

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**UNIDAD CENTRAL**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE MEDICINA**



**Universidad de El Salvador**

*Hacia la libertad por la cultura*

**Informe final:**

**“FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON HIPOGLICEMIANTE ORALES EN PACIENTES DIABÉTICOS QUE CONSULTAN EN LA UCSFI SAN PEDRO MASAHUAT, LA PAZ, JUNIO - AGOSTO 2018.”**

*Presentado por:*

Ana Gabriela Molina Bonilla

José Dimas Menjivar Tejada

Raquel Abigaíl López Henríquez

*Para Optar al Título de:*

DOCTORADO EN MEDICINA

*Asesor Metodológico:*

Dr. Manuel Alberto Valencia Cuéllar

San Salvador, Viernes 24 de Agosto de 2018.

## ÍNDICE

<b>I. RESUMEN.....</b>	<b>3</b>
<b>II. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>III. OBJETIVOS.....</b>	<b>7</b>
<b>IV. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>8</b>
<b>V. METODOLOGÍA.....</b>	<b>26</b>
<b>Tipo de investigación.....</b>	<b>26</b>
<b>Período de investigación.....</b>	<b>26</b>
<b>Universo.....</b>	<b>26</b>
<b>Población.....</b>	<b>27</b>
<b>Muestra.....</b>	<b>27</b>
<b>Variables.....</b>	<b>27</b>
<b>Operacionalización de variables.....</b>	<b>28</b>
<b>Cruce de variables.....</b>	<b>30</b>
<b>Fuentes de información.....</b>	<b>31</b>
<b>Técnicas y herramientas de obtención.....</b>	<b>31</b>
<b>Procesamiento y análisis de información.....</b>	<b>31</b>

<b>VI. RESULTADOS.....</b>	<b>32</b>
1-Datos generales.....	32
2-Aspectos relacionados a la terapia.....	37
3- Relación médico paciente.....	42
4-Adherencia al tratamiento.....	48
<b>VII. DISCUSIÓN.....</b>	<b>51</b>
<b>VIII. CONCLUSIONES.....</b>	<b>55</b>
<b>IX. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>56</b>
<b>X. LIMITACIONES.....</b>	<b>58</b>
<b>XI. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>59</b>
<b>XII. ANEXOS.....</b>	<b>61</b>

## **I. RESUMEN**

El presente trabajo de investigación busca identificar cuáles son los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento con hipoglicemiantes orales en pacientes diabéticos que consultan en la UCSFI de San Pedro Masahuat, La Paz, en el período de Junio-Agosto 2018.

Para lograr dicho objetivo se diseñó una investigación cualitativa, tipo descriptiva y transversal y se tomó una muestra no probabilística por conveniencia, seleccionando 50 pacientes con la enfermedad Diabetes Mellitus tipo II, entre 40 a 70 años de edad de ambos sexos, en control médico regular, que únicamente toman hipoglicemiantes orales y con un año o más de tratamiento; excluyendo a todos aquellos con alguna enfermedad aguda, otra enfermedad crónica asociada, problemas psicológicos o psiquiátricos y mujeres embarazadas.

Los resultados se dividieron en factores sociodemográficos, terapéuticos y de relación-medico paciente, evidenciando que el sexo femenino, en el rango de 61 a 70 años junto con la presencia de efectos secundarios de los hipoglicemiantes orales son contribuyentes, pues demostraron una menor adherencia al tratamiento. Por el contrario, factores como la calidad e integralidad de la consulta médica, el proporcionar la información necesaria relacionada a la enfermedad y el poseer factores socioeconómicos favorables ayudan a una mejor adherencia al tratamiento.

## **II. INTRODUCCIÓN**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la falta de cumplimiento de los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de la salud pública.

Siendo la Diabetes Mellitus tipo II una enfermedad crónica de amplia distribución tanto a nivel mundial como nacional, es importante conocer los diferentes factores que conllevan al paciente a la no adherencia al tratamiento prescrito, específicamente a los hipoglicemiantes orales. Tomando en cuenta que se define a la adherencia como el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento y ejecutar cambios del modo de vida) corresponde a las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.

Los pacientes con Diabetes Mellitus requieren de un cuidado médico continuo, pero además necesitan de una adecuada educación para manejar la enfermedad, prevenir las posibles complicaciones y con ello aumentar la calidad de vida. A pesar de ello, la baja adherencia al tratamiento en estos pacientes es bastante frecuente y se explica, en parte, por la complejidad del régimen de tratamiento tanto farmacológico, dietético y físico, por las creencias erróneas sobre la salud y enfermedad, la edad del paciente, la duración de la enfermedad, la depresión; e incluso, por la actitud pasiva por parte del personal de salud que brinda atención médica tradicional, que en conjunto le impiden al paciente tomar control sobre su conducta.

Es pues, en gran medida, el factor conductual un determinante clave para dicha problemática; sin dejar atrás los factores medioambientales, socioeconómicos, psicológicos, biológicos, entre otros, cuya finalidad de esta investigación es la identificación detallada de los mismos en los pacientes diabéticos del municipio de San Pedro Masahuat que consultan en la UCSFI y según los resultados obtenidos recomendar las mejores intervenciones para disminuir estos factores, lograr un mejor control metabólico y por lo tanto una disminución en la morbimortalidad asociada a Diabetes Mellitus tipo II a nivel local.

En El Salvador para el año 2014 el Ministerio de Salud destaca a la Diabetes Mellitus en el primer lugar de consulta del total de enfermedades metabólicas y de la nutrición y datos de la Asociación Salvadoreña de Diabetes revelan que esta condición afecta a más de 366.2 millones de personas en el mundo, y alrededor de 800 mil en El Salvador.

En el país un alto porcentaje de los pacientes que consultan diariamente en los centros de atención del primer nivel (conformados según la reforma de salud desde el año 2009 por unidades comunitarias de salud familiar y equipos comunitarios de salud familiar o ECOSF) son pacientes diabéticos, y en cuanto a los estudios relacionados a la priorización de factores influyentes en el apego al tratamiento con hipoglicemiantes orales en los últimos 5 años son pocos, además dentro de estos se enfatiza en los factores que provocan falta de adherencia dejando a un lado aquellos factores que promueven el apego al tratamiento y en los cuales durante la consulta diaria se deberían reforzar. Entre estos son de mención:

“Factores sociales, culturales, económicos y educativos que inciden en el incumplimiento del tratamiento de las personas con diabetes, beneficiarias del programa de educación diabetológica, que desarrolla la Asociación Salvadoreña de Diabéticos, ASADI, filial Santa Ana, agosto a octubre del 2003”

“La educación, dieta, apoyo familiar y adherencia al tratamiento del diabético como factor influyente en la evolución de su enfermedad en la Unidad de Salud de Texistepeque, Santa Ana en el año 2007”

“Factores que intervienen en la adherencia del tratamiento en pacientes diabéticos tipo II, en el Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa Ana y sus clínicas comunales, de enero a marzo de 2003”

“Causas más frecuentes en el fallo del tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el paciente adulto, en las Unidades de Salud Chintux y Apopa, San Salvador, enero junio 2006”

Y el estudio más reciente: “falta de adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos y diabéticos en Tacuba, Ahuachapán: Sensuntepeque, Cabañas y Joateca, Morazán, en el año 2013”.

Es de recalcar que existe mayor información sobre este tema en Unidades de Salud ubicadas en la zona Occidental del país más no en la región Paracentral y no existe ningún antecedente en el municipio San Pedro Masahuat, La Paz.

En Latinoamérica hay 26 millones de diabéticos lo que equivale al 7% de la población total mundial de pacientes con esta patología. Para el año 2030 se pronostica un aumento de esta enfermedad con hasta 39.9 millones de casos, la diabetes, es una de las principales causas de invalidez y muerte prematura y una de las enfermedades crónicas con alta tasa de fracaso y mala adherencia al tratamiento.

Por parte de la Universidad de El Salvador no existen estudios en unidades comunitarias de salud familiar en el departamento de La Paz que correlacionen los principales factores que influyen en la adherencia al tratamiento con hipoglicemiantes orales en pacientes diabéticos, por lo que la información que se desvele aporta una riqueza al conocimiento médico y a la población salvadoreña en particular.

En conclusión son pocos los estudios realizados en el ámbito nacional sobre adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos y considerando el valor epidemiológico de la enfermedad y la carga económica que esta representa el presente trabajo cobra alta relevancia.

Por las razones mencionadas se considera importante identificar en el paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II, la frecuencia de no apego terapéutico, así como aquellos factores de riesgo asociados, con el fin de efectuar programas tendientes a modificarlos o caso contrario reforzar aquellos factores que aumentan el apego al tratamiento e incidir así en el control metabólico en el paciente diabético.

### **III. OBJETIVOS**

#### **Objetivo general:**

Identificar los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento con hipoglicemiantes orales en pacientes diabéticos que consultan en la UCSFI San Pedro Masahuat, La Paz, Junio - Agosto 2018.

#### **Objetivos específicos:**

1. Describir los factores sociodemográficos y de la terapia relacionados con la falta de adherencia al tratamiento con hipoglicemiantes orales.
2. Determinar la percepción de los pacientes diabéticos sobre la influencia del personal de salud para el cumplimiento de su tratamiento con hipoglicemiantes orales.



## **IV. MARCO TEÓRICO**

### **Diabetes Mellitus**

La diabetes mellitus (DM) comprende un grupo de trastornos metabólicos frecuentes que comparten el fenotipo de la hiperglicemia. Existen varios tipos diferentes de DM resultado de una interacción compleja entre genética y factores ambientales. De acuerdo con la causa de la DM, los factores que contribuyen a la hiperglucemia pueden ser deficiencia de la secreción de insulina, disminución de la utilización de glucosa o aumento de la producción de esta.

### **Clasificación**

Hay cuatro tipos principales de diabetes mellitus: tipo 1, tipo 2, la diabetes gestacional y otros tipos específicos de diabetes.

La DM tipo 1 se caracteriza por la deficiencia de insulina y una tendencia a sufrir cetosis, en tanto que la DM tipo 2 es un grupo heterogéneo de trastornos que se caracteriza por grados variables de resistencia a la insulina, alteraciones en la secreción de insulina y una producción excesiva de glucosa hepática.<sup>1</sup>

### **Epidemiología**

Según la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) la diabetes tipo 2 es uno de los mayores problemas para los sistemas de salud de Latinoamérica, región que abarca 21 países y más de 577 millones de habitantes. La Federación Internacional de Diabetes (IDF por sus siglas en inglés) estimó en el 2011 que la prevalencia ajustada de diabetes en la región era de 9.2% entre los adultos de 20 a 79 años, sólo Norteamérica (10.5%) y el Sur de Asia (10.9%) tenían tasas mayores (1.1). De los 371 millones de adultos que viven con diabetes, 26 millones (7%) residen en la región.

El crecimiento en el número de casos esperado para el año 2030 es mayor en países de Latinoamérica que lo pronosticado para otras áreas, se espera para entonces 39.9 millones de casos. La expectativa de crecimiento se basa en la prevalencia alta de las condiciones que preceden a la diabetes como la obesidad y la intolerancia a la glucosa. Aún más grave es que el 45% de los pacientes con diabetes ignoran su condición.

<b>Tabla 1. Prevalencia de la diabetes tipo 2 y número estimado de diabetes entre los adultos de 20-79 años para los años 2011 y 2030.</b>					
<i>OMS: Organización Mundial de la Salud. USD: dólares de Estados Unidos</i>					
	<b>N° de casos (20-79 años)</b>	<b>Prevalencia de acuerdo a la OMS (%)</b>	<b>Muertes por diabetes/año (20-79 años)</b>	<b>Gasto anual debido a la diabetes por persona (USD)</b>	<b>N° de personas con diabetes no diagnosticada</b>
<b>El Salvador</b>	<b>312,430</b>	<b>9.88</b>	<b>3,233</b>	<b>333.58</b>	<b>143,72</b>

Fuente: Guías Asociación Latinoamericana de Diabetes. 2013.

## **Fisiopatología**

### **Anatomía fisiológica del páncreas**

El páncreas se compone de dos grandes tipos de tejidos: los acinos, que secretan jugos digestivos al duodeno, y los islotes de Langerhans, que secretan insulina y glucagón de forma directa a la sangre.

El páncreas humano cuenta con 1 a 2 millones de islotes de Langerhans y contienen tres tipos fundamentales de células, alfa, beta y delta. Las células beta representan casi el 60% de la totalidad de las células de los islotes y se encuentran sobre todo en el centro de cada uno y secretan insulina y amilina.

## **Química de la insulina**

La insulina es una proteína pequeña y su secreción se asocia a la abundancia energética. Cuando el régimen de alimentación dispone de alimentos energéticos suficientes y sobre todo de hidratos de carbono, aumenta la secreción de insulina.

La insulina desempeña una función primordial en el almacenamiento de la energía sobrante. Si se consumen hidratos de carbono en exceso, estos se depositarán principalmente como glucógeno en el hígado y en los músculos.

Al mismo tiempo, y también por efecto de la insulina, el exceso de carbohidratos que no puede almacenarse como glucógeno se convierte en grasa y se conserva en el tejido adiposo. En cuanto a las proteínas, la insulina ejerce un efecto directo para que las células absorban más aminoácidos y los transformen en proteínas. Por último, esta hormona inhibe la degradación de las proteínas intracelulares.

## **Diabetes de tipo II:**

### **Resistencia a los efectos metabólicos de la insulina.**

La diabetes mellitus tipo II se asocia a un aumento de la concentración plasmática de insulina (hiperinsulinemia), que es la respuesta compensadora de las células beta del páncreas a la disminución de la sensibilidad de los tejidos efectores a los efectos metabólicos de la insulina, fenómeno conocido como resistencia a la insulina.

La reducción de la sensibilidad a la insulina altera la utilización y el almacenamiento de los hidratos de carbono, eleva la glucemia e induce un incremento compensador de la secreción de insulina.

Cuando la diabetes de tipo II progresa, las células beta del páncreas se «agotan» o están dañadas y son incapaces de producir insulina suficiente para evitar una hiperglucemia más grave, sobre todo cuando el paciente consume comidas ricas en hidratos de carbono.<sup>2</sup>

### **Diagnóstico**

Los criterios para el diagnóstico de DM comprenden uno de los siguientes:

- Glucosa plasmática en ayuno  $\geq 7.0$  mmol/L ( $\geq 126$  mg/100 mL).
- Síntomas de diabetes más una glucemia aleatoria  $\geq 11.1$  mmol/L ( $\geq 200$  mg/100 mL).
- Glucosa plasmática en 2 h  $\geq 11.1$  mmol/L ( $\geq 200$  mg/100 mL) en una prueba de tolerancia a la glucosa oral con una dosis de 75 g.
- Hemoglobina A1c  $> 6.5\%$

Estos criterios deben confirmarse con pruebas repetidas en un día diferente, a menos que haya una hiperglucemia inequívoca.

Asimismo, se han designado dos categorías intermedias:

- Trastorno de la glucosa en ayunas (IFG) para una concentración plasmática de glucosa en ayunas de 5.6 a 6.9 mmol/L (100 a 125 mg/100 mL).
- Alteración de la tolerancia a la glucosa (IGT) para las concentraciones plasmáticas de glucosa de 7.8 a 11.1 mmol/L (140 a 199 mg/100 mL) 2 h después de una carga de glucosa oral de 75 g.

