



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

TEMA:

**“FACTORES VINCULADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA
DIABETES MELLITUS TIPO 2, DE CUATRO CONSULTORIOS DEL CENTRO DE
SALUD BABA. AÑO 2018”.**

AUTOR:

MD. ORTEGA MORA, IRMA ROCIO

**Trabajo de Investigación
previo a la Obtención del Título de:**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TUTOR:

DR. DRANGUET BOULY, JOSÉ ISMAEL

GUAYAQUIL - ECUADOR

2018



UNIVERSIDAD CATOLICA 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. Irma Rocio Ortega Mora*, 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 2018

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dr. José Ismael Dranguet Bouly

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Msc. Xavier Landívar Varas



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

YO, Irma Rocio Ortega Mora

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “*Factores Vinculados a la Adherencia al Tratamiento en la Diabetes Mellitus tipo 2, de cuatro Consultorios del Centro de Salud Baba. 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 año 2018

EL AUTOR:

MD. IRMA ROCIO ORTEGA MORA



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

AUTORIZACIÓN:

YO, Irma Rocio Ortega Mora

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 Vinculados a la Adherencia al Tratamiento en la Diabetes Mellitus tipo 2, de cuatro Consultorios del Centro de Salud Baba. Año 2018”**. Cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

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

EL AUTOR:

MD. IRMA ROCIO ORTEGA MORA

Urkund Analysis Result

Analysed Document: tesis Irma Ortega.docx (D45647641)
Submitted: 12/12/2018 10:14:00 PM
Submitted By: iromarrs@hotmail.com
Significance: 2 %

Sources included in the report:

https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf
http://pharmaceutical-care.org/revista/doccontenidos/articulos/6_REVISION.pdf
<http://www.elsevier.es/es-revista-reemo-70-articulo-analisis-preliminar-adherencia-al-tratamiento-13034425>
<http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>
<http://www.sepsiq.org/file/Noticias/PlandeAdherenciaalTratamiento-Farmaindustria.pdf>
[http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115635/TESIS.Adherencia%20y%20percepcion%20de%20enfermedad%20%20\(1\).pdf?sequence=1](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115635/TESIS.Adherencia%20y%20percepcion%20de%20enfermedad%20%20(1).pdf?sequence=1)
<http://bdigital.unal.edu.co/49723/1/1016011986.2015.pdf>

Instances where selected sources appear:

8

1. Agradecimiento

Gracias a Dios porque cada día bendice mi vida con la oportunidad de disfrutar al lado de las personas que sé que más me aman, y a las que yo más amo en mi vida, gracias a Dios por mis padres que me permitieron conocer de Dios y de su infinita bondad.

Gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños. El amor recibido, la dedicación y la paciencia con la que cada día se preocupaban por mi avance y desarrollo de esta tesis, es simplemente único y se refleja en la vida de un hijo.

Gracias a mi amor Adrian por confiar y creer en mí y en mis expectativas, gracias por desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por sus palabras.

Gracias a la vida por este nuevo triunfo, gracias a todas las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de esta tesis.

2. Dedicatoria

La presente tesis la dedico a toda mi familia que creyeron en mí, principalmente a mis padres, por darme ejemplos dignos de superación y entrega; porque gracias a ustedes que han sido un pilar fundamental en mi formación como profesional, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen y porque admiro su fortaleza.

A mi pareja gracias por brindarme su paciencia y comprensión, y por ultimo a esos verdaderos amigos con los que compartimos todos estos años juntos.

A mi hermana Zoraida, gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación, el anhelo de triunfo en la vida; por brindarme la confianza, consejos y recursos para lograrlo.

A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO

DIRECTOR DEL POSGRADO

f. _____

ARANDA CANOSA, SANNY

COORDINADORA DOCENTE

f. _____

BATISTA PEREDA, YUBEL

OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Escuela de
Graduados
en Ciencias de la Salud
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 VINCULADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2, DE CUATRO CONSULTORIOS DEL CENTRO DE SALUD BABA. AÑO 2018"
ALUMNO: IRMA ROCIO ORTEGA MORA
FECHA:

No.	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 LANDIVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO MFC

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
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.....	XI
7 ÍNDICE DE ANEXOS.....	XIII
8 RESUMEN.....	XIV
9 ABSTRACT.....	XV
10 INTRODUCCIÓN.....	2
11 EL PROBLEMA.....	7
11.1 IDENTIFICACION, VALORACION Y PLANTEAMIENTO.....	7
11.2 FORMULACIÓN.....	8
12 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	9
12.1 GENERAL.....	9
12.2 ESPECÍFICO.....	9
13 MARCO TEÓRICO.....	10
13.1 DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	10
13.2 FACTORES DE RIESGO DE LA DIABETES MELLITUS 2.....	12
13.3 COMPLICACIONES.....	13
13.4 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	21
13.5 FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DIABÉTICOS.....	24
13.6 ESCALAS DE EVALUACIÓN DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO 2.....	26
14 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	29
15 MÉTODOS.....	30
15.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	30
15.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
15.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.....	30
15.2.2 procedimiento de recolección de la información.....	
15.2.3 Técnicas de recolección de información.....	32
15.2.4 Técnicas de análisis estadístico.....	32
15.3 VARIABLES.....	33
15.3.1 Operacionalización de variables.....	
16 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	34
15 CONCLUSIONES.....	46
16 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGTACIÓN.....	47
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	48

6. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Distribución de diabéticos tipo 2 según grupos de edades de los cuatro consultorios del centro de salud Baba. Año 2018.....	34
Tabla N° 2 Distribución de diabéticos tipo 2 según sexo de los cuatro consultorios del centro de salud Baba. Año 2018.....	34
Tabla N° 3 Distribución de diabéticos tipo 2 según estado civil de los cuatro consultorios del centro de salud Baba. Año 2018.....	35
Tabla N° 4 Distribución de diabéticos tipo 2 según nivel de instrucción de los cuatro consultorios del centro de salud Baba. Año 2018.....	35
Tabla N° 5 Distribución de diabéticos tipo 2 según per cápita familiar de los cuatro consultorios del centro de salud Baba. Año 2018.....	36
Tabla N° 6 Distribución de los pacientes diabéticos tipo 2 según conocimiento de diabetes. Centro de salud Baba. Año 2018.....	36
Tabla N° 7 Distribución de los pacientes diabéticos tipo 2 según controles médicos. Centro de salud Baba. Año 2018.....	37
Tabla N° 8 Distribución de los pacientes diabéticos tipo 2 según disponibilidad del fármaco hipoglicemiante. Centro de salud Baba. Año 2018.....	37
Tabla N° 9 Distribución de los pacientes diabéticos tipo 2 según apoyo familiar. Centro de salud Baba. Año 2018.....	38
Tabla N° 10 Distribución de los pacientes diabéticos tipo 2 según relación médico paciente que perciben del centro de salud Baba. Año 2018.....	38
Tabla N° 11 Distribución de pacientes diabéticos tipo 2 según adherencia al tratamiento. Centro de salud Baba. Año 2018.....	39
Tabla N° 12 Distribución de la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos tipo 2 con relación a la edad del centro de salud Baba. Año 2018.....	39
Tabla N° 13 Distribución de la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos con relación al sexo del centro de salud Baba. Año 2018.....	40
Tabla N° 14 Distribución de la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos con relación al estado civil del centro de salud Baba. Año 2018.....	41
Tabla N° 15 Distribución de la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos con relación al nivel de instrucción del centro de salud Baba. Año 2018.....	41
Tabla N° 16 Distribución de la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos con relación al per cápita familiar del centro de salud Baba. Año 2018.....	42

Tabla N° 17 Adherencia al tratamiento con relación al conocimiento de la enfermedad en los pacientes diabéticos del centro de salud Baba. Año 2018.....	42
Tabla N° 18 Adherencia al tratamiento con relación a los controles médicos de la enfermedad en los pacientes diabéticos del centro de salud Baba. Año 2018.....	43
Tabla N° 19 Adherencia al tratamiento con relación a la disponibilidad de los fármacos de la enfermedad en los pacientes diabéticos del centro de salud Baba. Año 2018.....	43
Tabla N° 20 Adherencia al tratamiento con relación al apoyo familiar de la enfermedad en los pacientes diabéticos del centro de salud Baba. Año 2018.....	44
Tabla N° 21 Adherencia al tratamiento con respecto a la relación médico paciente de la enfermedad en los pacientes diabéticos de centro de salud Baba. Año 2018.....	44

7. ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	54
ANEXO 2 ENCUESTA.....	55
ANEXO 3 TEST MÉDICO PACIENTE PREMEPA.....	58

8. Resumen

Antecedentes: Según la FID, en el 2015 hubo 415 millones de adultos con diabetes a nivel mundial. En Ecuador la prevalencia de la enfermedad entre 20 a 79 años 8.5%. INEC en el año 2014 reportó como segunda causa de mortalidad a la diabetes mellitus, primera causa de mortalidad en la población femenina y tercera en la masculina. El Ministerio de Salud Pública estableció una Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, con la finalidad de estandarizar su manejo y potenciar la calidad de la atención médica.

Materiales y Métodos: estudio investigativo relacional, observacional, retrospectivo, transversal y analítico; que incluyó 98 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) mayores de 20 años, que pertenecen a los cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria, del centro de salud Baba; que se realizó en el periodo del año 2018, la información fue tomada a través de una encuesta.

Resultados: 98 encuestados con DM2; 40.8 % adherentes, 59.2 % no adherentes; 50-54 años (27.55%), sexo femenino 64.3%, unión libre 93%, instrucción primaria 65.39%; y del per cápita familiar la pobreza 60.2%.

Conclusiones: Predominan 50 a 54 años, femenino, unión libre, la instrucción primaria, la pobreza, los que tienen conocimiento de la enfermedad, acuden a controles médicos, los que siempre disponen de fármacos, tienen mucho apoyo familiar y la buena relación médico-paciente; predominando la no adherencia al tratamiento; existe relación estadísticamente significativa conocimiento de la enfermedad, apoyo familiar y relación médico paciente.

Palabras clave: ADHERENCIA TERAPÉUTICA, FACTORES VINCULADOS, DIABETES MELLITUS TIPO 2, ENFERMEDAD CRÓNICA.

9. Abstract

Background: According to the IDF, in 2015 there were 415 million adults with diabetes worldwide. In Ecuador the prevalence of the disease among is 20 to 79 years 8.5%. INEC in 2014 is reported as the second cause of death to diabetes mellitus, first cause of mortality in the female and third population in the male. The Ministry of public health established the clinical practice guidelines for prevention, diagnosis and treatment of diabetes mellitus type 2, in order to standardize its management and enhance the quality of health care.

Materials and Methods: research study relational, observational, retrospective, cross-sectional and analytical; that included 98 patients with diabetes mellitus type 2 (DM2) over 20 years, belonging to four doctors of Family and Community Medicine, Baba Health Center; that was carried out from July 2017-2018 July, information was taken through a survey.

Results: 98 surveyed with DM2; 40.8% adherents, 59.2% non-adherent; 50-59 years of age prevailed 40% female 64%, 93%, 51% primary education free union; and the family capita 50%, followed by poverty extreme 41.8%.

Conclusions: adherence to treatment in patients with DM2 from the study was linked by sociodemographic and clinical variables, the majority of these being non-adherent to treatment; there is a significant relationship between the variables: patient physician relationship, knowledge of the disease and family support.

Key words: THERAPEUTIC ADHERENCE, FACTORS RELATED, DIABETES MELLITUS TYPE 2, CHRONIC DISEASE.

10. INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) es un problema de salud desde la segunda mitad del siglo XXI, por la prevalencia que va en aumento y sus costos para los sistemas de salud. Los primeros referentes de la DM se remontan al año 1550 a.c. en el manuscrito descubierto por Ebers en Egipto donde se describen síntomas que parecen corresponder a la diabetes. En el siglo II, Areteo le dio a esta afección el nombre de diabetes, que significa en griego sifón. En el siglo XVI Thomas Willis (1621-1675) hizo la primera referencia en medicina occidental de orina dulce en la diabetes. En 1775 Dopson identificó la presencia de glucosa en la orina. En 1788 el inglés Rollo consiguió mejorías en pacientes diabéticos con un tratamiento en proteínas, grasas y limitado hidrato de carbono (1).

En 1979 la Asociación Americana de Diabetes (ADA) recomienda dieta y ejercicio para el manejo del paciente diabético, siendo reconocido después por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como tratamiento no farmacológico. En 1991 la OMS y la federación internacional de diabetes (FID) instauraron el 14 de noviembre como día mundial de la diabetes, pues en esa fecha se conmemora el descubrimiento de la insulina por Frederick Banting y Charles Best. El 2006 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) oficializó la fecha (1,2).

La diabetes es un trastorno metabólico, crónico-degenerativo de origen multifactorial que contiene el fenotipo de la hiperglicemia por una interacción compleja entre genética y factores ambientales. En 1996 la OMS advertía que: “La diabetes ha surgido en este siglo como un problema de salud pública que alcanzó proporciones de pandemia”. Más de 20 años después de esta advertencia, las cifras de la prevalencia de diabetes aumentaron. La OMS ratifica a la diabetes como una enfermedad crónica, porque en la mayoría de los países de bajos y medianos ingresos, las estrategias de la atención primaria de la salud son incompletas y representan mayores dificultades para el control de la glucosa; produciendo inconvenientes para lograr un buen estado de salud (3,4,5).

La DM tipo 2 se conoce como no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta, se presenta por una utilización ineficaz de la insulina. La mayoría de los casos mundiales son por un peso corporal excesivo e inactividad física, esto predispone a la aparición de

cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, mortalidad y discapacidad prematura; perjudicando desproporcionadamente a las poblaciones de países de ingresos bajos y medianos, donde los sistemas de salud son frágiles (6, 7, 8.).

Entre las causas que originan el aumento “explosivo” de la DM2, están: el envejecimiento paulatino de la población, el incremento de la obesidad, los hábitos erróneos de la alimentación y los modos de vida sedentarios (9, 10).

