

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA NO
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO,
NOVIEMBRE 2019 A ENERO 2020**

TESIS

**PRESENTADA POR BACHILLER
BACÓN DIESTRA WENDY**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA – PERÚ

2020

ASESOR

Dr. FAJARDO ALFARO WILLIAMS

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por guiarme y permitir cumplir mis metas y mis logros. A mi familia, por su apoyo incondicional en todo momento, en especial a mis padres por su esfuerzo y sus enseñanzas, a mi hermano Elio por sus palabras de aliento en todo momento, a mi esposo por estar a mi lado en cada paso, a mi niña y a mi pequeño porque son mi fuerza y mi impulso para dar lo mejor de mí, a mis suegros por el apoyo en los momentos más necesitados. A mis maestros por ser guía y apoyo en mi carrera. Al “Hospital San Juan de Lurigancho”, al servicio de endocrinología, la unidad de apoyo a la investigación y a los pacientes que colaboraron con esta investigación.

DEDICATORIA

A Dios, quien me dió la vida y la fuerza para continuar. A mis padres porque gracias a su dedicación, esfuerzo, esmero y paciencia, hicieron posible que culmine mi carrera profesional. Ustedes son mi más grande ejemplo y con quienes sé que siempre podré contar. A mis maestros y a las personas que colaboraron e hicieron posible esta investigación.

RESUMEN

Objetivo: Describir las características clínicas epidemiológicas en la No adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes tipo 2 en el Hospital San Juan de Lurigancho de noviembre del 2019 al enero del 2020.

Metodología Y Muestra: El tipo de estudio es observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. La muestra fue de 255 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, sin apego al tratamiento. La técnica de recolección de datos fue la entrevista y los instrumentos que se aplicaron fueron, el Cuestionario sobre aspectos sociodemográficos y clínicos de los pacientes diabéticos y aspectos institucionales, tomado del trabajo de investigación de Figueroa Pineda Claudia Lucía. Y el test de Morisky – Green modificado de 8 ítems.

Resultados: En relación a las características epidemiológicas, están los factores relacionados al paciente, entre estos los factores sociodemográficos, del 100% de encuestados, el 79.6% fueron mujeres. La edad más afectada fue de 55 a 65 años (52.2%). El 45.3% del total de pacientes encuestados cursó la primaria. El 95.3% procedían de Lima (zona urbana). Respecto a los servicios de salud, el 78.4% considera que existen demoras en la programación de las consultas. Un 43.9% considera que hay limitaciones para acceder al sitio de consulta, siendo la distancia la más frecuente (74.8%). El 68.6% refiere que les cae bien el medicamento y les ayuda al control de la diabetes. La relación médico – enfermera – paciente, es en su mayoría buena (38.4%). Respecto a los factores relacionados a la socioeconomía, muchos pacientes convivían con esposo(a) e hijos (51%), el soporte económico lo brindan los familiares (58%), los mismos pacientes manejan sus fármacos (64.7%) y nunca asisten acompañados a la consulta (73.7%).

Relacionado a las características clínicas, encontramos a los factores relacionados a la enfermedad. Los antecedentes familiares afectaron al 40% de los pacientes diabéticos, quienes presentaron una media de tiempo de enfermedad de 11.2 años, además el 29% tenía hipertensión. La complicación

más frecuente fue la neuropatía diabética (30.6%). En referencia a los factores relacionados con el tratamiento, el 82.4% de los pacientes tiene tratamiento con hipoglucemiantes, el más usado la metformina (57.5%). Solo el 25.3% cumple con una dieta. Entre otros fármacos más usados, se encuentran para la disminución y control del colesterol o triglicéridos (40.1%), seguido de medicamentos para la hipertensión arterial (25.6%). La mayoría de los pacientes presentaron una No adherencia parcial al tratamiento, sobre todo baja adherencia (91%).

Conclusiones: Las características clínicas más resaltantes son la ausencia de complicaciones en la mitad de los pacientes pese al alto porcentaje de No adherencia parcial y la media del tiempo de la enfermedad. El alto índice de monoterapia con Metformina, agregando el uso de fármacos adicionales. El alto porcentaje de la falta de dieta. Entre las características epidemiológicas más notables se encuentran las sociodemográficas, donde destacan el sexo femenino, seguido de la edad y el grado de estudios, además del lugar procedencia. El alto porcentaje que considera demoras en la programación de las consultas, la buena relación médico – enfermera – paciente. Pese al porcentaje de pacientes que conviven con esposo(a) e hijos, son los mismos pacientes quienes manejan sus medicamentos y acuden solos a sus consultas.

Palabras Clave: Características clínicas epidemiológicas, No adherencia al tratamiento, Diabetes Mellitus tipo 2.

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological clinical characteristics in the Non-adherence to the treatment of patients with type 2 diabetes at the San Juan de Lurigancho Hospital from November 2019 to January 2020.

Methodology and Sample: The type of study is observational, descriptive, cross-sectional and prospective. The sample was 255 patients with Type 2 Diabetes Mellitus, without adherence to treatment. The data collection technique was the interview and the instruments that were applied were the Questionnaire on sociodemographic and clinical aspects of diabetic patients and institutional aspects, taken from the research work of Figueroa Pineda Claudia Lucía. And the modified Morisky - Green test of 8 items.

Results: Regarding the epidemiological characteristics, there are the factors related to the patient, among these the sociodemographic factors, of 100% of respondents, 79.6% were women. The most affected age was 55 to 65 years (52.2%). 45.3% of the total patients surveyed attended primary school. 95.3% came from Lima (urban area). Regarding health services, 78.4% believe that there are delays in the programming of consultations. 43.9% consider that there are limitations to access the consultation site, distance being the most frequent (74.8%). 68.6% report that they like the medication and help them control diabetes. The doctor - nurse - patient relationship is mostly good (38.4%). Regarding the factors related to socioeconomics, many patients lived with a spouse and children (51%), financial support is provided by family members (58%), the same patients manage their drugs (64.7%) and never attend accompanied to the consultation (73.7%).

Related to the clinical characteristics, we find the factors related to the disease. Family history affected 40% of diabetic patients, who had a mean disease time of 11.2 years, and 29% had hypertension. The most frequent complication was diabetic neuropathy (30.6%). In reference to the factors related to treatment, 82.4% of patients have treatment with hypoglycemic agents, the most

commonly used metformin (57.5%). Only 25.3% comply with a diet. Among other commonly used drugs, they are found for the decrease and control of cholesterol or triglycerides (40.1%), followed by medications for high blood pressure (25.6%). The majority of patients presented a partial non-adherence to treatment, especially low adherence (91%).

Conclusions: The most prominent clinical features are the absence of complications in half of the patients despite the high percentage of partial non-adherence and the mean time of the disease. The high rate of monotherapy with Metformin, adding the use of additional drugs. The high percentage of lack of diet. Among the most notable epidemiological characteristics are the sociodemographic ones, where the female sex stands out, followed by the age and degree of studies, in addition to the place of origin. The high percentage that considers delays in the programming of the consultations, the good doctor-nurse-patient relationship. Despite the percentage of patients living with spouses and children, it is the same patients who handle

Key Words: Epidemiological clinical characteristics, Non-adherence to treatment, Type 2 diabetes mellitus.

INTRODUCCIÓN

La No adherencia al tratamiento es un problema de salud pública con un alto porcentaje en los países en vías de desarrollo, trae múltiples consecuencias que afectan a la población en general. Tiene diversas dimensiones, en las que encontramos diversos factores como los relacionados al paciente, la enfermedad, tratamiento, al sistema de salud y la socioeconomía. En estas diversas dimensiones se encuentran las características clínicas y epidemiológicas que han sido estudiadas para este trabajo de investigación. El presente trabajo de investigación ha sido dividido en diversos capítulos, donde veremos la problemática de la No adherencia al tratamiento en el paciente diabético tipo 2. Este problema se plantea en el primer capítulo, donde se observa la importancia del tema, lo que nos motivó a estudiarlo. Nuestros diversos objetivos buscan las características clínicas y epidemiológicas más frecuentes para poder conocerlas mejor y saber cómo actuar, en favor de la disminución de la No adherencia. En el segundo capítulo del presente trabajo de investigación se observan los antecedentes nacionales e internacionales que fueron de apoyo. Cabe resaltar que al ser un trabajo descriptivo no lleva hipótesis. La población fueron los pacientes que frecuentan el servicio de endocrinología del hospital antes mencionado, de estos se escogió la muestra mediante fórmula, con base en las estadísticas del hospital. Los resultados nos muestran múltiples coincidencias con los antecedentes y lo poco que se hace para evitar el aumento de la No adherencia. Nos demuestra también que, pese a la avanzada edad de muchos pacientes, estos acuden solos a sus consultas y son los únicos que manejan sus medicamentos, causando que muchos de ellos olviden la toma de su medicación, siendo esta una de las principales causas de No adherencia al tratamiento, así lo demuestra el test de Morisky – Green modificado. El presente trabajo busca la mejora de la No adherencia al tratamiento, lo que mejorará a la vez la salud del paciente e incluso veremos mejoras a diversos niveles, que implicaran también al entorno del paciente.

ÍNDICE

CARÁTULA	I
ASESOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	IX
ÍNDICE	X
LISTA DE TABLAS	XII
LISTA DE GRÁFICOS	XIII
LISTA DE ANEXOS	XIV
CAPÍTULO I: PROBLEMA	1
1. 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1. 2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1. 2. 1. General	2
1. 2. 2. Específicos	2
1. 3. JUSTIFICACIÓN	3
1. 4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	4
1. 5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	4
1. 6. OBJETIVOS	4
1. 6. 1. General	4
1. 6. 2. Específicos	4
1. 7. PROPÓSITO	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2. 1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	6
2. 2. BASE TEÓRICA	11
2. 3. MARCO CONCEPTUAL	31
2. 4. HIPÓTESIS	31
2. 4. 1. General	31
2. 4. 2. Específicas	31

2. 5. VARIABLES.....	32
2. 6. DEFINICION OPERACIONAL DE TÉRMINOS	32
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	34
3. 1. DISEÑO METODOLÓGICO	34
3. 1. 1. Tipo de Investigación.....	34
3. 1. 2. Nivel de Investigación.....	34
3. 2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	34
3. 3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: .	36
3. 4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	38
3. 5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	38
3. 6. ASPECTOS ÉTICOS.....	39
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	40
4.1 RESULTADOS	40
4. 2. DISCUSIÓN.....	48
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	51
5. 1. CONCLUSIONES	51
5. 2. RECOMENDACIONES.....	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS.....	60

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y NO ADHERENCIA	40
Tabla N° 2: FACTORES RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD Y LA NO ADHERENCIA	41
Tabla N° 3: FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO Y LA NO ADHERENCIA	42
Tabla N° 4: FACTORES RELACIONADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD Y LA NO ADHERENCIA	43
Tabla N° 5: FACTORES RELACIONADOS A LA SOCIOECONOMÍA Y LA NO ADHERENCIA	45
Tabla N° 6: NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	46
Tabla N° 7: TEST DE MORISKY – GREEN MODIFICADO DE 8 ÍTEMS (MMAS – 8)	47

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	46
---	-----------

LISTA DE ANEXOS

Anexo N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	61
Anexo N° 2: INSTRUMENTOS	64
Anexo N° 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	69
Anexo N° 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	72

CAPÍTULO I: PROBLEMA

1. 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La No adherencia al Tratamiento es el mal comportamiento o la falta de compromiso que un paciente tiene frente a la toma de la medicación o terapia no farmacológica. Se observa de manera usual en pacientes con enfermedades crónicas, en quienes causa una serie de consecuencias orgánicas que indican la reagudización de la patología en tratamiento, así como de sus complicaciones. Es una de las causas para que la morbi-mortalidad de muchas enfermedades aumente en gran manera, logrando incrementos significativos de las mismas¹.

Es un tema que cobra importancia debido a las múltiples consecuencias que provoca, siendo una de las principales causas de la falla del tratamiento, también es considerado un problema global y prioritario de salud pública. Los diferentes tipos de estudios nos muestran que la No adherencia al tratamiento tiene causas multifactoriales y que se ha ido incrementando con el paso del tiempo, también nos muestra una cifra de aproximadamente el 50% de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en países desarrollados, que no cumplen con el tratamiento. La No adherencia al tratamiento tiene un porcentaje mayor en países en desarrollo². Estudios muestran a países como Cuba con una No adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 de 63%, Paraguay: 50%, Chile: 48% y España: 42%. En el Perú la No adherencia al tratamiento abarca hasta el 40% de la población diabética. Se debe actuar prontamente frente a la No adherencia al tratamiento para su control y su prevención.

La Diabetes Mellitus tipo 2 pertenece a las enfermedades crónicas más importantes y con más incremento en los últimos años. En América latina se encuentran aproximadamente el 7% de los diabéticos del mundo. En el año 2016 la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), reportó el diagnóstico del 2,9% de la población peruana³. Según el Instituto Nacional de

Estadística e Informática (INEI) la Costa es la región más afectada con el 4% de diagnósticos, su mayor incidencia está en la zona urbana⁴.

Las características clínico – epidemiológicas son importantes en las enfermedades crónicas. Aparecen cuando no hay un adecuado cumplimiento del tratamiento, muchas de estas suelen ser factores de riesgo para las enfermedades.

El problema planteado se observa de manera común en los diversos hospitales y centros de salud de nuestro País. La problemática de la No adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo 2, ha causado el aumento de los ingresos a la atención primaria y emergencias, produciendo incluso como consecuencia el aumento de los costos tanto para el estado como para las personas.

Estas son las razones por las cuales se plantó realizar un estudio sobre la No adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al hospital San Juan de Lurigancho.

1. 2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1. 2. 1. General

¿Cuáles son las características clínicas – epidemiológicas de la No adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital San Juan de Lurigancho de noviembre del 2019 al enero del 2020?

1. 2. 2. Específicos

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con No adherencia al tratamiento?
2. ¿Cuáles son las características clínicas más frecuentes en la No adherencia al tratamiento?

3. ¿Cuáles son las características epidemiológicas más frecuentes en la No adherencia al tratamiento?
4. ¿Cuál es el porcentaje de la No adherencia total y parcial al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2?
5. ¿Cuáles son las causas de la No adherencia al tratamiento más frecuentes?

1. 3. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación busca exponer las principales características clínicas y epidemiológicas que provoca la no adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas, siendo el caso de nuestra investigación el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Buscando así aumentar el conocimiento de la población diabética y general, para poder evitar y prevenir la No adherencia al tratamiento y sus consecuencias.

También hacer presente a los profesionales de la salud los resultados ya que ellos serán el apoyo principal frente a la No adherencia al tratamiento, y pueden ejecutar las posibles soluciones, para reducir así las consecuencias de la misma como las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 y los altos ingresos al nosocomio, por emergencia y atención primaria.

Actualmente la demanda de los pacientes diabéticos con complicaciones por la no adherencia al tratamiento, se ha incrementado en gran manera, lo que genera no solo gastos a la persona afectada, sino también a la institución y por ende al gobierno. Inculcando y fomentando un mejor conocimiento de la No adherencia al tratamiento, y por lo mismo de las consecuencias que conlleva, se generará control, prevención y mejora. Lo que se verá reflejado al evitar los grandes gastos económicos que se emplean actualmente.