Los individuos con IFG o IGT no tienen diabetes mellitus, pero sí un riesgo sustancial de sufrir en el futuro DM tipo 2 y enfermedades cardiovasculares.<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Guyton y Hall Tratado de fisiología médica, 12ª edición. Elsevier España. 2011. Cap.78

<sup>3</sup> Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª edición. McGraw Hill Interamericana de España. 2012. Cap.334

## **Factores de riesgo para el desarrollo de la diabetes mellitus**

- Índice de masa corporal (IMC) mayor a 25 o al percentil 85.
- Perímetro de la cintura > 80 cm en mujeres y >90 cm en hombres.  
(Valores >94 en hombres y >90 en mujeres indican un exceso de grasa visceral).
- Antecedente familiar de diabetes en primero y segundo grado.
- Procedencia rural con urbanización reciente.
- Antecedente obstétrico de diabetes gestacional o hijos con peso > 4 Kg al nacimiento.
- Enfermedad isquémica coronaria o vascular de origen aterosclerótico.
- Hipertensión arterial.
- Triglicéridos  $\geq 150$  mg/dL.
- Colesterol HDL < 40 mg/dL.
- Bajo peso al nacer o macrosomía.
- Sedentarismo (<150 minutos de actividad física/semana).
- Adultos con escolaridad menor a la educación primaria.
- Enfermedades asociadas (deterioro cognitivo, déficit de audición, esquizofrenia, apnea, cánceres y esteatosis hepática).
- Síndrome de ovario poliquístico.
- Acantosis nigricans

## **Manifestaciones clínicas**

Los síntomas principales frecuentes de la diabetes mellitus son poliuria, polidipsia, pérdida de peso, fatiga, debilidad, visión borrosa, infecciones superficiales frecuentes y mala cicatrización de las heridas.

En la DM tipo 2 temprana, los síntomas pueden ser más sutiles y consistir de fatiga, mala cicatrización de heridas y parestesias. La falta de síntomas es la principal razón para el retraso en el diagnóstico de dicho trastorno.

En esta enfermedad existen complicaciones agudas y crónicas:

### **Complicaciones agudas**

- Cetoacidosis diabética (DKA)
- Estado hiperosmolar hiperglucémico

### **Complicaciones crónicas**

- Oftalmológicas: retinopatía diabética no proliferativa o proliferativa, edema macular, rubeosis del iris, glaucoma y cataratas.
- Renales: proteinuria, nefropatía en fase terminal y acidosis tubular renal tipo IV.
- Neurológicas: polineuropatía simétrica distal, polirradiculopatía, mononeuropatía y neuropatía autonómica.
- Gastrointestinales: gastroparesia, diarrea y estreñimiento.
- Genitourinarias: cistopatía, disfunción eréctil, disfunción sexual en la mujer y candidiasis vaginal.
- Cardiovasculares: coronariopatía, insuficiencia cardiaca congestiva, vasculopatía periférica y accidente vascular cerebral.
- Extremidades inferiores: deformidad de los pies (dedo en martillo, dedo en garra y pie de Charcot), úlceras y amputación.

- Dermatológicas: infecciones (foliculitis, furunculosis, celulitis), necrobiosis, mala cicatrización, úlceras y gangrena.
- Dental: enfermedad periodontal <sup>4</sup>

### **Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo II:**

- **Tratamiento no farmacológico:**

#### ***Ejercicio:***

El ejercicio tiene múltiples beneficios, entre ellos disminución del riesgo cardiovascular y de la presión arterial, conservación de la masa muscular, reducción de la grasa corporal y pérdida de peso.

Es útil también para disminuir la glucosa plasmática y aumentar la sensibilidad de la insulina. Según la ALAD recomienda en pacientes diabéticos la realización de al menos 150 minutos semanales de ejercicio aeróbico, con una intensidad moderada (60 a 70% de la FC máxima), en no menos de tres sesiones, y con un intervalo entre sesiones no inferior a 48 horas.

#### ***Dieta:***

**-Grasa:** Deben constituir 20-35% de la ingesta calórica total.

**-Carbohidratos:** Aportarán 45-65% de la ingesta calórica total

**-Proteínas:** Aportarán 10-35% de la ingesta calórica total (no se recomiendan las dietas hiperproteínicas)

- **Tratamiento farmacológico:**

Cuando no se logra un buen control glucémico luego del tratamiento con dieta y ejercicio, se debe iniciar tratamiento farmacológico con hipoglucemiantes (orales o insulina). La elección de los agentes farmacológicos debe basarse en las características individuales del paciente, entre ellas: eficacia, costo, efectos adversos potenciales, comorbilidades, riesgo de hipoglucemia y preferencia del paciente.

***Hipoglicemiantes orales:***

**-Biguanidas**

La metformina es representativa de esta clase de fármacos, disminuye la producción hepática de glucosa y mejora ligeramente la utilización periférica de ese azúcar.

**-Secretagogos de insulina, Sulfonilureas**

Las sulfonilureas estimulan la liberación de insulina de las células betas pancreáticas, aumentan la captación celular y la utilización de la glucosa y disminuyen la producción de glucosa en el hígado. Las sulfonilureas pueden dividirse en dos grupos: agentes de primera generación (clorpropamida, tolazamida, tolbutamida) y agentes de segunda generación (glimepirida, glipizida, gliburida). Los agentes de primera generación tienen vidas medias más largas, mayor incidencia de hipoglucemia y más interacciones farmacológicas. Los agentes de segunda generación tienen, menor vida media y menor incidencia de hipoglucemia

**-Inhibidores de la glucosidasa alfa**

Acarbosa y miglitol, reducen la hiperglucemia posprandial retrasando la absorción de glucosa; no afectan a la utilización de glucosa ni a la secreción de insulina.



### **-Secretagogos de insulina, no sulfonilureas**

Meglitinidas. Actúan estimulando la secreción de insulina, por inhibición de los canales de potasio dependientes de ATP de las células beta pancreáticas. Aportan con la ventaja de tener un comienzo de acción rápido (30 minutos) y de corta duración, circunscrito al periodo postprandial (4 horas), por lo que se facilita con el horario de las ingestas. Pertenecen a este grupo la repaglinida y la nateglinida.

### **-Tiazolidinedionas**

Aumentan la sensibilidad a la insulina actuando sobre el tejido adiposo, músculo e hígado, mejorando de esta forma la utilización de la glucosa y disminuyendo su producción. Pertenecen a este género la troglitazona, pioglitazona, ciglitazona y Rosiglitazona, también son conocidas como glitazonas

### **-Inhibidores de la dipeptidil peptidasa IV (DPP-IV)**

Son inhibidores administrados por vía oral de la DPP-IV, la enzima que degrada el GLP endógeno, que es una incretina secretada por las células L intestinales. El aumento de la concentración de GLP reduce la concentración de GS al inhibir la secreción de glucagón por las células alfa pancreáticas y por la estimulación de la secreción de insulina.

**TABLA 2. RESUMEN HIPOGLICEMIANTE ORALES**

Hipoglicemiantes familias	Principio activo	Mecanismo de acción
<b>Sulfonilureas</b>	Glicazida, glimepirida, glipizida, Repaglinida, nateglidina	Aumento de la secreción de insulina por célula beta del páncreas
<b>Biguanidas</b>	Metformina	Disminuye la producción hepática de glucosa
<b>Tiazolidinedionas</b>	Pioglitazona	Aumento de la eficacia de la insulina
<b>Inhibidores de la alfa-glucosidasa</b>	Acarbosa, miglitol	Disminuye la absorción de glucosa en el intestinal
<b>Inhibidores de la dipeptidil peptidasa IV (DPP-IV)</b>	Sitagliptina, Vildagliptina, Saxagliptina.	Tienen efecto antihiperglucemiante a través de acciones extra-pancreáticas

Fuente: Departamento de Farmacología. División de Investigación. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Revista Hospital Juárez 2017

### ***Insulinoterapia:***

La insulina exhibe una multitud de efectos en muchos tejidos, siendo el hígado, el músculo y el tejido adiposo los órganos diana más importantes para la acción de la insulina. La función fisiológica básica de la insulina es promover la síntesis de carbohidratos, proteínas, lípidos y ácidos nucleicos. Los efectos de la insulina en el metabolismo de los hidratos de carbono incluyen la estimulación del transporte de glucosa a través de las membranas de los músculos y de los adipocitos, la regulación de la síntesis de glucógeno hepático y la inhibición de la glucogenólisis y la gluconeogénesis.

## **Adherencia al tratamiento**

Al definir este concepto dentro de la literatura aparecen términos alternativos para describirlo como cumplimiento, concordancia, obediencia, aceptación, persistencia entre otros. A continuación un resumen de los conceptos establecidos para definir adherencia terapéutica:

La Real Academia de la Lengua Española la define como “unión física, pegadura de las cosas”, “cualidad de adherente”.

En 1976 Haynes en su estudio “¿Pueden las medidas clínicas simples detectar el incumplimiento del paciente?”, un estudio sobre los factores que inciden en el control de la hipertensión arterial, encontró que el cumplimiento del paciente era un factor fundamental para su control, por lo que determinó el término cumplimiento como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo.

La Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados Sanitarios (ISPOR) ha definido cumplimiento terapéutico (sinónimo: adherencia) como el grado en que un paciente actúa de acuerdo con la dosis, la pauta posológica y el plazo prescritos.

## **Clasificación de la adherencia**

Se puede dividir en dos tipos: según la prescripción y según la intencionalidad

- **Según la prescripción:**

Se distingue entre la no adherencia primaria y no adherencia secundaria. La no adherencia primaria incluye tanto no llevarse la prescripción de la consulta como llevársela pero no retirarla de la farmacia y la no adherencia secundaria incluye tomar una dosis incorrecta, a horas inadecuadas, olvidarse de tomar una o varias dosis (o aumentar la frecuencia de éstas) o suspender el tratamiento demasiado pronto, dejando de tomarlo antes de la fecha recomendada por el médico o no obteniendo una nueva prescripción.<sup>5</sup>

- **Según la intencionalidad:**

La no adherencia intencional es un proceso en el que el paciente decide no utilizar activamente el tratamiento o seguir las recomendaciones del tratamiento.

Esto por lo general, refleja un proceso de toma de decisiones racional en el que el paciente pesa los pros y los contras del tratamiento. Incluyen las creencias del paciente y el nivel de cognición<sup>6</sup>

Además es un proceso pasivo; los pacientes no se adhieren a la prescripción por olvido, descuido, o circunstancias fuera de su control (por ejemplo, conocimiento sobre la enfermedad).

<sup>5</sup> Solomon, M. M. (210). "Primary non-adherence of medications: lifting the veil on prescription-filing behaviors". Journal of General Internal Medicine, 25(4), 280-281.

<sup>6</sup> Cifford S, B. N. (2008). . Understanding different beliefs held by adherers, unintentional nonadherers, and intentional nonadherers: application of the Necessity-Concerns Framework. J Psychosom Res., 64(1), 41-46.

## **Componentes de la adherencia:**

- **Factores asociados con la no adherencia farmacológica:**

De acuerdo con dos reconocidos epidemiólogos Haynes y Scakett, un tercio de los pacientes toma la medicación como se le ha prescrito, otro tercio lo hace ocasionalmente o de forma incorrecta y, por último, otro tercio no lo toma nunca. Son muchas las causas que influyen en la falta de adherencia, los principales a exponer se destacan a continuación:

- **Factores relacionados al paciente:**

Los factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: la edad, el entorno cultural y social del paciente, el nivel de educación, el desempleo, la falta de redes de apoyo (OMS, 2009).

Según datos de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (2014) en el documento "Plan de adherencia al tratamiento" estudio realizado por un amplio número de sociedades científicas, asociaciones de pacientes y expertos en España determinaron que el cuestionamiento de los tratamientos y la falta de concienciación sobre la importancia de un correcto cumplimiento son los principales entre los pacientes jóvenes, mientras que el miedo, el olvido y la confusión lo son entre los de más edad.

De acuerdo con los resultados de este estudio, se ha observado que las mujeres son más adherentes en comparación con los hombres; además, se responsabilizan en mayor medida con la enfermedad, y no sólo con la suya, sino también con las del resto del entorno familiar.

El nivel de formación ha mostrado en este estudio un cierto efecto paradójico Así, los pacientes con mayores niveles de formación se cuestionan más los tratamientos y presentan valores más bajos de adherencia. En contraposición, aquellos con bajo nivel académico muestran valores más elevados de adherencia.

La falta de conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad y los tratamientos prescritos, así como de la importancia de cumplir con ellos, aparece como uno de los principales condicionantes de la falta de adherencia y de la implicación de los pacientes con la gestión de su enfermedad. Respecto a los medios más utilizados por los pacientes para obtener información sobre las patologías, según este estudio, el fundamental es el propio médico, pero internet se perfila como una fuente de información utilizada con cierta frecuencia, seguida de los amigos y familiares

En algunos pacientes, la depresión o el estrés psicológico ligados a ciertas patologías han sido identificados como predictores clave de una baja adherencia. También relacionado con las funciones cognitivas de los pacientes se encuentra el olvido de la toma de la medicación, que aparece en la literatura como una de las causas más frecuentes de incumplimiento.

Otro de los puntos destacables en este apartado es la actitud con la que los pacientes afrontan la enfermedad y el tratamiento pautado. Una actitud negativa o la falta de motivación para comprometerse con el seguimiento de los tratamientos y con el buen control de la patología representan barreras importantes para la adherencia. De manera general, los pacientes crónicos muestran un bajo nivel de participación en términos de gestión de la enfermedad y una elevada dependencia de los médicos.

- **Factores asociados a la terapia:**

Entre los factores asociados a la terapia se incluyen la complejidad del tratamiento, la presencia de efectos adversos, la percepción sobre la efectividad de los medicamentos, la aceptación y la flexibilidad en la elección de los tratamientos por parte de los pacientes y su duración.

La complejidad de los tratamientos -entendida como la cantidad de medicamentos por toma-, el número de tomas por día, las restricciones y requisitos alimenticios y la posible dificultad asociada a la vía de administración pueden influir directamente sobre la capacidad del paciente para seguir el tratamiento.

Junto con la complejidad de los tratamientos, la presencia de efectos adversos afecta también negativamente a la adherencia. A ello se suma la duración del tratamiento, es decir, si un tratamiento es de larga duración y los resultados no se perciben inmediatamente, la adherencia puede verse comprometida. Las creencias y expectativas del paciente acerca de la efectividad de su tratamiento determinan en gran medida su capacidad para implicarse y cumplir con él.

- **Factores relacionados con el personal y el sistema sanitario:**

Dentro de estos se incluyen la información proporcionada a los pacientes respecto al tratamiento y a la patología que padecen, la comunicación y relación entre los profesionales y con el paciente y el seguimiento realizado

En el tercer foro “la adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida” desarrollada por la farmacéutica Pfizer-Pacientes 2009. Juan Ignacio Barrero, defensor de la Oficina del Paciente de la Comunidad de Madrid, afirmó “los profesionales sanitarios defienden que informar adecuadamente al paciente y tener una buena comunicación puede evitar muchos problemas. Es fundamental tener una buena relación médico-paciente, a través de la cual se cuente al paciente todo lo que precisa. Si a una persona se le explica el por qué y para qué se le receta un medicamento, comprenderá y aceptará de mejor grado las decisiones que se tomen. Una adecuada comunicación -añadió- repercute en una mayor adhesión terapéutica, en una reducción de las prescripciones, en mejores resultados clínicos y en una disminución de las demandas contra los profesionales”.

Un factor que interviene en el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas es el trato que el paciente recibe de los profesionales de salud. Una adecuada comunicación trae dos importantes beneficios: compartir información clínica apropiadamente y una buena relación médico-paciente. Los pacientes que están informados y educados sobre su salud y cómo mejorar su estado de bienestar se recuperan más rápido que quienes no lo están.

Además, los pacientes se benefician de médicos con buena comunicación interpersonal pues logran una mejor comprensión de la información médica, se adaptan mejor psicológicamente, están más satisfechos con la atención, se adhieren mejor al tratamiento y confían más en sus médicos. También se beneficia el médico quien gana como profesional y persona, pues se estresa menos, maneja mejor las malas noticias y la ira, establece mejores relaciones con sus colegas, vive más satisfecho con su trabajo, identifica los problemas de sus pacientes con mayor precisión, mejora la percepción del paciente con respecto a su competencia y es menos probable que reciba denuncias formales por mala praxis. Asimismo, el sistema de salud se beneficia porque una buena relación médico-paciente disminuye la estancia hospitalaria, genera un menor número de referencias e interconsultas y aminora los costos al promover un enfoque preventivo de la salud.