En el 2014, según la OMS 50% de pacientes con diabetes muere de enfermedad cardiovascular, pueden desarrollar alguna neuropatía, cardiopatía o accidente vascular cerebral; y de 10% a 20% la principal causa de muerte es por insuficiencia renal. La OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) refieren que en América la mortalidad estandarizada de DM2 por edad muestran una ligera diferencia entre los hombres (35.6%) y las mujeres (31.6%) por 100 mil habitantes (9).

En el 2015, según la séptima edición del Atlas de la Diabetes, con datos actualizados, 415 millones de adultos entre los 20 y 79 años tienen diabetes, y de éstos 193 millones no están diagnosticados. Otros 318 millones tienen tolerancia a la glucosa alterada, lo que los pone en alto riesgo de desarrollar la enfermedad. Si no se detiene este aumento, para el año 2040 habrá 642 millones de personas con diabetes (11,12).

En el 2015 la FID reportó que la prevalencia de diabetes en adultos era 6.1% en el mundo. La diabetes tipo 2 una enfermedad altamente prevenible representa el 90 % de los casos a nivel mundial, como consecuencia del sobrepeso, la obesidad y la inactividad física, el resto de los casos de deben a la diabetes tipo 1 o gestacional. En México sólo el 16% tiene un control adecuado del 10% de la población que padece diabetes. Quienes aún no han sido diagnosticados estiman que la cifra se duplicará. El mayor número de casos lo aporta la región del Pacífico Occidental con 138 millones, seguidos por Asia 72 millones, Europa 56 millones, Norte América y el Caribe 37 millones, Sud América y Centro América 24 millones. En Sud América y Centro América se calcula que, de casos diagnosticados en el 2013 de 25 millones, el aumento al 2035 sea de 38.5 millones (13, 14).

La FID en el año 2015 reportó que en Ecuador la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en adultos, entre 20 a 79 años es del 8.5 %, con un incremento del 10.3 % en el tercer decenio de vida, al 12.3 % para mayores de 60 años y hasta un 15.2 % en el grupo de 60 a 64 años, reportando elevación de la tasa en las provincias de la Costa y la zona Insular con una incidencia mayor en mujeres (15, 16, 17).

En el 2017, el Instituto Nacional de Estadística y Censo del Ecuador (INEC), presentó que, en el 2006, de cada cien mil habitantes 20,6 morían por esta enfermedad; en el 2011 de cada cien mil, fallecían 29,18. Muriendo 4.456 personas a causa de diabetes mellitus, cuya tasa de mortalidad creció casi nueve puntos en cinco años, INEC según datos de un estudio entre los años 2007 y 2016, el número de fallecidos por diabetes en Ecuador creció de 3.292 a 4.906 personas, un incremento de 51%. INEC colocó a la DM en el segundo lugar entre las 10 primeras causas de muerte. Además, el Ministerio de Salud Pública (MSP), en Ecuador, informó que la DM tipo 2 junto a las enfermedades cardiovasculares (infartos cardíacos) y las patologías cerebrovasculares (hipertensión y colesterol elevado) están dentro de las 10 causas de muerte y de la mayor carga de consultas y egresos hospitalarios desde hace más de dos décadas (18, 19, 20).

En el país, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2011-2013) revela que la prevalencia de esta enfermedad para la población de entre 10 y 59 años es de 2.7%. En el área urbana es 3.2% y en la rural 1.6%. Las subregiones que presentan la prevalencia más alta son Quito (4.8%) y la Costa urbana (3.8%) (20).

Delma Verón, PhD en Medicina, realizó un estudio piloto sobre los factores sociales y biológicos asociados a la diabetes en la provincia del Guayas (junio 2014 – abril 2015). Demostró con cifras oficiales, que hay una prevalencia muy alta de diabetes. “Encontramos casi el doble de lo que dicen los organismos internacionales”. Pues hallaron 16,2% de diabetes en adultos de los cantones que conforman Guayas, cuyas edades fluctuaban entre los 21 y 70 años. El 16,3%, presenta prediabetes, “con probabilidad de que progrese la diabetes”, y un 8,2% ya tiene enfermedad renal. El muestreo detectó que el 20% de personas con diabetes desconoce su diagnóstico. La investigadora está realizando un estudio en la provincia de Los Ríos, pero aún no existen datos oficiales (21).

En el cantón Baba no existen datos estadísticos de la diabetes mellitus tipo 2. Los pacientes atendidos en los consultorios del centro de Salud no están clasificados por el tipo de diabetes que padecen. Por primera vez el área urbana contó con un grupo de médicos postgradistas en medicina familiar y comunitaria, quienes a través de las visitas médicas domiciliarias, observaron que por la cultura y costumbres presentan un deficiente estilo de vida; provocando una no adherencia al tratamiento. Sin embargo, los pacientes diabéticos cuentan con el apoyo familiar, control médico, disponibilidad de fármacos, conocimiento de la enfermedad.

Es decir, que los pacientes que se adhieran y acaten las indicaciones médicas, psicológicas y conductuales, se ha transformado en un punto muy importante en la investigación contemporánea. La adherencia terapéutica es parte de la conducta humana, es el modo en que los sujetos intervienen con el cuidado y mantenimiento de su salud. Se conoce de una manifestación complicada, por otros factores, lo que trae como resultado que se dificulte su abordaje en el campo teórico, práctico e investigativo (22, 23).

Por esa razón, al incumplirse las orientaciones médicas, los pacientes diabéticos comprometen su salud, pues favorecen la progresión de la enfermedad, entorpecen el efecto y valor de un tratamiento, e impiden la realización de un buen diagnóstico. Además, generan un aumento en el costo de la atención sanitaria, ya que utilizan de forma equivocada, servicios y recursos del sistema de salud. La no adherencia al tratamiento farmacológico es un problema prevalente y notable en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas.

Las dificultades en la adherencia a los tratamientos, puede desarrollarse en diferentes tipos de conductas. Destacándose: dificultad para emprender, interrupción temprana, incompleto cumplimiento o déficit en las indicaciones expresadas en errores, negligencia en las dosis, de tiempo, de propósito (equivocación en el uso de un medicamento), la falta a consulta e interconsulta, la no modificación de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento, y se destaca la práctica de la automedicación (24).

La no adherencia al tratamiento en la DM2 es la responsable de las complicaciones a largo plazo que genera esta patología. “En los países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas es de alrededor del 50%, y en países en desarrollo es más baja” (25). Los factores que mayor influencia tienen en la adherencia se relacionan con el propio paciente, considerado siempre dentro de un entorno y como un subsistema dentro de un sistema, las características de la enfermedad, el tratamiento requerido y los servicios de salud que estén a su disposición. Por lo tanto, la confianza recíproca generada en la relación médico-paciente, es un factor fundamental y el que más influye en la adherencia al tratamiento (25, 26).

Por lo antes mencionado es necesidad de todos los técnicos de la salud conocer sobre la adherencia al tratamiento de los diabéticos, sea farmacológico o no, con una estrategia diligente, dirigida a objetivos concretos y a corto plazo, en una relación médico-paciente acertada y empática, para lograr una adecuada adherencia; clave para un planteamiento efectivo en este tipo de proceso crónico (27).

El propósito de esta investigación es establecer los factores relacionados a la adherencia al tratamiento en la DM2, que permitan transferir y actualizar información de esta patología de gran demanda en los cuatro consultorios del centro de salud Baba. Para modificar en alguna medida los mismos, logrando mejorar el control y disminuir las complicaciones. Por ello es importante un cambio en el modo y estilo de vida de las personas, ya que sería beneficioso para el control de complicaciones, la utilización eficiente de los recursos de los sistemas sanitarios, y resultados clínicos objetivos para la realización de estudios científicos.

El trabajo está constituido por: resumen, índice, introducción, planteamiento del problema, objetivo general y específicos, marco teórico, metodología, presentación de los resultados, análisis y discusión de los resultados, conclusiones, valoración crítica y referencias bibliográficas.

11. EL PROBLEMA

11.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

En Ecuador, en el año 2016 el “Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) reporto que la diabetes mellitus tipo 2 es la segunda causa de morbilidad general, la primera causa de mortalidad en la población femenina y la tercera causa en la población masculina”.

Uno de los principales problemas de salud pública en el centro de salud de Baba es la diabetes mellitus tipo 2. A pesar de los avances en cuanto al diagnóstico, tratamiento de esta patología; todavía no se ha logrado que los pacientes diabéticos tengan buena adherencia al tratamiento, ocasionando un control inadecuado de la enfermedad favoreciendo la aparición de las complicaciones de la enfermedad propias de la falta de control.

A pesar de las estrategias que se han señalado a nivel mundial con el fin de controlar la incidencia de la diabetes mellitus, las informaciones de los organismos de salud, son desalentadores, ya que día a día los nuevos casos se acrecientan en forma significativa, sin embargo, otro de los factores que es trascendental tener en cuenta sobre esta problemática es que los pacientes que ya están diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, no logran obtener controles adecuados que les permitan lograr los objetivos en los diferentes tratamientos, previniendo o minimizando las complicaciones agudas y crónicas que esta situación pudiera crear.

Los factores que podrían implicar son diversos, en el no logro de efectividad en los tratamientos antidiabéticos y van desde una incorrecta intervención profesional, farmacológica y psicosocial, que para nuestro caso serían elementos externos a los pacientes y son responsabilidad de las autoridades sanitarias, las instituciones de salud y los mismos profesional es considerando que ellos son los gerentes de implementar acciones de prevención, mitigación y recuperación de la salud a un paciente que supone no tiene el mismo nivel de conocimiento técnico científico de los facultativos y por lo tanto no realiza las recomendaciones, tratamientos e indicaciones planteadas por el equipo de salud.

En el centro de salud Baba en el periodo de trabajo transcurrido en la atención a los pacientes diabéticos tipo 2; con la realización de las visitas domiciliarias; las consultas intramurales y el análisis de la situación de salud, se ha observado una falta importante de adherencia de estos pacientes al tratamiento, en lo que intervienen algunos factores sociodemográficos y de conocimiento, así como los relacionados con la familia, todo esto trae como consecuencia la aparición de complicaciones que obviamente disminuyen la calidad de vida de estos pacientes. Al no existir estudios anteriores en este centro que identifiquen estos factores, la autora de este trabajo se planteó el propósito de identificarlos, con la finalidad de que en investigaciones posteriores se puedan elaborar estrategias para modificarlo

11.2 Formulación

¿Cuáles son los factores vinculados a la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo 2 de cuatro consultorios del centro de salud Baba en el periodo del año 2018?

12. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

12.1 General

Asociar los factores vinculados a la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2 de cuatro consultorios del centro de salud Baba. Año 2018

12.2 Específicos

- Caracterizar la población de diabéticos tipo 2 según variables sociodemográficas y clínicas.
- Determinar la adherencia al tratamiento en la población de estudio.
- Determinar la posible relación entre factores vinculados y la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2.

13 MARCO TEÓRICO

13.1 Diabetes Mellitus tipo 2

La DM2 fue designada como diabetes no insulino dependiente a inicio en la edad adulta, porque el organismo no usa la insulina eficazmente. Es una enfermedad metabólica, crónico degenerativo de origen multifactorial, donde intervienen diversos factores genéticos (poligenética) y factores desencadenantes de tipo ambiental. Por tal motivo, es importante evaluar la existencia de factores de riesgo tanto a nivel individual como familiar y así mejorar los controles en forma adecuada y evitar esta patología. Es una patología crónica y que puede llegar a complicarse debido a la resistencia sobre la acción de la insulina, y en lo posterior producir deficiencia de esta hormona. Los síntomas pueden ser parecidos a los de la diabetes de tipo 1 pero menos intensos, y a veces no los hay. Dependiendo de los síntomas que el individuo presente, es posible que esta patología no sea diagnosticada sino hasta unos cuantos años después de su inicio, cuando ya se evidencian ciertas complicaciones. Por años la diabetes de tipo 2 fue diagnosticada solo en los adultos; pero a partir de la última década también empieza a verse en los niños (1,2).

La diabetes se clasifica de acuerdo a la etiología y características fisiopatológicas:

1. Diabetes tipo 1 debido a la destrucción autoinmune de las células B, generalmente conlleva a un déficit de insulina
2. Diabetes tipo 2 debido a una pérdida progresiva de secreción de insulina de células B con frecuencia en el fondo de la resistencia a la insulina
 - a. Predominantemente insulino resistente con deficiencia relativa de insulina.
 - b. Predominantemente con un defecto secretor de la insulina con o sin resistencia a la misma.
3. Otros tipos de diabetes, por ejemplo, síndromes de diabetes monogénica (diabetes neonatal y diabetes de inicio en la madurez de los jóvenes [MODY]), enfermedades del páncreas exocrino (fibrosis quística) y drogas o diabetes inducida por sustancias químicas (uso de glucocorticoides, en el tratamiento de VIH / SIDA, o después del trasplante de órganos).

4. Diabetes gestacional diabetes diagnosticada en el segundo o tercer trimestre del embarazo que no fue claramente diabetes abierta antes de la gestación (2)

Se caracteriza por tres alteraciones fisiopatológicas:

- Trastorno de la secreción de insulina.
- Resistencia periférica a la insulina.
- Producción hepática excesiva de glucosa.

Para el diagnóstico de la DM2 se puede utilizar los siguientes criterios:

1. Glucemia en ayuno medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 126 mg/dL ($\geq 7,0$ mmol/l), que debe ser confirmada en una segunda prueba.
2. Glucemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dL ($\geq 11,1$ mmol/l) dos horas después de una carga de 75 gramos de glucosa durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa, (PTOG) (1).
3. Síntomas clínicos de diabetes más una glucemia casual medida en plasma venoso que sea igual a mayor a 200 mg/dL (11,1 mmol/L). Los síntomas clásicos de la diabetes incluyen el aumento del apetito, poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso (1).
4. Una hemoglobina glicosilada A1c (HbA1c) * mayor o igual a 6,5 %. *Para diagnóstico de la (DM2) con HbA1c solo aplica si el examen es referido a centros que empleen una metodología estandarizada según la National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP) y avalada por el MSP (1,2).