1. 4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Delimitación espacial: Servicio de endocrinología del hospital San Juan de Lurigancho, ubicado en Av. Canto Grande s/n Paradero 11 – San Juan de Lurigancho, Lima - Perú. Categoría de establecimiento: III – 2, por resolución directoral N.º 004-2010.

Delimitación Temporal: Noviembre 2019 – Enero 2020.

Delimitación Social: Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 no adherentes al tratamiento, con tiempo de enfermedad mayor a 1 año.

1. 5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación tuvo como limitaciones:

- Falta de sinceridad de parte de algunos pacientes, lo que fue corroborado por sus familiares.
- Ausencia de colaboración, y falta de confianza en varios pacientes.
- La falta de más estudios de investigación previos acerca del tema de investigación para mayores comparaciones.
- En la presente investigación solo hubo intervención de parte del investigador, tanto económicamente como en la realización de las encuestas.

1. 6. OBJETIVOS

1. 6. 1. General

Describir las características clínicas epidemiológicas de la No adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital San Juan de Lurigancho de noviembre del 2019 al enero del 2020.

1. 6. 2. Específicos

1. Determinar las características sociodemográficas de los pacientes con No adherencia al tratamiento.

2. Identificar las características clínicas más frecuentes en la No adherencia al tratamiento.
3. Enunciar las características epidemiológicas más frecuentes en la No adherencia al tratamiento.
4. Indicar que porcentaje de pacientes tienen menor No adherencia total y parcial al tratamiento.
5. Mencionar las causas de la No adherencia al tratamiento más frecuentes.

1. 7. PROPÓSITO

El propósito de la presente investigación es que, al identificar las características clínicas y epidemiológicas que presentan los pacientes que No se adhieren al tratamiento, se buscará la prevención de las complicaciones de las enfermedades crónicas, en este caso de la diabetes tipo 2. La descripción de las características clínicas y epidemiológicas nos ayudará a tener conocimiento de la deficiencia de los pacientes para con su tratamiento farmacológico, para así poder brindar una solución al tema, brindando mejoras al paciente que padece la enfermedad.

Con los resultados y conclusiones que se obtengan se espera ayudar a mejorar y continuar con la educación sobre la adherencia al tratamiento, su importancia y acerca de la enfermedad, con las consecuencias a las que conlleva una No adherencia al tratamiento. Esto no solo a los pacientes con diabetes tipo 2, sino también a pacientes con otras patologías y concientizar a la población general, quienes serán un apoyo grande en la mejora de la adherencia al tratamiento.

Se espera también que el presente trabajo de investigación sea de apoyo al personal sanitario para que puedan seguir las recomendaciones o generar otras y realizarlas en beneficio de la mejora del paciente diabético y su relación con la No adherencia.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2. 1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Internacionales:

Maidana Gladys Mabel, et al. Paraguay (2016). “Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa”. Las causas de incumplimiento del tratamiento son muchas, se deben plantear nuevas estrategias. El tipo de estudio fue prospectivo, observacional, descriptivo y transversal. La población fue de 127 pacientes. Sus resultados muestran que el 65% de los pacientes eran mujeres con la edad media de 53 años y la evolución de la enfermedad de 11 años. Aproximadamente el 51,2% de los pacientes solo curso la primaria. Un 13,4% informó que no cumplía, a veces cumplía o se olvidaba de las indicaciones que se les había brindado. Entre los factores más frecuentes se encontró que el olvido, la variada medicación y la falta de disposición del paciente, son los principales motivos para el incumplimiento del tratamiento. El conocimiento sobre la enfermedad influye en el cumplimiento de su tratamiento¹.

Figueroa Pineda Claudia Lucia. Bucaramanga, Colombia (2010). “Factores asociados con la no adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos en un programa de control de riesgo cardiovascular de una empresa promotora de salud de Bucaramanga, Colombia 2010”. El siguiente estudio fue de tipo observacional, analítico, corte transversal. La muestra fue de 484 pacientes diabéticos. La prevalencia de la no adherencia al tratamiento fue de 65%. Del total de hombres, el 62% no fueron adherentes y del total de mujeres, el 68%. En pacientes con edades menores a los 50 años y edades entre los 50 a 65 años, la no adherencia fue de 72% para ambos casos, pero en mayores de 65 años, el 60% no fue adherente al tratamiento. El desempleo, resulto ser un factor para a no adherencia, 2,4%, la razón de prevalencia (RP) fue de 1.38 ($p=0.004$). El tiempo de enfermedad es un factor negativo, el tiempo mayor a 10 años tuvo una RP de 1.35, el

número de tabletas para el tratamiento aumenta la probabilidad de la no adherencia con un RP de 1.24, ($p=0.01$). La convivencia únicamente con la pareja, aumenta la no adherencia al tratamiento en 1.2 veces más. Se asociaron también enfermedades conocidas en esta población, tales como hipertensión 63.1% y dislipidemia 71.08%. El estilo de vida también es un factor de riesgo asociado, aumenta 1.5 veces la probabilidad de no ser adherente al tratamiento. El 50% de los pacientes consideró que el personal de enfermería no se les brindó las adecuadas recomendaciones o no fueron claras⁵.

Bello Escamilla Natalia Verónica, Montoya Cáceres Pamela Aurora. Chile (2016). “Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados”. El presente estudio fue de tipo transversal, no experimental. Compuesto de una población de 116 adultos mayores con diagnóstico de diabetes. La recolección de datos fue mediante encuestas, la de Morisky – Green, el APGAR familiar el cual es una herramienta para medir la disfunción familiar y el instrumento para evaluar el apoyo familiar al paciente. En sus resultados nos muestra que el 48,28% no se adherían al tratamiento farmacológico. Los factores socioeconómicos que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico, son adultos mayores de sexo femenino (54.31%), el cual es un factor de protección para la adherencia al tratamiento. Los adultos mayores menores de 80 años, representan un alto riesgo para la no adherencia al tratamiento, del total de no adherentes (48,28%) los menores de 80 años que no cumplen con el tratamiento formaron un 78,57%. Del mismo total de no adherentes, quienes tenían un nivel socioeconómico medio o bajo presentaron un porcentaje >60%, mientras que entre los resultados no se encontraron asociación entre el nivel de estudios y la adherencia al tratamiento. La adherencia al tratamiento farmacológico relacionada al tipo de familia, no tuvo una significancia estadística. Se concluye que, en la adherencia al tratamiento, depende principalmente del compromiso y la disposición que presente el paciente frente a su tratamiento⁶.

Domínguez Gallardo Laura Andrea, Ortega Filártiga Edgar. Paraguay (2019). “Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”. El objetivo de la presente investigación fue determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento. El estudio fue de tipo observacional, descriptivo, prospectivo. Se realizó en 338 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. La recolección de datos se realizó mediante 2 encuestas validadas, la adherencia no farmacológica (IMEVID) y la farmacológica (Morisky-Green). La prevalencia de la no adherencia al tratamiento fue del 70%, cifra mayor con respecto a otros estudios del mismo país, los cuales presentaron cifras entre el 37 y 44%. Siendo factores de asociación para la falta de adherencia al tratamiento, la población femenina (66%), la edad media de la población total fue 56 ± 7 años, las complicaciones crónicas (53%), tratamiento de monoterapia (35%), reacción adversa a los medicamentos (17%), tiempo de evolución de la enfermedad mayor a 10 años (16%) y mala relación entre el médico y el paciente (16%). Demostrándose con los resultados la falta de adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2⁷.

Nacionales:

Molina García Yulisa R. Perú (2008). “Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional "Dos de Mayo": enero-febrero 2008. El propósito del estudio fue obtener datos sobre la adherencia al tratamiento de los pacientes y relacionarlo al estilo de vida que estos llevaban en su momento. El tipo de estudio fue descriptivo y correlacional, con una población de 132 pacientes que acudían al programa de Diabetes. Los datos fueron recolectados por medio de una encuesta. En los resultados nos muestra que el 68,9% presentó un cumplimiento de manera regular y el 79.5% de los mismos presentaron una regular calidad de vida, comprobándose así una asociación relativa entre ambas variables, la

adherencia al tratamiento de manera regular de los pacientes y la percepción de una regular calidad de vida de los pacientes diabéticos⁸.

Teresa Mendizábal, Narda Navarro, Alfonso Ramírez, et al. Lima, Perú (2010). “Características sociodemográficas y clínicas de pacientes con diabetes tipo 2 y microangiopatías”. Este estudio se realizó en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, participaron 48 pacientes mayores de 18 años, con y sin microangiopatías. El estudio es de tipo descriptivo. El objetivo fue identificar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes diabéticos tipo 2. La recolección de datos fue por encuestas. Los resultados fueron, que el 70,8% fueron mujeres, del total un 23% presentaron microangiopatías entre las cuales el 74% fue neuropatías y el 26% fue retinopatías. Los pacientes con microangiopatías tuvieron como edad promedio 57 años, en su mayoría con un bajo nivel de estudios, 52%, y solo el 8% de los pacientes con microangiopatías tuvieron estudios superiores. El nivel socioeconómico más afectado fue el nivel bajo en pacientes con microangiopatías, en un 74%. La frecuencia de la obesidad de los pacientes con microangiopatías fue de 65%, con un IMC promedio de 29,5. El tiempo de enfermedad fue superior a los 5 años en el 52%. Se relacionó la ausencia de las microangiopatías con una atención estándar. Observaron también una alta no adherencia a la dieta, 83%, y un porcentaje de 48% de sedentarismo en pacientes con complicaciones. Estos resultados demostraron que con o sin complicaciones microangiopáticas, no hubo una adecuada asistencia al control médico, hubo una regular No adherencia a dietas y actividad física. No hubo relación estadística entre el nivel de educación o el socioeconómico con la presencia de microangiopatías, atribuyendo su aparición a otras causas⁹.

Custodio Gonzales Rosalis, Santamaria Damian Lily R. Perú (2016). “Calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del programa de enfermedades no transmisibles – Diabetes Hospital provincial docente Belén de Lambayeque, 2016”. Las personas que padecen de esta enfermedad tienen una esperanza de vida

menor y mayor riesgo de complicaciones, si no tienen un control adecuado de sus glicemias. Coincidiendo con otros estudios, las mujeres son las primeras en la lista de damnificados por la enfermedad y los departamentos más afectados de nuestro país, son Lima y Piura. Con el objetivo de determinar la relación entre los factores a investigar, se realizó este estudio de tipo transversal, descriptivo y correlacional. La población de estudio la conformaron 46 pacientes, usaron los cuestionarios D – 39 y DM2 – versión III. Los resultados demostraron una relación entre ambas variables, con una regular calidad de vida del 50.03% de los pacientes y una regular adherencia al tratamiento del 42.87% de la población estudiada. Con estos resultados esperaron poder desarrollar programas junto a un equipo especializado para lograr una mayor adherencia al tratamiento e involucrar de una manera más activa a personas cercanas a su entorno, y apoyar en general mejoramiento de la salud del individuo¹⁰.

Barra Malig Solange Fabiola. Lima, Perú (2018). “Adherencia al tratamiento Farmacológico oral de Personas con diabetes Mellitus en 7 localidades de la costa de Perú”. La presente investigación fue de tipo observacional y transversal, realizada en un periodo de tres meses. Para la recolección de los datos se usó, el test de Morisky – Green y un cuestionario estructurado, empleados en una muestra de 284 pacientes. En sus resultados nos muestra que solo el 27.82%, son adherentes al tratamiento y el resto, 72,18%, no se adhieren total o parcialmente. Con respecto a las preguntas del test de adherencia, un 59.51%, olvida tomar sus medicamentos, pero a su vez el 83.10% refirió que no deja de tomar la medicación, aunque estas le sienten mal. El 72,1% de la población estudiada fueron mujeres, con una edad promedio en el total de la población de 65 años. El 37.3% de la población tuvo estudios secundarios y solo el 9.15% era analfabeto. El 54.5% estaba casado. El 34,5% tenía un tiempo de diagnóstico entre 1 y 5 años. Se concluye que, quienes presentaron una mayor adherencia fueron los pacientes con menor tiempo de tratamiento, con labores fuera de casa¹¹.

Arce Fajardo, Milagros María Del Rosario. Lima (2019). “Nivel de conocimiento sobre la diabetes mellitus tipo 2 y la adherencia al tratamiento en pacientes del hospital María Auxiliadora, febrero 2019”.

Esta investigación nos habla acerca del conocimiento que tienen las personas diabéticas sobre su enfermedad y si esto se asocia o no a la adherencia al tratamiento que tienen. La población objetivo tuvo un total de 272 pacientes, con quienes se realizó la investigación. Se aplicó un cuestionario realizado por la propia investigadora y previamente aprobado, para medir el nivel de conocimiento, y aplicó el test de Morisky – Green – Levine, el cual consta de 4 ítems, para saber acerca de la adherencia al tratamiento. Los resultados estuvieron en rangos de bueno a excelente en el 67.7%, respecto al conocimiento de los pacientes entrevistados, pero resultó que tenían mala adherencia en el 63.6% de los mismos. Los pacientes tuvieron un alto nivel de conocimiento con respecto a las generalidades, el tratamiento y las complicaciones crónicas de la enfermedad, pero con respecto a las complicaciones agudas el nivel fue bajo. Entre los resultados se encontraron una asociación entre la edad y las complicaciones con respecto a la adherencia al tratamiento. Se concluyó que hay un alto nivel de conocimiento acerca de la diabetes tipo 2 por parte de los pacientes, pero una mala adherencia al tratamiento, por lo que hay asociación entre ambas¹².

2. 2. BASE TEÓRICA

Las enfermedades crónicas, su sintomatología, su clínica, su evolución y su tratamiento han sido evaluadas por lo general en términos de morbilidad y mortalidad; pero esto ha ido cambiando en los últimos tiempos ya que algunos investigadores y clínicos han empezado a tener mayor interés en evaluar la No adherencia al tratamiento⁹. Sobre todo, en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, ya que es una variable muy importante en los resultados de la mejora de salud del paciente diabético y el fracaso al tratamiento al que conlleva, por lo mismo terminando en complicaciones agudas o crónicas de la enfermedad.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La bibliografía científica nos muestra que se emplean diferentes términos para referirse a la toma inadecuada de los tratamientos indicados. Entre los términos más importantes encontramos, el cumplimiento, la adherencia y la persistencia; si bien los términos de adherencia y cumplimiento pueden usarse como sinónimos, por su similitud de medir el porcentaje de toma del tratamiento, ambos tienen un fondo distinto. El cumplimiento se da cuando el paciente se ajusta a las indicaciones médicas, sin intervención del mismo; mientras que la adherencia considera la aceptación o el acuerdo del paciente, por lo que implica mayor relación entre el médico y el paciente¹³.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como “El grado de la conducta del paciente, relacionado a la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta, o la modificación en los hábitos de vida, sigue la relación de las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”¹⁴. Esto nos indica que la adherencia al tratamiento no solo es una adherencia hacia la medicación, por el contrario, es un tema más amplio.

Sin embargo, el término de persistencia se usará para relacionar la duración del tratamiento, desde el inicio de la toma de la medicación hasta el final de la última dosis, antes de la interrupción. Siendo en el caso del paciente con tratamiento crónico, hasta el momento de perder el seguimiento o su abandono al tratamiento.

