo cual los centros hospitalarios contarán con los recursos económicos, técnicos y humanos necesarios y especializados para brindar un servicio de calidad, a través de la Unidad de Diabetes (Ley de prevención, 2004, p.4).

## 2.10 Definición de términos básicos

*Glucosa.*- es un carbohidrato monosacárido, y el azúcar simple, más importante del organismo ya que es su principal fuente de energía para que se lleve a cabo el metabolismo celular (ALAC, 2019).

*Glucemia.*- es el nivel de glucosa en la sangre, también hace referencia a la prueba que se realiza para determinar los niveles de glucosa en la sangre (ALAC, 2019).

*Hiper glucemia.*- Se denomina a la etapa en la que los valores de glucosa en sangre (glicemia), se encuentra por encima de los valores determinados como normales (Ibetamur, 2015).

*Insulina.*- Hormona del aparato digestivo, secretada por el páncreas, la cual facilita a que la glucosa que circula en el organismo pase a las células y sea usada como energía (Ibetamur, 2015).

*Glucotoxicidad.*- Mecanismo por el cuál la propia hiperglucemia, puede generar el deterioro a la función normal de las células beta de páncreas dañando la capacidad secretora del mismo, así como la utilización periférica de la glucosa, lo que favorece la insulinoresistencia (Castillo, 2015).

*Hemoglobina glicosilada.*- es la hemoglobina contenida en los glóbulos rojos, las cuáles tiene en su estructura moléculas de glucosa, y es un indicador de concentración promedio de glucosa que ha tenido la sangre (ALAC, 2019).

*PTGO.*- Prueba de tolerancia a la glucosa oral, es una prueba que mide la capacidad que tiene el organismo para regular los niveles de glucosa en la sangre, herramienta utilizada el diagnóstico de diabetes mellitus (Ministerio de Salud Pública, 2017).

## **Hipótesis**

H0: La dificultad que presenta el paciente con (DM2) en la adherencia al tratamiento es independiente de la presencia de comorbilidades.

H1: La dificultad que presenta el paciente con (DM2) en la adherencia al tratamiento se relaciona con la presencia de comorbilidades.

H0: La dificultad que presenta el paciente con (DM2) en la adherencia al tratamiento es independiente de la presencia de complicaciones.

H2: La dificultad que presenta el paciente con (DM2) en la adherencia al tratamiento se relaciona con la presencia de complicaciones.

### 2.11 Operacionalización de las variables

| Variable  | Definición Conceptual   | Dimensiones                              | Definición operacional   | Indicadores  | Escala                         |
|---|---|--|--|--|--------------------------------|
| Factores asociados a la adherencia al tratamiento | Factores que contribuyen a promover o limitar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en los pacientes. | Factores socio económicos - demográficos | Edad   | - De 30 a 40 años<br>- De 40 a 50 años<br>- De 50 a 60 años<br>- Más de 60 años  | Cuantitativa continua          |
|   |   |  | Género   | - Mujer<br>- Hombre  | Cualitativa nominal            |
|   |   |  | Estado civil   | - Soltero<br>- Casado<br>- Viudo<br>- Divorciado<br>- Unión libre  | Cualitativa nominal            |
|   |   |  | Nivel de instrucción   | - Sin estudios<br>- Primaria incompleta<br>- Primaria completa<br>- Secundaria incompleta<br>- Secundaria completa<br>- Hasta tres años de educación superior<br>- 4 o más años de educación superior (sin postgrado)<br>- Postgrado | Cualitativa ordinal            |
|   |   |  | Condición laboral  | - Empleado<br>- Desempleado<br>- Emprendimiento propio<br>- Jubilado   | Cualitativa nominal            |
|   |   |  | Participación en redes de apoyo social                           | - Participa<br>- No participa  | Cualitativa nominal            |
|   |   |  | Factores relacionados con la enfermedad o condición del paciente | Presencia de comorbilidades  | - Una<br>- Dos<br>- Tres o más |
|   |   | Presencia de Complicaciones              |  | - Una<br>- Dos<br>- Tres o más   | Cuantitativa de intervalo      |
|   |   | Polifarmacia                             |  | - Un solo medicamento al día<br>- Entre 2 y 3 medicamentos al día<br>- Más de 3 medicamentos al día<br>-   | Cuantitativa de intervalo      |
|   |   | Autonomía del paciente                   |  | - Autónomo   | Cualitativa ordinal            |

|  |  |  |  |   |                       |
|--|--|--|--|---|-----------------------|
|  |  |  |  | - Parcialmente dependiente<br>- Totalmente dependiente                        |                       |
|  |  |  | Tiempo de evolución de la enfermedad                                     | - Menos de 1 año<br>- Entre 1-5 años<br>- Entre 6-10 años<br>- Más de 10 años | Cuantitativa continua |
|  |  |  | Acceso a la medicación   | - Gratuita<br>- Autofinanciada  | Cualitativa nominal   |
|  |  | Factores relacionados con la atención médica | Claridad de las indicaciones farmacológicas proporcionadas por el médico | - Claras<br>- Confusas  | Cualitativa nominal   |
|  |  |  | Relación médico-paciente   | - Paternalista<br>- Interpretativa<br>- Deliberativa                          | Cualitativa nominal   |
|  |  |  | Frecuencia del control médico  | - Entre 2 y 3 meses<br>- Entre 4 y 6 meses<br>- Entre 6 y 12 meses            | Cualitativa continua  |