Alteraciones de la tolerancia a la glucosa (TTG)	
Glucosa plasmática en ayunas	<7,0 mmol/l (126 mg/dl) y además
Glucosa plasmática a las 2 horas*	$\geq 7,8$ y <11,1 mmol/l (140 mg/dl y 200 mg/dl)
Trastorno de la tolerancia a la glucosa (TTG)	
Glucosa plasmática en ayunas	de 6,1 a 6,9 mmol/l (de 110 mg/dl a 125 mg/dl) y si se la mide
Glucosa plasmática a las 2 horas*	<7,8 mmol/l (140 mg/dl)
Diabetes gestacional	
Uno o varios de los siguientes:	
Glucosa plasmática en ayunas	de 5,1 a 6,9 mmol/l (92-125 mg/dl)
Glucosa plasmática 1 hora después**	$\geq 10,0$ mmol/l (180 mg/dl)
Glucosa plasmática a las 2 horas	8,5-11,0 mmol/l (153-199 mg/dl)

13.2 Los factores de riesgo de la DM2.

La DM2 es una patología que tiene diferentes presentaciones, con afecciones genéticas que definen la edad de su aparición clínica y la relativa importancia de sus alteraciones que se relaciona con factores ambientales, genéticos y metabólicos. El fumador activo aumenta el riesgo de DM2, que persiste unos 10 años después del abandono del hábito de fumar, los individuos que han fumado poco el riesgo es mínimo (2).

La alimentación no saludable, la inactividad física, el abuso de alcohol y el consumo de cigarrillos, son los cuatro factores de riesgo relacionados directamente con las enfermedades no transmisibles, entre ellas la diabetes. Además algunos datos recientes apuntan, a la presencia de una asociación entre un consumo elevado de bebidas azucaradas y el riesgo de DM2 (2).

Influye la nutrición en la primera infancia en el riesgo de padecer DM2 en etapas posteriores de la vida. Los factores que aumentan este riesgo son: el retraso del crecimiento fetal, la insuficiencia ponderal del recién nacido; especialmente si va seguida de un crecimiento rápido de recuperación en el periodo postnatal y el alto peso al nacer (2).

Se incrementa el riesgo cuando existe un antecedente de diabetes en la familia y un episodio anterior de diabetes gestacional. Los adultos con diabetes tienen complicaciones 2 a 3 veces mayor de infarto de miocardio, de accidente cerebrovascular, de insuficiencia renal, de amputación de miembros inferiores, de la pérdida de agudeza visual y la neuropatía. La diabetes de todo tipo puede producir complicaciones en muchas partes del cuerpo y aumentar el riesgo general de morir prematuramente (2).

Las neuropatías de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementan el riesgo de úlceras, infección y en última instancia, amputación (2).

La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. El 2,6% de los casos mundiales de ceguera es consecuencia de la diabetes (2,3).

Los casos de DM2 con alteración monogénica son raros y se presentan desde el nacimiento hasta la adolescencia; en ellos el factor obesidad es secundario. En el embarazo, la diabetes mal controlada aumenta el riesgo de muerte fetal y otras complicaciones (3).

En la DM2 la influencia del medio ambiente cobra mayor importancia y se caracteriza por ser poligénica y multifactorial, con una progresiva disminución de la secreción de la insulina asociada a la alteración paulatina del control de la glucemia; todas estas características se presentan gradualmente (3).

La mayoría de los individuos con diabetes tiene otros miembros de su familia con la misma enfermedad. A menudo tuvieron bajo peso al nacer y un aumento de peso mayor a lo normal durante la adolescencia. Casi todos ellos acumulan la grasa en el abdomen. Un alto porcentaje sufre hipertensión arterial, concentraciones anormales de colesterol, triglicéridos, colesterol HDL y ácido úrico antes de la aparición de la Hiperglucemia (3).

Esta variabilidad comprende tanto factores genéticos, como ambientales e inmunológicos y pueden producir, desde la destrucción de las células β del páncreas con el consiguiente déficit de insulina, hasta alteraciones que ocasionan resistencias a la acción de la insulina (3, 4).

13.3 Complicaciones

La diabetes presenta una elevada morbilidad y mortalidad como consecuencia de las complicaciones agudas y crónicas.

Las complicaciones agudas están ocasionadas por una hiperglicemia derivada de la reducción de la insulina circulante asociada a una elevación del glucagón, las catecolaminas, el cortisol, y la hormona del crecimiento.

Las complicaciones crónicas a largo plazo: retinopatía, nefropatía y neuropatía: relacionadas con alteraciones Microangiopática secundarias al daño tisular que ocasiona la hiperglicemia crónica. La glucosilación de las proteínas tisulares y de otras macromoléculas, y un exceso de producción de compuestos poliólicos de glucosa. Los pacientes con diabetes también pueden presentar complicaciones Macroangiopáticas

que son: cardiopatía isquémica, enfermedad vascular periférica y enfermedad vascular cerebral; como consecuencia del incremento de la aterogeneidad (5).

La presencia y progresión de las complicaciones crónicas están asociadas a factores de riesgo como son la edad, el sexo, el sedentarismo, la obesidad, el tabaquismo, los antecedentes familiares de diabetes, el tiempo de evolución de la enfermedad, la hipertensión arterial, la dislipidemia, y un deficiente control metabólico (6).

A. Complicaciones vasculares, las cuales se clasifican en dos grupos:

1. Las macrovasculares dentro de las cuales se encuentran las coronarias (angina, infarto miocárdico); las carótidas y cerebrales (accidente vascular encefálico como infarto, hemorragia, etc.) y las periféricas (claudicación intermitente, ulceración, gangrena).

2. Las microvasculares, las cuales están compuestas por las oculares (retinopatía, catarata, parálisis de nervios craneales, glaucoma); las renales (microalbuminuria, nefropatía incipiente o macro proteinuria, síndrome nefrótico, insuficiencia renal crónica terminal, pielonefritis crónica); sistema nervioso periférico autonómico (neuropatía periférica, amiotrofia, neuropatía autonómica visceral) (8)

B. Complicaciones agudas:

*Cetoacidosis Diabética (CAD)

*Hiperglucemia Hiperosmolar de Origen no Cetónico

- Cetoacidosis diabéticas (CAD)

Es una complicación metabólica aguda propia de la Diabetes Tipo 1, aunque también puede suceder en pacientes con Diabetes Tipo 2. Si bien puede constituir la primera manifestación de una Diabetes Tipo 2 no diagnosticada, de forma más frecuente aparece en personas con Diabetes Mellitus conocida. Se produce como consecuencia de un déficit absoluto de insulina junto a un exceso en la liberación de hormonas que incrementan la producción hepática de glucosa (glucagón, adrenalina), disminuyendo la utilización periférica de la glucosa y estimulando la liberación de ácidos grasos de los adipocitos que son transformados en cuerpos cetónicos por el hígado (7,8).

Se caracteriza por la aparición de hiperglucemia (generalmente, superior a 300 mg/dl), cuerpos cetónicos en plasma, acidosis metabólica (pH < 7,3, bicarbonato plasmático <

15 mEq/l), glucosuria y cetonuria. En cuanto a las manifestaciones clínicas asociadas a la Cetoacidosis, suele manifestarse con anorexia, náuseas, vómitos, poliuria con polidipsia, dolor abdominal, alteraciones de la consciencia y, en un pequeño porcentaje de pacientes, coma (9).

En cuanto al tratamiento, tal y como se señala con anterioridad, la aparición de Cetoacidosis supone causa de ingreso hospitalario. Los objetivos del tratamiento son corregir el trastorno hidroelectrolítico mediante la reposición de líquidos y sales, corregir el trastorno metabólico mediante la administración de insulina y revertir los factores precipitantes del cuadro.

Dentro de los distintos aspectos del tratamiento, la medida más urgente es conseguir una adecuada hidratación, ya que sin ésta la insulina no alcanzaría suficientemente los tejidos diana donde realiza su acción. El volumen de líquido a administrar dependerá del estado del paciente, recomendándose iniciar la hidratación con suero salino isotónico al 0,9% (9,10).

Con relación a la administración de potasio si bien, en los primeros momentos puede estar normal, o incluso ligeramente aumentado como consecuencia de la acidosis, se precisa administrarlo desde el inicio del tratamiento, con independencia de los niveles plasmáticos del mismo, siempre que el paciente no presente anuria (9,10).

La utilización de insulina no resulta fundamental en los primeros pasos del tratamiento, hasta conseguir una adecuada perfusión venosa. El tipo de insulina a utilizar será la de acción rápida, a ser posible por vía IV en perfusión continua, pudiendo utilizarse la vía IM como alternativa, comenzando el tratamiento con dosis bajas (5 – 6 UI/hora). Algunos autores recomiendan la administración previa de 10 – 20 UI en forma de bolo rápido, antes de pasar a la perfusión IV (11,12).

- Hiperglucemia hiperosmolar de origen no cetónico

Se caracteriza por la aparición de hiperglucemia grave (generalmente, superior a 600 – 800 mg/dl), deshidratación e hiperosmolaridad plasmática en ausencia de cuerpos cetónicos. Se acompaña de depresión sensorial y manifestaciones neurológicas variables: alucinaciones, afasia, nistagmus, hemiplejía, coma, etc. (12).

Supone la causa metabólica de aparición más frecuente entre los pacientes con DM2, en pacientes de edad superior a los 60 años, siendo la mortalidad asociada a la misma,

debido a las características de la población de riesgo y a la ocasionada por la Cetoacidosis diabética. Esta descompensación aparece en sujetos sin antecedentes conocidos de Diabetes Mellitus; si bien, las personas de edad avanzada que padecen enfermedades crónicas, con alteraciones leves de la función renal, presentan un mayor riesgo de padecerla (12).

En cuanto a su forma de presentación, aparece de forma insidiosa en el transcurso de varios días con un síndrome de poliuria, polidipsia, polifagia, deshidratación, alteraciones de la temperatura corporal, anorexia, náuseas, vómitos, íleo paralítico, somnolencia, confusión, coma, convulsiones, etc.

La aparición de descompensación hiperglicemia Hiperosmolar constituye un criterio para el ingreso hospitalario, ya que la mortalidad asociada a dicha descompensación es muy elevada (> 50%). El tratamiento es similar al de la Cetoacidosis diabética, consistiendo fundamentalmente en la rehidratación (para restablecer la circulación y la diuresis) junto a la administración de insulina y potasio. Con relación a la hidratación del paciente, y como guía durante el traslado del mismo al hospital, puede iniciarse con la administración de suero salino isotónico al 0,9%, para pasar (una vez corregida la depleción de volumen) a la administración de suero salino hipotónico al 0,45% (12).

C. Complicaciones crónicas:

1- Microangiopática:

- Retinopatía diabética:

Es una complicación ocular por el deterioro de los vasos sanguíneos, que causa una fuga de fluido o sangre provocando una alteración en el capilar retinal o formando tejidos fibrosos en la retina y la imagen enviada al cerebro se hace borrosa.

Afecta al 40-50% de los pacientes con Diabetes, presentando el 10% de estos pacientes, retinopatía proliferativa.

El 20-30% de las cegueras registradas son consecuencia de la retinopatía diabética, constituyendo la primera causa de ceguera en los países desarrollados (12).

Clasificación:

- Retinopatía no proliferativa: se encuentran microaneurismas y pequeñas hemorragias
- Retinopatía pre proliferativa, presencia de áreas isquémicas

- Retinopatía proliferativa, se desarrolla a partir de la retinopatía no proliferativa, es la presencia de vasos de neo formación de hemorragias pres retinianos.
- Maculopatía, presencia de edema macular

Exámenes complementarios: Oftalmoscopia (fondo de Ojo) a través de la pupila dilatada

- Neuropatía diabética:

Es el deterioro de los nervios periféricos y centrales, es la más frecuente y precoz de la diabetes tardíamente diagnosticada, que deriva en una enfermedad vascular periférica y autonómica. Además, es la causa más común de amputaciones no traumáticas por un mal control metabólico. El riesgo relativo de neuropatía entre los diabéticos es 7 veces superior al de la población general; de manera, que se estima que el 60-70% la presentan en algún grado. Así, la neuropatía autonómica cardiovascular afectaría a más del 40% de la población de pacientes con Diabetes con más de 10 años de evolución de su enfermedad. La neuropatía diabética representa una importante causa de impotencia sexual, estimándose que hasta el 40% de los varones la padecen (13).

Alteraciones varias, Disfunción sexual Vejiga neurogénica con retención urinaria e incontinencia.

- Nefropatía diabética:

Afecta 20 – 40% de los pacientes diabéticos, principal causa de Insuficiencia Renal Crónica.

El riesgo relativo de padecer insuficiencia renal es 25 veces superior entre los sujetos que padecen Diabetes. Del 30-50% de estas personas, con una evolución de la enfermedad de 10 a 20 años presenta algún grado de afectación renal. Actualmente, la Diabetes supone el 10-13% de las causas de inclusión en programas de hemodiálisis (13).

Clasificación de las nefropatías:

1. Nefropatía insipiente, temprana (subclínica)

Caracterizada por la presencia de microalbúmina persistente en dos o más muestras tomadas durante el intervalo de tres meses.

2. Nefropatía clínica

Existe proteinuria detectable mediante métodos químicos de rutina, es una etapa por lo general irreversible que tiende a progresar en insuficiencia renal crónica que puede

también ser un síndrome nefrótico. En esta etapa se puede detectar por primera vez una elevación de la tensión arterial. Esta puede ser:

- Leve a moderada cuando solo hay proteinuria
- Severa cuando existe un deterioro de la función renal, determinada por:
 - Depuración de creatinina inferior a 70 cc/por minuto.
 - Elevación de la creatinina sérica

2- Microangiopática

- Pie diabético

Daño progresivo que la diabetes produce sobre los nervios, lo que se conoce como "Neuropatía".

Fisiopatología de la ulceración

La presencia de neuropatía, insuficiencia vascular y una respuesta alterada a la infección hacen al paciente con diabetes susceptible a los problemas de pie.

