



**Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Instituto de Ciencias de la Salud
Área Académica de Medicina
Maestría en Salud Pública**

**FACTORES SOCIOECONÓMICOS QUE
INTERVIENEN EN LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO DE DIABETES TIPO 2 EN
PERSONAS MAYORES, VILLA DE TEZONTEPEC,
HIDALGO, 2022.**

**PROYECTO TERMINAL DE CARÁCTER PROFESIONAL
PARA OBTENER EL GRADO DE:**

MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

PRESENTA:
DENISSE SÁNCHEZ MUNIVE

DIRECTOR (A) DE PROYECTO TERMINAL:
DR. DAVID LÓPEZ ROMERO

COMITÉ TUTORIAL:
CO-DIRECTOR: MTRA. DULCE ABRIL GALINDO LUNA
ASESOR: MTRO. BENITO BENEDETTO PÉREZ MENDOZA

Pachuca de Soto, Hidalgo; marzo 2024.



Pachuca de Soto, Hidalgo., marzo 1 del 2024.

M. en C.S. MARÍA DEL CONSUELO CABRERA MORALES
COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
Presente.

Los integrantes del Comité Tutorial de la egresada **Denisse Sanchez Munive**, con número de cuenta 263973, comunicamos a usted que el Proyecto Terminal denominado "FACTORES SOCIOECONÓMICOS QUE INTERVIENEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE DIABETES TIPO 2 EN PERSONAS MAYORES, VILLA DE TEZONTEPEC, HIDALGO, 2022." está concluido y se encuentra en condiciones de continuar el proceso administrativo para proceder a la autorización de su impresión.

Atentamente.
"Amor, Orden y Progreso"

Dr. David López Romero

Director

Mtra. Dulce Abril Galindo Luna

Codirectora

Mtro. Benito Benedetto Pérez Mendoza

Asesor






Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
 Instituto de Ciencias de la Salud
School of Medical Sciences
 Área Académica de Medicina
Department of Medicine
 Maestría en Salud Pública


Oficio Núm. ICSa/AAM/MSP/103/2024
Asunto: Autorización de Impresión de PPT
 Pachuca de Soto, Hgo., marzo 05 del 2024

L.G. DENISSE SÁNCHEZ MUNIVE
EGRESADA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
GRADUATED FROM THE MASTER'S DEGREE IN PUBLIC HEALTH


Con fundamento en el Título Tercero, Capítulo V en su Artículo 51, Fracc. III y IV del Estatuto General de la UAEH y en relación con lo establecido por el Título Quinto, Capítulo V, Sección Primera en su Artículo 127 y Artículo 130 Fracción III de dicho ordenamiento legal, comunicamos a usted, que el Comité Tutorial de su Proyecto de Producto Terminal denominado **"FACTORES SOCIOECONÓMICOS QUE INTERVIENEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE DIABETES TIPO 2 EN PERSONAS MAYORES, VILLA DE TEZONTEPEC, HIDALGO, 2022"** considera que ha sido concluido satisfactoriamente, por lo que puede proceder a la impresión de dicho trabajo.

Atentamente,
 "Amor, Orden y Progreso"


 M.C.Esp. Enrique Espinosa Aquino
 Director del Instituto de Ciencias de la Salud
Dean of the School of Health Sciences


 M.C.Esp. Luis Carlos Romero Quezada
 Jefe del Área Académica de Medicina
Chair of the Department of Medicine


 D. en C.E. Lydia López Pontigo
 Coordinadora de Posgrado del ICSa
Director of Graduate Studies of ICSa


 D.A.D.E.S. María del Consuelo Cabrera Morales
 Coordinadora de la Maestría en Salud Pública
Director of Graduate Studies Master in Public Health

EEAUC09ULLPMCCMwecdm*



Calle Eliseo Ramírez Ulloa Núm. 400,
 Col. Doctores, Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P. 42090
 Teléfono: 52 (771) 71 7 20 00 Ext. 2361
 mtria.saludpublica@uaeh.edu.mx

Agradecimientos

Agradezco primero a Dios por haberme permitido lograr una meta más en mi vida, a mi familia, en especial a mi madre Dora Patricia Munive, hermanos Erick Gabriel y Lucero Judith por su apoyo incondicional y a José Antonio López por su comprensión y apoyo en todo momento.

A mi director Dr. David López Romero agradezco su acompañamiento, comprensión, paciencia, su conocimiento y recomendaciones pertinentes en el tema orientándome con éxito en esta investigación, junto con mi comité tutorial.

Un agradecimiento profundo a las personas mayores de Villa de Tezontepec, parte importante de esta investigación quienes me brindaron información y compartieron experiencias, angustias y alegrías en medio de la pandemia, quienes son los verdaderos protagonistas de este trabajo.

Finalmente agradezco a mis amigos de la maestría y docentes que me han permitido crecer en el ámbito personal y profesional, orientándome a ser una persona sensible ante las realidades de salud que estamos inmersos, para responder en pro del bienestar de la población.

Denisse Sanchez Munive

Índice

Índice.....	6
Abreviaturas	I
Resumen	II
Abstract	III
1. Introducción	1
2. Marco teórico	3
2.1 Persona Mayor.....	3
2.2 Diabetes.....	4
2.3 Dimensiones interactuantes en la adherencia terapéutica.....	7
2.5 Adherencia al tratamiento.....	9
2.6 Métodos para medir la adherencia	9
2.4 Modelos y Teorías.....	11
2.7 Redes de apoyo	13
3. Antecedentes.....	14
3.1 Internacionales.....	14
3.2 Nacionales	18
4. Planteamiento del problema	21
5. Justificación	24
6. Objetivos.....	26
7. Hipótesis.....	27
8. Material y técnicas	28
8.1 Diseño de estudio.....	28
8.2 Ubicación espacio temporal.....	28
8.3Espacio físico	28
8.4 Selección de la población y muestra de estudio	29
8.5 Tamaño muestral y técnica de muestreo	29
8.6 Variables de estudio	29
8.7 Método de evaluación	32
8.8 Plan de análisis estadístico	33
9. Aspectos bioéticos.....	34
10. Resultados.....	35
11. Discusión	50

12. Conclusiones	53
13. Recomendaciones	54
14. Limitaciones.....	56
15. Materiales y Presupuesto.....	57
16. Cronograma de Actividades.....	58
17. Referencias bibliográficas	59
18. Anexos.....	65
Índice de figuras	71
Índice de tablas.....	72

Abreviaturas

A1C: prueba de hemoglobina A1C

ADA: *American Diabetes Association*

CONEVAL: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

COVID-19: enfermedad por coronavirus

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica

FID: *International Diabetes Federation*

FPG: glucosa plasmática en ayunas

HbA1c: prueba de hemoglobina glicosilada

INAPAM: Transición epidemiológica y salud pública

INEGI: Instituto Nacional De Estadística Y Geografía

INSP: Instituto Nacional de Salud Pública

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

OEA: Organización de los Estados Americanos

OGTT: prueba de tolerancia oral a la glucosa

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

SECTI: Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación

UAEH: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Resumen

La diabetes tipo 2 es una enfermedad crónica degenerativa asintomática que requieren un tratamiento de largo plazo que representa entre 85% y 90% de los casos a nivel mundial (OMS, 2019). Diversos estudios demuestran que la mayoría de pacientes no comprenden la enfermedad y la medicación, como resultado, la no adherencia al tratamiento constituye un problema de gran impacto a nivel mundial que impide obtener los beneficios de la medicación prescrita por el profesional de salud, ocasiona un fracaso terapéutico aumentando la morbilidad-mortalidad, errores diagnósticos, tratamiento, los costos de salud y otros. El objetivo general es identificar los factores socioeconómicos asociados a la adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 en personas mayores del municipio de Villa de Tezontepec; Hidalgo. Método: estudio descriptivo, transversal y analítico de los factores socioeconómico de la adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2, la muestra se determinó por conveniencia de manera no probabilística descartando aquellas personas con trastornos neurológicos o cognitivos. Se busca las posibles asociaciones entre la adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 y factores sociodemográficos mediante una encuesta que incluye los instrumentos de Test de Batalla, Test de Morisky-Green, APGAR familiar. Resultados el 80,3% de las personas mayores no tiene adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 de acuerdo a las actitudes de la persona, el 42,4% de las personas no tienen escolaridad y el 60,5% no cuentan con alguna institución de seguridad social.

Palabras clave: persona mayor, adherencia al tratamiento, factores socioeconómicos, diabetes tipo 2.

Abstract

Objective: is to identify the socioeconomic factors associated with adherence to type 2 diabetes treatment in older people in the municipality of Villa de Tezontepec, Hidalgo, Mexico.

Material and methods: It is a descriptive, cross-sectional and analytical study of the socioeconomic factors of adherence to type 2 diabetes treatment. The sample was determined by convenience in a non-probabilistic manner, discarding those people with neurological or cognitive disorders. Possible associations between adherence to type 2 diabetes treatment and sociodemographic factors are sought through a survey that includes the Battle Test, Morisky-Green Test, and family APGAR instruments.

Expected Results: 80,3% of older people do not adhere to type 2 diabetes treatment according to the person's attitudes, 42,4% of people do not have schooling and 60,5% do not have any health care institution. social Security.

Keywords:

Older person, Treatment adherence, socioeconomic factors, type 2 diabetes.

1. Introducción

A lo largo del tiempo el ser humano se ha involucrado con el proceso de salud -enfermedad- atención, se ha estudiado desde las diferentes esferas que constituyen a las personas como lo biológico, social, cultural, es decir, las mismas formas de vida son determinantes para dicho proceso que beneficie o perjudique a la calidad de vida de las personas.

La transición epidemiológica no constituye un proceso lineal, las enfermedades crónicas han ido en aumento drásticamente en los últimos años, los cambios en los patrones de la salud y enfermedad, por diversas causas presentes en los entornos de las personas, tanto las enfermedades crónicas, como transmisibles siguen vigentes en la población, dicho lo anterior la enfermedad de COVID-19 es un ejemplo de lo que conlleva la transición epidemiológica (INAPAM, 2022).

Las enfermedades crónicas requieren de tratamientos médicos de larga duración o a largo plazo para su adecuado control. Estos deben ser mantenidos de manera sistemática durante toda la vida del paciente y exigen un comportamiento responsable y persistente para un control adecuado de la enfermedad. La búsqueda de procedimientos y estrategias que contribuyan al control de las condiciones crónicas (De Los Ángeles et al., 2014).

La adherencia al tratamiento es importante en las enfermedades crónicas, se ha abordado desde diferentes enfoques o perspectivas, que conforme a la investigación ha encontrado nuevas relaciones y asociaciones respecto al comportamiento de las personas con su tratamiento médico y enfermedad. Surgen indiscutiblemente los diferentes factores de la adherencia al tratamiento que son de alto impacto, de igual modo se encuentran en el contexto del individuo, se pueden mejorar con diferentes acciones como son el autocuidado, reeducación y notando la importancia o la manera que impacta en el estado de salud.

El envejecimiento de la población nos impone nuevos retos debido a la estrecha relación con el aumento de enfermedades crónicas se asocian con pobres estados de salud y, como consecuencia de esto, un importante aumento de personas que pasan los últimos años de su vida en situaciones de dependencia y discapacidad que necesitan, una asistencia sanitaria continua y de calidad (Vicente et al., 2018).

En la actualidad la adherencia al tratamiento con el proceso del envejecimiento reclama un cambio radical en la consideración de las necesidades de las distintas edades y en los sistemas de servicios sociales y de salud. Se hace imperioso crear investigaciones donde se aborden las diversas situaciones sociales y de salud, desde una mirada integral que

permita identificar aspectos propios del envejeciendo individual y de la vejez como construcción social (Muñoz, 2021).

En la presente investigación abordaremos el tema de adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 en personas mayores, centrandó en los factores socioeconómicos como determinantes de la salud.

2. Marco teórico

La esperanza de vida ha aumentado considerablemente en las personas, dicho lo anterior la pauta hacia el envejecimiento de la población en todo el mundo. (OMS, 2021), la esperanza de vida para el hombre es superior a los 76 años, y para la mujer de 81 años (Stefanacci, 2022). Se puede notar una diferencia de 5 años de edad entre hombre y mujer, tiene que ver con las diferentes características biológicas y contexto social en el que se desarrollan.

El envejecimiento es un proceso gradual, continuo y natural, que se inicia en la edad adulta temprana, tradicionalmente, la edad de 65 años se considera como el comienzo de la vejez, pero no solo se fundamenta en la biología, sino también en otras disciplinas, la edad de 65 años fue elegida como la edad de jubilación en Alemania, el primer país en establecer un plan de jubilación, y sigue siendo la edad en que en la mayoría de las sociedades las personas suelen finalizar su etapa laboral (Stefanacci, 2022).

Las personas mayores pueden vivir años adicionales de vida en una buena salud y en un entorno propicio o saludable, sin embargo, esos años adicionales están dominados por el declive de la capacidad física y mental llegando años de vida ajustados por discapacidad, las implicaciones para las personas mayores y para la sociedad son más negativas, como son afecciones biológicas, aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse solo en las últimas etapas de la vida y que no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas.

Debemos recordar que las personas envejecen de forma distinta, algunas modificaciones son el resultado de procesos internos, esto se refiere por la edad en sí misma, los cambios, aunque no son deseados, se consideran normales y se denominan en ocasiones, envejecimiento natural. Las modificaciones que se producen en las personas mayores de todo el mundo que viven el proceso del envejecimiento, y dicha universalidad es parte de la definición de envejecimiento natural por lo cual son esperados y por lo general inevitables.

2.1 Persona Mayor

La Convención Interamericana sobre Derechos Humanos de las Personas Mayores define en su artículo 2, "Persona mayor", a aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que ésta no sea superior a los 65 años (OEA, 2015).

En México "Persona mayor" es aquella que tiene más de 60 años y se refiere a la etapa que suma todas las experiencias de la vida y pasa por la mayoría de las metas familiares, profesionales y sociales (PENSIONISSSTE, 2017).

De acuerdo con los datos del Banco Mundial, la población adulto mayor se ha duplicado en las últimas seis décadas, pasando de 150 millones en 1960 a 697 millones en 2019. Para 2021 se estima alrededor de 810 millones de personas mayores en el mundo, siendo el grupo más vulnerable afectado por diferentes enfermedades (Mena, 2020).

La pirámide poblacional se encuentra en un cambio de su población de personas jóvenes a personas mayores. La transición demográfica trae consigo oportunidades y desafíos para las políticas públicas que deben ser atendidas cuanto antes (Banco Mundial , 2021).

2.2 Diabetes

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) refiere que la diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre. Se asocia con una deficiencia absoluta o relativa de la producción y/o de la acción de la insulina. Con el tiempo, la diabetes conduce a daños graves en el corazón, vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios (OPS, 2021).

2.2.1 Hay tres tipos principales de diabetes.

La más común es la diabetes tipo 2, representa del 85% al 90% de los casos y se manifiesta generalmente en adultos, cuando el cuerpo se vuelve resistente o no produce suficiente insulina. Se relaciona con factores de riesgo modificables como la obesidad o el sobrepeso, la inactividad física, y las dietas con alto contenido calórico de bajo valor nutricional.