### Capítulo III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 3.1 Resultados

##### Variables sociodemográficas

A continuación, se muestran las características sociodemográficas de la población encuestada, obteniéndose como hallazgos más destacados, que la edad de más de la mitad de la población es superior a 60 años, casi la totalidad perteneció al género femenino; en cuanto al estado civil la mitad de la población es casada, el nivel de instrucción predominante resultó ser secundaria completa, y la condición laboral, destacó el desempleo. A continuación, se muestra la distribución de las respuestas para cada categoría (ver tabla 1).

*Tabla 1. Distribución de respuestas según la variable factores sociodemográficos*

| <b>Items</b>                | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b>   |
|-----------------------------|-------------------|------------|
| <b>Edad</b>                 |                   |            |
| De 30 a 40 años             | 2                 | 4,8        |
| De 40 a 50 años             | 1                 | 2,4        |
| De 50 a 60 años             | 12                | 28,6       |
| Más de 60 años              | 27                | 64,2       |
| <b>Total</b>                | <b>42</b>         | <b>100</b> |
| <b>Sexo</b>                 |                   |            |
| Masculino                   | 3                 | 7,1        |
| Femenino                    | 39                | 92,9       |
| <b>Total</b>                | <b>42</b>         | <b>100</b> |
| <b>Estado Civil</b>         |                   |            |
| Soltero/a                   | 5                 | 11,9       |
| Casado/a                    | 22                | 52,4       |
| Viudo/a                     | 6                 | 14,3       |
| Divorciado/a                | 9                 | 21,4       |
| <b>Total</b>                | <b>42</b>         | <b>100</b> |
| <b>Nivel de instrucción</b> |                   |            |
| Sin estudios                | 2                 | 4,8        |
| Primaria incompleta         | 4                 | 9,5        |
| Primaria completa           | 12                | 28,6       |
| Secundaria incompleta       | 8                 | 19,0       |
| Secundaria completa         | 14                | 33,3       |

|  |           |            |
|--|-----------|------------|
| 4 o más años de educación superior (sin postgrado) | 2         | 4,6        |
| <b>Total</b>                                       | <b>42</b> | <b>100</b> |
| <b>Condición laboral</b>                           |           |            |
| Empleado   | 2         | 4,8        |
| Desempleado  | 19        | 45,2       |
| Emprendimiento propio                              | 13        | 31,0       |
| Jubilado   | 8         | 19,0       |
| <b>Total</b>                                       | <b>42</b> | <b>100</b> |

*Fuente: Instrumento aplicado  
Elaborado por: la autora*

### **Variables relacionadas con la enfermedad o condición del paciente.**

A continuación, se muestran las características de la población encuestada relacionadas con la variable de enfermedad y condición del paciente, en donde se obtuvieron los siguientes datos relevantes:

La mitad de la población maneja la polifarmacia es decir usa concomitantemente tres o más medicamentos, en cuanto a la presencia de comorbilidades casi la mitad de la población tiene dos tipos de patologías distintas al trastorno primario, la mayor parte de la población es autónoma, es decir no depende de otra persona para realizar cualquier tipo de actividad, y en cuanto al medio de acceso a la medicación de los pacientes fue a través del Ministerio de Salud Pública (ver tabla 2).

Tabla 2. Distribución de respuestas según la variable factores relacionados con la enfermedad o condición del paciente.

| <b>Items</b>                                | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b>     |
|---|-------------------|--------------|
| <b>Polifarmacia</b>                         |                   |              |
| Si  | 21                | 52,4         |
| No  | 20                | 47,2         |
| <b>Total</b>                                | <b>42</b>         | <b>100,0</b> |
| <b>Presencia de comorbilidades</b>          |                   |              |
| Una   | 15                | 35,7         |
| Dos   | 17                | 40,5         |
| Tres o más                                  | 10                | 23,8         |
| <b>Total</b>                                | <b>42</b>         | <b>100,0</b> |
| <b>Presencia de complicaciones</b>          |                   |              |
| Una   | 16                | 38,1         |
| Dos   | 18                | 42,9         |
| Tres o más                                  | 8                 | 19,0         |
| <b>Total</b>                                | <b>42</b>         | <b>100,0</b> |
| <b>Autonomía del paciente</b>               |                   |              |
| Autónomo                                    | 37                | 88,1         |
| Parcialmente autónomo                       | 5                 | 11,9         |
| <b>Total</b>                                | <b>42</b>         | <b>100,0</b> |
| <b>Tiempo de evolución de la Enfermedad</b> |                   |              |
| Menos de 1 año                              | 4                 | 9,5          |
| Entre 1 y 5 años                            | 8                 | 19,0         |
| Entre 6-10 años                             | 15                | 35,7         |
| Más de 10 años                              | 15                | 35,7         |
| <b>Total</b>                                | <b>42</b>         | <b>100,0</b> |
| <b>Acceso a la medicación</b>               |                   |              |
| Ministerio de salud medios propios          | 16                | 38,1         |
| IESS & medios propios                       | 4                 | 9,5          |
| Ministerio de salud                         | 19                | 45,2         |
| IESS  | 1                 | 2,4          |
| Seguro privado                              | 2                 | 4,8          |
| <b>Total</b>                                | <b>42</b>         | <b>100,0</b> |