- La neuropatía incluye pérdida sensitiva, motora y autonómica,
- La neuropatía sensorial lleva a la pérdida de la sensación protectora.
- La neuropatía motora puede afectar a los músculos intrínsecos del pie y llevar a deformidades
- La neuropatía autonómica produce un pie falsamente caluroso secundario a la alteración del flujo sanguíneo
- La falta de sudoración de la piel, lo torna anormalmente con fisuras y formación fácil desabriendo el pie a una infección bacteriana (14).

El equipo de salud se debe basar en siete elementos claves para el tratamiento de la Diabetes Mellitus:

1. Educación diabetológica continuada. (Individual, familiar y grupal) y la motivación
 2. Práctica sistemática de ejercicios físicos.
 3. Conocimiento y práctica de una nutrición adecuada.
 4. Alcanzar un estilo de vida nuevo con chequeos periódicos y autocontrol (Automonitorización): incorporar a su comportamiento medidas higiénicas que van desde evitar o erradicar el hábito de fumar, asistir regularmente a consulta, velar por el aseo personal, el cuidado de los pies y la higiene bucal.
- Además de asumir una adecuada postura emocional respecto a la salud.
5. Tratamiento específico, compuestos orales e insulina.

6. Tratamiento de los factores de riesgo y complicaciones asociadas.
7. Establecimiento de una permanente y comprensiva (aunque no tolerante) relación profesional de salud – paciente (14, 15).

Algo que aparentemente salta a la vista de especialistas e investigadores, es que el tratamiento al paciente diabético debe individualizarse, y para ello ha de partirse del hecho que existen múltiples factores y variables demográficas capaces de modificar el tratamiento, tales como: sexo, peso corporal, nivel intelectual, tipo de actividad física y laboral, hábitos y estilos de vida en general, características de personalidad, presencia de complicaciones o enfermedades intercurrentes y, por supuesto, el tipo de diabetes que se padezca. Y otro aspecto a considerar, es el papel de la familia en el cuidado y la educación de la persona afectada, su contribución a que esta adquiera habilidades y conocimientos específicos que la conviertan en el verdadero protagonista y conductor de los cambios en relación a su padecimiento crónico (15)

El incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, está en el origen de complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida de los pacientes, aumenta la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos y desperdicia recursos asistenciales. Todas estas consecuencias directas alteran la capacidad de los sistemas de atención de salud de todo el mundo para lograr sus objetivos relacionados con la salud de la población (16).

Los planes terapéuticos para los individuos con DM2 tienen 4 objetivos fundamentales para controlar la glucemia:

Educación diabetológica: Tiene como principal objetivo que el paciente entienda el porqué de sus cuidados, modificar comportamientos incorrectos e integrarlo como elemento activo del manejo de la diabetes.

El paciente debe recibir instrucción y motivación continua en el automanejo del tratamiento, sobre la prevención y tratamiento de las complicaciones agudas y crónicas. Las nuevas estrategias se dirigen al cambio de conducta y al fortalecimiento de la capacidad de resolución de problemas por parte del individuo para actuar en defensa de su salud (17).

Alimentación adecuada: la dieta es el pilar básico en el tratamiento de la diabetes. La nutrición del diabético tiene los siguientes objetivos:

Alcanzar y mantener un buen control de la Hemoglobina Glicosilada (HbA1c), LDL y triglicéridos.

Obtener y mantener el peso ideal.

Prevenir grandes variaciones diarias de glucemia y lograr concentraciones cercanas a la normalidad.

Contribuir a mejorar el buen control de la presión arterial.

Alimentación equilibrada aportando los nutrientes energéticos y no energéticos que permitan cubrir adecuadamente la función de nutrición (18, 19).

Ejercicio: La actividad física regular aporta beneficios para la salud, disminuyendo el riesgo de mortalidad y el riesgo de aparición de muchas enfermedades crónicas, como enfermedades cardiovasculares, o si ya existen, de paliar sus efectos indeseables.

En nuestra sociedad las tasas de actividad física son muy bajas, y éstas aún son más bajas según aumenta la edad, dando lugar a la aparición y empeoramiento de enfermedades crónicas. La práctica del ejercicio físico regular constituye una parte del plan terapéutico que no debe ser descuidada en los pacientes diabéticos.

Fármacos: Existen varios fármacos para el tratamiento de la DM 2 y algunos pacientes realizan una terapia combinada.

Existen estudios que han demostrado que los procesos educativos para el control de la diabetes se asocian con el conocimiento sobre la misma enfermedad y el autocuidado, mejorando así mismo los resultados clínicos como la reducción de la Hemoglobina glicosilada (HbA1c), disminución de peso (IMC), mejorando calidad de vida afrontando de manera saludable la enfermedad, y disminuyendo los costos (20).

Las orientaciones de salud en estos pacientes deben ser individual y grupal, por lo que se considera una parte fundamental de los cuidados del paciente diabético, ya que mejora el control metabólico reduciendo las complicaciones agudas, las crónicas y como consecuencia de ello la hospitalización. Es importante que las personas con diabetes, utilicen o no insulina, tienen que asumir la responsabilidad del control diario de su enfermedad; por ello es clave que entiendan la enfermedad y sepan tratarla.

Detectar el déficit de conocimientos sobre su enfermedad y subsanarla, reforzando así los conceptos y las actitudes aprendidas en la educación individual. De manera que

todos los pacientes diabéticos mejoren sus conductas de autocuidado, mejoren sus estilos de vida y aprendan a detectar la presencia de factores de riesgo para evitar complicaciones a corto y largo plazo (21).

13.4 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La adherencia al tratamiento está definida como el grado de interacción entre los servicios de salud y el usuario que contribuya al cumplimiento del tratamiento y las indicaciones terapéuticas en una comunidad determinada; también como el grado en que el paciente cumple las indicaciones terapéuticas, sean éstas de naturaleza médica o psicológica-conductual. Numerosos factores que pueden estar relacionados con la adherencia al tratamiento, denominados teóricamente como determinantes de adherencia. Dentro de estos se destacan: características demográficas, socio-conductuales de los enfermos, aspectos de la interacción profesional de la salud-enfermo, rasgos de la enfermedad, regímenes terapéuticos o el esquema terapéutico, características de la institución que presta el servicio (22).

Algunos estudios revelan que el incumplimiento es mayor en las edades extremas, otros relacionan a la mujer con un mejor cumplimiento. También aparecen resultados donde los niveles socioeconómicos bajos, y de instrucción baja tienden a relacionarse con un peor cumplimiento. Se refiere en estos estudios que los trastornos de personalidad, trastornos del ánimo como la ansiedad y depresión afectan negativamente el logro de adecuados niveles de adherencia terapéutica (23).

Diversos factores de la estructura sanitaria están relacionados con el incumplimiento: la inaccesibilidad a los cuidados, el tiempo de espera, burocratización asistencial, discontinuidad de los cuidados por el mismo profesional, las citas poco frecuentes, el costo de esa atención y el pago por los medicamentos son barreras que se configuran como influyentes negativos de este proceso (24).

El comportamiento del profesional resulta muy importante para que el paciente siga las instrucciones y se adhiera al tratamiento. Es necesario que el profesional sea competente, empático y transmita seguridad y confianza. La competencia se evidencia

en el nivel de preparación y reputación del profesional, la confiabilidad, la pertinencia y claridad de criterios y sugerencias que emita. Por otra parte, la empatía está vinculada con el trato que sea capaz de brindar y el interés que demuestre por comprender y aceptar incondicionalmente al paciente (24)

Las causas más frecuentes de no adherencia van ligadas a:

- Omisión de toma
- Dosis incorrecta
- Toma incorrecta
- Abandono de tratamiento.

La OMS clasifica en cinco categorías los factores que inciden en la adherencia:

- relacionados con el paciente;
- relacionados con la terapia;
- relacionados con el personal y el sistema sanitario;
- relacionados con el estado de la enfermedad
- Factores socio-económicos

Cada uno de ellos agrupa o incluye, a su vez, otros factores o condicionantes que, en mayor o menor medida, afectan al cumplimiento. Sin embargo, es importante tener en cuenta que no todos estos factores son aplicables en el ámbito sanitario español.

Calidad de Vida del paciente diabético

Es la valoración subjetiva que el paciente diabético hace de su vida en relación con su estado de salud, compuesta por el bienestar físico considerado como la capacidad de realizar las actividades cotidianas; el bienestar psicológico considerado como la capacidad para controlar el estrés y expresar las emociones apropiadamente; y por último el bienestar social considerado como la capacidad de relacionarse con éxito con las personas y con el entorno del que cada persona forma parte.

Para los pacientes con diabetes, tanto la enfermedad como el tratamiento tienen un impacto significativo en muchos aspectos de su vida, como el trabajo, las relaciones interpersonales, el funcionamiento social y el bienestar físico y emocional. Además, no

sólo necesitan integrarse a un régimen de tratamiento y vivir con él, sino que también están expectantes ante la posibilidad de las complicaciones de la enfermedad como la hipoglicemia, hiperglicemia, pie diabético, retinopatía, entre otros. Este impacto se expresa como “calidad de vida” (25)

Las consecuencias de la falta de cumplimiento son evidentes: reduce los beneficios del tratamiento, sesga la evaluación clínica de la eficiencia del tratamiento, conlleva a la prescripción de dosis más altas y, en algunos casos a la prescripción de medicamentos más fuertes. Desde la perspectiva psicosocial, fundamentalmente tres teorías han sido utilizadas como aproximaciones explicativas del fenómeno:

- 1- El modelo de las Creencias sobre la Salud (MCS)** (Becker y Rosenstok 1984) según el cual las creencias del paciente sobre la susceptibilidad y severidad de la enfermedad, la percepción de beneficios y barreras, la motivación hacia la salud y el valor asignado a la salud, constituyen aspectos asociados a conductas saludables, entre ellos, la adherencia.
- 2- La teoría de la Acción Razonada (TAR)** (Ajzen y Fishbein 1980) es un modelo conductual teórico que ha sido probado exitosamente para predecir una variedad de conductas relacionadas con la salud. Se presume que el mejor predictor de una conducta dada es la intención a ejecutarla. Las actitudes hacia la ejecución de la conducta dependen de las creencias del individuo de que ciertas consecuencias ocurrirán como resultado de la acción, y de la evaluación de dichas consecuencias (25)
- 3- Teoría de la auto-eficacia** (Bandura 1997) se refiere a las creencias en las propias capacidades para producir los resultados deseados. Es decir, es la creencia que se pueden producir los efectos esperados mediante las propias acciones.

Dimensiones de la Adherencia

Las dimensiones que nos permiten definir el fenómeno de la adherencia, están constituidas de la siguiente manera: Dimensión dependiente del paciente, dependiente de las relaciones interpersonales entre paciente y personal de salud y dependientes del tratamiento que recibe el paciente diabético.

a) Dependientes del paciente

Se refiere a que es el paciente quien decidirá aceptar y/o cumplir con el tratamiento establecido, considerando que existe influencia del nivel socio-económico, cultural, estadio de la enfermedad, así como las actitudes y creencias de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo asistencial.

b) Relación Paciente-Personal de Salud

La relación terapéutica paciente y personal de salud permite establecer la confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad, buen trato, entre otros, que son factores que influyen favorablemente en la adherencia al tratamiento; lo que va a permitir que el paciente pueda expresar sus temores, sus dudas, sus dificultades con respecto al tratamiento y el progreso de su enfermedad, de ahí que, tanto el personal de salud como el propio paciente busquen estrategias para solucionar dichos problemas.

c) Características del tratamiento

El tratamiento de la diabetes es considerado por muchos autores, como complejo, y difícil de cumplir por el paciente, debido a los cambios en los estilos de vida (alimentación, sedentarismo), en la administración de medicamentos generalmente de forma diaria, en la presencia de reacciones adversas al medicamento entre otros. Está demostrado que la adherencia al tratamiento disminuye cuando aumenta el número de fármacos y su frecuencia de administración, la aparición de efectos adversos, la duración prolongada del tratamiento; en el caso del paciente diabético el aspecto más difícil de controlar es el régimen alimentario (25).

13.5 Factores asociados a la adherencia al tratamiento en diabéticos

Para definir la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas la OMS parte del enfoque conductista y destaca de nuevo la conformidad del paciente y el acuerdo respecto a las recomendaciones de un profesional en salud, que, en concreto, implican además del consumo del medicamento las modificaciones comportamentales. Dicha adherencia se resume como “el grado en el que el comportamiento de la persona, como tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de

vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. Tomando en consideración este enfoque, la tendencia actual es explicar la no adherencia a través de la asociación de diferentes factores, refiriéndose a dimensiones interactuantes personal, clínico e institucional, concepto compartido por muchos otros autores (26).

Factores socioeconómicos

La estabilidad familiar y el acompañamiento aseguran el cumplimiento de buenas conductas terapéuticas, así como también la participación en grupos sociales que mantienen como meta la salud; asimismo pertenece a un grupo interdisciplinario para diabéticos, se refleja en una mejor adherencia; Por otro lado, el buen control de la DM o la adherencia al tratamiento no está relacionado necesariamente con un mayor poder adquisitivo; sin embargo, las preocupaciones económicas dejan en segundo plano el cumplimiento terapéutico en muchos de los pacientes (acceso a servicios de salud y a fármacos de calidad).

Factores relacionados con la enfermedad

Se ha observado que recién diagnosticada la diabetes, algunos pacientes demoran o rechazan el inicio de la terapia farmacológica, y con el tiempo presentan una relación inversa entre la duración de la enfermedad y la adherencia al tratamiento. Por otro lado, la asociación de la no adherencia al tratamiento de diabetes con complicaciones u otras enfermedades requiere más estudios de modelos multivariados, para determinar la carga que aporta a la enfermedad, (número de tabletas/día, órganos blancos, discapacidad, etc.), en cada población específica.

Factores relacionados con la actitud del paciente

Un factor determinante en las conductas de respuestas para el control de la enfermedad es el estado de ánimo. La probabilidad de depresión es dos veces más frecuente en los diabéticos que en los no diabéticos.