-La diabetes tipo 1, antes conocida como diabetes juvenil o diabetes insulino dependiente, es una afección crónica en la que el páncreas produce poca o ninguna insulina por sí mismo.

-La diabetes gestacional se presenta durante el embarazo. Para las personas que viven con diabetes, el acceso a un tratamiento asequible, incluida la insulina, es fundamental para su supervivencia.

2.2.2 Diagnóstico

Se realiza mediante una atención médica y pruebas específicas para medir el nivel de glucosa en sangre. (ADA, s.f.)

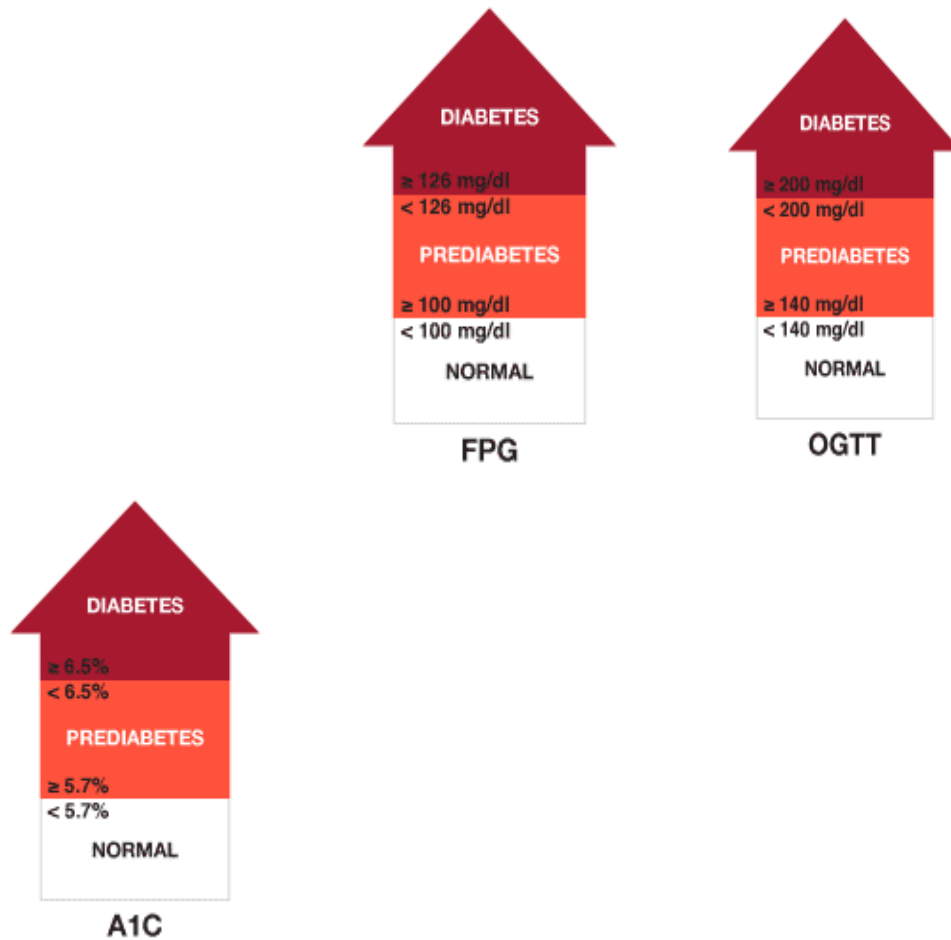


Figura 1. Pruebas para diagnóstico de diabetes tipo 2.

Fuente: *American Diabetes Association* recomienda realizar estas pruebas clínicas para el diagnóstico oportuno de diabetes tipo 2.

A1C: mide el nivel de glucosa en sangre promedio durante los últimos dos o tres meses. Se diagnostica una persona con diabetes tipo 2 con una A1c mayor o igual al 6,5%.

FPG: mide niveles de glucosa en sangre en ayunas, esta prueba generalmente se realiza a primera hora de la mañana, se diagnostica una persona con diabetes tipo 2 cuando el nivel de glucosa es superior o igual a 126 mg/dl.

OGTT: es una prueba de tolerancia oral a la glucosa, tiene una durabilidad de dos horas donde se analizan los niveles de glucosa en sangre antes y dos horas después de

tomar una bebida dulce específica, se diagnostica cuando el nivel de glucosa es superior o igual a 200 mg/dl en las 2 horas.

2.2.3 Tratamiento

El manejo de los pacientes con diabetes tipo 2 debe ser multifactorial, enfocado en un adecuado control de factores de riesgo, incluyendo hiperglucemia, dislipidemia, hipertensión arterial y tabaquismo. (IMSS, 2018)

La guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento farmacológico de la diabetes tipo 2 en el primer nivel de atención menciona: iniciar tratamiento farmacológico con metformina y cambios de estilo de vida en pacientes recién diagnosticados, así como mantener un nivel alto de actividad física para disminuir el riesgo de mortalidad, si el paciente no alcanza la meta terapéutica con metformina se puede iniciar con terapia combinada con metformina y otro antidiabético oral según sea el caso, se sugiere añadir como tercer fármaco la insulina basal en aquellos pacientes adultos con diabetes tipo 2 que no han alcanzado las metas de control de HbA1c o la han perdido y no tienen obesidad.

Figura 2. Fármacos insulina secretores

Dosis y Potencia de Acción de las Sulfonilureas			
Fármaco	Presentación tabletas	Dosis diaria (mg)	Potencia
Tolbutamida	500	1000-2000	++
Clorpropamida	250	250-500	++++
Glibenclamida	5	5-20	++++
Gliclazida	80	160-240	++
Glipizida	5	5-20	+++
Glimepirida	2 y 4	2-8	++++

Dosis de las Meglitinidas		
Fármaco	Dosis tableta (mg)	Dosis diaria (mg)
Repaglinida	0.5 - 1 - 2	1.5 a 12
Nateglinida	120	60 a 360

Análogos del GLP 1		
Fármaco	Presentación inyectable	Dosis diaria
Exenatide	5 - 10	10 c/12 hr

Inhibidores de la DPP-4 (Gliptinas)		
Fármaco	Presentación tabletas (mg)	Dosis diaria (mg)
Sitagliptina	100	100
Vildagliptina	50	50-100

Fuente: Adaptado de Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la diabetes tipo 2 en el Primer Nivel de Atención (p.33), México, 2018.

Figura 3. Fármacos insulino-sensibilizadores

Fármaco	Presentación tabletas (mg)	Dosis diaria (mg)
Metformina	500, 850, 1000	500-2550
Metformina acción prolongada	500, 750, 1000	500-2550

Fuente: Adaptado de Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la diabetes tipo 2 en el Primer Nivel de Atención (p.34), México, 2018.

Figura 4. Tiazolidinedionas (glitazonas)

Fármaco	Dosis tabletas (mg)	Dosis diaria (mg)
Rosiglitazona	4 - 8	8
Pioglitazona	15-30	45

Fuente: Adaptado de *Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la diabetes tipo 2 en el Primer Nivel de Atención* (p.34), México, 2018.

Figura 5. Inhibidores de la absorción intestinal de monosacáridos (inhibidores de alfa glucosiladas intestinales)

Fármaco	Presentación tabletas (mg)	Dosis diaria (mg)
Acarbosa	50 y 100	50-300

Fuente: Adaptado de *Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la diabetes tipo 2 en el Primer Nivel de Atención* (p.34), México, 2018.

Con frecuencia, las personas con diabetes no consiguen los objetivos de control fijados en las guías de práctica clínica. Entre las causas relacionadas con el mal control está la falta de adherencia terapéutica a los fármacos por parte del paciente, a menudo no toman los fármacos además de no seguir con las recomendaciones de estilo de vida saludables según se les han prescrito los profesionales sanitarios, no son conscientes de las dificultades que estos pueden tener con la administración de los mismos.

Hay complicaciones graves de no tener control sobre la enfermedad de diabetes tipo 2 en algunos casos, potencialmente mortales. Pero puede reducir el riesgo de sufrir complicaciones relacionadas con la diabetes, como enfermedades cardíacas, renales y oculares, si realiza cambios saludables en su estilo de vida, conoce las señales de advertencia y asiste a visitas periódicas a su proveedor de atención médica.

2.3 Dimensiones interactuantes en la adherencia terapéutica

De acuerdo a la OMS refiere: existen cinco dimensiones potenciales para contribuir a la adherencia al tratamiento los cuales son: factores socioeconómicos, factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con el paciente, factores relacionados con la enfermedad y factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria (OMS, 2014); Se encuentran estrechamente asociados, pueden

mejorar con la práctica diaria, relacionada con la persona desde diferentes perspectivas, cada una con sus particularidades que abarcan.

A continuación, se describen cada uno de los factores con sus determinadas características:

1.1 Factores socioeconómicos

Son un factor predictivo independiente de la adherencia, que incluye sexo, edad, estado civil, el nivel económico, ocupación, educación, relaciones sociales, situaciones ambientales, creencias, cultura y situación familiar (OMS, 2004); Estos se ven modificados de acuerdo al lugar y situación que se encuentren las personas o una población puede estar inmersa la transición demográfica.

1.2 Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria

Es la relación proveedor-paciente, La Organización Mundial de la Salud menciona que son "los servicios de salud poco desarrollados, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla" (OMS, 2014).

1.3 Factores relacionados con la enfermedad

La Organización Mundial de la Salud mencionó: En relación a la enfermedad son factores modificables que dependen del paciente como es la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión, la gravedad de la enfermedad, la disponibilidad de tratamientos efectivos, percepción de riesgo (OMS, 2004).

1.4 Factores relacionados con el tratamiento

Como se ha descrito es la complejidad del régimen médico y su duración, fracasos de tratamientos anteriores, cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos (OMS, 2004). Son factores con influencia a modificar.

1.5 Factores relacionados con el paciente

Son los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente sobre el padecimiento. Además, los olvidos, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el

conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; no percibe su necesidad o su efecto y el entender mal las instrucciones, entre otros factores. De especial interés tener en cuenta estos factores en las personas mayores (OMS, 2004).

Se han creado modelos específicos para la adherencia al tratamiento en enfermedades como son para enfermedades cardiovasculares, EPOC, diabetes tipo 2, depresión; Cada una de ellas tiene sus recomendaciones y actividades que mejoran a tener una buena calidad de vida a pesar del padecimiento.

2.5 Adherencia al tratamiento

Existe una problemática a nivel mundial sobre el tema de adherencia al tratamiento fomentando un tema de atención para la salud pública, para la Organización Mundial de la Salud (OMS) define que es el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario (OMS, 2004).

Para la Organizó en Madrid refiere 'Adherencia al tratamiento es: el cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida' (III Foro Diálogos Pzifer-Pacientes, 2009); Tomando en cuenta que no sólo es tratamiento farmacológico sino también de hábitos individuales que se reflejan en el transcurso de vida, considerando ahora factores modificables importantes que influyen sobre el resultado del tratamiento de alguna enfermedad; intervienen los principios comportamentales, creencias que cada persona tiene en cuanto sus conocimientos y experiencias que se van adquiriendo en el proceso de la vida.

La OMS en el 2004 en el libro *adherencia a los tratamientos a largo plazo*: refiere que existen diferentes barreras u obstáculos, que se han ido presentando a lo largo del tiempo y que determinan si una persona, lleva o no su adherencia al tratamiento de forma adecuada, dando impacto de manera general y particular en la calidad de vida de la población.

2.6 Métodos para medir la adherencia

Conocer el grado de adherencia terapéutica del paciente es de gran importancia al momento de evaluar la efectividad y seguridad de los tratamientos farmacológicos prescritos; si el grado de adherencia fuera inferior al deseable y no alcanza los objetivos clínicos deseados, provocará una intensificación del tratamiento prescrito o la sustitución.

Por este motivo, es necesario que los profesionales sanitarios dispongan de herramientas para valorar la adherencia al tratamiento que ayude a tomar decisiones en cuanto a las intervenciones más apropiadas para cada paciente, al ser la adherencia terapéutica un comportamiento que varía a lo largo del tiempo, es necesario medirla y reevaluarla periódicamente (Pagès & Valverde, 2018).

Existen dos métodos para evaluar la adherencia al tratamiento clasificado en directos e indirectos:

Métodos directos se basan en la medición del fármaco de muestras biológicas de orina, sangre u otro fluido, por lo que requieren implementación sofisticada para su aplicación, no están disponibles para todos los medicamentos y no son de utilidad en la práctica clínica cotidiana, son bastante objetivos sin embargo tienen un alto costo. Se utilizan principalmente en estudios de tuberculosis (Pagès & Valverde, 2018).

Métodos indirectos utilizan información proporcionada por el paciente o su cuidador a partir de la entrevista clínica o un cuestionario validado; siendo más sencillos en su utilización y disponibilidad en los establecimientos de salud, el recuento de medicación, el uso de dispositivos electrónicos o el análisis del registro de dispensaciones.

Entrevista clínica: es preguntar directamente al paciente sobre la estimación de su adherencia al tratamiento farmacológico, por ejemplo, el porcentaje de dosis que olvida tomar durante un periodo determinado o con qué frecuencia no sigue la pauta prescrita, además conocer al paciente acerca del conocimiento que posee de su tratamiento, como el nombre del medicamento prescrito, la pauta de dosificación y la indicación (Pagès & Valverde, 2018).

Algunos instrumentos son:

- *Cuestionario ARMS-e*
- *Test de batalla*
- *The Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)* versión general o específico
- *Brief Medication Questionnaire* (Cuestionario Breve de la Medicación)
- *Drug Attitude Inventory (DAI* o Inventario de Actitudes hacia la Medicación)
- *Test de Haynes-Sackett* (test del cumplimiento auto comunicado)
- *The Medication Adherence Report Scale (MARS* o escala informativa de cumplimiento de la medicación)
- *Test de Haynes-Sackett* (test del cumplimiento auto comunicado)

- *Hill-Bone Compliance Scale*
- *Test de Morisky-Green*

Test de batalla: mide el grado de conocimiento del paciente sobre la enfermedad en tres preguntas: 1) ¿Es la diabetes una enfermedad para toda la vida?, 2) ¿Vd. cree que se puede controlar con dieta y/o medicación?, 3) Cite 2 o más órganos que pueden lesionarse por tener diabetes. Se considera un nivel adecuado de adherencia al tratamiento tres respuestas correctas, e inadecuado menos de 3, es decir que, a mayor conocimiento sobre su enfermedad, mayor es el grado de adherencia al tratamiento (Gutiérrez et al., 2012).

Test de Morisky-Green: evalúa la adherencia terapéutica; consta de cuatro preguntas con respuesta dicotómica (SÍ/NO), que evidencia la conducta del paciente con relación al cumplimiento del tratamiento; se define a paciente diabético adherente al que responda en el orden NO/SI/NO/NO a las 4 preguntas del test (Luna et al., 2017).

El más utilizado de los métodos indirectos es el *test Morisky Green*, diseñado y validado para medir adherencia en el tratamiento de diabetes, es económico, fácil de aplicar y de comprender, tiene alta especificidad, alto valor predictivo positivo y escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión.

