

ADHERENCIA FARMACOLOGICA DE PACIENTES DIABETICOS EN UN  
CENTRO DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA  
EN EL AÑO 2011

ROSSANA SUAREZ CAYON

ANETH RIVAS  
Asesora científica  
Especialista en Cuidado Crítico  
Especialista en Nefrología y Urología  
Magister en Enfermería  
Director de Posgrados de Facultad de Ciencias de la Salud

MARGARITA MONTOYA  
Asesora metodológica  
Magister en Investigación

Trabajo de grado como requisito para optar el título de Enfermera

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA  
PROYECTO DE INVESTIGACION  
COLOMBIA  
2014

## TABLA DE CONTENIDO

<b>1. RESUMEN</b>	<b>3</b>
<b>2. INTRODUCCION</b>	<b>4</b>
<b>3. JUSTIFICACION</b>	<b>6</b>
<b>4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>9</b>
<b>5. ANTECEDENTES</b>	<b>12</b>
<b>6. OBJETIVOS</b>	
<b>6.1. Objetivo General</b>	<b>19</b>
<b>6.2. Objetivos Específicos</b>	<b>19</b>
<b>7. MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>20</b>
<b>8. MARCO TEORICO</b>	<b>28</b>
<b>9. METODOLOGIA</b>	<b>36</b>
<b>10. RESULTADOS</b>	<b>39</b>
<b>11. DISCUSIÓN</b>	<b>48</b>
<b>12. CONCLUSION</b>	<b>52</b>
<b>13. RECOMENDACIONES</b>	<b>53</b>
<b>14. ANEXOS</b>	<b>54</b>
<b>REFERENCIAS</b>	

## 1. RESUMEN

**Objetivo:** Describir la adherencia farmacológica de pacientes diabéticos en un centro de salud de primer nivel de atención.

**Materiales y Método:** estudio descriptivo, transversal, con una muestra de 150 seleccionados de forma aleatoria, se realizaron visitas domiciliarias, en las cuales se aplicaron el test batalla y el Morisky-Green, que permiten para valorar conocimiento del paciente de su enfermedad y actitudes del paciente con relación a su tratamiento farmacológico.

**Resultados:** pacientes en su mayoría de sexo femenino , con respecto al test batalla en un 85 % conocen que la diabetes es una enfermedad para toda la vida, que se puede controlar con dieta y medicación, según el test de Morisky Green, algunos pacientes adoptaron actitudes correctas con respecto al tratamiento farmacológico

**Conclusiones:** aún existe un número significativo de pacientes que manifestaron conductas de incumplimiento, lo que deja ver la necesidad urgente de intervenciones de enfermería que ayuden a mejorar la adaptación, la adherencia y el autocuidado.

**Palabras clave:** Cumplimiento de la medicación, Conocimiento de la medicación por el paciente, diabetes

## 2. INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus, es una enfermedad crónico degenerativa que se presenta cuando el páncreas no produce insulina, o bien, la que se produce no es utilizada de manera eficiente por el organismo; ésta es la hormona responsable de que la glucosa de los alimentos sea absorbida por las células y dotar de energía al organismo.<sup>(1)</sup> se presenta en dos formas definida por la OMS así: la diabetes mellitus tipo 1 (anteriormente denominada diabetes insulino dependiente o juvenil) se caracteriza por la ausencia de síntesis de insulina. Y la diabetes de tipo 2 (llamada anteriormente diabetes no insulino dependiente o del adulto) tiene su origen en la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina, lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso o la inactividad física.<sup>(2)</sup>

Un informe del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) establece que la diabetes figura entre las primeras cinco causas conocidas de mortalidad en Colombia, y el porcentaje de muertes atribuibles a la enfermedad aumenta desde menos del 1% en la población menor de 40 años, hasta el 6% en la población de 60-69 años. En el atlas de la IDF se estima que en la población colombiana de 20-79 años el número de muertes atribuibles a la diabetes es de 5.571 en hombres y de 5.829 en mujeres<sup>(3)</sup>. La prevalencia de la diabetes tipo 2 en Colombia en el 2012 fue aproximadamente de 7.4% en hombres y de 8.7% en mujeres. Se predice que entre el año 2000 y 2030 en América latina el número de personas con diabetes aumentara en un 14.8%, y en población general un 40%<sup>(4)</sup>, lo que ha llevado a considerar a la DM como un problema de Salud Pública en el país y en el mundo.

Se puede observar como continuamente incrementan las cifras de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas, La falta de adherencia al tratamiento o incumplimiento terapéutico es un problema relevante, con mayor importancia en el tratamiento de este tipo de enfermedades<sup>(5)</sup> entre las cuales tiene especial notabilidad la diabetes debido a su alta incidencia. Es por esto que para lograr la tan deseada adherencia, es necesario de que el equipo multidisciplinario establezca un adecuado diagnóstico, así mismo en todas las consultas de seguimiento de los pacientes con patologías crónicas, eduque a los pacientes con relación a todos los temas concernientes a su enfermedad, diagnóstico, pronóstico, riesgo de sufrir complicaciones a largo plazo, opciones de tratamiento y la reducción del riesgo según las opciones terapéuticas en uso y respeto de sus valores y preferencias<sup>(6)</sup>.

Los enfermeros por su proximidad al paciente, pueden contribuir eficazmente a disminuir los errores en la medicación y la falta de adherencia medicamentosa. Este problema es objeto de su atención como prueba el hecho de que el cumplimiento de indicaciones terapéuticas aparece entre los diagnósticos enfermeros más utilizados priorizados por importancia percibida en Atención Primaria.<sup>(7)</sup>

Es por esto que desde el ámbito de la enfermería se deben generar actividades que permitan intervenir en el cuidado holístico de estos pacientes en donde el diagnóstico y la evaluación de la adherencia farmacológica sea el inicio del autocuidado, adaptación, mejor evolución de la enfermedad menos ingresos hospitalarios, complicaciones y costo<sup>(8)</sup>.

### 3. JUSTIFICACION

La iniciativa de la presente investigación nace de la necesidad de conocer la adherencia farmacológica que presentan los pacientes diabéticos en los centros de salud de primer nivel de la ciudad de santa marta y el grado de conocimiento que estos poseen acerca de su enfermedad con el fin de identificar el grado de adherencia al tratamiento y las actitudes de los pacientes con respecto a su enfermedad.

Se estima que, aproximadamente, 285 millones de personas en el mundo (0, 6,6% en el grupo de 20 a 79 años) padecen diabetes en el año 2010. Este número se espera que aumente más del 50% en los próximos 20 años si no se ponen en práctica programas preventivos. Para el año 2030 la proyección es de 438 millones de personas afectadas, lo que indica que el 7,8% de la población adulta tendrá diabetes <sup>(33)</sup>. Es por esto que es importante la creación de estrategias de prevención de la enfermedad y promoción de la salud las cuales son lideradas principalmente por el personal de enfermería a la vez son los enfermeros quienes deben estar orientados en todos los aspectos de esta enfermedad desde su prevención, diagnóstico y tratamiento, acompañando siempre al paciente y brindando toda la educación posible para lograr el objetivo diseñado por la OMS para el programa de diabetes el cual busca mejorar la salud estimulando y apoyando la adopción de medidas eficaces de vigilancia, prevención y control de la diabetes y de sus complicaciones, especialmente en los países de ingresos bajos y medios.<sup>(34)</sup>

El incremento de personas que padecen diabetes en su mayoría de tipo II y los altos costos que esto genera, han llevado a considerar la diabetes como el tercer problema de salud pública mas importante del mundo según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

De acuerdo con el último documento publicado por la International Diabetes Federation (IDF), "Diabetes Around The World" la prevalencia de diabetes en Latinoamérica oscila entre 1.18% en Paraguay a 5.62 % en Puerto Rico.

La Asociación Colombiana de Diabetes ha estimado que el 7% de la población colombiana mayor de 30 años tiene Diabetes tipo 2 y alrededor de un 30 a 40% de los afectados desconocen su enfermedad.<sup>(35)</sup> esto indica la necesidad desde la perspectiva de enfermería de observar la actitud y conocimiento que tienen los pacientes diabéticos con respecto a su enfermedad y el grado de cumplimiento frente a su tratamiento.

Este proyecto plantea describir el grado de adherencia farmacológica de los pacientes diabéticos y realizar un llamado al equipo a cargo del cuidado de los pacientes, en particular los enfermeros para la creación de estrategias e intervenciones que ayuden a mejorar la adaptación, la adherencia y el autocuidado.

En enfermería el pilar fundamental es el cuidado, y nuestra labor es ejercer ese cuidado desde la prevención, el diagnóstico, el control, el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, siempre brindando bienestar y tratando de mejorar la calidad de vida de los pacientes, por lo tanto es relevante conocer cada aspecto de estos para poder abordarlos desde una perspectiva holística y brindarles de forma correcta todos los conocimientos relacionados con su enfermedad desde la prevención hasta el tratamiento.

La temática abordada ha sido trabajada anteriormente en varios estudios puesto que la adherencia farmacológica ha sido considerada verdaderamente como un problema de salud pública que juega un papel crucial en el desarrollo de la morbilidad y en los procesos de prevención. El incumplimiento acarrea graves riesgos para la salud además de un enorme costo sanitario.<sup>(12)</sup> y es aquí donde el personal de enfermería juega un papel fundamental siendo este el encargado de la educación y acompañamiento al

paciente y su familia para alcanzar los objetivos del tratamiento, ya que si el paciente no tiene la información correcta es difícil que siga un tratamiento o indicaciones del modo esperado, es por esto que la adherencia farmacológica se ha convertido además en un objetivo difícil de alcanzar.



#### 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Diabetes Mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, consecuencia de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. La hiperglicemia crónica se asocia en el largo plazo daño, disfunción e insuficiencia de diferentes órganos especialmente de los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos<sup>(37)</sup>, la diabetes mellitus está dividida principalmente en diabetes mellitus tipo I y tipo II.

La diabetes tipo 1, se caracteriza por la destrucción de los islotes pancreáticos de células beta e insulinopenia total; por lo que los individuos presentan la tendencia hacia la cetosis en condiciones basales. Es una de las enfermedades crónicas más frecuentes de la infancia, cuya incidencia está aumentando, especialmente en niños menores de 5 años; afecta de manera importante la salud de la población, sobre todo a través de sus complicaciones crónicas o a largo plazo, que provocan una morbilidad frecuente y disminuyen de forma significativa las expectativas de vida.<sup>(38)</sup>

La diabetes mellitus tipo II esta caracterizada por insulino-resistencia y deficiencia (no absoluta) de insulina. Es un grupo heterogéneo de pacientes, la mayoría obesos y/o con distribución de grasa predominantemente abdominal, con fuerte predisposición genética no bien definida (multigénica). Con niveles de insulina plasmática normal o elevada, sin tendencia a la acidosis, responden a dieta e hipoglicemiantes orales, aunque muchos con el tiempo requieren de insulina para su control, pero ella no es indispensable para preservar la vida (insulino-requientes).<sup>(37)</sup> La aparición de esta enfermedad tiene una base genética importante, sin embargo, los estilos de vida inadecuados, en especial los malos hábitos alimentarios y el sedentarismo, aumentan considerablemente el riesgo de

adquirirla. En este sentido, el panorama en nuestro país es particularmente preocupante, fenómenos como el desplazamiento de campesinos a la ciudad, producido principalmente por la violencia, favorecen el sobrepeso, la obesidad y por consiguiente el riesgo de la diabetes, teniendo en cuenta que estas personas se ven obligadas a consumir comidas rápidas, procesadas industrialmente, de bajo costo y con un alto contenido de grasa y carbohidratos al tiempo que disminuyen la actividad física. <sup>(39)</sup>

La Diabetes Mellitus por su naturaleza crónica, la severidad de las complicaciones y los medios que se requieren para su control se constituye en el momento en una enfermedad altamente costosa. Evidencia acumulada en años recientes demuestra que el diagnóstico temprano y el buen control de la diabetes reduce la progresión de complicaciones crónicas de la enfermedad como la retinopatía, la nefropatía y la neuropatía, las cuales influyen en la morbilidad y mortalidad prematuras que presentan estos pacientes. <sup>(35)</sup> sin embargo en Colombia a pesar de los esfuerzos del estado en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud las cifras de morbi-mortalidad por diabetes incrementan cada año y ya la diabetes figura como la quinta causa de mortalidad, y se calculan en el país 1.000.000 de personas con diabetes y 2.000.000 más con hiperglicemia e intolerancia a los carbohidratos, alteraciones que preceden a la diabetes mellitus tipo 2; y se predice que para el año 2030 en América latina el número de personas con diabetes aumentara en un 14.8%, y en población general un 40%<sup>(4)</sup>, lo que ha llevado a considerar a la DM como un problema de Salud Pública en el país y en el mundo.