En un estudio realizado por la Universidad Nacional Autónoma de México, Iztacala, México en 2011, evaluó 200 enfermos crónicos adultos, que presentaban alguno de los siguientes padecimientos: diabetes, hipertensión, osteoporosis, enfermedades cardíacas, artritis, hipercolesterolemia, enfermedades renales, arterioesclerosis, sida o cáncer. Se les contactó en clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (instituciones públicas) así como en clínicas y consultorios de atención privada, todas del Distrito Federal o Área Metropolitana, el objetivo del estudio fue evaluar la adherencia terapéutica en enfermos crónicos y la relación con sus médicos, en resumen se tuvo como resultado que la comunicación entre el médico y el paciente es muy importante para que este último comprenda la información básica sobre enfermedad y tratamiento para controlarla, que la mala comunicación entre médico y paciente y la falta de empatía entre ellos, afecta la adherencia terapéutica y por lo tanto, el éxito de la terapia ; que esta mala relación y la falta de compromiso del médico hacia sus pacientes provoca falta de adherencia terapéutica lo cual no permite que se evalúen los efectos del tratamiento, provocando un tratamiento más prolongado y una mayor cronicidad de la enfermedad y en ocasiones la muerte del enfermo.



Además los datos del estudio apuntaron al hecho de que los pacientes de la muestra total que recibían información con respecto al tratamiento a seguir para controlar su padecimiento, presentaron más adherencia terapéutica. La noticia de que se padece una enfermedad crónica tiene un gran impacto sobre el paciente; no obstante, para él adquiere mayor relevancia saber cómo puede controlarla y así prolongar su vida. Se puede decir que si los pacientes pueden llevar un control sobre su tratamiento, se pueden obtener mejores resultados en cuanto a su adherencia.

- **Factores relacionados con el estado de la enfermedad:**

En esta categoría se incluyen aspectos como la ausencia o presencia de síntomas, la severidad de la enfermedad, la mejoría clínica y la duración de la enfermedad. Se observa que en aquellos pacientes diagnosticados con una sola enfermedad la falta de adherencia es mayor en comparación con los pacientes con dos o más enfermedades.

La adherencia se ve disminuida cuando la enfermedad es de menor gravedad, o percibida como tal, así como en las patologías crónicas, o en aquellas sin mucha expresión clínica e incluso en aquellas en las que los síntomas persisten en el tiempo y el paciente se adapta a ellos. En contraposición, las enfermedades agudas con síntomas de dolor dan lugar a una mayor tasa de adherencia.

- **Factores socioeconómicos:**

Dentro de este rubro se incluyen cuestiones como son el apoyo familiar, el estigma social de la enfermedad, la cobertura sanitaria, el coste de la enfermedad o la situación laboral. El compromiso del paciente con el tratamiento y la gestión de su enfermedad, se ve favorecido por el apoyo tanto asistencial como familiar que reciba. En este sentido, familiares y cuidadores tienen un papel importante en fomentar la autogestión y la implicación del paciente en el manejo de su enfermedad.

- **Factores psicosociales:**

Diversos estudios han demostrado que existen factores psicológicos y sociales relacionados con la adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus, tales como estrés y sus estilos de afrontamiento, sintomatología depresiva y percepción de apoyo social.

En pacientes con DM, el estrés tiende a estar más presente desde los inicios de la enfermedad y a lo largo de todo su curso, ya que se considera estresante el solo hecho de padecer una enfermedad metabólica, crónica e incapacitante.

Además en un estudio realizado por la Universidad de Buenos Aires Argentina en el año 2010 en pacientes entre 40-79 años que consultaron en cuatro hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires evidenciaron que casi la mitad dijo que a veces sentía que dependía más que antes de otras personas, y quienes percibían que nunca tenían apoyo, que su autoridad había disminuido y que su familia siempre se molestaba por la dieta u otros cuidados, presentaron un cumplimiento al tratamiento significativamente inferior que quienes dijeron lo opuesto.

### **Métodos para evaluar la adherencia**

La adherencia puede ser evaluada tanto con métodos directos como indirectos. Los métodos directos se basan en la determinación del fármaco en sangre o en cualquier otro tipo de fluido corporal o en la observación directa de la ingesta de la medicación. Se trata de métodos precisos, pero de un elevado coste, por lo que se emplean principalmente para el control de medicamentos con un rango terapéutico estrecho o en algunos ensayos clínicos muy controlados.

De los métodos indirectos, los cuestionarios, entre los que destacan los test de Morisky-Green y Haynes-Sackett, y el recuento de la medicación sobrante son los más utilizados, a pesar de que el nivel de fiabilidad y precisión es menor.

## **V. METODOLOGÍA**

- **Tipo de investigación:**

El tipo de investigación que se realizó de acuerdo a la naturaleza de la investigación fue CUALITATIVA, y según el alcance y análisis de resultados del objeto de estudio, fue de tipo DESCRIPTIVA: en el estudio se determinaron los factores relacionados a la adherencia al tratamiento con hipoglicemiantes orales en pacientes diabéticos, se buscaron aquellos de mayor importancia para proponer las mejores intervenciones y así intervenir en estos factores.

De acuerdo al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información el estudio que se realizó fue: TRANSVERSAL: El cual se fue dirigido a pacientes diabéticos de 40 y 70 años de edad que asistieron a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Pedro Masahuat, La Paz.

- **Periodo de investigación:**

-Período de diseño de la investigación: Enero a Abril de 2018.

-Período Investigado: Junio a Agosto de 2018.

-Período de Ejecución de la Investigación: Junio de 2018.

-Período de Procesamiento y Análisis de Información: Agosto de 2018.

-Período de Redacción del Informe Final y Presentación de Resultados: Agosto a Septiembre de 2018.

- **Universo:**

Pacientes diabéticos que asistieron a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Pedro Masahuat, La Paz.

- **Población:**

Usuarios diabéticos de 40 a 70 años de edad, que asistieron a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar, San Pedro, Masahuat, La paz en el periodo de junio a agosto de 2018.

- **Muestra:**

El tipo de muestra que se usó fue no probabilístico, por conveniencia, donde se seleccionaron aquellos usuarios típicos con el objetivo de que fueran casos representativos de la población, se usaron criterios de inclusión y exclusión con lo cual se obtuvo 50 entrevistas a usuarios diabéticos de 40 a 70 años de edad, que asistieron a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar durante el periodo investigado.

<b>Criterios de Inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
Pacientes diabéticos que estén en control regular en la UCSF <sup>1</sup>	Usuarios diabéticos que en el momento del estudio curse con una enfermedad aguda.
Que en la modalidad del tratamiento se incluyan los hipoglicemiantes orales	Diabetes tipo 1
Que quiera formar parte del estudio	Usuarios con trastornos psicológicos o psiquiátricos
Entre 40 a 70 años de edad.	Que padezcan otra enfermedad crónica (HTA-C, ERC)
Ambos sexos	Pacientes que además de hipoglicemiantes orales utilicen insulina
Que tengan un año o más con el tratamiento	Pacientes embarazadas
<sup>1</sup> Aquel paciente que mantiene los controles médicos sin interrupción por un periodo de al menos 6 meses en el mismo establecimiento de salud.	

- **Variables:**

**-Independiente:** Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento con hipoglicemiantes orales (detallados en la operacionalización de variables).

**-Dependiente:** Adherencia al tratamiento.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo	Variables	Definición de Variables	Indicadores	Instrumento
<p><b>Determinar los factores sociodemográficos relacionados con la falta de adherencia al tratamiento con hipoglicemiantes orales.</b></p>	<p>VI: Adherencia al tratamiento</p> <p>VD: Factores demográficos.</p>	<p><i>Adherencia al tratamiento:</i> el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento y ejecutar cambios del modo de vida) corresponde a las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria</p> <p><i>Factores sociodemográficos:</i> Características asignadas a la edad, sexo, nivel educativo, empleo, ingresos, religión en cada miembro de la población, tiempo de tratamiento, número de medicamentos prescritos, vive solo o en familia, molestias del medicamento, cantidad del medicamento, veces en qué toma el medicamento al día.</p> <p><i>Edad:</i> Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.</p> <p><i>Sexo:</i> Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.</p> <p><i>Nivel educativo:</i> el grado de aprendizaje que adquiere una persona a lo largo de su formación en una Institución educativa formalizada.</p>	<p>*Farmacos sobrantes</p> <p>*Tiempo que lleva cumpliendo el regimen prescrito</p> <p>*Proporcion de farmaco tomado dentro del periodo de ventana predefinido.</p>	<p>*Ficha de registro</p> <p>*Encuesta.</p> <p>*Test de Morisky-Green</p>

		<p><i>Empleo:</i> generación de valor a partir de la actividad producida por una persona.</p> <p><i>Ingresos:</i> Cantidad de dinero recibido por trabajo realizado.</p> <p><i>Religión:</i> la devoción por todo lo que se considera sagrado</p> <p><i>Tiempo de tratamiento:</i> duración en años desde que el paciente inició el tratamiento.</p>		
<p><b>Determinar la percepción de los pacientes diabéticos sobre la influencia del personal de salud para el cumplimiento de su tratamiento con hipoglicemiantes orales</b></p>	<p>VI: Relación personal de salud-paciente</p> <p>VD: Cumplimiento del tratamiento.</p>	<p><i>Relación médico paciente:</i> aquella interacción que se establece entre el médico y el paciente con el fin de devolverle a este la salud, aliviar sus padecimientos y prevenir la enfermedad.</p> <p><i>Cumplimiento del tratamiento:</i> Grado de éxito con que un paciente lleva a cabo las recomendaciones preventivas o terapéuticas dadas por un profesional de salud.</p>	<p>Dimensiones de la relación médico-paciente; Fase de inicio, fase de tribuna libre, fase interrogatorio dirigido, de exploración física, fase de diagnóstico, fase de negociación terapéutica y fase de cierre.</p>	<p>Cuestionario</p>

### CRUCE DE VARIABLES.

<b>Factores asociados</b> <b>Adherencia al</b> <b>tratamiento</b>	Factores socio- demográficos	Características de la terapia	Características de la enfermedad.	Relación médico paciente.
Olvidos u omisión del medicamento				
Suspensión del medicamento				
Efectividad del medicamento				
Evolución de la enfermedad.				
Expectativas del paciente.				

- **Fuentes de información:**

Se utilizaron fuentes de información primarias; las cuales consistieron en información directa de los usuarios diabéticos que asistieron a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar, San Pedro Masahuat.

- **Técnicas y herramientas de obtención de información:**

Para la fuente de información primaria se aplicó la técnica de la entrevista y se usó como instrumento el *cuestionario*, el cual fue estructurado con preguntas cerradas para obtener las características sociodemográficas.

Además se usaron preguntas combinadas de abiertas y cerradas, y escalas como el Test de Morisky-Green para evaluar los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento.

- **Procesamiento y análisis de información:**

Para el procesamiento de los datos se hizo uso del conteo de datos de manera manual directa. Posteriormente se incorporaron en una base de datos

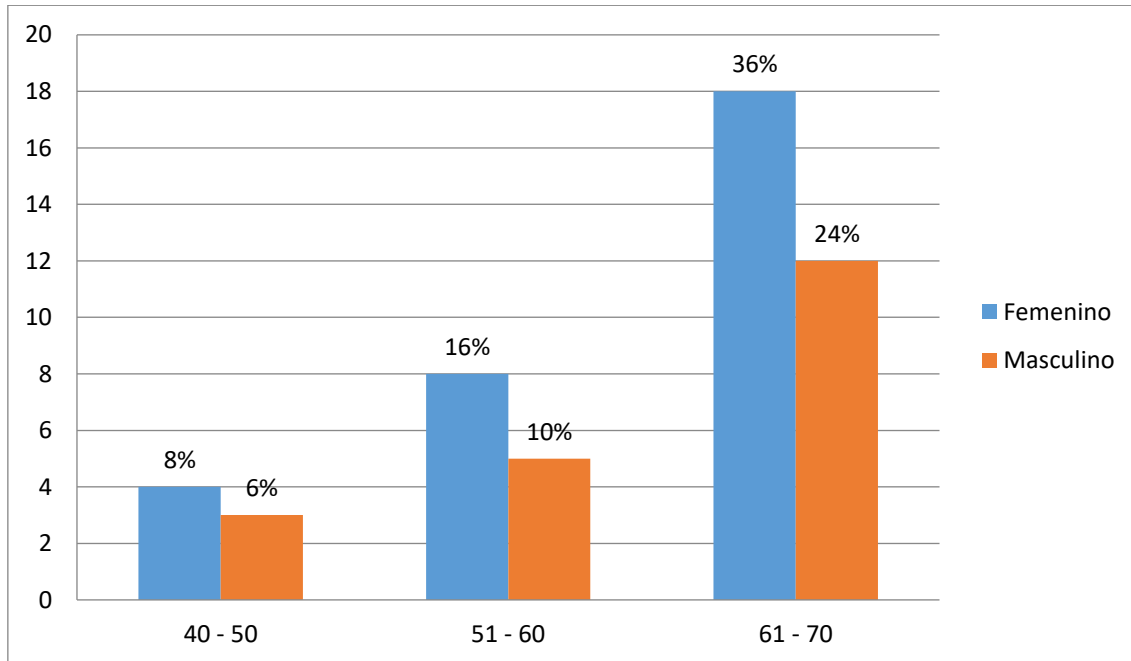
El Análisis se realizó mediante el Programa de Microsoft Office 2013, se elaboró una base de datos en Excel donde se compararon los datos obtenidos haciendo uso de medidas porcentuales, tendencias y las ilustraciones gráficas.