2.4 Modelos y Teorías

Se han aplicado diversos modelos que recalcan los procesos y variables cognoscitivos al comportamiento de la adherencia, a continuación, se realizara una breve descripción de ellos.

Modelo biomédico de la salud y la enfermedad: se refiere a la perspectiva dominante en muchos entornos y organizaciones de atención de salud, el enfoque biomédico de la adherencia supone que los pacientes son seguidores más menos pasivos de las órdenes de su médico, adicional a un diagnóstico y el tratamiento prescrito (Baeta, 2015). La no adherencia se comprende en cuanto a las características del paciente como son los rasgos de personalidad, antecedentes sociodemográficos, los factores del paciente se ven como el objetivo de los esfuerzos para mejorar la adherencia. Este enfoque ayuda a dilucidar las relaciones entre la enfermedad y las características de tratamiento, por un lado, y la adherencia por el otro. (Ortega et al., 2018)

Este modelo ha sido el impulso para las innovaciones tecnológicas como evaluar los niveles de adherencia mediante medidas bioquímicas y crear nuevos dispositivos para administrar medicamento. Sin embargo, en gran parte se han pasado por alto otros factores importantes como los criterios del paciente sobre sus síntomas, medicamentos.

Modelo de creencias de la salud o *Health Belief Model*: surge en los años 50 por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública en norteamericano, encabezados por Hochbaum, en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades (Hochbaum, 1958). Posteriormente se adapta para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas (Kirscht, 1974), el cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas (Becker, 1974).

Esto remarcar la importancia de desarrollar la relación, educar a los pacientes, emplear buenas aptitudes de comunicación y recalcar la conveniencia de una relación más igual entre el profesional de la salud y el paciente, se ha demostrado que este enfoque influye sobre la satisfacción con la atención médica, pero los datos convincentes respecto de sus efectos positivos sobre el cumplimiento son escasos. Es necesario adoptar un estilo cálido y gentil al interactuar con un paciente, pero esto es insuficiente en sí para producir cambios en los comportamientos de adherencia de los pacientes.

Modelo transteórico Prochaska y DiClemente o también conocido como el Modelo de Etapas de Cambio identifica cinco etapas a través de las cuales los individuos progresan a medida que modifican sus comportamientos y estrategias armonizadas por etapa que predicen el progreso en salud de manera efectiva; Ayuda a los proveedores de atención médica a evaluar las creencias y comportamientos que afectan al tratamiento del paciente o usuario para indicar cuál es el apoyo necesario para motivar un cambio positivo (Sardi et al., 2019).

Las etapas de cambio: la reconsideración, no considerar el cambio de comportamiento en los próximos 6 meses; Consideración, considerar el cambio de comportamiento en los próximos 6 meses; Preparación, planificar el cambio de comportamiento en los próximos 30 días; Acción, producir el cambio de comportamiento y el mantenimiento cambio de comportamiento exitoso durante al menos 6 meses. Las etapas del cambio describen la disposición motivacional de un individuo para el cambio (Bernard & Fernández, 2019).

La teoría del comportamiento planificado (Ajzen, 1991), estudia los comportamientos de la salud, postula que las creencias impactan en los factores de predicción de la intención, la motivación como determinante inmediato del comportamiento y así, conocer las creencias relacionadas a la adherencia al tratamiento es esencial para comprender las acciones de autocuidado adoptadas, una vez que representan las opiniones sobre las orientaciones de salud con base en conocimientos propios o en experiencias vividas, permitiendo que se rechacen o acepten las conductas prescritas (Jannuzzi et al., 2014).

Modelo biopsicosocial lo desarrollo George Engel a mediados de los 50 del siglo pasado, se habla de un bienestar biológico, psicológico y social como criterio necesario para la salud (Villalba et al., 2021). Este modelo amplía los componentes hacia el ambiente del paciente, no sólo las características genéticas del paciente juegan un papel preponderante en el pronóstico, también sus habilidades psicológicas y su respaldo familiar-social (Ghaemi, 2009).

Si bien estos enfoques han dirigido la atención sobre las maneras en que los pacientes conceptualizan las amenazas para la salud y evalúan los factores que pueden constituir barreras, a facilitar la adherencia, no siempre abordan adecuadamente las aptitudes comportamentales para hacer frente a las situaciones.

2.7 Redes de apoyo

Uno de los primeros autores en definir explícitamente este concepto fue John Barnes quien, en 1954 afirmó que era posible analizar la sociedad como una red compleja de relaciones en la que los individuos tejían lazos con otros individuos no necesariamente relacionados entre sí (García, 2021).

Las redes de apoyo social hacen referencia al tejido de personas con las que se comunica un individuo, las características de los lazos que establecen y el tipo de interacciones que se producen entre ellas (Otero et al., 2006).

APGAR familiar: evalúa cinco funciones básicas de la familia: adaptación, participación, gradiente de recurso personal, afecto, y recursos o capacidad resolutive, la interpretación del instrumento nos indica a que tipo de familia pertenece la persona mayor: familia funciona, moderadamente disfuncional y severamente disfuncional (Suárez & Alcalá, 2014).

3. Antecedentes

3.1 Internacionales

En el 2022, Murwanashyaka y colaboradores mencionan el Incumplimiento de la medicación y factores asociados entre pacientes con diabetes tipo 2 en la *Clinique Medicale Fraternite*, Ruanda: un estudio transversal, como resultado las variables de sexo, la glucemia, la comunicación con los proveedores de atención médica, la educación y la hemoglobina glicosilada fueron los principales predictores de falta de adherencia, hacen la recomendación urgentemente intervenciones para abordar este problema aunando esfuerzos para detener esta epidemia y controlar los factores predictivos de incumplimiento.

En el 2021, Villalba y colaboradores refieren Comprendiendo la conducta del paciente con diabetes: estrategias para mejorar la adherencia terapéutica, la falta de adherencia terapéutica es una barrera a vencer para mejorar la calidad de vida y la salud de los pacientes afectados. Se hace un repaso narrativo sobre los conceptos en los que se funda la adherencia terapéutica, explicando los modelos sobre los que sostiene el duelo ante una enfermedad crónica o terminal, resumiendo los conceptos que hacen a la importancia de la comunicación, a la construcción de conductas terapéuticas, a la motivación-acción y a las emociones en salud, aristas todas que forman parte del constructo conocido como “adherencia terapéutica”. Por último, se presentan recomendaciones sucintas para mejorar esa adherencia, involucrando tanto al paciente como al médico en su desarrollo, con el fin de incrementar el éxito terapéutico.

En el 2021, Aragón refiere Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento farmacológico de Hipertensión Arterial y Diabetes en los Adultos Mayores del Centro de Salud Imbaya de Atuntaqui 2021, es una estudio cuali-cuantitativa, no experimental, de tipo transversal y propositivo muestra de 33 pacientes >65 años, mediante un análisis estadístico bivariado a través del programa Epi info y buscar posibles asociaciones entre la adherencia al tratamiento y factores sociodemográficos mediante el Test de Batalla, Test

de Morisky Green Levine y Test BMQ, el 72% de la población la falta de adherencia se relaciona al nivel de educación, el 78% al factor económico, y el 93,94% con posibles barreras en la memoria, entre las causas más frecuentes se identificó dejar de tomar la medicación cuando se encuentra bien y olvido. La adherencia terapéutica no es solo labor del profesional sanitario, sino de un paciente activo y empoderado en el manejo de su medicación y enfermedad, la cual está relacionada directamente con los factores sociodemográficos que influyen notablemente en su incidencia.

En el 2021 Valverde menciona el Soporte familiar y adherencia al tratamiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica, en Trujillo, sobre la influencia que tiene el soporte familiar en la adherencia, muestra estuvo conformada por 70 pacientes, utilizó la observación, entrevista y encuesta para recabar datos, obteniendo como resultado que el soporte familiar influye positivamente, la cual fue estudiada a través del afrontamiento, relaciones intrafamiliares, adaptación y cumplimiento del tratamiento, el 92% acepta acudir a diálisis gracias al apoyo familiar, en tanto, el 45% era acompañado por su familiar.

En el 2020, Ceballos y colaboradores describen los elementos que influyen en la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con enfermedad renal crónica en Colombia. La investigación de carácter fenomenológico, donde se profundiza en los procesos personales de cada paciente, la técnica utilizada fue una entrevista a profundidad, donde se encontró que, a nivel social, la relación médico paciente y el apoyo social influyen en la adherencia, puesto que gran parte del tiempo del paciente está en terapias de diálisis, asimismo, los vínculos construidos permiten que pueda sentirse apoyado, así como se genera un significado emocional en sus vidas.

En el año 2020, Rojas y Moscoso, refieren Adherencia al tratamiento en personas con alteraciones cardiovasculares: Enfoques teóricos de enfermería; determinó que las teorías de enfermería guían el cuidado de las personas con enfermedades cardiovasculares a medida que este atraviesa por un proceso de cambios en el estilos de vida, determinando la influencia de varios factores en la adherencia del tratamiento, entre ellos la comunicación interpersonal entre la enfermera y el paciente, generando confianza que permitió identificar el comportamiento no saludable del paciente con el fin de mejorar el autocuidado, por lo

tanto, la investigación recalca el valor de construir una buena relación entre el personal de salud y el usuario en Bogotá.

En el 2019, Aránzazu y colaboradores mencionan Adherencia al tratamiento y estilos de vida saludable de los diabéticos tipo 2 del Centro de Salud Benicasim (Castellón-España) determinó la importancia de brindar conocimientos, educar al paciente y el gran aporte de las charlas y talleres en el estilo de vida de la comunidad, concluyendo que una población con conocimiento es un paciente activo en el proceso de la enfermedad, registró que de los 151 pacientes con diabetes tipo 2 el 47% no cumple el tratamiento farmacológico, de los cuales el 86,9% nunca asistió a una charla y el 48,3% casi nunca trataban de obtener información sobre su enfermedad, por ello, el fortalecer la educación hacia el paciente es ideal para promover sus capacidades y habilidades de autocuidado que contribuya a adoptar estilos de vida saludable y aumente la adherencia al tratamiento.

En el 2018, Domínguez y Ortega , refieren Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, menciona que el estudio sociodemográfico de la población es importante para iniciar una investigación exhaustiva, no solo en este grupo de edad, también en las demás etapas de la vida, en los cuales podemos encontrar otras causas diferentes o similares a las que aqueja a este grupo; al estudiar 338 pacientes, se identificó que el 66% de la población fue de sexo femenino con una edad media de 56 ± 7 años presentando en el 70% la falta de adherencia al tratamiento, el cual se asocia a la presencia de complicaciones crónicas en el 53%, la monoterapia farmacológica 35%, la presencia de efectos adversos medicamentosos 17%, el tiempo de evolución mayor a diez años 16% y la mala relación enfermera-paciente 16%, como consecuencia, se reconoce que el estudio de estas características es relevante y proporciona una visión de la situación poblacional referente a la adherencia, necesarios para calcular indicadores relacionados a la salud y enfocarnos en la educación acorde a la realidad de los pacientes con el fin de mejorar su cumplimiento terapéutico.

En el año 2018, Megret y Calles mencionan Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna en Cuba hace referencia a la HTA como una de las patologías con más alto índice de no adherencia al tratamiento seguido de la diabetes tipo 2 y menciona a los múltiples factores que impiden el cumplimiento farmacológico como el número de enfermedades crónicas, limitación de la actividad social, bajo nivel escolar y la accesibilidad al servicio farmacéutico; la

investigación llegó a concluir sobre la necesidad de estudiar los factores que interfieren en la adherencia, los cuales originan desventajas en salud, tanto económicos, ambientales a corto y largo plazo para la sociedad, recalcando una vez más la importancia de reducir la incidencia de la falta de adherencia farmacológica.

En el 2017-2018 Angelucci y Rondón refieren Adherencia al tratamiento en la diabetes tipo 2: un modelo de regresión logística en Venezuela, emplean un diseño transversal, aplicó el cuestionario tridimensional de depresión, el instrumento para medir estilo de vida en diabéticos, escala de Rumiaco, el propósito de conocer cuáles de estos factores sociodemográficos, psicológicos y propios de la condición inciden significativamente en la diferenciación y clasificación de los grupos en cuanto a su adherencia.

En el 2017, Ramos y colaboradores mencionan Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Cuba, un estudio descriptivo de corte transversal se determinaron factores relevantes de la adherencia al tratamiento en un consultorio popular en el periodo 2014 a 2015 mediante un cuestionario, entrevista clínica, y revisión de documentos, se utilizó estadística descriptiva; técnicas utilizadas fueron: análisis de documentos, la historia de la enfermedad, el estado clínico actual, tratamiento médico indicado y su cumplimiento, cuestionario de adherencia terapéutica y cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 abreviado, entrevista clínica centrada en la enfermedad, las características del régimen terapéutico.

En el 2016, Orozco y colaboradores refieren Abordaje de la adherencia de diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones en España; se utilizó el método Delphi con apoyo de un cuestionario estructurado aplicado en dos rondas de expertos de atención de primer nivel, investigan el impacto; causas de incumplimiento; diagnóstico de la falta de adherencia y de sus posibles causas, y mejores intervenciones y papel de los distintos roles implicados en la mejora de la adherencia, nos mencionan que la formación específica y disponer de los recursos necesarios en la consulta son esenciales para minimizar el impacto de la falta de adherencia terapéutica.

3.2 Nacionales

En 2022, Loera y colaboradores mencionan Prevalencia y factores asociados a adherencia terapéutica de pacientes con diabetes mellitus 2: post pandemia por COVID 19, es un estudio observacional, transversal y retrospectivo, llevado a cabo en la Unidad de Medicina Familiar Número 33 de Reynosa, Tamaulipas, México. Muestra conformada por 113 participantes con diabetes mellitus tipo 2. Se aplicó el instrumento Morinsky Green de cuatro preguntas para determinar adherencia terapéutica, se recolectaron variables sociodemográficas, clínicas y de laboratorio del expediente clínico electrónico, la prevalencia de adherencia terapéutica de 47,37% y no adherencia 52,62%, no existen diferencias significativas entre sexo, estado civil y ocupación con la no adherencia terapéutica, la edad si mostró diferencias significativas para la no adherencia terapéutica, los factores de riesgo asociados para la no adherencia terapéutica fueron: obesidad grado III, padecer diabetes y la polifarmacia, la mitad de los pacientes no tiene adherencia terapéutica y los principales factores que contribuyen a esta es: la polifarmacia, el tiempo de evolución del padecimiento y la obesidad.

En 2022, Briones y colaboradores refieren Falta de adherencia al tratamiento farmacológico y factores asociados en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2, estudio observacional y descriptivo durante el período enero-agosto 2019, en pacientes derechohabientes de consulta externa de medicina familiar, en dos clínicas de atención primaria localizadas en Tuxtla Gutiérrez Chiapas, México, se interrogó a los pacientes diabéticos sobre factores sociodemográficos, evolución de la enfermedad, niveles de glucemia en ayunas y el uso de otros tratamientos, se evaluó con el cuestionario Morisky-Green, las creencias de los pacientes sobre los tratamientos con el Cuestionario de Creencias sobre Medicamentos y el conocimiento del paciente sobre la diabetes tipo 2, como resultado de la investigación la falta de adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes tipo 2 es un problema grave y asociado a una falta de conocimiento sobre la enfermedad.