TIPOS DE NO ADHERENCIA:

Existen tipos de No adherencia al tratamiento, como son la intencionada y la no intencionada, siendo la primera por propia voluntad del paciente y la última por diversas causas como el olvido o el grado de dependencia del paciente. Los factores que afectan ambos tipos son similares, como por ejemplo las creencias sobre la medicación, la economía, etc. De manera similar, si el

paciente desconoce de la necesidad y la importancia del tratamiento, poca será su colaboración para el compromiso con la correcta toma de medicación.

La falta de adherencia al tratamiento primaria y secundaria, son otra forma sencilla de clasificarlos. Se denomina primaria cuando el paciente no obtiene los medicamentos ya sea de forma particular o mediante un seguro, la secundaria se produce cuando el paciente no cumple de manera adecuada con las indicaciones médicas, los motivos son variados como el olvido, la toma a horas inadecuadas, etc¹³.

Según el periodo de seguimiento se pueden distinguir 5 tipos de incumplimiento:

- Incumplimiento parcial: la adherencia ocurre solo en ciertos momentos.
- Incumplimiento esporádico: si el incumplimiento solo se da en ocasiones (generalmente adultos mayores).
- Incumplimiento secuencial: el incumplimiento se da por periodos de tiempo y se restaura solo al momento del inicio de los síntomas.
- Cumplimiento de bata blanca: se cumple con el tratamiento cuando la visita médica está cerca, generalmente se da en pacientes con enfermedades crónicas.
- Incumplimiento completo: cuando el abandono al tratamiento es indefinido. Se observa frecuentemente en pacientes jóvenes con enfermedades crónicas.

ESTADO DE LA ADHERENCIA:

La efectividad del tratamiento se relaciona de manera directa al cumplimiento de la misma, por lo que la adherencia al tratamiento debería ser casi perfecta y definitiva, no solo inicialmente sino mantenerla en el tiempo. De esta manera se evita el progreso y las complicaciones futuras de la enfermedad.

La adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas es baja, la OMS sitúa el porcentaje en aproximadamente 50%. En un estudio transversal realizado

en España en el año 2013 en 723 pacientes con tratamiento crónico, solamente el 56% se consideró adherente por medio del test de Morisky – Green. Según una encuesta que realizó la National Community Pharmacists Association (NCPA), en su mayoría los pacientes refieren haber olvidado la toma de la medicación, aproximadamente un tercio de los encuestados no obtenía la medicación; el 29% abandonaba el tratamiento luego de haberlo iniciado y por últimos el 24% refería tomar menos de la dosis prescrita¹³.

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA:

La falta de adherencia tiene diversas consecuencias muy importantes, las consecuencias clínicas, económicas y sociales. El incumplimiento afecta la efectividad del tratamiento, conllevando al fracaso del mismo. Esto propicia al aumento de las dosis o el cambio a un tratamiento más agresivo, lo que implica un incremento en los riesgos y en los costos. La prescripción prudente alerta del riesgo y menciona que: Frente a un fracaso terapéutico se debe comprobar la adherencia al tratamiento antes de prescribir más fármacos¹⁴.

Las consecuencias del impacto de la No adherencia al tratamiento pueden ser clasificadas en 3 tipos:

- Consecuencias clínicas: dependerá básicamente del tipo de no adherencia, principalmente de las no adherencias primaria y secundaria. En la No adherencia primaria las consecuencias clínicas serán las mismas que aquellas que aparecen cuando la enfermedad sigue su curso natural. En el caso de la No adherencia secundaria, las consecuencias dependerán de la enfermedad a tratar, su gravedad, su cronicidad, su evolución en el tiempo, etc. Además, también dependerá del medicamento, el cual por su farmacocinética y farmacodinamia determinará el grado de cobertura y el efecto terapéutico.

La forma correcta del seguimiento al tratamiento se relaciona de manera directa a la mejor calidad de vida. También se producen menores recaídas, la

probabilidad de complicaciones secundarias también es menor y la morbimortalidad a su vez disminuye.

- Consecuencias económicas: En el año 2007 en el documento del “El plan nacional estadounidense”, se estimó que el gasto producido a causa de la baja adherencia terapéutica, suponía un aproximado de 177 millones de dólares anuales, tanto en costos sanitarios directos e indirectos. Otros estudios relacionan la falta de adherencia al tratamiento con un mayor número de ingresos a emergencias y el aumento de las hospitalizaciones; además de relacionarse directamente con la mortalidad.

Un estudio realizado en la Unión Europea en el año 2017, aproximó el costo de gastos en España en aproximadamente 10 500 millones de euros, el mismo estudio menciona que un aproximado de 10 000 muertes anuales pueden ser evitadas de seguir el tratamiento de manera adecuada. El mismo estudio menciona que la cifra del costo de la Unión Europea debido a la no adherencia al tratamiento es de 125 000 millones de euros y la cifra de muertes que podían evitarse llegó a 200 000. En el mismo plan nacional estadounidense menciona que uno de cada tres pacientes no obtiene la medicación indicada, uno de cada dos pacientes olvida tomar su medicación, tres de cada diez pacientes abandonan el tratamiento una vez iniciado y uno cada cuatro pacientes toman una dosis menor de la prescrita.

Los costos económicos de la no adherencia al tratamiento se incrementan en gran manera debido a la relación directa con el aumento del ingreso de las hospitalizaciones, pruebas complementarias e incluso el uso de otros medicamentos, desaprovechándose recursos económicos estimados previamente.

Una buena forma de saber el impacto del incumplimiento sobre la carga económica sería realizando análisis fármaco – económicos, pero debido a

diferencias como resultados de los diferentes tratamientos y medidas del incumplimiento, es prácticamente imposible el conocimiento preciso de esta información. De lo que si hay mayor seguridad es que hay un gran impacto del incumplimiento en la eficacia, lo cual es indiscutible y evidente, pero el impacto en los costos económicos es muy variable.

- Consecuencias sociales: También son importantes, al igual que las anteriormente mencionadas, pero a su vez estas son las menos valoradas. Estas consecuencias son altamente visibles en enfermedades como la esquizofrenia, donde la carga social es elevada cuando esta enfermedad no es controlada, también se ven en los casos de los anticonceptivos orales y su relación a los embarazos adolescentes y no deseados. En las enfermedades crónicas las consecuencias sociales acompañan a la morbilidad, la cual aumenta a causa de la no adherencia.

ESTIMACIÓN DE LA ADHERENCIA:

No es fácil saber acerca de la adherencia de cada paciente a su tratamiento. Se debería analizar el tema en cada consulta del paciente con su médico tratante, de manera sistemática y continua para un mayor conocimiento acerca del cumplimiento del tratamiento del paciente. En el caso de las enfermedades crónicas el monitoreo de esta adherencia a los diferentes tratamientos es muy importante, debido a la repercusión que presentan en la salud del paciente. Por este motivo se deben conocer los diversos métodos que se usan para estimar la adherencia, saber de las ventajas y de las fortalezas que proporcionan para poder corregir e intervenir en este problema tan importante¹⁵.

Los métodos usados para estimar la valoración de la adherencia se han clasificado, de manera tradicional, en directos e indirectos. Entre los métodos directos se encuentran la medición de los niveles de concentración de los medicamentos en sangre u orina, la medición de los resultados clínicos

obtenidos, en caso de ser los esperados se asociarían a una buena adherencia. Son los métodos más fiables, porque la información se obtiene del mismo paciente o de personas muy cercanas a ellos¹⁶.

Entre los métodos indirectos se encuentra la valoración del profesional médico, quien usualmente sobrestima la adherencia al tratamiento de parte del paciente. Otros métodos indirectos también son dispositivos electrónicos, recetas y boletas de entrega de farmacia, recuento de la medicación sobrante y los cuestionarios o la adherencia auto referida que el propio paciente brinda. Estos métodos se usan cuando no hay disposición de otro tipo de método, además de que su uso frecuente se debe a las mayores ventajas que proporcionan frente a los métodos directos, tanto en lo económico como en la accesibilidad de los pacientes y su rapidez en muchos de ellos para los resultados^{15, 16}.

La determinación de concentraciones de fármacos y los dispositivos eléctricos no detectan las causas del incumplimiento, miden con una mayor precisión la adherencia cuantitativa a diferencia de los cuestionarios, su especificidad es menor, pero con una alta especificidad para la detección del no adherente frente a los cuestionarios, presentan sesgos de interpretación de datos que se apoyan con diarios donde se reportan las incidencias de las tomas de la medicación, evitando en su mayoría alguna mala interpretación.

Con respecto a la medicación sobrante las características son similares, salvo en el caso de los sesgos de información en donde en este caso al recogerse los datos, la colaboración del paciente es necesaria.

Sobre los registros de dispensación de farmacia, estos tampoco detectan las causas del incumplimiento, mide solo la adherencia cuantitativa, pero con mayor precisión que los cuestionarios, se monitoriza por 3 meses al inicio del tratamiento y por 6 meses en el tratamiento continuo, tiene una especificidad aceptable, pero con una baja especificidad.

Los cuestionarios o la adherencia autorreferida son el método más empleado, esto debido a que son sencillos y requieren de pocos recursos. Presentan 3 componentes primarios, las preguntas, el periodo de memoria y las opciones de respuestas. Estos elementos se manejan diferente en los diversos cuestionarios, los cuales a su vez se clasifican en tipos, los cuales son: tipo Morisky – Green, en el cual las variables son dicotómicas y se considera al paciente adherente o no según las respuestas brindadas. Tipo dosis omitidas, donde se hace un intento de cuantificar la adherencia o conocer el número de dosis no consumida y por último el tipo mixto, los cuales recogen ambos tipos de información¹⁵.

Algunos cuestionarios fueron validados para muchas enfermedades crónicas, pero en su mayoría han sido validadas para una sola. Estos cuestionarios presentan limitaciones, siendo las principales: la subjetividad del paciente, el sesgo de memoria (que no permite una buena evaluación pasados los 30 días) y el sesgo de respuesta (es usual que el paciente responda lo que el personal sanitario espera de él), algunas otras limitaciones que se presentan son el bajo nivel cultural del paciente e incluso la falta de la adecuada comunicación del entrevistador. También se considera limitación el hecho de que no detecta la no adherencia no intencionada, es decir el olvido¹³.

Al ser uno de los métodos más usados, a pesar de la amplia variedad y la heterogeneidad que presentan, deben ser validados en la población con la patología a estudiar. Estas escalas pueden medir parámetros como:

- Problemas relacionados a la toma de la medicación, como el olvido de la dosis de las tomas, el hecho de adquirir los medicamentos.
- Barreras que forma la adherencia entre las que encontramos el olvido, razones propias de la enfermedad (dependencia de otra persona, etc.), efectos secundarios de los medicamentos.
- Creencias sobre la adherencia, los temas más frecuentes son la seguridad del medicamento y la necesidad de seguir la prescripción tal como la indicó el médico.

Existen diversos cuestionarios para diversas enfermedades, y también para enfermedades crónicas en general. Entre los más conocidos y usados se encuentra el test de Morisky – Green, este tiene como ventajas su uso generalizado, en diferentes patologías y poblaciones, además de su alta concordancia con los otros métodos como los dispositivos electrónicos o los registros de dispensación de medicación¹⁵. Este test originalmente consistía de 4 ítems que de ser respondido de la manera correcta se decía que el paciente era o no adherente. Este test fue modificado a partir del original en un cuestionario que consta de 8 ítems, 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8), el cual se ha validado en la población española e incluso en la patología psiquiátrica.

Los resultados se dan por la sumatoria del puntaje que brinda el cuestionario. En el caso del test de 4 ítems la respuesta correcta para la buena adherencia sería: NO/SI/NO/NO, los cuales tienen un puntaje cada uno de 1, dando una sumatoria de 4 del total, la que indica una buena adherencia. Sin embargo, si la sumatoria final de las respuestas es de 3 – 2, la adherencia sería media y una sumatoria final de 1 – 0 nos indicaría una baja y nula adherencia respectivamente.

Respecto al test de Morisky – Green de 8 ítems, la respuesta para la buena adherencia sería: NO/NO/NO/NO/SI/NO/NO/NUNCA, los que formarían un puntaje total de 8, para una adherencia media el puntaje es de 7 – 6, para una baja adherencia el puntaje es de 5 - 1 y una No adherencia con un puntaje de 0^{17, 18}.

Es necesario tener claros los objetivos que se buscan para poder elegir un método adecuado al momento de la aplicación. Se recomienda la combinación de los métodos para la varianza de los datos obtenidos.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA:

Según la OMS la falta de adherencia produce consecuencias como:

- Empeorar la calidad de vida

- Impide el adecuado control de la enfermedad
- Aumenta las probabilidades de recaídas y agravamiento
- Induce a la aparición de efectos secundarios
- Aumenta las posibilidades de fallecimiento
- Incrementa el uso de los recursos económicos - sanitarios.
- Tratamientos ineficaces

El aumento del gasto sanitario hace que a la no adherencia se le considere un problema de salud pública, agregando las demás consecuencias negativas que produce. Esta falta de adherencia es compleja, multifactorial, en la cual influyen factores que dependen de la situación clínica del paciente, su tratamiento y su entorno sanitario, así como el entorno personal¹⁴.

Entre los principales factores de riesgo para una baja o falta de adherencia, encontramos:

- Complejidad del tratamiento, medicación variada y variedad de dosis diaria
- Miedo a los efectos adversos de los medicamentos
- Desconfianza en el beneficio del tratamiento, de parte del paciente
- Falta de conocimiento acerca de la patología, de parte del paciente
- Deterioro cognitivo
- Patologías psicológicas, como la depresión
- Patologías crónicas asintomáticas
- Mala relación médico – paciente
- Falta de coordinación entre quienes prescriben las recetas
- Inadecuado seguimiento o falta de plan terapéutico al alta
- Faltas a las citas programadas
- Presencia de dificultades para la asistencia o el acceso a los medicamentos
- Costos de los medicamentos

Los factores son básicamente de dos tipos, los modificables y los no modificables. En estos últimos no se puede actuar, se encuentran por ejemplo las características demográficas y psicosociales del paciente e incluso la naturaleza de la patología a tratar. Los modificables son aquellos sobre los que, si se puede actuar, como los factores relacionados al tratamiento farmacológico, la capacitación y motivación del personal de apoyo¹³.

La adherencia al tratamiento también se ve influida como consecuencia de actos involuntarios, como por el olvido y por las confusiones, también por actos voluntarios, en el que se ve como principal el hecho de dejar de tomar la medicación por propia voluntad del paciente.

Los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento se pueden clasificar por sus relaciones con diferentes aspectos, tales como el paciente, la enfermedad, el tratamiento, relacionado a lo socioeconómico y al sistema de salud^{13, 16}.

- Factores relacionados al paciente:

Entre estos factores encontramos: edad, sexo, raza, nivel cultural, economía, situación laboral, apoyo familiar, problemas psicológicos y psiquiátricos, abuso de alcohol y drogas.