## VI. RESULTADOS

### 1. Datos Generales

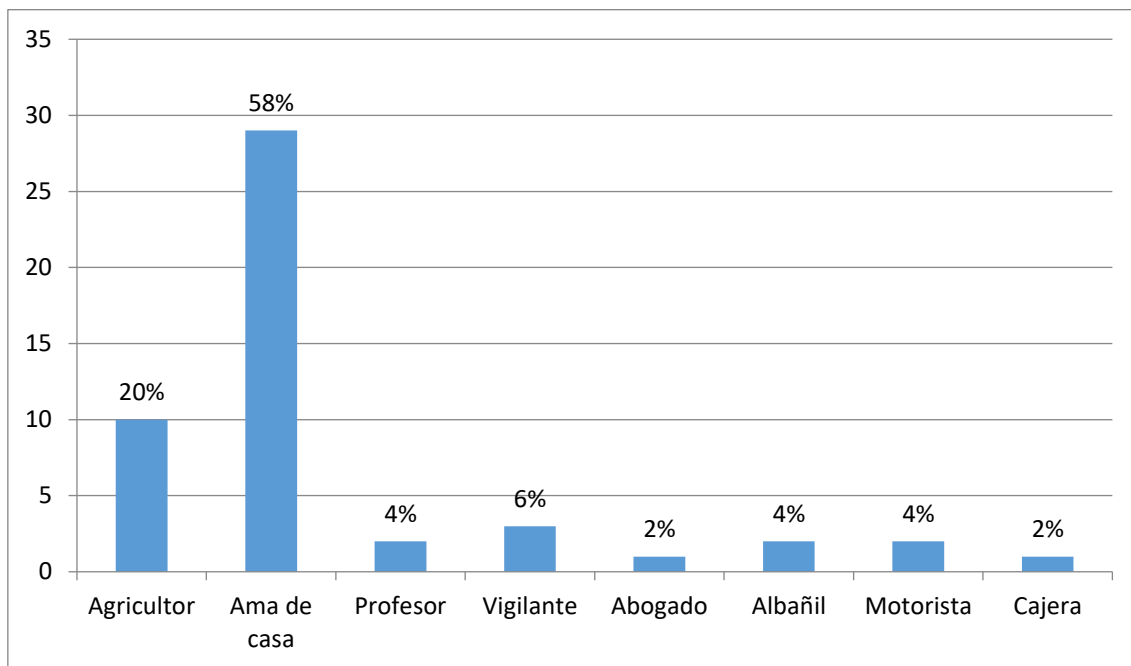
**GRÁFICO 1.0: Edad y sexo de los pacientes que participaron en el estudio.**



*Fuente: Encuesta a pacientes diabéticos que consultaron en la UCSFI San Pedro Masahuat, La Paz de Junio - Agosto 2018.*

*Análisis: La población seleccionada para este estudio comprendía aquellos pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 entre las edades de 40 a 70 años, el presente gráfico refleja que el grupo etario más frecuente en el estudio fueron entre los 61 a 70 años de edad a predominio del sexo femenino (36%), seguido del rango de edades comprendido entre 51 a 60 años, mostrando igual tendencia en cuanto a sexo femenino (16%) y en último rango las edades entre 40 a 50 años siempre a predominio del sexo femenino con un 8% .*

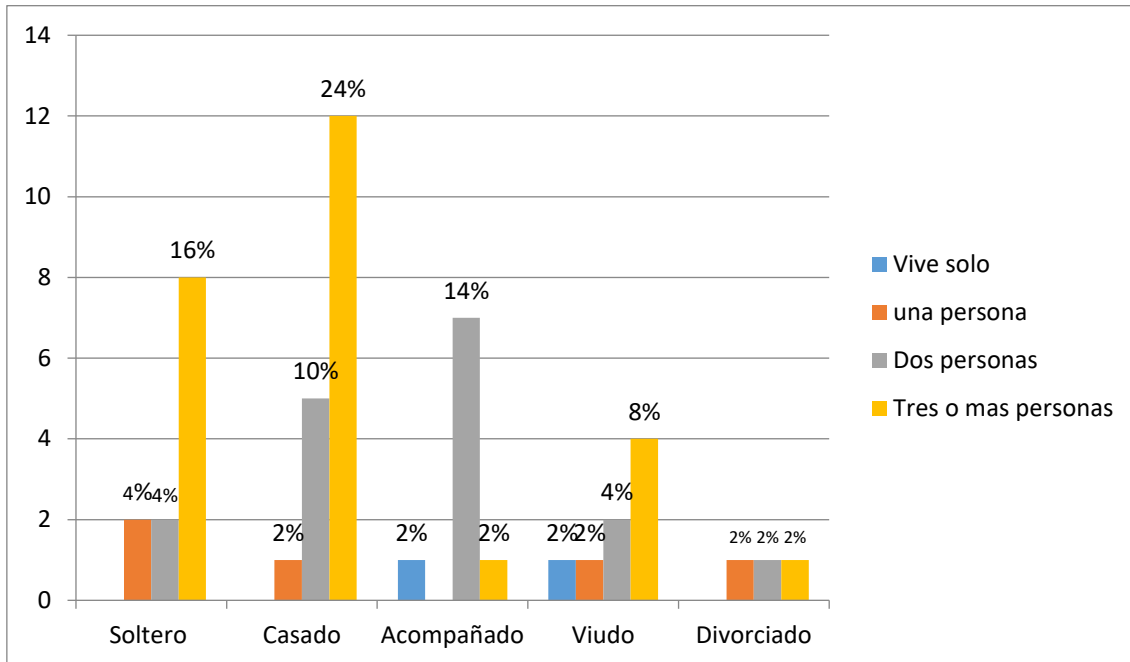
**GRÁFICO 1.1: Ocupación de los pacientes**



***Fuente:** Encuesta a pacientes diabéticos que consultaron en la UCSFI San Pedro Masahuat, La Paz de Junio - Agosto 2018.*

***Análisis:** Este gráfico representa la ocupación de los pacientes en estudio, el 58% son personas que no generan aportes económicos en el hogar: amas de casa, seguido de ocupaciones en las que no se requiere calificación en orden descendente agricultor (20%), vigilante (6%), albañil y motorista (4%). Aquellos que tenían educación superior o bachillerato el 4% eran maestros, un 2% abogado y cajero en un 2%.*

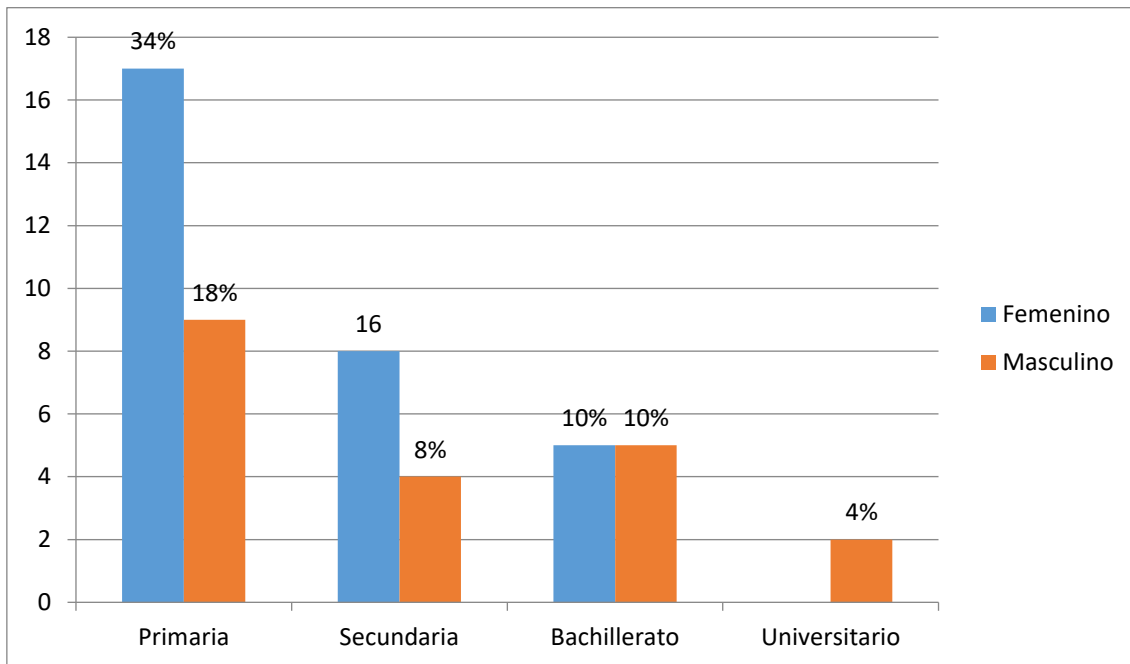
**Gráfico 1.2: Estado civil y grupo de apoyo**



***Fuente:** Encuesta a pacientes diabéticos que consultaron en la UCSFI San Pedro Masahuat, La Paz de Junio - Agosto 2018.*

***Análisis:** De la población en estudio el estado civil predominante es el casado, seguido de acompañado y soltero, además se valoró el grupo de apoyo con el que cuentan estas categorías, dentro del grupo de casados cuentan en un 24% con el soporte de tres o más personas, así mismo un dato relevante es que aquellas personas con estado civil soltero no viven solas sino que cuentan en un 16% con el apoyo de tres o más personas y la categoría de acompañado tienen el soporte familiar en un 14% de dos personas.*

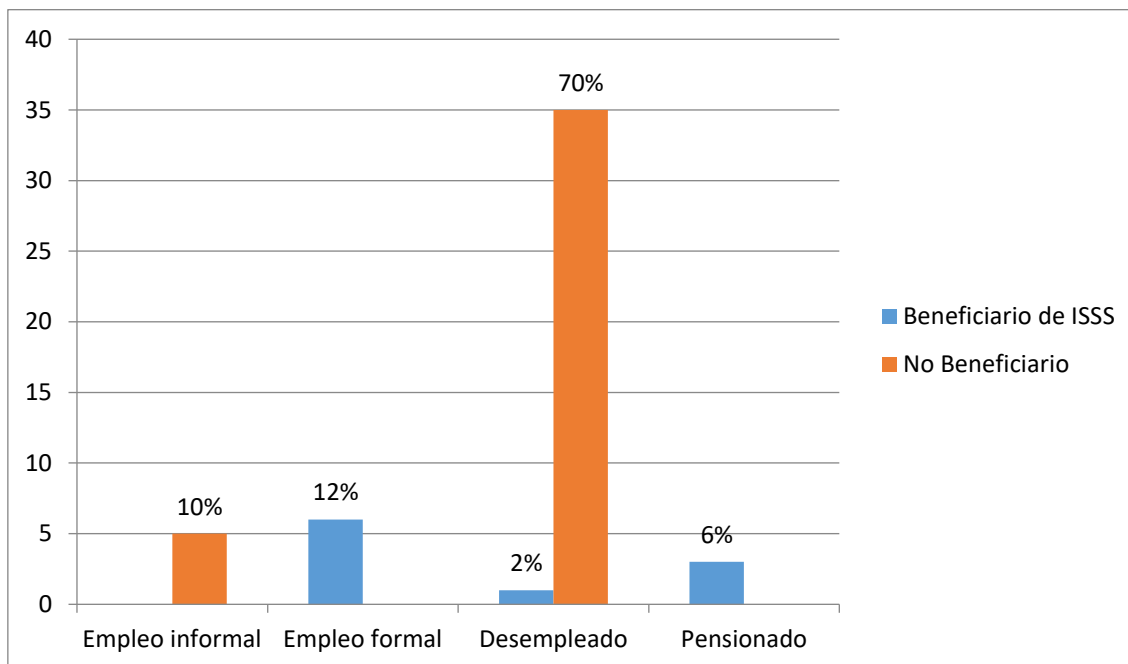
**GRÁFICO 1.3: Nivel educativo de los pacientes**



***Fuente:** Encuesta a pacientes diabéticos que consultaron en la UCSFI San Pedro Masahuat, La Paz de Junio - Agosto 2018.*

***Análisis:** El presente gráfico revela que el principal nivel educativo en la población estudiada es hasta primaria (34% sexo femenino y 18% masculino) dato que se correlaciona con el área geográfica rural en donde se ubica la UCSFI San Pedro Masahuat, La Paz; un 16% de personas de sexo femenino y un 8% de personas de sexo masculino tiene un nivel educativo hasta secundaria y en un 10% para ambos sexos ha culminado estudios hasta bachillerato. De la población ninguna mujer es universitaria y solo un 4% de hombres finalizó estudios universitarios.*

**GRÁFICO 1.4: Beneficiarios del ISSS y estado Laboral de los pacientes**

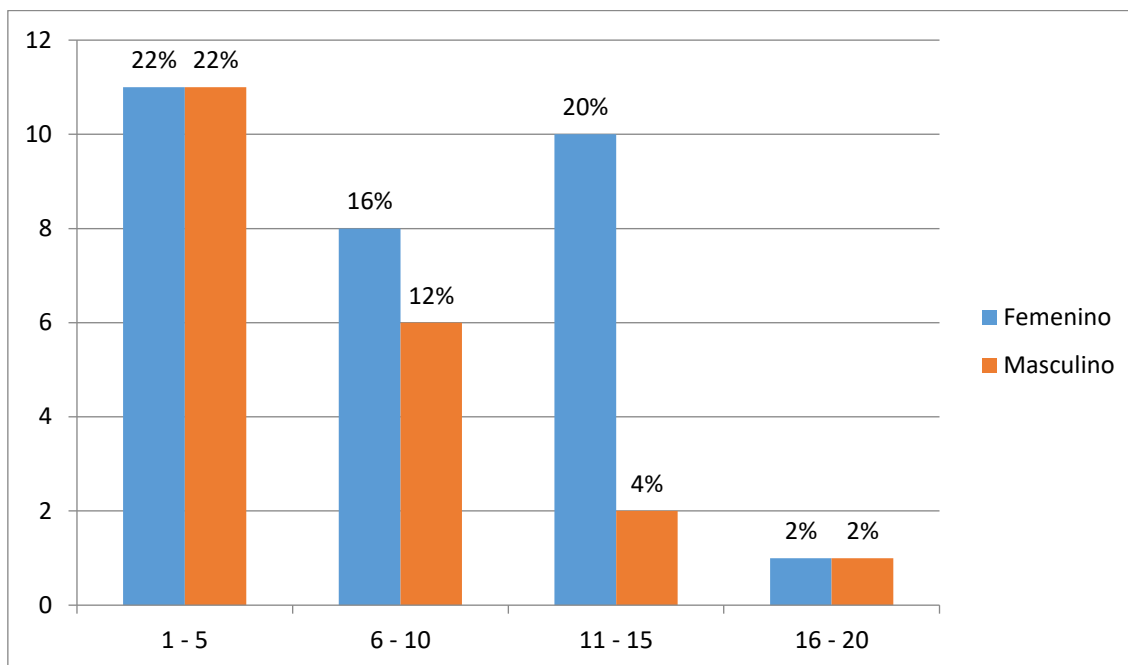


***Fuente:** Encuesta a pacientes diabéticos que consultaron en la UCSFI San Pedro Masahuat, La Paz de Junio - Agosto 2018.*

***Análisis:** Este gráfico evidencia que el 70% de la población en estudio es desempleada y además no beneficiaria del seguro social, dicho dato se correlaciona con la ocupación de las personas ya descrita en gráfico previo, en donde predomina aquellos que no generan aporte económico al hogar.*

## 2. Aspectos asociados a la terapia

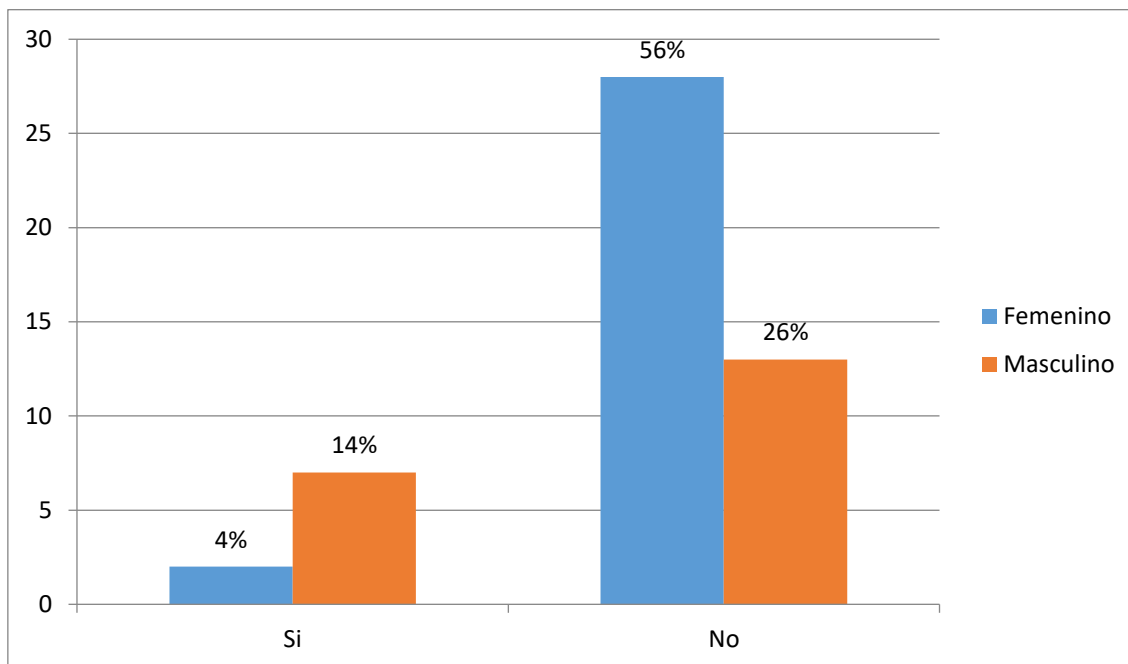
GRÁFICO 2.0: Años de evolución de la enfermedad



*Fuente:* Encuesta a pacientes diabéticos que consultaron en la UCSFI San Pedro Masahuat, La Paz de Junio - Agosto 2018.