Entendemos entonces, que la Diabetes Mellitus, es un problema de salud grave, siendo una de las primeras causas de mortalidad, y ocupando en las mujeres el tercer lugar. Los diabéticos tienen una mayor mortalidad que los no diabéticos, siendo sus

complicaciones las principales causas de la misma, y dentro de ellas la principal, la enfermedad isquémica del corazón.<sup>(10)</sup> y que mientras no exista una cultura de prevención de la enfermedad y cumplimiento del tratamiento es difícil que las cifras disminuyan y que este problema termine.

La adherencia farmacológica juega un papel muy importante en el tratamiento de los pacientes diabéticos, así como la actitud con respecto a su enfermedad la cual repercute directamente en su estado de salud y su estilo de vida, es por esto que es necesario identificar las causas de incumplimiento al tratamiento y promover en el personal de enfermería la realización de intervenciones oportunas para lograr el objetivo de la adherencia farmacológica y disminuir de esta forma la mortalidad por diabetes en Santa Marta.

### **PREGUNTA PROBLEMA**

¿Cuál es el grado de adherencia farmacológica de los pacientes diabéticos de un centro de salud de primer nivel de la ciudad de Santa Marta?

## 5. ANTECEDENTES

Existen diversas investigaciones relacionadas con la adherencia farmacológica tanto en pacientes diabéticos como otro tipo de pacientes como hipertensos, con riesgo cardiovascular, entre otros, cuyo contenido también puede ser aplicado sin problema al tema abordado en este proyecto. A la vez estudiar la adherencia farmacológica en pacientes diabéticos es muy importante para el equipo de salud que interviene en el cuidado de estos puesto que nos presenta una idea del estado actual de los tratamientos y su influencia en los pacientes lo cual nos lleva a crear mejores estrategias de intervención. A continuación se citan algunos aportes importantes de otros autores en cuanto al tema abordado

J Flores y F Polo destacan en su artículo que estos son denominados como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, que permitan al sector salud intervenir de manera preventiva en la detección oportuna y contribuir al control cuando ha sido diagnosticada la enfermedad, así como disminuir las complicaciones que se tienen porque el paciente no mantiene el apego a las prescripciones médicas, por lo que la pregunta de investigación es: ¿Cuál es el impacto de los determinantes Sociales de la Salud en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, con la hipótesis: Los determinantes Sociales de la Salud inciden directamente en la adherencia al Tratamiento de los pacientes con DM tipo 2; El objetivo General es: Determinar la influencia de los determinantes Sociales de la Salud en la adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, que no mantienen apego al tratamiento. Estos factores se considera que influyen en el apego al tratamiento considerando a este como el grado en que la conducta del paciente corresponde con la prescripción del médico. Esta conducta no se

limita a la toma de medicamentos e incluye, las indicaciones relativas a la dieta, el ejercicio, cambios de estilo de vida y otras indicaciones higiénicas, los exámenes paraclínicos, asistencia a las citas y cualquier otra indicación o recomendación relevante para el diagnóstico, prescripción, monitoreo y control del padecimiento. La evaluación del apego al tratamiento supone como prerequisite el cumplimiento de los siguientes supuestos: que se trate de una enfermedad relevante, que exista tratamiento eficaz, que el diagnóstico y la prescripción sean correctos, que existan métodos apropiados para medir el apego y que existan consecuencias demostrables del desapego. <sup>(9)</sup>

El apego al tratamiento es importante para evaluar la evolución clínica, ya que una alianza terapéutica entre el paciente y el médico es necesaria para el éxito del tratamiento. Existen diversas técnicas para medir el apego al tratamiento farmacológico, como la cuantificación directa del fármaco en sangre u orina, entrevista al paciente y el conteo de tabletas, entre otras. La falta de apego al tratamiento implica grandes erogaciones económicas, ya que más de 10% de los ingresos hospitalarios se deben a esta causa. Los factores de riesgo para el no apego terapéutico son los relacionados con el paciente, la enfermedad, el médico tratante, el lugar donde se prescribe el tratamiento y el medicamento en sí. Los estudios sobre este tema muestran que es de 50% de cumplimiento en enfermedades crónicas; y en enfermedades agudas, como la diarrea, varía entre 31% y 49%, con los siguientes factores de riesgo asociados: desconocimiento de la enfermedad, desconfianza de la capacidad del médico, duración de la consulta menor a cinco minutos, falta de comprensión de las indicaciones médicas, escolaridad baja, estado civil e intolerancia a los medicamentos. Otro de los factores asociados con no apegarse al tratamiento terapéutico, es el uso de plantas o productos de origen animal a los cuales les son atribuidas propiedades medicinales. <sup>(10)</sup>

En enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, el diagnóstico es el principal evento estresante y en algunos casos inicia una respuesta adaptativa que los lleva a una nueva situación de salud-enfermedad, el diagnóstico puede tener también un severo impacto sobre la familia y en el trabajo, esta situación puede ser modificada con el apoyo social dado principalmente por sus familiares y amigos y por las actitudes de la sociedad. En un estudio que realizamos encontramos que el apoyo social es muy importante para mejorar la adherencia al tratamiento, esto lleva a un mejor control metabólico y pudieran retardarse ó no presentarse las complicaciones propias de la enfermedad. Además encontramos que a mayor adherencia al tratamiento había mejor control metabólico y menor grado de neuropatía. <sup>(11)</sup>

Los programas de acción, en el paciente diabético, están dirigidos a inducir y mantener en el tiempo una serie de cambios comportamentales para sostener sus niveles de glicemia lo más cercano posible a la normalidad, modificando de manera importante la historia natural de la enfermedad. De aquí surge el concepto de adherencia, entendido como la acción de involucrarse activa y voluntariamente en el manejo de la enfermedad, mediante el desarrollo de un proceso de responsabilidad compartida entre el paciente y los profesionales de la entidad prestadora de servicios en salud que exige miradas que revaloricen lo subjetivo. <sup>(23)</sup>

El apego terapéutico, es verdaderamente un problema de salud pública, y juega un papel crucial en el desarrollo de la morbimortalidad y en los procesos de prevención. Es también, sin embargo, un objetivo difícil de alcanzar. Se ha considerado que el cumplimiento terapéutico es una cuestión importante que compromete tanto a los proveedores de servicios de salud como a los usuarios de los mismos. Por el contrario, el incumplimiento acarrea graves riesgos para la salud además de un enorme coste sanitario. ¿De qué sirve gastarse enormes cantidades de dinero para hacer evaluaciones

y exámenes de salud costosísimos cuando en un alto porcentaje de casos no existen garantías de que las recomendaciones médicas y de cambios de estilos de vida se lleven a la práctica? En algunas revisiones relativamente recientes, se llega a concluir que tan solo uno de cada dos pacientes cumple fielmente con las recomendaciones de tratamiento.<sup>(24)</sup>

Si describimos la caracterización demográfica de la adherencia al tratamiento según lo encontrado por Cardona<sup>(25)</sup> y Rosado<sup>(26)</sup> refieren que en la caracterización demográfica y clínica se encontraron diferencias significativas en la distribución por sexo, siendo estadísticamente mayor la proporción de mujeres<sup>(25)</sup>.

Con respecto al nivel de escolaridad, es importante mencionar que para Duran-Varela los factores de riesgo con una relación estadísticamente significativa para no apegarse al tratamiento fueron la escolaridad de primaria completa o menor y la falta de información sobre su enfermedad<sup>(27)</sup>. A la vez Agámez evidencio que a mayor escolaridad menor adherencia<sup>(28)</sup> lo que prueba que el apego al tratamiento puede ser subjetivo en cada paciente.

En relaciona a la edad, según lo encontrado por Mendoza si sumamos las disfunciones propias del envejecimiento, podríamos inferir que el problema del incumplimiento, sobre todo en la mujer adulta mayor, se instala por soledad, desconocimiento y deterioro<sup>(29)</sup> La adhesión al tratamiento es más pobre entre los de mayor edad<sup>(30)</sup>, sin embargo existen evidencias que en la adolescencia la búsqueda de la independencia y conductas propias del desarrollo juvenil se han presentado problemas para que los pacientes se adhieran a los tratamientos. De hecho, los adolescentes se sienten aliviados

de poder hablar con su médico de sus dificultades para adaptarse al tratamiento y para equilibrar éste con los otros aspectos de su vida <sup>(9)</sup>

El test de batalla según lo evidenciado por Rivas en el 2012 en donde se mostraron óptimos los conocimientos sobre la enfermedad en pacientes renales <sup>(8)</sup>. Sin embargo, Mendoza observo como casi un tercio de los adultos mayores no sabía que su enfermedad es de por vida. Esto implica la necesidad de reforzar la educación acerca de lo que significa una enfermedad crónica, pues se sabe que el cumplimiento terapéutico disminuye con los años y un enfermo que aún no está adaptado a esta condición, puede tener menos posibilidades de seguir las indicaciones en un largo plazo <sup>(29)</sup>.

Ochando A., quien halló que 40% dejan de tomar la medicación cuando les sienta mal, y el 26,97% de la población olvida tomar el medicamento <sup>(31)</sup>. y el 14% cuando se encuentran bien dejan de tomar el medicamento, situación que también fue evidenciada Ortíz donde la gran mayoría de los pacientes no suspenden el tratamiento cuando se sienten bien <sup>(30)</sup> lo que demuestra que en cuanto a la actitud de toma de medicamentos existe evidencia de la variabilidad de opiniones; demostrando que el comportamiento de cada paciente es diferente, sin embargo las causas de no adhesión, condicionan en los enfermos crónicos el incremento de la morbi-mortalidad evitable <sup>(32)</sup>.

