



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

TEMA

**“Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento en
pacientes diabéticos tipo 2. Sector 2. Centro de Salud Santa Elena.
Año 2018”.**

AUTORA

Avelino Tomalá, Lourdes Isabel

**Trabajo de Titulación
previo a la Obtención del Título de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

TUTORA

Calderón Rodríguez, Mercedes

Guayaquil, Ecuador

2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la *Md. Lourdes Isabel Avelino Tomalá*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en *Medicina Familiar y Comunitaria*.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre del año 2018.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dra. Mercedes Calderón Rodríguez

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Yo, Lourdes Isabel Avelino Tomalá

DECLARO QUE:

El trabajo de investigación «Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2. Sector 2. Centro de salud Santa Elena. Año 2018», previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre del año 2018.

LA AUTORA:

Lourdes Isabel Avelino Tomalá



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN:

Yo, Lourdes Isabel Avelino Tomalá

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: «Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2. Sector 2. Centro de salud Santa Elena. Año 2018.» cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre del año 2018.

AUTORA:

Lourdes Isabel Avelino Tomalá



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

URKUND

Urkund Analysis Result

Analysed Document: Diabetes y no adherencia I.doc (D45646840)
Submitted: 12/12/2018 10:02:00 PM
Submitted By: lourdes.avelino123@gmail.com
Significance: 1 %

Sources included in the report:

TESIS FACTORES RELACIONADOS AL INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO TERAPEUTICO DIABETES.docx (D29823082)
Tesis UCSG.docx (D45629265)
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/documento_de_tesis_para_rcsp_libertadfinal.pdf

Instances where selected sources appear:

4

1 Agradecimiento

A Dios por darme la fortaleza cada día para seguir y terminar con éxito esta meta en mi vida profesional y no desfallecer en el camino.

A mis tutores y docentes quienes con sus enseñanzas y experiencias supieron brindar lo mejor de cada uno para seguir adelante.

A toda mi familia, porque todos son importantes para mí y me ayudaron de una u otra manera para culminar con felicidad esta especialidad.

2 Dedicatoria

A mi madre Lcda. Yolanda Tomalá González por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, por darme la fortaleza para no desmayar y sobre todo por brindarme incondicionalmente su apoyo.

A mis amados hijos Sergio, Fiorela y Henry quienes son mi inspiración para luchar cada día.

A mi esposo, que con su cariño y amor está siempre a mi lado en todo momento.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. XAVIER LANDIVAR VARAS

DIRECTOR DEL POSGRADO MFC

DRA. SANNY ARANDA CANOSA

COORDINADORA DOCENTE

DR. YUBEL BATISTA PEREDA



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO- ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
II COHORTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN



TEMA: "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2. SECTOR 2. CENTRO DE SANTA ELENA. AÑO 2018 "
ALUMNO: LOURDES ISABEL AVELINO TOMALÁ
FECHA:

N o .	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDIVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Observaciones: _____

Lo certifico,

DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO MFC
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

5 ÍNDICE GENERAL

1 AGRADECIMIENTO	VI
2 DEDICATORIA	VII
3 TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	VIII
4 ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	IX
5 ÍNDICE GENERAL.....	X
6 ÍNDICE DE TABLAS	XII
7 ÍNDICE DE ANEXOS	XIV
8 RESUMEN	XV
9 ABSTRACT.....	XVI
10 INTRODUCCIÓN.....	2
11 EL PROBLEMA	7
11.1 Identificación, valoración y planteamiento.....	7
11.2 Formulación.....	10
12 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	11
12.1 Objetivo general	11
12.2 Objetivos específicos	11
13 MARCO TEORICO	12
13.1 Antecedentes Investigativos	12
13.2 Fundamentación legal	13
13.3 Conceptualización de Diabetes Mellitus tipo 2.....	14
13.4 Clasificación.....	15
13.5 Factores de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2.....	15
13.6 Diagnóstico de diabetes.....	17
13.7 Complicaciones.....	18
13.8 Adherencia al tratamiento.....	19
13.8.1 Conceptualización de Adherencia al tratamiento.....	19
13.8.2 Factores influyentes en la no adherencia al tratamiento.....	20
13.8.3 Modelos teóricos de cumplimiento terapéutico.....	23
13.8.4 Métodos de evaluación de adherencia terapéutica.....	24
13.8.5 Prevalencia de adherencia terapéutica.....	26

13.9 Tratamiento de la diabetes.....	27
13.9.1 Tratamiento no farmacológico.....	28
13.9.2 Tratamiento farmacológico.....	30
14 FORMULACIÓN DE HIPOTESIS	32
15. MÉTODOS	33
15.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	33
15.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
15.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra.....	33
15.2.2 Procedimientos de recolección de la información.....	33
15.2.3 Técnicas de recolección de la información.....	36
15.2.4 Técnicas de análisis estadístico.....	36
15.3 VARIABLES	37
15.3.1 Operacionalización de las variables.....	37
16 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	39
17 CONCLUSIONES.....	55
18 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN	56
BIBLIOGRAFIA	57
ANEXOS	65

6 ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2. SECTOR 2. CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018.....	39
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2. SECTOR 2. CENTRO DE SALUD SANTA. AÑO DEL 2018.....	40
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2. SECTOR 2. CENTRO DE SALUD SANTA. AÑO 2018.....	40
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2. SECTOR 2. CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018.....	41
TABLA 5. DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2. SECTOR 2. CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018.....	41
TABLA 6. DISTRIBUCIÓN SEGÚN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2. SECTOR 2. CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018.....	42
TABLA 7. DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2. SECTOR 2. CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018.....	43
TABLA 8. DISTRIBUCIÓN SEGÚN APOYO FAMILIAR DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2. SECTOR 2. CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018.....	43
TABLA 9. DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO Y FRECUENCIA DE TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2. SECTOR 2. CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018.....	44
TABLA 10. DISTRIBUCIÓN SEGÚN SERVICIOS DE SALUD, DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2. SECTOR 2. CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018.....	45
TABLA 11. ESCOLARIDAD COMO FACTOR ASOCIADO CON LA NO ADHERENCIA FARMACOLÓGICA DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2. SECTOR 2. CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018.....	45
TABLA 12. ESCOLARIDAD COMO FACTOR ASOCIADO CON LA NO ADHERENCIA NO FARMACOLÓGICA DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS	

TIPO 2, SECTOR 2, CENTRO DE SALUD SANTA ELENA, AÑO 2018.....	46
TABLA 13. ESTADO NUTRICIONAL COMO FACTOR ASOCIADO CON LA NO ADHERENCIA FARMACOLÓGICA DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2, SECTOR 2, CENTRO DE SALUD SANTA ELENA AÑO 2018.....	47
TABLA 14. ESTADO NUTRICIONAL COMO FACTOR ASOCIADO CON LA NO ADHERENCIA NO FARMACOLÓGICA DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2, SECTOR 2, CENTRO DE SALUD SANTA ELENA AÑO 2018.....	48
TABLA 15. APOYO FAMILIAR COMO FACTOR ASOCIADO CON LA NO ADHERENCIA FARMACOLÓGICA DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2. SECTOR 2. CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018.....	48
TABLA 16. APOYO FAMILIAR COMO FACTOR ASOCIADO CON LA NO ADHERENCIA NO FARMACOLÓGICA DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2. SECTOR 2. CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018.....	49
TABLA 17. TIPO Y FRECUENCIA DE TRATAMIENTO COMO FACTOR ASOCIADO CON LA NO ADHERENCIA FARMACOLÓGICA DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2. SECTOR 2. CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018.....	50
TABLA 18. TIPO Y FRECUENCIA DE TRATAMIENTO COMO FACTOR ASOCIADO CON LA NO ADHERENCIA NO FARMACOLÓGICA DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2. SECTOR 2. CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018.....	51
TABLA 19. SERVICIOS DE SALUD COMO FACTOR ASOCIADO CON LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2. SECTOR 2. CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018.....	52
TABLA 20. SERVICIOS DE SALUD COMO FACTOR ASOCIADO CON LA NO ADHERENCIA NO FARMACOLÓGICA DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2. SECTOR 2. CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. AÑO 2018.....	53

7 ÍNDICE DE ANEXO

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....65

ANEXO 2: ENCUESTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....66

8 RESÚMEN

Antecedentes: La Diabetes Mellitus tipo 2 representa elevadas tasas de morbimortalidad como resultado de que los pacientes no se adhieren al tratamiento farmacológico y no farmacológico; cuando esto ocurre los pacientes pueden presentar complicaciones, discapacidad y muerte. En estudios realizados a nivel mundial la adherencia en los países industrializados es del 50 %, en los países con menor desarrollado es del 25%. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, analítico, con nivel de investigación relacional a 92 pacientes diabéticos tipo 2 del centro de salud Santa Elena, sector 2, se aplicó un cuestionario que incluía en una sección el Test de Morisky Green para identificar la adherencia farmacológica, otra sección para la adherencia no farmacológica y los factores influyentes en la no adherencia, se calculó la relación entre las variables a través de la prueba Chi-cuadrado. **Resultados:** Predominó el grupo de 50 a 59 años (32,6%), el sexo femenino (55,4 %), la escolaridad primaria (57,6%), amas de casa (48,9%) estado civil casado (71,7%), el 52,2% no tiene adherencia farmacológica, el 81,5% no tiene adherencia no farmacológica; los factores asociados a la no adherencia farmacológica fueron: la escolaridad primaria con ($p=0,03$), sobrepeso ($p=0,008$), no apoyo familiar ($p=0,00$); con la no adherencia no farmacológica: escolaridad primaria con ($p=0,01$), sobrepeso ($p= 0,001$), no apoyo familiar ($p=0,00$), percepción de la atención médica ($p=0,01$). **Conclusiones:** La escolaridad, el sobrepeso, el no tener apoyo familiar y la percepción de la atención médica fueron factores asociados a la no adherencia en los pacientes diabéticos.

Palabras Clave: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, FACTORES, DIABETES MELLITUS TIPO 2.

9 ABSTRACT

Background: Diabetes Mellitus type 2 represents high rates of morbidity and mortality as a result of patients not adhering to pharmacological and non-pharmacological treatment; When this happens, patients can present complications, disability and death. In studies carried out worldwide, adherence in industrialized countries is 50%, in countries with less developed it is 25%. **Materials and Methods:** An observational, prospective, cross-sectional, analytical study was carried out, with a relational research level of 92 type 2 diabetic patients from the Santa Elena health center, sector 2, a questionnaire was applied that included the Morisky test in one section. Green to identify pharmacological adherence, another section for non-pharmacological adherence and influential factors in non-adherence, the relationship between the variables was calculated through the Chi-square test. **Results:** The group of 50 to 59 years old (32.6%), female sex (55.4%), primary schooling (57.6%), housewives (48.9%) married marital status predominated. 71.7%), 52.2% did not have pharmacological adherence, 81.5% did not have non-pharmacological adherence; The factors associated with non-pharmacological adherence were: primary schooling with ($p = 0.03$), overweight ($p = 0.008$), no family support ($p = 0.00$); with non-pharmacological non-adherence: primary schooling with ($p = 0.01$), overweight ($p = 0.001$), no family support ($p = 0.00$), perception of medical care ($p = 0.01$). **Conclusions:** Schooling, overweight, lack of family support and the perception of medical attention were factors associated with non-adherence in diabetic patients.

Key Words: ADHERENCE TO TREATMENT, FACTORS, DIABETES MELLITUS TYPE 2.

10 INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 es una verdadera catástrofe social mundial, una de las mayores emergencias sanitarias del siglo XXI, la Federación Internacional de Diabetes en el año 2017 señala que casi 500 millones de personas viven con esta enfermedad y se proyecta un aumento a 642 millones de personas para el año 2040 (1). En el año 2017 en América Central y del Sur 26 millones de personas tienen diabetes, representando unos 727 millones de dólares en gastos de salud y el 11 % del gasto en todo el mundo, considerándose un aumento del 62 % para el año 2045 con 42 millones (1). La Organización Mundial de la salud (OMS) en el año 2016 registró 56.9 millones de muertes, más de la mitad 54 %, se debieron a las 10 causas principales en los últimos 15 años, de estas la diabetes es la séptima causa de muerte, con 1.6 millones de personas (2).

La Federación Internacional de Diabetes en el año 2015 en Ecuador la prevalencia de diabetes mellitus en adultos entre 20 a 79 años es del 8.5 %. (3). En Ecuador en el año 2017 el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos reporta como segunda causa de mortalidad general a la diabetes mellitus, con 4.895 defunciones (4).

En Santa Elena en el año 2014 el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos reporta 1138 defunciones generales y como primera causa de muerte la diabetes mellitus con 140 defunciones (5). Ante la magnitud de estas cifras, es necesario alcanzar los objetivos terapéuticos en esta enfermedad, para evitar las graves complicaciones que conlleva esta patología con una adecuada adherencia al tratamiento (6). Para los médicos de atención primaria es importante tener presente que existe falta de adherencia en las enfermedades crónicas, por lo tanto, se debe detectar e investigar sus causas para la intervención oportuna en beneficio de los pacientes (6).