*Análisis:* De la población estudiada se revela que una evolución de la enfermedad de 1 a 5 años es la predominante para ambos sexos en un 22%, seguido de un rango de 6 a 10 años y en aquellos con 11 a 15 años de diagnóstico de la enfermedad predomina en un 20% el sexo femenino.

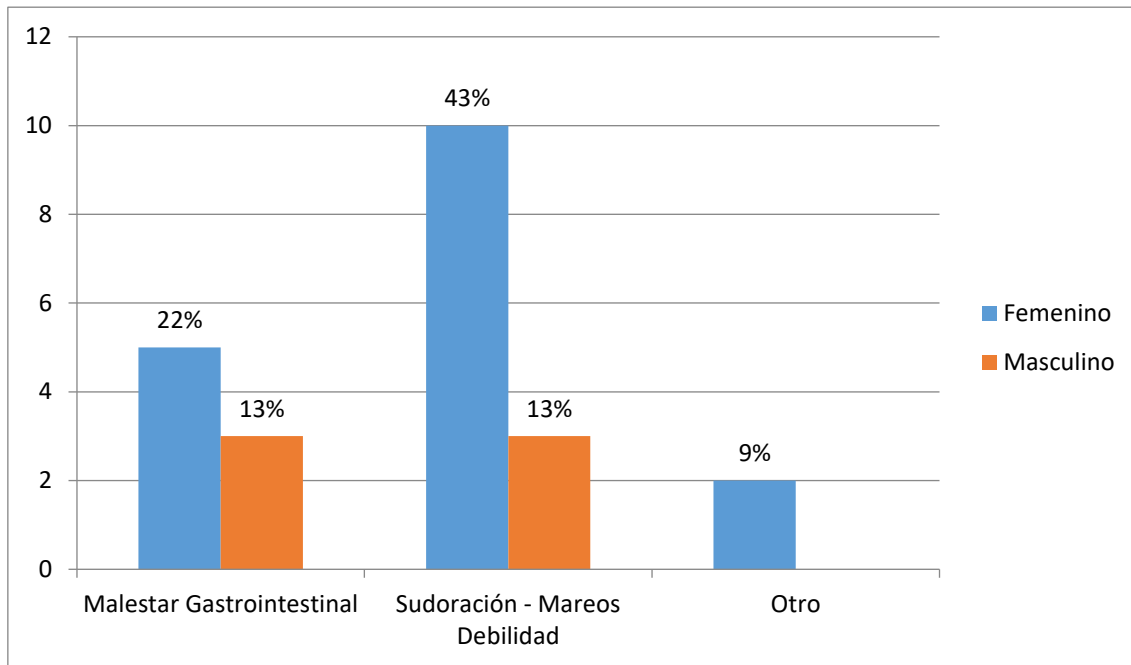
**GRÁFICO 2.1: Efectos adversos por hipoglicemiantes orales.**



***Fuente:** Encuesta a pacientes diabéticos que consultaron en la UCSFI San Pedro Masahuat, La Paz de Junio - Agosto 2018.*

***Análisis:** En el gráfico se evidencia que la mayoría de los pacientes no presentan síntomas o signos secundarios a la ingesta de hipoglicemiantes orales. El 84% de la población de estudio no presentó efectos secundarios, de estos un 56% corresponde a las mujeres y un 26% a los hombres. Únicamente un 18% de la población evidenció efectos secundarios, descritos posteriormente.*

**GRÁFICO 2.2: Efectos adversos más frecuentes asociados a hipoglicemiantes orales**

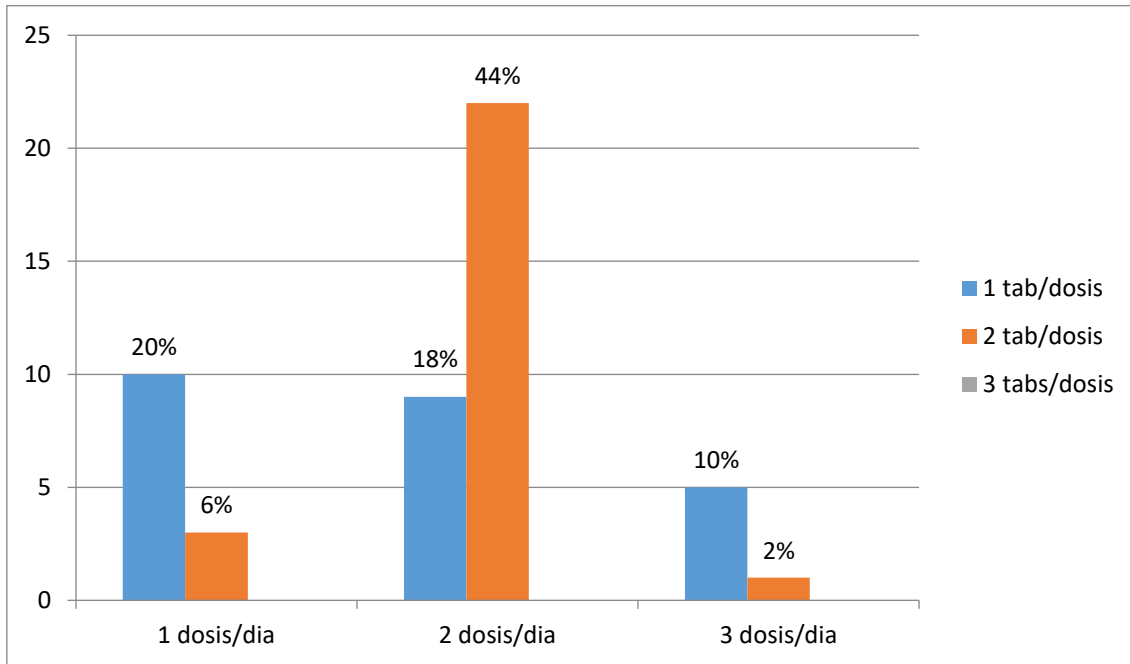


***Fuente:** Encuesta a pacientes diabéticos que consultaron en la UCSFI San Pedro Masahuat, La Paz de Junio - Agosto 2018.*

***Análisis:** Este gráfico describe los efectos adversos que el 18% del total de la población de estudio evidenció con respecto a la ingesta de hipoglicemiantes orales. El efecto adverso más significativo fueron los síntomas asociados a la hipoglicemia (sudoración, mareos, debilidad) con un 56%, de este, un 43% manifestado en las mujeres y un 13% en los hombres. En segundo lugar, el malestar gastrointestinal representa un 35% de afectación a la población, del cual un 22% corresponde a las mujeres y un 13% a los hombres. En el estudio se encontró que un 9% de la población femenina entrevistada presentó otro tipo de síntomas, como bronquitis y disminución de la libido.*



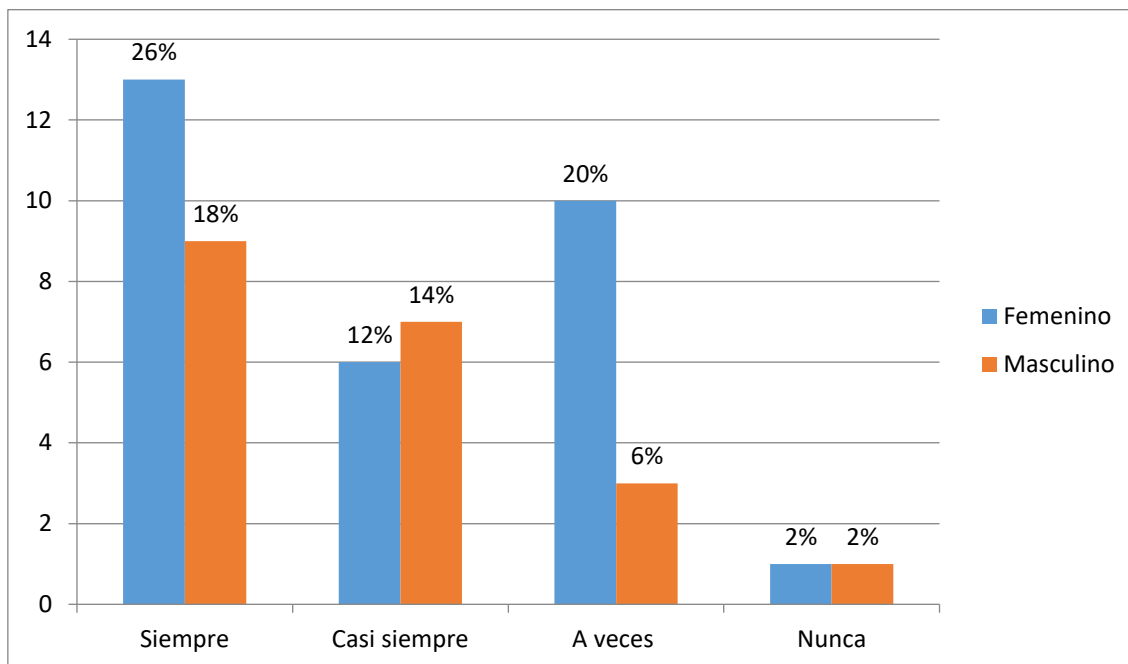
**GRÁFICO 2.3: Características del tratamiento**



***Fuente:** Encuesta a pacientes diabéticos que consultaron en la UCSFI San Pedro Masahuat, La Paz de Junio - Agosto 2018.*

***Análisis:** Este gráfico evidencia la cantidad de medicamentos que el paciente toma por dosis y las veces que los toma en el día. La mayoría de la población de estudio ingiere 2 tabletas por dosis 2 veces al día que corresponde a un 44%, un 6% ingiere la misma cantidad pero una vez al día y únicamente un 2% lo hace 3 veces al día. Un 20% corresponde a la ingesta de 1 tableta una vez al día, el 18% ingiere la misma cantidad 2 veces al día y el 10% lo hace 3 veces al día.*

**GRÁFICO 2.4: Percepción sobre la efectividad de los hipoglucemiantes**

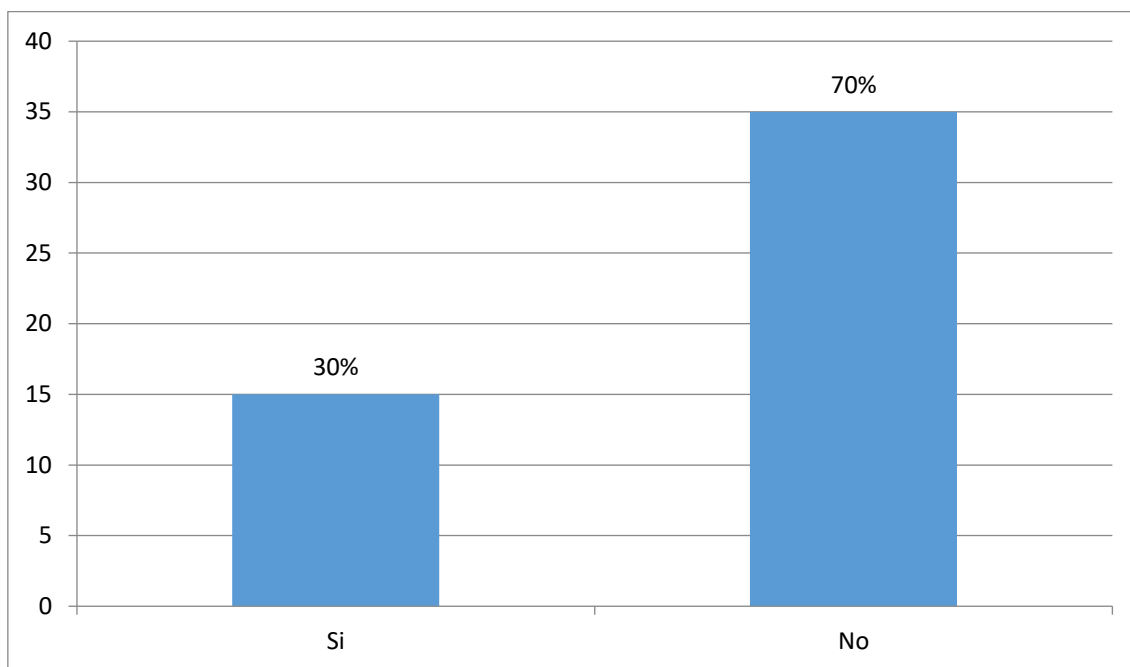


***Fuente:** Encuesta a pacientes diabéticos que consultaron en la UCSFI San Pedro Masahuat, La Paz de Junio - Agosto 2018.*

***Análisis:** Este gráfico evidencia la percepción que los pacientes diabéticos estudiados tienen con respecto a la efectividad de los hipoglicemiantes orales en su patología. El 44% de los pacientes refieren que siempre son efectivos los medicamentos, de los cuales un 26% fueron mujeres y un 18% hombres. El 26% de los pacientes describen que casi siempre es efectiva la ingesta de los hipoglicemiantes, de los cuales 12% fueron mujeres y 14% hombres. El 26% refiere que solo a veces los medicamentos son efectivos, de este porcentaje; un 20% corresponde al género femenino y un 6% al género masculino. El 4% de la población de estudio considera que los hipoglicemiantes no tienen efecto positivo alguno para controlar la Diabetes Mellitus.*

### 3. Relación Médico Paciente.

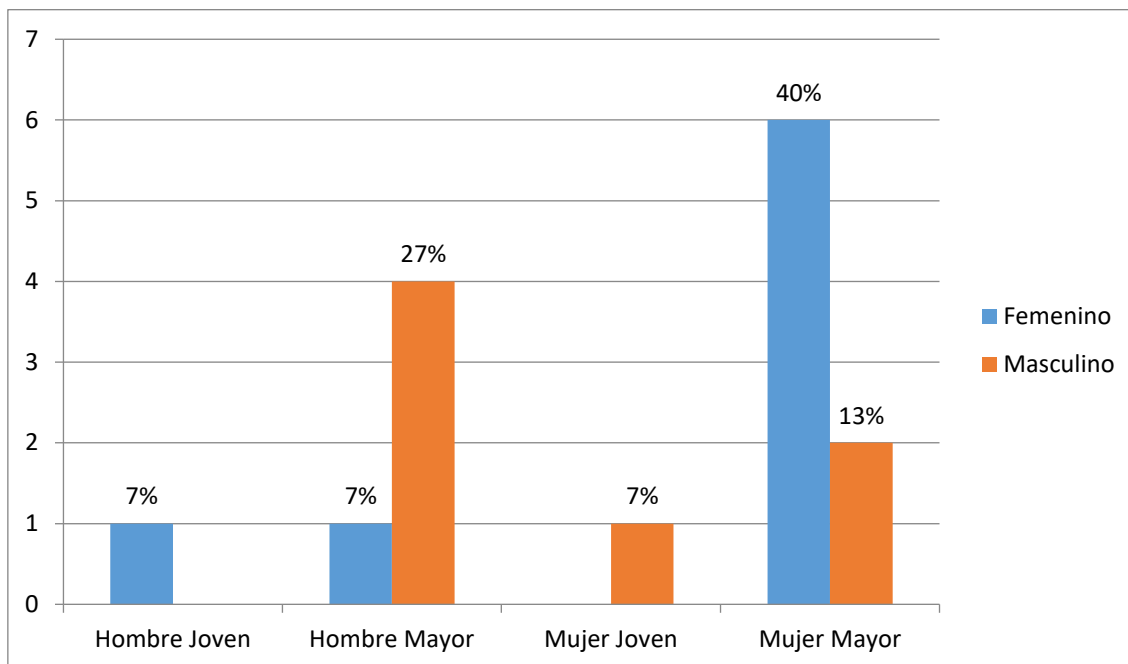
**GRÁFICO 3.0: Percepción del paciente sobre la influencia de la edad y sexo del médico en relación a una atención médico-integral**



*Fuente:* Encuesta a pacientes diabéticos que consultaron en la UCSFI San Pedro Masahuat, La Paz de Junio - Agosto 2018.