Granados G, obtiene en su artículo que de acuerdo a los informes sobre niveles de cumplimiento del plan de tratamiento, sólo el 11,7% de los pacientes informan no tener problemas (lo que significaría un informe de adherencia o cumplimiento). Por el contrario, el 13,5% de pacientes informan tener problemas en cumplir el tratamiento completo (informe de falta de adherencia), mientras la gran mayoría de ellos (74,9%) informaron de problemas con alguno de los componentes del tratamiento (lo que sería un informe de adherencia parcial). <sup>(43)</sup>



Alayon y Mosquera en su estudio obtuvieron que a pesar de la enorme importancia que tiene y se le ha reconocido siempre al tratamiento farmacológico en el cuidado del paciente diabético, los resultados obtenidos en este estudio muestran la necesidad de fortalecer los pilares no farmacológicos. Las tasas más bajas de adherencia comprometen en mayor medida la actividad física y la dieta, específicamente el consumo de vegetales, así como las acciones preventivas de cuidado de miembros inferiores, en los cuales pudiera ser posible lograr grandes beneficios con mínima inversión, mediante refuerzos específicos desde los programas educativos.<sup>(36)</sup>

Hasta el 2005 Silva y Galeano demostraron que han pasado más de 35 años y la no-adherencia se mantiene en cifras preocupantes (59%), al igual que la proporción de hospitalizaciones derivadas del incumplimiento con el tratamiento (33 al 69%), y la mortalidad registra cifras alarmantes que se mantienen en la misma proporción desde hace más de 15 años.<sup>(41)</sup>

Por otro lado Ingaramo y Vita en su estudio encontraron que la adherencia al tratamiento a los 6 meses de iniciado no superó el 50%, y no se observaron diferencias significativas en el control de la HTA (sisto-diastólica) entre adherentes y no-adherentes. Sin embargo en los pacientes adherentes los valores de la PA sistólica y diastólica aislados fueron menores y los porcentajes de control de las mismas significativamente mayores.<sup>(42)</sup>

Respecto a las variables sociodemográficas (edad, género, estado civil y escolaridad) únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la escolaridad, en la que para la dimensión I (factores socioeconómicos) se observa que, a medida que aumenta la escolaridad, existe mejor adherencia al tratamiento asociado a esta dimensión. Es lo encontrado por Zambrano y Duitama en su estudio, La asociación significativa en la variable de escolaridad puede entenderse a la luz de las mejoras

económicas que lleva tener un nivel de estudios más altos, lo que se relaciona con mejores oportunidades laborales y mejores ingresos económicos.<sup>(44)</sup>

Carhuallanqui en su estudio encontró que solo se halló asociación estadística entre los pacientes adherentes y el estado civil viudo ( $p < 0,05$ ) y entre pacientes hipertensos controlados y pacientes adherentes, constituyendo los pacientes controlados 62,1% y de estos el 92,1% eran adherentes.<sup>(45)</sup>

Gallegos y Del Duca plantean en su investigación que para que el Plan Terapéutico se lleve a cabo debemos lograr la mayor Adherencia posible, teniendo en cuenta todos los elementos planteados y los que específicamente influyen sobre ella. Con especial énfasis en brindar información y derribar las barreras derivadas de las creencias, prejuicios, miedos respecto a la enfermedad, y considerando esencial la participación activa de la familia en todo el proceso. Lograr la adherencia no es la meta, es parte del camino; un camino que recorren juntos el médico, el paciente y su familia.<sup>(46)</sup>

## **6. OBJETIVOS**

### **6.1. OBJETIVO GENERAL**

Describir la adherencia farmacológica de pacientes diabéticos, mediante la aplicación de los test Morinsky- Green y test de Batalla a los pacientes asistentes a un centro de salud de primer nivel de atención de la ciudad de Santa Marta con el fin de identificar la actitud y el conocimiento de los pacientes frente a su tratamiento y enfermedad.

### **6.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar la actitud que presentan los pacientes diabéticos frente a su tratamiento.
- Describir el nivel de conocimiento que presentan los pacientes con respecto a su enfermedad.

## 7. MARCO CONCEPTUAL

### DIABETES

La palabra diabetes data del siglo II, cuando Areteo de Capadocia la denomina con este nombre. Willis en el siglo XVII describe el sabor dulce (azúcar, miel) como la miel de la orina en la diabetes y le da el atributo de mellitus. <sup>(40)</sup>

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el cuerpo no puede producir suficiente insulina o no puede usar la insulina eficazmente. La insulina es una hormona producida en el páncreas que permite que la glucosa de los alimentos entre en las células del cuerpo, donde se convierte en la energía necesaria para que funcionen los músculos y los tejidos. Una persona con diabetes no absorbe adecuadamente la glucosa, y la glucosa sigue circulando por la sangre (una afección conocida como hiperglucemia), lo cual daña con el tiempo los tejidos del cuerpo. Este daño puede conducir a una discapacidad y a complicaciones de salud que pueden llegar a ser mortales.

Hay tres tipos principales de diabetes:

- La diabetes tipo 1
- La diabetes tipo 2
- La diabetes gestacional

La diabetes tipo 1 es causada por una reacción autoinmune, en la que el sistema de defensa del cuerpo ataca las células beta productoras de insulina en el páncreas. Como

resultado, el cuerpo ya no puede producir la insulina que necesita. No se sabe muy bien por qué ocurre esto. La enfermedad puede afectar a personas de cualquier edad, pero generalmente se presenta en niños o adultos jóvenes. Las personas con este tipo de diabetes necesitan insulina todos los días para controlar los niveles de glucosa en sangre. Sin insulina, una persona con diabetes tipo 1 muere.

La diabetes tipo 1 suele desarrollarse repentinamente y puede producir síntomas tales como:

Sed anormal y sequedad de boca

Micción frecuente

Falta de energía, cansancio extremo

Hambre constante

Pérdida repentina de peso

Heridas de cicatrización lenta

Infecciones recurrentes

Visión borrosa

Las personas con diabetes tipo 1 pueden llevar una vida normal y saludable a través de una combinación de terapia de insulina diaria, vigilancia estrecha, una dieta saludable y ejercicio físico regular. El número de personas que desarrollan diabetes tipo 1 está aumentando. Las causas de esto aún no están claras, pero pueden deberse a cambios en factores de riesgo medioambientales, sucesos tempranos en el útero, la dieta en los primeros años de vida, o a infecciones virales.<sup>(17)</sup>

La diabetes tipo 2 es el tipo de diabetes más común. Por lo general ocurre en adultos, pero cada vez más aparece en niños y adolescentes. En la diabetes tipo 2, el cuerpo puede producir insulina, pero o bien esto no es suficiente o bien el cuerpo no puede responder a sus efectos, dando lugar a una acumulación de glucosa en sangre. Muchas personas con diabetes tipo 2 no son conscientes de su enfermedad durante mucho tiempo, ya que los síntomas pueden tardar años en aparecer o ser reconocidos, pero durante este tiempo el cuerpo está siendo dañado por el exceso de glucosa en sangre. Estas personas suelen ser diagnosticadas sólo cuando las complicaciones de la diabetes ya se han desarrollado.

Aunque todavía no se conocen las causas del desarrollo de la diabetes tipo 2, hay varios factores de riesgo importantes. Por ejemplo:

La obesidad

La mala alimentación

La inactividad física

La edad avanzada

Los antecedentes familiares de diabetes

El grupo étnico

La alta glucosa en sangre durante el embarazo que afecta al feto

A diferencia de las personas con diabetes tipo 1, la mayoría de las personas con diabetes tipo 2 no requieren, por lo general, dosis diarias de insulina para sobrevivir. Muchas personas pueden controlar su enfermedad a través de una dieta sana y una mayor actividad física, y medicación oral. Sin embargo, si no son capaces de regular sus niveles de glucosa en sangre, puede que tengan que tomar insulina.

El número de personas con diabetes tipo 2 está creciendo rápidamente en todo el mundo. Este aumento está asociado al desarrollo económico, el envejecimiento de la población, la creciente urbanización, los cambios en la dieta, la poca actividad física y los cambios en otros patrones de estilo de vida. .<sup>(17)</sup>

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica degenerativa que afecta a la población mundial y representa una importante causa de morbilidad, invalidez y mortalidad; esta última debida principalmente al infarto agudo del miocardio y a la enfermedad cerebro vascular (ECV), ya que el paciente diabético es más proclive a padecerlos por razón del factor aterosclerótico asociado a la hiperglicemia. La morbilidad y la invalidez están relacionadas con complicaciones como la insuficiencia renal crónica, la retinopatía, las neuropatías y las secuelas de la ECV las cuales, como se sabe, disminuyen la independencia y comprometen aspectos fundamentales de la vida de la persona, como su capacidad laboral, sus relaciones personales y familiares, así como la adaptación a nuevas demandas que la sociedad y el medio le imponen.<sup>(39)</sup>

Las personas con diabetes corren el riesgo de desarrollar una serie de problemas de salud que pueden provocar discapacidad o la muerte. Los constantemente altos niveles de glucosa en sangre pueden conducir a enfermedades graves que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios. Las personas con diabetes también tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones. En casi todos los países de renta alta, la diabetes es la principal causa de las enfermedades cardiovasculares, la ceguera, la insuficiencia renal y la amputación de miembros inferiores; y a medida que la prevalencia de la diabetes tipo 2 crece en países de renta baja y media, también lo hace el impacto de estas costosas complicaciones –tanto en términos humanos como económicos. El mantenimiento de los niveles normales de glucosa en sangre, presión arterial y

colesterol puede ayudar a retrasar o prevenir las complicaciones de la diabetes. Las personas con diabetes requieren un seguimiento regular de las complicaciones.<sup>(17)</sup>

## **ADHERENCIA**

Entendemos por adherencia la capacidad y disposición del proveedor de servicios y del paciente para llegar a un acuerdo y compromiso en relación con las recomendaciones de salud pertinentes. Es un concepto que implica de manera activa a ambos y se aleja de la concepción pasiva del paciente en relación con su enfermedad. Históricamente esta concepción pasiva ha sido muy prevalente en los dispositivos de atención de salud y se han utilizado términos tales como “seguimiento terapéutico” y “cumplimiento terapéutico” que reflejaban la pasividad del paciente<sup>(18)</sup>. El médico, como proveedor más significativo, se limitaba a decir lo que el paciente tenía que hacer y el único papel de éste era seguir fielmente lo que se le decía que hiciera.

En la actualidad esta concepción pasiva ha cambiado. Por una parte, un contexto social, cultural y sanitario más democrático, y, por otra parte, la especial complejidad de las recomendaciones de salud para afectar a una morbimortalidad muy vinculada a los estilos de vida, han facilitado que las miradas se vuelvan al papel activo que los pacientes tienen en relación con su cuidado y con su salud. Aparece así el modelo de colaboración<sup>(10)</sup>, entre proveedor de servicios y pacientes como un medio de lograr una adherencia al tratamiento más efectiva. Entendida así la adherencia, se requiere que el paciente tenga autonomía para decidir si seguir o no las recomendaciones médicas y, además esté motivado para ello.

Así pues, prevemos que habrá una mejor adherencia cuando haya un mayor compromiso del paciente. En particular, este compromiso se orienta a promover las conductas de auto cuidado y, entendemos, que el compromiso se acrecienta en la



medida en que el proveedor de servicios reconoce esta responsabilidad del paciente en su cuidado y facilita un contexto para que se sienta libre de adoptar las decisiones que corresponda. <sup>(12)</sup>

Una adherencia baja a los fármacos produce disminución de la efectividad del fármaco en la población general. La medición de la adherencia no es fácil y en muchas ocasiones se precisa de varios métodos para evitar la sobreestimación. Un método muy utilizado es el cuestionario de Morisky-Green que, combinado con el recuento de comprimidos, permite una buena aproximación al resultado. <sup>(47)</sup>

## **CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD**

La educación en salud es una de las estrategias que puede aportar para reducir la alta superioridad de complicaciones en personas con DM. Educar los pacientes con DM puede tener papel fundamental en el incentivo y apoyo para que asuman la responsabilidad en el control del día a día de su condición. <sup>(48)</sup>

## **TEST MORINSKY-GREEN**

Tiene la finalidad de valorar actitudes acerca del tratamiento; no es útil para la prescripción a demanda. Si responde de forma incorrecta alguna de las cuatro preguntas se considera incumplidor. Consta de 4 preguntas:

¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?

¿Toma los fármacos a la hora indicada?

Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?

Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?<sup>(20)</sup>

Desde que el test fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento.<sup>(21)</sup>

El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No. Existe otra variante, en la cual se modifica la segunda pregunta para permitir que la respuesta correcta sea «no», y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las 4 preguntas de la misma forma: No/No/No/ No. La pregunta es: ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas? Esta fórmula fue utilizada por Val Jiménez en la validación del test para la HTA.<sup>(21)</sup>

### **TEST DE BATALLA**

Es un cuestionario en el cual, mediante preguntas sencillas, se analiza el grado de conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad, asumiendo que un mayor conocimiento de la enfermedad por su parte representa un mayor grado de cumplimiento. El Test de Batalla para la HTA es uno de los cuestionarios más habituales, por su buena sensibilidad, que se fundamenta en el conocimiento de la enfermedad. Se considera incumplidor al paciente que falla alguna de las siguientes respuestas:

1. ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?
2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?

3. Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada. Estas preguntas se pueden modificar para aplicarse a otras enfermedades crónicas.<sup>(21)</sup>

## 8. MARCO TEORICO

Dorothea Orem en su teoría del autocuidado (1993) en la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".<sup>(13)</sup> En la diabetes Mellitus tipo 2 se ha demostrado que medidas simples relacionadas con el estilo de vida son eficaces para prevenirla o retrasar su aparición. Y entre estas medidas encontramos solo bases para el autocuidado como son:

Alcanzar y mantener un peso corporal saludable.

Mantenerse activo físicamente: al menos 30 minutos de actividad regular de intensidad moderada la mayoría de los días de la semana; para controlar el peso puede ser necesaria una actividad más intensa.

Consumir una dieta saludable que contenga entre tres y cinco raciones diarias de frutas y hortalizas y una cantidad reducida de azúcar y grasas saturadas.

Evitar el consumo de tabaco, puesto que aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares.

Orem Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, los cuales son:

Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud. <sup>(13)</sup>

Resaltamos también aquí la teoría del déficit del autocuidado en la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera. <sup>(13)</sup> es relevante por esto para el personal de enfermería identificar las causas del déficit de autocuidado en cada persona y de esta forma realizar la correcta intervención para brindar bienestar al paciente y así alcanzar la obtención de los logros propuestos.

Otra de las teoristas de enfermería en las que se basó este proyecto es Callista Roy y su modelo de adaptación (1970) en el que postula las siguientes creencias filosóficas y valores acerca de la enfermería:

Los seres humanos son holísticos y trascendentes. La persona busca, en la autorrealización, una razón de ser para su existencia.

Por su autodeterminación, las personas toman decisiones y, por lo tanto, son autónomas y responsables de los procesos de interacción y creatividad.

Las personas y el mundo tienen patrones comunes y relaciones integrales, que los identifican como seres únicos.

La transformación de las personas y del ambiente está creada en la conciencia humana, o sea, en la capacidad que tiene cada uno de interpretar el medio ambiente interno y externo.

La adaptación es “el proceso y resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos, en forma individual o grupal, utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental<sup>(14)</sup>

El paciente diagnosticado con Diabetes debe realizar un cambio en su estilo de vida y adaptarse a su condición tomando conciencia de la realización de actividades para garantizar su bienestar.

También considera que las personas tienen 4 modos o métodos de adaptación:

Las necesidades fisiológicas básicas: Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, Alimentación y eliminación.

La autoimagen: El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.

El dominio de un rol o papel: Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado. Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.

Interdependencia: La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

Roy plantea que el cuidado de enfermería es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

Utiliza los cuatro modos de adaptación para incrementar el nivel de adaptación de una persona en la salud y la enfermedad.

Realiza actividades que promueven respuestas de adaptación efectivas en las situaciones de salud y enfermedad.

Es una disciplina centrada en la práctica dirigida a las personas y a sus respuestas ante los estímulos y la adaptación al entorno.

Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación.

Para planificar los cuidados propone un proceso de solución de problemas de seis pasos:

Valorar la conducta del enfermo/usuario.

Valorar los factores influyentes.

Identificar los problemas.

Fijar los objetivos.

Seleccionar las intervenciones.

Evaluar los resultados<sup>(14)</sup>

Teniendo en cuenta lo anterior podemos indicar que los pacientes diabéticos y en general toda persona puede recurrir a los métodos de adaptación y cuando esto falle el personal de enfermería deberá intervenir y lograr que el paciente adopte el mecanismo de adaptación más efectivo para él y su enfermedad

Para Madeleine Leninger y su teoría de la transculturalidad (1970) en la que Leninger se basó en la disciplina de la antropología y de la enfermería definió la enfermería

transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura. La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables.<sup>(15)</sup> El personal de enfermería debe tener en cuenta la edad, sexo, clase social, cultura, escolaridad entre otros de los pacientes a quienes se va a intervenir puesto que eso ayudara a crear mejores estrategias que contribuyan a incrementar el nivel de cumplimiento de los pacientes al tratamiento y la actitud con respecto a su enfermedad y así mejorara la calidad de vida de estos.

Según Leninger los cuidados culturales son todos los valores creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte.<sup>(15)</sup> y es por esto que el personal de enfermería debe tener un conocimiento integral incluyendo este tipo de cuidados, es fundamental para llevar a cabo un proceso de relación de ayuda eficaz, que el profesional de enfermería tenga la capacidad de identificar y dar respuestas a las necesidades espirituales y emocionales de las personas a las que presta cuidado, siendo capaz de educar y brindar apoyo en todas las dimensiones posibles.

El modelo de las 14 necesidades básicas propuesto por Virginia Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística.



Salud: Es la calidad de salud que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales:

1°.- Respirar con normalidad : Captar oxígeno y eliminar gas carbónico

2°.- Comer y beber adecuadamente : Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.

3°.- Eliminar los desechos del organismo :Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.

4°.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.

5°.- Descansar y dormir : Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.

6°.- Seleccionar vestimenta adecuada : Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.

7°.- Mantener la temperatura corporal : Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.

8°.- Mantener la higiene corporal: Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.

9°.- Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para

mantener así su integridad física y psicológica.

10°.- Comunicarse con otros, expresar emociones , necesidades , miedos u opiniones

: Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles

unas a las otras.

11°.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión: Mantener nuestra fe de acuerdo a cual

sea la religión sin distinciones por parte del plantel enfermero.

12°.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo.

13°.- Participar en todas las formas de recreación y ocio: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14°.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos (aprender)

**Cuidado:** Esta dirigido a suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

**Entorno:** Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

**Persona:** como un ser constituido por los componentes biológicos psicológicos sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisible y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral. Ella planteo que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad. <sup>(16)</sup> todos los

pacientes diabéticos tienen necesidades básicas que suplir y es deber del personal de enfermería ayudar a realizarlas cuando existe una falla ya sea biológica, emocional, o espiritual. En este punto también juega un papel importante la enfermera como educadora no solo al paciente sino también al familiar y cuidador puesto que así se lograra en conjunto ayudar al paciente.

## 9. METODOLOGIA

**Tipo de estudio:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo, prospectivo, el cual según García es un tipo de estudio observacional, en los cuales no se interviene o manipula el factor de estudio, es decir se observa lo que ocurre con el fenómeno en estudio en condiciones naturales, en la realidad. <sup>(49)</sup>

**Universo:** el universo utilizado en este estudio son todos los pacientes diabéticos de forma general en la ciudad de Santa Marta.

**Población y muestra:** la población utilizada para este proyecto son los 587 pacientes pertenecientes al club de diabéticos del centro de salud de Bastidas en la ciudad de Santa Marta. La muestra fueron 150 pacientes.

**Tipo de muestreo:** el tipo de muestreo utilizado es intencional o de conveniencia en el cual el investigador selecciona directa e intencionadamente los individuos de la población. El caso más frecuente de este procedimiento el utilizar como muestra los individuos a los que se tienen fácil acceso. Siendo este el caso de este proyecto puesto que se realizó con los pacientes que se encontraban en sus domicilios y aceptaron participar en el estudio.

**Criterios de inclusión:** pacientes adultos: mayores de 18 años pertenecientes al club de diabéticos, pacientes que aceptaron participar en el estudio, personas sin alteraciones mentales.

**Criterios de exclusión:** niños, personas con alteraciones mentales, pacientes con alteración en el estado de conciencia.

**VARIABLES INDEPENDIENTES:** edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad

**VARIABLES DEPENDIENTES:** adherencia al tratamiento

**Instrumentos:** el primer instrumento aplicado es el consentimiento informado el cual se describe como un proceso interactivo en el cual el individuo (o su representante legal) accede voluntariamente y sin coerción a participar en un estudio, luego de que los propósitos, riesgos y beneficios de este han sido cuidadosamente expuestos y entendidos por las partes involucradas. En consecuencia, el CI no solo es necesario e imprescindible en una investigación científica, sino que tiene igual significación en cualquier momento en que el individuo necesite, por razones diversas, alguna intervención médica.<sup>(50)</sup>

El segundo instrumento utilizado fue el test de batalla (ver anexo 1) que estudia el grado de conocimiento que tienen los pacientes frente a su enfermedad apoyándose en que mientras más sea el conocimiento mayor será la adherencia. Este se ha sido empleado en la hipertensión arterial principalmente y en este caso ha sido modificado para aplicarlo a la terapéutica de la diabetes. Las modificaciones no afectan la estructura de la pregunta solo consistieron en cambiar la denominación hipertensión arterial, por diabetes<sup>(20)</sup>. Este test es uno de los cuestionarios más habituales, por su buena sensibilidad, que se fundamenta en el conocimiento de la enfermedad. Se considera incumplidor al paciente que falla alguna de las respuestas<sup>(21)</sup>.

Otro instrumento aplicado fue el test Morisky- Green (ver anexo 2), Este método, está validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine<sup>(21)</sup> para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA). Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al

cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad <sup>(21)</sup>; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor.

**Método de recolección:** el método de recolección utilizado fue el de auto-informes. el estudio se realizó en la ciudad de santa marta se aplicaron diferentes instrumentos para la valoración de los pacientes diabéticos, entrevistándolos en sus domicilios en lo correspondiente a adherencia se aplicaron los test de morinsky-Green y el de batalla.

**Análisis de datos:**

Se analizó estadísticamente las variables sociodemográficas para determinar la frecuencia de estas.

Con respecto a la edad se analizaron estadísticamente las medidas de tendencia central Moda, mediana, media, varianza y desviación estándar.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de los test Morinsky- Green y test de Batalla.

En la recolección de datos se procede a clasificar la variable según el tipo, la naturaleza de la variable y el nivel de medición. (ver tabla 1)

**Aspectos éticos:** El estudio tuvo en cuenta los valores éticos solicitados en la investigación, se garantizó el derecho a la información, la confidencialidad, la no discriminación, la gratitud y se estableció claramente el derecho de cada participante de abandonar el estudio en cualquiera de sus fases. Se socializo el estudio de investigación con todo el equipo de salud involucrado en la atención y cuidado, con los pacientes, quienes firmaron cada uno, el consentimiento informado.