Fuente: Instrumento aplicado  
Elaborado por: la autora

### **VARIABLES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN MÉDICA.**

Se muestran en seguida, las características concernientes a la variable de factores relacionados con la atención médica de la población encuestada. Casi la totalidad de la población indicó que las instrucciones del médico en cuanto a cómo deben seguir el tratamiento, son muy claras. Asimismo, la relación médico- paciente que predominó entre los encuestados fue la de tipo deliberativa, y en cuanto a la frecuencia del control médico casi la totalidad de la población se encuentra entre los 2 a 3 meses. (ver tabla 3)

*Tabla 3. Distribución de respuestas según la variable factores relacionados con la atención médica*

| <b>Items</b>                         | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b> |
|--------------------------------------|-------------------|----------|
| <b>Claridad de las indicaciones</b>  |                   |          |
| Muy claras                           | 37                | 88,1     |
| Un poco claras                       | 5                 | 11,9     |
| Total                                | 42                | 100,0    |
| <b>Relación médico-paciente</b>      |                   |          |
| Paternalista                         | 8                 | 19,0     |
| Interpretativa                       | 8                 | 19,0     |
| Deliberativa                         | 26                | 61,9     |
| Total                                | 42                | 100,0    |
| <b>Frecuencia del control médico</b> |                   |          |
| Entre 2 a 3 meses                    | 37                | 88,1     |
| Entre 4 a 6 meses                    | 4                 | 9,5      |
| Entre 6 y 12 meses                   | 1                 | 2,4      |
| Total                                | 42                | 100,0    |

*Fuente: Instrumento aplicado  
Elaborado por: la autora*

### Nivel de adherencia al tratamiento según el test de Morisky-Green-Levine

A continuación, se muestran los datos obtenidos en la aplicación del test de Morisky-Green-Levine, para esto se construyó una escala de clasificación de las respuestas, según los comportamientos de los pacientes en adherentes y dificultades para la adherencia. En donde se obtuvo que más de la mitad de los pacientes presentan dificultad para la adherencia al tratamiento farmacológico para la patología. (ver tabla 4).

*Tabla 4. Niveles de adherencia según el test Morisky-Green-Levine*

| <b>Item</b>                                  | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|--|-------------------|-------------------|
| <b>Adherencia para el tratamiento</b>        |                   |                   |
| Dificultad para la adherencia al tratamiento | 28                | 66,7              |
| Adherente al tratamiento                     | 14                | 33,3              |
| <b>Total</b>                                 | <b>42</b>         | <b>100,0</b>      |

*Fuente: Instrumento aplicado  
Elaborado por: la autora*

### Adherencia al tratamiento y presencia de comorbilidades

Al analizar la adherencia al tratamiento y la presencia de comorbilidades se logró comprobar significancia en la asociación de las variables analizadas, ya que se observó que a medida que aumenta el número de comorbilidades, existen mayores dificultades de adherencia al tratamiento por parte de los pacientes, los cuales muestran una  $p < ,05$  (Ver tabla 5). Los valores obtenidos con la aplicación del estadístico  $X^2$  de Pearson = 77,482; 2 gl y una significación asintótica (bilateral) de 0,24

Tabla 5. Relación de la adherencia al tratamiento y la presencia de comorbilidades

|                                     |   | <b>Comorbilidades</b> |            |                   |              |
|-------------------------------------|---|-----------------------|------------|-------------------|--------------|
|                                     |   | <b>Una</b>            | <b>Dos</b> | <b>Tres o más</b> | <b>Total</b> |
| <b>Adherencia</b>                   | <b>Recuento</b>                         | 9                     | 3          | 2                 | 14           |
|                                     | % dentro de Presencia de comorbilidades | 60,0%                 | 17,6%      | 20,0%             | 33,3%        |
| <b>Dificultades para Adherencia</b> | <b>Recuento</b>                         | 6                     | 14         | 8                 | 28           |
|                                     | % dentro de Presencia de comorbilidades | 40,0%                 | 82,4%      | 80,0%             | 66,7%        |
|                                     | <b>Recuento</b>                         | 15                    | 17         | 10                | 42           |
|                                     | % dentro de Presencia de comorbilidades | 100%                  | 100%       | 100%              | 100%         |

*Fuente: Programa estadístico SPSS*

### **Adherencia al tratamiento y presencia de complicaciones**

Al analizar la adherencia al tratamiento y la presencia de complicaciones, se logró comprobar significancia en la asociación de las variables analizadas, ya que se observa que a medida que aumenta el número de complicaciones relacionadas con la enfermedad, existe mayor presencia de dificultades en la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes, los cuales muestran una  $p < ,05$  (Ver tabla 6). Los valores obtenidos con la aplicación del estadístico  $X^2$  de Pearson = 66,344; 2 gl y una significación asintótica (bilateral) de 0,42.