Factores relacionados con el tratamiento farmacológico

La complejidad en el número de dosis, más de un comprimido al día, aumenta linealmente el riesgo de no adherencia; la aplicación de la insulina, el temor, el

desconocimiento de su efecto y el disconfort o limitaciones en el uso también aumenta la no adherencia.

13.6 Escalas de evaluación de adherencia al tratamiento

Entre las escalas que permiten evaluar la multidimensionalidad de los factores, sobresalen: las que miden el papel activo y pasivo del paciente, y se enfocan en su calidad de vida (adherencia farmacológica, estado de ánimo, autoeficacia y estilo de vida). Otras escalas, miden los efectos que los factores determinantes ejercen en el acuerdo con los prestadores de servicios de salud (26).

El acuerdo con los prestadores, desde la perspectiva del paciente dependerá de la percepción que se forme y mantenga del equipo tratante, según la periodicidad para la atención y explicación de todo lo relacionado con la enfermedad (26).

Los factores determinantes los define la OMS como: “Los patrones de conducta que responden a las alternativas exigidas por cada individuo, de acuerdo a su capacidad de decisión y situación socioeconómica” (apoyo familiar en el tratamiento y acompañamiento de buenas prácticas en salud y dependencia económica (26).

Los métodos que miden la adherencia al tratamiento farmacológico según la intervención ejercida sobre el paciente, se dividen en:

- Directos
- Indirectos.

Los métodos directos miden a través de fluidos corporales los niveles del fármaco o de un metabolito que indica el efecto alcanzado por el fármaco, estos métodos son bastante objetivos y permiten detectar fielmente los mayores porcentajes de cumplimiento. En DM2, medir el nivel de fármaco en sangre implica altos costos para el nivel primario de atención, pero medir el efecto sostenido de este, a nivel metabólico, se ha logrado con los niveles de la hemoglobina glicosilada (Hb A1c) (26).

Por su parte, los métodos indirectos para facilitar la valoración de la adherencia farmacológica requieren tener en cuenta todo el proceso de la toma del fármaco, y depende de en la información aportada por los propios pacientes, a través de cuestionarios y entrevistas; lo que resulta sencillo y económico. Sin embargo, entre los métodos indirectos, no existe la encuesta ideal que mida todo referente al consumo de los fármacos, por lo que se requiere de la utilización de varias de ellas, teniendo en cuenta las siguientes características: Medida multidimensional que comprenda el olvido o no de una toma y la cantidad olvidada, (fármacos) (26).

La OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios. Además, lanzó en 2001 como iniciativa mundial un Proyecto sobre Adherencia Terapéutica a Largo Plazo y en el 2004 elaboró un informe denominado “Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción”, en el cual se establece que “la adherencia deficiente al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de alarmante magnitud”, más aún en los países en desarrollo. (26)

Aunque tradicionalmente se ha utilizado el término «cumplimiento» para definir el grado en el que un paciente sigue las recomendaciones del prescriptor, este término ha sido puesto en cuestión, ya que parece implicar que el paciente tiene un rol pasivo en su tratamiento, limitándose a tomar el medicamento tal y como se lo han prescrito. Asimismo, el término «incumplimiento» culpabiliza al paciente que falla a la hora de seguir las instrucciones médicas. Actualmente se prefiere el término «adherencia», definido como el grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente. Por tanto, resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del médico para crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas.

El médico de familia debe considerar la relación empática con escucha activa, las habilidades comunicacionales, la crisis personal y familiar que deriva de la patología y su impacto en el grupo familiar, la adaptación y resolución de la misma desde un abordaje sistémico; debe centrar el diagnóstico y la terapéutica en el individuo como persona y como integrante de un sistema familiar. Sin duda esto permitirá establecer las

estrategias a fin de que la indicación de tratamientos y el cumplimiento de los mismos sea bidireccional, flexible y sobre todo personalizado, aumentando en forma exponencial la probabilidad del logro de objetivos, dentro de un seguimiento longitudinal de la persona y su familia.

La Historia Clínica es fundamental, porque es allí donde se evidencian los problemas sobre los que se deberá intervenir y el buen interrogatorio parte esencial de la misma. A veces los pacientes ocultan información por temor, otras veces porque ignoran la importancia de la misma. Los médicos debemos tomarnos nuestro tiempo para el interrogatorio y entonces seremos capaces de reconocer los problemas (27).

Polifarmacia y adherencia:

Actualmente, los sistemas sanitarios se han focalizado en acciones muy específicas, con monitoreo estricto de resultados dirigidos a reducir el riesgo cardiovascular global de las personas con DM2. Entre ellas, y con la misma importancia que el control de los niveles de glucosa en sangre, está la normalización de los niveles de presión arterial, lípidos en sangre, la cesación del hábito de fumar y el uso de aspirina en quienes esté indicado (27).

Factores facilitadores de incumplimiento.

La falta de cumplimiento de la pauta terapéutica es común, sobre todo en procesos crónicos, y en ocasiones las razones que conducen a esta conducta son complejas y se basan en el complicado proceso del comportamiento humano. Una parte importante del tratamiento de la diabetes debería ser la insistencia y la educación hacia estos pacientes de la importancia de la adherencia al tratamiento; Para adherir bien al tratamiento sería necesario contar con alto grado de conocimiento sobre el tratamiento (27).

Con esto se puede apreciar que la educación al paciente en relación a entregarle conocimientos de su enfermedad, podría provocar en él una preocupación por cumplir con el tratamiento. Entre las razones para explicar el elevado incumplimiento una de las más importantes parece ser el escaso tiempo dedicado a la explicación del tratamiento y de la importancia del mismo por parte del personal sanitario al paciente. Las medidas que existen para mejorar la adherencia aún no han sido comprobadas, sin embargo, el identificar aquellos pacientes con dificultad para adherirse a los tratamientos es el primer y fundamental paso para hacer efectivo un tratamiento (27, 28).

14. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Los bajos niveles socioeconómicos y nivel de instrucción; la no disponibilidad del fármaco, la falta de control médico, el bajo conocimiento sobre la diabetes mellitus tipo 2 y la mala relación médico paciente se vinculan a la falta de adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.

15. MÉTODOS

15.1 Justificación de la elección del método

Se realizó un estudio sobre los factores que se vinculan en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2; de cuatro consultorios del centro de salud Baba en el año 2018, de nivel investigativo relacional (bivariado), de tipo observacional ya que no existió intervención del investigador, transversal porque las variables se midieron en una sola ocasión, retrospectivo ya que la información se tomó de las historias clínicas y analítico porque intervienen en él más de una variable de estudio.

15.2 Diseño de la investigación

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

La población estuvo constituida por 98 pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 de los cuatro consultorios atendidos por el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Baba que cumplieron los siguientes criterios de participación en el estudio.

Criterios de inclusión:

Pacientes que acepten participar en el estudio firmando el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Pacientes que al ser visitado en dos ocasiones no se encuentre en su domicilio o con discapacidad intelectual que no le permita contestar el cuestionario.

15.2.2 Procedimiento de recolección de la información

Para saber sobre los factores que influyen en la adherencia al tratamiento en los pacientes diabéticos de los cuatro consultorios del centro de salud Baba, se cumplió con lo siguiente: Respetando las normas éticas, la investigación contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Esta tesis fue realizada y conducida de acuerdo con el régimen ética vigente de la Declaración de Helsinki, la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

La recogida de datos se realizó en el año 2018, para evaluar las consultas de control médico, esta información se recolectó a través de una encuesta y fichas familiares

elaboradas por la autora de la investigación y validada por dos expertos, uno en Medicina Familiar y Comunitaria y una bioestadística. Posteriormente el instrumento fue sometido a una prueba piloto en la que participaron pacientes diabéticos tipo 2, pertenecientes al centro de salud Baba y que forman parte de la población asignada a los cuatro consultorios médicos incluidos en el estudio, (Anexo 2).

El cuestionario estuvo conformado en tres secciones:

- Una primera parte relacionada con variables sociodemográficas están contenidas las variables, como:
 - la edad,
 - el sexo,
 - el estado civil,
 - el nivel de instrucción
 - el nivel socioeconómico que fue determinado por el per cápita familiar; datos tomados de la encuesta y posteriormente calculado por la autora.
- La segunda parte fue el nivel de adherencia, obtenido con la prueba de psicometría el Test de Morisky-Green; validado para diversas patologías crónicas y consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento del tratamiento. Se considera adherido si responde de forma correcta a las 4 preguntas: no/sí/no/no (11)
- En la tercera parte, las variables clínicas conformadas por:
 - El conocimiento de la enfermedad que constó de seis preguntas, de las cuales al ser contestadas el 70 % o más correctamente, se consideró que si conocen y las que tuvieron menos del 70% es que no;
 - Las citas médicas controladas, se consideró con control si el paciente asistió a 8 consultas o más en el año, que representa más del 70% de las consultas programadas para controlar su enfermedad y menos de 70% se considera que no;
 - La disponibilidad del fármaco se midió con una pregunta cuyo resultado sería acorde a la respuesta que podía ser: nunca, algunas veces, y siempre;
 - En apoyo familiar se utilizó la escala de Likert, y se determinó con tres preguntas clasificadas en tres categorías, poco apoyo (0 puntos), moderado apoyo (1 punto) y mucho apoyo (2 puntos). Se consideró que había mucho apoyo de 6 a 5 puntos, moderado apoyo de 4 a 3 puntos y de 2 a 0 puntos, poco apoyo.

- La relación médico paciente se partió del cuestionario Premepa el cual se modificó utilizándose el bloque dirigido al paciente (Anexo 4), que consta de cuatro preguntas categorizadas en siempre (2 puntos), algunas veces (1 punto) y nunca (0 puntos), dando como resultado buena relación a la suma de 8 hasta 6, regular a la suma de 5 hasta 3 y mala relación de 2 a 0.

15.2.3 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de técnica
Edad	Encuesta
Sexo	Encuesta
Estado civil	Encuesta
Nivel de Instrucción	Encuesta
Percápita Familiar	Encuesta
Conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2	Encuesta
Citas médicas controladas	Documental (historia clínica)
Disponibilidad de fármacos	Encuesta
Apoyo familiar	Encuesta
Relación Médico- paciente	Encuesta
Adherencia al tratamiento	Psicometría (Test de Morisky-Green)

15.2.4 Técnicas de análisis estadístico

Los datos recogidos en la encuesta aplicada se vaciaron en la hoja de Excel para conformar la base de datos y codificar las variables fue transportado al programa estadístico SPSS versión 20, para ser procesados y analizados.

La prueba estadística seleccionada para probar la hipótesis del estudio que se trata de tipo observacional con el tipo es de variable categórica Chi cuadrado de bondad de ajuste.

15.3 Variables

15.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de Escala
Edad	Edad en años cumplidos hasta el último día	40-44 45-49 50-54 55-59 60-64 65-69 70 y más	Numérica discreta
Sexo	Caracteres sexuales externos	Masculino Femenino	Categórica nominal dicotómica
Estado civil	Condición relacionada con la pareja	Soltero Casado Unión libre Viudo	Categórica nominal politómica
Nivel de instrucción	El nivel escolar ultimo alcanzado	Ninguna Primaria Secundaria Bachiller Superior	Categórica ordinal
Percápita familiar	Menos de 47.73 47.73 - 84,68 Más de 84.68	Pobreza extrema Pobreza Ingreso Optimo	Categoría nominal politómica
Conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2	70 % o más respuestas correctas Menos del 70 % respuestas correctas	Si conoce No conoce	Categórica nominal dicotómica
Citas médicas controladas	Acude a más del 70% de los controles (8 citas o más)	Con control Sin control	Categórica nominal dicotómica
Disponibilidad de fármacos	Se dispone del uso de antidiabéticos orales y de insulina	Nunca Algunas veces Siempre	Categórica nominal politómica
Apoyo familiar	De 5 a 4 puntos 4 a 3 puntos 2 a 0 puntos	Mucho apoyo Moderado apoyo Poco apoyo	Categórica Ordinal
Relación Médico- paciente	2 a 0 puntos 5 hasta 3 puntos 8 a 6 puntos	Mala Regular Buena	Categórica Ordinal
Adherencia al tratamiento	Test de Morisky Green	Adherido No adherido	Categórica nominal dicotómica

16. PRESENTACION DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el estudio se incluyeron 98 personas pertenecientes a los cuatro consultorios de medicina familiar del centro de salud de Baba. Las tablas de la una a la diez le corresponden a las variables sociodemográficas y clínicas que dan salida al primer objetivo.

Tabla N° 1 Distribución de diabéticos tipo 2 según grupos de edades de los cuatro consultorios del centro de salud Baba. Año 2018.

Variable Sociodemográfica	N°	%	
Edad	40 - 44	9	9,18
	45 - 49	13	13,27
	50 - 54	27	27,55
	55 - 59	22	22,45
	60 - 64	11	11,22
	65 - 69	10	10,20
	70 y más	6	6,12
	Total	98	100.00

En la tabla 1 se observó que la edad que predominó es de 50 a 54 años con un 27,55% seguido del grupo de 55 a 59 años con un 22,45%.

Este estudio es similar a Guibert André (33) Perú 2018 con 69% de pacientes mayores a 50 años. En la guía práctica clínica de Ecuador (GPC 2017) (17) se difiere porque el debut de la enfermedad es aproximadamente a los 30 años.

Un estudio realizado por Verón (Argentina) 2015 en Guayaquil difiere de estos resultados ya que la edad de predominio fue aproximadamente a los 20 años y lo explica a partir de la mala calidad de vida de estos adultos jóvenes, teniendo en cuenta su inadecuada alimentación, asociado al sobrepeso.

Tabla N° 2 Distribución de diabéticos tipo 2 según sexo de los cuatro consultorios del centro de salud Baba. Año 2018.