La adherencia al tratamiento constituye el grado de comportamiento y aceptación de los pacientes a las indicaciones acordadas con el médico u otro profesional de

asistencia sanitaria, es un grave problema de salud, que la OMS lo considera un tema prioritario y que por lo tanto deben emprenderse estrategias para su prevención y control (7). Se ha dado especial atención a los factores relacionados con las cinco dimensiones que influyen en los tratamientos al largo plazo, relacionados con el paciente, con el tratamiento, socioeconómicos como el apoyo familiar y la asistencia médica, que intervienen en el cuidado del paciente mejorando su control terapéutico (7). Debido a su importancia, la adherencia se ha convertido en una línea de investigación prioritaria, debiéndose identificar los factores que interfieren con la misma y las variables que intervienen en todos los sistemas para el control adecuado en las patologías crónicas (8). La diabetes mellitus es una patología de fácil diagnóstico y existen varios esquemas de tratamientos para mantener controlado los niveles de glucosa, depende de ellos alcanzar el éxito de mismo (8). El tratamiento adecuado y controlado de la diabetes mellitus conlleva la prevención, retardo o minimizar en lo posible la aparición y progresión de las complicaciones de la enfermedad, debe ser integral para lograr un alto nivel de adherencia terapéutica (8).

La intervención psicológica es necesaria para el apego a la terapéutica no farmacológica, implica que el paciente modifique su estilo de vida, que, por ser en algunas ocasiones difícil de lograr, necesitan con bastante frecuencia una intervención psicológica para su aceptación (9). En esta enfermedad crónico-degenerativa, el no alcanzar una adecuada adherencia ocasiona en el paciente deterioro de sus funciones y capacidades fisiológicas (9). Lograr la adherencia terapéutica no es fácil para los pacientes y mucho menos para el personal sanitario (9). Según estudios realizados en países desarrollados es del 50 % y apenas el 25 % en las naciones menos industrializadas; por ello es fundamental modificar las estrategias y acciones de control de esta enfermedad donde se debe priorizar la educación y todo lo relacionado con la importancia del régimen no farmacológico y farmacológico, que comprende la práctica de ejercicios físicos de acuerdo a cada paciente, la alimentación saludable, controlar el peso, la toma de medicamentos de una manera correcta (9). Para una adecuada adherencia, los pacientes diabéticos

requieren de actitudes, compromisos y responsabilidades que no siempre están dispuestos a cumplir, debido a las dudas, miedos y preocupaciones que se generan al saber que deben tomar sus medicinas, modificar su modo de vida durante largo tiempo (9). El tratamiento de la diabetes mellitus es muy complejo y multifactorial por lo que piensan que va a ser complicado, además de no disponer de redes y grupos de apoyo como: entorno social, familiar que cumplen también un rol determinante. (9).

Estudios han determinado que en los países desarrollados el cumplimiento terapéutico en enfermos crónicos comprende el 50 y 75 %, sin embargo, este problema tiene una magnitud mayor en los países con menor desarrollo en relación a la no adherencia dado por múltiples factores, entre estos bajos recursos sanitarios y la dificultad para acceder a la atención indicada por los usuarios (10).

Este problema mundial y de alarmante magnitud ha sido estudiado utilizando diversas metodologías, en un registro publicado en el año 2012 se demostró que solo el 56% de los casos lograron el control metabólico, a pesar de que aproximadamente el 78% de los pacientes seguían tratamiento con antidiabéticos orales o con insulina; en otros estudios oscila entre el 30 y el 51% en pacientes que toman antidiabéticos orales y cerca del 25% en pacientes insulinizados (6).

La adherencia terapéutica no ha sido abordada eficazmente, se realizan escasas investigaciones e intervenciones de manera directa y sistemática en esta línea, sin embargo, los profesionales de salud están conscientes de que existen grandes deficiencias en este proceso para las entidades crónicas (11). Como consecuencia de la deficiencia en adherencia al tratamiento existen pacientes mal controlados y complicados. Mejorar el apego al tratamiento, es un proceso complejo pero necesario para incrementar el impacto positivo en el manejo de los pacientes, dado lo multifactorial de este padecimiento, de no lograrse se desarrollan complicaciones, fallecimientos prevenibles e incrementos en los costos de salud; los cuales pueden ser prevenidos si se mantiene un adecuado control terapéutico (12). Padecer de una

patología crónica representa un desafío en la vida del paciente, los cambios que se requieren no siempre es fácil de adoptar. El autocuidado del paciente en el manejo de su enfermedad es fundamental, permitiéndole adaptarse y realizando los ajustes necesarios que ayuden a mantener controlada su enfermedad, se considera por lo tanto la adherencia al tratamiento un proceso activo y voluntario que debe ser asumido con la responsabilidad que se requiere por parte de los pacientes y bajo la asesoría de los médicos de atención primaria (12)

La adherencia necesita de cambios en el comportamiento humano, refleja la responsabilidad que los individuos tienen en su cuidado, convirtiéndola en un fenómeno múltiple, ya que son muchas las conductas que se modifican y complejo porque varía dependiendo del tiempo y las circunstancias que se presentan en los pacientes, quienes finalmente deciden si la cumplen o no, siendo importante el trabajo del personal de salud para identificar, realizar el control y seguimiento con la provisión de medicamentos, avances tecnológicos y otros servicios, para atender y monitorear a los pacientes, además de educarlos en el autocontrol de su salud (12).

Mejorar la adherencia es un reto de gran magnitud para los sistemas de salud que conlleva dos consecuencias directas: aumento de los resultados en salud y una disminución de los costes sanitarios; se trata de un proceso complejo influido por múltiples factores asociados entre sí, entre estos factores relacionados con el paciente, la familia, el tratamiento, los profesionales de salud y otros más (13). La adherencia terapéutica involucra un enfoque multidisciplinario donde se requiere de la coordinación entre profesionales de la salud, investigadores, administración sanitaria e industrias farmacéuticas para lograr éxito en el abordaje del problema (13).

En la provincia Santa Elena, en el sector 2, en el centro de salud que lleva el mismo nombre de la provincia, el estudio y análisis de los problemas de salud permitió identificar un elevado número de pacientes diabéticos tipo 2 que no cumplen con el tratamiento, por lo tanto es necesario mejorar la adherencia terapéutica que tiene una repercusión mucho mayor en el contexto de la salud de las personas, para prevenir las complicaciones, discapacidad y muerte del paciente; por tal motivo el presente

estudio tiene como objetivo determinar los factores o elementos que influyen en la no adherencia al tratamiento, realizándose un estudio observacional, prospectivo, transversal, analítico, con un nivel de investigación relacional, a pacientes diabéticos tipo 2 del sector 2 en el centro de salud Santa Elena. Para valorar la adherencia terapéutica farmacológica se aplicó el Test de Morisky Green, así como un cuestionario donde se consideró aspectos relacionados con el cumplimiento de la adherencia a la terapia no farmacológica y de factores tanto individuales, familiares, relacionados con el tratamiento y con los servicios de salud

11 EL PROBLEMA

11.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

A nivel mundial las patologías crónicas representan un problema que va en aumento, constituyen una de las causas principales de invalidez y muerte prematura, tienen elevadas tasas de fracaso y menos adherencia al tratamiento. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las muertes por enfermedades crónicas se presentan en un 80% en los países en vías de desarrollo. La falta de adherencia al tratamiento en los pacientes diabéticos es considerada como un grave problema de salud pública. Para los pacientes es difícil cumplir con las indicaciones médicas constituyendo un problema de enorme magnitud para el sistema de salud. En los tratamientos a largo plazo en los países desarrollados es de alrededor del 50%, es menor en los países en desarrollo; se considera que la magnitud y la repercusión de la adherencia terapéutica deficiente de los países en desarrollo está dada por la escasez de recursos en salud y las dificultades para acceder a la atención (14).

Los estudios sobre la conducta del paciente y los elementos o factores influyentes contribuyen para el correcto control y prevención de las enfermedades se ha convertido en una importante línea de investigación dentro del contexto de la salud y psicología; estudiar la vinculación entre los elementos psicológicos y biológicos con la diabetes mellitus ha contribuido para la elaboración de estrategias psicológicas que incrementen la importancia del impacto terapéutico en los pacientes. Dentro de estas estrategias, la adhesión al tratamiento se establece como prioritaria para conseguir un apropiado mantenimiento de la salud (15). Los pacientes diabéticos necesitan de atención médica continua, así como una óptima educación para manejar la patología, prevenir y disminuir complicaciones (15). A pesar de todo lo mencionado, el bajo apego terapéutico en los pacientes diabéticos está presente y se debe a lo complejo del régimen terapéutico, por las creencias y costumbres equivocadas sobre el proceso de salud y enfermedad, así como por el modelo pasado de la atención médica, que influye en el paciente para el control de su patología (15).

En el caso de los pacientes con diabetes mellitus, la no adherencia al tratamiento conlleva efectos a corto y largo plazo como las complicaciones micro y macrovasculares como pie diabético, retinopatía y falla renal (16). Además, dificulta evaluar la efectividad y seguridad de los tratamientos, causa impacto negativo, ocasionando al estado elevados costos económicos debido a la pérdida de productividad, recursos en el proceso de rehabilitación (16).

En algunos estudios se han analizado los elementos que pueden afectar el cumplimiento de la terapéutica, en pacientes diabéticos; algunos de estos están relacionados con el paciente, como la edad, sexo, nivel de escolaridad, alimentación, actividad física y el conocimiento sobre esta patología; en otros se da mucha importancia a la relación profesional médico- paciente, en términos de la calidad de información relacionada con los objetivos de los tipos de tratamiento establecidos para esta enfermedad (17).

El tratamiento a largo plazo de los pacientes diabéticos es fundamental para mantener un adecuado control y evolución de la enfermedad, para evitar así las complicaciones, lo cual exige a los pacientes a modificar su modo de vida, además de llevar un régimen farmacológico y no farmacológico que es obligatorio, el cual es establecido por el profesional de salud en mutuo acuerdo con cada paciente para que asuma responsablemente su enfermedad, cuando esto no ocurre se presentan dificultades en el tratamiento, lo que deriva en una mala calidad de vida y ocasiona complicaciones, discapacidad y muerte; se ha realizado escasos estudios en países industrializados y en algunos en vía de desarrollo, sin embargo a nivel nacional existen muy pocos, ninguno a nivel local, por lo que se consideró prioritario realizarlo para determinar los factores que influyen en ésta problemática, que tiene interés desde el punto de vista científico y muchas disciplinas más ya que el mejor tratamiento pierde su eficacia y seguridad si el paciente no lo acepta de forma adecuada.

El sector 2 del cantón Santa Elena no se escapa de esta realidad, los pacientes con diabetes tipo 2 presentan dificultades en el cumplimiento de la terapéutica, por tal

motivo se consideró prioritario conocer cuáles son los factores que influyen en esta problemática en los pacientes diabéticos tipo 2, ya que en la actualidad no hay investigaciones locales relacionadas, lo que permitirá analizar esta temática y sentar las bases para realizar acciones de salud e investigaciones futuras.

11.2 Formulación

¿Cuáles son los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2, sector 2 del centro de salud Santa Elena año 2018?

12 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

12.1 General

Asociar factores influyentes en la no adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos tipo 2, en el sector 2 del centro de salud Santa Elena durante el año 2018.

12.2 Específicos

- Caracterizar la población de estudio según variables sociodemográficas.
- Determinar la no adherencia, farmacológica y no farmacológica en la población de estudio.
- Identificar los factores del estado nutricional, familiar, tratamiento y servicios de salud que influyen en la no adherencia terapéutica.
- Determinar la posible relación entre los factores influyentes y la no adherencia al tratamiento de la diabetes tipo 2.

13 MARCO TEÓRICO

13.1 Antecedentes investigativos

Investigaciones realizadas a nivel mundial aseguran que en la diabetes mellitus casi la mitad de los pacientes no cumplen el tratamiento de manera adecuada y menos del 30% modifican sus estilos de vida. La adherencia intensiva previene el desarrollo y progresión de las complicaciones de la enfermedad (18).

En un estudio no experimental, tipo transversal para describir el nivel de grado de adherencia terapéutica y sus factores asociados, a 211 adultos mayores diabéticos tipo 2 registrados en el Programa de Salud Cardiovascular de un centro comunitario de salud familiar de la ciudad de Chillán (Chile), donde el 51,72% de los adultos mayores diabéticos se adherían al tratamiento farmacológico y el 48,28% no seguía su tratamiento, siendo las características socioeconómicas que prevalecieron la edad de 71 años, el 54,31% eran mujeres, el 62,07% indicó haber cursado solo estudios básicos (19).

En Brasil se realizó un estudio a 127 pacientes diabéticos atendidos en el Programa Nacional de Diabetes, sobre la adherencia a la terapia farmacológica, predominando el 65% con sexo femenino, la edad que prevaleció fue de 53 años y tiempo promedio de evolución de la enfermedad fue de 11 años, el 51,2% tenía escolaridad primaria, el 60% vivía en pareja, el 28% de los pacientes tenía la hemoglobina glicosilada $\leq 6,5\%$. El 13,4% de los pacientes reportó no cumplir con las indicaciones dadas por los médicos, los motivos más frecuentes de la falta de adherencia fueron: el olvido 58,8%, el uso de muchos medicamentos 29,4% y la falta de disponibilidad en el programa 29,4%. El olvido y la polimedición fueron los factores más frecuentes para la no adherencia al tratamiento farmacológico (20).