Tabla 6. Relación de la adherencia al tratamiento y la presencia de complicaciones

Fuente: Programa estadístico SPSS

|                                  |   |   | <b>Presencia de complicaciones</b> |               |                   | <b>Total</b>  |
|----------------------------------|---|---|------------------------------------|---------------|-------------------|---------------|
|                                  |   |   | <b>Una</b>                         | <b>Dos</b>    | <b>Tres o más</b> |               |
| <b>Adherencia al Tratamiento</b> | <b>Adherencia</b>                       | Recuento                                | 9                                  | 4             | 1                 | 14            |
|                                  |   | % dentro de Presencia de complicaciones | 56,3%                              | 22,2%         | 12,5%             | 33,3%         |
|                                  | <b>Dificultades para Adherencia</b>     | Recuento                                | 7                                  | 14            | 7                 | 28            |
|                                  |   | % dentro de Presencia de complicaciones | 43,8%                              | 77,8%         | 87,5%             | 66,7%         |
| <b>Total</b>                     | Recuento                                |   | 16                                 | 18            | 8                 | 42            |
|                                  | % dentro de Presencia de complicaciones |   | <b>100,0 %</b>                     | <b>100,0%</b> | <b>100,0%</b>     | <b>100,0%</b> |

### 3.2 Discusión

Al ser la Diabetes Mellitus una enfermedad crónica que genera, tanto a corto como a largo plazo, varios tipos de complicaciones a nivel sistémico, el cumplimiento del tratamiento y más aún el de tipo farmacológico, es de gran importancia para evitar efectos consecuentes propios de la enfermedad. Sin embargo, los problemas con la adherencia al tratamiento son todavía persistentes entre quienes padecen la enfermedad.

Según el análisis realizado por la OMS, en países desarrollados la adherencia al tratamiento terapéutico es del 50%, por lo que se estima que la adherencia en países en vías de desarrollo aún sea menor, dado las diferencias en el tipo de atención sanitaria y en las inequidades que se ven en los mismos. En ese sentido, el presente estudio se encontró que el 33,3% de los pacientes se ha adherido al tratamiento adecuadamente, y el 66,7% de los mismos presenta dificultades para seguir el mismo.

En cuanto a la relación entre las variables sociodemográficas y la adherencia al tratamiento no se encontraron significancias; sin embargo se puede destacar que casi la totalidad de la población estudiada perteneció al sexo femenino y el nivel de instrucción predominante fue la secundaria completa, coincidiendo con la investigación realizada por (Castillo, Martín & Almenares, 2017), los autores antes citados tampoco encontraron marcadas diferencias en el nivel de estudios de la muestra y la adherencia al tratamiento, no obstante, resaltaron las contradicciones identificadas en la evidencia científica en cuanto a la asociación entre estas dos variables. Algunos estudios reportan significancia estadística entre el nivel de instrucción y la adherencia, asociándolo con un mayor nivel de conocimientos. Mientras que otras muestran encontraron resultados inversos, argumentando que a más alto nivel de instrucción existen mayores responsabilidades y ocupaciones, que interfieren en el cumplimiento del tratamiento.

Por lo antes expuesto, se coincide con el estudio realizado por (Castillo, Martín & Almenares, 2017) al indicar que siendo la adherencia al tratamiento una variable compleja, no se ha logrado asociar claramente con las variables sociodemográficas, incluyendo el nivel de instrucción.

Con respecto a la polifarmacia, en este estudio se evidenció que el 52,4% de los pacientes maneja la polifarmacia, resultados similares al estudio llevado a cabo en Quito en 2014 en pacientes pertenecientes al club de diabetes del hospital Enrique Garcés en el que el 61,9% de los pacientes presentó polifarmacia, aunque no se encontró relación significativa entre la polifarmacia y adherencia al tratamiento (Urbina, 2014).

En relación con la presencia de comorbilidades y la adherencia al tratamiento, en el presente estudio se encontró asociación entre ambos, ya que mientras más complicaciones presentaba el paciente existió mayor dificultad para la adherencia al tratamiento. Esto conlleva a rechazar la hipótesis nula de este estudio, coincidiendo con una investigación realizada en Perú, la cual menciona que la presencia de comorbilidades, hace más complejo el entendimiento de las diferentes patologías, por lo tanto, complica su manejo y control, generando la dificultad en la adherencia (Foronda et al., 2016).

Con relación a la presencia de complicaciones y la adherencia al tratamiento, en el presente estudio se encontró asociación entre las mismas, ya que mientras más complicaciones presentaba el paciente existía mayor dificultad para la adherencia. Con esta significancia se acepta la segunda hipótesis del presente estudio, concordando con la investigación realizada en Paraguay, sobre factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en la que se encontró una estrecha relación entre estas variables (Domínguez Gallardo & Ortega Filártiga, 2019).

## CONCLUSIONES

En la muestra de pacientes con (DM2) estudiada, los factores encontrados, asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico fueron: la presencia de comorbilidades y de complicaciones.