En 2022, Mora menciona Adherencia al tratamiento en personas con diabetes tipo 2 en México: Estudio de meta-análisis, adherencia al tratamiento como un predictor del control y manejo de la diabetes tipo 2, se define como el grado en que las conductas de una persona, la toma de medicamento, el seguimiento dietético y la realización de actividad física, se ajustan a las indicaciones médicas, mediante intervenciones psicológicas en

México entre los años 2000-2020, variables moderadoras significativas que influyen en los resultados de la adherencia al tratamiento.

En 2021, Velázquez y colaboradores refieren La adherencia al tratamiento no farmacológico se asocia con metas de control cardiovascular y mejores hábitos dietéticos en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2, es un estudio transversal analítico en 395 pacientes de atención primaria, se realizaron mediciones de HbA1c, glucosa y perfil de lípidos en ayuno, presión arterial, peso, circunferencia de cintura y composición corporal, hábitos dietéticos, la terapia médica nutricional y la educación en diabetes, se consideró como recibida por el paciente cuando esta fue otorgada en su clínica de atención, la conclusión es la educación en diabetes y la terapia médica nutricional favorecen las metas de control de riesgo cardiovascular y mejores hábitos dietéticos del paciente con diabetes tipo 2.

En la población en la que se aplicará el cuestionario (Mendoza, 2021). En 2021, Mendoza menciona La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión y obesidad, es una revisión sobre las barreras de la adherencia terapéutica de pacientes con diabetes, hipertensión y obesidad en clínicas de atención de primer nivel, permitirá desarrollar modelos con mayor efectividad y eficacia, para el cumplimiento de la adherencia terapéutica existen diferentes barreras que no permiten el control de la enfermedad, estas barreras pueden ser propias del paciente, pero también propias del sistema de salud que otorga el servicio, enfatizando el papel de los médicos para educar y orientar al paciente con respecto a su enfermedad y coadyuvar a su adherencia, para identificar estas barreras existen diferentes instrumentos, los cuales han sido diseñados para diferentes enfermedades, por lo que para seleccionar el adecuado se debe considerar la enfermedad y el perfil de la salud.

En 2019, García menciona Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2 en la Unidad de Especialidades de Enfermedades Crónicas en Villahermosa, en un periodo de seis meses en 2018, es un estudio de tipo cuantitativo, observacional, corte transversal y prospectivo, una muestra de 106 pacientes, no habla de los factores que influyen en el comportamiento de adherencia, 88% con el paciente y 77% con el proveedor; 56% coinciden en que el factor socioeconómico a veces influye y 49% refieren que los relacionados con la terapia nunca

influyen, en cuanto al comportamiento de adherencia, 47% refieren tener ventaja para adherencia, 41% en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia y el nivel de conocimientos de los pacientes, fue intermedio en 49,1%, las personas tiene riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia y cuentan con un nivel de conocimientos intermedio, lo cual implica la necesidad de valorar la intervención psicológica, así como el proceso de enseñanza del paciente, para impactar y/o reorientarlos hacia una mayor adherencia como elemento importante en su beneficio.

En 2019, Plascencia y colaboradores refieren Variables psicosociales predictoras de la no adherencia a los antirretrovirales en personas con VIH-SIDA, el objetivo es evaluar los niveles de adherencia al tratamiento antirretroviral y determinar los factores psicológicos predictores de la no adherencia a dicho tratamiento, la muestra fue de 25 pacientes, diseño descriptivo - transversal y correlacional, se encontraron diferencias importantes entre los pacientes adherentes y no adherentes en las variables autoeficacia, estrés y depresión; asimismo, se obtuvieron correlaciones positivas de la adherencia con autoeficacia y apoyo social, en tanto que las correlaciones negativas se evidenciaron con estrés y depresión, se podría afirmar que mayores niveles de estrés y depresión leve promueven niveles de baja adherencia al tratamiento con antirretrovirales.

En 2018, Vargas y Toledo mencionan Adherencia al tratamiento y su relación con el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en una unidad de medicina familiar en Cuernavaca, Morelos, México, se realizó un estudio de tipo transversal analítico, con una muestra de 178 pacientes que acudieron al programa Diabetimss en el periodo agosto a septiembre 2016, se aplicó cuestionario sobre características sociodemográficas, clínicas y la Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus tipo 2-versión III, obtuvieron información de parámetros bioquímicos de los expedientes clínicos con el propósito de determinar el control metabólico en los pacientes, el 62,92% tuvo adherencia media al tratamiento, no se reportaron pacientes con adherencia baja; 44,94% del total de pacientes presentó control metabólico; 84,8% de pacientes con adherencia alta presentó control metabólico y 78,6% de pacientes con adherencia media presentó descontrol metabólico, el grado de adherencia es determinante para el control metabólico de diabetes mellitus tipo 2, considerando que el tipo de tratamiento, los años de evolución y la existencia de otras comorbilidades influyen sobre el mismo, la mayoría de pacientes se encontraba en descontrol metabólico, a pesar de presentar una mediana adherencia al tratamiento.

En el 2017, Rojas, Ruiz y Gonzáles refieren sobre la ansiedad y la depresión sobre la adherencia en pacientes con enfermedad renal en zona noroeste de México el objetivo es evaluar la relación entre la depresión y la ansiedad sobre la adherencia terapéutica, participaron un total de 31 pacientes, entre 18 y 69 años, que se encontraron con terapia de reemplazo renal, se utilizó inventarios de depresión Beck-II, el Inventario de Ansiedad de Beck y la Escala de Adherencia Terapéutica, los pacientes presentaron alto nivel de adherencia 67%, así como síntomas depresivos 48% y ansiosos 35%, además, la depresión se relacionó con una menor adherencia, especialmente en el control de ingesta de alimentos/líquidos y seguimiento médico.

En el 2016, Pascacio y colaboradores en su trabajo Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en el estado de Tabasco miden el grado de apego al tratamiento farmacológico, es un estudio trasversal, existe una relación significativa entre el conocimiento de la enfermedad y la adherencia al tratamiento.

4. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere "Que en 2014 el número de personas con diabetes aumentó de 108 millones en 1980 a 422 millones", la prevalencia de diabetes tipo 2 aumentó rápidamente en los países de ingresos medianos y bajos, en 2019 la diabetes fue la causa directa de 1,5 millones de defunciones. Para 2012, 2,2 millones de personas fallecieron por consecuencia de hiperglucemia (OMS, 2021).

En la décima edición del Atlas de la Diabetes de la FID informa de un aumento global continuo en la prevalencia de la diabetes confirma que la enfermedad de diabetes es un desafío global significativo para la salud y el bienestar de las personas, las familias y la sociedad; Además nos menciona que 4 de cada 5 adultos con diabetes viven en países de ingresos bajos y medios esto significa que el gasto en salud es costoso, la diabetes es responsable de 6.7 millones de muertes en 2021 (Atlas de la diabetes de la FID, 2021).

En los últimos 40 años el número de personas con enfermedad de diabetes se ha cuadruplicado, es un dato alarmante debido a todo lo que conlleva la enfermedad; También debemos resaltar que es una de las enfermedades no transmisibles con el riesgo aumentado de morir prematuramente (OPS, 2021).

De acuerdo a los últimos datos de la Federación Internacional de Diabetes para 2021 se estimó una prevalencia de diabetes a nivel mundial de un 10,5% correspondiente a un total de 536.6 millones de personas entre 20 y 79 años y se estima que para el año 2045 más de 783 millones de personas en el mundo tendrán diabetes tipo 2 (Atlas de la diabetes de la FID, 2021).

En la Región de las Américas, 62 millones de personas viven con diabetes, existe un paquete técnico mundial que tiene acciones para abordar la diabetes en los diferentes sectores de acción (OPS, 2021). El costo global para el sistema de asistencia sanitaria en pacientes con diabetes tipo 2 es en promedio de 1.5 veces mayor que el gasto de atención de salud per cápita un exceso de carga-costos de 66% sobre la población en general (OMS, 2014). Se debe mencionar que la no adherencia al tratamiento tiene complicaciones innecesarias de costos por hospitalización, que abarca el 30 y 65% de los costos globales de la enfermedad; es decir, la proporción más grande de los costos.

El Atlas de la diabetes de la FID menciona: La diabetes provocó al menos 966.000 millones de dólares en gastos sanitarios, un aumento del 316% en los últimos 15 años (Atlas de la diabetes de la FID, 2021).

La OMS refiere que, en países desarrollados, las personas mayores de 60 años consumen aproximadamente 50% de todos los medicamentos recetados (hasta tres veces más per cápita que la población en general) y explican 60% de los costos relacionados con

la medicación, aunque solo representen 12 a 18% de la población en estos países (OMS, 2004).

En México en el 2010, la diabetes tipo 2 fue la enfermedad que causó cerca de 83,000 muertes en el país (INSP, 2020). La diabetes explica hoy la pérdida de años de vida saludable en la población porque son causas de una enfermedad grave, y tienen en común una baja tasa de diagnóstico, una menor adherencia, un porcentaje reducido de personas con diagnóstico, tratamiento y control, en el país solo el 3,1% de la población cumple con estos tres principios (SECTI, 2021).

El INEGI 2020 mencionó: la diabetes tipo 2 escaló a las principales posiciones causas de muerte en México, para ese periodo ocupa el tercer lugar a nivel global (INEGI, 2021), para las defunciones a causa de diabetes mellitus, se esperaban 110,239 muertes y ocurrieron 149,840 defunciones, por lo que el exceso de mortalidad en este apartado es de 39 601 decesos que representan un 35,9 por ciento; por grupos de edad, se observa que el de 65 y más años presenta la mayor frecuencia de fallecimientos (INEGI, 2021).

En la encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento Hidalgo se mencionan las principales enfermedades no transmisibles presentes en personas mayores, que son: enfermedades isquémicas del corazón, diabetes, enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cirrosis, otras enfermedades crónicas del hígado y enfermedades hipertensivas (UAEH, 2022).

Hidalgo se encuentra en el tercer lugar de las entidades federativas con diagnóstico previo de diabetes (ENSANUT, 2018).

En el estado de Hidalgo habitan 3,082,841 personas en total; 384,000 personas mayores considerándolos a partir de los 60 años de edad, de ellos 180,000 son hombres y el 204,000 son mujeres. En el municipio de Villa de Tezontepec habitan 13,032 personas en total; 1,452 personas mayores el cual representa el 11,1% del total de la población (INEGI, 2020), En 2020, 47,1% de la población se encontraba en situación de pobreza moderada y 5,56% en situación de pobreza extrema. La población vulnerable por carencias sociales alcanzó un 35,5%, mientras que la población vulnerable por ingresos fue de 3,91%. Las principales carencias sociales de Villa de Tezontepec en 2020 fueron carencia por acceso a la seguridad social, carencia por acceso a los servicios de salud y carencia por acceso a la alimentación (CONEVAL, 2020).

Es importante mencionar algunos factores socioeconómicos en México. De acuerdo con el CONEVAL, entre 2016 y 2018, el porcentaje de personas mayores en situación de pobreza aumentó 0.7 puntos porcentuales, al pasar de 42,5% a 43,2%. Para 2020, el

porcentaje de personas mayores en situación de pobreza fue del 37,9%, lo que significó una reducción de 5,3 puntos porcentuales, respecto a 2018. La carencia social con mayor incidencia en este grupo de edad fue el rezago educativo, el porcentaje de la población de personas mayores que tenía esta carencia fue del 56,9% en 2016, 54,3% en 2018 y 49,1% en 2020 (CONEVAL, 2020).

El porcentaje de población de personas mayores con carencia por acceso a la seguridad social fue de 41,1% en 2016, 41,4% en 2018 y 28,8% en 2020. La mayor reducción fue de 2018 a 2020 (CONEVAL, 2020).

Es necesario recalcar que la adherencia al tratamiento genera un bienestar de las personas mayores para evitar una discapacidad y muerte prematura, además de un gasto mayor de atención sanitaria, debemos tomar atención en las características de las personas mayores, por lo tanto, es imperante conocer los factores socioeconómicos.

Debido a lo anterior surgió la interrogante de: ¿Cuáles son los factores socioeconómicos que intervienen en la adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 en las personas mayores de Villa de Tezontepec durante el 2022?

5. Justificación

La literatura ha demostrado los diferentes riesgos que implica la no adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2; los bajos niveles de control hacen que se

incremente el riesgo de desenlaces fatales como es la mortalidad prematura, complicaciones que impactan directa o indirectamente la calidad de vida de las personas mayores y las personas que lo rodean, afectando sus diversos escenarios donde se desenvuelven.

Con respecto a lo anterior es trascendental el tema de adherencia al tratamiento en la salud pública para subsanar los diferentes eventos negativos que se van presentando en la trayectoria de la enfermedad como son: descompensaciones, complicaciones, los altos costos en el sector salud, gasto de bolsillo entre otros, que demanda la no adherencia al tratamiento con relación a la diabetes tipo 2, sin dejar de lado las afecciones que presentan de las personas mayores, además se pretende aumentar la comprensión teórica del tema.

Se realizó la investigación en el municipio de Villa de Tezontepec, para conocer el grado de adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 de acuerdo a los diferentes contextos donde se desenvuelven las personas mayores.

Los resultados de esta investigación proporcionaran información para poder realizar acciones en salud para las personas mayores con diabetes tipo 2 mediante planes estratégicos, programas, así como la implementación de políticas públicas. Si bien ya existen diferentes planes y pactos por parte de diferentes instituciones para mejorar esta situación, seguimos sin alcanzar la adherencia en un porcentaje considerable en los países tanto desarrollados como subdesarrollados.

6. Objetivos

6.1 General

Identificar los factores socioeconómicos asociados a la adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 en las personas mayores en Villa de Tezontepec.

6.2 Específicos

- Describir los factores socioeconómicos de las personas mayores en Villa de Tezontepec.
- Analizar la adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 de las personas mayores en Villa de Tezontepec.
- Determinar los factores socioeconómicos como determinantes de salud en personas mayores con diabetes tipo 2.

7. Hipótesis.

La falta de adherencia al tratamiento médico se asocia con el aumento en el número de hospitalizaciones, visitas a los centros ambulatorios y de urgencias, por lo tanto, un incremento de dosis o cambios en la prescripción de medicamentos, aumento o realización de pruebas diagnósticas más invasivas, con una afección de los recursos económicos individuales, familiares y sanitarios.

Se ha demostrado que la falta de adherencia tiene relación con el contexto en que se desarrolla la persona, además de la existencia de diferentes factores que intervienen si un paciente o individuo tiene adherencia al tratamiento o no.

Siendo que el no continuar con adherencia al tratamiento las personas tienden a tener pérdida de productividad, discapacidad y muerte prematura, favoreciendo al incremento de la mortalidad o la morbilidad en los pacientes sin adherencia al tratamiento.

Por lo tanto, en esta investigación encontraremos información que refuerce lo antes mencionado.

8. Material y técnicas

8.1 Diseño de estudio

Se desarrollará un estudio descriptivo, transversal y analítico, de los factores socioeconómico de la adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2.