En Colombia se realizó un estudio para identificar cuales son los determinantes asociados al incumplimiento del tratamiento no farmacológico, donde se obtuvo los siguientes resultados, la inactividad física predominó con el 75,4% y la actividad física irregular con el 5,4% y el 5,7% de los pacientes eran fumadores activos, otros

indicaron haber ingerido alcohol en los 3 últimos meses, el 19,1% consumían alimentos ricos en sal y el 11,1% de la población ingería alimentos ricos en grasa (21).

13.2 Fundamentación Legal

En el año 2008 se dió un cambio en la Constitución del Ecuador en la cual se asume la salud como una prioridad para los ecuatorianos, considerándose citar algunos artículos que evidencian la preocupación y prioridad hacia las enfermedades no transmisibles.

En el Reglamento de la Ley Orgánica de Salud vigente desde el año 2015, se menciona que es importante tener en cuenta los diversos parámetros regulatorios en beneficio de los ecuatorianos que padecen esta patología y que requiere de la intervención del Estado.

Constitución del Ecuador, 2008.- En el Art. 32, hace referencia al derecho a la salud y a los servicios que se ofrecen, mismos que deberán ser garantizados por el Estado. Posteriormente, encontramos otros articulados relacionados con enfermedades graves y que se indican a continuación:

Art. 35.- Hace referencia a la población adulta mayor, infantes, adolescentes, mujeres en estado de gestación, con discapacidad, privadas de libertad y quienes padezcan entidades catastróficas o de mucha complejidad, tendrán prioridad a una atención especializada en los segmentos públicos y privados.

Art. 50.- El gobierno debe garantizar a todo individuo que presente patologías catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención gratuita y especializada en cada nivel de salud, de manera pertinente y preferente (21)

La Ley Orgánica de Salud establece que el Ministerio de Salud Pública es la autoridad sanitaria nacional (Art. 4); y según el Art. 6, numeral 3 de la misma ley, es responsabilidad de la máxima autoridad sanitaria: crear estrategias y programas de

salud integral dirigido a cada etapa del ciclo vital.

En el capítulo III respecto de las Enfermedades no Transmisibles, en el Art. 69 dispone que: en los programas de grupos prioritarios establecidos se realizará la atención y control integral de acuerdo a la planificación organizada en los niveles de salud con la participación activa de la población.

Dada esta revisión de los artículos relacionados con las enfermedades crónicas no transmisibles, se puede deducir que a partir de la Constitución del año 2008 se genera una particular atención a las personas vulnerables con respecto al acceso en salud y la participación que el Estado tiene con estas personas, por otro lado la Ley Orgánica de la Salud nos muestra que se deben cumplir con ciertos niveles de calidad para la salud en beneficio de toda la población con énfasis para las personas que necesitan de una atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna, preferente y eficaz (22).

13.3 Conceptualización Diabetes Mellitus tipo 2

La diabetes mellitus es una patología crónica grave que se presenta cuando el páncreas no produce significativamente insulina (hormona que regula glucemia) o cuando el organismo no puede utilizar eficazmente la insulina que produce (8). La diabetes es una de las cuatro enfermedades no trasmisibles identificada como prioritaria por la OMS, junto con la enfermedad cardiovascular, que incluye el infarto de miocardio y la hemorragia cerebral; el cáncer y la enfermedad respiratoria crónica (23).

Existen varios tipos de diabetes mellitus determinada por la interacción compleja entre genética y factores ambientales, de acuerdo con la causa de la enfermedad, los factores que contribuyen para la hiperglucemia pueden ser alteración en la secreción de insulina, defecto de la utilización de la glucosa o aumento de su producción. El trastorno en el metabolismo que acompaña a esta enfermedad provoca una dura carga

para el individuo que la padece y para el sistema sanitario (24).

Este padecimiento crónico engloba un grupo de procesos metabólicos originados por una deficiencia parcial o total de insulina, se presenta en todos los grupos de edad afectando el estado y calidad de vida de quienes que la padecen, así como de su familia, genera también importantes gastos de salud asociados a prematura muerte, ausentismo laboral, discapacidad, uso de medicamentos, hospitalizaciones frecuentes y asistencia a consultas médicas continuas (25).

13.4 Clasificación

La clasificación de la diabetes mellitus se basa fundamentalmente en su etiología, cambios fisiopatológicos, permite además describir la fase en la cual se encuentra la persona; contempla cuatro grupos:

Diabetes tipo 1 (DM1)

Diabetes tipo 2 (DM2)

Otros tipos específicos de diabetes.

Diabetes gestacional (DMG)

Con mucha frecuencia los enfermos de diabetes llegan a necesitar insulina en algún periodo de su vida y por otro lado, algunos diabéticos tipo 1 pueden progresar lentamente o tienen fases largas de remisión sin utilizar la terapia con insulina. Por este motivo se eliminaron los términos no insulino e insulino dependientes para referirse a estos dos tipos de pacientes (26).

13.5 Factores de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus tipo2

Actualmente después de realizar varias revisiones por los Comités de Expertos y por la necesidad de identificar en la población aquellas personas que tienen mayor riesgo

de desarrollo de diabetes mellitus, se han establecido factores modificables y no modificables (27).

Factores de riesgo no modificables.

Raza e historia familiar. Esta patología se relaciona con predisposición genética, los individuos con padre diabético tienen una posibilidad del 40% desarrollar esta patología, cuando ambos progenitores son diabéticos este valor aumenta a un 70%.

Edad y sexo. La probabilidad de desarrollar diabetes es mayor cuando la edad aumenta y de manera general afecta más a mujeres que a varones.

Historia de diabetes gestacional y síndrome de ovarios poliquísticos (SOP).

Existe una mayor probabilidad de presentar esta enfermedad las mujeres que presentaron diabetes gestacional al igual que los casos de SOP con marcada resistencia insulínica, asociada a obesidad, tienen mayor riesgo de desarrollarla (27).

Factores de riesgo modificables.

Sobrepeso y obesidad. Representan los más importantes para el desarrollo de DM2.

Sedentarismo.

Factores dietéticos. El alto consumo de calorías, carbohidratos complejos, grasas saturadas predisponen a la diabetes mellitus.

Ambiente intrauterino. Se ha demostrado que las personas que en su nacimiento presentaron peso bajo al nacer y aquellas con madres que desarrollaron diabetes gestacional tienen un mayor probabilidad de desarrollar esta patología.

Triglicéridos: constituye un rol aterogénico muy marcado dado por la concurrencia de HDL-C bajo y un aumento de las partículas pequeñas y densas LDL.

HDL-C: Niveles bajos se vinculan a resistencia y representan factor de riesgo para enfermedad cardiovascular.

GAA e IGT: cuando los valores de glucosa no reúnen los criterios de diabetes son catalogados como prediabéticos e incluyen las siguientes categorías:

Glucosa alterada en ayunas (GAA): valores entre 100 mg/dL y 125 mg/dL.

Intolerancia al test de glucosa (ITG): glucemia con valores entre 140 mg/dl y 199 mg/dl después de 2 horas de carga con 75 gramos de glucosa (27).

A las 2 horas posterior a carga de 75 gramos de glucosa, entre 140 mg/dL y 199 mg/dL (27).

13.6 Diagnóstico de la Diabetes.

Comprende cualquiera de los criterios siguientes:

1. Glucosa en ayuno igual o mayor a 126 mg/dl (7 mmol/L), valorada en plasma venoso; que debe ser confirmada con una segunda prueba.
2. Glucosa que sea igual o mayor a 200 mg/dL (11,1mmol/L) medida dos horas después de una carga de glucosa de 75 gramos en una prueba para valorar tolerancia oral a la glucosa, (PTOG).
3. Síntomas clínicos de la enfermedad más una glucosa casual analizada en plasma venoso que sea igual o mayor a 200mg/dL (11,1 mmol/L). Los síntomas clásicos de la diabetes incluyen poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida inexplicable de peso.
4. Hemoglobina glicosilada A1c (HbcA1c) mayor o igual a 6.5 %.

Para el diagnóstico de la diabetes mellitus tipo2 con la HbA1c, solo aplica si el examen es analizado en centros que empleen una metodología estandarizada según la National Glycohemoglobin Standardización Program, (NCGSP) y avalado por el MSP (3).

13.7 Complicaciones

Complicaciones Agudas.

Coma Hiperglucémico Hiperosmolar no cetósico

Esta entidad se caracteriza por hiperglucemia, deshidratación extrema e hiperosmolaridad plasmática que llevan a un deterioro de la conciencia, acompañado a veces con convulsiones (28).

Cetoacidosis diabética (CAD)

Se debe a una deficiente disponibilidad de insulina, que causa una transición desde la oxidación y el metabolismo de la glucosa a la oxidación y el metabolismo de los lípidos, se caracteriza por hiperglucemia intensa que origina diuresis osmótica, pérdidas urinarias en exceso de agua, sodio y potasio con contracción del volumen con acidosis que inducen un aumento de la síntesis y la liberación de cuerpos cetónicos en el hígado (28).

Hipoglicemia

Se caracteriza por valores de glucosa plasmática anormalmente bajo que conduce a manifestaciones de estimulación del sistema nervioso simpático o de disfunción del sistema nervioso central (27).

Si esta entidad no se atiende con rapidez, los pacientes diabéticos pueden presentar convulsiones y alteraciones neurológicas irreversibles o incluso la muerte (28).

Complicaciones crónicas

Se clasifican en microangiopáticas o complicaciones específicas de la enfermedad, comprenden: la retinopatía, la nefropatía, la neuropatía) y macroangiopáticas equivalente a la aterosclerosis (29).

13.8 Adherencia al tratamiento

13.8.1 Conceptualización de adherencia al tratamiento

En el año 1975 se introdujo por primera vez la palabra *compliance* cuyo origen es anglosajón para referirse al cumplimiento de los pacientes a las prescripciones médicas. Por otro lado, los franceses prefieren utilizar la palabra *observance* para definirla de una manera más amplia, ya que incluye además las costumbres, hábitos, percepciones de cada paciente (17).

En los últimos años, se ha discernido ampliamente sobre el significado de términos como adherencia y cumplimiento, siendo elementos fundamentales en el tratamiento clínico de todo paciente (30). Implica que el paciente se involucre de manera voluntaria, activa y participativa con una conducta recomendable e integradora acordada con su médico para lograr el objetivo del tratamiento (30). La adherencia incluye en su definición el acuerdo y la elección por parte del paciente en este proceso para el establecimiento de metas dentro del plan terapéutico (30).

Para una adecuada adherencia el paciente debe asumir las recomendaciones terapéuticas que se le han establecido ya que este proceso no es unidimensional sino multidimensional, por cuanto los pacientes pueden adherirse a un componente y a otros no (30). En la comunidad anglosajona se utilizaba los términos de adherencia (*adherence*), cumplimiento (*compliance*) además de otros como: alianza terapéutica, adhesión, cooperación, observancia, colaboración, concordancia, obediencia y seguimiento (30).

En psicología, actualmente la adherencia terapéutica, es el término que más se utiliza de los que se han propuesto hasta el momento y es definida como un fenómeno complejo que involucra una combinación de aspectos autoexhortativos que conducen a la colaboración y comprensión de la terapéutica por parte del paciente, asesorado por el médico para lograr el resultado esperado (31). Se insiste en la consideración de

que en la adherencia al tratamiento están involucrados múltiples factores y que esencialmente refleja la conducta humana modulada por elementos subjetivos, mediada por los conocimientos, aptitudes y creencias que los pacientes tienen de la enfermedad, la cual comienza a operar en lo posterior al diagnóstico de esta patología (31).

La Organización Mundial de la Salud define como adherencia a la medida con que los pacientes cumplen con las indicaciones médicas, relacionadas con un plan nutricional, ejecución de actividad física, así como la toma o aplicación de sus medicinas (15). Por otro lado, éste mismo organismo considera el problema de adherencia en las enfermedades crónicas un aspecto prioritario en el campo de la salud por las consecuencias clínicas como económicas que se originan de ella (17).

13.8.2 Factores influyentes en la no adherencia al tratamiento

Varios autores determinan que la adherencia es un fenómeno múltiple donde participa varios factores de diversa naturaleza, basado en el modelo de las cinco dimensiones propuestas en el informe técnico de la OMS, las cuales están interrelacionadas e influyen en la adherencia, afectando la capacidad para el cumplimiento del tratamiento en las personas con diabetes mellitus, relacionados con el propio individuo, con las características de la enfermedad, con el tratamiento, socioeconómicos, el sistema de salud (11).

Factores socioeconómicos y demográficos.

Algunos aspectos socioeconómicos que influyen en los tratamientos de larga duración que dificultan la adherencia de los pacientes, entre los que se mencionan: el desempleo, la pobreza, el analfabetismo, distancia del de la unidad de atención médica, el elevado costo del transporte y la medicación que contribuye a pérdidas

importantes en la economía de la familia determinando la capacidad para enfrentar y asumir la enfermedad en cuanto a la compra de medicamentos, alimentos y otros recursos que requieren gastos monetarios (11).