Variable Sociodemográfica	N°	%	
Sexo	Masculino	35	35.71
	Femenino	63	64.29
	Total	98	100

En la tabla 2 se observó que predominó el sexo femenino con un 64,29% sobre el masculino que representó el 35.71%. Que corresponde con el predominio de este sexo

en la población general de estos consultorios.

Es similar a la guía práctica clínica del Ecuador 2017 con 65% donde predomina el sexo femenino. La OMS plantea que el mayor número de pacientes con diabetes tipo 2 son mujeres representando más del 50%. El estudio de Chafra Luisa (31) Riobamba 2017 difiere en sus resultados, donde encontraron que predominó con 75,3% el sexo masculino, identificando que los hombres presentan carencia de autocuidado según recientes investigaciones.

Tabla N° 3 Distribución de diabéticos tipo 2 según estado civil de los cuatro consultorios del centro de salud Baba. Año 2018.

Variable Sociodemográfica		N°	%
Estado civil	Soltero	3	3.06
	Casado	4	4.08
	Unión libre	91	92.86
	Total	98	100

En la tabla 3 se observó que del total de personas el estado civil con mayor porcentaje es la unión libre con 92.86%. Este resultado es una equivalencia del estado civil general de la población del Ecuador, donde son pocos los núcleos familiares conformados con matrimonios formalizados.

El estudio realizado por Alegría Guzmán Perú 2014 (34) con 55 % de unión libre coincide con el estudio realizado en relación al estado civil. Otro estudio realizado por Guibert André (33) Perú 2018 difiere por presentar a los casados como los que integran al mayor grupo con 62.38%, permitiendo afirmar que el paciente con una pareja estable siente apoyo para convivir con la enfermedad.

Tabla N° 4 Distribución de diabéticos tipo 2 según nivel de instrucción de los cuatro consultorios del centro de salud Baba. Año 2018.

Variable Sociodemográfica		N°	%
Nivel de instrucción	Ninguno	11	11.22
	Primaria	64	65.31
	Secundaria	13	13.27
	Bachiller	10	10.20
	Total	98	100.00

En la tabla 4 se observó en cuanto al nivel de instrucción que predominó la primaria con 65.31%, seguido de la secundaria con el 13.27%. En el Ecuador el nivel de instrucción

se considera bajo según las estadísticas del INEC 2016(19) y esta población es reflejo de ello.

El estudio de Vera Pascasio (37) México 2016 muestra un mayor porcentaje en pacientes sin ninguna instrucción 52,5% y Guibert André (33) Perú 2018 que fue el nivel de instrucción de secundaria 58.6% de la población estudiada fue el que predominó; ambos estudios difieren de los resultados encontrados en el estudio realizado siendo una condición social y económica alta que conlleva a un mayor nivel de instrucción académica y mejor control metabólico.

Tabla N° 5 Distribución de diabéticos tipo 2 según percápita familiar de los cuatro consultorios del centro de salud Baba. Año 2018.

Variable Sociodemográfica		N°	%
Percápita familiar	Pobreza extrema	31	31.6
	Pobreza	59	60.2
	Ingreso óptimo	8	8.2
	Total	98	100

En la tabla 5, en cuanto al percápita familiar se observó un predominio de pobreza con el 60.2%, seguido de pobreza extrema con 31.6%. La mayoría de pacientes en nuestro país son pobres, siendo la principal causa para elegir una dieta barata, con carbohidratos y grasas; causando el aumento de peso y la posibilidad de padecer DM2.

Es similar a este estudio según datos de Balarezo María (38) Riobamba 2013; donde reflejan la condición socioeconómica de la población estudiada presentando el 64% pobreza, 36% pobreza extrema.

Tabla N° 6 Distribución de los pacientes diabéticos tipo 2 según conocimiento de diabetes. Centro de salud Baba. Año 2018.

Variable Clínica		N°	%
Conocimiento de la enfermedad	Sin conocimiento	23	23.47
	Con conocimiento	75	76.53
	Total	98	100,00

En la tabla 6 de las personas diabéticas que se incluyeron en el estudio el 76.53 % tenían conocimiento de la diabetes y sin conocimiento 23.47%. El nivel de conocimiento en este estudio es alto, porque durante tres años los pacientes DM2 recibieron charlas y orientaciones en el domicilio por los médicos familiares.

Este estudio es similar al de Vergara María (40) España 2017 ya que obtuvo el 52% de conocer la enfermedad, esto indica un buen nivel de conocimiento por los pacientes que la mayoría eran jóvenes.

Sin embargo, André Guibert Perú 2018 (33) difiere con este estudio ya que quienes conocen de la enfermedad 29.5 % y no conocen 70,5%, demostrando bajo conocimiento de la enfermedad.

Tabla N° 7 Distribución de los pacientes diabéticos tipo 2 según citas médicas controladas. Centro de salud Baba. Año 2018.

Variable Clínica		N°	%
Citas médicas controladas	Con control	74	75.51
	Sin control	24	24.49
	Total	98	100,0

En la tabla 7 referente a las citas médicas controladas predominó el 75.51% en el grupo de pacientes con control. Teniéndose en cuenta que la atención médica comunitaria ahora se encuentra más cercana a cada paciente, con las citas programadas mensualmente y las visitas domiciliarias de los posgradistas de medicina familiar y comunitaria de la segunda cohorte.

Este resultado es similar al de Moposita Ana (35) Ambato 2012 con asistencia a citas médicas en el que 64% existió con control médico y 36% sin control médico.

Pero se difiere en el estudio de Fortea Milagros (41) España 2017 donde presentan control 6.3% de los pacientes y sin control 93.7% este estudio se lo realizó a dos grupos de personas los que fueron informados y los no informados de que se trataba el estudio.

Tabla N° 8 Distribución de los pacientes diabéticos tipo 2 según disponibilidad del fármaco hipoglicemiante. Centro de salud Baba. Año 2018.

Variable Clínica		N°	%
Disponibilidad del fármaco	Nunca	8	8.20
	Alguna vez	29	29.60
	Siempre	61	62.20
	Total	98	100,0

En la tabla 8 podemos observar que el 62.20% de los pacientes diabéticos siempre tienen disponible el fármaco; llega a más de la mitad de pacientes que toma medicamentos y los que tiene un porcentaje bajo nunca tiene disponible 8.20%.

En el estudio realizado por Rodríguez María (43) México 2016 en el que con 68.6% dispone del fármaco y 31.4% nunca disponen del fármaco, esto se debe que si estaba disponible en la farmacia del centro de salud.

Yesenia Rivera (44) Perú 2017 en el estudio realizado predominó un 66.1% que nunca disponen del fármaco, 15.7% siempre disponen y 18.2% alguna vez este estudio fue aplicado a pacientes que tenían más de 4 meses tratándose y no acudían algunos a retirar la medicación porque sentían mejoría en su salud.

Tabla N° 9 Distribución de los pacientes diabéticos tipo 2 según apoyo familiar. Centro de salud Baba. Año 2018.

Variable Clínica		N°	%
Apoyo familiar	Moderado apoyo	26	26.50
	Mucho apoyo	72	73.50
	Total	98	100,0

En la tabla 9 el apoyo familiar de este cuadro predominó mucho apoyo 73.50%, seguido de moderado apoyo 26.50% esto se debe que esta área de estudio la mayoría de los familiares se dan modos y ayudan a sus familiares, aunque son pobres.

El presente estudio en cuanto al apoyo de la familia es similar al estudio realizado el 72.3% de los pacientes que cuentan con mucho apoyo familiar, según Suárez Richard (42) Nicaragua 2016 en este estudio el apoyo familiar fue relacionado con el sexo donde los hombres recibieron más apoyo que las mujeres.

Tabla N° 10 Distribución de los pacientes diabéticos tipo 2 según relación médico paciente que perciben del centro de salud Baba. Año 2018.

Variable Clínica		N°	%
Relación médico paciente	Regular	10	10.20
	Buena	88	89.80
	Total	98	100,0

En la tabla 10 en el centro de salud Baba predominó el 89.80% con buena relación médico paciente, seguido de los que tenían una relación regular 10.20% este porcentaje alto se debe que los médicos familiares estuvieron en sus domicilios y fue mayor la empatía entre médico y paciente.

En este estudio se observa que el porcentaje de personas que reporta tener una buena relación con su médico llega a más de la mitad; no mostrando un comportamiento similar al realizado por Rodríguez María (43) México 2016 en el que 34.3% presentan buena relación y 48.5% regular relación este estudio refiere poca empatía con los médicos de consulta externa donde se realizó el estudio.

En la tabla 11 damos salida al segundo objetivo que es determinar el nivel de adherencia.

Tabla N° 11 Distribución de pacientes diabéticos tipo 2 según adherencia al tratamiento. Centro de salud Baba. Año 2018.

Adherencia al tratamiento		N°	%
Nivel de Adherencia al tratamiento	adherido	40	40.8
	no adherido	58	59,2
	Total	98	100,0

En la tabla 11 con relación al nivel de adherencia al tratamiento predominó que el 59.2% no son adheridos. La OMS refiere que a nivel mundial los países desarrollados la adherencia terapéutica es del 50% y en países en desarrollo es aún más baja.

Este estudio coincide con el de Ramos Yamila (32) Cuba 2017 donde predominaron no adheridos un 63% y los adheridos un 37%. Sin embargo, difiere Terechenko Nadia (28) México 2015 presenta datos donde 56% de los encuestados refleja adherencia.

A continuación, daremos salida al tercer objetivo que es determinar la posible relación entre factores vinculados y la adherencia al tratamiento en las tablas 12 a la 21.

Tabla N° 12 Distribución de los pacientes diabéticos tipo 2 según adherencia al tratamiento y edad. Año 2018.

Edad	Adherencia al tratamiento				Significación estadística
	adherido		no adherido		
	N°	%	N°	%	
40- 44	4	10.0	5	8.6	p 0.46
45 - 49	5	12.5	8	13.8	
50- 54	11	27.5	16	27.6	
55-59	12	30.0	10	17.2	
60-64	4	10.0	7	12.0	
65 - 69	2	5.0	8	13.8	
70 y más	2	5.0	4	6.8	
Tota	40	100	58	100	

En la tabla 12 con relación a la edad predominan de 55-59 años adheridos seguidos de 50 a 54 años no adheridos. No existe relación estadísticamente significativamente entre la edad de adherencia con un valor de $p = 0.46$. El informe de la OMS resalta que la edad se ha informado como un aspecto que puede ser determinante sobre la adherencia terapéutica, pero de manera irregular.

Según la edad es similar con Ramos Yamila (32) Cuba 2017; predominio del rango 51-55 años con 30% son adheridos y no adheridos 18 %.

Otro estudio difiere Moposita Ana (35) Ambato 2012 donde predomina los no adheridos 56% y sus edades están comprendidas entre los 45 a 85 años. Esta no adherencia refiere que es por la polifarmacia, así como la posible falta de comprensión de los regímenes fármaco-terapéuticos, los olvidos y por un declive de funciones cognitivas. Estos resultados contradictorios refuerzan la idea que la edad un factor irregular en la explicación del fenómeno de la adherencia.

Tabla N° 13 Distribución de los pacientes diabéticos tipo 2 según adherencia al tratamiento y sexo. Año 2018

Sexo	Adherencia al tratamiento				Significación estadística
	adherido		no adherido		
	N°	%	N°	%	
Masculino	19	47.5	16	27.6	P 0.06
Femenino	21	52.5	42	72.4	
Total	40	100	58	100	

En la tabla 13 se observó que predominó es el femenino 72.4% no adheridos; no existe significación estadística entre el sexo y la adherencia con una $p = 0.06$.

El estudio realizado por Terechenko Nadia (28) México 2015 predominó el sexo femenino con 61% similar encontrado en el estudio.

Según el estudio Ramos Yamila (32) Cuba 2017 predominó el sexo masculino 79% como adherido siendo diferente al resultado encontrado en el estudio

Tabla N° 14 Distribución de los pacientes diabéticos tipo 2 según adherencia al tratamiento y estado civil. Año 2018.

Estado civil	Adherencia al tratamiento				Significación estadística
	adherido		no adherido		
	N°	%	N°	%	
Soltera	1	2.5	2	3.5	p 0.41
Casada	2	5.0	2	3.5	
Unión Libre	37	92.5	54	93.0	
Total	40	100	58	100	

En la tabla 14 con respecto al estado civil y adherencia predominó unión libre en los no adheridos con 93%. En el estudio no existe relación estadísticamente significativa entre el estado civil y la adherencia con un valor de p 0.41.

Se difiere a este estudio con Terechenko Nadia (28) México 2015 con 62% de los individuos adheridos son casados.

Por otro lado, según Ramos Yamila (32) Cuba 2017 de los pacientes no adheridos 53 % es casada y 37 % mantienen vínculos de unión libre lo cual difiere con el estudio donde predominó la unión libre.

Tabla N° 15 Distribución de los pacientes diabéticos tipo 2 según adherencia al tratamiento y nivel de instrucción. Año 2018.

Nivel de instrucción	Adherencia al tratamiento				Significación estadística
	adherido		no adherido		
	N°	%	N°	%	
Ninguna	5	12.5	6	10.3	p 0.89
Primaria	23	57.5	41	70.7	
Secundaria	8	20.0	5	8.6	
Bachiller	4	10.0	6	10.4	
Total	40	100	58	100	

En la tabla 15 se observó que predominó el nivel de instrucción primaria en los no adheridos un 70.7%. no existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de instrucción y la adherencia con una p 0.89.

En este estudio Terechenko Nadia (28) México 2015 es similar en adheridos 31% y no adheridos 47.3% con nivel de instrucción primaria siendo similar a nuestro estudio en cuanto al nivel de instrucción.

Tabla N° 16 Distribución de la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos con relación al percápita familiar del centro de salud Baba. Año 2018.

Percápita familiar	Adherencia al tratamiento				Significación estadística
	adherido		no adherido		
	N°	%	N°	%	
Pobreza extrema	13	32.5	18	31.0	p 0.16
Pobreza	24	60.0	35	60.3	
Ingreso óptimo	3	7.5	5	8.7	
Total	40	100	58	59.1	

En la tabla 16 en este cuadro se observó predominio la pobreza en los no adheridos 60,3%. En el estudio no existe relación estadísticamente significativa entre percápita familiar y adherencia con una p 0.16.