En el caso del presente estudio, la adherencia al tratamiento farmacológico muestra relación con la presencia de comorbilidades ya que sugiere que mientras mayor sea el número de enfermedades además de la principal, se presentan mayores dificultades en la adecuada adherencia al tratamiento farmacológico.

Los hallazgos obtenidos en la aplicación del test de adherencia al tratamiento de Morisky-Green-Levine indican que en la población estudiada tiene aún dificultades en la adecuada adherencia al tratamiento, ya que el 66,7% presenta algún tipo de inconveniente para lograr el cumplimiento apropiado del tratamiento farmacológico para su patología.

En cuanto a los factores sociodemográficos de la población, no se logró encontrar asociación importante con la adherencia al tratamiento, al igual que en varios estudios; sin embargo, algunas investigaciones muestran concordancia con esta variable, por lo que esta debería ser estudiada a más profundidad.

En lo que respecta a la adherencia al tratamiento y a la presencia de complicaciones, el presente estudio menciona que mientras mayor sea el número de complicaciones propias de la enfermedad existirá más dificultad en la adecuada adherencia al tratamiento farmacológico.

Finalmente cabe destacar que los resultados obtenidos pueden servir como una herramienta, que brindará pautas acerca de los factores que influyen en la adecuada adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes, de manera que se pueda actuar sobre los mismos mejorando este estado. La dificultad en la adherencia al tratamiento representa uno de los grandes retos de la enfermería, ya que en su papel destaca la prevención y promoción de la salud lo que lo lleva a cabo mediante la aplicación de intervenciones dirigidas a mejorar el estado de salud de la población.

## RECOMENDACIONES

Es importante destacar el papel que cumple enfermería con relación a la atención en pacientes con enfermedades crónicas, es por esto que el presente estudio se ha realizado un diagnóstico, mismo que permitirá diseñar estrategias enfocadas a los factores que dificultan la adherencia al tratamiento farmacológico encontrados; es aquí en donde los cuidados de enfermería pueden ser puestos en marcha con la creación o implementación de intervenciones que permitan mejorar el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes con (DM2).

Por otra parte, el tema adherencia al tratamiento al ser tan amplio que invita a que se realicen más estudios con un enfoque de enfermería, y de esta manera se pueden realizar diagnósticos de acuerdo al comportamiento y las necesidades específicas de cada población; ya que este tema al ser muy amplio abarca múltiples aspectos en los que se puede continuar trabajando, y de esta manera se puede encontrar mayor cantidad de evidencias sobre las variables que influyen en las diferentes patologías, asimismo se podrían encontrar nuevas variables que permitan seguir aportando con nueva información a este vasto tópico.

Por último, son varias las acciones que el personal de enfermería puede realizar en el marco del tema de adherencia al tratamiento, intervenciones propias para pacientes con dificultades en la adherencia al tratamiento farmacológico, que al llevarlas a cabo podrían ser evaluadas y de esta manera medir el impacto que se genera en el estado de los pacientes, seleccionando las más adecuadas que generen cambios positivos en el estado de salud de los pacientes. Por ende, como aporte para el presente estudio se ha desarrollado una propuesta de atención de enfermería en relación a la adherencia al tratamiento (ver anexo 3).

## BIBLIOGRAFÍA

- Asociación de laboratorios de alta complejidad (2019). *Hemoglobina Glicosilada*. Buenos Aires, Argentina: Newsletter.
- Balderas, I. (2015). *Diabetes, obesidad y síndrome metabólico: Un abordaje multidisciplinario*. Editorial El Manual Moderno.
- Bergman, M. (2014). *Global Health Perspectives In Prediabetes And Diabetes Prevention*. Recuperado de:  
<http://web.b.ebscohost.com.puce.idm.oclc.org/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzgyNDc1MF9fQU41?sid=e7a81d9e-0889-4908-b47d-88f28db1a971@pdc-v-sessmgr04&vid=10&format=EB&rid=11>.
- Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J. y Wagner, C. (2018). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. (7<sup>ma</sup> ed.). Madrid: Elsevier.
- Camejo, R., Crespo, L. & Rodríguez, A. (2017). *La diabetes mellitus: Definición y sus características*. El Cid Editor.
- Castillo, M., Alonso, L. y Almenares, K. (2017). Adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(4).
- Consuegra, D., y Díaz, D. (2017). *Factores asociados con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta de medicina de un hospital de II nivel de Bogotá* (tesis de maestría). Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.
- Cowap, N. (2015). *Diabetes*. Recuperado de:  
[http://web.b.ebscohost.com.puce.idm.oclc.org/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzE4MDkxMDVfX0FO0?sid=b132b39d-474c-4353-935c-0a50fac554f2@sessionmgr101&vid=0&format=EB&lpid=lp\\_v&rid=0](http://web.b.ebscohost.com.puce.idm.oclc.org/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzE4MDkxMDVfX0FO0?sid=b132b39d-474c-4353-935c-0a50fac554f2@sessionmgr101&vid=0&format=EB&lpid=lp_v&rid=0).