*Análisis:* Este gráfico evidencia la percepción que tiene el paciente con respecto a la influencia de la edad y el sexo del médico para una mejor atención. El 30% de la población considera que el sexo y la edad del médico si son importantes para lograr la empatía y tener una atención integral en cada control por su enfermedad. Sin embargo el 70%, es decir la mayoría de la población de estudio, considera que tanto el sexo como la edad del médico no son influyentes a la hora de la atención médica.

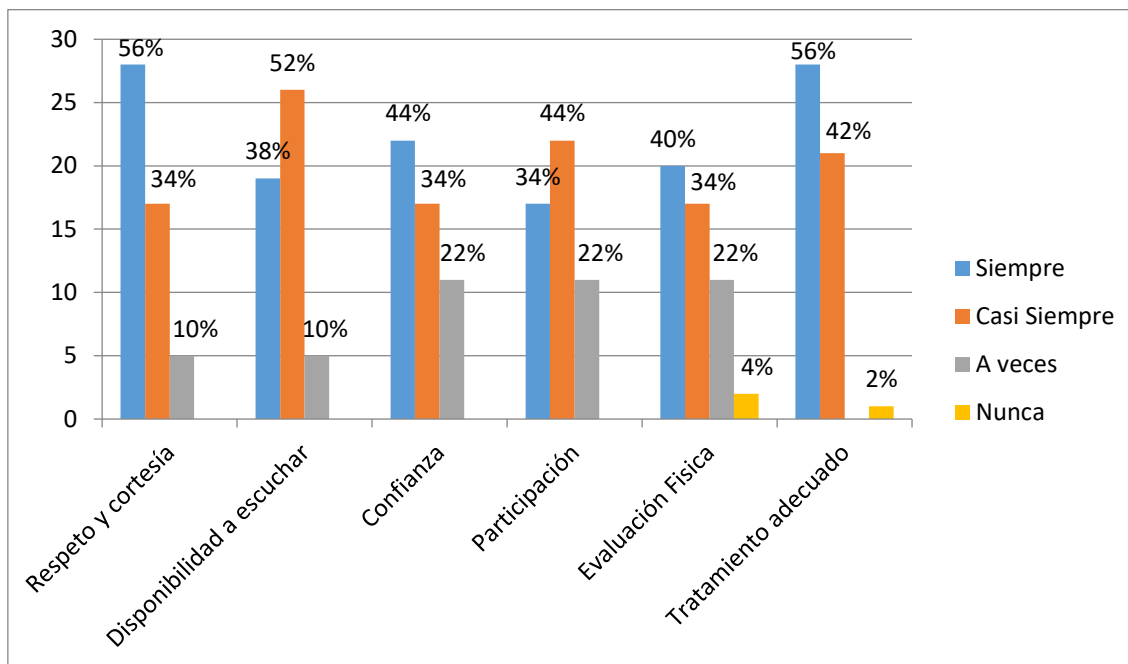
**GRÁFICO 3.1: Preferencia de los pacientes por sus médicos de atención.**



***Fuente:** Encuesta a pacientes diabéticos que consultaron en la UCSFI San Pedro Masahuat, La Paz de Junio - Agosto 2018.*

***Análisis:** Este gráfico evidencia la preferencia del 30% de la población que si considera la edad y sexo del médico influyentes para una atención integral. Se evidencia que del 47% de la población masculina, un 27% prefiere que sea un hombre y de mayor edad quien le brinde la atención, un 13% prefiere a una mujer y de mayor edad, y un 7% prefiere a una mujer joven. Del 54% de la población femenina, un 40% prefiere que sea una mujer y de mayor edad quien le brinde la atención, un 7% prefieren a un hombre joven y un 7% a un hombre de mayor edad.*

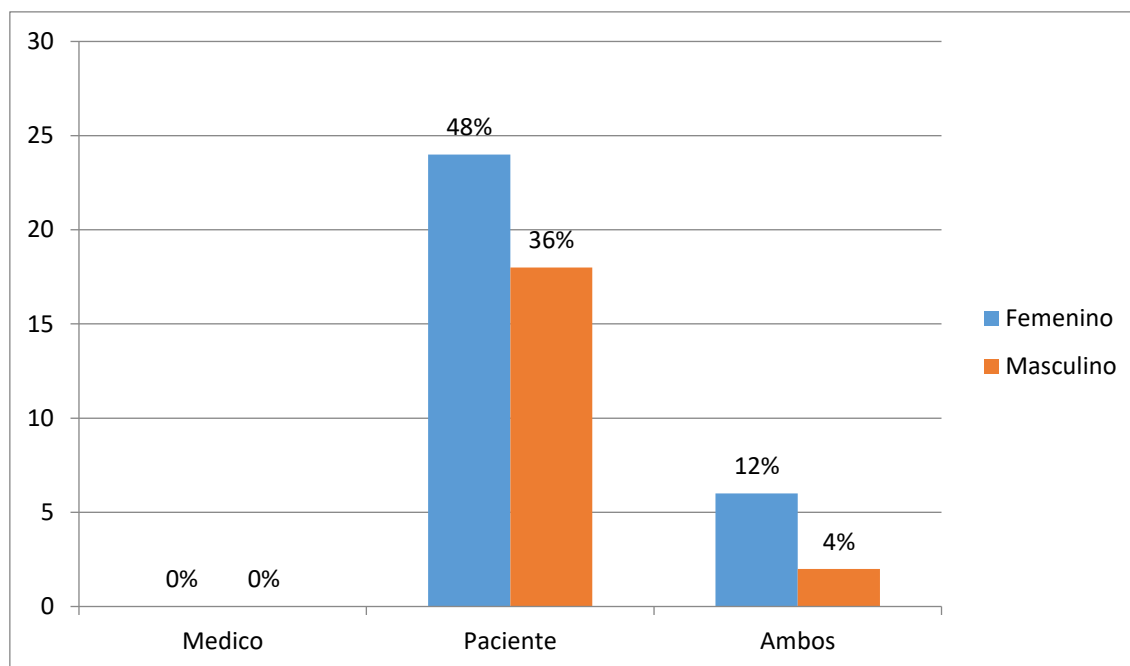
**GRÁFICO 3.2: Valoración del paciente en la calidad de atención médica.**



**Fuente:** Encuesta a pacientes diabéticos que consultaron en la UCSFI San Pedro Masahuat, La Paz de Junio - Agosto 2018.

**Análisis:** Este gráfico evidencia cómo valora el paciente la calidad de atención del médico, tomando en cuenta ciertas características que deberían existir en una atención médica integral. El respeto y cortesía y la disponibilidad a escuchar siempre o casi siempre están presentes en una atención médica, según la población de estudio en un 40%; mientras que el 10% consideran que estas características solo existen a veces. La confianza y la participación del paciente en la consulta médica consideran que están presentes siempre o casi siempre en un 78%, mientras que un 22% lo están solo a veces. Según los pacientes entrevistados, la evaluación física se realiza en un 74% siempre o casi siempre en la consulta médica, sin embargo se evidencia que en un 22% solo se realiza a veces y en un 4% nunca se realiza el examen físico. La población de estudio considera, en su mayoría, que en el 98% de la consulta se brinda el tratamiento adecuado, únicamente un 2% refiere que no es así.

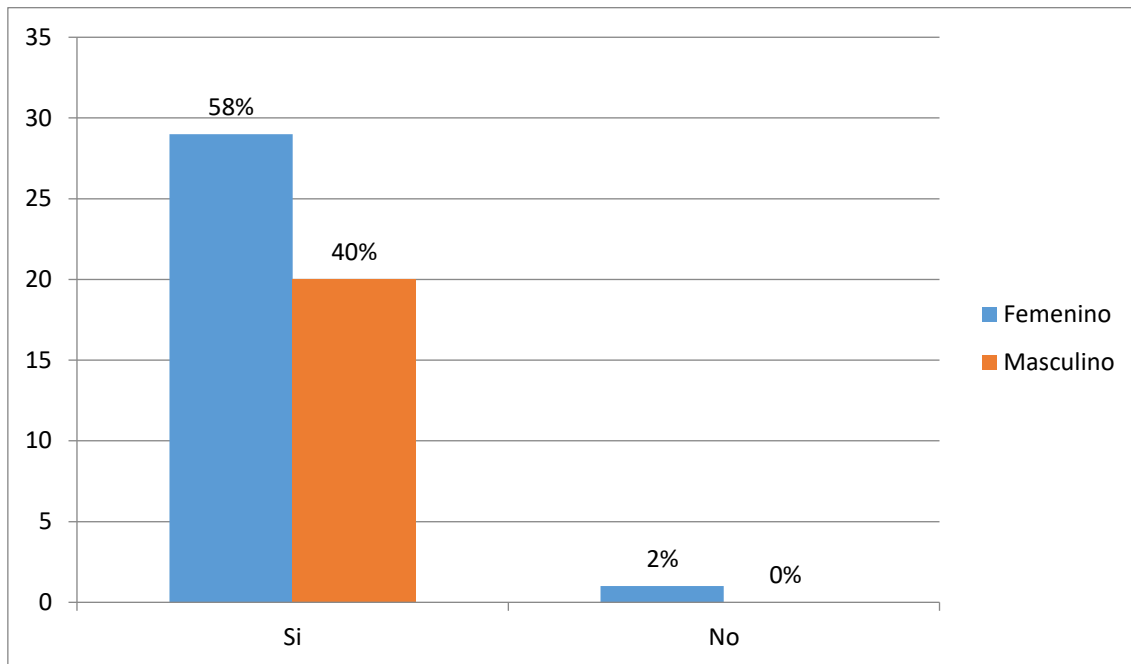
**GRÁFICO 3.3: Percepción de los pacientes sobre el ente responsable para la adherencia al tratamiento.**



*Fuente: Encuesta a pacientes diabéticos que consultaron en la UCSFI San Pedro Masahuat, La Paz de Junio - Agosto 2018.*

**Análisis:** En el gráfico se describe la percepción que tienen los pacientes sobre el ente responsable para tener una adecuada adherencia al tratamiento distribuido estos datos según el sexo. El 84% de los pacientes estudiados piensan que la responsabilidad es propiamente del paciente, de ellos la mayor parte (48%) son hombres y el 36% mujeres. Hay un 16% de pacientes que considera que la responsabilidad de tomar adecuadamente el tratamiento es mutua; tanto del médico como del paciente. Ningún paciente considera que la responsabilidad sea solo del médico.

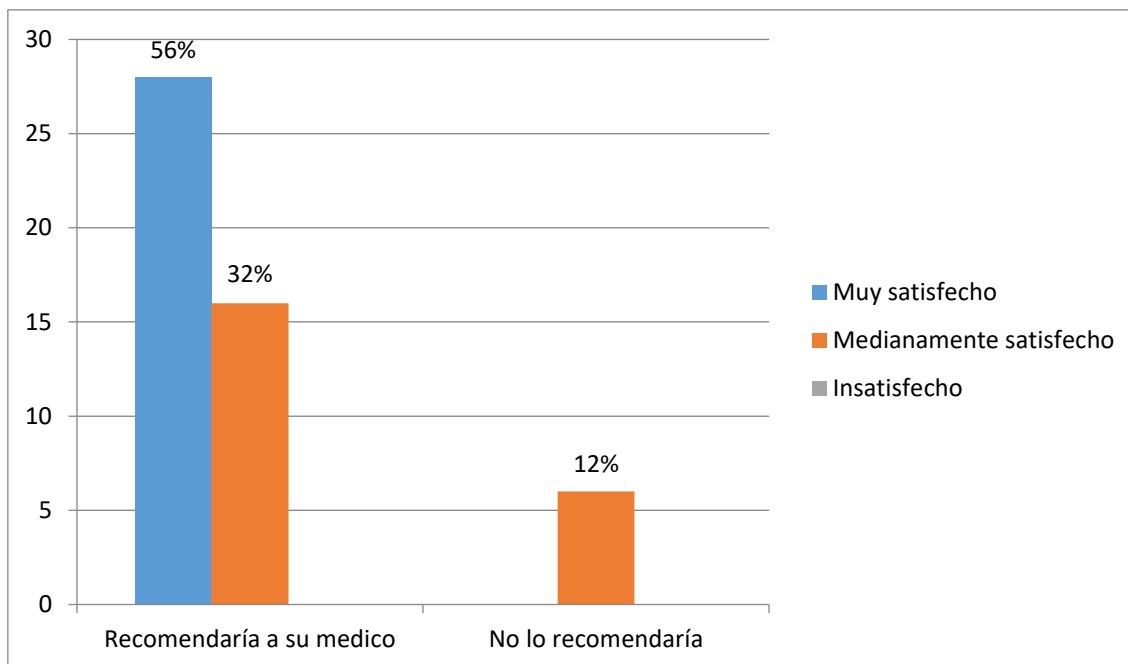
**GRÁFICO 3.4: Pacientes que recibieron educación sobre su enfermedad**



***Fuente:** Encuesta a pacientes diabéticos que consultaron en la UCSFI San Pedro Masahuat, La Paz de Junio - Agosto 2018.*

***Análisis:** El grafico describe la distribución por sexo de los pacientes que recibieron consejería sobre las medidas preventivas, como evitar alimentos dulces, dieta baja en carbohidratos, hacer ejercicio, entre otras a la hora de la atención médica. El 98% de los pacientes admitieron haber recibido educación por parte de su médico de atención y sólo un 2% de pacientes del sexo femenino negó haber recibido educación en salud.*

**GRÁFICO 3.5: Pacientes que recomendarían a su médico de atención y grado de satisfacción con el mismo.**



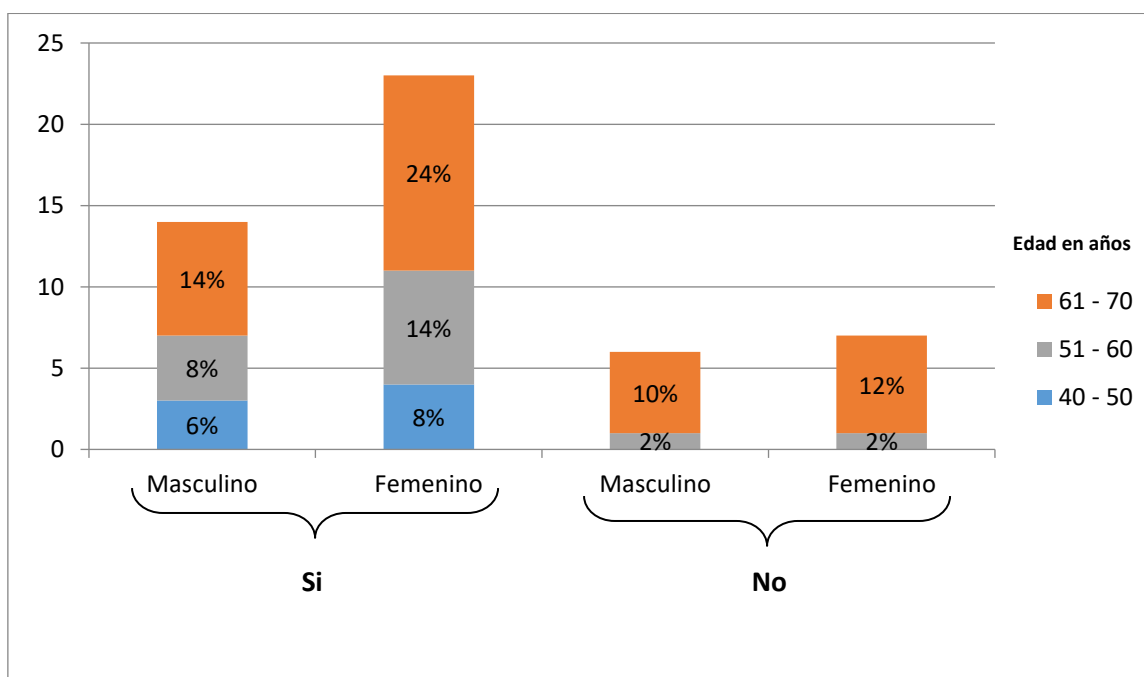
*Fuente: Encuesta a pacientes diabéticos que consultaron en la UCSFI San Pedro Masahuat, La Paz de Junio - Agosto 2018.*

**Análisis:** En el gráfico 3.5 se ilustran los pacientes que recomendarían a otros usuarios sus médicos de atención y el grado de satisfacción de los mismos con la calidad de la atención médica. Más de la mitad de los pacientes (88%) recomendaría a otros, el médico que les brinda la atención y además están medianamente o muy satisfechos con la calidad de atención. Solo un 12% no recomendaría a su médico aunque admitieron estar medianamente satisfechos con la calidad de la atención.