En el estudio realizado por Alcaíno Damaris (47) Chile 2014 se evidencia similitud en relación a la pobreza siendo el 43.64% no adherido y un 23% de adherido en En el estudio de Bello Natalia (45) Chile 2017 en sus resultados se encontró predominio de la pobreza extrema en 41.67% no adherido y 48.21% adherido, difiriendo del estudio realizado donde fue la pobreza.

Tabla N° 17 Distribución de los pacientes diabéticos tipo 2 según adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad. Año 2018.

Conocimiento de la enfermedad	Adherencia al tratamiento				Significación estadística
	adherido		no adherido		
	N°	%	N°	%	
Sin Conocimiento	3	7,5	20	34.5	p 0.002
Con conocimiento	37	92.5	38	65.5	
Total	40	100	58	100	

En la tabla 17 con respecto al conocimiento de la enfermedad y la adherencia predomino los que poseían conocimientos y adheridos con 92.5%. Existió relación

estadísticamente significativa entre el conocimiento de la enfermedad y la adherencia con un valor de $p = 0.002$.

En el estudio de Monzón Gladys (48) Perú 2017 sus resultados fueron similares a la del estudio siendo mayor la frecuencia de pacientes adheridos con conocimiento 79% y 29% no adheridos.

Tabla N° 18 Distribución de los pacientes diabéticos tipo 2 según adherencia al tratamiento y control médico. Año 2018.

Citas médicas controladas	Adherencia al tratamiento				Significación estadística
	adherido		no adherido		
	N°	%	N°	%	
Con controles	34	85	40	68.9	p 0.48
Sin controles	6	15	18	31.1	
Total	40	100	58	100	

En la tabla 18 con relación a las citas médicas controladas y adherencia predominó con controles y adheridos con 85 %. No existió relación estadísticamente significativa entre citas médicas controladas y la adherencia con una $p = 0.48$.

En el estudio realizado por González Joel (46) México 2015 predominó el con control 89.8% es adherente y 22,40 no adherente siendo similar el resultado al estudio realizado.

Tabla N° 19 Distribución de los pacientes diabéticos tipo 2 según adherencia al tratamiento y disponibilidad del fármaco. Año 2018.

Disponibilidad del fármaco	Adherencia al tratamiento				Significación estadística
	adherido		no adherido		
	N°	%	N°	%	
Nunca	4	10	4	6.8	p 0.21
Alguna vez	10	25	19	32.8	
Siempre	26	65	35	60.4	
Total	40	100	58	100	

En la tabla 19 con respecto a la disponibilidad del fármaco y la adherencia existió un predominio en el siempre y adherido con un 65%. No existió una relación estadísticamente significativa entre disponibilidad del fármaco y adherencia con un valor de p 0.21.

Según el estudio realizado por Barra Solange (36) Perú 2018 en sus resultados no dispone de los fármacos encontrando con 16.3% adherentes y 83.7% no adherentes siendo diferente al resultado encontrado en el estudio donde se dispone de los fármacos y adherente

Tabla N° 20 Distribución de los pacientes diabéticos tipo 2 según adherencia al tratamiento y apoyo familiar. Año 2018

Adherencia al tratamiento					
Apoyo familiar	adherido		no adherido		Significación estadística
	N°	%	N°	%	
Moderado apoyo	7	17.5	19	32.7	p 0.012
Mucho apoyo	33	82.5	39	67.3	
Total	40	100	58	100	

En la tabla 20 en relación al apoyo familiar y la adherencia se observó que predominó mucho apoyo y adherido con 82.5%. Existió una relación estadísticamente significativa entre apoyo familiar y adherencia con un valor de p 0.012.

En el estudio realizado por de González Joel (46) México 2015 con relación al apoyo familiar donde mucho apoyo 66.8% adherente y 33.2% no adherente tuvo un comportamiento similar al estudio.

Tabla N° 21 Distribución de los pacientes diabéticos tipo 2 según adherencia al tratamiento y relación médico paciente. Año 2018.

Adherencia al tratamiento					
Relación médico paciente	adherido		no adherido		Significación estadística
	N°	%	N°	%	
Regular	1	2.5	9	15.5	P 0.036
Buena	39	97.5	49	84.5	
Total	40	100	58	100	

En la tabla 21 con respecto a relación médico paciente y adherencia predominó la buena relación con 97.5%. En el estudio existió relación estadísticamente significativa entre relación médico paciente y adherencia con un valor de p 0.036.

Los resultados son similares al estudio realizado por Rubén (49) México 2014, donde predominó la buena relación médico paciente con un 33.6% adherido y 11,20% no adherido.

17.CONCLUSIONES

En el estudio predominan el grupo etario de 50 a 54 años, el sexo femenino, la unión libre, la instrucción primaria, la pobreza, los que tienen conocimiento de la enfermedad, los que acuden a controles médicos, los que siempre disponen de fármacos, los que tienen mucho apoyo familiar y la buena relación médico-paciente.

En la población de estudio predominó la no adherencia al tratamiento.

En relación a los factores vinculados y a la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2 existe relación estadísticamente significativa conocimiento de la enfermedad, apoyo familiar y relación médico paciente.

18. VALORACIÓN CRÍTICA

Este estudio se pudo realizar gracias al médico familiar y comunitario que permaneció durante tres años en el sector de Baba; brindando una atención personalizada, con calidad y calidez, mejorando la relación médico paciente, dando apertura en cada uno de sus hogares para la aplicación de las encuestas con la privacidad y confidencialidad necesaria, teniendo como limitante que la investigación se realizó en una la población de cuatro consultorios y no incluyó a todos los pacientes que acudieron al centros de salud de Baba. Por lo tanto, los resultados no se pueden generalizar a todos los pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 que pertenecen al centro de salud. Sin embargo, los resultados tienen importantes conocimientos para un EAIS dentro de las mismas características. Además, no fueron evaluados todos los factores que podrían estar vinculados en la adherencia al tratamiento, por ser la primera vez que hubo contacto con el problema.

Se recomienda seguir realizando estudios sobre esta enfermedad ya que es una pandemia mundial que está en crecimiento y es preocupante, para conocer los diferentes factores que influyen en este tema, así prevenirla, atenderla, y evitar las complicaciones que esto conlleva, y en base a estos proponer estrategias educativas, teniendo en consideración la prevención de los factores relacionados y sus consecuencias tanto a nivel individual como en la familia y en la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López C, Ávalos M. Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. Revista cubana de salud pública [internet]. 2013, sep. [citado el 10 de oct. De 2018]; 39(2): pp. 334-36. Disponible desde: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v39n2/spu13213.pdf.
2. Chiquete E, Nuño P, Panduro A. perspectiva histórica de la diabetes mellitus. Comprendiendo la enfermedad. Investigación de la salud [internet]. 2001, marz. [citado el 10 de octubre de 2018]; III (99): pp. 5-10. Disponible desde: <http://www.redalyc.org/pdf/142/14239902.pdf>
3. Harrison, Principios de Medicina Interna. Diabetes Mellitus. 19ª Edición. Volumen II. Enfermedades infecciosas. Sección 3. Capítulo 417-419, pág.2399- 2422.
4. Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD). Guía ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia. Edición 2013 (Citado 15 de octubre 2017). Disponible desde: http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Diabetes/GUIAS_ALAD_2013.pdf
5. American diabetes association. Diabetes care. Standards of medical care in diabetes [internet]; 2017 January [citado 12 de noviembre 2018]; 40 (suplemento 1): pp. s 11 – s16 Disponible desde: http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement_1.DC1/DC_40_S1_final.pdf
6. González C. actualización en el manejo de prediabetes y diabetes tipo 2 en aps. Medicinas familiares [internet].2018. Chile. [citado 12 de noviembre de 2018]; pp. 10-27. Disponible desde: <http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/Actualdiabetes2018.pdf>
7. Farreras p, Rozman C. Medicina interna. Diabetes mellitus. XVIII edición. Volumen I. Capítulo 222.España: elsevier; 2016, pág. 1824- 1850.
8. García M, Durruty P. desarrollo de la dialectología en chile. Revista médica clínica los condes [internet]. 2016, marz. [citado 10 de octubre del 2018]; 27 (2): pp. 135-148. Disponible desde: http://epharma.elsevier.es/content/lascondes_27_02/files/assets/basic-html/page-1.html#.
9. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. Datos y cifras. [internet]. Sitio web mundial centro de prensa: organización mundial de la salud; oct 2018 [citado 30 Oct de 2018]. Disponible desde: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
10. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud [internet]; abril 2016 [citado 10 Oct de 2017]. Disponible desde: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254649/1/9789243565255-spa.pdf>.

11. Manrique H, Yamaguchi A. para personas con diabetes mellitus tipo 2. Revista de la sociedad argentina de diabetes año 50 [internet]. 2016, nov. [citado el 12 noviembre 2018]; 50 (especial): pp. 5-9. Disponible desde: <http://www.diabetes.org.ar/media/attachments/2018/01/29/revista-sad-especial-jornadas.pdf>
12. Federación Internacional de la Diabetes. Atlas de la Diabetes de la FID [internet]; 7ma edición. 2015 [citado 10 Oct de 2017]. Disponible desde: <http://fmdiabetes.org/wp-content/uploads/2018/03/IDF-2017.pdf>.
13. Federación Internacional de la Diabetes. IDF Diabetes Atlas. [internet]; 8^{ava} edición. 2017 [citado 12 noviembre de 2018]. Disponible desde: <http://fmdiabetes.org/wp-content/uploads/2018/03/IDF-2017.pdf>.
14. Irigoyen A, Ayala A, Ramírez O, Calzada E. La Diabetes Mellitus y sus implicaciones sociales y clínicas en México y Latinoamérica. Archivo medicina familiar [internet]. 2017, octubre-diciembre. [citado 12 de noviembre 2018]; 19(4): pp. 91-94. Disponible desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2017/amf174c.pdf>.
15. Organización panamericana de la salud, panorama regional y perfiles de país. [internet]. Washington, D.C. 2017: salud de las américas [citado 12 nov de 2018]. Disponible desde: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>.
16. Arredondo A, Barquera S, Cisneros N, Ascencio I, Encarnación L, Larrañaga A, et al. Fundación mídete a.c. asumiendo el control de la diabetes México 2016 [internet]. 2016. [citado 12 de octubre de 2018]; pp. 5-12. Disponible desde: http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/11/FMidete_Asumiendo-Control-Diabetes-2016.pdf.
17. Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica (GPC) de Diabetes mellitus tipo 2 [internet]. Primera Edición Quito: Dirección Nacional de Normalización; 2017. [citado 15 Oct 2017]. Disponible desde: http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Diabetes-mellitus_GPC.pdf.
18. Organización Mundial de la Salud. [internet]. Ecuador perfiles. 2016. Organización mundial de la salud [citado 10 Oct de 2017]. Disponible desde: <http://www.who.int/diabetes/country-profiles/es/>.
19. Instituto nacional de estadística y censos. Compendio estadístico 2016. [internet]. Ecuador; 2016. [citado 12 de noviembre de 2018]. Disponible desde: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Compendio/Compendio-2016/Compendio%202016%20DIGITAL.pdf>.
20. Instituto nacional de estadística y censos. Resultados del censo 2010 de población y vivienda en el ecuador. Fascículo provincial los ríos [internet]. 2010. [citado 12 de noviembre de 2018]. Disponible desde: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/los_rios.pdf.

21. Murillo S. El 8,2% de la población de Guayas padece de nefropatía diabética. El Telégrafo, Ecuador: 2016, Sep. 28. Portada. Disponible desde: <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/septimo/51/el-8-2-de-la-poblacion-de-guayas-padece-algun-tipo-de-enfermedad-renal>.
22. Ramos L. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Revista cubana de angiología y cirugía vascular [internet]. 2015, Jul – dic. [citado el 15 de abril de 2017]; 16 (2). Disponible desde: scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S168200372015000200006&script=sci_arttext&tlng=pt.
23. Organización panamericana de la salud. Adherencia al tratamiento a largo plazo [internet]. Washington, D.C, 2004. [citado 11 marzo 2017]; pp: 17-25. Disponible desde: <http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
24. Farmaindustria. Plan de adherencia al tratamiento. Uso responsable del medicamento [internet]. 2014. [citado el 14 de marzo 2017]; pp. 22-37. Disponible desde: https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf.
25. Información Fármaco terapéutica de la Comarca (Infac). Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. [Internet]. 2011. [citado 15 Oct de 2017]; 19(1) Disponible desde: <https://www.yumpu.com/es/document/view/14673398/adherencia-al-tratamiento-farmacologico-en-patologias-cronicas>.
26. Ochoa K. “Factores correlativos y adherencia terapéutica en pacientes diabéticos que acuden al hospital provincial general Isidro ayora”. [tesis de grado]. Loja ecuador: área de salud humana, Universidad nacional de Loja 2015. <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12487/1/TESIS%20-%20BIBLIOTECA.pdf>.
27. Consuegra D. Díaz M. Factores asociados con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Atendidos en la consulta de medicina interna de un hospital de II nivel de Bogotá. [maestría]. Bogotá: universidad CES – Facultad de medicina; 2017. Disponible desde: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/18036/Consuegra%20Cally-Diana%20Carolina-2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
28. Terechenko N, Baute A, Zamonsky J. Biomédica, Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico [Internet]. 2014, Feb. [citado 15 octubre 2017]; 10(1): pp. 21-23. Disponible desde: <http://www.um.edu.uy/docs/diabetes.pdf>.
29. Rodríguez I. Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 [tesis licenciatura psicología]. Santa Clara Cuba: Universidad Central “Martha Abreu de las Villas “Facultad de Psicología; 2012. Disponible desde: <https://docplayer.es/31977005-Titulo-adherencia-terapeutica-en-pacientes-con-diabetes-mellitus-tipo-2.html>.