- Domínguez, L. & Ortega, E. (2019). Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 6(1), 63-74. [https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2019.06\(01\)63-074](https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2019.06(01)63-074).
- Escandón, N., Azócar, B., Pérez, C. y Matus, V. (2015). Adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2: su relación con la calidad de vida y depresión. *Revista de Psicoterapia*, 26(101), 125-138.
- Fabian, M. G. (2016). *Diabetes: Atención integral*. Editorial Alfíl, S. A. de C. V. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/pucesp/detail.action?docID=5634986>
- Foronda, D., Vera, L., Falcón, M., Miñano, J. y Baca, P. (2017). Factores de no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos e hipertensos. Chimbote, 2016 (Informe de investigación). Universidad de San Pedro, Chimbote, Perú.
- Harrison. *Principios de medicina interna*. Vol I y II (19a. ed.), edited by Kasper, et al., McGraw-Hill Interamericana, (2016). ProQuest Ebook Central, Recuperado de: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/pucebibliotecasp/detail.action?docID=4536066>.
- Hoyos, T. (2011). Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio: la visión del cuidador familiar. *Dialnet*, 29(2), 194-203.
- Ibarra, O. & Morillo, R. (2017). *Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento*. Euromedice Vivactis.
- Ibermutuamur (2014). *Guía Diabetes y trabajo*. Madrid, España: Ibermutuamur, Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la seguridad social Madrid.

- INEC. (2017). Diabetes segunda causa de muerte, después de las enfermedades isquémicas del corazón. Recuperado de:  
<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias-INEC/2017/Diabetes.pdf>.
- Leites, A., García, P., Fernández, M., Tenorio, L., Fornos, J. y Rodríguez A. (2019). Evaluación de la no adherencia al tratamiento hipoglucemiante en la farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios*, 11(1), 5-13. doi: 10.5672/FC.2173-9218.(2019/Vol11).001.02.
- Ley de prevención, protección y atención de la Diabetes (Registro Oficial 290) (11-03-2004). *Ley de prevención, ley 32, 2004, marzo, 11*.
- López, L., Romero, S., Parra, D. & Rojas, L. (2016). Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Hacia promoc. salud*, 21(1), 117-137. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.10.
- Maidana, G., Lugo, G., Vera, Z., Acosta, P., Morinigo, M. y Mastroianni, P. (2016). Factores que determinan la falta de adherencia de paciente diabéticos a la terepia medicamentosa. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*, 14(1), 70-77.
- Martín, M. T. (2017). *Enfermería medicoquirúrgica 2: Endocrinología y metabolismo*. CTO Editorial.
- Ministerio de Salud Pública (2017). Guía de Práctica Clínica (GPC) de Diabetes mellitus tipo 2. Primera Edición. Quito, Ecuador: Dirección Nacional de Normatización.
- Ministerio de Salud Pública (2014). Guía de Práctica Clínica (GPC) Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo (pre-gestacional gestacional). 1ª Edición. Quito, Ecuador: Dirección Nacional de Normatización.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. y Swanson, E. (2018). *Clasificación de resultados de Enfermería (NOC)*. (6ª ed.). Madrid: Elsevier.

- NANDA. (2018). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación*. España: Elsevier.
- OMC, (2017). *La relación médico paciente: patrimonio cultural inmaterial de la humanidad*, Madrid, España: CGCOM.
- Ortego, M., Alvarez, M. y López, S. (2019). *Ciencias psicosociales I. Tema 14. La adherencia al tratamiento*: Unican. Recuperado de [https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema\\_14.pdf](https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema_14.pdf).
- Ramos, L. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vasculat*, 16(2), 175-89.
- Ramos, Y., Morejón, R., Gómez, M., Reina M., Rangel, C. y Cabrera, Y. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Finlay*, 7(2), 89-98.
- Reyes, E., Trejo, R., Arguijo, S., Jiménez, A., Castillo, A., Hernández, A. y Mazzoni, L. (2016). Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Rev Med Hondur*, 84(8), 125-131.
- Urbina, C. (2014). *Relación entre adherencia al tratamiento farmacológico y cifras de Hb1ac en pacientes diabéticos pertenecientes al Club de Diabetes del Hospital General "Enrique Garcés" de Quito en el año 2014* (tesis pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.
- Zenteno, M., Tzontehua, I., Gil, S., Contreras, S. & Galicia, R. Continuidad de cuidados para la adherencia terapéutica en la persona con diabetes tipo 2. *Enfermería Universitaria* 13(2),130-37. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.02.001>.

## ANEXOS

### Anexo 1. Instrumento de adherencia al tratamiento farmacológico en Diabetes tipo II

#### Instrucciones:

Estimado señor o señora usuario/a, la encuesta que se va a aplicar a continuación, tiene como propósito determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II. Se le realizará una serie de preguntas, las cuales requiero me responda con la opción que más se asemeje a su realidad. Como se le informó previamente, la información proporcionada por usted se manejará con total confidencialidad y será utilizada exclusivamente con fines de investigación. Si tiene alguna duda con respecto a las preguntas formulada, siéntase en libertad de preguntar, con gusto le ayudaré.