- Factores relacionados a la enfermedad:

Aquí se encontrarán: patologías crónicas, asistencia de síntomas, tiempo de evolución, expectativas de curación, aceptación de la enfermedad, gravedad, discapacidad, conocimiento de la enfermedad, su capacidad para involucrarse en su tratamiento y las consecuencias de la deficiencia de la adherencia.

- Factores relacionados con el tratamiento:

Estos factores afectan el hábito y el estilo de vida del paciente, lo que por consecuencia afecta la adherencia del tratamiento. Aquí se encuentran factores como: la cantidad de medicamentos diarios, la dosis diaria, forma de

administración, efectos adversos de los medicamentos y la tolerancia de los mismos.

- Factores relacionados con el sistema salud:

Entre los factores relacionados al sistema de salud encontramos: la falta de confianza de parte del paciente hacia el sistema de salud (médicos, enfermeros, etc.) y viceversa, mala comunicación entre médico – paciente, acceso al sistema de salud, satisfacción del profesional sanitario. Ideas acerca de cómo los medicamentos generan dependencia o interfieren en sus vidas diarias o el nulo efecto del tratamiento o la falta de comprensión del médico, contribuyen también a la mala adherencia.

- Factores relacionados a la socioeconomía:

Aquí estarán los factores como: satisfacción laboral, nivel de formación, condiciones de vida inestable y las creencias populares.

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA:

Es imprescindible, la adherencia al tratamiento para obtener los resultados clínicos que se esperan. Para lo cual se necesita que esta mejore y para esto será importante la identificación de los factores que intervienen y así diseñar las estrategias más adecuadas¹⁶.

Existen diferentes tipos de intervenciones, que fueron clasificadas por Demonceau et al. En el proyecto Ascertaining Barriers for Compliance (ABC), los cuales son¹³:

- Intervenciones basadas en simplificar el tratamiento:

Disminuir la complejidad del tratamiento tiene como ventaja la simplicidad y facilidad de aplicación y es además de gran utilidad en pacientes polimedicados. Existe evidencia de que la disminución en la frecuencia de toma de medicamentos en pacientes con enfermedades crónicas mejora la adherencia entre un 13 y 26%. Otra forma de simplificar el tratamiento es

revisar la prescripción y retirar lo que no sea necesario, esto ayuda sobre todo a los pacientes ancianos.

- Intervenciones educativas:

Estas pueden ser brindadas por medio de diferentes materiales, como charlas, audiovisuales, escrito, oral, etc. Y puede ser brindada por diferentes profesionales de salud, médicos, enfermeras, etc. Lo realmente importante es que la información que se va a brindar sea clara y precisa, con un lenguaje claro y de fácil entendimiento. Un punto clave en este tipo de intervención es que no solo se debe educar sobre el tratamiento, como y cuando tomarlas, también se debe educar sobre la importancia de las tomas, las complicaciones que pueden producir la falta de adherencia o los efectos secundarios (minimizando el impacto), la conservación del medicamento y muy importante, además, es educar al paciente sobre la enfermedad que padece.

- Intervenciones conductuales:

Se busca modificar o reforzar el comportamiento del paciente buscando que este sea un participante activo en el cuidado y adherencia al tratamiento del mismo. Aquí se incluyen intervenciones desde las más simples, como moldear el tratamiento a la rutina del paciente o el uso de pastilleros, hasta las intervenciones más complejas, como las entrevistas de motivación.

- Intervenciones sociopsicoafectivas:

Se basará en las emociones y sentimientos de los pacientes o también en sus relaciones sociales y el soporte social.

- Intervenciones basadas en una interacción con el paciente sobre la adherencia que se ha obtenido mediante los dispositivos electrónicos:

De este modo se establecerá el diálogo entre el médico y el paciente, reforzando el comportamiento e interviniendo en la conducta del paciente. El diálogo entre médico – paciente, mejora la adherencia. La comunicación debe

ser adecuada y comprensible, pero también se debe dejar un tiempo para que el paciente exprese sus ideas, creencias y opiniones.

- Intervenciones basadas en el uso recordatorios mediante la tecnología:

Este tipo de intervención es muy eficaz sobre todo si la causa principal de la no adherencia es el olvido. Existen en el mercado dispositivos de alto precio que recuerdan mediante señales luminosas o realizan conteos ante cada apertura del envase de comprimidos, mediante un microchip. Debido a su costo, estos dispositivos se usan solo en ensayos clínicos. Sin embargo, hay alternativas muy económicas y al alcance de la mayoría de personas, tales como las alarmas de los teléfonos móviles o las Tablet, lo que permite una mejor adherencia del tratamiento.

- Intervenciones que utilizan la ayuda de la tecnología para monitorizar la enfermedad del paciente:

Algunos ejemplos que pueden ser autoaplicados en los mismos pacientes, son por ejemplo la medición de la glucosa en los pacientes diabéticos, de esta manera implica la participación del paciente en la monitorización de su enfermedad. Esta información adicional ayuda al personal médico como información de la evolución de la enfermedad y de la adherencia al tratamiento, ayuda también al ajuste del tratamiento según se informe.

- Intervenciones basadas en gratificaciones:

Una manera de mejorar la adherencia es reconocer el esfuerzo del paciente por mejorar su adherencia al tratamiento, su cumplimiento con las visitas médicas y por lo mismo una mejor calidad de vida.

ADHERENCIA EN EL PACIENTE CRÓNICO

La adherencia en un inicio del tratamiento suele ser alta, conforme pasa el tiempo disminuye. La OMS indica que en los países desarrollados la no adherencia al tratamiento llega al 50%, cifra que aumenta en los países en

vías de desarrollo. Estas cifras, incluyendo las consecuencias de la falta de adherencia hacen que se convierta en un problema de salud pública.

- Factores de riesgo de la adherencia en el paciente crónico:

Un punto importante a considerar es la intencionalidad de la No adherencia al tratamiento, si la No adherencia es no intencional, usualmente es a causa del olvido, muchas otras a causa de la gravedad del paciente, su estado funcional o la complejidad terapéutica. La No adherencia intencional, sin embargo, se puede dar a causa de una reacción adversa del medicamento o para evitarlos, también se puede dar por la inseguridad con respecto a la información sobre los efectos de la medicación y sus reacciones adversas.

Como ya hemos mencionado antes los factores de riesgo guardan relación con los diferentes aspectos y entornos del paciente, los cuales se aplican también en estos pacientes crónicos, por lo tanto en los pacientes diabéticos tipo 2¹⁶.

En cuanto a la estimación de la adherencia en estos tipos de pacientes, no existe un patrón de oro definido. La no adherencia debería ser evaluada constantemente y no en un solo punto del tiempo, se recomienda usar varios de los métodos antes mencionados, siempre teniendo en cuenta escoger los más apegados al objetivo que se busca, ya que muchas veces el resultado se ve condicionado por el tipo de método elegido.

Se deben crear estrategias para la mejora de la adherencia, si bien no existen intervenciones que actúen de manera definitiva y sin errores, hay evidencia de diversos estudios en los que se demuestra que favorecen a una mejora y un incremento en la adherencia terapéutica. Siendo una buena estrategia relacionar y adecuar el tratamiento con la rutina diaria del paciente.

Un elemento importante para la mejora de la adherencia es realizar una evaluación previa, lo cual ayudará a detectar los impedimentos que evitan una buena adherencia, además de que posteriormente puede realizarse una intervención más personalizada¹³.

LA DIABETES

La diabetes Mellitus es un trastorno endocrinológico crónico que ha aumentado de manera increíble en los últimos años, volviéndose un problema social. Las dos principales categorías etiopatogénicas son: la de tipo 1, con déficit absoluto o relativo en la secreción de la insulina, de origen autoinmune; y el tipo 2 causada por la resistencia a la insulina, inadecuada respuesta secretora y un déficit de secreción de insulina.

LA DIABETES TIPO 2

Es una patología crónica que afecta más al páncreas exocrino. Conforman del 80 al 90% del total de casos. Se caracteriza principalmente por la hiperglucemia crónica, resistencia a la insulina a nivel tisular como en el hígado, los músculos y el tejido graso, déficit o incapacidad secretora de la insulina necesaria y algunas otras alteraciones en el metabolismo de lípidos y proteínas con predominio de uno u otro según sea el caso¹⁹. Esta enfermedad, si bien no tiene cura, es prevenible y con un adecuado tratamiento se puede llevar una vida como cualquiera sin esta patología. Es importante recalcar que no es incapacitante ni mortal, si se lleva el tratamiento de manera adecuada.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), informa que este tipo de diabetes aumentó de 108 millones de personas en 1980 a 448 millones a nivel mundial para el 2014, es decir 1 de cada 11 personas mayores de 18 años. También se han visto incrementos alarmantes en la población infantil, siendo el principal factor de riesgo la obesidad. Se menciona que para el 2030, será la séptima causa de muerte en el mundo, esto ha corroborado en muchos países, donde se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte, incluido en el Perú. La OMS también menciona que, en el año 2015 fallecieron 1,6 millones de pacientes, solo por diabetes y otros 2.2 millones fallecieron como consecuencia de la hiperglucemia en el año 2012, estos últimos fueron en su mayoría menores de 70 años y aproximadamente un 55% fueron mujeres²⁰.

ETIOPATOGENIA

La etiología es compleja, multifactorial, provocada por factores genéticos y ambientales, este último ligado a la calidad y al estilo de vida del paciente. Esta relación también influye en la aparición de las complicaciones¹⁹. Existen factores que aumentan el riesgo de desarrollar la enfermedad, el más relevante es el sobrepeso o la obesidad. Quienes presenten estos factores deben descartar la enfermedad asintomática. De ser negativo, el despistaje se debe realizar cada tres años como mínimo^{4, 21}.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

La sintomatología puede o no estar presente, tener uno o varios síntomas, de los cuales algunos son signos de alarma. Los síntomas son: polidipsia, polifagia, poliuria, reducción de peso aparentemente sin causa, cansancio e irritabilidad extrema, estos se presentan mayormente en la diabetes tipo 1 y pueden aparecer en la diabetes tipo 2, sumándoseles a estos: infecciones repetitivas, visión borrosa, lesiones visibles con demora para sanar y hormigueo o entumecimiento en extremidades en sus partes distales. Muchos pacientes no presentan síntomas hasta que ya presentan complicaciones, pero mientras más temprana la detección de la enfermedad y un adecuado tratamiento, la posibilidad de aparición de las complicaciones disminuye.

DIAGNÓSTICO:

No hay modificaciones desde hace ya varios años en los criterios diagnósticos. Según la asociación americana de la diabetes, los criterios son: en ayunas, glucosa plasmática ≥ 126 mg/dL. ≥ 200 mg/dL a las 2 horas post ingesta de la sobrecarga oral de glucosa durante el test del mismo nombre, el cual se debe realizar según lo indica la OMS. Una hemoglobina glicosilada (HbA1c) $\geq 6.5\%$, la cual debe ser realizada en un laboratorio médico. A la sintomatología clásica de hiperglicemia o crisis hiperglucémica, se agrega una glucosa en plasma ≥ 200 mg/dL²¹, se debe tener en cuenta también la pre diabetes, en la cual hay variaciones, pero sin llegar a diabetes tipo 2.

COMPLICACIONES:

El tiempo sin la presencia de síntomas es un factor en contra. Existen complicaciones agudas y crónicas, y en esta última complicaciones micro y macrovasculares. Estudios realizados a lo largo de los años indican una relación entre la aparición de las microangiopatías y la glucosa elevada, pero no todos desarrollan estas complicaciones y los diferentes órganos no se afectan simultáneamente, lo que indica que las formas patogénicas de desarrollo son diversas²².

En las microangiopatías, la hiperglucemia se considera factor primordial para el inicio de estas, se consideran también los componentes genéticos²³. Las más frecuentes son la retinopatía diabética, que afecta más a pacientes con diabetes tipo 1²⁴, y puede causar desprendimiento de retina. El edema de mácula, la principal causa de ceguera. La catarata y el glaucoma, la primera es la más común en diabéticos, la última produce pérdida gradual de la visión. La nefropatía diabética, dependerá de la evolución de la enfermedad en el tiempo, el control de la hiperglucemia, la hipertensión arterial agregada y los componentes genéticos. Produce Fallo Renal, su tratamiento es el trasplante del órgano afectado o diálisis de sangre²³.

Neuropatía diabética, se presenta aproximadamente en el 50% de los pacientes. Las complicaciones crónicas alteran el área periférica de los nervios, mientras que las complicaciones agudas afectan el área central^{25, 26}. En la neuropatía autonómica se dañan los nervios de la parte autónoma. Las infecciones de las vías urinarias se producen a causa de una parálisis en la vejiga. Las diarreas nocturnas y el estreñimiento son parte de las neuropatías, vómitos e hinchazón son producto de gastroparesias²⁵.

Las complicaciones macrovasculares, afectan a los medianos y grandes vasos por la aterosclerosis. Son las más frecuentes y las principales causas de mortalidad y morbilidad en diabéticos²⁶. Las complicaciones cardíacas afectan mayormente a las arterias coronarias. La insuficiencia cardíaca

congestiva, tiene mayor riesgo de aparición e incluso la muerte súbita²³. El accidente cerebrovascular se relaciona estrechamente a la presión arterial.

El pie diabético es una de las afecciones que más problemas presentan, causa insensibilidad y mala circulación. En casos extremos se llega a la amputación del miembro, se debe descartar periódicamente la osteomielitis²².

Complicaciones agudas: las principales son la cetoacidosis diabética, la hipoglucemia y la descompensación hiperosmolar, la primera es más común encontrarla en la diabetes tipo 1, puede llevar al paciente al coma o la muerte²⁵, al igual que la última. El síndrome hiperglucémico hiperosmolar, también se da por una acción pobre de la insulina como respuesta, se manifiesta en pacientes con un tratamiento inadecuado. Presenta principalmente deshidratación severa, alteración de la conciencia que puede llegar a coma, alteraciones neurológicas como hemiplejía temporal y convulsiones²².

La hipoglucemia, es frecuente en diabéticos con tratamiento. Se da cuando los niveles de glucosa son $<70\text{mg/dL}$ en diabéticos y $< 55 - 60\text{mg/dL}$ en personas comunes. Rara vez es mortal, pero de forma repetida puede llevar a una lesión cerebral permanente²⁶.

TRATAMIENTO

Su finalidad es mantener la glucosa dentro de los parámetros normales, prevenir las complicaciones que puedan aparecer y mantener una buena calidad de vida. En el tratamiento no farmacológico, el cambio del estilo de vida es necesario, también educar a los pacientes para que estos colaboren en su tratamiento, entrenar al paciente sobre su autocuidado muestra mejores resultados en el control de la glucemia. Los cambios en la dieta, son fundamentales para un buen control metabólico, la ingesta calórica debe estar dirigida a buscar el peso ideal del paciente²². El ejercicio se ha vuelto fundamental en el tratamiento, siempre que no haya contraindicación alguna, se recomienda 150 horas a la semana de ejercicio aeróbico, y tres sesiones semanales de ejercicio anaeróbico.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La estrategia es iniciar con la monoterapia, esta se puede combinar con otros hipoglucemiantes orales, si no se toleran se cambiará a tratamiento parenteral con la insulina²⁷. Los antidiabéticos orales disminuyen el nivel de glucosa. Los Secretagogos de insulina: estimulan la secreción de la insulina por medio de las células beta del páncreas, incluye 2 clases: Sulfonilureas, entre los más usados, la glibenclamida (gliburida), son de corta duración. Contraindicada en diabetes tipo1, insuficiencia renal crónica y embarazo y/o lactancia. Las meglitidinas actúan similar. El inicio de acción es aproximadamente 30 min, estimulan solo la primera etapa de la secreción de la insulina^{28, 29}.