8.2 Ubicación espacio temporal

Tiempo: Año 2022

Lugar: Villa de Tezontepec, Hidalgo México.

Persona: personas mayores de 60 años con diabetes tipo 2

8.3 Espacio físico



Figura 6. Centro de Villa de Tezontepec

Fuente: propia.

8.4 Selección de la población y muestra de estudio

El estudio se realizará en personas mayores de 60 años y más con diagnóstico de diabetes tipo 2 en municipio de Villa de Tezontepec, Hidalgo.

Criterios de inclusión

- Personas mayores con diabetes tipo 2
- Personas en tratamiento farmacológico y no farmacológico
- Personas que acepten completar los instrumentos
- Personas funcionales independientes

Criterios de exclusión

- Personas mayores con más de 4 enfermedades crónicas
- Personas con trastornos neurológicos.
- Personas con desorientación
- Personas sin habilidad motriz

Criterios de eliminación

- No aceptar participar en el estudio.
- Retiro voluntario.
- Fallecimiento de la persona.

8.5 Tamaño muestral y técnica de muestreo

La muestra se selecciono ha conveniencia de manera no probabilística.

Se obtuvo con apoyo de presidencia municipal de Villa de Tezontepec, mediante llamados en las comunidades por medio de representantes.

8.6 Variables de estudio

Variable dependiente

Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Categorías
Adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2.	Grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de	Lineamientos cumplidos	Instrumento de Test-Batalla y Morisky-Green	Adherencia No adherencia

	una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario (OMS)			
--	--	--	--	--

Variables independientes

Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Categorías
Factores socioeconómicos.	Factor predictivo independiente de la adherencia, que incluye sexo, edad, estado civil, el nivel económico, ocupación, educación, relaciones sociales, situaciones ambientales, creencias, cultura, situación familiar.	Caracterización de la población	Encuesta	Diferentes categorías.

Variable	Definición conceptual	Indicador	Escala de medición	Tipo
Adherencia	Grado de conducta de una persona en toma de medicación, seguimiento de dieta y/o modificación en hábitos de vida	Adherencia, no adherencia	Test-Batalla y Morisky-Green	Cualitativa nominal
Tratamiento	Conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar la enfermedad.	Numero de medicamentos	Encuesta	Cualitativa nominal
Edad	Tiempo cronológico de la vida cumplido	Edad de años cumplidos al momento del estudio	Encuesta	Cuantitativa discreta
Sexo	Sexo biológico de pertenencia	Femenino/Masculino	Encuesta	Cualitativa nominal
Escolaridad	Años de escolarización cursados	Analfabeta Primaria Secundaria Técnica Preparatoria	Encuesta	Cualitativa ordinal
Ocupación	Actividad que realizada habitualmente.	Ama de casa, Jubilado Pensionado, Trabajador No trabaja	Encuesta	Cualitativa nominal
Estado civil	Categoría de Registro Civil	Soltero Casado Unión Libre Viudo	Encuesta	Cualitativa nominal
Redes de apoyo	Conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social, o con personas con las que establecen vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas.	Familia severamente disfuncional, Familia con moderada disfunción, Familia funcional.	APGAR familiar	Cualitativa ordinal
		Apoyo social, Sin Apoyo social	Encuesta	Cualitativa nominal
Accesibilidad a servicios	La capacidad de obtener lo necesario, para el cuidado de salud, de manera conveniente.	Si/No	Encuesta	Cualitativa nominal
Religión	Son un conjunto de	Católico, cristiano,	Encuesta	Cualitativa

	creencias religiosas, ceremonias de un determinado grupo con un Dios	Evangélico		nominal
Ingreso mensual	Conjunto de ingresos netos percibidos por todos los miembros de la familia, aporten o no estos ingresos o parte de los mismos para sufragar los gastos.	Menos de \$3000, \$3000 a \$4500, Mas de \$4500	Encuesta	Cuantitativa discreta

8.7 Método de evaluación

Recopilación de datos mediante una encuesta realizada en *Google forms*, consta de seis partes, la primera es el consentimiento informado para la autorización de participación en el estudio, la segunda parte capta los datos sociodemográficos básicos, la tercera permite conocer si las personas mayores tienen adherencia al tratamiento o no por medio del Test de Batalla y Morisky Green Levin, la cuarta parte recolecta información de redes de apoyo por medio del APGAR familiar.

El Test de Batalla (Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad), es para la medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica, es un test breve, de fácil comprensión y fácil de aplicar. Presenta una buena sensibilidad. Aplicable y validado para diversas enfermedades. Se considera un nivel adecuado de cumplimiento 3 respuestas correctas, e inadecuado menos de 3. Una respuesta incorrecta de las 3 conlleva falta de adherencia.

El Test de Cumplimiento auto comunicado de Morinski-Green-Levine es un método indirecto usado para la medición, que permite orientar al entrevistador respecto a la adherencia o no adherencia al tratamiento. Este test fue construido y validado por Morisky y Green en 1986 para evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes con HTA, y traducido por Levine en el mismo año. Este instrumento presenta una alta especificidad y un alto valor predictivo positivo, con la ventaja de ser aplicable en los diferentes niveles educativos y socioculturales por su fácil comprensión y ha sido usado en distintas investigaciones y validado para ser aplicado en otras enfermedades como, diabetes mellitus, falla cardiaca, entre otras. Consta de cuatro preguntas las cuales deben ser

respondidas con NO en todas las preguntas para poder determinar que el paciente es adherente, y de responder SI en alguna de ellas se determina que el paciente es no adherente.

APGAR familiar EN 1978 cuando Smilkstein publicó la primera versión de este instrumento. Su propósito fue diseñar un instrumento breve de tamizaje para uso diario en el consultorio del médico de familia, “para obtener una revisión rápida de los componentes del funcionamiento familiar”. La escala de calificación de APGAR familiar que propuso Smilkstein establece dos posibilidades: la funcionalidad y la disfuncionalidad familiar. En este sentido, se confirma que sus cinco ítems cargan a un factor y la fiabilidad, alfa de Cronbach, suele ser entre 0,71 y 0,83 (Mayorga-Muñoz, 2019).

8.8 Plan de análisis estadístico

Se pretende describir aspectos los factores socioeconómicos con la adherencia al tratamiento en la población a estudio, para tal objetivo se construirá una base de datos que incluye todos los datos recogidos en el trabajo de campo, se procesará la información obtenida en el *IBM SPSS Statistics 21*. Se procederá a analizar cada variable socioeconómica individualmente, así como los ítems relacionados con la adherencia al tratamiento. Se confrontarán variables para determinar resultados relacionados con las variables de las diferentes partes del cuestionario. Se expresarán y compararán con los obtenidos en estudios realizados.

9. Aspectos bioéticos

Todas las personas mayores integrantes de este estudio autorizaran su participación a través de un consentimiento informado, el cual será su autorización. No se solicitarán nombres de los participantes para preservar la confidencialidad en la identidad de las y los participantes.

La Declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial en su punto número 23 de Comités de ética de investigación: el protocolo de investigación debe enviarse para consideración de aprobación de un comité de ética de investigación, 24 de la Privacidad y confidencialidad: Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información persona y en su apartado 25 de consentimiento informado: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria (Asamblea Médica Mundial, 2013).

De acuerdo al Reglamento de Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, según artículo 17, fracción 1 esta investigación se clasifica sin riesgo pues se emplearán técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Basado en el artículo 16 hacen referencia de que se mantendrá el anonimato, confidencialidad y solo para cuando se requiere su identificación se solicitará autorización (secretaria de Salud, 1987).

Basado en la Norma Oficial Mexicana 012: Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, en el apartado 6 específica sobre la autorización y seguimiento de una investigación en seres humanos (Secretaria de Salud, 2006).

10. Resultados

Los resultados obtenidos de la muestra del estudio en personas mayores de 60 años y más con enfermedad de diabetes tipo 2, Villa de Tezontepec, Hidalgo, seleccionados a partir de los parámetros regidos en esta investigación son presentados a continuación en correspondencia con el cumplimiento de cada objetivo propuesto.

Describir los factores socioeconómicos de las personas mayores en Villa de Tezontepec.

Tabla 1. Análisis de variables socioeconómicas de la población de estudio

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
<i>Femenino</i>	47	71,2
<i>Masculino</i>	19	28,8
Escolaridad		
<i>Analfabeta</i>	28	42,4
<i>Primaria</i>	24	36,4
<i>Secundaria</i>	10	15,2
<i>Preparatoria</i>	2	3,0
<i>Técnica</i>	2	3,0
Religión		
<i>Católico</i>	66	100
Ocupación		
<i>Ama de casa</i>	38	57,6
<i>Trabajador</i>	12	18,2
<i>No trabaja</i>	11	16,7
<i>Pensionado</i>	3	4,5
<i>Jubilado</i>	2	3,0
Estado Civil		
<i>Viudo</i>	31	47,0
<i>Casado</i>	19	28,8
<i>Soltero</i>	12	18,2
<i>Divorciado</i>	2	3,0
<i>Unión Libre</i>	2	3,0

Casa propia		
Si	54	81,8
No	12	18,2
Institución de seguridad social		
No	40	60,6
Si	26	39,4
Apoyo de 65 y más		
Si	42	63,6
No	24	36,4
Ingreso mensual		
Menos de \$3000	57	86,4
\$3000 a \$4500	8	12,1
Mas de \$4500	1	1,5
Obtención ingresos		
Por Familiares	40	60,6
Por Trabajo	26	39,4
Atender su salud		
Si	38	57,6
No	28	42,4

Fuente: autoría propia.

En relación a las variables socioeconómicas, se observa un predominio en la población del sexo femenino con un 71,2%, respecto a sexo masculino del 28,8%, en cuanto al grado de educación el 42,4% es analfabeta y un 36,4% tiene escolaridad de primaria, de los cuales el 57,6% son ama de casa y el 18,2% trabaja se dedican a actividades de agricultura, en cuanto al estado civil el 77% son viudos y 18,2% solteros.

El 81,8% de las personas mayores cuenta con casa propia, mientras un 60,6% no tiene acceso alguna dependencia o institución de seguridad social, las personas mayores perciben que un 57,6% puede atender su salud.

Tabla 2. Medidas de tendencia central de la edad.

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Varianza
Edad	66	26	60	86	69,64	6,149	37,804
N válido (según lista)	66						

Fuente: autoría propia.

La edad con un mínimo de 60 años y máximo de 86 años, con una media de 69,6; desviación estándar de 6,15; mediana de 69,5; moda de 68.

Tabla 3. Instrumento de APGAR familiar.

	Frecuencia	Porcentaje
F funcional	30	45,5
F severamente disfuncional	20	30,3
F con moderada disfunción	16	24,2
Total	66	100

Fuente: autoría propia

El 45,5% de las personas mayores cuentan con una familia funcional mientras el 30,3% tienen una familia severamente disfuncional y el 24,2% tiene una familia con moderada disfunción. Lo anterior, es importante porque la familia es el principal núcleo de apoyo para las personas mayores y en cuanto se pierde se corre el riesgo de no tener una sólida red de apoyo familiar.

Tabla 4. Apoyo social

	Frecuencia	Porcentaje
No	50	75,8
Si	16	24,2
Total	66	100

Fuente: autoría propia

El 75,8% de las personas mayores no tienen apoyo social mientras el 24,2% si cuenta con algún tipo de apoyo social. Lo anterior, menciona que las personas mayores no cuentan con relaciones que las integren con su entorno social, o con personas para establecer vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas.

Analizar la adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 de las personas mayores en Villa de Tezontepec.

Tabla 5. Adherencia al tratamiento de acuerdo al nivel de conocimiento.

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Adherencia	48	72,7
No adherencia	18	27,3
Total	66	100

Fuente: autoría propia.

El 72,7% de las personas mayores tienen adherencia al tratamiento de acuerdo al nivel de conocimiento que tienen sobre la diabetes tipo 2 mientras el 27,3% no tienen adherencia al tratamiento diabetes tipo 2. Lo anterior, es importante porque a mayor conociendo sobre la enfermedad disminuye la probabilidad de no adherencia al tratamiento.

Tabla 6. Adherencia al tratamiento de acuerdo a las actitudes de las personas.

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos No adherencia	53	80,3
Adherencia	13	19,7
Total	66	100

Fuente: autoría propia.

El 80,3% de las personas mayores no tienen una adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 conforme a las actitudes y el 19,7% si tienen adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2. Se debe considerar realizar acciones dirigidas al fomento de la salud y calidad de las personas mayores, una posibilidad son las brigadas de salud o campañas de salud.

Se realizaron pruebas de Pearson de la tabla 7 a tabla 18, sin embargo, en los resultados se puede notar que no se encontró significancia estadística con las diferentes variables. Por lo anterior se explicarán cada una de las variables y la manera en que influye con la adherencia al tratamiento.

Tabla 7. Sexo y adherencia al tratamiento.

		Adherencia		Total
		Adherencia	No adherencia	
Sexo	Femenino	10 15,2%	37 56,1%	47 71,2%
	Masculino	3 4,5%	16 24,2%	19 28,8%
Total		13 19,7%	53 80,3%	66 100,0%

Fuente: autoría propia

El 56,1% de las personas mayores del sexo femenino no tiene una adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 y del sexo masculino el 24,2% de personas mayores que no tienen adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2.

En esta investigación el sexo femenino es más predominante, es importante mencionar que el sexo femenino tiene más esperanza de vida, debido a la genética, las hormonas que desarrollan que favorecen a la eliminación de colesterol malo, en cuanto a la ocupación y comportamiento, las actividades que realizan como es el fomento al autocuidado.

Tabla 8. Escolaridad y adherencia al tratamiento.

		Adherencia		Total
		Adherencia	No adherencia	
Escolaridad	Analfabeta	4 6,1%	24 36,4%	28 42,4%
	Preparatoria	0 0,0%	2 3,0%	2 3,0%
	Primaria	7 10,6%	17 25,8%	24 36,4%
	Secundaria	2 3,0%	8 12,1%	10 15,2%
	Técnica	0 0,0%	2 3,0%	2 3,0%
	Total	13 19,7%	53 80,3%	66 100,0%

Fuente: autoría propia

El 36,4% de las personas mayores sin escolaridad no tienen adherencia tratamiento de diabetes tipo 2 y el 6,1% tiene adherencia al tratamiento, las personas mayores con escolaridad primaria el 25,8% no tiene adherencia al tratamiento y el 10,7% tiene adherencia al tratamiento.

Los resultados no son estadísticamente significativos con la variable de escolaridad, sin embargo, influye en la adherencia al tratamiento debido a que entre menor sea la escolaridad existe más probabilidad de no tener adherencia el tratamiento diabetes tipo 2, en este caso las personas mayores tienen un alto índice de analfabetismo.

Tabla 9. Ocupación y adherencia al tratamiento.

		Adherencia		Total
		Adherencia	No adherencia	
Ocupación	Ama de casa	9 13,6%	29 43,9%	38 57,6%
	Jubilado	0 0,0%	2 3,0%	2 3,0%
	No trabaja	1 1,5%	10 15,2%	11 16,7%
	Pensionado	0 0,0%	3 4,5%	3 4,5%
	Trabajador	3 4,5%	9 13,6%	12 18,2%
Total		13 19,7%	53 80,3%	66 100,0%

Fuente: autoría propia

El 1,5% de las personas mayores que no trabajan tienen adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 mientras que el 15,2% no tiene adherencia al tratamiento, el 43,9% no tienen adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 y son personas mayores amas de casa mientras que el 13,6% si tiene adherencia al tratamiento.