#### 4. Adherencia al tratamiento

**GRÁFICO 4.0: Pacientes que olvidan tomar el medicamento**

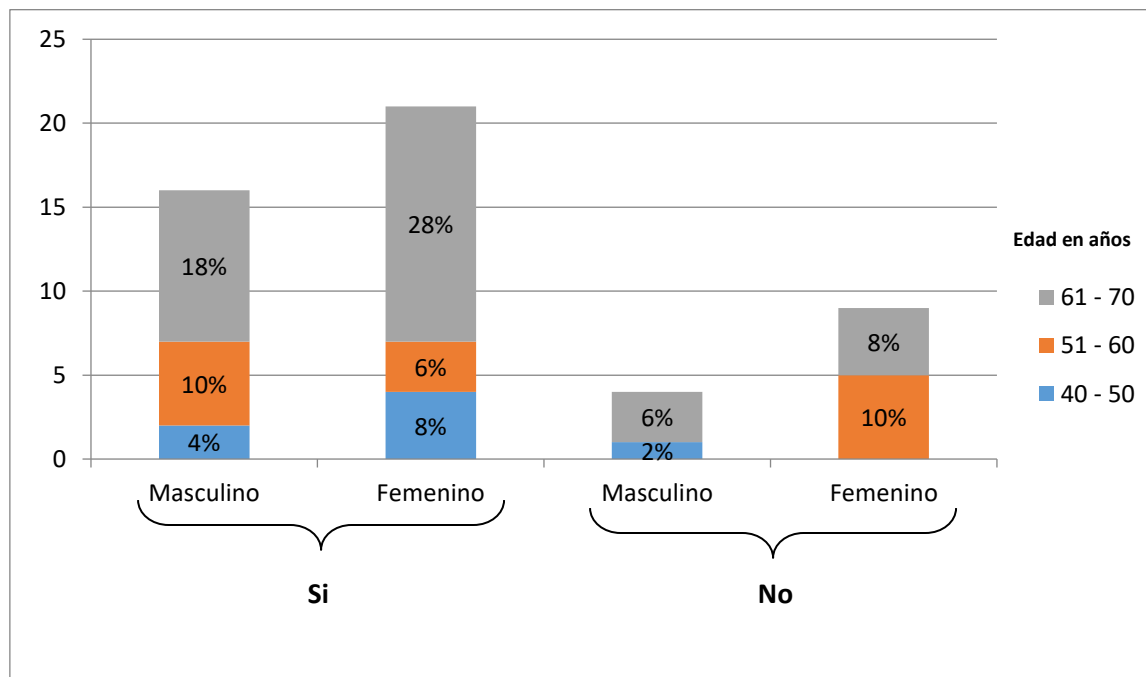


*Fuente:* Encuesta a pacientes diabéticos que consultaron en la UCSFI San Pedro Masahuat, La Paz de Junio - Agosto 2018.

*Análisis:* En el Gráfico 4.0 se detallan aquellos pacientes que olvidan en una o más ocasiones tomar el tratamiento para su enfermedad, distribuidos estos valores según edad y sexo. Más de la mitad de los pacientes (74%) admitieron que olvidan una o más veces tomar su medicamento, de estos 46% son mujeres y 28% son hombres. El grupo de edad que más olvida tomar sus medicamentos es el que está comprendido en el rango de edad de los 61 a los 70 años (38%), por otro lado el grupo con menor porcentaje de olvido es el de 41 a 50 años (14%).

Solo el 26% de los pacientes aseguraron no olvidar sus comprimidos.

**GRÁFICO 4.1: Pacientes que toman el medicamento en las horas indicadas**

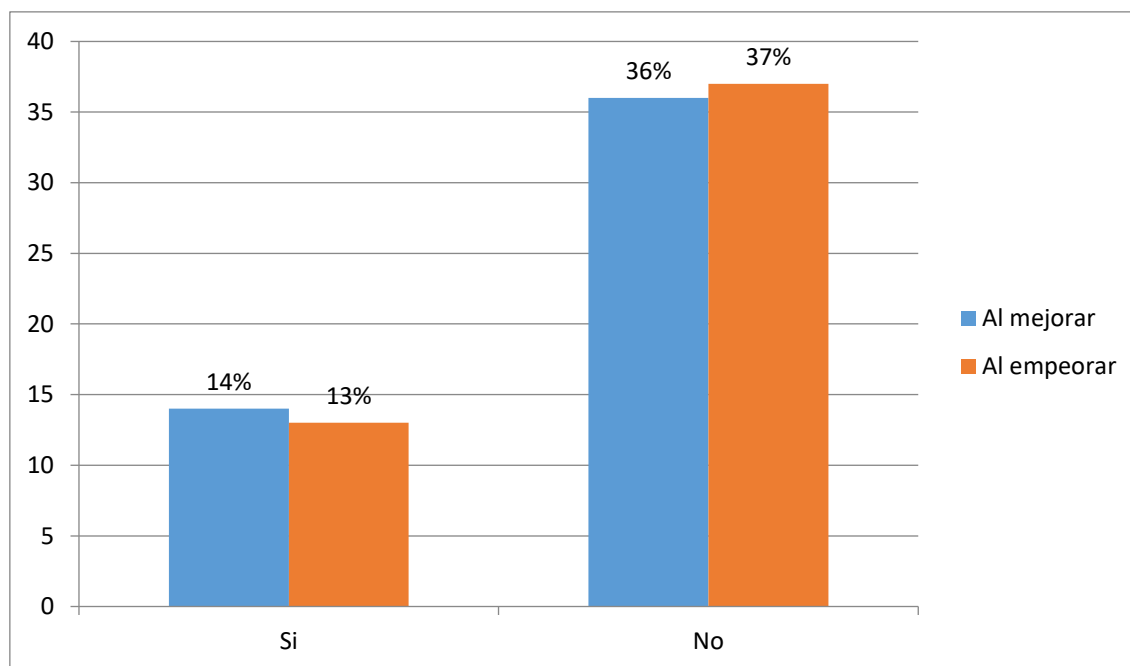


*Fuente: Encuesta a pacientes diabéticos que consultaron en la UCSFI San Pedro Masahuat, La Paz de Junio - Agosto 2018.*

**Análisis:** En el gráfico 4.1 se describen los pacientes que toman el tratamiento a la hora señalada por su médico. Detallándose estos datos según la edad y sexo. La mayoría de pacientes estudiados (74%) admitieron omitir la hora señalada por el médico. De ellos 42% son mujeres y 32% son hombres; por otro lado según la edad los pacientes que más omitieron la hora indicada por su médico (46%) son los que se encuentran en el rango de 61 a 70 años, y por el contrario los que menos omitieron las horas de dosis fueron los pacientes jóvenes de 40 – 50 años (12%).

Solo un 26% de pacientes negaron saltarse los horarios de dosis señalada por su proscriptor. De ellos la mayor parte (18%) son mujeres y el 8% son hombres.

**GRÁFICO 4.2: Pacientes que suspenden el tratamiento según cambios en su condición médica.**



*Fuente: Encuesta a pacientes diabéticos que consultaron en la UCSFI San Pedro Masahuat, La Paz de Junio - Agosto 2018.*

Análisis: En el gráfico 4.2 se distribuyen aquellos pacientes que suspenden su tratamiento para la diabetes, según variaciones en su condición clínica. La mayoría de los pacientes (73%) no suspenden su tratamiento a pesar de tener mejoría o deterioro de su condición clínica, mientras que un 27% asumen la conducta de suspender el tratamiento al deteriorarse (14%) o incluso a pesar de notar la mejoría (13%).

## **VII. DISCUSIÓN**

Del análisis de la información recolectada emergieron 3 categorías de estudio:

### ***Características sociodemográficas:***

De los 50 participantes del estudio por edad el 60% tenía entre 61 y 70 años, 26% entre 51 y 60 años y 14% restante eran menores de 50 años, predominando en todos los rangos el sexo femenino con 60%, el 58% eran amas de casa y se correlacionaba con el nivel educativo predominante de la población total la cual fue de 52% hasta primaria.

Por estatus laboral el 72% de los participantes estaba desempleado y tampoco era beneficiario del ISSS.

Finalmente el 36 % con estado civil de casados contaban con grupos de apoyo de tres o más personas (24%), probablemente esta media tenga relación con la cultura propia del país, en la que en una misma casa suelen convivir un grupo familiar extenso. Éstos resultados representan un nuevo objeto de estudio, es relevante el encuentro del equipo de salud con el cuidador familiar y la persona cuidada, ya que múltiples estudios concluyen que la percepción de apoyo social, tanto familiar como laboral, favorece una mayor adherencia a los tratamientos a través del cumplimiento de pautas de autocuidado.

### ***Aspectos asociados a la terapia:***

La noticia de que se padece una enfermedad crónica tiene un gran impacto sobre el paciente; no obstante, para él adquiere mayor relevancia saber cómo puede controlarla y así prolongar su vida. Se encontró que un 44% de los pacientes tenía un diagnóstico de la enfermedad relativamente reciente de 1 a 5 años.

Otra de las dificultades que señala la literatura para lograr la adherencia al tratamiento, como ya se ha expuesto, tiene que ver con las características del tratamiento. Se ha mostrado que cuando es corto y sencillo de seguir, el paciente tiene mayores probabilidades de adherirse; pero cuando el tratamiento es complejo y prolongado, como en las enfermedades crónicas tipo DM, la adherencia se disminuye. Así mismo, cuando se utilizan varios fármacos en forma simultánea, o cuando uno de estos fármacos tiene efectos adversos indeseables, se crean barreras para una buena adherencia al tratamiento, como se pudo apreciar entre los participantes de este estudio un 62% tienen prescritos 2 dosis diarias con medicamento hipoglicemiantes.

La adherencia al tratamiento está ligada al nivel de conocimiento de la enfermedad. En el grupo de estudio, la mayoría de los pacientes que reflejan buena adherencia en el tratamiento (73%), tienen buen conocimiento. Por el otro lado, los pacientes con mala adherencia al tratamiento, el 27% constituye a los pacientes con conocimientos no aceptables sobre la enfermedad.

En el estudio un 73% alcanzaron un conocimiento aceptable, con una tendencia a responder correctamente las preguntas sobre efectos adversos por hipoglicemiantes orales, además de una adecuada percepción sobre la efectividad de los hipoglucemiantes.

Esto sugiere que la educación para la salud puede ser una medida eficaz de mejora de la adherencia farmacológica en la población estudiada. Existen diversos factores sugeridos en otros estudios que podrían influir en el grado de adherencia: Algunos no mantienen su tratamiento de fármacos por presentar molestias después de su ingesta, porque no presentan sintomatología en estados iniciales de la enfermedad, creen aún no necesitar tratamiento farmacológico o por inferir que estos medicamentos no solucionan su avanzado estado de descompensación patológica.

Considerando la importancia del conocimiento de la enfermedad, el profesional de la salud debe presentar al paciente diabético y eventualmente a su cuidador, los componentes del tratamiento, las complicaciones, las medidas de autocuidado y el pronóstico de su enfermedad. Ya que el tratamiento no farmacológico también forma parte crucial del éxito del tratamiento, es importante entonces concientizar al paciente y proveerlo de información para mejorar la tasa de éxito del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II.

### ***Relación Médico Paciente:***

Considerando que el propósito del presente trabajo fue evaluar la adherencia terapéutica en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, así como la relación establecida entre éstos y los médicos que los atienden, a través de la entrevista aplicada (ver anexo 1) se valoró si el sexo del médico influía en el cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes, el 70%, es decir la mayoría de la población de estudio, considera que tanto el sexo como la edad del médico no son influyentes a la hora de la atención médica.

Además se evaluó la calidad de atención del médico en cuanto a las siguientes características: Respeto y cortesía, Disponibilidad a escuchar, Confianza, Participación, Evaluación física y Tratamiento adecuado.

El respeto y cortesía y la disponibilidad a escuchar siempre o casi siempre están presentes en una atención médica según la población de estudio en un 40%; la confianza y la participación del paciente en la consulta médica consideran que están presentes siempre o casi siempre en un 78%, la evaluación física se realiza en un 74% siempre o casi siempre en la consulta médica y finalmente la población de estudio considera, en su mayoría, que en el 98% de la consulta se brinda el tratamiento adecuado.

En otras palabras, presentaron mayor adherencia al tratamiento de manera general y en particular a la ingesta de medicamentos, así como al seguimiento conductual, aquellos pacientes que contestaron que sí habían expuesto al médico sus dudas respecto al tratamiento, lo mismo ocurrió cuando el médico les explicó en qué consistían las evaluaciones, curaciones y aplicación de medicamentos, al igual que los análisis y sus inconvenientes.

Se confirma lo que en otras investigaciones se ha señalado en cuanto a que la comunicación entre el médico y el paciente es muy importante para que este último comprenda la información básica sobre enfermedad y tratamiento para controlar, que la mala comunicación entre médico y paciente y la falta de empatía entre ellos, afecta la adherencia terapéutica y por lo tanto, el éxito de la terapia); que esta mala relación y la falta de compromiso del médico hacia sus pacientes provoca falta de adherencia terapéutica lo cual no permite que se evalúen los efectos del tratamiento, provocando un tratamiento más prolongado y una mayor cronicidad de la enfermedad y en ocasiones la muerte del enfermo.

## **VIII. CONCLUSIONES**

- La investigación realizada demostró que hay factores demográficos determinantes que influyen en la adherencia al tratamiento, tales como la edad; cuyo rango predominante fue de 61 a 70 años; por lo cual la adherencia al tratamiento es menor; ya que contribuyen factores como olvido, miedo o confusión a la hora de tomar el medicamento prescrito; de estos en su mayoría se encuentra marcadamente predominante el sexo femenino.
- Se puede concluir que los factores socioeconómicos como el estatus laboral, la disponibilidad de un seguro médico y el apoyo de un familiar dentro del hogar favorecieron a una mejor adherencia al tratamiento en la población de estudio.
- Se demostró que mientras menor cantidad de medicamentos y menos veces al día se los tomen, mayor es la adherencia al tratamiento. Por el contrario, si los hipoglicemiantes orales ocasionan efectos secundarios, la adherencia al tratamiento disminuye; aunque en su mayoría estos medicamentos no causaron molestias.
- El conocimiento de la enfermedad en los pacientes proporcionada por el médico y la atención completa, integral y participativa de este reflejó que hay una mejor percepción sobre los efectos de los hipoglicemiantes orales por parte del paciente; siendo un factor contribuyente a la investigación; y por tanto, a una mejor adherencia al tratamiento.



## **IX. RECOMENDACIONES**

### AL MINISTERIO DE SALUD:

- Hacer una preferencia en los pacientes con Diabetes Mellitus en cuanto a la duración de la consulta médica, de manera que todos los médicos tengan el tiempo necesario para entablar una adecuada relación médico-paciente, que sea capaz de brindar una atención integral y de calidad que promueva la adherencia al tratamiento.