Sensibilizadores de insulina, disminuyen la glucosa sin riesgo de hipoglucemia, euglucémicos. Son de dos clases: las biguanidas, su fármaco estrella, la metformina y las tiazolidinedionas (pioglitazona y rosiglitazona). Las biguanidas están recomendadas como fármacos de tratamiento inicial, brindan mayor supervivencia a los pacientes. La tiazolidinediona, aumenta la sensibilidad del hígado, la grasa y el músculo para con la insulina. Sus efectos colaterales son edemas, incremento de las transaminasas^{28, 29, 30}.

Inhibidores de la Alfa-glucosidasa, actúan en el sistema digestivo, demoran la digestión de carbohidratos y disminuyen las alzas de glucosa post ingesta de comida. Inhibidores del cotransportador de glucosa-sodio tipo 2 (SGLT2) son fármacos de gran eficacia en el control de la glucemia, a su vez funcionan como cardioprotectores. Llega a provocar cetoacidosis en sus efectos colaterales, su principal contraindicación es la insuficiencia renal crónica^{31, 32}.

Acción en las incretinas, Inhibidores de la dipeptidil peptidasa – 4 (DPP-4), evitan también las alzas de la glucosa postprandial, es una proteína que inactiva la función de las incretinas. Los análogos del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP – 1) son inyectables subcutáneos de uso poco común, promueve la sensación de saciedad al tiempo que retrasa el vaciamiento gástrico. Puede producir náuseas, diarreas, vómitos y reacciones cutáneas²⁹.

2. 3. MARCO CONCEPTUAL

No adherencia al tratamiento: Es el incumplimiento de manera total (no cumple ninguna recomendación) o parcial (cumplimiento esporádico o no adecuado de las recomendaciones) del tratamiento propuesto por el médico, el desapego a la indicación tanto en tratamientos farmacológicos como no farmacológicos, es muchas veces la causa del fracaso del tratamiento. Es usual en enfermedades crónicas.

Diabetes Mellitus tipo 2: Patología endocrinológica crónica que afecta en gran manera al paciente y su entorno, se caracteriza por la hiperglucemia debido a la falta de la secreción de la insulina o alteraciones en su mecanismo de acción, frecuente en adultos jóvenes y adultos mayores, se diagnostica por criterios diagnósticos propuestos por la asociación americana de diabetes, su tratamiento es variado dependiendo de cada paciente y sus complicaciones entre agudas y crónicas pueden llevar a la muerte.

2. 4. HIPÓTESIS

2. 4. 1. General

La presente investigación no presenta hipótesis por ser de tipo descriptivo.

2. 4. 2. Específicas

La presente investigación no presenta hipótesis específica por ser de tipo descriptivo.

2. 5. VARIABLES

VARIABLE DE ESTUDIO

Características clínicas epidemiológicas de la No adherencia al tratamiento:

- Características clínicas de la No adherencia al tratamiento diabético
 - Relacionados a la enfermedad
 - Relacionados con el tratamiento

- Características epidemiológicas de la No adherencia al tratamiento diabético
 - Relacionados al paciente
 - Relacionados con los servicios de salud
 - Relacionados con la socioeconomía

2. 6. DEFINICION OPERACIONAL DE TÉRMINOS

No adherencia al tratamiento: Incumplimiento del tratamiento, asignado por el personal de salud correspondiente, por parte del paciente. Será valorado según las respuestas del paciente mediante el test de Morisky – Green de 8 ítems (MMAS – 8).

- No adherente: Total: 0 puntos / Parcial 1 – 7 puntos (nivel bajo y medio)

Diabetes tipo 2: Patología crónica no trasmisible, se mide el grado de afectación por los controles de glicemia y las complicaciones que presenta.

Edad: Número de años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de realizar la encuesta.

Género: Características físicas orgánicas por las cuales se diferencian entre femenino y masculino.

Tiempo de enfermedad: Tiempo transcurrido en años desde el diagnóstico hasta el momento de realizar la encuesta.

Antecedentes Familiares: Familiares de primer o segundo grado que también tienen Diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada.

Complicaciones: Presencia o ausencia de complicaciones, agudas o crónicas en el paciente.

Estado civil: Condición civil actual del paciente, en el momento de la evaluación.

Grado de instrucción: Nivel más alto de escolaridad obtenida hasta el momento de realizar la encuesta.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3. 1. DISEÑO METODOLÓGICO

3. 1. 1. Tipo de Investigación

Observacional. - El presente estudio se realizó sin intervención absoluta o relativa del investigador, solo mide la variable de estudio sin modificarla.

Descriptivo. - Debido a que se describirá la variable de estudio.

Transversal. - Porque el trabajo realizará una medición y capturará datos en un único momento de tiempo y en una población en específica.

Prospectivo. - El investigador obtendrá los datos mediante encuestas.

3. 1. 2. Nivel de Investigación

Nivel Descriptivo. – La investigación también es tipo cuantitativa y describirá la variable de estudio. No Experimental.

3. 2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población serán 2 510 pacientes que presenten diabetes tipo 2 atendidos en el servicio de endocrinología del área de estudio anteriormente mencionado.

Muestra

Para la muestra se tomaron en cuenta a los pacientes que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión, que se mencionarán líneas abajo, siendo la población objetivo 1 512 pacientes diabéticos tipo 2. El muestreo es No probabilístico.

El cálculo de la muestra se realizó en basados en los datos obtenidos de las bases estadísticas del Hospital San Juan de Lurigancho, para su aplicación en la siguiente fórmula:

Fórmula de población finita:

$$n = \frac{(Z)^2 * p * q * N}{e^2(N - 1) + z^2 * p * q}$$

En donde:

- n = Tamaño de la muestra
- N = Tamaño de población
- p = Probabilidad a favor
- q = Probabilidad en contra
- z = Nivel de Confianza
- e = Error de muestra

Sustitución de datos:

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 1512}{(0.05)^2(1512 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 306$$

Mediante la fórmula para hallar la muestra, se obtiene un resultado superior al 10% de la población objetivo, por esta razón se usa el factor de corrección:

$$nf = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

En donde:

- n = Muestra Calculada
- N = Tamaño de población

Sustitución de datos:

$$nf = \frac{306}{1 + \frac{306}{1512}} = 255$$

Se corrigió la muestra, a través del factor de corrección, en un 15% con un resultado final de 255 pacientes diabéticos tipo 2, atendidos en el servicio de endocrinología del Hospital San Juan de Lurigancho, para el presente estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

Inclusión:

- ✓ Pacientes con diabetes tipo 2.
- ✓ Pacientes de ambos sexos.
- ✓ Pacientes con o sin complicaciones.
- ✓ Pacientes con óptimo uso de juicio.
- ✓ Pacientes que no sigan su tratamiento regular.

Exclusión:

- ✓ Pacientes con menos de 1 año de enfermedad.
- ✓ Pacientes con diabetes tipo 2 hospitalizados.
- ✓ Pacientes con complicaciones extremadamente graves.

3. 3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La información fue recolectada mediante una encuesta de características clínicas epidemiológicas y un test para la No adherencia al tratamiento, usando como técnica la entrevista, las cuales se aplicarán a la muestra seleccionada en el departamento de endocrinología del hospital San Juan de Lurigancho.

Las encuestas usadas fueron:

Para las características clínicas – epidemiológicas:

- ✓ Cuestionario sobre aspectos sociodemográficos y clínicos de los pacientes diabéticos y aspectos institucionales (Tomado del trabajo de investigación de Factores asociados con la no adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos en un programa de control de riesgo cardiovascular de una empresa promotora de salud de Bucaramanga, Colombia 2010. De Figueroa Pineda Claudia Lucía)¹⁰: Aprobado y validado en Bucaramanga – Colombia, en el año 2010 para la realización del estudio. El alfa de Cronbach es de 0.84. El

cuestionario consta de 22 ítems, con respuestas independientes y evalúa los diferentes factores de riesgo. Para esta investigación se eliminaron ítems de baja consideración como nombres, número de cédulas, fecha de nacimiento, número de historia clínica y algunos más, quedando únicamente con 17 ítems relevantes a la investigación.

Para la adherencia al tratamiento:

- ✓ Test Morisky – Green modificado de 8 ítems (MMAS – 8): Ha sido modificado en el año 2008 por Morisky - Green y colaboradores, a partir del test original de 4 ítems. Validado para la lengua española, en pacientes diabéticos en el año 2017, con un alfa de Cronbach de 0.59 y un coeficiente de correlación intraclase (CCI) (test – retest) de 0.84^{33, 34}. Consta de 8 ítems con respuestas dicotómicas, exceptuando la última pregunta, el cual consiste en una pregunta con escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos. El puntaje de 7 de sus ítems será valorado como SI: 0 y NO: 1, con excepción del ítem número 5 en el que la respuesta SI tendrá un puntaje de 1 y NO será de 0. En el último ítem, el puntaje obtenido (0 – 4) se deberá dividir entre 4, así se podrá calcular la puntuación total^{18, 34}. En el puntaje final que va de 0 – 8, el puntaje de 8 significará una buena adherencia, mientras que de 7 – 6 la adherencia será media y por debajo de este puntaje la adherencia será baja o nula en el caso de 0 puntos^{17, 18}. Para la presente investigación al ser nuestros pacientes No adherentes, se plantea el uso de esta encuesta para confirmación de la No adherencia y saber sobre el tipo de adherencia del paciente, si es total o

parcial, especificando que la No adherencia total sería similar a una nula adherencia con un puntaje de 0 y la No adherencia parcial abarcaría a los pacientes con bajo (1 – 6) o regular nivel de adherencia (6 – 7).

3. 4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para poder iniciar con la recolección de datos se necesitó de la aprobación del proyecto, en primer lugar, por el asesor, seguido del comité de ética de la escuela profesional de Medicina Humana de la universidad privada San Juan Bautista, luego también la aprobación para la realización de las encuestas, de parte de la dirección general del Hospital San Juan de Lurigancho y de la Oficina de Docencia y Apoyo a la Investigación además de pedir el permiso correspondiente al departamento de endocrinología. Posterior a esto se brindó una información corta pero detallada en la sala de espera ubicada frente al servicio de endocrinología para conocer a los pacientes con el diagnóstico de diabetes tipo 2, a quienes una vez ubicados se les explicó de manera más detallada la investigación a realizar y seleccionarlos según el criterio de inclusión y exclusión, finalizando en la aplicación de las encuestas.

3. 5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

En esta investigación los datos recolectados por medio de las encuestas anteriormente mencionadas, se procesaron en primer lugar en una base de datos de Excel 2018, donde para el Cuestionario sobre aspectos sociodemográficos y clínicos de los pacientes diabéticos y aspectos institucionales, se recolectaron las respuestas agrupándolas también por dimensiones, para luego ser trasladados al programa estadístico SPSS vs 25 para el análisis de los datos.

Similar ocurrió con el caso del test de Morisky – Green de 8 ítems (MMAS – 8) para la adherencia al tratamiento, con la diferencia que su codificación fue binominal, usando las pautas mencionadas líneas arriba sobre el uso de la puntuación propia del test. Llevando luego los datos al mismo programa

estadístico. Al ser las variables cualitativas, los resultados obtenidos se representaron por porcentajes.

3. 6. ASPECTOS ÉTICOS

De manera principal se quiere recalcar que los pacientes fueron informados acerca del motivo y sobre el trabajo de investigación, mencionándoles también en todo momento que los datos brindados se mantendrían en el anonimato, posterior a esto se les solicitaba su consentimiento informado.

Los aspectos éticos que rigen esta investigación son:

- ✓ **Autonomía:** El paciente de la población estudiada ha tomado la decisión voluntaria de participar en las encuestas con previa información sobre lo que sería el trabajo de investigación. Todos ellos en óptimo uso de juicio.
- ✓ **No maleficencia:** Esta investigación no afecta en nada a la salud que ya lleva el paciente, más por el contrario lo informa y previene sobre lo que podría pasar de hacer caso omiso a las recomendaciones del profesional de la salud.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS (característica epidemiológica) DE LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DIABÉTICOS TIPO 2

Tabla N° 1: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y NO ADHERENCIA

		No adherencia						Total		p
		Total		Bajo		Regular		n	%	
		n	%	n	%	n	%			
Sexo	Masculino	0	0.0%	52	22.4%	0	0.0%	52	20.4%	0,04*
	Femenino	8	100.0%	180	77.6%	15	100.0%	203	79.6%	
Edad	44 a 54 años	0	0.0%	24	10.3%	5	33.3%	29	11.4%	0.008*
	55 a 65 años	3	37.5%	125	53.9%	5	33.3%	133	52.2%	
	66 a 76 años	5	62.5%	77	33.2%	3	20.0%	85	33.3%	
	77 a 87 años	0	0.0%	6	2.6%	2	13.3%	8	3.1%	
Grado de instrucción	Primaria	1	12.5%	107	46.1%	7	50.0%	115	45.3%	0,002*
	Secundaria	5	62.5%	96	41.4%	3	21.4%	104	40.9%	
	Superior Técnico	0	0.0%	22	9.5%	4	28.6%	26	10.2%	
	Ninguno	2	25.0%	7	3.0%	0	0.0%	9	3.5%	
Estado civil	Soltero	1	12.5%	37	15.9%	2	13.3%	40	15.7%	0,04*
	Casado	0	0.0%	81	34.9%	2	13.3%	83	32.5%	
	Conviviente	4	50.0%	75	32.3%	10	66.7%	89	34.9%	
	Viudo	3	37.5%	30	12.9%	0	0.0%	33	12.9%	
	Separado	0	0.0%	9	3.9%	1	6.7%	10	3.9%	
Ocupación	Hogar	2	25.0%	98	42.2%	7	46.7%	107	42.0%	0,27
	Empleado	3	37.5%	91	39.2%	5	33.3%	99	38.8%	
	Desempleado	3	37.5%	28	12.1%	3	20.0%	34	13.3%	
	Pensionado	0	0.0%	15	6.5%	0	0.0%	15	5.9%	
Procedencia	Lima (urbana)	7	87.5%	221	95.3%	15	100.0%	243	95.3%	0,34
	Lima (rural)	1	12.5%	11	4.7%	0	0.0%	12	4.7%	
Total		8	100.0%	232	100.0%	15	100.0%	255	100.0%	

Fuente: Cuestionario sobre aspectos sociodemográficos y clínicos de los pacientes diabéticos y aspectos institucionales. Tomada a los pacientes diabéticos tipo 2 del servicio de endocrinología del Hospital San Juan de Lurigancho.