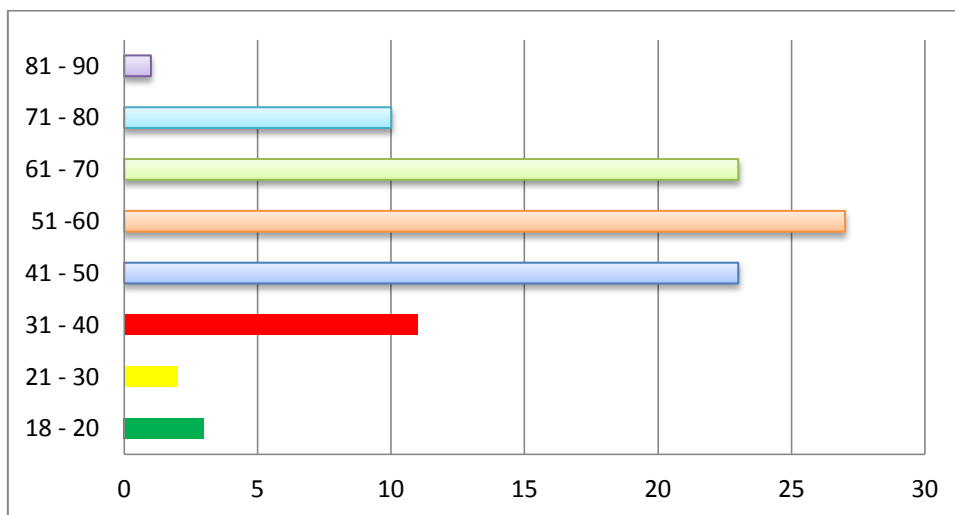
## 10. RESULTADOS

Tabla 1. variables

Nombre variable	Naturaleza	Tipo	Nivel de medición
<b>EDAD</b>	continua	cuantitativa	interval
<b>GENERO</b>	discreta	cualitativa	nominal
<b>OCUPACION</b>	Discreta-categórica	cualitativa	nominal
<b>ESTADO CIVIL</b>	Discreta-categórica	cualitativa	nominal
<b>ESCOLARIDAD</b>	Discreta-categórica	cualitativa	ordinal
<b>ADHERENCIA AL TRATAMIENTO</b>	Discreta-dicotómica	cualitativa	nominal

Análisis de las variables sociodemográficas:

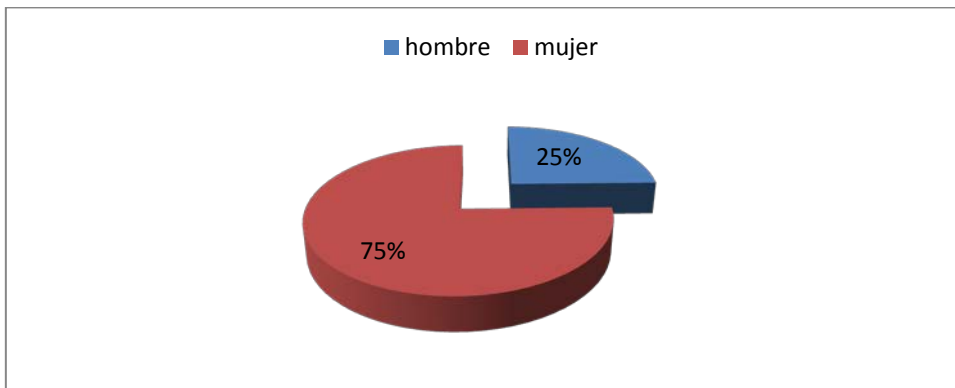
**Grafica 1:** distribución de edades por participantes



*Fuente: la investigación*

En la gráfica se puede denotar que la mayor población se encuentra en el rango entre los 51 a 60 años.

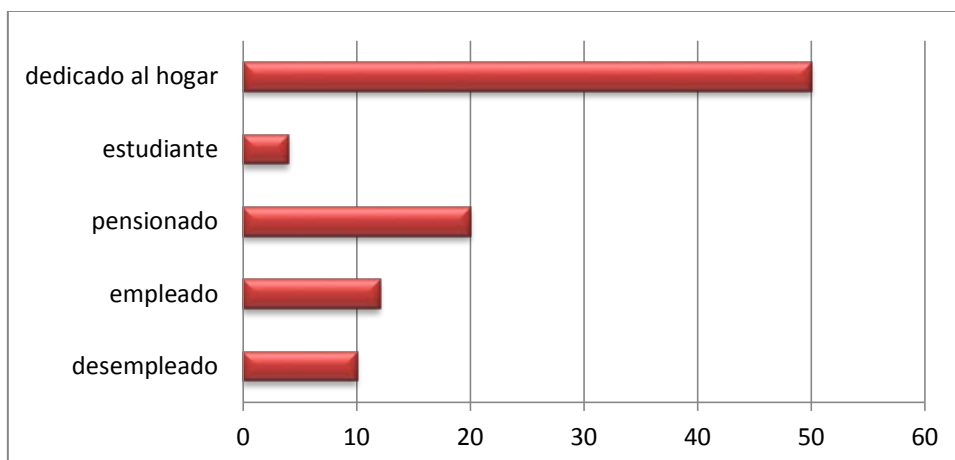
**Grafica 2.** Distribución por género



*Fuente: la investigación*

De los pacientes participantes en el estudio El 73.26% que equivale a 113 pacientes son de sexo femenino y el 24.75% equivalente a 37 paciente son de sexo masculino.

**Grafica 3.** Ocupación de los pacientes

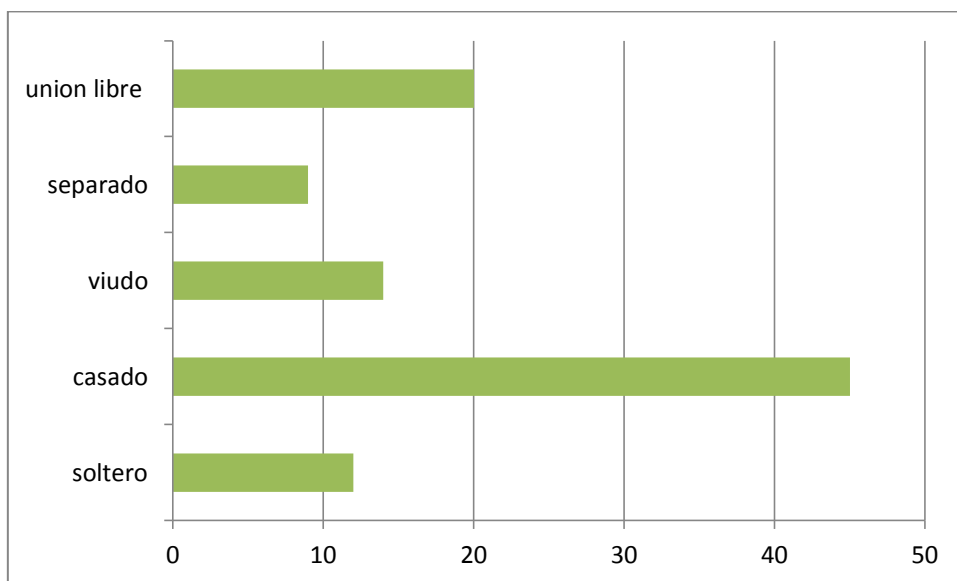


*Fuente: la investigación*



Se puede denotar que el 50% de los pacientes están dedicados al hogar y el otro 50% se distribuyen entre estudiantes, pensionados, empleado y desempleado.

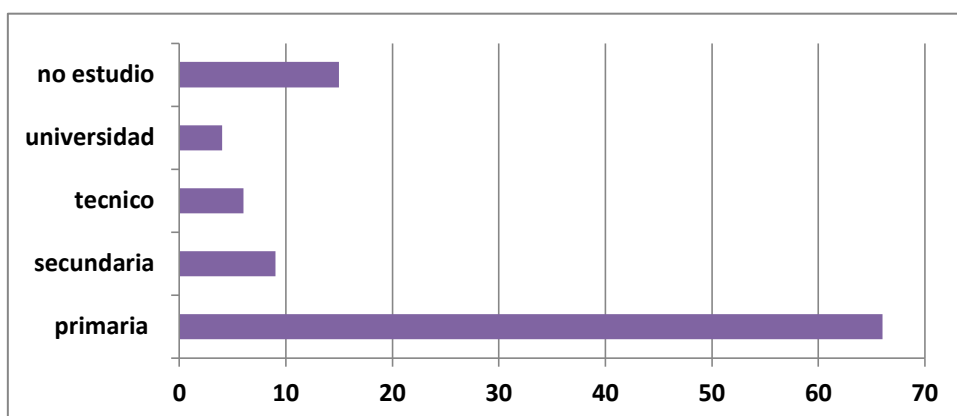
**Grafica 4.** Distribución por estado civil



*Fuente: la investigacion*

El estado civil se puede notar que la gran mayoría de la población estudiada se encontraba casados representado con un 45% del total.

**Grafica 5.** Nivel de escolaridad

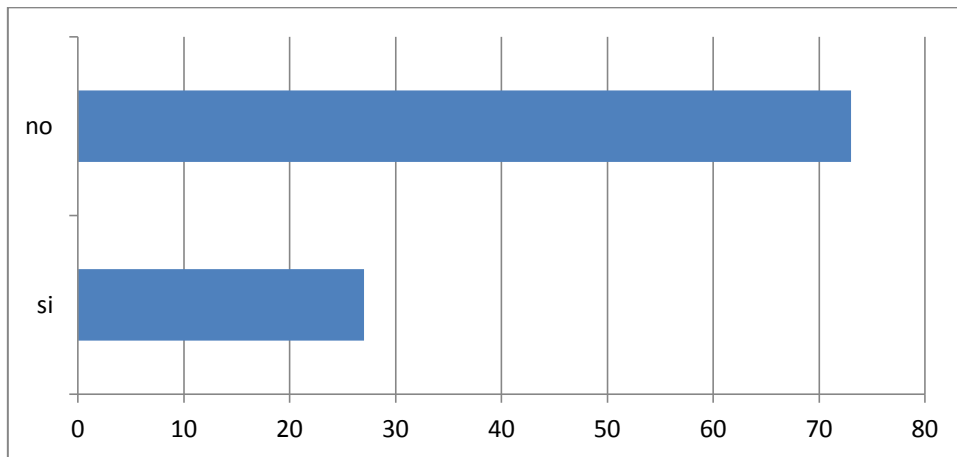


*Fuente: la investigacion*

Se puede denotar que el 66% de los pacientes curso su primaria completa y un 15% de estos no tiene ningún tipo de educación.

Análisis de los Test Morinsky- Green y Test de Batalla

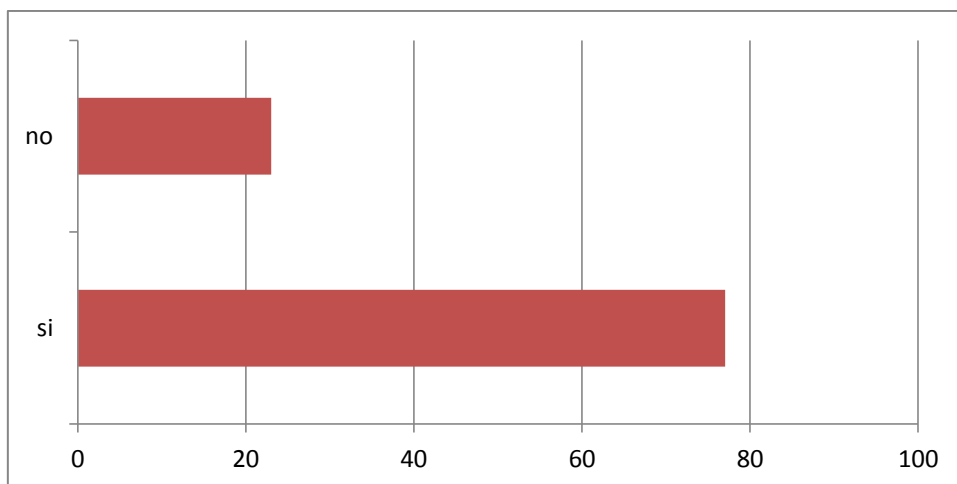
**Grafica 6.** Adherencia farmacológica de los pacientes- olvida tomar el medicamento



*Fuente: la investigacion*

En la gráfica se denota que 26.9% de la población olvida tomar el medicamento. El 73% restante no olvida tomarlo a la hora indicada.