La variable ocupación influye en la adherencia al tratamiento debido a que, si no tiene ocupación, menor es la adherencia al tratamiento diabetes tipo 2, sin embargo, la ocupación es parte del envejecimiento activo e influye de manera determinante en la calidad de vida de la persona mayor.

Tabla 10. Estado civil y adherencia al tratamiento.

		Adherencia		Total
		Adherencia	No adherencia	
Estado Civil	Casado	5 7,6%	14 21,2%	19 28,8%
	Divorciado	0 0,0%	2 3,0%	2 3,0%
	Soltero	2 3,0%	10 15,2%	12 18,2%
	Unión Libre	0 0,0%	2 3,0%	2 3,0%
	Viudo	6 9,1%	25 37,9%	31 47,0%
	Total	13 19,7%	53 80,3%	66 100,0%

Fuente: autoría propia

Las personas mayores con estado civil casado tienen 7,6% de adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 mientras que el 21,2% no tienen adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2, las personas mayores viudas tienen 37,9% de no adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 y el 9,1% tienen adherencia al tratamiento.

Los resultados no son estadísticamente significativos con la variable de estado civil, por lo tanto, no se descarta que la relación este fundamentada en características sociales, las cuales pueden influir en la relación de ambas variables debido a que si las personas mayores disminuyen sus interacciones sociales aumenta el riesgo de abandono y soledad.

Tabla 11. Casa propia y adherencia al tratamiento.

		Adherencia		Total
		Adherencia	No adherencia	
Casa propia	No	3	9	12

		4,5%	13,6%	18,2%
	Si	10	44	54
		15,2%	66,7%	81,8%
Total		13	53	66
		19,7%	80,3%	100,0%

Fuente: autoría propia

Las personas mayores con casa propia el 66,7% no tienen adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 y el 15,2% si tiene adherencia al tratamiento, las personas mayores sin casa propia el 13,6% no tienen adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 mientras que el 4,5% tiene adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2.

La variable de casa propia influye en la adherencia al tratamiento, debido a que si la persona mayor tiene una estabilidad en cuanto a lugar donde vive disminuyen diferentes riesgos y preocupaciones que pueden reflejarse en el estado de salud.

Tabla 12. Institución de seguridad social y adherencia al tratamiento.

		Adherencia		Total
		Adherencia	No adherencia	
Institución de seguridad social	No	7	33	40
		10,6%	50,0%	60,6%
	Si	6	20	26
		9,1%	30,3%	39,4%
Total		13	53	66
		19,7%	80,3%	100,0%

Fuente: autoría propia

Las personas mayores que cuentan con servicio médico el 50% no tiene adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2, solo el 10,6% si tienen adherencia al tratamiento; de las personas mayores que no tienen servicio médico el 30,3% no tienen adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 y el 9,1% tiene adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2.

Los resultados no son estadísticamente significativos con la variable de servicio médico, sin embargo, influye directamente en la adherencia al tratamiento debido a que si la persona mayor no cuenta con servicio médico para poder atender su enfermedad aumenta la no adherencia al tratamiento además de tener diferentes complicaciones.

Tabla 13. Apoyo de 65 y más y adherencia al tratamiento.

		Adherencia		Total
		Adherencia	No adherencia	
Apoyo de 65 y más	No	5 7,6%	19 28,8%	24 36,4%
	Si	8 12,1%	34 51,5%	42 63,6%
Total		13 19,7%	53 80,3%	66 100,0%

Fuente: autoría propia

Las personas mayores que cuentan con apoyo de 65 años y más, el 12,1% tienen adherencia al tratamiento mientras el 51,1% no tiene adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2, las personas mayores que no tienen el apoyo de 65 y más el 28,8% no tienen adherencia al tratamiento y el 7,6% si tienen adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2.

La variable de apoyo de 65 años y más, tiene relación con la economía de las personas mayores, debido a que si la persona cuenta con el apoyo aumenta la posibilidad de cubrir sus necesidades favoreciendo a la adherencia al tratamiento.

Tabla 14. Ingreso mensual y adherencia al tratamiento.

		Adherencia		Total
		Adherencia	No adherencia	
Ingreso mensual	\$3000 a \$4500	1 1,5%	7 10,6%	8 12,1%
	Mas de \$4500	0 0,0%	1 1,5%	1 1,5%
	Menos de \$3000	12 18,2%	45 68,2%	57 86,4%
Total		13 19,7%	53 80,3%	66 100,0%

Fuente: autoría propia

Las personas mayores con un ingreso mensual menor de \$3000 el 18,2% tiene adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2, y el 68,2% no tienen adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2, el 10,6% no tiene adherencia al tratamiento de las personas mayores que tienen un ingreso mensual de entre \$3000 a \$4500.

Los resultados no son estadísticamente significativos con la variable de ingreso, por lo tanto, no se descarta la relación este fundamentada en características económicas, las

cuales pueden influir entre las dos variables, debido a que si la persona mayor tiene un ingreso mensual menor a \$3000 tiene mayor probabilidad de no tener adherencia al tratamiento.

Tabla 15. Obtención de ingresos y adherencia al tratamiento.

		Adherencia		Total
		Adherencia	No adherencia	
Obtención ingresos	Por Familiares	9 13,6%	31 47,0%	40 60,6%
	Por Trabajo	6,1%	33,3%	26 39,4%
Total		13 19,7%	53 80,3%	66 100,0%

Fuente: autoría propia

Las personas mayores obtienen su ingreso mensual por familiares, el 13,6% tiene adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 mientras que el 47% no tiene adherencia al tratamiento. El 6,1% de las personas mayores que obtienen su ingreso de su trabajo tienen adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 y el 33,3% no tiene adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2.

La variable de obtención de ingresos es parte de las características económicas de la persona mayor, influye en la adherencia al tratamiento debido a que, si la persona mayor no tiene un ingreso mensual seguro, la familia funge como proveedor de este y surge una dependencia económica, que tiene relación con el estado de salud y por ende en la adherencia al tratamiento.

Tabla 16. Atender su salud y adherencia al tratamiento.

		Adherencia		Total
		Adherencia	No adherencia	
Atender su salud	No	3 4,5%	25 37,9%	28 42,4%
	Si	10 15,2%	28 42,4%	38 57,6%

	13	53	66
Total	19,7%	80,3%	100,0%

Fuente: autoría propia

Las personas mayores que no pueden atender su salud el 4,5% tienen adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2, el 37,9% no tiene adherencia al tratamiento y no pueden atender su salud, el 15,2% de las personas que pueden atender su salud tiene adherencia al tratamiento mientras y el 42,4% no tiene adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2.

La variable de atender su salud, influye sobre la adherencia al tratamiento debido a que si la persona mayor no atiende su salud tiene más probabilidad de no tener adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2.

Tabla 17. APGAR familiar y adherencia al tratamiento.

		Adherencia		Total
		Adherencia	No adherencia	
APGAR familiar	F con moderada disfunción	2 3,0%	14 21,2%	16 24,2%
	F funcional	10 15,2%	20 30,3%	30 45,5%
	F severamente disfuncional	1 1,5%	19 28,8%	20 30,3%
Total		13 19,7%	53 80,3%	66 100,0%

Fuente: autoría propia

Las personas mayores con tipo de familia moderadamente disfuncional el 3% tiene adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 y el 21,2% no tiene adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2, el 15,2% tienen adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 y una familia funciona mientras el 30,3% no tienen adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2, las personas mayores con una familia severamente disfuncional el 28,8% no tienen adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 y el 1,5% tiene adherencia al tratamiento.

La variable de familia nos indica como se encuentra la red de apoyo de las personas mayores, donde se establecen vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas, en este caso la adherencia al tratamiento será efectiva entre mejor sea la relación con la familia la persona mayor.

Tabla 18. Apoyo social y adherencia al tratamiento.

		Adherencia		Total
		Adherencia	No adherencia	
Apoyo social	No	9 13,6%	41 62,1%	50 75,8%
	Si	4 6,1%	12 18,2%	16 24,2%
Total		13 19,7%	53 80,3%	66 100,0%

Fuente: autoría propia

Las personas mayores que no cuentan con apoyo social el 13,6% tiene adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 y el 62,1% no tiene adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2, sin embargo, las personas que tienen apoyo social el 6,1% tiene adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 y el 18,2% no tiene adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2.

La variable de apoyo social forma parte de la red de apoyo, es el conjunto de relaciones que integran a la persona mayor con su entorno, además fomenta el bienestar y participación activa, sin embargo, la variable influye en la adherencia al tratamiento debido a que si la persona mayor no tiene apoyo social la no adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 es mayor a que si cuenta con apoyo social.

Determinar los factores socioeconómicos como determinantes de salud en personas mayores con diabetes tipo2.

RLB: análisis bivariado de adherencia al tratamiento y variables sociodemográficas

Tabla 19. Regresión logística de sexo con adherencia al tratamiento.

Variable	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)
----------	---	------	------	----	------	--------	----------------------

								Inferior	Superior
Sexo (1)	Hombre	,647	,587	1,212	1	,271	1,909	,604	6,035
	Constante	-1,186	,345	11,844	1	,001	,306		
Constante	Mujer	-,647	,587	1,212	1	,271	,524	,166	1,656
		-,539	,476	1,284	1	,257	,583		

Fuente: autoría propia

Sexo: el riesgo de no adherencia al tratamiento en hombres fue 1,909 (IC 95%: 0,604–6,035) veces mayor que en mujeres, aunque la asociación estadística no fue significativa.

Tabla 20. Regresión logística de casa propia con adherencia al tratamiento.

Variable		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Casa propia (1)	No	,143	,733	,038	1	,845	1,154	,274	4,850
	Constante	-1,099	,667	2,716	1	,099	,333		
Constante	Si	-,143	,733	,038	1	,845	,867	,206	3,643
		-,956	,304	9,891	1	,002	,385		

Fuente: autoría propia

Casa propia: el riesgo de no adherencia al tratamiento en personas que no tengan casa propia fue 1,154 (IC 95%: 0,274–4,850) veces mayor que en personas que tienen casa propia, aunque la asociación estadística no fue significativa.

Tabla 21. Regresión logística de servicio médico con adherencia al tratamiento.

Variable	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior

Servicio médico (1)	No	1,086	,637	2,908	1	,088	2,962	,850	10,315
		-1,705	,544	9,836	1	,002	,182		
Constante	Si	-1,086	,637	2,908	1	,088	,338	,097	1,176
		-,619	,331	3,487	1	,062	,538		

Fuente: autoría propia

Servicio médico: el riesgo de no adherencia al tratamiento en personas que no cuenten con servicio médico fue 2,962 (IC 95%: 0,850–10,3255) veces mayor que en personas que tienen servicio médico, aunque la asociación estadística no fue significativa.

Tabla 22. Regresión logística de apoyo de 65 y más con adherencia al tratamiento.

Variable		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Obtención ingresos (1)	Por familia	,704	,601	1,371	1	,242	2,022	,622	6,572
	Constante	-1,435	,498	8,317	1	,004	,238		

Fuente: autoría propia

Obtención de ingresos: el riesgo de no adherencia al tratamiento en personas que tienen obtención de ingresos por familia fue 2,022 (IC 95%: 0,622–6,572) veces mayor que en personas que tienen obtención de ingresos por trabajo, aunque la asociación estadística no fue significativa.

Tabla 23. Regresión logística de atender su salud con adherencia al tratamiento.

Variable	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior

Atender su salud (1)	No	1,386	,586	5,591	1	,018	4,000	1,268	12,622
Constante		-1,674	,445	14,158	1	,000	,188		
	Si	-1,386	,586	5,591	1	,018	,250	,079	,789
		-,288	,382	,568	1	,451	,750		

Fuente: autoría propia

Atender su salud: el riesgo de no adherencia al tratamiento en personas que no pueden atender su salud fue 4,000 (IC 95%: 1,268–12,622) veces mayor que en personas que pueden atender su salud, aunque la asociación estadística no fue significativa.

Tabla 24. Regresión logística de apoyo social con adherencia al tratamiento.

Variable		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Apoyo social (1)	No	,619	,711	,758	1	,384	1,857	,461	7,482
Constante		-1,466	,641	5,241	1	,022	,231		

Fuente: autoría propia

Apoyo social: el riesgo de no adherencia al tratamiento en personas sin apoyo social fue 1,857 (IC 95%: 0,461–7,482) veces mayor que en personas que pueden atender su salud, aunque la asociación estadística no fue significativa.

Tabla 25. Regresión logística de apoyo de 65 años y más con adherencia al tratamiento.

Variable	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)
----------	---	------	------	----	------	--------	----------------------

								Inferior	Superior
Apoyo de 65 y más (1) Constante	No	,533	,603	,779	1	,377	1,703	,522	5,558
		-1,335	,503	7,055	1	,008	,263		
	Si	-,533	,603	,779	1	,377	,587	,180	1,915
		-,802	,334	5,779	1	,016	,448		

Fuente: autoría propia

Apoyo de 65 años y más: el riesgo de no adherencia al tratamiento en personas sin apoyo de 65 años y más fue 1,703 (IC 95%: 0,522–5,558) veces mayor que en personas que cuentan con el apoyo, aunque la asociación estadística no fue significativa.

11. Discusión

La adherencia al tratamiento es importante en cualquier enfermedad, sobre todo, en las enfermedades crónicas, es un factor clave para obtener buenos resultados, ya que,

dependiendo del cumplimiento sobre la adherencia, será el impacto que tendrá a nivel biopsicosocial cada una de las personas, además de la calidad de vida.

La alta prevalencia e incidencia de pacientes con diabetes tipo 2 en el mundo y en nuestro país, nos lleva a diferentes complicaciones desde a corto plazo como a largo plazo entre ellas encontramos: la retinopatía diabética, enfermedad renal crónica, y amputación de miembros inferiores; destacan la importancia de atender y conocer las barreras que existen en la adherencia al tratamiento en todos los contextos, en los que se desenvuelven las personas mayores (Megret & Calles, 2018). Esta investigación se desarrolló en el municipio de villa de Tezontepec del estado de Hidalgo, donde las personas mayores se encuentran en un contexto rural con diferentes necesidades, barreras y situaciones individuales.

Las personas mayores son consideradas una población vulnerable por las condiciones biológicas y sociales, al vivir en situaciones de riesgo determinada por los recursos personales, económicos, del entorno, familiar, comunitario, y de acceso a los servicios de salud (Guerrero-R & Yépez-Ch 2015); Surgen los problemas relacionados con el cumplimiento y apego de los tratamientos, así como es la adherencia al tratamiento, recordando que no solo la toma de medicamento es suficiente para la mejora de la enfermedad, si no es importante el cambio de hábitos higiénico dietéticos, desde este punto de vista, las oportunidades a los que ellos pueden acceder o desventajas en las que se encuentran las personas mayores son factores que influyen en la adherencia al tratamiento.