Factores del sistema de salud y el equipo de asistencia sanitaria.

La asistencia sanitaria tiene efecto sobre la adherencia en relación con los diferentes servicios de salud, la distribución deficiente de fármacos, los pocos conocimientos, la poca capacidad de los profesionales en el control de las patologías crónicas (11). Además, se debe tener en cuenta: los inconvenientes en el acceso a las unidades asistenciales, la falta de médicos y los cambios continuos de los profesionales de asistencia sanitaria (11). La buena relación se manifiesta por la satisfacción del paciente en la consulta médica y las características de la buena comunicación que se establece con los profesionales de salud (11). Por otro lado, los profesionales con actitudes negativas, deficientes conocimientos y capacidades para informar todo lo relacionado con el adecuado tratamiento contribuyen con falta de empatía y desmotivación para la adherencia (11).

Factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento.

Involucra cambio en los grados de comportamientos, relacionado con estos dos aspectos, implica además modificación en el modo de vida, incluye además el número, la frecuencia de la toma y la combinación de diferentes tipos de medicamentos, así como los efectos secundarios, adversos e indeseables que se pueden presentar en los pacientes (11). Los factores relacionados con la enfermedad están dados por la naturaleza de la misma, por los requerimientos particulares que se derivan de ella y con otros que se enfrenta el paciente (11). En las enfermedades agudas por las características propias como dolor, malestar general, generan mayores niveles de adherencia, por el contrario, en las enfermedades crónicas, mucho más en las que no tienen manifestaciones o la sintomatología es leve, son más difíciles de

cumplir con las recomendaciones y tratamiento que conlleva cambios de comportamiento y costumbres (11).

Factores relacionados con la red familiar y social.

Esta dimensión se destaca el papel de apoyo familiar y social en el cumplimiento de las indicaciones y prescripciones (11). Se ha demostrado que las personas que reciben apoyo de familiares y otros tienen mayores probabilidades de cumplir con las indicaciones recibidas (11). Los grupos sociales ejercen presión positiva para que los pacientes se adhieran al tratamiento, la familia apoya para mantener el régimen establecido, crea estrategias, vínculos y recursos que faciliten este proceso (11).

Factores relacionados con el paciente.

Corresponden a los aspectos y cambios psicológicos que influyen en la adherencia, que le permiten responder de manera consciente con el tratamiento de la enfermedad de acuerdo con las características de esta y de la percepción que tengan los pacientes de la misma, entre estos se menciona: estimación o riesgo de que en el desarrollo de su enfermedad presente complicaciones, vulnerabilidad, autoeficacia, creencias erróneas en cuanto a la respuesta al tratamiento, motivación del autocuidado para su salud (11).

La interpretación personalizada y subjetiva que cada enfermo asume de su enfermedad comprende la integración de creencias, emociones, actitudes, atribuciones, facilitan o dificultan el comportamiento adecuado hacia la adherencia (11).

El autocuidado de la salud se dirige a las conductas del paciente con mayor disposición hacia la práctica de actividades que la mantenga; mediante la estimulación mantenida que persista en el tiempo con una visión optimista y positiva

con el objetivo de alcanzar una vida placentera, saludable física y mentalmente (11). La persona que se plantea metas a largo plazo, que defina anhelos y propósitos será capaz de construir acciones y estrategias para conservar una buena condición de salud, por lo tanto, asumir adecuadamente el adherirse a cualquier tratamiento (11).

13.8.3 Modelos teóricos de cumplimiento terapéutico

Existen varios modelos en el campo de la psicología de la salud que tratan de explicar las conductas de los pacientes y sus factores relacionados con el cumplimiento de las diferentes terapéuticas (17). Entre los que se menciona:

El modelo de cumplimiento descrito por Heiby y Carlston en el año 1986 donde incluye tres variables diferentes relacionadas con las particularidades del tratamiento, características subjetivas del paciente y los componentes personales, sociales y económicos, analizados como beneficiosos o inconvenientes en cada paciente (17).

- El modelo de cuidados para la prevención desarrollado por Walsh y McPhee en el año 1992 que se caracteriza por ser integrador ya que incluye además del cuidador al médico, así como al paciente y considera también tres tipos de factores definidos como predisponentes que corresponden a características sociodemográficas, creencias religiosas, culturales; los factores facilitadores o capacitadores como las habilidades y conocimientos de los enfermos, las facultades y competencias de los médicos y por último factores reforzadores. Entre estos la efectividad de los diferentes tratamientos en el paciente, el apoyo que recibe de los grupos sociales y la satisfacción percibida en su tratamiento (17).

El modelo de comportamientos de salud (MPCS) planteado en el año 1975 por Pender donde analizó los factores en cinco categorías: sociodemográficos y socio-culturales; los relacionados a la percepción individual del proceso salud enfermedad y de los beneficios terapéuticos; de los obstáculos para el cambio de los estilos de

vida; los alertadores o desencadenantes de malestares generales en los pacientes como el cansancio, la fatiga y otros más que afectan el comportamiento de los pacientes (17).

13.8.4 Métodos de evaluación de adherencia terapéutica.

La medición correcta de la adherencia es necesario para planificar un tratamiento efectivo y eficiente que aseguren cambios y adaptaciones de los pacientes para mantener un óptimo estado de salud.

Actualmente no existe un solo método que permita medir la adherencia, ya que es necesario utilizar varios de los que se disponen para obtener un mejor resultado (32).

Métodos directos.

Entre los métodos directos están la terapia directamente observada, la medición del nivel de los medicamentos o sus metabolitos en los diferentes fluidos y la medición del marcador biológico en la sangre de los pacientes; son considerados de manera general como objetivos y específicos a pesar de esto son cuestionados, ya que miden resultados más que el propio proceso de adherencia (17). Estos métodos tienen sus limitaciones por motivo de que solo están disponibles para ciertos medicamentos, lo que representa una desventaja para en la atención primaria, además por sus costos e insumos sofisticados (17).

Métodos indirectos.

Son los más accesibles, sencillos, fácil de aplicar y comprenden el autoinforme del paciente, recuento de pastillas y las reposiciones de farmacia; estos reflejan el comportamiento de los pacientes y son muy útiles para su aplicación a nivel primario (17). Estos métodos son sencillos, prácticos y económicos, pero tienen el inconveniente de que no permiten evaluar de manera objetiva la adherencia, debido a

que la información es reportada por los mismos pacientes, cuidadores, familiares o algún integrante del equipo de salud, quienes sobreestiman el cumplimiento ya que identifican solo una parte de todo el proceso que involucra la adherencia terapéutica (17).

Métodos Indirectos Objetivos.

1. Recuento de comprimidos: comprende llevar rigurosamente un registro de los medicamentos del paciente a cada consulta de control. Otra manera de evaluarlo es visitar el domicilio del paciente sin aviso previo para efectuar el recuento personalmente de los comprimidos (17).

2. Cumplir con las citas programadas: tiene una desventaja ya no asegura que se está cumpliendo con el régimen terapéutico (17).

3. Medición de la eficacia del tratamiento: mide el logro de las metas, después de cierto periodo de tiempo con terapia medicamentosa (17).

Métodos Indirectos Subjetivos.

1. Test de Batalla: consiste en formular preguntas básicas relacionadas con la enfermedad y el tratamiento para analizar en el paciente su nivel de conocimiento de la enfermedad (17).

2. Test de Morisky-Green: determina si el paciente es o no cumplidor de la medicación prescrita, si se olvida tomarla o la suspende cuando se siente bien o mal, este cuestionario permite evaluar las actitudes correctas en los pacientes sobre su tratamiento, es empleado con mucha frecuencia en las enfermedades crónicas (17). Comprende 4 preguntas las que deben ser contestadas de forma correcta, es decir No, Si, No, No para catalogar al paciente como cumplidor (17). Sus desventajas comprenden un valor predictivo negativo, sensibilidad baja (33).

3. Cuestionario de Haynes-Sackett: consiste en preguntar al paciente su grado de apego al tratamiento, evalúa la adherencia a la terapéutica farmacológica por la cantidad de tabletas o comprimidos que el paciente consumió en el último mes (15).

4. Comprobación fingida: permite poner en evidencia el cumplimiento del régimen terapéutico del paciente quien se considera adherente, cuando se demuestra la presencia del fármaco en una muestra biológica (17).

13.8.5 Prevalencia de adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Las investigaciones científicas reportan estudios realizados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, donde se evalúa la adherencia terapéutica en términos de cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico, sin embargo éstos difieren por las características de cada población, así como la metodología que se utiliza que depende de los objetivos del investigador y el tipo de estudio, lo cual dificulta hacer una proyección o estimación precisa de la prevalencia de éste problema a nivel mundial (17). En una investigación realizada por Cramer a pacientes diabéticos con tratamiento entre 6 a 24 meses se reportó el 36% y 93% en la adherencia con medicamentos orales e insulina respectivamente (17). En el estudio de Rubin el cumplimiento terapéutico relacionado con la medicación oral comprendía el 65% y 85%. Gimenes y et al, en su trabajo de investigación determinó que el apego a la terapia medicamentosa con antidiabéticos orales correspondió al 76,3% en pacientes (17).

En las enfermedades crónicas la falta de adherencia a la terapia farmacológica representa un problema muy frecuente y relevante en la práctica médica diaria (33).

Las tasas de incumplimiento varían según la enfermedad, de manera general se estima que en un 20 y 50 % los pacientes con diabetes no toman sus medicamentos

como fueron prescritos (27). La OMS señala la falta de adherencia como un problema de gran magnitud por las implicaciones que genera entre las que se puede mencionar: deterioro de la salud, desarrollo de complicaciones, hospitalizaciones frecuentes, altos costos en salud (34).

En la actualidad varios estudios determinan que la falta de adherencia es un proceso complejo donde intervienen algunos factores que están relacionados con el paciente, la enfermedad, los profesionales de la salud, socioeconómicos entre otros, los cuales se deben identificar para elaborar estrategias y planes de acción encaminados a corregirlos para evitar las terribles consecuencias que conlleva (35).

La adherencia terapéutica representa un fenómeno complejo, dinámico que por sus características subjetivas y cambiantes no ha sido resuelto, por lo tanto, representa un reto para el sistema sanitario (36).

La elevada prevalencia de las patologías crónicas y sus complicaciones derivan de la falta de metas y objetivos para mantener un buen estado de salud a través de la prevención; para lo cual se debe adoptar estilos de vida saludables y seguir las recomendaciones establecidas en conjunto con el médico (37).

13.9 Tratamiento de la Diabetes

El tratamiento de esta patología debe ser integral, con enfoque multidimensional e interdisciplinario, con la participación de todo un equipo de salud (médico, enfermera, nutricionista, psicólogo, odontólogo, trabajador (a) social) para el abordaje correspondiente e incluye:

- Fortalecer la educación de las personas sobre la enfermedad, relacionada con la importancia de su adecuado control, tratamiento, prácticas diarias para disminuir el desarrollo de sus complicaciones.

- Individualizar el régimen terapéutico, acorde a las características de cada paciente, como consecuencia de la variabilidad de los mecanismos fisiopatogénicos, la gravedad de la enfermedad, las diferentes respuestas a la dieta, la actividad física, los fármacos y los estilos de vida.
- Adherirse a un plan alimentario y programa de ejercicios establecido por el profesional de salud individualizado para cada paciente (38).

13.9.1 Tratamiento no farmacológico:

Representa el pilar fundamental del tratamiento en los pacientes, cuyas intervenciones terapéuticas permiten lograr cambios en los diferentes procesos metabólicos de la enfermedad, como es la disminución del peso, reducción de los niveles de glucosa, por lo tanto, comprende unos de los principales objetivos en la terapéutica de los pacientes (26). Comprende tres componentes básicos: plan de alimentación, actividad física y hábitos saludables (26).

Plan de alimentación

En términos generales representa un estilo de vida con las siguientes características:

- a) Debe ser personalizado teniendo presente el estado de salud de cada paciente, su condición biológica, física y metabólica, además de la existencia de comorbilidades, situación económica y disponibilidad de los productos alimentarios. (26).
- b) La terapia nutricional debe ser fraccionada, distribuyendo los alimentos cinco veces al día de la siguiente forma: desayuno, colación, almuerzo, colación, cena y una colación nocturna para los pacientes que en la noche se aplican insulina (26). Cuando se organiza la dieta de esta manera se obtiene varios beneficios, como la reducción de los picos glucémicos postprandiales además que en conjunto con otras terapias conductuales favorecen el control glucémico y la disminución de peso en los

pacientes que lo requieren (26).

c) El consumo de sal se debe reducir (seis a ocho gramos), en el caso que el paciente presente comorbilidad como hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal deberá restringirse (26).

d) Las proteínas no deben excederse de 1g por Kg de peso corporal al día (26).

e) Consumir hidratos de carbono procedente de legumbres, frutas, cereales integrales y productos lácteos (39).

f) En los pacientes con factores de riesgo para enfermedad cardiovascular deben de prescindir del consumo de azúcar en las bebidas (39).