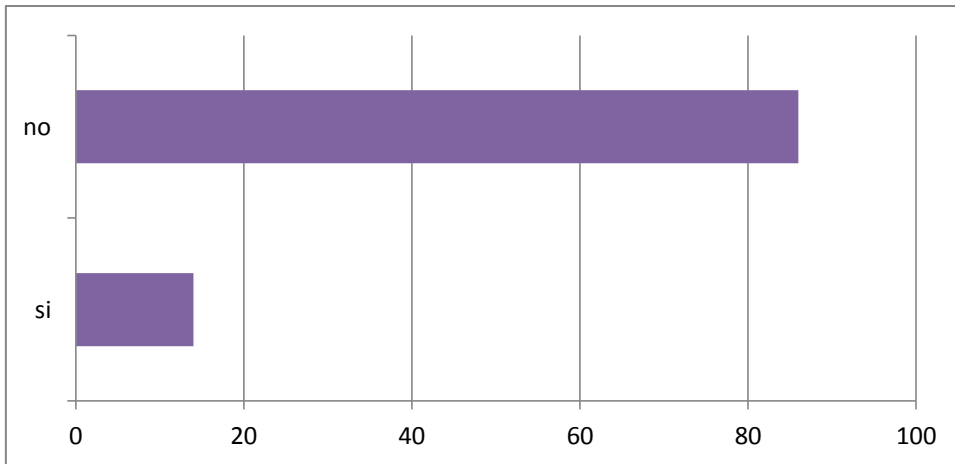
**Grafica 7.** Adherencia farmacológica-Toma los fármacos a la hora indicada



*Fuente: la investigacion*

Se puede denotar que el 77% de la población si toma el medicamento a la hora indicada cumpliendo con lo establecido.

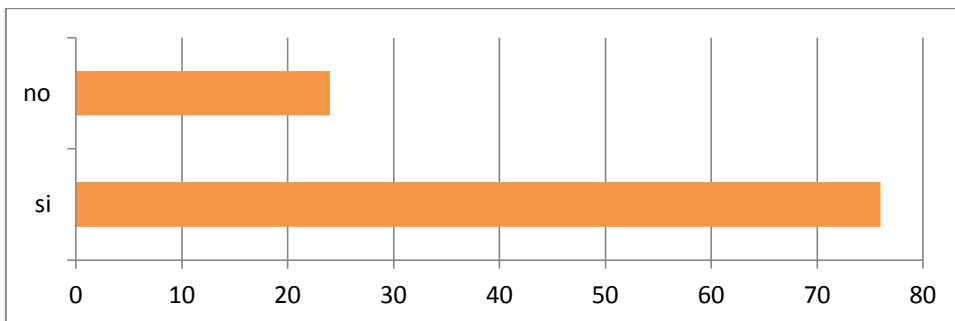
**Grafica 8.** Adherencia farmacológica- deja de tomar los medicamentos cuando se encuentra bien



*Fuente: la investigacion*

En la gráfica se puede denotar que un 14% de pacientes que cuando se encuentran bien dejan de tomar el medicamento, evidenciando estos resultados que existe un grupo significativo de pacientes que no se encuentran adheridos al tratamiento.

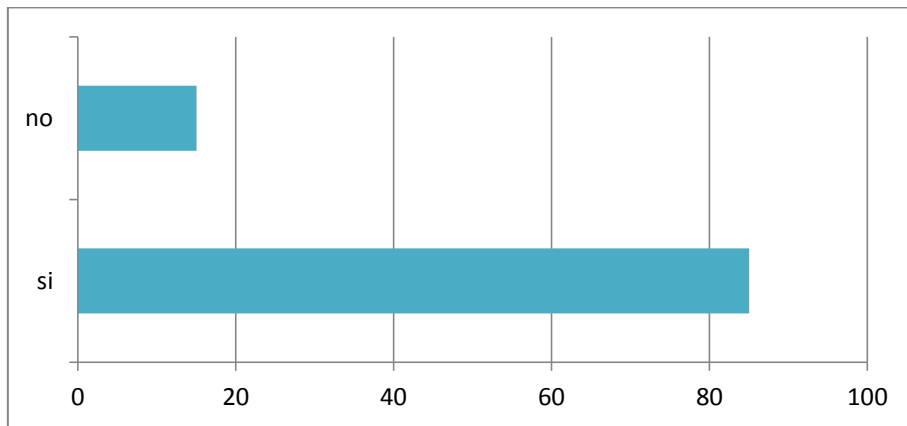
**Grafica 9.** Adherencia farmacológica- si le sienta mal deja de tomar la medicación



*Fuente: la investigacion*

Se puede denotar que un 76.13% indica que si el medicamento le sienta mal dejan de tomarlo

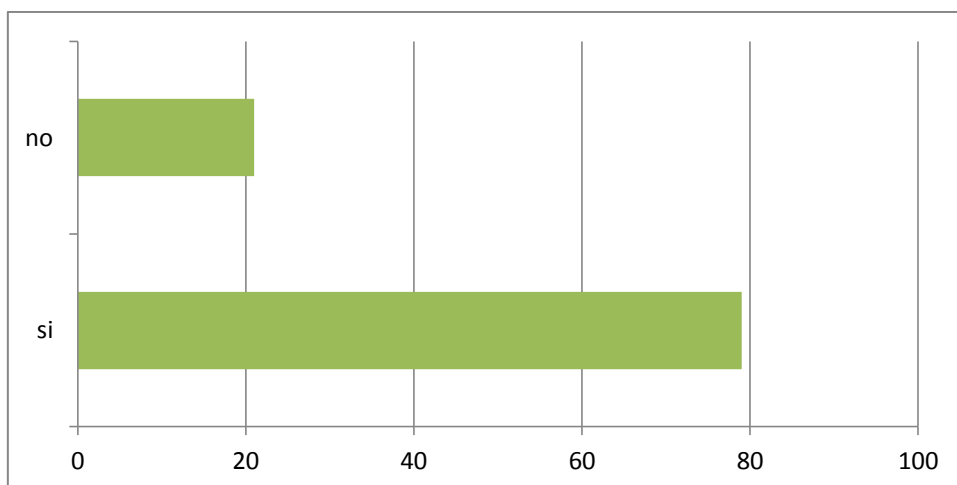
**Grafica 10.** Adherencia -Es la diabetes una enfermedad para toda la vida



*Fuente: la investigación*

Se puede denotar que el 85 % de los pacientes tienen conocimiento de que la diabetes es una enfermedad para toda la vida, pero el 15 % restante no tiene este conocimiento.

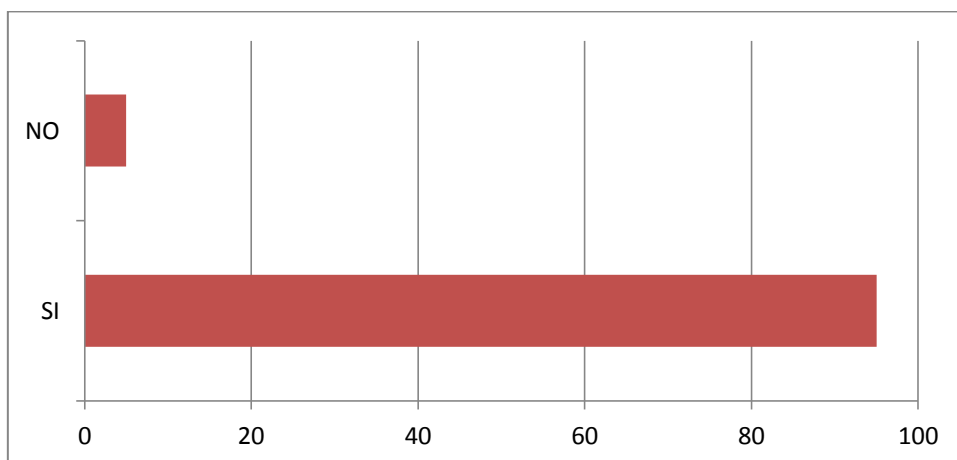
**Grafica 11.** Adherencia- se puede controlar la diabetes con dieta y medicación



*Fuente: la investigación*

En la gráfica se puede observar que un 79 % de los pacientes tienen conocimiento de que la diabetes se puede controlar con dieta y medicación

**Grafica 12.** Adherencia- identifica un órgano que pueda lesionarse por la diabetes

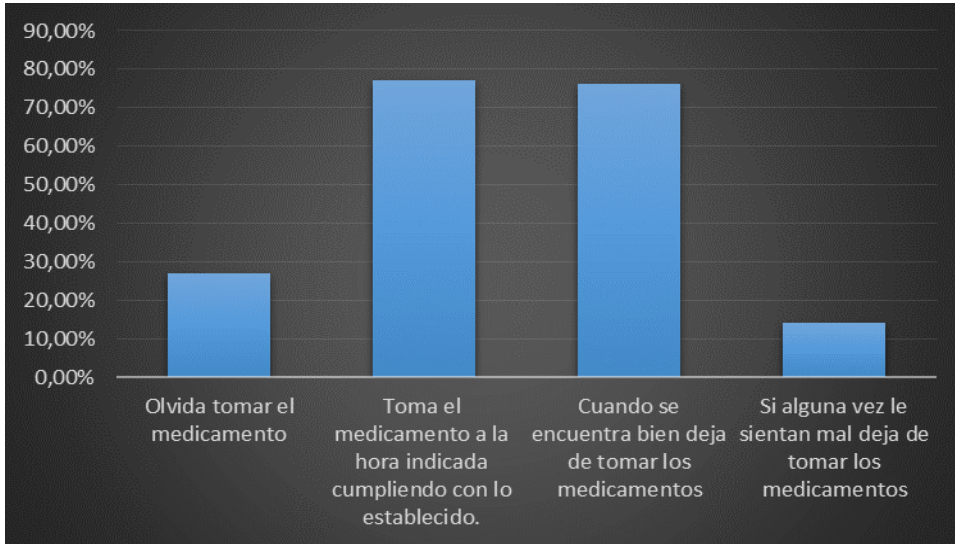


*Fuente: la investigación*

Se observa que el 95 % de los pacientes identifican al menos un órgano que puede lesionarse por la diabetes.

Al aplicar las medidas de tendencia central a las variables que permiten la recolección de datos se obtuvo una Moda ( $M_o = 48$ ), una Mediana ( $M_e = 55$ ), una Media ( $\bar{X} = 56$ ), una varianza de 194.8 y una desviación estándar de 13.9.

La muestra estuvo representada por 150 adultos entre 18 y 90 años, siendo el mayor grupo los pacientes entre 51 y 60 años de edad, con una total de 27% de los pacientes, 73.26% fueron mujeres y el 24.75% fueron hombres. Seleccionados de manera intencional, en una población total de 587 pacientes, Todos los participantes eran asistentes al programa de diabéticos de un centro de salud de primer nivel en la ciudad de Santa Marta, Magdalena, con plena suficiencia mental y disposición para participar en el estudio.



Test Morinsky-Green- fuente: la investigación

**Test Morinsky-Green:** la evaluación actitudinal de los pacientes con respecto a su medicación evidenció que 26,97% de la población olvida tomar el medicamento. El 77,22% restante si toma el medicamento a la hora indicada cumpliendo con lo establecido. Y un 76.13% indica que si el medicamento le sienta mal dejan de tomarlo y el 14% cuando se encuentran bien dejan de tomar el medicamento, evidenciando estos resultados que existe un grupo significativo de pacientes que no se encuentran adheridos al tratamiento.