La no adherencia tiene un efecto multicausal y significativo con impacto directo en la salud de las personas mayores e indirecto para la familia o las personas que lo rodean en su contexto, además de la población en general (Murwanashyaka, 2022), se debe tomar en cuenta las características que tienen esta población en el proceso de envejecimiento, por la presencia de diferentes enfermedades y a su vez la toma de diferentes fármacos al mismo tiempo.

Aragón en el 2021 en su investigación se centra en el estudio de factores que intervienen en la adherencia al tratamiento farmacológico, realiza asociaciones entre la adherencia y factores sociodemográficos con apoyo del Test de Batalla, Test de Morisky Green Levine y Test BMQ, en cuanto a los resultados arrojaron que el 72% de la población la falta de adherencia se relaciona al factor del nivel de escolaridad, el 78% al factor económico, y el

93,94% con barreras en la memoria, la causa más frecuente se identificó dejar de tomar la medicación cuando se encuentra bien y tiene olvido las personas. En cuanto a esta investigación el 42,4% de las personas mayores su escolaridad es analfabeta y el 36,4% no tiene adherencia al tratamiento, el 86,4% de las personas mayores tienen un ingreso mensual menos a \$3000 de los cuales el 68,2% no tiene adherencia al tratamiento, se puede notar una similitud entre los factores de estas investigaciones.

Aunque existen múltiples estudios sobre adherencia al tratamiento, algunos se centran en la toma del fármaco, múltiples enfermedades crónicas, en un contexto hospitalario o clínico, por lo cual en esta investigación se centra en un municipio del estado de Hidalgo, para obtener información más cercana del vivir del día con día de las personas mayores en un entorno cotidiano sin algún sesgo de información por encontrarse en algún lugar del área de la salud. A partir de esto, se diseñó un cuestionario para la evaluación de la adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2, el cual permite mayor aplicabilidad en personas mayores mexicanas debido a que es un cuestionario específico, claro, breve, y aplicabilidad rápida para evitar la fatiga y cansancio del encuestador.

Además, con la información obtenida es posible identificar las conductas de las personas mayores que favorecen o no la adherencia al tratamiento y así, poder desarrollar estrategias de intervención destinadas a controlar la enfermedad de diabetes tipo 2 y evitar sus complicaciones. Aránzazu y colaboradores en el 2019 realizan una investigación en España mencionan la importancia de brindar conocimientos, educar al paciente, el gran aporte de las charlas, pláticas y talleres en el estilo de vida de la comunidad, concluyendo que una población con conocimiento es un paciente activo en el proceso de la enfermedad y se preocupa por la adherencia al tratamiento, por ello, el fortalecer la educación hacia el paciente es ideal para promover sus capacidades y habilidades de autocuidado que contribuya a adoptar estilos de vida saludable para mejorar su estado de salud.

Las personas mayores de Villa de Tezontepec, Hidalgo tienen diferentes perspectivas e información sobre la enfermedad de diabetes tipo 2, debido a que el personal de salud no comunica el conocimiento de la enfermedad, lo cual surge la desinformación y las personas mayores buscan con su red de apoyo, que es la enfermedad de diabetes tipo 2, después de obtener la información se crea una percepción sobre la enfermedad por lo tanto para

cada uno de ellos, el entendimiento y conocimiento de la enfermedad es diferente, surge como un factor o barrera para la adherencia al tratamiento.

Mendoza (2021) investiga sobre el síndrome metabólico de las personas en una clínica de primer nivel nos explica que existen diferentes barreras o factores que no permiten el control de la enfermedad, estas barreras o factores pueden ser propias de la persona, al igual que las del sistema de salud que otorga el servicio, enfatizando el papel de los médicos para educar y orientar al paciente con respecto a su enfermedad y coadyuvar a su adherencia al tratamiento.

Un porcentaje importante de las personas mayores considera que el personal de salud no les brinda información suficiente y necesaria, es decir, no siempre resuelven sus dudas o inquietudes acerca del tratamiento que reciben además de la explicación sobre que es la enfermedad de diabetes tipo 2 y cuáles son las recomendaciones médicas necesarias para un correcto cuidado y disminución de factores de riesgo.

12. Conclusiones

- Ante la situación de un bajo porcentaje de adherencia al tratamiento, se debe asegurar y garantizar la implementación de cada una de las estrategias plasmadas en los planes y programas mediante acciones de participación multidisciplinaria.

Desde todos los actores sociales para atender cada uno de los factores e intervenir en las causas de forma integral y colectiva.

- Los resultados de la investigación demuestran la influencia que existe entre los factores sociodemográficos y la falta de adherencia, entre ellos se destaca la pobreza y el nivel de educación; factores relacionados con el paciente la edad y el olvido; factores relacionados con la enfermedad en el que se resalta la enfermedad crónica y tiempo de evolución mínimo de 3 y máximo de 30 años e incluye el factor relacionado con el contexto actual.
- La salud después de pandemia Covid-19 se puede evidenciar los diferentes trastornos a nivel emocional, que afectan directamente a la adherencia al tratamiento y de lo contrario podrían ayudar o beneficiar a desarrollar mejores niveles de adherencia al tratamiento, permitiendo mejorar la calidad de vida y afianzar las relaciones interpersonales.
- A las personas mayores es importante que siga una línea de acción con los controles de salud para poder evitar algunas complicaciones por no tener una adherencia al tratamiento, poder actuar oportunamente y ayudarlos a evitar que se produzca dichos problemas, que podría llevar a una muerte prematura o alguna discapacidad por no tener una adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2.
- La salud pública tiene un papel importante en el tema de adherencia al tratamiento debido a que a pesar de que los múltiples esfuerzos que se han llevado a cabo, no han sido suficientes para alcanzar el objetivo principal, el cual es mejorar la salud de las personas mayores como su calidad de vida.

13. Recomendaciones

Se recomienda continuar con investigaciones que incluyan cada uno de los factores socioeconómicos junto con otras variables y/u otras enfermedades crónicas para ampliar la aplicabilidad de los conocimientos.

Para este tipo de estudios sugiero que el periodo de recolección de datos sea más amplio, ya que esto permitirá obtener más información y mayor posibilidad de llegar a otras personas, así como evidenciar significancia estadística.

A los profesionales del área de la salud se recomienda realizar talleres donde se muestre a las personas mayores, los diferentes ejercicios y actividad física que podrían realizar para favorecer su estado de salud como personas con diabetes tipo 2 y brindarles opciones de autocuidado para su cuerpo y condición física importante en una mejor calidad de vida.

Es necesario reconocer las limitaciones del estudio para futuras investigaciones.

14. Limitaciones

La dispersión de la población, en su mayoría se encuentra en las diferentes comunidades, es importante mencionar que la accesibilidad a cada comunidad es limitada, ya que solo en transporte particular se puede ingresar.

El periodo de tiempo para la recolección de datos fue corto debido al tiempo limitado, además la poca participación de la población.

Las personas mayores tienen una percepción sobre la enfermedad de diabetes tipo 2 es diferente en cada uno de ellos, por lo tanto, el entendimiento y conocimiento de la misma, es limitado.

15. Materiales y Presupuesto

Costos directos:

- Instrumento
- Hojas
- Lapiceros
- Impresiones

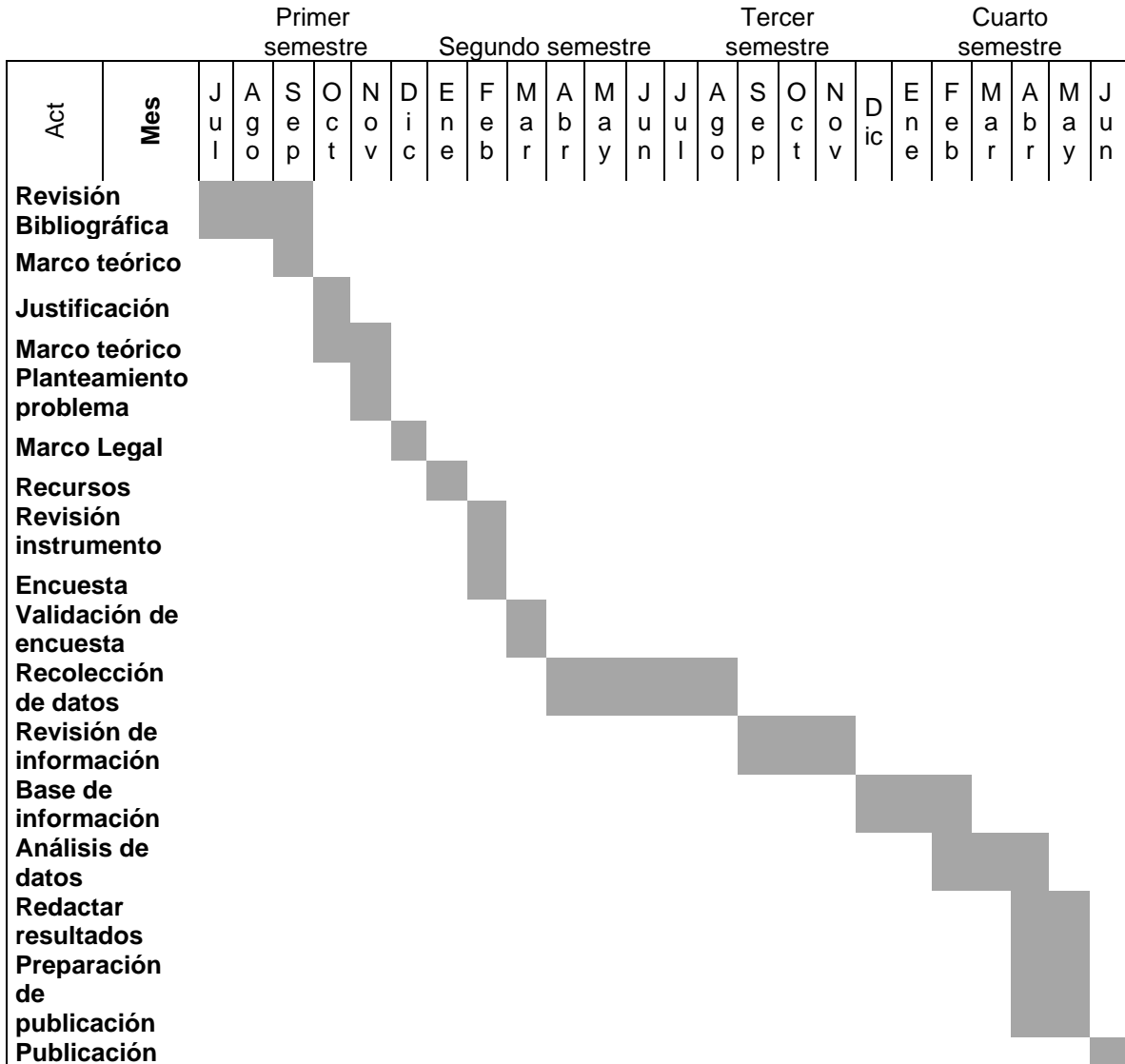
Costos indirectos:

- Internet
- Energía eléctrica
- Computadora
- Viáticos

Fuente de financiamiento

Propia

16. Cronograma de Actividades



17. Referencias bibliográficas

- ADA. (s.f.). *American Diabetes Association*. Obtenido de diagnóstico:
[https://diabetes.org/espanol/diagnostico#:~:text=Prueba%20aleatoria%20\(tambi%C3%A9n%20llamada%20casual,igual%20a%20200%20mg%2Fdl](https://diabetes.org/espanol/diagnostico#:~:text=Prueba%20aleatoria%20(tambi%C3%A9n%20llamada%20casual,igual%20a%20200%20mg%2Fdl).
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. . *Organizational Behavior And Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. doi:[https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Angelucci-Bastidas, L. y.-B. (2021). Adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2: Un modelo de regresión logística. *Medicas UIS*, 34(2). doi:<https://doi.org/10.18273/revmed.v34n2-2021003>
- Anrango, S. D. (2021). Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento farmacológico de Hipertensión Arterial y Diabetes en los Adultos Mayores del Centro de Salud Imbaya de Atuntaqui. Obtenido de <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/11550>
- Aránzazu-Meneses LM, A.-R. C.-F.-F. (2019). Adherencia al tratamiento y estilos de vida saludable de los diabéticos tipo 2 de Benicasim (Castellón). *RqR Enfermería Comunitaria*, 7(2), 27-38.
- Atlas de la diabetes de la FID. (2021). *Diabetes en todo el mundo en 2021*. Obtenido de <https://diabetesatlas.org/>
- Baeta, M. f. (2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad y Salud*. Obtenido de https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932015000200011
- Banco Mundial . (21 de Julio de 2021). *Cómo envejecer bien en Latinoamérica*. Obtenido de <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2021/07/21/c-mo-envejecer-bien-en-latinoam-rica>
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. . *Health education monographs*, 324-473.
- Bernard, J. E. (2019). INTRODUCCIÓN AL MODELO TRANSTEÓRICO: ROL DEL APOYO SOCIAL Y DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(3), 2601-2633. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2019/epi193g.pdf>
- Briones A, W. L. (2022). Falta de adherencia al tratamiento farmacológico y factores asociados en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med Chil*, 8, 985-993. doi:doi: 10.4067/S0034-98872022000800985.
- Ceballos Casas, M. G. (2020). Adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con enfermedad renal crónica. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(4). doi:<https://doi.org/10.5281/zenodo.4092559>
- CONEVAL. (2020). Navega en la Plataforma de Visualización del SIDS. Obtenido de <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/villa-de-tezontepec>

- CONEVAL. (2020). POBREZA Y PERSONAS MAYORES EN MÉXICO 2020. Obtenido de https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_Personas_Mayores.aspx
- De Los Ángeles Martín Alfonso, L. Á. (2014). Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 225-238. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v40n2/spu07214.pdf>
- Domínguez G. L., & O. (2019). 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*, 1, 63-74. doi:[https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2019.06\(01\)63-074](https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2019.06(01)63-074)
- García, M. C. (2019). Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Horizonte sanitario*, 18(3), 383-392. doi:<https://doi.org/10.19136/hs.a18n3.2888>
- García-Moreno, C. (2021). Las redes informales de apoyo como recurso clave en la intervención social. *Las redes informales de apoyo como recurso clave en la intervención social*. 34(2).
- Ghaemi, N. (2009). The rise and fall of the biopsychosocial model. *Br J Psychiatry*, 195(1), 3-4. doi:10.1192/bjp.bp.109.063859
- Guerrero-R, N. &.-C. (2015). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Universidad y Salud*, 17(1), 121-131. Obtenido de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-755647>
- Gutiérrez-Angulo, M., Lopetegi-Uranga, P., Sánchez-Martín, I., & Garaigordobil, M. (2012). *Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2*. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.cali.2011.09.008>
- Hochbaum, G. (1958). *Public participation in medical screening programs: A sociopsychological study*. Washington: PHS.
- III Foro Diálogos Pfizer-Pacientes. (2009). *La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida*. Obtenido de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pfizer-adherencia-01.pdf>
- IMSS. (2018). *Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención*. CDMX, Mexico.
- INAPAM. (Agosto de 2022). *Transición epidemiológica y salud pública*. Obtenido de <https://www.gob.mx/inapam/articulos/transicion-epidemiologica-y-salud-publica?idiom=es>
- INEGI. (2020). *Censo de Población y Vivienda*. Obtenido de <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/hgo/poblacion/default.aspx?tema=me&e=13>