#### 1. Edad:

\_\_\_\_\_

#### 2. Género:

Masculino : \_\_\_\_\_

Femenino: \_\_\_\_\_

#### 3. Estado Civil:

- Soltero
- Casado
- Viudo
- Divorciado
- Unión libre

**4. Nivel de instrucción:**

- Sin estudios
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Hasta tres años de educación superior
- 4 o más años de educación superior (sin postgrado)
- Postgrado

**5. ¿Hace cuánto tiempo se le diagnosticó la enfermedad?**

- Menos de 1 año
- Entre 1-5 años
- Entre 6-10 años
- Más de 10 años

**6. Condición laboral**

- Empleado
- Desempleado
- Emprendimiento propio
- Jubilado

**7. ¿Participa en algún club de personas con Diabetes?**

- Participa

No participa

**8. ¿De que manera obtiene usted la medicación prescrita?**

Ministerio de Salud Pública

IESS

Medios propios

Seguro privado

Otro

**9. Las indicaciones que le proporciona el médico con relación a su medicación son:**

Muy claras

Un poco claras

Un poco confusas

Muy confusas

**10.Cuál de las siguientes afirmaciones se asemeja más a su realidad:**

El médico siempre toma las decisiones sobre mi tratamiento sin consultarme

El médico me explica las decisiones sobre mi tratamiento

El médico consulta conmigo las decisiones sobre mi tratamiento

**11. ¿Cada cuanto tiempo acude al control médico para la diabetes?**

Entre 2 y 3 meses

Entre 4 y 6 meses

- O Entre 6 y 12 meses
- O Otro: \_\_\_\_\_

**12. Señale si padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades**

- O Hipertensión arterial
- O Infarto cardíaco
- O Dislipidemias
- O Obesidad
- O Angina de pecho
- O Tuberculosis
- O HIV
- O Otra: \_\_\_\_\_

**13. Señale si padece alguna de las siguientes afecciones:**

- O Insuficiencia renal
- O Adormecimiento o disminución de la sensibilidad en los pies
- O Debilidad muscular
- O Diarreas frecuentes
- O Incontinencia urinaria
- O Pérdida de la visión por causa de la diabetes

**14. ¿Cuántos medicamentos consume al día?**

\_\_\_\_\_ medicamentos.

**15. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones se asemejan más a su realidad?**

- Realizo todas mis actividades de la vida diaria sin necesidad de ayuda
- Necesito apoyo de otras personas para realizar algunas actividades
- Dependo de otras personas para realizar mis actividades de la vida diaria

**16. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para cumplir con el tratamiento farmacológico indicado para la diabetes?**

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

**17. ¿Con qué frecuencia olvida tomar los medicamentos?**

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

**18. ¿Con qué frecuencia toma los medicamentos en el horario indicado?**

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

**19. ¿Con qué frecuencia suspende la medicación por sentirse bien?**

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

**20. ¿Con qué frecuencia suspende la medicación porque le sienta mal?**

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

## Anexo 2. Consentimiento informado

Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador



### Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

**Título de la investigación:** Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, en el Centro de Salud N°5 “La Magdalena” en el período de junio - agosto del año 2019.

**Institución/e:** Pontificia Universidad Católica del Ecuador

**Investigadores:** María José Espinoza Pullay.

**Tutora:** Dra Judth Francisco, PhD

**Objetivo de la investigación:** Analizar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.

La presente investigación es conducida por María José Espinoza P., Estudiante de la Carrera de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. La meta de este estudio es: Analizar los factores económicos, sociales, culturales, de acceso a los servicios de salud, que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista, esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas, a la entrevista, serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso le perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por María José Espinoza P. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es: Analizar los factores económicos, sociales, culturales, de acceso a los servicios de salud, que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios tipo encuesta, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a: directora de la investigación, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Av. 12 de octubre 1076 y Roca, Quito, teléfono

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a al teléfono anteriormente mencionado.

-----  
Nombre del Participante  
(en letras de imprenta )