Test de batalla- Fuente: la investigación

**Test de batalla:** el test evalúa el grado de conocimientos sobre la enfermedad padecida, en este caso la diabetes; al aplicarlo se comprobó que el 85 % de los pacientes conocen que la diabetes es una enfermedad para toda la vida, a la vez el 79 % de los pacientes saben que esta enfermedad se puede controlar con dieta y medicación y un 95% identifican al menos un órgano que puede lesionarse debido a la enfermedad.

## 11. DISCUSIÓN

La adherencia al tratamiento o cumplimiento terapéutico se ha definido como “el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, tomar los medicamentos tal y como se indican, realizar los cambios en el estilo de vida recomendados y por último completarlos estudios de laboratorio o pruebas solicitadas”.<sup>(54)</sup> La no adherencia a los tratamientos debe ser considerada un problema de salud pública. En efecto, en el estudio de la adherencia de la diabetes mellitus tipo 1 (DM1), se reporta en promedio 50% de no adherencia al tratamiento<sup>(21)</sup>

En este estudio predominó el sexo femenino con un total de 73.26% lo que concuerda en lo encontrado por Cardona<sup>(25)</sup> y Rosado<sup>(26)</sup> donde refiere que en la caracterización demográfica y clínica se encontraron diferencias significativas en la distribución por sexo, siendo estadísticamente mayor la proporción de mujeres<sup>(25)</sup>.

Con respecto al nivel de escolaridad de los pacientes se evidenció que en un 66% han realizado su primaria completa y en un 15% no tienen ningún grado de escolaridad, es importante mencionar que para Duran-Varela los factores de riesgo con una relación estadísticamente significativa para no apegarse al tratamiento fueron la escolaridad de primaria completa o menor y la falta de información sobre su enfermedad<sup>(27)</sup>. Si bien es cierto en este estudio el grado de escolaridad que predominó fue la primaria completa, es importante destacar que el hecho de que un paciente no sepa leer ni escribir puede dificultar el seguimiento de las ordenes y prescripciones médicas. A la vez Agámez evidenció que a mayor escolaridad menor adherencia<sup>(28)</sup> lo que prueba que el apego al tratamiento puede ser subjetivo en cada paciente.



En relaciona a la edad se pudo observar que el 37% de los pacientes oscilan en el rango de edades de 51 a 60 años, según lo encontrado por Mendoza si sumamos las disfunciones propias del envejecimiento, podríamos inferir que el problema del incumplimiento, sobre todo en la mujer adulta mayor, se instala por soledad, desconocimiento y deterioro<sup>(29)</sup> La adhesión al tratamiento es más pobre entre los de mayor edad<sup>(30)</sup>, sin embargo existen evidencias que en la adolescencia la búsqueda de la independencia y conductas propias del desarrollo juvenil se han presentado problemas para que los pacientes se adhieran a los tratamientos. De hecho, los adolescentes se sienten aliviados de poder hablar con su médico de sus dificultades para adaptarse al tratamiento y para equilibrar éste con los otros aspectos de su vida <sup>(9)</sup>

El test de batalla utilizado en este estudio determinó que los pacientes tienen un alto grado de conocimiento acerca de su enfermedad concordando con lo evidenciado por Rivas en el 2012 en donde se mostraron óptimos los conocimientos sobre la enfermedad en pacientes renales<sup>(8)</sup> Sin embargo, Mendoza observo como casi un tercio de los adultos mayores no sabía que su enfermedad es de por vida. Esto implica la necesidad de reforzar la educación acerca de lo que significa una enfermedad crónica, pues se sabe que el cumplimiento terapéutico disminuye con los años y un enfermo que aún no está adaptado a esta condición, puede tener menos posibilidades de seguir las indicaciones en un largo plazo<sup>(29)</sup>.

Test Morinsky-Green: la evaluación actitudinal de los pacientes con respecto a su medicación evidenció que el 77,22% restante si toma el medicamento a la hora indicada cumpliendo con lo establecido, lo que coincide a lo encontrado por Rivas A. que evidencio que un 85% de pacientes tomaban sus medicamentos a la hora indicada, un 36.13% indica que: sí, el medicamento le sienta mal dejan de tomarlo ,estos resultados

concuerdan con lo encontrado por Ochando A., quien halló que 40% dejan de tomar la medicación cuando les sienta mal, y el 26,97% de la población olvida tomar el medicamento<sup>(31)</sup> y el 14% cuando se encuentran bien dejan de tomar el medicamento, situación que también fue evidenciada Ortiz donde la gran mayoría de los pacientes no suspenden el tratamiento cuando se sienten bien <sup>(30)</sup> lo que demuestra que en cuanto a la actitud de toma de medicamentos existe evidencia de la variabilidad de opiniones; demostrando que el comportamiento de cada paciente es diferente, sin embargo las causas de no adhesión, condicionan en los enfermos crónicos el incremento de la morbi-mortalidad evitable.<sup>(28)</sup>

Es importante mencionar que del total de pacientes estudiados entre un 78% de pacientes, según el test de Morisky Green, adoptaron actitudes correctas con respecto al tratamiento farmacológico. Lo que coincide con lo encontrado por Bertoldo P. <sup>(51)</sup> Quien observo que el 62% también adoptaron actitudes correctas, a la vez al igual que en este estudio existe un número significativo de pacientes que manifestaron conductas de incumplimiento, lo que deja ver la necesidad urgente de intervenciones de enfermería que ayuden a mejorar la adaptación, la adherencia y el autocuidado.

Por lo tanto es importante que el personal de enfermería sea miembro activo de la adherencia al tratamiento y que participe activamente en el cuidado directo de los pacientes además según Pérez-Cuevas con la intervención de enfermería Se observó disminución en el porcentaje de pacientes que mencionaron que olvidaban tomar el medicamento, o que lo dejaban de tomar cuando se sentían bien, y se incrementó el porcentaje de quienes refirieron tomarlo a la hora indicada. <sup>(52)</sup>Mejorando esto las condiciones clínicas de los pacientes y su cumplimiento terapéutico.

Por ellos es importante resaltar que se hace necesario a aplicación de estrategias educativas y de control<sup>(53)</sup> que permitan brindar el conocimiento a los pacientes del manejo de su enfermedad para mejorar su adherencia y su calidad de vida.

## **12. CONCLUSIONES**

Con la aplicación del Test Morinsky- Green en este estudio se puede describir que existe un número significativo de pacientes no adheridos al tratamiento. Por lo que se puede decir que las actitudes que tienen los pacientes con respecto al tratamiento farmacológico de su enfermedad no son adecuadas para llevar un buen control de la misma.

El test de Batalla por otro lado muestra que en su gran mayoría los pacientes tienen un correcto conocimiento acerca de su enfermedad por lo que se puede pensar que a pesar de tener los conocimientos adecuados los pacientes no se adhieren al tratamiento, esto puede deberse a otras causas, por lo que la adherencia farmacológica es subjetiva en cada paciente.

### **13. RECOMENDACIONES**

En la actualidad debido al incremento de morbi-mortalidad por diabetes se hace necesario realizar un llamado al equipo de salud principalmente al personal de enfermería para generar nuevas estrategias de educación e intervención a los pacientes.

Se deben implementar de manera constante programas de formación y capacitación para los profesionales de la salud que laboren en instituciones de primer nivel y que manejen programas de pacientes diabéticos, esto con el fin de brindar siempre información segura a los pacientes.

El personal de enfermería, tanto estudiantes como profesionales se encuentran en la capacidad de Crear estrategias para lograr el objetivo de adherencia terapéutica, fomentar la investigación de esta problemática desde la academia.

## 14. ANEXOS

1. ¿Es la Diabetes una enfermedad para toda la vida?
2. ¿Se puede controlar con dieta y/o medicación?
3. Mencione al menos un órgano que pueda lesionarse por la diabetes

### **Anexo 1.** Test de batalla

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
2. ¿Toma los fármacos a la hora indicada?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?

### **Anexo 2.** Test Morinsky-Green



## REFERENCIAS

1. International Diabetes Federation [IDF]. [Sitio en internet]. ¿Qué es la diabetes?. Acceso 8 de Diciembre de 2013. Disponible en: <http://www.idf.org/worlddiabetesdav/toolkit/es/gp/que-es-la-diabetes>
2. Organización Mundial de la Salud [Sitio en internet]. Temas de salud- diabetes. Acceso 8 de Diciembre de 2013. Disponible en: [http://www.who.int/topics/diabetes\\_mellitus/es/](http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/)
3. Jornada para diabéticos en Bogotá [Sitio en internet]. Acceso 8 de Diciembre de 2013. Disponible en: <http://www.hsbnoticias.com/vernoticia.asp?ac=Jornada-para-diabeticos-en-Bogota&WPLACA=6068>
4. Asociación Colombiana de Diabetes [Sitio en internet]. Prevalencia de diabetes en Colombia. Acceso 8 de Diciembre de 2013. Disponible en: [http://www.asodiabetes.org/noticias\\_detalle.php?Id\\_Noticia=179&Id\\_Categoria=5](http://www.asodiabetes.org/noticias_detalle.php?Id_Noticia=179&Id_Categoria=5)
5. Del Castillo Arévalo F., Salido González M., Losada García A., García García M., Fernández Prieto T., Blanco Gutiérrez M.. Valoración de la adherencia en el seguimiento del paciente diabético y uso de lenguaje enfermero [revista en la internet] 2013 Abr [citado 2013 Dic 10]: 12(2): 1695-6141. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.12.2.156481/146561>



6. MALAGA, Germán. Falta de adherencia: ¿enfermedades crónicas a la deriva?. [revista en la internet] 2011 jun [citado 2014 abr 26]: 93-94 . Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2011000200010&lang=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2011000200010&lang=es)
  
7. Rodríguez García MJ., Del Castillo Arévalo F..Enfermeras de Atención Primaria opinan, analizan y proponen mejoras en el manejo de la adherencia farmacológica [revista en la internet]. 2012 Ene [citado 2013 Dic 10]: 11(1): 1695-6141. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.1.143121/128441>
  
8. Rivas A, Vazquez M et al. Adherencia farmacológica de la persona con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, Duazary, 2013; 10(1):7-16.
  
9. Los determinantes Sociales de la Salud en adherencia al tratamiento de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 [sitio en internet] disponible en: [http://www.eumed.net/libros-gratis/2011f/1142/determinantes\\_sociales\\_de\\_salud\\_en\\_adherencia\\_tratamiento\\_pacientes\\_con\\_diabetes.html](http://www.eumed.net/libros-gratis/2011f/1142/determinantes_sociales_de_salud_en_adherencia_tratamiento_pacientes_con_diabetes.html)
  
10. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 [revista de internet] Salud pública Méx vol.43 no.3 Cuernavaca may./jun. 2001 disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342001000300009&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000300009&lng=es).