Ejercicio físico

Actividad física se considera todo movimiento corporal que origina contracciones musculares y genera pérdida y consumo calórico, el mismo que deberá tener las siguientes características:

A corto plazo se debe cambiar el hábito sedentario mediante caminatas diarias al ritmo del paciente.

Se realizará tres veces por semana en días diferentes, con una duración mínima de 30 minutos cada ocasión cuando se trate de una terapia a mediano plazo.

A largo plazo, se aumenta en frecuencia e intensidad conservando las etapas de calentamiento y enfriamiento (27).

Evitar consumo de tabaco o cigarrillo

En toda persona con diabetes es imprescindible que evite o elimine el hábito de fumar (27). El riesgo de desarrollar complicaciones macrovasculares aumenta significativamente y es aún superior en la hiperglucemia (27).

Evitar consumo de alcohol

No es recomendable el consumo de bebidas alcohólicas (31). En el caso de su ingesta deben ir acompañadas de algún alimento, ya que el exceso de alcohol puede producir hipoglucemia en personas que utilizan hipoglucemiantes orales o insulina (27).

13.9.2 Tratamiento farmacológico:

1. Mantener los niveles de glucemia en ayunas entre 80 a 120 mg/dl y dos horas después de las comidas en valores menores a 140 mg/dl y la hemoglobina glicosilada menor al 7%.

Se dispone de diferentes opciones de tratamiento:

- Secretagogos de insulina (sulfonilureas y meglitinidas).
- Sensibilizadores de insulina (biguanidas y glitazonas).
- Inhibidores de las alfas glucosidasa.
- Combinación de terapia orales (biguanidas+sulfonilureas/biguanidas+ glitazonas).
- Insulinoterapia.
- Terapia combinada (medicamentos orales en el día +insulina dosis nocturna).

1. Terapia farmacológica:

Diabetes tipo 2.

a. La metformina es el medicamento de primera línea en el tratamiento de los pacientes. Debe comenzarse con una dosis entre 425 a 500 mg al día e ir aumentando progresivamente la dosis para evitar los efectos gastrointestinales secundarios.

b. Si no se logra controlar al paciente hasta llegar a la dosis máxima de metformina, se combina sea con una sulfonilurea, con una tiazolidinediona o con insulina.

Entre las sulfonilureas que se pueden utilizar están:

- Glibenclamida: 5 mg, una tableta bid (dos veces al día) hasta 1 tableta (tres veces al día); (15 mg diarios dosis máxima).

- Glipizida: 5 mg, iniciar con una tableta bid (dos veces al día); dosis máxima 15 mg / día.
- Glimepirida: (2 mg-4 mg) dosis máxima 8 mg / día (utilizar dosis única).
- Glicazide: 80 mg, una tableta bid (dosis máxima 240 mg por día).
- Glicazide: 30mg MR una a tres tabletas cada día vía oral (dosis única).
- Meglitinidas: Nateglinida 120 mg tid.

Entre los insulino sensibilizadores y los inhibidores de alfa glucosidasa están:

- Biguanidas (metformina): 850 mg 1/2 tableta cada día hasta una tab bid después de las comidas (dosis máxima 1700 mg / día).
- Tiazolidinedionas; Rosiglitazona (4 mg y 8 mg), tomar una o dos veces al día (dosis máxima 8 mg, / día); Pioglitazona 15 mg, 30 mg y 45 mg (dosis máxima 45 mg, / día). Indicar en dosis única.

14 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

La no adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos tipo 2 del sector 2 de Santa Elena está influenciada por la baja escolaridad, el estado nutricional por sobrepeso, el no tener apoyo familiar, el tipo de tratamiento y por los servicios de salud.

15 MÉTODOS

15.1 Justificación de la elección del método

Para dar respuesta a los objetivos y alcance de la investigación se realizó una investigación de tipo observacional, siendo el investigador solo un observador de lo que ocurre, prospectivo porque se recogieron los datos a partir de fuentes primarias por medio de encuestas, relacional porque busca los factores influyentes relacionando las variables de estudio, de corte transversal porque la variable se estudia en una sola ocasión y analítico porque es bivariado.

15.2 Diseño de la investigación

15.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio

La población de estudio estuvo conformada por 92 pacientes diabéticos tipo 2 pertenecientes al sector 2, centro de salud Santa Elena, año 2018 considerando los siguientes criterios.

Criterios de inclusión.

- Pacientes diabéticos tipo 2 que accedieron participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado.

Criterio de exclusión.

- Pacientes que presentaron algún déficit mental que impidió la recolección de la información a través de las encuestas que se aplicaron.

15.2.2 Procedimiento de recolección de la información

La presente investigación fue aprobada por el comité de ética de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, en su realización se cumplieron con las normas

éticas contempladas en la declaración de Helsinki.

Inicialmente se informó a las autoridades del distrito y centro de salud Santa Elena la información sobre la importancia y características del estudio para su aprobación, así como se solicitó el consentimiento informado a la población objeto de estudio previa explicación acerca del propósito de la investigación junto con detalles de los posibles riesgos y beneficios del estudio, aclarándoles que su participación era totalmente voluntaria y que podían elegir participar o no de ella y si decidían retirarse en cualquier momento eso no repercutiría en la atención que se les brindaría en los servicios de salud.

En un segundo momento se aplicó una encuesta elaborada por la autora de la investigación, para dar respuesta a cada uno de los objetivos específicos, la cual consta de tres secciones, donde la primera sección da respuesta al primer objetivo que corresponde a las variables sociodemográficas, en la segunda sección se dio respuesta al segundo objetivo la adherencia, farmacológica valorada con las preguntas del Test de Morisky Green y la no farmacológica con preguntas relacionadas con los estilos de vida como la alimentación saludable, actividad física, hábitos tóxicos y la tercera sección dio respuesta al tercer objetivo, identificando los factores que influyen tanto individuales, familiares, relacionados con el tratamiento y los servicios de salud.

Para determinar el estado nutricional se valoró a través del peso y la talla mediante el cálculo del Índice de masa corporal (IMC) con la fórmula $\text{peso [Kg]} / \text{estatura [m}^2\text{]}$ que se realizó en la consulta donde se utilizó el tallmetro y la báscula calibrada y se identificó las encuestas con un código alfanumérico, para hacerla coincidir con la valoración nutricional de cada paciente.

Para identificar la adherencia a la terapéutica farmacológica se aplicó el Test de Morisky Green, conformado por cuatro interrogantes con respuesta dicotómica si /no

que evalúa la actitud correcta del paciente en términos del cumplimiento terapéutico.

Las preguntas son las siguientes:

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

¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

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

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

Se considera cumplidor si se responde correctamente a las cuatro preguntas, es decir, No/Sí/No/No.

Este test es breve y fácil de aplicar y su uso está validado porque ha sido aplicado en varios estudios de adherencia en enfermedades crónicas.

Este cuestionario fue validado por un grupo de expertos en el tema, posteriormente se aplicó a un estudio piloto en 15 unidades de estudio seleccionadas al azar para hacer los ajustes correspondientes.

15.2.3 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron:

Variable	Tipo de técnica
Edad	Encuesta
Sexo	Encuesta
Escolaridad	Encuesta
Estado civil	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Adherencia al tratamiento	Encuesta
Estado nutricional	Observación
Apoyo familiar	Encuesta
Tipo de tratamiento	Encuesta
Frecuencia del tratamiento	Encuesta
Frecuencia con que recibe el medicamento	Encuesta
Percepción de la atención médica	Encuesta

15.2.4 Técnicas de análisis estadístico

La información que se obtuvo fue ingresada en el programa de Microsoft excel y posteriormente se exportaron al SPSS (Statistical Package for the Social Science) versión 22, para el procesamiento estadístico de la información se ubicó cada variable en una columna y las filas corresponderán a cada paciente y se codificaron las categorías de las variables, la información se presentará en forma de tablas y gráficos. Se utilizó medidas de resumen para variables categóricas y numéricas respectivamente.

Se realizó el análisis estadístico a través de la prueba Chi cuadrado de homogeneidad para la prueba de hipótesis, considerando una asociación estadística al valor de $p < 0.05$, lo que permitió determinar la relación entre las variables del estudio.

15.3 Variables

13.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de Escala
Edad	Años cumplidos	20 a 29 30 a 39 40 a 49 50 a 59 60 a 69 70 y más	Numérica discreta
Sexo	Características biológicas de cada paciente.	Masculino Femenino	Categórica nominal dicotómica
Escolaridad	Nivel de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si están terminados o incompletos.	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Categórica ordinal
Estado civil	Condición de una persona en función si tiene o no pareja.	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre	Categórica nominal politómica
Ocupación	Actividad laboral que desempeña	Empleado Desempleado Ama de casa Jubilado	Categórica nominal politómica
Adherencia al tratamiento	Farmacológico y No farmacológico	Si NO	Categórica nominal dicotómica
Estado nutricional IMC	<18,5 18,5 – 24,9 25 – 29,9 >30	Bajo peso Normopeso Sobrepeso Obesidad	Categórica ordinal

Apoyo familiar	Presencia de la unidad familiar en el proceso de la enfermedad	Si No	Catagórica nominal dicotómica
Tipo de tratamiento	Hipoglucemiante	Orales Insulina	Catagórica nominal dicotómica
Frecuencia del tratamiento	Veces que toma o se aplica medicamento	1 a 2 veces al día Más de 2 veces día	Catagórica nominal dicotómica
Frecuencia con que recibe el medicamento	Medicamentos disponibles en el centro de salud de primer nivel de atención	Siempre Algunas veces Nunca	Catagórica ordinal
Percepción de la atención medica	Comunicación Confiabilidad Seguridad	Buena Regular Mala	Catagórica ordinal

16 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El presente capítulo corresponde a la presentación y análisis de los resultados de la investigación realizada, de acuerdo a los objetivos planteados mediante el uso de la encuesta, cuya información fue incorporada en una base de datos, que aplicados a sistemas estadísticos se obtuvieron los siguientes resultados.

Las tablas del 1 al 5 resumen las variables sociodemográficas correspondientes al primer objetivo del estudio.

Tabla 1. Distribución según edad de los pacientes diabéticos tipo 2. Sector 2. Centro de salud Santa Elena. Año 2018.

Grupo de edad	N°	%
20 a 29	1	1,09
30 a 39	3	3,26
40 a 49	16	17,39
50 a 59	30	32,61
60 a 69	19	20,65
70 y más	23	25,0
Total	92	100,0

Se observó que el mayor número de pacientes estudiados se encuentran entre 50 a 59 años de edad y representa el 33 % (30), en segundo lugar, con un 25% (23) el grupo de 70 y más años (Tabla 1).

Al comparar con el estudio realizado por Ramos et al, en pacientes diabéticos en un consultorio popular en Cartagena- Colombia, hubo cierta similitud con los resultados, donde predominó el grupo de edad de 51-60 años, con un porcentaje del 82 % por la cantidad de pacientes en dicho estudio (40).

Tabla 2. Distribución según sexo de los pacientes diabéticos tipo 2. Sector 2. Centro de salud Santa Elena. Año 2018.

Sexo	N°	%
Masculino	41	44,6
Femenino	51	55,4
Total	92	100,0

Se pudo apreciar que el mayor porcentaje de los pacientes correspondió al sexo femenino con el 55,4% (51) (Tabla 2).

Un estudio realizado en México por Pascasio Vera et al, acerca de la adherencia terapéutica, en 80 pacientes con diabetes mellitus en un municipio en el centro de Tabasco tuvo similar resultado donde predominó el género femenino con el 62,5% (41).

Tabla 3. Distribución según escolaridad de los pacientes diabéticos tipo 2. Sector 2. Centro de salud Santa Elena. Año 2018.

Escolaridad	N°	%
Analfabeto	1	1,1
Primaria	53	57,6
Secundaria	32	34,8
Superior	6	6,5
Total	92	100,0

Se observó que la escolaridad que predominó en los pacientes diabéticos es la primaria con un 57,6 % (53) seguido de la instrucción secundaria con el 34,8% (32) (Tabla 3).

En un estudio realizado por Aguinaga y et al, a 250 pacientes que asistían al club de diabéticos en un centro de Salud de Chimbacalle, en la provincia de Pichincha, para determinar la adherencia, tuvo similar resultado donde el 56.8% de los pacientes

tenían instrucción primaria (42).

Tabla 4. Distribución según estado civil de los pacientes diabéticos tipo 2. Sector 2. Centro de salud Santa Elena. Año 2018.

Estado civil	N°	%
Soltero	4	4,35
Casado	66	71,74
Viudo	10	10,87
Divorciado	5	5,43
Unión libre	7	7,61
Total	92	100

Del estado civil el mayor porcentaje de los pacientes diabéticos encuestados estaban casados con un 71,74 % (66) seguido de los viudos con un 10,87% (10) (Tabla 4).

Al comparar con el estudio realizado en Brasil por Gómez Lilian y col, en 90 pacientes diabéticos sobre adherencia al tratamiento, tuvo similares resultados, donde el estado civil casado predominó con el 63,3 % (43).