*p<0,05 significativo

Interpretación: De la tabla N°1 se aprecia que, del total de pacientes encuestados, el 79.6% fueron mujeres, dentro de los cuales, los No adherentes en forma total, el 100% son mujeres, p<0,05; el 52.2% tienen edad de 55 a 65 años, p<0,05; el 45.3% tienen grado de instrucción primaria p<0,05; el 34.9% son convivientes p<0,05; el 42% se dedica a su hogar y el 95.3% provienen de Lima.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DIABÉTICOS TIPO 2

Tabla N° 2: FACTORES RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD Y LA NO ADHERENCIA

		No adherencia						Total		p
		Total		Bajo		Regular		n	%	
		n	%	n	%	n	%			
Antecedentes familiares	Si	1	12.5%	94	40.5%	7	46.7%	102	40.0%	0,24
	No	7	87.5%	138	59.5%	8	53.3%	153	60.0%	
Diabetes	Si	8	100.0%	232	100.0%	15	100.0%	102	100.0%	0,00*
	media	15años		11años		10años		11.2años		
Hipertensión	No	4	50.0%	165	75.7%	12	80.0%	181	71.0%	0,32
	Si	4	50.0%	67	24.3%	3	20.0%	74	29.0%	
	media	9,5 años		6,8 años		4,6 años		6,6 años		
Enfermedad cerebro vascular	No	8	100.0%	226	97.0%	15	100.0%	249	97.0%	0,70
	Si	0	0.0%	6	3.0%	0	0.0%	6	3%	
	media			2,3 años				2,3 años		
Complicaciones	R	0	0.0%	13	6.4%	0	0.0%	13	5.1%	
	R,NeuroD,PD	0	0.0%	2	1.0%	0	0.0%	2	0.8%	
	R, NeuroD	0	0.0%	5	1.0%	0	0.0%	5	2.0%	
	R,PD	0	0.0%	5	1.0%	0	0.0%	5	2.0%	
	NefroD	0	0.0%	4	2.0%	0	0.0%	4	1.6%	
	NefroD, NeuroD	0	0.0%	2	1.0%	0	0.0%	2	0.8%	
	NeuroD	3	37.5%	66	26.7%	9	60.0%	78	30.6%	
	NeuroD,PD	0	0.0%	18	5.9%	0	0.0%	18	7.1%	
	PD	0	0.0%	9	4.5%	0	0.0%	9	3.5%	
	Ninguno	5	62.5%	108	50.5%	6	40.0%	119	46.7%	
Total		8	100.0%	232	100.0%	15	100.0%	255	100.0%	

Fuente: Cuestionario sobre aspectos sociodemográficos y clínicos de los pacientes diabéticos y aspectos institucionales. Tomada a los pacientes diabéticos tipo 2 del servicio de endocrinología del Hospital San Juan de Lurigancho.

Interpretación: De la tabla N°2 se aprecia que, del total de pacientes No adherentes, solo el 40% tienen antecedentes familiares; el 100% de diabéticos tienen 11.2 años en promedio de enfermedad, $p < 0,05$; el 29% presentaron HTA con un promedio de 6.6 años de enfermedad y el 30.6% presentó neuropatía diabética.

Tabla N° 3: FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO Y LA NO ADHERENCIA

		No adherencia						Total		p
		Total		Bajo		Regular		n	%	
		n	%	n	%	n	%			
Hipoglucemiantes	Si	8	100.0%	189	81.5%	13	86.7%	210	82.4%	0,36
	No	0	0.0%	43	18.5%	2	13.3%	45	17.6%	
Medicamentos	Metformina	4	50.0%	132	56.9%	8	53.3%	144	56.5%	0,61
	Glibenclamida	1	12.5%	19	8.2%	0	0.0%	20	7.8%	
	Mefortmina y glibenclamida	3	37.5%	81	34.9%	7	46.7%	91	35.7%	
Insulina	No	8	100.0%	189	81.5%	13	86.7%	210	82.4%	0,54
	Si	0	0.0%	43	18.5%	2	13.3%	45	17.6%	
	mañana	0	0.0%	13	5.6%	0	0.0%	13	5.1%	0,75
	mañana o noche	0	0.0%	28	12.1%	2	13.3%	30	11.8%	
	Media			2 tabletas		3 tabletas		2,2 tabletas		
Dieta	No	8	100.0%	173	74.6%	14	93.3%	195	76.5%	0,04*
	Si	0	0.0%	59	25.4%	1	6.7%	60	23.5%	
	A veces	2	25.0%	40	19.8%	1	6.7%	45	17.7%	
	Siempre	0	0.0%	12	5.9%	0	0.0%	15	5.8%	
Utiliza otros fármacos	HTA	3	60.0%	39	24.2%	3	30.0%	45	25.6%	0,18
	Gastritis	0	0.0%	16	10.5%	0	0.0%	16	9.8%	0,49
	Colesterol o triglicéridos	2	28.6%	77	40.7%	4	36.4%	83	40.1%	0,78
	Circulación (aspirina)	0	0.0%	3	2.0%	0	0.0%	3	1.9%	0,88
	Dolor crónico	1	16.7%	8	5.4%	7	63.6%	16	7%	0,00*
	Otros	0	0.0%	8	5.3%	0	0.0%	8	4.9%	0,75
Total		8	100.0%	232	100.0%	15	100.0%	255	100.0%	

Fuente: Cuestionario sobre aspectos sociodemográficos y clínicos de los pacientes diabéticos y aspectos institucionales. Tomada a los pacientes diabéticos tipo 2 del servicio de endocrinología del Hospital San Juan de Lurigancho.

*p<0,05 significativo

Interpretación: De la tabla N°3 se aprecia que, del total de pacientes, el 82.4% usan hipoglucemiantes, siendo la más usada la metformina (56.5%); sólo el 17.6% usa insulina. Del 23.5% de pacientes que hacen dieta, solo el 17.7% lo hace a veces. El 40.1% usa otros medicamentos, sobre todo para el control o disminución del colesterol o triglicéridos.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DIABÉTICOS TIPO 2

Tabla N° 4: FACTORES RELACIONADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD Y LA NO ADHERENCIA

		No adherencia						Total		p
		Total		Bajo		Regular		n	%	
		n	%	n	%	n	%			
Considera que el programa tiene demoras (más de 8 días) en la programación de consultas	Si	1	12.5%	189	81.5%	10	66.7%	200	78.4%	0,000 *
	No	7	87.5%	43	18.5%	5	33.3%	55	21.6%	
Considera que hay limitaciones para acceder al sitio asignado de la consulta?	Si	2	25.0%	103	44.4%	7	46.7%	112	43.9%	0,004 *
	No	6	75.0%	129	55.6%	8	53.3%	143	56.1%	
Cuales son :	Distancia	2	100.0%	73	74.2%	5	71.4%	80	74.8%	0,58
	Horarios	0	0.0%	30	25.8%	2	28.6%	32	25.2%	
Opinión sobre los medicamentos	Me cae bien y me ayudan a controlar la diabetes	8	100.0%	162	69.8%	5	33.3%	175	68.6%	0,03*
	Me ayuda a controlar la diabetes pero a veces me cae mal	0	0.0%	70	30.2%	10	66.7%	80	31.4%	
Relación médico – enfermera – paciente	Mala	0	0.0%	12	5.2%	6	40.0%	18	7.1%	0,000 *
	Regular	2	25.0%	75	32.3%	2	13.3%	79	31.0%	
	Buena	1	12.5%	93	40.1%	4	26.7%	98	38.4%	
	Excelente	5	62.5%	52	22.4%	3	20.0%	60	23.5%	
Total		8	100.0%	232	100.0%	15	100.0%	255	100.0%	

Fuente: Cuestionario sobre aspectos sociodemográficos y clínicos de los pacientes diabéticos y aspectos institucionales. Tomada a los pacientes diabéticos tipo 2 del servicio de endocrinología del Hospital San Juan de Lurigancho.

*p<0,05 significativo

Interpretación: De la tabla N°4 se aprecia que, del total de pacientes, el 78,4% considera que hay demoras en la programación de las consultas. El 43.9% consideran que hay limitaciones para acceder al sitio de consulta y el 74.8% cree que es la distancia un factor limitante. El 68.6% refiere que los medicamentos le caen bien y le ayudan a controlar la diabetes, por último, el 38.4% consideran que existe una buena relación médico, enfermera y paciente $p < 0,05$.

Tabla N° 5: FACTORES RELACIONADOS A LA SOCIOECONOMÍA Y LA NO ADHERENCIA

		No adherencia						Total		p
		Total		Bajo		Regular		n	%	
		n	%	n	%	n	%			
Convivencia	Esposo e hijos	4	50.0%	120	51.7%	6	40.0%	130	51.0%	0,22
	Solo con esposo	1	12.5%	33	14.2%	7	46.7%	41	16.1%	
	Solo con hijos	1	12.5%	47	20.3%	2	13.3%	50	19.6%	
	Con otros	0	0.0%	13	5.6%	0	0.0%	13	5.1%	
	Solo	2	25.0%	19	8.2%	0	0.0%	21	8.2%	
Soporte económico	Sueldo o pensión	4	50.0%	95	40,9%	3	20.0%	102	40,0%	0,45
	Ayuda de familiares	4	50.0%	132	56,9%	12	80.0%	148	58,0%	
	Ayuda de otros	0	0.0%	5	2,2%	0	0.0%	5	2,0%	
Participantes del manejo de fármacos	Esposa e hijos	0	0.0%	34	14.7%	1	6.7%	35	13.7%	0,98
	Esposa	0	0.0%	25	10.8%	5	33.3%	30	11.8%	
	Hijos	1	12.5%	20	8.6%	2	13.3%	23	9.0%	
	Otra persona	0	0.0%	2	.9%	0	0.0%	2	.8%	
	Sola	7	87.5%	151	65.1%	7	46.7%	165	64.7%	
Asiste acompañado a la consulta	Nunca	6	75.0%	168	72.4%	14	93.3%	188	73.7%	0,65
	A veces	2	25.0%	52	22.4%	1	6.7%	55	21.6%	
	Siempre	0	0.0%	12	5.2%	0	0.0%	12	4.7%	
Total		8	100.0%	232	100.0%	15	100.0%	255	100.0%	

Fuente: Cuestionario sobre aspectos sociodemográficos y clínicos de los pacientes diabéticos y aspectos institucionales. Tomada a los pacientes diabéticos tipo 2 del servicio de endocrinología del Hospital San Juan de Lurigancho.

*p<0,05 significativo

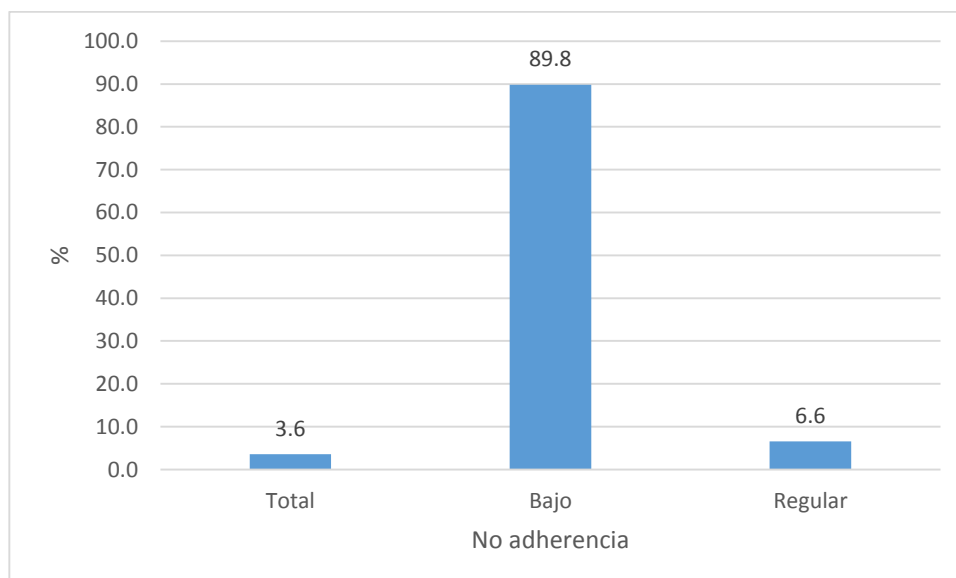
Interpretación: De la tabla N°5 se aprecia que, del total de pacientes encuestados, el 51% convive con esposa e hijos. El 58% tiene ayuda de familiares y el 40% recibe un sueldo o pensión; el 64.7% de los propios pacientes manejan sus fármacos. Asimismo, el 73.7% nunca asiste acompañado a la consulta.

Tabla N° 6: NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

		N°	%
No adherente Total		8	3.1
No adherente Parcial	Bajo	232	91.0
	Regular	15	5.9
Total		255	100.0

Fuente: Test de Morisky – Green modificado de 8 ítems. Tomada a los pacientes diabéticos tipo 2 del servicio de endocrinología del Hospital San Juan de Lurigancho.

Gráfico N° 1: NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO



Fuente: Test de Morisky – Green modificado de 8 ítems. Tomada a los pacientes diabéticos tipo 2 del servicio de endocrinología del Hospital San Juan de Lurigancho.

Interpretación: De la tabla N°6 se aprecia que, del total de pacientes, el 3.1% presentan una No adherencia total. El 91% presentan No adherencia parcial baja y el 5.9% presentan No adherencia parcial regular.

Tabla N° 7: TEST DE MORISKY – GREEN MODIFICADO DE 8 ÍTEMS (MMAS – 8)

	Si		No	
	N°	%	N°	%
1. ¿A veces se le olvida tomar su medicación para la diabetes?	221	86.7	34	13.3
2. En las últimas dos semanas, ¿hubo algún día que se olvidó tomar la medicación para la diabetes?	133	52.2	122	47.8
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o a dejado de tomarlas sin hablar antes con su médico porque se sentía peor cuando la tomaba	33	12.9	222	87.1
4. Cuando viaja o sale de casa, ¿A veces se olvida de llevar su medicación?	128	50.2	127	49.8
5. ¿Se tomó la medicación para la diabetes ayer?	206	80.8	49	19.2
6. Cuando tiene la glucemia bien controlada, ¿deja de tomar su medicación?	38	14.9	217	85.1
7. Tomar las medicinas todos los días es un verdadero inconveniente para algunas personas, ¿Siente usted que es un inconveniente tomar la medicación para la diabetes?	201	78.8	54	21.2
8. ¿Con que frecuencia tiene dificultad para acordarse de tomar todos los medicamentos para la diabetes?	Nunca / Raramente		34	13.3
	De vez en cuando		183	71.8
	A veces		28	11
	Normalmente		10	3.9
	Siempre		0	0

Fuente: Test de Morisky – Green modificado de 8 ítems. Tomada a los pacientes diabéticos tipo 2 del servicio de endocrinología del Hospital San Juan de Lurigancho.

Interpretación: De la tabla N°7 se observa que, el 86.7% de los pacientes olvida tomar su medicación, pero el 52.2% si lo hizo las últimas dos semanas. El 87.1% no abandonó el tratamiento por sentirse mal con el fármaco; el 50.2% de los pacientes no lleva su medicación al salir de casa o de viaje. El 80.8% tomo su medicación el día anterior, sin embargo, el 78.8% refiere que es un inconveniente la toma de la medicación. El 71.8% olvida, solo de vez en cuando la toma de su tratamiento.

4. 2. DISCUSIÓN

La falta de adherencia al tratamiento es una complicación terapéutica habitual en las enfermedades crónicas. En particular, los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 son especialmente propensos a presentar problemas de adherencia. Las características epidemiológicas se observan dentro de los factores relacionados al paciente, al servicio de salud y a la socioeconomía.