### A LAS UNIDAD DE SALUD COMUNITARIA FAMILIAR:

- Se le recomienda crear las estrategias adecuadas para que en sus programas de educación continua a los recursos de la unidad, estén incluidas siempre actividades y temas relacionados al diagnóstico, manejo y educación en diabetes mellitus.
- Que en un futuro próximo, se tenga la iniciativa de realizar nuevas investigaciones relacionadas con el tema de estudio, ya sea solo en hombres o solo en mujeres, para poder hacer un análisis comparativo.
- Que dentro de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar se organicen Clubs de pacientes con diabetes Mellitus, donde los pacientes tengan la oportunidad para discutir su experiencia acerca de su condición y que además se aprovechen los espacios para motivarlos a continuar con el tratamiento.

## A LOS MÉDICOS:

- Se les recomienda la actualización continua en el tema de la Diabetes Mellitus, a partir de congresos, revistas o artículos. A manera que se sean poseedores de la capacidad competente para hacer un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado.
- Reconocer la importancia de entablar una buena relación médico paciente desde la primera entrevista, que permita escuchar atentamente al paciente, sin distracción ni aburrimiento; utilizar el silencio oportunamente, incluir educación y motivación y que además resuelva las dudas relevantes que tenga el paciente.

## **X. LIMITACIONES**

- En la muestra de estudio predominó el sexo femenino, puesto que son las mujeres quienes más consultaron en la unidad de salud; lo cuál limitó, en cierta medida, el estudio comparativo entre ambos sexos.
- El período de tiempo de la recolección y ejecución de los datos fue muy corto (3 meses).
- La falta de estudios de investigación previos en el departamento de La Paz o bien en el municipio de San Pedro Masahuat sobre pacientes diabeticos, limitó la obtención de información en la misma población de estudio investigada.
- Los resultados no se pueden extrapolar a otros centros de atención de salud de primer nivel, puesto que en este estudio se tomaron variables sociodemográficas propias de la población de San Pedro Masahuat, que pueden variar con otras poblaciones en diferentes partes del país.

## **XI. BIBLIOGRAFÍA**

1. Powers, A. (2012). Diabetes Mellitus. En Harrison Principios de Medicina Interna (págs.2968-3002). México, D.F: McGraw Hill Interamericana.
2. Solomon, M. D., & Majumdar, S. R. (2010). Primary Non-adherence of Medications: lifting the veil on prescription-filling behaviors. *Journal of General Internal Medicine*, 25(4), 280–281. <http://doi.org/10.1007/s11606-010-1286-0>
3. Clifford S., Barber N., Horne R. (2008). Understanding different beliefs held by adherers, unintentional nonadherers, and intentional nonadherers: Application of the Necessity-Concerns Framework. *Journal of Psychosomatic Research*, 64 (1), pp. 41-4. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.05.004>
4. Asociación Latinoamericana de Diabetes (2013). Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 con medicina basada en evidencia. *Revista de la ALAD*, 17-70.
5. Pfizer. (2009). Foro diálogos Pfizer-pacientes. La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. Madrid, España.
6. Asociación Latinoamericana de Diabetes. (2017). Manual de automonitoreo de la Asociación Latinoamericana de Diabetes. *Concensos ALAD*,1-6.
7. Toledano J., Cairo, Avila J., Laura, García J., Sara, Gómez G., Higinio, Determinantes de adherencia terapéutica y control metabólico en pacientes ambulatorios con Diabetes mellitus tipo 2. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas* [en línea] 2008, 39 (Octubre-Diciembre). Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=57911113003>> ISSN 1870-0195.
8. Alvarado, R., Ruiz, H., Vasquez, L., Martínez, J., & Linaldi, F. (2010). Adherencia a hipoglucemiantes en diabéticos de una unidad médica familiar del estado de Chiapas. *Revista Salud Pública y Nutrición*,9-17.

9. Hoyos Duque, Teresa Nury, Arteaga Henao, María Victoria, Muñoz Cardona, Mónica, Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. Investigación y Educación en Enfermería [en línea] 2011, 29 (Julio-Sin mes). Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105222400005>> ISSN 0120-5307.

10. Azzollini, Susana C., Bail Pupko, Vera, Vidal, Victoria A., Diabetes: Importancia de la familia y el trabajo en la adhesión al tratamiento. Anuario de Investigaciones [en línea] 2011, XVIII. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139947034>> ISSN 0329-5885.

11. Ortiz, Manuel, Ortiz, Eugenia, Gatica, Alejandro, Gómez, Daniela, Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Terapia Psicológica [en línea] 2011, 29 (Julio-Sin mes). Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78518428001>> ISSN 0716-6184.

12. Pascacio-Vera, Giovanni Daniel, Ascencio-Zarazua, Gabriel Eduardo, Cruz-León, Aralucy, Guzmán-Priego, Crystell Guadalupe, Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud en Tabasco [en línea] 2016, 22 (Enero-Agosto). Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48749482004>> ISSN 1405-2091.

13. Hall, J., & Guyton, A. (2011). Insulina, glucagón y diabetes mellitus. En J. Hall, & A. Guyton, Tratado de Fisiología Médica (págs. 939-950). Barcelona, España: Elseiver.

14. Borba, Anna Karla de Oliveira Tito, Marques, Ana Paula de Oliveira, Ramos, Vânia Pinheiro, Leal, Márcia Carrera Campos, Arruda, Ilma Kruze Grande de, & Ramos, Roberta Souza Pereira da Silva. (2018). Factors associated with elderly diabetic adherence to treatment in primary health care. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(3), 953-961. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.03722016>.

15. McGill, J. (2014). Diabetes Mellitus y trastornos relacionados. En H. Godara, A. Hirbe, H. Nassif, & A. Rosenstock, Manual Washington de terapéutica médica (págs. 849-882). Barcelona, España: Wolters Kluwer Heath - Lippincott Williams & Wilkins.

## XII. ANEXOS

### Anexo 1: Encuesta

**Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento con hipoglicemiantes orales en pacientes diabéticos que consultan en la UCSFI San Pedro Masahuat, La Paz, junio - agosto 2018.**



**Objetivo general:** Identificar los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento con hipoglicemiantes orales en pacientes diabéticos que consultan en la UCSFI San Pedro Masahuat, La Paz, Junio - Agosto 2018.

**Indicaciones:** Marque con una "X" en el círculo respectivo, según corresponda su respuesta, en cada una de las siguientes preguntas. En algunas preguntas es válido más de una respuesta.

#### I. DATOS GENERALES.

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero  Casado  Acompañado  Viudo  Divorciado

Escolaridad:  Primaria  Secundaria  Bachillerato  Universitario

Religión:  Católico  Evangélico  Adventista  Testigo de Jehová  Otra

Área:  Urbano  Rural

#### 1. Seleccione con cuantas personas convive usted en el hogar:

- Vivo solo  Con una persona  
 Con dos personas  Tres o más personas

#### 2. ¿Es usted afiliado/a o beneficiario/o del seguro social?

- Si  No

**3. ¿Cuál es su situación laboral actual?**

Empleado formal

Empleado Informal

Desempleado

Pensionado

**II. FACTORES ASOCIADOS A LA TERAPIA.**

**4. ¿Desde hace cuánto inicio el tratamiento para la Diabetes?**

\_\_\_\_\_

**5. ¿Ha presentado usted algún efecto no deseado en el tratamiento que tiene actualmente?**

Si

No

**Si su respuesta fue si ¿Cuál?**

Malestar Gastrointestinal

Aumento de peso

Mareos, sudoración (hipoglicemia)

Otros, especifique: \_\_\_\_\_

**6. ¿Cuántas veces toma su medicamento en el día?**

Una vez

Dos veces

Tres Veces

Mas de 3 veces

**7. ¿Podría Indicar el número total de tabletas que toma por dosis?**

1 tableta

2 tabletas

3 tabletas

Más de 3 tabletas

8. **¿Considera usted que los medicamentos que toma actualmente están siendo efectivos para sus síntomas?**

- Siempre  Casi siempre  
 A veces  pocas veces  Nunca.

**III. RELACION MEDICO PACIENTE.**

9. **¿Cree usted que influye la edad y el sexo del médico para una mejor atención medica?**

- Si  No

**Si la respuesta anterior fue 'sí', ¿Qué prefiere? Marque 2 opciones.**

- Hombre  Joven  
 Mujer  Mayor

10. **¿Cómo valoraría usted la calidad de atención de su médico en cuanto a las siguientes características? Marque con una x en la casilla que usted considere.**

Característica	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Respeto y cortesía				
Disponibilidad a escuchar				
Confianza				
Participación				
Evaluación física				
Tratamiento adecuado				

11. **¿Cree usted que cuando su glucosa no está dentro de los valores normales es por qué su médico no le explicó cómo debe tomarse la medicina?**

- Si  No



**12. ¿De quién depende que se tome su medicina todos los días?**

- Del médico       Del paciente       De ambos

**13. ¿Su médico le ha dado consejería sobre las medidas preventivas, como evitar alimentos dulces, dieta baja en carbohidratos, hacer ejercicio, entre otras a la hora de la atención medica?**

- Si       No

**14. ¿Está usted satisfecho con la atención brindada por su médico?**

- No estoy satisfecho
- Estoy medianamente satisfecho
- Estoy muy satisfecho

**15. ¿Recomendaría a sus familiares o amigos al médico que lo atendió?**

- Si       No

#### **IV. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.**

**16. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?**

- Si       No

**17. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?**

- Si       No

**18. ¿Cuándo se encuentra bien, deja de tomar la medicación?**

- Si       No

**19. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?**

- Si       No

## **Anexo2: Consentimiento Informado**

Este estudio de investigación tiene como propósito conocer los diferentes factores que intervienen en la falta de adherencia al tratamiento con hipoglicemiantes orales en pacientes diabéticos, tomando como área de investigación aquellos pacientes que consultan en la Unidad comunitaria de salud familiar San Pedro Masahuat.

Para el desarrollo del proyecto se ha realizado muestreo no probabilístico, seleccionando a los pacientes diabéticos (ambos sexos), de 40 a 70 años de edad que llevan un control permanente de la enfermedad en el establecimiento de salud ya mencionado.

Se utilizara un cuestionario y se incluirá a todos aquellos pacientes que tengan la voluntad de hacerlo, y que únicamente consuman hipoglicemiantes orales. La encuesta tiene una duración de aproximadamente 10 minutos, garantizando la máxima confidencialidad de los datos obtenidos; cuya finalidad es únicamente académica.

Habiendo leído la información antes detallada, yo, \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente), autorizo brindar la información sobre mi enfermedad al responder a las preguntas de la encuesta para los propósitos que convengan necesarios, sin dañar mi integridad física y moral y bajo las condiciones legales pertinentes.

f. \_\_\_\_\_

### **Anexo 3: Carta de autorización**

San Salvador, Julio 2018.

Dra. Aminta Pérez de Candray

Directora de UCSF San Pedro Masahuat

Por medio de la presente y de la manera más cordial, le solicitamos nos conceda permiso para hacer uso de las instalaciones de la unidad de salud, para obtener información de los pacientes diabéticos entre 40 a 70 años de edad que llevan controles permanentes en la UCSF San Pedro Masahuat, con el fin de conocer los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento con hipoglicemiantes orales, el cual es objetivo principal de nuestro proyecto de investigación que se presentara como trabajo final de graduación de la carrera Doctorado en Medicina.

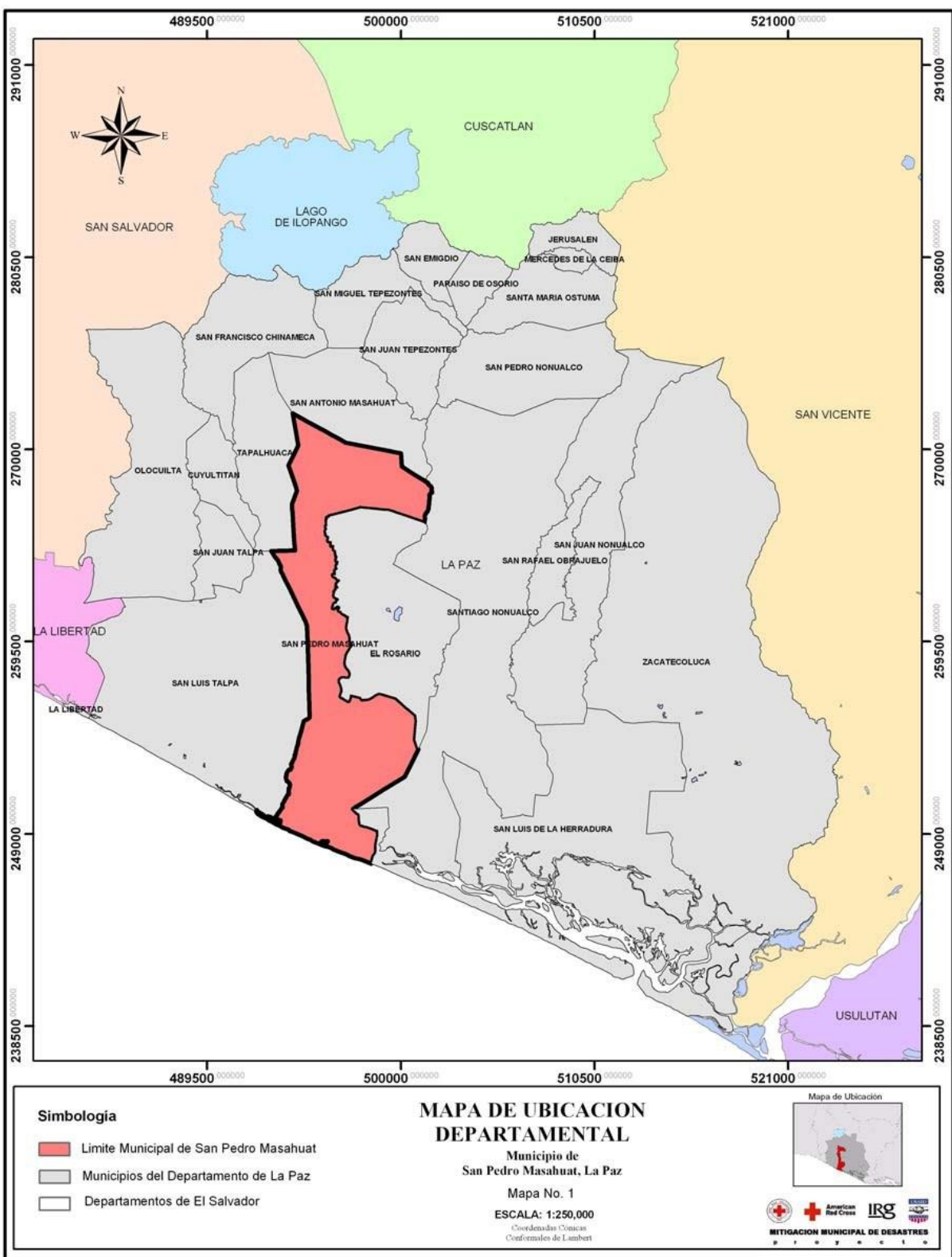
La realización de dicho proyecto contribuirá favorablemente al conocimiento de los factores predominantes relacionados con la adherencia al tratamiento, que en un futuro próximo servirán para mejorar algunos componentes dentro del sistema salud-enfermedad y relación médico- paciente; que a largo plazo aportará una disminución a la morbilidad a nivel regional a causa de la Diabetes Mellitus tipo II y sus complicaciones.

Deseándole éxitos laborales y a tiempo de agradecer su atención a esta solicitud, aprovechamos la oportunidad para reiterarles nuestra más alta consideración y estima, esperando una pronta y favorable respuesta.

Atentamente;

José Dimas Menjivar Tejada  
Ana Gabriela Molina Bonilla  
Raquel Abigaíl López Henríquez

### Anexo 4: Mapa del departamento de La Paz.



Anexo 5: Mapa del municipio de San Pedro Masahuat.