Tabla 5. Distribución según ocupación de los pacientes diabéticos tipo 2, sector 2. Centro de salud Santa Elena. Año 2018.

Empleado	20	21,74
Desempleado	21	22,83
Ama de casa	45	48,91
jubilado	6	6,52
Total	92	100

Según la ocupación se observó que en los pacientes diabéticos encuestados el 48,91 % (45) correspondió a las amas de casa (Tabla 5).

Este estudio es similar al realizado por Aguinaga y col, en Quito en un centro salud de Chimbacalle con 250 pacientes, donde predominó el trabajo doméstico con el 55,2% (42).

En la tabla 6 se resume la adherencia a la terapéutica farmacológica y no farmacológica de los pacientes diabéticos, correspondiente al segundo objetivo del presente estudio.

Tabla 6. Distribución según adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos tipo 2. Sector 2. Centro de salud Santa Elena. Año 2018.

Adherencia	Si		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Farmacológica	44	47,8	48	52,2	92	100
No farmacológica	17	18,5	75	81,5	92	100

En la tabla 6 en la población en estudio, el 52,2 % (48) de los pacientes no tuvieron adherencia farmacológica y el 81,5 % (75) no tuvieron adherencia no farmacológica (Tabla 6).

Al comparar el estudio realizado por Romero y et al, en dos programas de atención primaria en la ciudad de Bucaramanga-Colombia, el resultado se contrapone, donde los pacientes tuvieron el 61,2 % de adherencia farmacológica (44). Buitrago Pabón et al en un estudio de factores que intervienen en la falta de adherencia al tratamiento el resultado es similar, donde se halló que el 81,6 % de los pacientes tenían una pobre adherencia al tratamiento no farmacológico (45).

Las tablas de la 7 a la 10, resume los factores que influyen en la no adherencia terapéutica en la población de estudio.

Tabla 7. Distribución según estado nutricional de los pacientes diabéticos tipo 2. Sector 2. Centro de salud Santa Elena. Año 2018.

Estado nutricional	N°	%
Normopeso	30	32,6
Sobrepeso	53	57,6
Obesidad	9	9,8
Total	92	100,0

Según el estado nutricional en los pacientes diabéticos predominó el sobrepeso con el 57,6% (53) seguidos del 32,6% (30) en normopeso (Tabla 7).

Este resultado es similar a un estudio realizado por Terechenko N y et al, en la ciudad de Carmelo- Colombia, en las Instituciones de Asistencia Médico Colectivas a 100 pacientes diabéticos, donde el 46 % tenían sobrepeso (46).

Tabla 8. Distribución según apoyo familiar de los pacientes diabéticos tipo 2. Sector 2. Centro de salud Santa Elena. Año 2018.

Apoyo familiar	N°	%
Sin apoyo	57	61,9
Con apoyo	35	38,1
Total	92	100,0

En la tabla anterior se evidencia que el 61,9 % (57) de los pacientes no tuvieron ningún tipo apoyo familiar. (Tabla 8)

Al comparar con un estudio realizado por Escandón y et al en Chile en un centro de salud familiar CESFAM, se contraponen, el 65,3 % de los pacientes si recibieron frecuentemente apoyo familiar (47).

Tabla 9. Distribución según tipo y frecuencia del tratamiento de los pacientes diabéticos tipo 2. Sector 2. Centro de salud Santa Elena. Año 2018.

Tratamiento		N°	%
Tipo de tratamiento	Orales	87	94,6
	Insulina	5	5,4
	Total	92	100,0
Frecuencia del tratamiento	1 a 2 veces al día	82	89,1
	Más de 2 veces al día	10	10,9
	Total	92	100,0

Se observa que los factores relacionados con el tratamiento, el mayor porcentaje correspondió a los pacientes que tenían como tipo de tratamiento los medicamentos orales con el 94,6% (87) y de la frecuencia del tratamiento el 89,1% (82) de los pacientes tomaban sus medicamentos entre 1 a 2 veces al día (Tabla 9).

En el estudio de Ramos y et al, realizado en Cartagena en un centro popular, hubo resultado similar, donde el mayor porcentaje correspondió al tratamiento farmacológico con hipoglucemiantes orales con el 96,7 %, el cual tiene relación con esta investigación (40).

En el estudio realizado por Toledano y et al en la ciudad de México, acerca de determinantes de adherencia terapéutica en pacientes diabéticos, se contrapone a este estudio ya que el 95 % de los pacientes tomaban su tratamiento 2 o más veces al día (48).

Tabla 10. Distribución según servicios de salud de los pacientes diabéticos tipo 2. Sector 2. Centro de salud Santa Elena. Año 2018.

Servicios de salud		N°	%
Frecuencia con que recibe el medicamento	Siempre	83	90,2
	Algunas veces	8	8,7
	Nunca	1	1,1
	Total	92	100,0
Percepción de la atención medica	Buena	67	72,8
	Regular	19	20,7
	Mala	6	6,5
	Total	92	100,0

Según los servicios de salud se observó que el 90,2% (83) de los pacientes indicaron que siempre recibieron el medicamento y el 72,8% (67) que la atención médica fue buena (Tabla 10).

En México Hernández y et al observó que el 40 % de los pacientes recibieron atención médica insatisfactoria, que se contraponen con este estudio (49).

Las tablas de la 11 a la 20, resumen la relación entre los factores influyentes y la no adherencia al tratamiento de los pacientes en la población de estudio.

Tabla 11. Escolaridad como factor relacionado con la no adherencia farmacológica de los pacientes diabéticos tipo 2. Sector 2. Centro de salud Santa Elena. Año 2018.

p= 0, 03		Adherencia farmacológica					
		Si		No		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Escolaridad	Analfabeto	0	0,0	1	1,1	1	1,1
	Primaria	26	28,3	27	29,3	53	57,6
	Secundaria	12	13,0	20	21,8	32	34,8
	Superior	6	6,5	0	0,0	6	6,5
	Total	44	47,8	48	52,2	92	100

En el análisis de la relación entre la escolaridad y la no adherencia farmacológica presenta valor $p=0,03$, que es significativo; es decir que el tener escolaridad primaria expresa asociación para la no adherencia farmacológica de los pacientes diabéticos; el 57,6 % (53) tuvieron primaria y de estos el 29,3 % (27) no se adherieron (Tabla 11).

Durán y et al, realizó un estudio en México, el 78,9 % de los pacientes diabéticos tenían escolaridad primaria, que influyó con la falta adherencia al tratamiento farmacológico, cuyo resultado es similar a este estudio (50).

Tabla 12. Escolaridad como factor relacionado con la no adherencia no farmacológica de los pacientes diabéticos tipo 2, sector 2, centro de salud Santa Elena, año 2018.

p= 0, 01		Adherencia no farmacológica					
		Si		No		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Nivel escolar	Analfabeto	0	0	1	1,1	1	1,1
	Primaria	8	8,7	45	48,9	53	57,6
	Secundaria	5	5,4	27	29,4	32	34,8
	Superior	4	4,4	2	2,1	6	6,5
	Total	17	18,5	75	81,5	92	100

La relación entre la escolaridad y la no adherencia no farmacológica presentó valor $p=0,01$, que es significativo; es decir que el tener escolaridad primaria expresa asociación para la no adherencia no farmacológica de los pacientes diabéticos; el 57,6 % (53) de los pacientes diabéticos tenían escolaridad primaria y de estos el 48,9 % (45) no se adherieron (Tabla 12).

Gudiño Diaz et al, en un estudio realizado en Imbabura, el resultado fue algo similar, el 80 % de los pacientes diabéticos tenían instrucción primaria, de los cuales el 69 % no tuvieron adherencia no farmacológica, por lo tanto, hubo asociación estadística (51).

Tabla 13. Estado nutricional como factor relacionado con la no adherencia farmacológica de los pacientes diabéticos tipo 2, sector 2, centro de salud Santa Elena año 2018.

p= 0,008		Adherencia farmacológica					
		Si		No		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Estado nutricional	Normopeso	21	22,8	9	9,8	30	32,6
	Sobrepeso	21	22,8	32	34,8	53	57,6
	Obesidad	2	2,2	7	7,6	9	9,8
	Total	44	47,8	48	52,2	92	100

El estado nutricional como factor relacionado con la no adherencia farmacológica presentó valor $p= 0,008$, que es significativo; es decir que el tener sobrepeso expresa asociación para la no adherencia farmacológica de los pacientes diabéticos; el 57,6 % (53) tenían sobrepeso y de estos el 34,8 % (32) no se adherieron (Tabla 13).

No se encontró estudios similares en la literatura que relacionen el estado nutricional con la adherencia farmacológica.

Tabla 14. Estado nutricional como factor relacionado con la no adherencia no farmacológica de los pacientes diabéticos tipo 2. Sector 2. Centro de salud Santa Elena. Año 2018.

p= 0,001		Adherencia no farmacológica					
		Si		No		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Estado nutricional	Normopeso	12	13,0	18	19,6	30	32,6
	Sobrepeso	5	5,4	48	52,2	53	57,6
	Obesidad	0	0	9	9,8	9	9,8
	Total	17	18,4	75	81,6	92	100

La relación entre el estado nutricional y la no adherencia no farmacológica presentó valor $p= 0,001$ con significancia estadística; es decir que el tener sobrepeso expresa asociación para la no adherencia no farmacológica de los pacientes en el estudio; el 57,6 % (53) tenían sobrepeso y de estos el 52,2 % (48) no se adherieron (Tabla 14).

Tabla 15. Apoyo familiar como factor relacionado con la no adherencia farmacológica de los pacientes diabéticos tipo 2. Sector 2. Centro de salud Santa Elena. Año 2018.

p= 0,00		Adherencia farmacológica					
		Si		No		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Apoyo familiar	Sin apoyo familiar	18	19,5	39	42,4	57	61,9
	Con apoyo familiar	26	28,3	9	9,8	35	38,1
	Total	44	47,8	48	52,2	92	100

Entre el apoyo familiar y la no adherencia farmacológica se obtuvo un valor $p= 0,00$ que expresa significancia estadística; es decir que el no tener apoyo familiar demuestra asociación positiva, de los pacientes encuestados el 61,9% (57) no

tuvieron apoyo y de estos el 42,4 % (39) no se adherieron (Tabla 15).

Carhuaricra Valle en un estudio realizado en Perú el resultado se contrapone, donde el mayor porcentaje el 95,5 % de los pacientes tuvieron apoyo familiar, sin embargo, el 78,9 % no se adherieron al tratamiento farmacológico (52).

Tabla 16. Apoyo familiar como factor relacionado con la no adherencia no farmacológica de los pacientes diabéticos tipo 2. Sector 2. Centro de salud Santa Elena. Año 2018.

p= 0,00		Adherencia no farmacológica					
		Si		No		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Apoyo familiar	Sin apoyo familiar	4	4,3	53	57,6	57	61,9
	Con apoyo familiar	13	14,2	22	23,9	35	38,1
	Total	17	18,5	75	81,5	92	100

Al analizar el apoyo familiar con la no adherencia no farmacológica se observa que el 61,9% (57) de los pacientes no tuvieron apoyo familiar y de estos el 57,6% (53) no se adherieron; con un valor $p= 0,00$ que expresa significancia estadística (Tabla 16).

Santa Muñoz en una investigación en Pereira, los pacientes diabéticos tuvieron apoyo familiar y estaban adheridos al tratamiento no farmacológico el resultado se contrapone con este estudio (53).

Tabla 17. Tipo y frecuencia de tratamiento como factor relacionado con la no adherencia farmacológica de los pacientes diabéticos tipo 2. Sector 2. Centro de salud Santa Elena. Año 2018.

		Adherencia farmacológica					
		Si		No		Total	
		N°	%	N°	%	N	%
Tipo de tratamiento p=0,13	Orales	40	43,5	47	51,1	87	94,6
	Insulina	4	4,3	1	1,1	5	5,4
	Total	44	47,8	48	52,2	92	100
Frecuencia del tratamiento p=0,03	1 a 2 veces al día	41	44,6	37	40,2	78	84,8
	Más de 2 veces al día	3	3,2	11	12,0	14	15,2
	Total	44	47,8	48	52,2	92	100

En el análisis del tipo y frecuencia de tratamiento con la no adherencia farmacológica se observa que los pacientes diabéticos tenían tratamiento con medicamentos orales en el 94,6% (87) de estos no tuvieron adherencia farmacológica el 51,1% (47) representado por un valor $p=0,13$ lo que no expresa significancia estadística, por lo tanto, el tipo de tratamiento no es un factor asociado a la no adherencia farmacológica. En relación a la frecuencia del tratamiento, los pacientes tomaban sus medicamentos de 1 a 2 veces al día en un 84,8% (78), cuyo mayor porcentaje correspondió a los pacientes que cumplieron con la adherencia farmacológica en el 44,6% (41) con un valor $p=0,03$ lo que expresa asociación negativa con la no adherencia farmacológica, ya que el mayor porcentaje correspondió a los pacientes que estaban adheridos al tratamiento (Tabla 17).

Castillo Diaz en un estudio en Piura, el resultado se contrapone donde el mayor porcentaje de pacientes encuestados tenían tratamiento con insulina y estos no estaban adheridos al tratamiento farmacológico (54).