Dentro de los factores relacionados al paciente, encontramos las características sociodemográficas. Con respecto a estas, los resultados nos muestran que, del total de pacientes No adherentes en forma total; el 100% son mujeres, $p < 0,05$, el 52.2% tienen edad de 55 a 65 años, estos resultados que se equiparan a la tesis de **Domínguez (2019)** quien concluyó que la falta de adherencia al tratamiento se asocia con el sexo femenino (66%), y además encontró que la edad media de la población total fue 56 ± 7 años. De la misma manera nuestros resultados reportan que el 45.3% tienen grado de instrucción primaria, que prevalece junto al grado de instrucción secundaria, lo que se podría inferir que no tiene las herramientas cognitivas para afrontar la enfermedad, este resultado condice a los obtenidos por **Arce (2019)** quien encontró relación entre la no adherencia y el mal conocimiento. Además, nuestros resultados reportan que el 34.9% son convivientes, $p < 0,05$, encontrándose relación estadística entre la convivencia y la No adherencia; del mismo modo se aprecia que el 42% se ocupa de su hogar, mostrándose una relación entre el desempleo y la No adherencia, ambos resultados son similares al de **Figueroa (2010)**. En nuestra investigación, el 38.8% son empleados, resultado que se correlaciona con la investigación de **Barra (2018)** quien concluye que quienes presentaron una mayor adherencia fueron los pacientes con labores fuera de casa⁸. También se observa en nuestra serie que el 95.3% provienen de Lima, la zona urbana, coincidiendo con la literatura de la No adherencia al tratamiento.

De la misma manera, las características clínicas las encontramos dentro de los factores relacionados a la enfermedad, donde nuestros resultados

evidencian que del total de pacientes No adherentes, estos tienen diabetes mellitus tipo 2 con 11.2 años en promedio de tiempo de enfermedad, $p < 0,05$, y que el 30.6% de pacientes presenta neuropatía diabética como complicación principal de la enfermedad, este resultado se aproxima al trabajo realizado por **Domínguez (2019)** quien encontró que el tiempo de evolución de la enfermedad fue mayor de 10 años, y que las complicaciones crónicas están asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, también nuestra serie de datos evidencia que solo el 29% del total de pacientes presentaron HTA con 6.6 años de enfermedad, resultado que se puede equiparar a los encontrados por **Figuroa (2010)** quien encontró relación en enfermedades conocidas, tales como hipertensión 63.1% y dislipidemia 71.08% con la No adherencia.

Respecto a los factores relacionados al tratamiento, nuestros resultados reportan que del total de pacientes No adherentes; el 23.5% consume dieta, pero de estos el 17.7% a veces la usan, este resultado que puede equiparar a los obtenidos por **Mendizábal (2010)** quien obtuvo una alta no adherencia a la dieta, 83%. Además, el 40.1% utilizan otros fármacos para el control o disminución del colesterol o triglicéridos, seguido del 25.6% de la toma de otros medicamentos para la HTA, resultados que se asemejan a los de **Figuroa (2010)** y **Maidana (2016)**, quienes mencionan que la variada medicación se asocia a la No adherencia al tratamiento.

Refiriéndonos a otras características epidemiológicas. El 38.4% consideran que existe una buena relación médico – enfermera – paciente, muy seguida de una regular relación, 31%, $p < 0,05$, estos resultados se pueden equiparar a los obtenidos en la investigación hecha por **Figuroa (2010)** y **Domínguez (2019)** demostrando una mala relación entre el médico y el paciente y la no adherencia (16%).

Entre los factores relacionados a la socioeconomía se aprecia que, del total de pacientes, económicamente, el 58% tiene ayuda de familiares, es decir no presentan una posición económica estable, y no hubo relación estadística

entre la socioeconomía y la presencia de microangiopatías, lo que podría equipararse a la tesis de **Mendizábal (2010)**.

Con respecto a la No adherencia total o parcial, regular o baja, nuestros resultados reportan que del total de pacientes el 3.1% presentan una No adherencia total y el 91% presentan No adherencia parcial bajo. Según datos de la OMS, la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes crónicos es de alrededor de un 50%, y nuestros resultados coinciden con la investigación de **Bello (2010)** y **Arce (2019)** quienes encontraron una mala adherencia al tratamiento, del mismo modo nuestros resultados evidencian que el 5.9% presentan no adherencia parcial regular, coincidiendo con la investigación de **Molina (2008)** y la investigación de **Custodio (2016)** quienes muestran que el 68,9% y el 42.87 % respectivamente, presentaron una regular adherencia al tratamiento.

Los factores más asociados a la No adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, según el test de Morisky – Green modificado, sería principalmente el olvido, el 86.7% de los pacientes se olvida tomar sus medicamentos, sin embargo, la mayoría de los pacientes, el 87.1%, refiere que no ha dejado de tomar sus medicamentos porque les siente mal. Estos resultados son semejantes a los presentados por **Maidana (2016)** y **Barra (2018)**, quienes obtuvieron que la mayoría olvida tomar sus medicamentos y pero no dejan, aunque estas le sienten mal.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5. 1. CONCLUSIONES

- Las características clínicas epidemiológicas de la No adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del hospital San Juan de Lurigancho de noviembre del 2019 a enero 2002, son las características sociodemográficas, sexo, edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, procedencia; los antecedentes familiares, el tiempo de enfermedad, enfermedades agregadas, complicaciones crónicas, terapias con múltiples medicamentos, propios de la diabetes y agregados; el poco consumo de dieta, las largas demoras en la programación de citas, la lejanía del centro hospitalario, la buena aceptación del medicamento y su control para la enfermedad, la buena relación médico – enfermera – paciente, la convivencia con diversos miembros de su familia, el soporte económico que les brindan, los participantes que se involucran en el manejo de los fármacos y la compañía para asistir a las consultas.
- Las características sociodemográficas de los pacientes No adherentes al tratamiento, se define como mujeres con edad entre de 55 a 65 años, con grado de instrucción primaria, convivientes, que además se ocupan del hogar y que provienen de la zona urbana de Lima.
- Las características clínicas más frecuentes en la no adherencia al tratamiento, son diabéticos con un tiempo de enfermedad de 11 años, con patologías y complicaciones crónicas agregadas. En control de la enfermedad con hipoglucemiantes, generalmente Metformina y glibenclamida; no consumen dieta y usan fármacos agregados, sobre todo para controlar o disminuir el colesterol o triglicéridos.
- Las características epidemiológicas más frecuentes de los pacientes No adherentes, se consideran las características sociodemográficas, las demoras en la programación de las consultas y la distancia lejana del centro hospitalario para muchos pacientes; la buena aceptación de

los medicamentos por parte del paciente y la buena relación médico – enfermera – paciente. Se concluye, además, que viven con esposa e hijos y que su economía se debe en más de la mitad de los casos al apoyo de familiares; el manejo de los fármacos por los propios pacientes y la falta de compañía a las consultas.

- De los pacientes diabéticos tipo 2 del servicio de endocrinología del hospital San Juan de Lurigancho, solo el 3.1% son No adherentes totales, mientras que el 96.9% presentan una No adherencia parcial.
- Concluimos que la principal causa de la no adherencia es el olvido, aunque la frecuencia no es continua y que no abandonan el tratamiento pese a que lo consideran un inconveniente, por la toma diaria y los horarios.

5. 2. RECOMENDACIONES

- A partir de esta investigación los pacientes deberían ser sometidos a un tamizaje para identificar y modificar aquellos factores clínicos y epidemiológicos, asociados a la falta de adherencia al tratamiento en nuestro medio y disminuir así la morbimortalidad en estos pacientes.
- Realizar diversas campañas de información respecto a la adherencia al tratamiento, sobre todo a pacientes con estudios primarios, a quienes se les debe explicar de la manera más simplificada y clara posible; quienes frecuentan el servicio de endocrinología del Hospital san Juan de Lurigancho, así como otros hospitales con la finalidad de concientizar a la población en general respecto a este problema de salud pública.
- Promover el mayor control de la diabetes tipo 2 y las enfermedades asociadas, entre los pacientes que tengan más de 10 años de enfermedad, hacer del tratamiento lo más simplificado, en la medida que sea posible, usando pocos fármacos por paciente.
- Buscar la mejora de la programación de las consultas y mejorar más la relación del personal de salud para con el paciente, para lo cual sería de gran ayuda, el hecho de evitar los continuos cambios de los médicos tratantes, tema que fue un punto de referencia al momento en que se hablaba sobre la relación del personal médico y el paciente. Involucrar de una manera más activa a personas cercanas a su entorno, tanto en la adquisición de los medicamentos como en su manejo y su participación en las consultas del paciente, y así apoyar en general en el mejoramiento de la salud del individuo.
- Desarrollar programas junto a un equipo especializado para lograr una mayor adherencia al tratamiento, realizar un seguimiento continuo a los pacientes del servicio de endocrinología del hospital San Juan de Lurigancho, a fin de evaluar los resultados obtenidos y los del seguimiento a efectos de realizar campañas de salud y de información

respecto a la importancia y a las consecuencias de la adherencia al tratamiento.

- Crear estrategias para evitar el olvido de la toma de medicamentos, resaltando también la manera correcta y adecuada del consumo de las mismas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mabel Maidana G, Lugo G, Vera Z, Acosta P, Morinigo M, Isasil D, et al. Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2016; I(14).
2. Nam HC, David W, Nita F, Leonor G, Ian H, Pablo AM. Atlas de la diabetes de la FID séptima edición 2015. Atlas de la diabetes de la FID. 2015.
3. Rivadeneyra Romero RM. Factores Que Influyen En La Adherencia Al Tratamiento Farmacológico En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 En El Hospital Nacional Hipolito Unanue, Enero 2019. Tesis. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista, Ciencias de la Salud; 2019.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. En el Perú 3 de cada 100 personas de 15 y más años reportan tener diabetes. [Online].; 2016 [cited 2019 Julio 15. Available from: <http://bit.ly/3aewpvf>.
5. Figueroa Pineda CL. Factores asociados con la no adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos en un programa de control de riesgo cardiovascular de una empresa promotora de salud de Bucaramanga, Colombia 2010. Tesis de Magister. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander, Epidemiología; 2010.
6. Bello Escamilla NV, Montoya Cáceres PA. Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. Gerokomos. 2016 Abril; 28(2): p. 73 - 77.
7. Domínguez Gallardo LA, Ortega Filártiga E. Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna. 2019 Marzo; 6(1).

8. Molina García YR. Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional "Dos de Mayo" : enero-febrero 2008. Tesis para el título profesional de enfermería. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Departamento de enfermería; 2008.
9. Mendizábal T, Navarro N, Ramírez A, Cervera M, Estrada E, Ruiz I. Características sociodemográficas y clínicas de pacientes con diabetes tipo 2 y microangiopatías. Anales de la Facultad de Medicina. 2010; 71(1): p. 7 - 12.
10. Custodio Gonzales R, Rossel SDL. Calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del programa de enfermedades no transmisibles – diabetes del hospital provincial docente Belén de Lambayeque, 2016. Tesis. Belén: Universidad Señor de Sipán, Lambayeque; 2016.
11. Barra Malig SF. Adherencia al tratamiento farmacológico oral de personas con diabetes mellitus en 7 localidades de la costa de Perú. Tesis de Maestría. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Ciencias de la Salud; 2018.
12. Arce Fajardo MMdR. Nivel de conocimiento sobre la diabetes mellitus tipo 2 y la adherencia al tratamiento en pacientes del hospital María Auxiliadora, febrero 2019. Tesis de Título Profesional. Lima: Universidad Privada San Juan bautista, Ciencias de la Salud; 2019.
13. Ibarra Barrueta O, Morillo Verdugo R. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento. Segunda ed. Badalona: Euromedice Vivactis ; 2017.

14. Organization WH. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Genève: World Health organization. 2003 Enero.
15. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino I. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharmaceutica*. 2018 Setiembre; 59(3).
16. Martínez Domínguez GI, Martínez Sánchez LM, Lopera Valle JS, Vargas Grisales N. La importancia de la adherencia terapéutica. *Revista venezolana de endocrinología y metabolismo*. 2016 Junio; 14(2).
17. De las Cuevas C, Peñate W. Propiedades Psicométricas de la escala Morisky de adherencia a los medicamentos (MMAS - 8 items) en pacientes Psiquiátricos ambulatorios. *International Journal of clinical and Health Psychology*. 2015 Mayo - Agosto; 15(2).
18. Leites Docío A, García Rodríguez P, Fernández Cordeiro M, Tenorio Salgueiro L, Fornos Pérez JA, Andrés-Rodríguez NF. Evaluación de la no adherencia al tratamiento hipoglucemiante en la farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2019 Marzo; 11(1).
19. Hussar DA. Manual MSD. [Online].; 2018 [cited 2019 Febrero 3. Available from: <https://www.msdmanuals.com>.
20. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. [Online].; 2016 [cited 2017 Marzo 15. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>.
21. Gil Velázquez LE, Sil Acosta MJ, Domínguez Sánchez ER, Torres Arreola LdP, Medina Chávez JH. Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*. 2013; 51(1).

22. Asociación Americana de Diabetes. Diabetes.org. [Online].; 2015 [cited 2019 Febrero 1. Available from: <http://www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/complicaciones/complicaciones-en-la-vista.html>.
23. Cohen Sabban EN. medigraphic.org.mx. [Online].; 2011 [cited 2019 Enero 25. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2011/mc116a.pdf>.
24. Cruz Hernández J, Licea Puig ME, Hernández García P, Abraham Marcel EA, Yanes Quesada M. Aldosa reductasa y proteína quinasa C en las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus. Revista Mexicana de Patología Clínica. 2011 Junio; LVIII(2).
25. Cerdà Esteve M, Fernández M, Goday A, Cano JF. Researchgate.net. [Online].; 2007 [cited 2019 Enero 25. Available from: https://www.researchgate.net/publication/237710990_Revision_de_las_complicaciones_cronicas_de_la_diabetes_mellitus_en_Espana.
26. Asociación Americana de Diabetes. Standards of Medical Care in Diabetes-2019. Diabetes Care: The journal of clinical and applied research and education. 2019 Enero; XLI(1).
27. Luque Ramirez M. Endocrinología, metabolismo y nutrición. In CTO , editor. Manual CTO de Medicina y Cirugía 8° edición. Madrid: CTO editorial; 2011. p. 94 - 95.
28. Carretero M. Elsevier.es. [Online].; 2000 [cited 2019 Febrero 3. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-tratamiento-diabetes-tipo-2-13025057>.
29. Nolte Kennedy M, Bedrich RN M, White Gray RD L, Kroom PharmD L, Demetsky M. Diabetes Education Online. [Online].; 2010 [cited 2019 Febrero 2. Available from: <http://bit.ly/2uCCJgT>.