30. Maidana G, Lugo G, Vera Z, Acosta P, Morinigo M. investigación ciencia y salud. Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa [internet]. 2016. (citado 10 marzo 2017); 14(1). Pp. 70-77. Disponible desde: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v14n1/v14n1a11.pdf>.
31. Chafla L. Diseño de una estrategia de intervención educativa sobre adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos. Rosita, Tejar y la Paz. Riobamba, enero – junio 2016. [Tesis grado]. Riobamba: universidad politécnica de Chimborazo. Facultad de medicina; 2017. Disponible desde: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/5947/1/10T00154.pdf>.
32. Ramos Y, Morejón R, Gómez M, Reyna M, Rangel C, Cabrera Y. Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. [tesis grado]. Cuba (Cienfuegos). 2017: Universidad de medicina Cienfuegos. Disponible desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000200004.
33. Guibert A, Zamora Ch. Evaluación de conocimientos sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes del Hospital. [Tesis grado]. Perú: Universidad peruana Cayetano Heredia; 2018. Disponible desde: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1540/Evaluacion_GuibertPatin_o_Andre.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
34. Alegría G, Manrique J, Pérez M. Características sociodemográficas – clínicas y estilo de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo II, del C.S. San Juan, Iquitos – 2014. [Tesis grado]. Perú: Universidad nacional de la amazonia peruana. Facultad de enfermería; 2014. Disponible desde: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3535/Greysi_Tesis_Titulo_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
35. Moposita A. Factores en la adhesión al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. [Tesis de grado]. Ambato]: universidad autónoma de los andes; Facultad de medicina. 2012. Disponible desde: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/99/1/TUAMED032-2012.pdf>.
36. Barra S. Adherencia al tratamiento farmacológico oral de personas con diabetes mellitus en localidades de la costa de Perú. [Tesis de grado]. Lima: Universidad peruana Cayetano Heredia: Facultad de medicina; 2018. Disponible desde: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3737/Adherencia_BarraMalig_Solange.pdf?sequence=1&isAllowed=y
37. Pascacio G, Ascencio G, Cruz A, Guzmán Cr. Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud en Tabasco [internet]. 2016, enero- agosto. [citado 12 de noviembre 2018]; 22 (1-2): pp. 23-31. Disponible desde: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48749482004.pdf>
38. Balarezo M, Montoya A. Principales factores de riesgo para diabetes mellitus tipo II en adultos mayores ingresados en el servicio de medicina interna del hospital provincial general docente Riobamba en el período enero 2009 – diciembre 2011. . [Tesis de grado]. Riobamba: universidad Nacional de Chimborazo, facultad de

- medicina; 2013. Disponible desde: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/127/1/UNACH-EC-MEDI-2013-0023.pdf>
39. Ávila A, Levy T, Gómez C, Nasu L, Macías H, Villasana A. La Diabetes Mellitus en estratos socioeconómicos bajos de la ciudad de México: Un problema relevante. Investigación clínica [Internet]. 2007, julio – agosto. [citado el 15 de noviembre 2018]; 59 (4): pp. 246- 255. Disponible desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2007/nn074c.pdf>.
 40. Vergara M, Anarte C, Masollver A, Herrero N. Conocimiento sobre su enfermedad de los pacientes diabéticos tipo 2. Enfermería comunitaria [Internet]. 2017, agosto – octubre. [citado el 13 de noviembre 2018]; 5 (2): pp. 24 – 33. Disponible desde: https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Primavera%202017/RevistaRqR_Primavera2017_DM2.pdf.
 41. Fortea M. Impacto de un programa educativo en el control de la diabetes mellitus tipo 2. [Tesis doctoral]. Castellón: Universidad Jaume I; 2017. Disponible desde: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/442962/2017_Tesis_Fortea%20Altava_Milagros.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 42. Suárez R, Mora G. Conocimientos sobre Diabetes, de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Gaspar García Laviana, durante el mes de noviembre del 2015. [Tesis de grado]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma Nicaragua, Managua, facultad de ciencias médicas; 2016. Disponible desde: <http://repositorio.unan.edu.ni/1480/1/58792.pdf>.
 43. Rodríguez M, Rentería A. Factores que impiden la adherencia a un régimen terapéutico en diabéticos: un análisis descriptivo. Psicología y salud [Internet]. 2016, junio. [citado el 13 de noviembre de 2018]; 26 (1). Disponible desde: <https://go.galegroup.com/ps/i.do?p=AONE&sw=w&u=googlescholar&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA454485226&sid=classroomWidget&asid=5998099d>
 44. Rivera J. La polifarmacia y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes ambulatorios con diabetes tipo 2 en el servicio de endocrinología del hospital Sergio Enrique Bernal. [Tesis de grado]. Perú. Disponible desde: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1796>.
 45. Bello N, Montoya P. Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. Gerokomos Chile. Departamento de enfermería [Internet]. 2016, abril. [citado el 15 de octubre 2018]; 28(2): pp. 73-77. Disponible desde: <https://www.gerokomos.com/wp-content/uploads/2017/07/28-2-2017-073.pdf>.
 46. González J, González M, Vásquez J, Galán S. Autoeficacia y adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2. Revista de investigación de psicología Perú [Internet]. 2015, junio. [citado 15 de octubre 2017]; 18 (1): pp. 47 – 58. Disponible desde: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/11772/10526>.

47. Alcaíno D, Bastías N, Benavides C, Figueroa D, Luengo C. Cumplimiento del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus de tipo 2 en adultos mayores: influencia de los factores familiares. Departamento de enfermería [Internet]. 2014, marzo. [citado 15 de octubre 2017]; 15 (1). Disponible desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000100003
48. Monzón G. Adherencia al tratamiento en relación con el conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 en pacientes atendidos en el Hospital I Florencia de Mora de Trujillo 2014 – 2017. [Tesis de grado]. Perú: Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de medicina; 2017. Disponible desde: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/9605>.
49. Arroyo R. relación médico paciente y adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de depresión de la UMF no.220, Toluca, estado de México. [Tesis de grado]. México: Universidad autónoma del estado de México, Facultad de medicina; 2014. Disponible desde: <http://ri.uaemex.mx/oca/bitstream/20.500.11799/14511/2/411509.pdf>

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigador principal: Irma Rocio Ortega Mora

Título proyecto: Factores vinculados a la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo 2 de cuatro consultorios del centro de salud Anidada de Baba. Julio 2017 a julio 2018

Centro: Universidad católica de Guayaquil

Datos del participante/paciente Nombre:

Persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento Nombre: Irma Rocio Ortega Mora

1. Declaro que he leído (me han leído) la Hoja de Información al Participante sobre el estudio citado y acepto participar en él.
2. Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
3. Sé que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
4. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi tratamiento médico futuro.

.....

Firma

ANEXO 2

Estimado paciente:

Las preguntas que aparecen a continuación son para valorar al paciente con diabetes mellitus tipo 2 referente al cumplimiento con las indicaciones prescritas por el médico. Le garantizamos la mayor reserva de sus respuestas. Es muy importante para este estudio. Muchas gracias.

Encuesta

Nº Fecha de aplicación:

Lugar de realización de la entrevista:

Cuestionario del Entrevistado:

Complete y marque con una (x) según sea su caso:

1.- Respecto a datos sociodemográficos:

- 1.1 Edad: 1.2 Sexo: F M
- 1.3 Estado civil: Soltero Casado Unión libre Viudo
- 1.4 Hasta que año estudió: No estudió Primaria
Secundaria Bachiller Superior
- 1.5 De los sueldos que perciben en su hogar, ¿cuánto suman en total? y ¿cuántas personas están incluidas en el consumo del mismo?
- a- Total, de los sueldos que perciben en el mes
- b- Personas que consumen en la casa

2.- Respecto a la adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2:

TEST MORISKY – GREEN – LEVINE

- 2.1 ¿Deja de tomar alguna vez los medicamentos para tratar su enfermedad?
- SI NO
- 2.2 ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
- SI NO
- 2.3 Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
- SI NO
- 2.4 Si alguna vez le sienta mal la medicación, ¿deja usted de tomarla?
- SI NO

3.- Respecto a las Variables Clínicas:

1. El conocimiento sobre diabetes mellitus 2

1. Marque con una "X" que es la diabetes mellitus tipo 2.
 - A___ una enfermedad que se cura si se trata
 - B___ una enfermedad para toda la vida que puede complicarse
 - C___ una enfermedad para toda la vida que no se complica
 - D___ No sabe

2. Conoce la importancia de controlar la azúcar en la sangre
 - A_____ Para evitar complicaciones de otros órganos
 - B_____ Para evitar que aumente la presión arterial
 - C_____ Para evitar la infección en los riñones
 - D_____ Para evitar que tenga gripe
 - E_____ No sabe

3. Marque con una x cuál de los siguientes usted considera complicaciones de la diabetes tipo 2
 - A _____pie diabético
 - B _____ ceguera
 - C _____ gastritis
 - D_____ daño de los riñones
 - E_____ diarreas

4. ¿Cuántas comidas debe realizar en el día?
 - A ___ Tres: desayuno, comida y cena.
 - B ___ Seis: desayuno, entredía, almuerzo, comida, merienda y cena.
 - C ___ Comer siempre que tenga hambre.
 - D___ No sabe/no contesta.

5. ¿Cómo usted cree que deben ser las porciones de estas comidas:
 - A_____ pequeñas cantidades y variada (frutas, vegetales, legumbres, carne, pescado o huevo)
 - B_____ Mucha cantidad y variada
 - C_____ Mucha cantidad y poco variada

6. ¿Conoce cómo se realiza el ejercicio físico para ayudar al control de su enfermedad?

A ____ Realizar 30 minutos diarios por cinco días de la semana

B ____ Realizar menos de 30 minutos o menos de tres veces a la semana

C ____ Realizar 15 minutos una vez a la semana

2. Controles médicos

¿Cuántas veces usted acude a los controles al centro de salud?

A ____ al menos cuatro veces al año

B ____ al menos ocho veces al año

C ____ al menos tres veces al año

D ____ cada vez que se siente mal

3. Disponibilidad de fármacos

¿Si no hay la medicación en el centro de salud usted la puede comprar?

A ____ Nunca

B ____ Algunas veces

C ____ Siempre

4. Apoyo familiar

1. Con respecto al tratamiento de su enfermedad, usted siente que su familia lo apoya:

A ____ Nunca

B ____ A veces

C ____ Siempre

2. ¿Su familia le ayuda a conseguir el medicamento cuando no puede tenerlo?

A ____ Nunca

B ____ A veces

C ____ Siempre

3. ¿Cuándo toma la medicación lo hace bajo la supervisión de algún familiar?

A ____ Nunca

B ____ A veces

C ____ Siempre

ANEXO 3

VARIABLE CLÍNICA

Respecto a la Relación Médico-Paciente

Test premepea

1. ¿Usted ha sentido que su médico lo escucha?

A ___ Nunca

B ___ Algunas veces

C ___ Siempre

2. ¿Entiende las indicaciones médicas?

A ___ Nunca

B ___ Algunas veces

C ___ Siempre

3. ¿Su médico le escucha y se preocupa por lo que le refiere de su salud cuando asiste a consulta?

A ___ Nunca

B ___ Algunas veces

C ___ Siempre

4. ¿Su médico le explica de su enfermedad y usted lo entiende todo lo que le dice?

A ___ Nunca

B ___ Algunas veces

C ___ Siempre



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Irma Rocio Ortega Mora**, con C.C: # 091437327- 9 autor/a del trabajo de titulación: “**Factores Vinculados a la Adherencia al Tratamiento en la Diabetes Mellitus tipo 2, de cuatro Consultorios del Centro de Salud Baba. 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: **Ortega Mora Irma Rocio**

C.C: **091437327-9**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	“Factores Vinculados a la Adherencia al Tratamiento en la Diabetes Mellitus tipo 2, de cuatro Consultorios del Centro de Salud Baba. Año 2018”		
AUTOR(ES)	Irma Rocio Ortega Mora		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	José Ismael Dranguet Bouly		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en Ciencia de la Salud		
CARRERA:	Medicina Familiar y Comunitaria		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	17 de diciembre de 2018	No. DE PÁGINAS:	60
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ciencia de la Salud, Medicina, Medicina Familiar y Comunitaria		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Adherencia terapéutica, factores vinculados, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad crónica / Therapeutic adherence, factors related, diabetes mellitus type 2, chronic disease		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Antecedentes: Según la FID, en el 2015 hubo 415 millones de adultos con diabetes a nivel mundial. En Ecuador la prevalencia de la enfermedad entre 20 a 79 años 8.5%. INEC en el año 2014 reportó como segunda causa de mortalidad a la diabetes mellitus, primera causa de mortalidad en la población femenina y tercera en la masculina. El Ministerio de Salud Pública estableció una Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, con la finalidad de estandarizar su manejo y potenciar la calidad de la atención médica.</p> <p>Materiales y Métodos: estudio investigativo relacional, observacional, retrospectivo, transversal y analítico; que incluyó 98 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) mayores de 20 años, que pertenecen a los cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria, del centro de salud Baba; que se realizó en el periodo del año 2018, la información fue tomada a través de una encuesta.</p> <p>Resultados: 98 encuestados con DM2; 40.8% adherentes, 59.2% no adherentes; 50-54 años 27.55%, sexo femenino 64.3%, unión libre 93%, instrucción primaria 65.39%; y del percápita familiar la pobreza 60.2%.</p> <p>Conclusiones: Predominan 50 a 54 años, femenino, unión libre, la instrucción primaria, la pobreza, los que tienen conocimiento de la enfermedad, acuden a controles médicos, los que siempre disponen de fármacos, tienen mucho apoyo familiar y la buena relación médico-paciente; predominando la no adherencia al tratamiento; existe relación estadísticamente significativa conocimiento de la enfermedad, apoyo familiar y relación médico paciente.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-2461308-0995394726	E-mail: iromarrs@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Xavier Landívar Varas		
	Teléfono: +593-4- 3804600 ext: 1830		
	E-mail: xavierlandivar@cu.ucsg.edu.ec Posgrados.medicina@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):			