Tabla 18. Tipo y frecuencia de tratamiento como factor relacionado con la no adherencia no farmacológica de los pacientes diabéticos tipo 2. Sector 2. Centro de salud Santa Elena. Año 2018.

		Adherencia no farmacológica					
		Si		No		Total	
		N°	%	N°	%	N	%
Tipo de tratamiento p=0,20	Orales	15	16,3	72	78,3	87	94,6
	Insulina	2	2,2	3	3,2	5	5,4
	Total	17	18,5	75	81,5	92	100
Frecuencia del tratamiento p=0,23	1 a 2 veces al día	16	17,4	62	67,4	78	84,8
	Más de 2 veces al día	1	1,1	13	14,1	14	15,2
	Total	17	18,5	75	81,5	92	100

Al analizar el tipo y frecuencia de tratamiento con la no adherencia no farmacológica se observa que los pacientes diabéticos tenían tratamiento con medicamentos orales en el 94,6 % (87), de estos no se adherieron al no farmacológico el 78,3% (72) con un valor $p= 0,20$ lo que no expresa significancia estadística, por lo tanto, el tipo de tratamiento no es un factor asociado a la no adherencia no farmacológica. En relación a la frecuencia del tratamiento, los pacientes tomaban sus medicamentos de 1 a 2 veces al día en un 84,8% (78), cuyo mayor porcentaje correspondió a los pacientes que no cumplieron con la adherencia no farmacológica en el 67,4 % (62), con un valor $p= 0,23$ lo que no expresa asociación con la no adherencia no farmacológica (Tabla 18).

No se encontró estudios relacionados con la variable tratamiento y no adherencia no farmacológica.

Tabla 19. Servicios de salud como factor relacionado con la no adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes diabéticos tipo 2. Sector 2. Centro de salud Santa Elena. Año 2018

Servicios de Salud		Adherencia farmacológica					
		Si		No		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Frecuencia con que recibe el medicamento P= 0,06	Siempre	42	45,6	41	44,6	83	90,2
	Algunas veces	1	1,1	7	7,6	8	8,7
	Nunca	1	1,1	0	0,0	1	1,1
	Total	44	47,8	48	52,2	92	100
Percepción de la atención médica P= 0,71	Buena	32	34,8	35	38,0	67	72,8
	Regular	10	10,9	9	9,8	19	20,7
	Mala	2	2,1	4	4,4	6	6,5
	Total	44	47,8	48	52,2	92	100

De los servicios de salud relacionados con la no adherencia farmacológica se observa que el 90,2% (83) de los pacientes indicaron que siempre le entregaban la medicación, de estos el 45,6% (42) estaban adheridos al tratamiento farmacológico, con valor $p= 0,06$, que no expresa significancia estadística, cuyo dato es importante tener presente como factor influyente para la adherencia. En relación con la percepción de la atención médica el 72,8% (67) de los pacientes tuvieron una buena percepción, sin embargo, de estos el 38% (35) no tenía adherencia con un valor $p= 0,71$, por lo tanto, la percepción de la atención médica no tuvo asociación, concluyéndose que el factor de los servicios de salud no tuvo asociación estadística significativa con la no adherencia farmacológica (Tabla 19).

En una investigación realizada por Albarrán y et al, en la ciudad de México, su

resultado se contrapone a este estudio, ya que los pacientes no tuvieron adherencia al tratamiento farmacológico, por la falta del medicamento en un 47 % como factor institucional o de servicios de salud (55).

Tabla 20. Servicios de salud como factor relacionado con la no adherencia al tratamiento no farmacológico de los pacientes diabéticos tipo 2. Sector 2. Centro de salud Santa Elena. Año 2018

Servicios de Salud		Adherencia no farmacológica					
		Si		No		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Frecuencia con que recibe el medicamento P= 0,32	Siempre	17	18,5	66	71,7	83	90,2
	Algunas veces	0	0,0	8	8,7	8	8,7
	Nunca	0	0,0	1	1,1	1	1,1
	Total	17	18,5	75	81,5	92	100
Percepción de la atención médica P= 0,01	Buena	8	8,7	59	64,1	67	72,8
	Regular	8	8,7	11	12,0	19	20,7
	Mala	1	1,1	5	5,4	6	6,5
	Total	17	18,5	75	81,5	92	100

Al analizar los servicios de salud con la no adherencia no farmacológica se observa que el 90,2% (83) de los pacientes indicaron que siempre le entregan la medicación, de estos el 71,7% (66) no estaban adheridos al tratamiento con valor $p= 0,32$; por lo tanto, no tuvo asociación estadística con la no adherencia no farmacológica. En relación con la percepción de la atención médica el 72,8% (67) de los pacientes tuvieron una buena percepción, de estos el 64,1% (59) no estaban adheridos con un valor $p= 0,01$ demostrándose asociación con la no adherencia no farmacológica (Tabla 20).

Moposita Yumiguano en estudio realizado en 51 pacientes diabéticos en la Parroquia

de Santa Rosa, el resultado es algo similar donde el 27 % de los pacientes no estaban adheridos al tratamiento no farmacológico, porque no les gustaba la atención recibida que le daban algunos médicos (56).

17 CONCLUSIONES

En este estudio sobre la no adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos predominó la edad de 50 a 59 años, el sexo femenino, la escolaridad primaria, el estado civil casado y la ocupación ama de casa.

Se determinó la no adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico en los pacientes diabéticos.

Los factores identificados como influyentes en la no adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico fueron los siguientes: individual dado por el sobrepeso, familiar por la falta de apoyo y el relacionado con el servicio de salud dado por la percepción de los pacientes de la atención brindada por el médico.

Fue significativo la relación entre el nivel de escolaridad primaria y la no adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

En los análisis realizados los factores influyentes individuales, familiares y de servicios de salud obtuvieron una relación importante con la no adherencia al tratamiento en los pacientes diabéticos.

El factor tratamiento no constituyó un factor influyente en la no adherencia al tratamiento.

18 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

En este estudio se evidenciaron varias situaciones que favorecen la no adherencia y que fueron expresados por los pacientes diabéticos, siendo múltiples los factores que influyen en ella como la mala alimentación, la percepción subjetiva de la enfermedad, la calidad de atención que se presta en las instituciones de salud entre otros, los mismos que deberán modificar sus hábitos y costumbres para adherirse al tratamiento, sin embargo, no siempre adoptan conductas adecuadas, ya sea por temor, negación, por la alteración emocional que ésta produce o porque no asumen la enfermedad que padecen, contribuyendo al abandono del mismo, es importante indicar también que el realizar modificaciones del comportamiento no sólo dependerá del paciente sino también del entorno familiar, grupos y redes sociales de apoyo que cumplen un rol determinante.

La investigación tuvo como limitaciones los escasos antecedentes investigativos tanto en el ámbito nacional como local, respecto a la temática sobre la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2. Los resultados obtenidos en el presente pueden servir de base para reforzar estrategias educativas de prevención, las cuales deben ser individualizadas para cada paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Atlas de la Diabetes. Federación Internacional de Diabetes. 8 ed. 2017. Disponible en: <https://www.diabete.qc.ca/en/understand-diabetes/resources/getdocumentutile/IDF-DA-8e-EN-finalR3.pdf>
2. World Health Organization. The top causes of death. 2018. Disponible en: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diabetes Mellitus tipo 2. Guía de Práctica Clínica. Quito. 2017. Disponible en: www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Diabetes-mellitus_GPC.pdf
4. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. INEC. 2017. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2017/Presentacion_Nac_y_Def_2017.pdf
5. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. INEC. 2014. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf
6. Orozco Beltrán D, Mata Cases M, Artola S, Conthe P, Mediavilla J, Miranda C. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Aten primaria*.2016; 48 (6): 406-420. Disponible en: www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2016/06/Abordaje-de-la-adherencia-en-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf
7. Muñoz Cardona M, Arteaga Henao M, Hoyos Duque T. 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*. 2011; 29(2): 194-203. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105222400005>
8. Quirós Morales D, Villalobos Pérez A. Comparación de factores vinculados a la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo 2 entre una muestra urbana y otra rural de Costa Rica. *Universitas Psychologica*. 2007; 6(3): 679-688. Recuperado 21 de octubre de 2017, Disponible en:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672007000300017&lng=pt&.

9. García Cedillo I, Morales Antúnez B. Eficacia de la entrevista motivacional para promover la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Universitas Psychologica*.2015; 14(2): 511-522. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/6703/12123>.
10. Jansá V, Vidal M. Importancia del cumplimiento terapéutico en la diabetes mellitus. *Avances en diabetología*. 2009; (25):55-61. Disponible en: <http://www.avancesendiabetologia.org/gestor/upload/revistaAvances/25-1-9.pdf>
11. Martín Alfonso L, Grau Ábalo J, Espinosa Brito A. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública*. [Internet].2014; 40(2):225-238. Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662014000200007
12. Noriega Maldonado A, García Zamora P, Sánchez Morales F, Zegbe Domínguez J. Determinantes psicosociales de la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2. *Revista electrónica semestral en Ciencias de la Salud*. [Internet]. 2014; 5(1). Disponible en: <http://mcs.reduaz.mx/ibnsina>
13. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán J. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*.2009; 41 (6): 342-348. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656709001504>
14. Organización Panamericana de la Salud. Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas. 2016. [citado 21 de Octubre del 2017] Disponible en: http://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com_kunena&view=topic&catid=21&id=290&Itemid=123&lang=es#290
15. Villalobos Pérez A, Quirós Morales D, León Sanabria G, Brenes Sáenz J. Factores involucrados en la adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en una muestra de pacientes diabéticos de la zona norte de Costa Rica: un estudio psicométrico. *Diversitas*. 2007; 3(1): 25-36. Recuperado 21 de octubre de 2017, Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982007000100003&lng=pt&tlng=es

16. Ortiz M, Ortiz E, Gatica A, Gómez D. Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Terapia psicológica* 2011; 29(1), 5-11. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100001>

17. Martínez Domínguez G, Martínez Sánchez L, Lopera Valle J, Vargas Grisales N. La importancia de la adherencia terapéutica. *Rev. Venez. Endocrinol. Metab.* [Internet]. 2016 jun [citado 2017 Oct 20]; 14(2): 107-116. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102016000200003&lng=es.

18. González Pedraza A, Gilbaja Velázquez L, Villa García E, Acevedo Giles O, Ramírez Martínez M, Ponce Rosas E. et al. Nivel de adherencia al tratamiento y el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados. *Rev Mex Endocrinol Metab Nutr.* 2015; 2:1-7. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/293814396_Nivel_de_adherencia_al_tratamiento_y_el_control_glucemico_en_pacientes_con_diabetes_mellitus_tipo_2_descontrolados

19. Bello Escamilla N, Montoya Cáceres P. Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. *Gerokomos.* 2017; 28 (2):73-77. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n2/1134-928X-geroko-28-02-73.pdf>

20. Maidana G, Lugo G, Vera Z, Acosta P, Morínigo M, Isasi D, Mastroianni P. Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.* 2016; 14 (1). Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v14n1/v14n1a11.pdf>

21. Rodríguez López M, Varela M, Rincón Hoyos Velasco, Caicedo D, Méndez F, Gómez O. Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2015; 33 (2): 192-199. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33n2a06. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu13306.htm.

22. Gallegos Coello D. Valoración del costo social de enfermedades crónicas no transmisibles: Caso de la Diabetes Mellitus tipo II en el Ecuador. Quito. [Trabajo de grado Economista]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de

- Economía.2017. Disponible en:
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14096/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Plan Mundial contra la diabetes. Federación Internacional de Diabetes; 2011. Disponible en: www.anadisevilla.org/images/rabc/biblioteca/PMCD20112021.pdf
 24. Casper D, Hauser S, Jameson L, Fauci A, Longo D, Loscalzo J. Harrison Principios de Medicina Interna. Vol 2 19 ed. México: McGraw-Hill; 2015. p 2399
 25. Ledón Llanes L. Psychosocial impact of diabetes mellitus, experiences, meanings, and responses to disease. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2012 Abr [citado 2017 Oct 21]; 23(1): 76-97. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100007&lng=es.
 26. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Disponible en:
http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Guias_ALAD_2009.pdf
 27. Palacios A, Durán M, Obregón O. Factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. Rev. Venez. Endocrinol. Metab. [Internet]. 2012 Oct [citado 2017 Oct 20]; 10(Suppl 1): 34-40. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102012000400006&lng=es.
 28. Manual Merck. 10 ed. España; 1999. Sección 2. Cap. 13.
 29. Farreras Rozman. Medicina Interna. 17a Edición .Volumen II. Sección XV Metabolismo y Nutrición. Cap. 223, pág.1784
 30. Balas Nakash M, Rodríguez Cano A, Muñoz Manrique C, Vásquez Peña P, Perichart Perera O. Tres métodos para medir la adherencia a un programa de terapia médica y nutrición en mujeres embarazadas con diabetes y su asociación con el control glucémico. Revista de Investigación Clínica. 2010; 62, (3): 235-243. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn103g.pdf>

31. Granados E; Escalante E. Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. *Liberabit* 2010; 16(2): 203-216. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v16n2/a10v16n2>
32. Vilaplana Pérez C, González Javier F, Ordoñana Martín J. Adherencia al tratamiento. Una revisión desde la perspectiva farmacéutica. *Pharm Care Esp.* 2012; 14(6):249-255. Disponible en: www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/download/97/9
33. Reyes Flores E, Trejo Álvarez R, Arguijo Abrego S, Jiménez Gómez A, Castillo Castro A, Hernández Silva A, Mazzoni Chávez L. Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Rev Med Hondur.* 2016; (84): 3-4. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>
34. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. “[Internet]” “Recuperado 21 de Octubre de 2017. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v19_n1.pdf
35. Mediavilla Bravo J. Factores asociados con la adherencia a la medicación en las personas con diabetes tipo 2. *Diabet Med* 2015; 32(6):725-37. Disponible en: <http://www.redgdps.org/gestor/upload/file/UPDATE%202015/Update%20en%20diabetes%206-2-2-2015%20.pdf>
36. Ortiz M, Ortiz E. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev. Méd. Chile* [Internet]. 2007 Mayo [citado 2017 Nov 16]; 135(5): 647-652. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000500014&lng=es.
37. Dios Guerra C, Pérula de Torres L. Factores relacionados con el manejo inefectivo del régimen terapéutico en pacientes crónicos de consulta de enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2012 Jun [citado 2017 Nov 16]; 21(1-2): 14-17. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100004&lng=es.