Firma del Participante

Fecha

## Anexo 3. Plan de cuidados de enfermería

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA  | OBJETIVOS EN TÉRMINOS DE RESULTADO (NOC)  | INTERVENCIONES (NIC)   | EVALUACIÓN   |
|--|---|--|--|
| <p><b>Patrón 4:</b><br/>Actividad ejercicio</p> <p><b>Dominio 1:</b><br/>Promoción de la Salud</p> <p><b>Clase 2:</b><br/>Gestión de la salud</p> <p><b>Código:</b><br/>00078 Gestión ineficaz de la salud</p> <p><b>Etiqueta Diagnóstica:</b><br/>Gestión ineficaz de la salud r/c dificultad con el tratamiento prescrito m/p en su vida diaria hace elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud<br/>North American Nursing</p> | <p><b>Dominio 4:</b><br/>Conocimiento y conducta de salud</p> <p><b>Clase Q:</b><br/>Conducta de salud</p> <p><b>Código:</b> 1623</p> <p><b>Resultado:</b><br/>Conducta de cumplimiento: medicación prescrita</p> <p>El paciente estará en la capacidad de mejorar el afrontamiento ineficaz en el lapso de 4 semanas.</p> <p>162301 Tiene una lista de todas las medicaciones con dosis y frecuencia pase de una escala de 2 raramente demostrado a 4 frecuentemente demostrado (Moorhead et al., 2018).</p> | <p><b>Campo 3:</b><br/>Conductual</p> <p><b>Clase S:</b><br/>Educación de los pacientes</p> <p><b>Código:</b> 5616</p> <p><b>Intervención:</b></p> <p>Enseñanza: medicamentos prescritos</p> <p>Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento (Bulechek et al., 2018).</p> <p>Explicar cómo los profesionales de salud eligen la medicación más adecuada (Bulechek et al., 2018).</p> | <p>Se puede proceder a realizar la evaluación de las intervenciones realizadas, en una segunda fase del estudio, en la que se lleven a cabo las intervenciones de manera que se puedan evaluar los resultados obtenidos.</p> |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <p>Diagnosis Association (NANDA, 2018).</p> | <p>162303 Informa al profesional sanitario de todas las medicaciones que toma pase de una escala de 2 raramente demostrado a 4 frecuentemente demostrado (Moorhead et al., 2018).</p> <p>162304 Toma toda la medicación a los intervalos prescritos pase de una escala de 2 raramente demostrado a 4 frecuentemente demostrado (Moorhead et al., 2018).</p> <p>162305 Toma la dosis correcta pase de una escala de 2 raramente demostrado a 4 frecuentemente demostrado (Moorhead et al., 2018).</p> | <p>Instruir al paciente acerca de la posología, vía y duración de los efectos de cada medicación (Bulechek et al., 2018).</p> <p>Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos por él mismo (Bulechek et al., 2018).</p> <p>Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación (Bulechek et al., 2018).</p> <p>Instruir acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento (Bulechek et al., 2018).</p> |  |
|---|--|--|--|

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | <p><b>1619 Autocontrol: Diabetes</b></p> <p>161902 Busca información sobre métodos para prevenir complicaciones pase de una escala de 2 raramente de demostrado a 4 frecuentemente demostrado (Moorhead et al., 2018).</p> <p>161907 Participa en el programa educativo prescrito pase de una escala de 2 raramente de demostrado a 4 frecuentemente demostrado (Moorhead et al., 2018).</p> <p>161915 Informa de síntomas de complicaciones pase de una escala de 2 raramente de demostrado a 4 frecuentemente</p> | <p>Proporcionar información escrita al paciente acerca de la acción , efectos secundarios, etc, de la medicación(Bulechek et al., 2018).</p> <p><b>7110 Fomentar la implicación familiar</b></p> <p>Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado (Bulechek et al., 2018).</p> <p>Observar la implicación de los miembros de la familia en el autocuidado del paciente (Bulechek et al., 2018).</p> <p><b>5602 Enseñanza: proceso de enfermedad</b></p> |  |
|--|---|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  | <p>demostrado (Moorhead et al., 2018).</p> <p>161917 Utiliza medidas preventivas para reducir el riesgo de complicaciones pase de una escala de 2 raramente de demostrado a 4 frecuentemente demostrado (Moorhead et al., 2018).</p> | <p>Describir las posibles complicaciones crónicas de la enfermedad (Bulechek et al., 2018).</p> <p>Reforzar la información suministrada por los miembros del equipo de cuidados (Bulechek et al., 2018).</p> |  |
|--|--|--|--|

# Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Facultad de Enfermería  
Carrera de Enfermería



Quito, 15 de julio de 2019  
Oficio No.050-C-ENT-019

Doctor  
Luis Morales  
**Director del Centro de Salud No. 5 La Magdalena**  
Presente. -

De mi consideración:

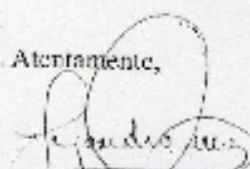
Con un atento saludo, solicito a usted muy comedidamente, se sirva autorizar que la señorita **María José Espinoza Pullay** con CC. **1726078528**, estudiante de octavo nivel de la carrera de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, pueda obtener datos para su trabajo de disertación titulado: **"Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II"**, bajo la tutoría de la docente Dra. Venus Medina.

Para el efecto se requiere que la mencionada estudiante aplique un cuestionario que determinará los factores que intervienen en la adherencia del paciente al tratamiento farmacológico. Esta actividad de investigación se desarrollará durante los meses de julio - agosto del 2019.

Cabe manifestar que para la aplicación de la mencionada actividad se contará con la participación voluntaria de los pacientes quienes firmarán un consentimiento informado, a la vez que los resultados de la investigación serán compartidos con el centro con el fin de que se pueda considerar los beneficios futuros que proporcionará este trabajo.

Agradezco de antemano por su valiosa gestión.

Atentamente,

  
Ab. Alejandra Pérez Phileo  
Secretaría-Abogada  
Facultad de Enfermería



/Apc.

  
DIRECCIÓN CENTRAL 17008  
CHILIBAGO ALLOA SALUD  
Dr. Luis Alfredo Morales  
MEDICO FAMILIAR  
MSP 1 92 140 89438  
22/07/19