30. Rivera Carrillo J. SlideShare.net. [Online].; 2014 [cited 2019 Febrero 3. Available from: <https://es.slideshare.net/Joseriveracarrillo/frmacos-orales-antidiabticos>.
31. Barrot de la Puente J. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico inicial de pacientes con diabetes que no alcanzan criterios de control glucémico adecuados? In Barrot de la Puente J, editor. Guía de actualización en diabetes mellitus tipo 2. Badalona: Euromedice Vivactis; 2016. p. 63 - 64.
32. Ávila Lachica L. grupo diabetes samfyc. [Online].; 2010 [cited 2019 Febrero 3. Available from: <http://www.grupodiabetessamfyc.es/index.php/guia-clinica/guia-clinica/tratamiento/antidiabeticos-orales/151.html>.
33. Esquivel Prados E, Pareja Martínez E, Moullin J, Martínez Martínez F, García Corpas J. Validez y fiabilidad de una versión en español del cuestionario Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales. Atención primaria. 2018 Marzo.
34. Martínez Pérez P, Pomares Gómez F, Orozco Beltrán D, Carratala Munuera MC, Quesada Rico JA, Mira Solves JJ. Validación de la morisky medication adherence scale 8-ítems (mmas-8) para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (dm2) en España. Endocrinología, Diabetes y Nutrición. 2017 Abril; 64.

ANEXOS

Anexo N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DE ESTUDIO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
FACTORES RELACIONADOS AL PACIENTE (Características Sociodemográficas – epidemiológicas)			
Edad	44 – 54 años 55 – 65 años 66 – 76 años 77 – 87 años	Nominal	Encuesta
Sexo	Masculino Femenino	Nominal	Encuesta
Estado civil	Soltero Casado Conviviente Viudo Separado	Nominal	Encuesta
Grado de instrucción	Primaria Secundaria Superior Técnico Superior Universitario	Nominal	Encuesta
Ocupación	Hogar Empleado Desempleado Pensionado	Nominal	Encuesta
FACTORES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD (Características Clínicas)			
Tiempo de la enfermedad	1 – 5 años 5 – 10 años >10 años	Intervalo	Encuesta
Antecedentes familiares	Si No	Nominal	Encuesta
Antecedentes patológicos	Si No	Nominal	Encuesta
Complicaciones	Si No	Nominal	Encuesta

FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO (Características Clínicas)			
Polifarmacia	Si No	Nominal	Encuesta
Hipoglucemiantes	Si No	Nominal	Encuesta
Medicamentos	Nombres	Discreta	Encuesta
Insulina	Si No	Nominal	Encuesta
Dieta	Si No	Nominal	Encuesta
FACTORES RELACIONADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD (Características Epidemiológicas)			
Acceso a las consultas del programa de promoción y prevención	Si No	Nominal	Encuesta
Opinión acerca de los medicamentos	Excelente Buena Regular Mala	Ordinal	Encuesta
Relación: médico – enfermera – paciente	Excelente Buena Regular Mala	Ordinal	Encuesta
FACTORES RELACIONADOS A LA SOCIOECONOMÍA (Características Epidemiológicas)			
Convivencia	Esposo(a) e hijos Solo esposo(a) Solo Hijos Otra persona Solo	Nominal	Encuesta
Soporte económico	Sueldo o Pensión Ayuda de familiares Ayuda de otros	Nominal	Encuesta

Participación de algún familiar en el manejo de los fármacos	Esposo(a) e hijos Solo esposo(a) Solo Hijos Otra persona Solo	Nominal	Encuesta
Compañía para las consultas	Nunca A veces Siempre	Nominal	Encuesta

No adherencia al tratamiento	Parcial	Nominal	Test de Morisky – Green - Levine
	Total		

Anexo N° 2: INSTRUMENTOS



Universidad Privada San Juan Bautista
Facultad de ciencias de la salud
Escuela profesional de Medicina Humana
Trabajo De Investigación Sobre Las Características Clínicas Epidemiológicas
De La No Adherencia Al Tratamiento En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2
Del Hospital San Juan De Lurigancho, Noviembre 2019 A Enero 2020

CUESTIONARIO SOBRE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS

Fecha: _____

1.- Sexo: M (1) F (0)

2.- Edad: _____

3.- Estado Civil: Soltero (1) Casado (2) Conviviente (3) Viudo (4) Separado (5)

4.- Lugar de procedencia: _____

5. - Ocupación: Hogar (1) Empleado (2) Desempleado (3) Pensionado (4)

6.- Antecedentes Patológicos: Ha sufrido algunas de las siguientes enfermedades:

	Si	No	Hace cuanto tiempo?
• Diabetes	(1)	(2)	_____
• Enfermedad coronaria	(1)	(2)	_____ Infarto, angioplastia
• Hipertensión	(1)	(2)	_____
• Dislipidemia	(1)	(2)	_____ Colesterol o triglicéridos altos
• Falla Cardiaca	(1)	(2)	_____
• Enfermedad renal	(1)	(2)	_____ Fallo o insuficiencia
• Enfermedad Cerebrovascular	(1)	(2)	_____ Trombosis

7.- Tipo de tratamiento actual de la diabetes:

	Si	No	Nombres y N° de tabletas o unidades al día
• hipoglicemieantes	(1)	(2)	_____
• Insulina	(1)	(2)	_____
• Dieta	(1)	(2)	
• Ninguno	(1)	(2)	

8.- Ha sido hospitalizado en los últimos 6 meses por:

	Si	No	
• Infecciones	(1)	(2)	
• Descompensación diabética	(1)	(2)	
• Pie diabético	(1)	(2)	
• Eventos cardiovasculares	(1)	(2)	(angina, infartos o trombosis)

9.- Ha sido amputado alguna vez por:

- | | Si | No |
|-----------------|------------|------------|
| • Pie diabético | (1) | (2) |

10.- Utiliza otros fármacos para:

- | | Si | No | N° de tabletas al día |
|-------------------------------|------------|------------|------------------------------|
| • hipertensión | (1) | (2) | _____ |
| • Gastritis | (1) | (2) | _____ |
| • Colesterol o Triglicéridos | (1) | (2) | _____ |
| • Circulación (Aspirina) | (1) | (2) | _____ |
| • Dolor crónico (Analgésicos) | (1) | (2) | _____ |
| • Otros | (1) | (2) | _____ |

11.- Convivencia:

- | | Si | No |
|---------------------------------|------------|------------|
| • Convive con esposa(o) e hijos | (1) | (2) |
| • Convive solo con esposa(o) | (1) | (2) |
| • Convive solo con hijos | (1) | (2) |
| • Convive con otros | (1) | (2) |
| • Convive solo | (1) | (2) |

12.- El soporte económico proviene:

- | | Si | No |
|-----------------------|------------|------------|
| • Sueldo o pensión | (1) | (2) |
| • Ayuda de familiares | (1) | (2) |
| • Ayuda de otros | (1) | (2) |

13.- Participantes del manejo de los fármacos:

- | | Si | No |
|---------------------|------------|------------|
| • Esposa(o) e hijos | (1) | (2) |
| • Esposa(o) | (1) | (2) |
| • Hijos | (1) | (2) |
| • Otra persona | (1) | (2) |
| • Solo | (1) | (2) |

14.- Asiste acompañado a las consultas:

- | | |
|-----------|------------|
| • Nunca | (1) |
| • A veces | (2) |
| • Siempre | (3) |

15.- Oportunidad y acceso a las consultas del programa de promoción y prevención:

- | | Si | No |
|--|------------|------------|
| • Considera que el programa tiene demoras (más de 8 días) en la programación de consultas | (1) | (2) |
| • Considera que hay limitaciones para acceder al sitio asignado de la consulta? Si la respuesta es No pasar a la pregunta 16 | (1) | (2) |

- Si considera que hay limitaciones cual o cuales serían:

Distancia	(1)
Horarios	(2)
Limitaciones locativas	(3)
Otras	(4)

16.- Que opinión merecen los medicamentos que les prescriben para la diabetes:

- Me cae bien y me ayudan a controlar la diabetes **(1)**
- Me ayuda a controlar la diabetes pero a veces me cae mal **(2)**
- Me ayudan pero siempre me cae mal **(3)**
- No me ayudan y siempre me cae mal **(4)**

17.- Relación Médico – Enfermera – Paciente

Considera que el médico le da las recomendaciones sobre el tratamiento que debe seguir

Nunca (0)	A veces (1)	Siempre (2)
------------------	--------------------	--------------------

Considera que son claras las recomendaciones dadas por su médico en cuanto a su tratamiento

Nunca (0)	A veces (1)	Siempre (2)
------------------	--------------------	--------------------

Ha considerado que el tiempo empleado en la explicación de las recomendaciones es suficiente

Nunca (0)	A veces (1)	Siempre (2)
------------------	--------------------	--------------------

Considera que el médico escucha sus inquietudes sobre la medicación y el tratamiento

Nunca (0)	A veces (1)	Siempre (2)
------------------	--------------------	--------------------

Considera que la enfermera le da las recomendaciones sobre el tratamiento a seguir

Nunca (0)	A veces (1)	Siempre (2)
------------------	--------------------	--------------------

Considera que la enfermera escucha sus preguntas sobre la medicación y el tratamiento

Nunca (0)	A veces (1)	Siempre (2)
------------------	--------------------	--------------------

INTERPRETACIÓN:

Es un cuestionario sencillo con preguntas dicotómicas en su mayoría, no se necesitará la sumatoria de los puntajes, siendo estos el apoyo a nuestra futura evaluación estadística. En el ítem 17, sobre la relación médico – Enfermera – Paciente, para identificar la calidad de atención si se realizará la sumatoria de puntajes, siendo: Excelente: 12 puntos, buena de 8 a 11, regular de 5 a 8 y mala de 5 a menos.

INTERPRETACIÓN:

Luego de responder el cuestionario, se sumarán los puntajes de cada pregunta. El puntaje del ítem 1 al 7 será valorado como SI: 0 y NO: 1, con excepción del ítem número 5 en el que la respuesta SI tendrá un puntaje de 1 y NO será de 0. En el último ítem, el puntaje obtenido (0 – 4) se deberá dividir entre 4, así se podrá calcular la puntuación total. En el puntaje final que va de 0 – 8, el puntaje de 8 significará una buena adherencia. En el presente trabajo de investigación, al ser todos nuestros pacientes no adherentes, el puntaje ira de 0 – 7. Sabremos así si la adherencia es total o parcial, especificando que la No adherencia total sería similar a una nula adherencia con un puntaje de 0 y la No adherencia parcial abarcaría a los pacientes con bajo (1 – 6) o regular nivel de adherencia (6 – 7).

Anexo N° 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General: ¿Cuáles son las características clínicas epidemiológicas en la No adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes tipo 2 en el Hospital San Juan de Lurigancho en el periodo de diciembre 2019?</p> <p>Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con No adherencia al tratamiento? ¿Cuáles son las características clínicas más frecuentes en la No adherencia al tratamiento? 	<p>General: Determinar las características clínicas epidemiológicas de la No adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes tipo 2 en el Hospital San Juan de Lurigancho en el periodo de diciembre 2019.</p> <p>Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Determinar las características sociodemográficas de los pacientes con No adherencia al tratamiento. Identificar las características clínicas más frecuentes en la No adherencia al tratamiento. Enunciar las características epidemiológicas más 	<p>General: La presente investigación no presenta hipótesis por ser de tipo descriptivo.</p> <p>Específicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> La presente investigación no presenta hipótesis específica por ser de tipo descriptivo. 	<p>Variable de Estudio: Características Clínicas Epidemiológicas en la No adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Factores relacionados al paciente ✓ Factores relacionados a la enfermedad ✓ Factores relacionados con el tratamiento ✓ Factores relacionados al sistema de salud ✓ Factores relacionados a la socioeconomía ✓ No adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2.

<p>3. ¿Cuáles son las características epidemiológicas más frecuentes en la No adherencia al tratamiento?</p> <p>4. ¿Cuál es el porcentaje de la No adherencia total y parcial al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2?</p> <p>5. ¿Cuáles son los factores asociados a la no adherencia al tratamiento más frecuentes?</p>	<p>frecuentes en la No adherencia al tratamiento.</p> <p>4. Indicar que porcentaje de pacientes tienen menor No adherencia total y parcial al tratamiento.</p> <p>5. Mencionar las causas de la No adherencia al tratamiento más frecuentes.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Parcial - Total
Diseño metodológico	Población y Muestra		Técnicas e Instrumentos
<ul style="list-style-type: none"> - Nivel: Descriptivo, describirá la variable de estudio. - Tipo de Investigación: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observacional 	<p>Población: La población de estudio serán 2 520 pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en el servicio de endocrinología del Hospital San Juan de Lurigancho. Muestra: La población objetivo serán 1 512 pacientes diabéticos tipo 2, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>N = 255 pacientes diabéticos tipo 2.</p>		<p>Técnica: Entrevista</p> <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario sobre aspectos sociodemográficos y clínicos de los pacientes diabéticos y aspectos institucionales (Tomado del trabajo de investigación de Factores asociados

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Descriptivo ✓ Transversal ✓ Prospectivo 	<p>Criterios de Inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pacientes con diabetes tipo 2. ✓ Pacientes de ambos sexos. ✓ Pacientes con o sin complicaciones. ✓ Pacientes con óptimo uso de juicio. ✓ Pacientes que no sigan su tratamiento regular. <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pacientes con menos de un año de enfermedad. ✓ Pacientes con diabetes tipo 2 hospitalizados. ✓ Pacientes con complicaciones extremadamente graves. 	<p>con la no adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos en un programa de control de riesgo cardiovascular de una empresa promotora de salud de Bucaramanga, Colombia 2010. De Figueroa Pineda Claudia Lucía).</p> <p>- Test de Morisky – Green modificado de 8 ítems (MMAS – 8), para la no adherencia al tratamiento.</p>
---	--	--

Anexo N° 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO



Universidad Privada San Juan Bautista
Facultad de ciencias de la salud
Escuela profesional de Medicina Humana
Características Clínicas Epidemiológicas De La No Adherencia Al Tratamiento
En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Del Hospital San Juan De
Lurigancho, Noviembre 2019 A Enero 2020

Consentimiento Informado

La presente ficha de consentimiento informado tiene como fin brindar al participante de la investigación una información clara y lo más detallada sobre la naturaleza de la investigación y cuál será el rol del participante en ella.

El presente trabajo de investigación es realizado por BACÓN DIESTRA WENDY, de la Universidad Privada San Juan Bautista. La investigación tiene como objetivo determinar las características clínicas – epidemiológicas de la No adherencia al tratamiento del paciente con diabetes tipo 2. Con los resultados se espera poder prevenir las complicaciones futuras que puedan aparecer y se concientice acerca de la importancia de cumplir con el tratamiento indicado por el médico tratante. Si decide participar de la presente investigación, se le solicitarán algunos datos como son edad, grado de instrucción, tiempo de enfermedad, antecedentes familiares y complicaciones, así como también se le pedirá responder con la mayor sinceridad las encuestas relacionadas para saber sobre la calidad de vida relacionada a salud que llevan y sobre su adherencia al tratamiento, las cuales no pasaran del tiempo estimado de 15 minutos, su participación no es obligatoria. Los datos obtenidos no serán usados para ninguna otra finalidad, su participación será anónima, si tiene alguna duda será resuelta al momento. Si desea retirarse puedo hacerlo sin que vaya a ser perjudicado de manera alguna.

He sido informado y acepto participar de manera voluntaria en la investigación.

Nombre del paciente	Firma	Fecha
Nombre del investigador	Firma	Fecha