38. Organización Panamericana de la Salud. Guía para la atención integral de la diabetes mellitus. Panamá. 2009. Disponible en: http://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=119-guia-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-diabetes-mellitus&Itemid=224
39. Iglesias González R, Barutell Rubio L, Artola Menéndez S, Serrano Martín R. Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus. *Diabetes Práctica* 2014; 05(Supl Extr 2):1-2. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Diabetes/ADA.2014.esp.pdf>
40. Ramos Rangel Y, Morejón Suárez R, Gómez Valdivia M, Reina Suárez M, Rangel Díaz C, Cabrera Macías Y. Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Finlay* [Internet]. 2017 Jun [citado 2018 Nov 07]; 7 (2): 89-98. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-
41. Pascacio Vera G, Ascencio Zarazúa G, Cruz León A, Guzmán Priego C. Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco* [Internet]. 2016; 22(1-2):23-31. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48749482004>
42. Aguinaga Romero G, Barrera F. Determinación de factores que afectan la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus 2, que acuden a un club de diabéticos. *Rev Fac Cien Med (Quito)*, 2014; 39(1):69-78. Disponible en: revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/379/PDF
43. Gomes Villas L, Pedroso de Lima M, Pace A. Adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus: validación de instrumentos para antidiabéticos orales y insulina. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* ene.-feb. 2014;22(1). Disponible en : http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/es_0104-1169-rlae-22-01-00011.pdf
44. Romero S, Parra D, Sánchez J, Rojas L. Adherencia terapéutica de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2017; 49(1): 37-44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v49n1-2017004>

45. Buitrago Pabón E, Navarro López G, Pallares Correa W, Niño Prato F. Factores que intervienen en la falta de adherencia al tratamiento antidiabético. *Huem.* 2016 – 1.
46. Terechenko N, Baute A, J. Zamonsky. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II. *Revista Biomedicina* .2015, 10 (1) 20-33. Disponible en: <https://www.um.edu.uy/docs/diabetes.pdf>
47. Escandón-Nagel, N., Azócar B., Pérez, C. y Matus, V. (2015). Adherencia al Tratamiento en Diabetes Tipo2: Su relación con Calidad de Vida y Depresión. *Revista de Psicoterapia*, 26(101), 125-138. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/280881421_Adherencia_al_tratamiento_en_diabetes_tipo_2_Su_relacion_con_calidad_de_vida_y_depresion
48. Toledano C, Avila L, García S, Gómez G, H. Determinantes de adherencia terapéutica y control metabólico en pacientes ambulatorios con Diabetes mellitus tipo 2. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas* [Internet]. 2008; 39(4):9-17. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=57911113003>
49. Hernández-Romieu A, Elnecavé Olaiz A, Huerta-Uribe N, Reynoso-Noverón N. Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2011 Feb [citado 2018 Nov 15]; 53 (1): 34-39. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000100006&lng=es.
50. Durán Varela B, Rivera Chavira B, franco Gallegos E. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo2. *Salud pública de México*. [Revista en internet]. 2001 mayo [citad0 2018 Nov 15] ;(43): 3. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v43n3/a09v43n3.pdf
51. Gudiño Diaz C, Tituaña Andrade A. Características familiares en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al centro de salud Atuntaqui, en el período de septiembre a noviembre del 2016. [Trabajo de grado Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria]. Quito. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Medicina; 2016. Disponible en:

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12685/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

52. Carhuaricra Valle M. Factores asociados a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en usuarios adultos atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María. [Trabajo de grado Licenciada en Enfermería]. Perú. Universidad de Huánuco. Facultad de Ciencias de la Salud; 2017. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/704/MARITZA%20CA%20RHUARICRA%20VALLE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
53. Santa Muñoz I. Apoyo familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 de la ciudad de Pereira. [Trabajo de grado Especialista de Psicología del Consumidor]. Pereira. Universidad Católica de Pereira. Facultad de Ciencias Humanas, Sociales y de la Educación; 2017. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/10785/4779/1/DDMPSI109.pdf>
54. Castillo Díaz K. Factores asociados a la adherencia del tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Santa Rosa de Piura. [Trabajo de grado Médico Cirujano]. Piura. Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Medicina Humana; 2017. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2611/1/RE_MED.HUMA_KAREN.CASTILLO_FACTORES.ASOCIADOS.A.LA.ADHERENCIA_DATOS.PDF
55. Albarrán Moreno M, Medina Hernández E. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Centro de Salud Rural disperso la Concepción Coatipac. [Trabajo de grado Médico Cirujano]. Toluca. Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Medicina. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14360/407417.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
56. Moposita Yumiguano A. Adherencia terapéutica en diabéticos en el Subcentro de salud Parroquia Santa Rosa. [Trabajo de grado Médico cirujano]. Ambato. Universidad Regional Autónoma de los Andes. Facultad de Ciencias Médicas. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/1011/1/TUAMED060-2015.pdf>

Anexos

Anexo 1



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ con, C.I _____, recibí de la Dra. Lourdes Avelino Tomalá, la información sobre la investigación titulada Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos, sector 2, centro de salud Santa Elena. Año 2018. Durante la misma se me aplicaran varias preguntas con el objetivo de conocer los factores que influyen en la adherencia al tratamiento, los datos aportados se deben ajustar estrictamente a la realidad para no falsear los resultados del estudio. Se mantendrá la confidencialidad de mis datos personales a los que solo tendrán acceso las personas vinculadas a la investigación.

Mi participación es absolutamente voluntaria y en cualquier momento de la investigación puedo retirarme voluntariamente, así como decidí participar, sin que ello conlleve a afección alguna en la atención que recibo de la doctora y en el centro de salud.

Doy mi consentimiento para que los resultados de la investigación sean publicados, siempre que se mantenga el anonimato de mi persona.

Y para que así conste y por mi libre voluntad firmo el presente consentimiento.

Conjuntamente con la autora en Santa Elena a los _____ días del mes de _____ del 20_____

Nombre y Apellido de la paciente:

Firma: _____ C. I: _____

Nombre y Apellido de la autora:

Firma: _____ C.I: _____

Encuesta de Adherencia al tratamiento
Universidad Católica Santiago de Santiago de Guayaquil
Escuela de Graduados
Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

El siguiente cuestionario tiene como finalidad revisar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento, es para ser respondido voluntaria y anónimamente, le garantizamos su estricta confidencialidad.

Marque con una X las siguientes interrogantes, cual sea su caso o con la que más se identifique. Se agradece su colaboración.

Sección 1

Aspectos sociodemográficos

1. Edad:
2. Sexo: Masculino Femenino
3. Nivel de escolaridad:
 - a) Analfabeto(a)
 - b) Primaria
 - c) Secundaria
 - d) Superior
4. Estado civil
 - a) Soltero/a
 - b) Casado/a
 - c) Viudo/a
 - d) Divorciado/a
 - e) Unión libre
5. ¿Señale con una X cuál es su ocupación?
 - a) Empleado
 - b) Desempleado
 - c) Ama de casa
 - d) Jubilado

Sección 2

Adherencia farmacológica

Test de Morisky-Green

6. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
Sí No

7. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

Sí No

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

Sí No

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

Sí No

Adherencia no farmacológica

Alimentación saludable:

10. ¿Alguna vez deja de hacer la dieta tal y como se la indicó su médico?

a) Sí

b) No

11. ¿Come con la frecuencia y en los horarios indicados por su médico?

a) Sí

b) No

12. ¿Cuándo se siente bien, incumple con la dieta indicada por el médico?

a) Sí

b) No

Actividad física

13. Realiza usted al menos 3 veces a la semana y al menos 30 minutos algún ejercicio físico?

a) Sí

b) No

Hábitos tóxicos

14. ¿Consume usted bebidas alcohólicas tanto como un vaso o más diariamente?

a) Sí

b) No

15. ¿Tiene usted hábito de fumar?

a) Sí

b) No

Sección 3

Factores influyentes

Familiares:

16. ¿Algún familiar le recuerda la toma de sus medicamentos?

- a) Si
- b) No

17. ¿Cuándo acude a la consulta, lo acompaña algún familiar?

- a) Si
- b) No

18. ¿Recibe ayuda de algún familiar cuando tiene que comprar la medicina?

- a) Si
- b) No

Relacionados con la medicación:

19. ¿Qué tipo de medicamento utiliza para el control de su enfermedad?

- a) Orales
- b) Insulina

20. ¿Cuántas veces toma los medicamentos, o se aplica la insulina para su tratamiento?

- a) 1 a 2 veces al día
- b) Más de 2 veces al día

Relacionados con los servicios de salud:

21. ¿Cuándo acude a consulta al centro de salud con qué frecuencia le entregan el medicamento?

- a) Siempre
- b) Algunas veces
- c) Nunca

22. ¿Cómo le parece la atención que le brinda el médico en la consulta?

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mal



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

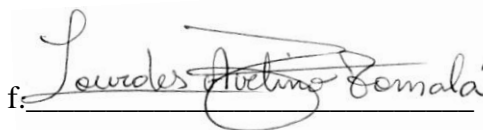
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Lourdes Isabel Avelino Tomalá**, con C.C: # **0917003428** autor del trabajo de titulación: “**Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2. Sector 2. Centro de salud Santa Elena. Año 2018**”, previo a la obtención del título de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 17 de diciembre del 2018

f: 

Nombre: **Avelino Tomalá Lourdes Isabel**

C.C: **0915475859**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	"Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2. Sector 2. Centro de salud Santa Elena. Año 2018"		
AUTOR(ES)	Lourdes Isabel Avelino Tomalá		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Mercedes Calderón Rodríguez		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Sistema de posgrado Escuela de graduados en Ciencias de la Salud.		
CARRERA:	Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	17 de diciembre del 2018	No. DE PÁGINAS:	69
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina familiar, Gerencia en salud, Prevención y promoción en salud.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Adherencia al tratamiento, factores, diabetes mellitus tipo 2.		
RESUMEN/ABSTRACT:			
<p>Antecedentes: La Diabetes Mellitus tipo 2 representa elevadas tasas de morbimortalidad como resultado de que los pacientes no se adhieren al tratamiento farmacológico y no farmacológico; cuando esto ocurre los pacientes pueden presentar complicaciones, discapacidad y muerte. En estudios realizados a nivel mundial la adherencia en los países industrializados es del 50 %, en los países con menor desarrollo es del 25%. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, analítico, con nivel de investigación relacional a 92 pacientes diabéticos tipo 2 del centro de salud Santa Elena, sector 2, se aplicó un cuestionario que incluía en una sección el Test de Morisky Green para identificar la adherencia farmacológica, otra sección para la adherencia no farmacológica y los factores influyentes en la no adherencia, se calculó la relación entre las variables a través de la prueba Chi-cuadrado. Resultados: Predominó el grupo de 50 a 59 años (32,6%), el sexo femenino (55,4 %), la escolaridad primaria (57,6%), amas de casa (48,9%) estado civil casado (71,7%), el 52,2% no tiene adherencia farmacológica, el 81,5% no tiene adherencia no farmacológica; los factores asociados a la no adherencia farmacológica fueron: la escolaridad primaria con (p=0,03), sobrepeso (p=0,008), no apoyo familiar (p=0,00); con la no adherencia no farmacológica: escolaridad primaria con (p=0,01), sobrepeso (p= 0,001), no apoyo familiar (p=0,00), percepción de la atención médica (p=0,01). Conclusiones: La escolaridad, el sobrepeso, el no tener apoyo familiar y la percepción de la atención médica fueron factores asociados a la no adherencia en los pacientes diabéticos.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 04-2782960 0991089893	E-mail: lourdes.avelino123@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Xavier Landívar Varas		
	Teléfono: +593-4-2206953-2-1-0 ext. 1830		
	E-mail: Xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			