11. mundo emocional del paciente diabético Dra.Ma. Eugenia Garay Sevilla. [sitio en internet] disponible en: [http://concyteg.gob.mx/ideasConcyteg/Archivos/03022006\\_MUNDO\\_EMOCIONAL\\_PACIENTE\\_DIABETICO.pdf](http://concyteg.gob.mx/ideasConcyteg/Archivos/03022006_MUNDO_EMOCIONAL_PACIENTE_DIABETICO.pdf)
12. Puerto M, desarrollo de un proyecto de investigación, sobre la adherencia en el tratamiento de la diabetes tipo 2, en pacientes que acuden a un servicio público de salud (cms) [sitio de internet], [citado 2014 Jun 13]. Disponible en: [http://www.madridsalud.es/comunicacion\\_salud/documentos/trabajomasterfinal.pdf](http://www.madridsalud.es/comunicacion_salud/documentos/trabajomasterfinal.pdf)
13. Teorías de enfermería. [sitio de internet] Dorothea Orem [citado 2014 jun 13]. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/dorothea-orem.html>
14. Díaz L, Duran M, et al. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy [revista de la internet] 2002 [citado 2014 jun 13]: 2(1): 19-23. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/18/36>
15. Teorías de enfermería. [sitio de internet] Madeleine Leninger [citado 2014 jun 13]. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/madeleine-leninger.html>

16. Teorías de enfermería. [sitio de internet] Virginia Henderson [citado 2014 jun 13]. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/virginia-henderson.html>
17. Federación internacional de diabetes. Atlas de la diabetes de la FID. [monografía en internet] 6 ed. Leonor Guariguata; 2013 [citado 2014 Jul 16] Disponible en: [http://www.idf.org/sites/default/files/SP\\_6E\\_Atlas\\_Full.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/SP_6E_Atlas_Full.pdf)
18. Jáuregui JT, de la Torre A, Gómez G. Control del padecimiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial: Impacto de un programa multidisciplinario. Revista Médica del IMSS, 2002; 40 (4): 307-318. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2002/im024f.pdf>
19. Ortiz M. Estabilidad de la Adherencia al Tratamiento en una Muestra de Adolescentes Diabéticos Tipo 1. Ter Psicol [online]. 2008, vol.26, n.1 [citado 2014-04-29], pp. 71-80 . Disponible en: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082008000100006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000100006&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0718-4808. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100006>.
20. Peralta ML., Carbajal Pruneda P..Adherencia a tratamiento[revista en la Internet]. 2008 Sep[citado 2013 Dic 10]: 17(3). Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=34&IDARTICULO=19137&IDPUBLICACION>

[=1956&NOMBRE=Revista%20%20del%20Centro%20Dermatol%F3gico%20Pascua](#)

21. Rodriguez M, Garcia-Jimenez E, et al. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Rev. Medes [revista en la internet]. 2008 Ago [citado 2014 Abr 26]; 40(8): 413-418. Disponible en: <https://medes.com/publication/42857>
22. Nogués Solán X., Sorli Redó M. L., Villar García J.. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. An. Med. Interna (Madrid) [revista en la Internet]. 2007 Mar [citado 2013 Dic 10] ; 24(3): 138-141. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992007000300009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000300009&lng=es).
23. Revista de Salud Pública> Adherencia al Tratamiento basado en Comportamientos en Pacientes Diabéticos Cartagena de Indias, Colombia [revista de internet] | Alicia N. Alayón | Mario Mosquera-Vásquez | disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42210510>
24. Desarrollo de un proyecto de investigación, sobre la adherencia en el tratamiento de la diabetes tipo 2, en pacientes que acuden a un servicio público de salud [revista de internet] disponible en: [http://www.madridsalud.es/comunicacion\\_salud/documentos/trabajomasterfinal.pdf](http://www.madridsalud.es/comunicacion_salud/documentos/trabajomasterfinal.pdf)
25. Cardona J, Rivera Y, LLanes O. Prevalencia de diabetes mellitus y dislipidemias en indígenas del resguardo Cañamomo-Lomapieta, Colombia. Investig. Andina [revista en la internet]. 2011 Ago [citado 2014 Abr 26];14(24): 414-426.

Disponible

en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-81462012000100005&lang=p](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-81462012000100005&lang=p)

26. Rosado Martín Javier, Martínez López M<sup>a</sup> Ángeles, Mantilla Morató Teresa, Dujovne Kohan Isidoro, Palau Cuevas Francisco Javier, Torres Jiménez Rosa et al . Prevalencia de diabetes en una población adulta de Madrid (España): Estudio MADRIC (MADrid RIesgo Cardiovascular). Gac Sanit [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2014 Abr 26] ; 26(3): 243-250. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112012000300010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000300010&lng=es).
27. Durán-Varela Blanca Rosa, Rivera-Chavira Blanca, Franco-Gallegos Ernesto. Pharmacological therapy compliance in diabetes. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2001 Jun [citado 2014 Abr 26] ; 43( 3 ): 233-236. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342001000300009&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000300009&lng=es).
28. Agámez Paternina Adriana Patricia, Hernández Riera Rodolfo, Cervera Estrada Lex, Rodríguez García Yarmein. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. AMC [revista en la Internet]. 2008 Oct [citado 2014 Abr 26] ; 12(5): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552008000500009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000500009&lng=es).
29. Mendoza P Sara, Muñoz P Mónica, Merino E José M, Barriga Omar A. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2006 Ene [citado 2014 Abr 26]; 134(1): 65-71. Disponible en:

- [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872006000100009&lng=es.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006000100009&lng=es) [http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006000100009.](http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006000100009)
30. Ortiz P Manuel, Ortiz P Eugenia. Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2005 Mar [citado 2014 Abr 26]; 133(3): 307-313. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872005000300006&lng=es.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000300006&lng=es) [http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005000300006.](http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005000300006)
31. Ochando García Antonio, Royuela García Catalina, Hernández Meca M<sup>a</sup> Encarnación, Lorenzo Martínez Susana, Paniagua Fernando. Influencia de la satisfacción de los pacientes de una unidad de diálisis en la adherencia terapéutica. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2014 Abr 30] ; 11(4): 271-276. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-13752008000400005&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752008000400005&lng=es) <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-13752008000400005>
32. Agámez Paternina Adriana Patricia, Hernández Riera Rodolfo, Cervera Estrada Lex, Rodríguez García Yarmein. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. AMC [revista en la Internet]. 2008 Oct [citado 2014 Abr 26] ; 12(5): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552008000500009&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000500009&lng=es)

33. Camejo Manuel, García Ana, Rodríguez Eva, Carrizales María E, Chique José. Visión epidemiológica de la diabetes mellitus: Situación en Venezuela. Registro epidemiológico y propuesta de registro. Programas de detección precoz. Rev. Venez. Endocrinol. Metab. [revista en la Internet]. [citado 2014 Jul 16]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-31102012000400002&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102012000400002&lng=es).
34. Organización Mundial de la Salud [Sitio en internet]. Programas y proyectos- Diabetes. [citado 2014 Jul 16] Disponible en: <http://www.who.int/diabetes/goal/es/>
35. Guía de atención de la diabetes tipo II [sitio en internet] Últimas normas- servicio de salud Colombia [citado 2014 Jul 16] Disponible en: <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/ntdiabetesII.htm>
36. Alayón Alicia N., Mosquera-Vásquez Mario. Adherencia al Tratamiento basado en Comportamientos en Pacientes Diabéticos Cartagena de Indias, Colombia. Rev. salud pública [revista de internet]. 2008 Dic [citado 2014 Jul 16] ; 10( 5 ): 777-787. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642008000500010&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000500010&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642008000500010>.
37. DIABETES MELLITUS: Definición y Etiopatogenia [sitio de internet] [citado 2014 Jul 16]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/tercero/IntegradoTercero/ApFisiopSist/nutricion/NutricionPDF/DiabetesMellitus.pdf>

38. Hayes J, Diabetes mellitus tipo 1. Rev. bol. ped. [revista de internet]. 2008 Jun [citado 2014 Jul 16] ; 47(2) 90-96 Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1024-06752008000200006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1024-06752008000200006&script=sci_arttext&tlng=pt)
39. Diez B, Consideraciones acerca de la diabetes mellitus tipo 2. Invest. educ. enferm. [revista de internet] 2006 Mar [citado 2014 Jul 16] ; 24(1): 13-14 Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072006000100001&lang=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072006000100001&lang=es)
40. [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_16\\_4\\_12/san01412.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_4_12/san01412.pdf)
41. Silva G, Galeano E, et al. Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no-adherencia. Acta Med Colomb [revista de internet] 2005 Oct [citado 2014 Jul 16] ; 30(4): 268-273 Disponible en: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/v30n4a4.pdf>
42. Ingaramo R, Vita E. et al, Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). Rev Fed Arg Cardiol [revista de internet] 2005 Ene [citado 2014 Jul 16] ; 34(1): 104-111 Disponible en: <http://200.59.199.13/1/revista/05v34n1/hta/ingaramo.pdf>
43. Granados G, Gil J. Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento. Intern. Jour. Psych. Psychol. Ther [revista de internet] 2007 Jul [citado 2014 Jul 16] ; 7(3) 393-403 Disponible en: <http://www.ijpsy.com/volumen7/num3/177/creencias-relacionadas-con-la-hipertensi-ES.pdf>
44. Zambrano R, Duitama J. et al. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Rev. Fac. Nac. Salud Pública



- [revista de internet] 2012 May [citado 2014 Jul 16] ; 30(2): 163-174 Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12023918005.pdf>
45. Carhuallaqui R, Diestra G. et al. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. Rev Med Hered [revista de internet] 2010 Dic [citado 2014 Jul 16] ; 21(4): 197-201 Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v21n4/v21n4ao4.pdf>
46. Del Duca M, Gallego Y, et al. Adherencia al Tratamiento desde la perspectiva del Médico de Familia. Biomedicina [revista de internet] 2013 Mar [citado 2014 Jul 16] ; 8(1): 6-15 Disponible en: [http://www.um.edu.uy/docs/adherencia\\_tratamiento\\_abril13.pdf](http://www.um.edu.uy/docs/adherencia_tratamiento_abril13.pdf)
47. Nogués Solán X., Sorli Redó M. L., Villar García J.. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. An. Med. Interna (Madrid) [revista en la Internet]. 2007 Mar [citado 2014 Jul 17] ; 24(3): 138-141. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992007000300009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000300009&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S0212-71992007000300009>.
48. Pereira D, da Silva N, et al. Efectos de intervención educativa sobre el conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus. Rev. Latino-Am. Enfermagem [revista de internet] 2012 May [citado 2014 Jul 16]; 20(3): [8 pantallas] Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es\\_a08v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a08v20n3.pdf)
49. Garcia J. estudios descriptivos. Nure Investigación [revista de internet] 2004 Jun [citado 2014 Jul 16]; 7 Disponible en: <http://webpersonal.uma.es/~jmpaez/websci/BLOQUEIII/DocbIII/Estudios%20descriptivos.pdf>

50. Cañete R, Guilhem D, et al. Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. Acta Bioethica [revista de internet] 2012 Ago [citado 2014 Jul 16]; 18 (1): 121-127 Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v18n1/art11.pdf>
51. Bertoldo Pamela, Ascar Graciela, Campana Yanina, Martín Tamara, Moretti Marilina, Tiscornia Luciana. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. Rev Cubana Farm [revista en la Internet]. 2013 Dic [citado 2014 Abr 26] ; 47(4): 468-474. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75152013000400006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152013000400006&lng=es).
52. Pérez-Cuevas Ricardo, Reyes Morales Hortensia, Doubova Svetlana Vladislavovna, Zepeda Arias Maribel, Díaz Rodríguez Gustavo, Peña Valdovinos Abel et al . Atención integral de pacientes diabéticos e hipertensos con participación de enfermeras en medicina familiar. Rev Panam Salud Publica [serial on the Internet]. 2009 Dec [cited 2014 Apr 29] ; 26( 6 ): 511-517. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892009001200006&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009001200006&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892009001200006>
53. Guerra Guerrero Verónica Teresa, Díaz Mujica Alejandro E., Vidal Albornoz Katherine. La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2014 Abr 29] ; 26(2): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192010000200007&lng=](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200007&lng=)

54. MARCO ARANEDA M. Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 1, durante la Adolescencia .Una Perspectiva Psicológica Revista Chilena de Pediatría [serial on the Internet]. - Noviembre-Diciembre 2009 Rev Chil Pediatr 2009; 80 (6): 560-569 <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v80n6/art10.pdf>