- INEGI. (29 de Julio de 2021). *INEGI*. Obtenido de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pre_07.pdf
- INSP. (26 de Agosto de 2020). *GOBIERNO DE MÉXICO*. Obtenido de DIABETES EN MÉXICO: <https://www.insp.mx/avisos/3652-diabetes-en-mexico.html>
- Jannuzzi, F. F.-J. (2014). Beliefs related to adherence to oral antidiabetic treatment according to the Theory of Planned Behavior. *22(4)*, 529-537. doi:<https://doi.org/10.1590/0104-1169.3578.2448>
- Kirscht, J. (1974). El modelo de creencias sobre la salud y el comportamiento ante la enfermedad. *Monografías de Educación para la Salud*. doi:10.1177/109019817400200406
- Loera, M. J., Martínez, B., Torres, Y. E., L., A. O., & V., V. M. (2023). Prevalencia y factores asociados a adherencia terapéutica de. *Archivos en Medicina Familiar*, 234-245. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2023/amf235g.pdf>
- Luna-Breceda, U. D.-V.-E. (2017). *Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: Experiencia en una unidad de Medicina familiar de*. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.af.2017.07.004>
- Mayorga-Muñoz, C. G.-P.-N. (2019). *Propiedades psicométricas de la escala APGAR-familiar en personas mayores residentes en zonas rurales multiétnicas chilenas*. Obtenido de Revista médica de Chile: <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872019001001283>
- Megret D. R., y. C. (2018). Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. *Journal of Pharmacy & Pharmacognosy Research*, *6(5)*, 349-357. Obtenido de https://jppres.com/jppres/pdf/vol6/jppres18.391_6.5.349.pdf
- Mena R, M. (30 de Septiembre de 2020). *Statista*. Obtenido de Día Internacional de las Personas de Edad: <https://es.statista.com/grafico/23071/poblacion-mayor-de-65-anos-como-porcentaje-de-la-poblacion-mundial-total/>
- Mendoza, R. . (2021). . La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión y obesidad. *Medicina y ética*, *34(4)*. doi:<https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n4.01>.
- Mora-Romo, J. F. (2022). Adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 en México: Estudio de meta-análisis. *Psicumex*, *12*. doi:<https://doi.org/10.36793/psicumex.v12i1.493>
- Muñoz, A. D. (2021). Agenda de la salud pública argentina: enfoques, experiencias e investigación. En M. G. Nair Tordo, *ENVEJECIMIENTO SALUDABLE Y ACTIVO: ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y EXPERIENCIAS DE SU PROMOCION* (págs. 199-230). Buenos Aires: ISALUD.
- Murwanashyaka, J. D. (2022). Non-adherence to medication and associated factors among type 2 diabetes patients at Clinique Medicale Fraternelle, Rwanda: a cross-sectional study. *BMC endocrine disorders*, *22(1)*. doi:<https://doi.org/10.1186/s12902-022-01133-0>

- OEA. (15 de Junio de 2015). *CONVENCIÓN INTERAMERICANA SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES*. Obtenido de <https://e-legislar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/26473.html>
- OMS. (2004). *ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS A LARGO PLAZO. Pruebas para la acción*. Ginebra 27, Suiza.
- OMS. (2014). *ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS A LARGO PLAZO Pruebas para la acción. En Modo en que la adherencia terapéutica deficiente influye sobre los formuladores de políticas y los gerentes sanitarios* (pág. 12). Ginebra: 20 Avenue Appia.
- OMS. (13 de Abril de 2021). *Centro de Prensa*. Obtenido de Diabetes: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- OMS. (4 de 10 de 2021). *Envejecimiento y salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- OPS. (23 de Agosto de 2021). *Diabetes*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
- OPS. (14 de Abril de 2021). *La OMS lanza un nuevo paquete técnico mundial para acelerar las acciones para abordar la diabetes*. Obtenido de Pacto Mundial contra la Diabetes: <https://www.paho.org/es/noticias/14-4-2021-oms-lanza-nuevo-paquete-tecnico-mundial-para-acelerar-acciones-para-abordar>
- Orozco-Beltrán, D. M.-C. (2016). Abordaje de la adherencia de diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posible soluciones. *Atencion Primaria*, 406-420. doi:<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.09.001>
- Ortega Cerda, J. S. (3 de Julio de 2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *ActA Médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226-232. Recuperado el 2021, de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/publicaciones.cgi?IDREVISTA=32&NOMBRE=Acta%20Médica%20Grupo%20Ángeles>
- Otero, P. A. (2006). Relaciones sociales y envejecimiento saludable. *Fundacion BBVA*. Obtenido de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/otero-relaciones-01.pdf>
- Pagès Puigdemont, N. V. (2018). Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm*, 53(3), 163-172. doi:<http://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i3.7387>
- Pascacio-Vera, G. D.-Z.-L.-P. (2016). Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud En Tabasco*, 23-31. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/487/48749482004.pdf>
- PENSIONISSSTE. (25 de Agosto de 2017). *Gobierno de Mexico*. Obtenido de <https://www.gob.mx/pensionissste/articulos/dia-del-adulto-mayor-123010?idiom=es>
- Plascencia de la T., J., & Chan G., E. &. (2019). Variables psicosociales predictoras de la no adherencia a los antirretrovirales en personas con VIH-SIDA. *Revista CES Psicología*, 12(3), 1-13. doi:<https://doi.org/10.21615/cesp.12.3.5>

- Ramos Rangel, Y. M. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Finlay*, 89-96. Obtenido de <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/474>
- Rojas R. J., & M. (2020). Adherencia al tratamiento en personas con alteraciones cardiovasculares: Enfoques teóricos de enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 24(56), 256-270. doi:<https://doi.org/10.14198/cuid.2020.56.18>
- Rojas-Villegas, Y. M.-S. (2017). Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Revista de psicología*, 26(1), 65-77. doi:<https://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2017.46859>
- Sardi, L. I. (2019). Applying trans-theoretical model for blood donation among Spanish adults: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 19(1724). doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-019-8046-9>
- SECTI. (30 de Julio de 2021). MÉXICO, SEGUNDO PAÍS EN AMÉRICA LATINA CON PREVALENCIA DE DIABETES. Obtenido de SECTEI: <https://sectei.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/mexico-segundo-pais-en-america-latina-con-prevalencia-de-diabetes>
- Stefanacci, R. G. (MAYO de 2022). *Introducción al envejecimiento*. Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/envejecimiento-del-organismo/introducci%C3%B3n-al-envejecimiento>
- Suárez Cuba, M. A. (2014). APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*, 20(1), 53-57. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es&tlng=es.
- UAEH. (2022). *Secretaría de Salud*. Obtenido de Encuesta SABE: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/envejecimiento/EncuestaSABE.html>
- Valverde, M. (2021). Soporte familiar y adherencia al tratamiento, Centro.
- Vargas, S. T. (2018). Adherencia al tratamiento y su relación con el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en una unidad de medicina familiar en Cuernavaca, Morelos, México. *Atención Familiar*, 25(4), 146-150. doi:<https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.4.67258>
- Velázquez, L. L.-R.-T.-d. (2021). La adherencia al tratamiento no farmacológico se asocia con metas de control cardiovascular y mejores hábitos dietéticos en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 34(2), 88-96. doi:<https://doi.org/10.1016/j.arteri.2021.03.005>.
- Vicente-Sánchez, S. O.-J.-R.-S.-P.-N. (2018). Treatment adherence in patients older than 65 years who suffer early readmissions. *PubMed*, 147-151. Obtenido de <https://doi.org/10.7399/fh.10907>

Villalba A, J. A. (2021). Comprendiendo la conducta del paciente con diabetes: estrategias para mejorar la adherencia terapéutica. *Medicina Clínica y Social*, 5(2), 90-99.
doi:<https://doi.org/10.52379/mcs.v5i2.187>

Villalba Arias, J. A.-S. (2021). Comprendiendo la conducta del paciente con diabetes: estrategias para mejorar la adherencia terapéutica. *Medicina Clínica y Social*, 5(2), 90-99.
doi:<https://doi.org/10.52379/mcs.v5i2.187>

18. Anexos

Figura 7. Dictamen del comité de ética e investigación



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Instituto de Ciencias de la Salud
School of Medical Sciences
Coordinación de Investigación
Area of Research

San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo a 25 de abril de 2022
Oficio Comiteei.icsa 041/2022
Asunto: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN.

Denisse Sánchez Munive
Investigador Principal
Correo electrónico sa263973@uaeh.edu.mx
sa263973@uaeh.edu.mx

PRESENTE

Título del Proyecto: Factores socioeconómicos que intervienen en la adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 en personas mayores de Mineral de la Reforma durante 2022.

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité de Ética e Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

Decisión
Aprobado con modificaciones

Este protocolo tiene vigencia del 25 de abril del 2022 al 24 de abril del 2023.

En caso de requerir una ampliación, le rogamos tenga en cuenta que deberá enviar al Comité un reporte de progreso de avance de su proyecto al menos 60 días antes de la fecha de término de su vigencia.

Le rogamos atender las indicaciones realizadas por el revisor, y enviar nuevamente una versión corregida de su protocolo para una nueva evaluación.

Atentamente

Dra. María del Refugio Acuña Gurrola
Presidenta del Comité

Para la validación de este documento, informe el siguiente código en la sección Validador de documentos del sitio web del Comité de Ética e Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud: LLE[h]gxm#
<https://sites.google.com/view/comiteei-icsa/validador-de-documentos>

Figura 8. Aceptación de investigación



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

No. OFICIO PMVT/DIF032/2022

VILLA DE TEZONTEPEC, HGO. A 28 DE FEBRERO DE 2022

**ASUNTO: CARTA
DE ACEPTACION**

**M. EN CS. MA. DEL CONSUELO CABRERA MORALES
COORDINADORA DE LA MAESTRIA EN SALUD PUBLICA
DIRECTOR OF GRADUATE STUDIES MASTER IN PUBLIC HEALTH
P R E S E N T E.**

Por medio del presente me dirijo a usted de la manera más atenta no sin antes deseando que tenga un día exitoso.

La que suscribe Lic. Daniela Torres Enciso, directora de este Sistema DIF Municipal tengo a bien informarle que la maestrante **C. DENISSE SANCHEZ MUNIVE**, alumna del segundo semestre del posgrado en la maestría en salud pública de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, es aceptada por esta institución gubernamental para iniciar su estancia educativa, en un periodo del 01 al 31 de año en curso.

Sin más por el momento me despido de usted, quedando a sus órdenes.

ATENTAMENTE

LIC. DANIELA TORRES ENCISO
DIRECTORA DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL
VILLA DE TEZONTEPEC, HIDALGO

Figura 9. Consentimiento informado



Factores socioeconómicos que intervienen en la adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 en personas mayores, Villa de Tezontepec, Hidalgo, 2022.

La presente investigación es conducida por la estudiante de maestría en salud pública, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. El objetivo de este estudio es Identificar los factores socioeconómicos asociados a la adherencia al tratamiento de diabetes tipo 2 en las personas mayores en Villa de Tezontepec.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la encuesta serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con el responsable del proyecto LG Denisse Sánchez Munive, con Director del estudio Dr. David López Romero; a cualquiera de las siguientes direcciones de correo: sa263973@uaeh.edu.mx; david_lopez@uaeh.edu.mx; o al siguiente número telefónico: 7717025010.

Manifiesto que fui informado (a) del propósito, procedimientos y tiempo de participación y en pleno uso de mis facultades, es mi voluntad participar en esta investigación

No omito manifestar que he sido informado(a) clara, precisa y ampliamente, respecto de los procedimientos que implica esta investigación, así como de los riesgos a los que estaré expuesto.

Figura 10. Test de Batalla

TEST DE BATALLA ✕ ⋮

Descripción (opcional) _____

20) ¿Es la Diabetes una enfermedad para toda la vida? *

Sí

No

21) ¿Se puede controlar la diabetes con dieta y medicamento? *

Sí

No

22) Cite dos o más órganos que pueden dañarse por tener la diabetes elevada. *

Ojos

Corazón

Riñón

Hígado

Páncreas

Figura 11. Test de Morisky y Green Levine

TEST DE MORISKY GREEN LEVINE ✕ ⋮

Descripción (opcional)

23) ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar la diabetes? *

Sí

No

24) ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? *

Sí

No

25) Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar el medicamento? *

Sí

No

26) Si alguna vez se sienta mal, ¿deja usted de tomar el medicamento? *

Sí

No

Figura 12. APGAR familiar

APGAR FAMILIAR

Descripción (opcional)

27) Está satisfecho (a) con la ayuda que recibe de su familia cuando algo le está perturbando. *

2-Casi siempre

1-Algunas veces

0-Casi nunca

28) Está satisfecho (a) del modo en que su familia discute asuntos de común interés y de cómo comparten los problemas para resolverlos. *

2-Casi siempre

1-Algunas veces

0-Casi nunca

29) Encuentra que su familia acepta el que usted asuma nuevas actividades o haga cambios en su estilo de vida. *

2-Casi siempre

1-Algunas veces

0-Casi nunca

30) Está satisfecho (a) del modo en que su familia expresa afecto y responde a sus sentimientos, tales como enojo, pena y amor. *

2-Casi siempre

1-Algunas veces

0-Casi nunca

31) Está satisfecho (a) con la cantidad de tiempo que su familia y usted comparten juntos. *

2-Casi siempre

1-Algunas veces

0-Casi nunca

Índice de figuras

Figura 1. Pruebas para diagnóstico de diabetes tipo 2.

Figura 2. Fármacos insulina secretores

Figura 3. Fármacos insulino-sensibilizadores

Figura 4. Tiazolidinedionas (glitazonas)

Figura 5. Inhibidores de la absorción intestinal de monosacáridos (inhibidores de alfa glucosiladas intestinales)

Figura 6. Centro de Villa de Tezontepec

Figura 7. Dictamen del comité de ética e investigación

Figura 8. Aceptación de investigación

Figura 9. Consentimiento informado

Figura 10. Test de Batalla

Figura 11. Test de Morisky y Green Levine

Figura 12. APGAR familiar

Índice de tablas

- Tabla 1. Análisis de variables socioeconómicas de la población de estudio
- Tabla 2. Medidas de tendencia central de la edad.
- Tabla 3. Instrumento de APGAR familiar.
- Tabla 4. Apoyo social
- Tabla 5. Adherencia al tratamiento de acuerdo al nivel de conocimiento.
- Tabla 6. Adherencia al tratamiento de acuerdo a las actitudes de las personas.
- Tabla 7. Sexo y adherencia al tratamiento.
- Tabla 8. Escolaridad y adherencia al tratamiento.
- Tabla 9. Ocupación y adherencia al tratamiento.
- Tabla 10. Estado civil y adherencia al tratamiento.
- Tabla 11. Casa propia y adherencia al tratamiento.
- Tabla 12. Servicio médico y adherencia al tratamiento.
- Tabla 13. Apoyo de 65 y más y adherencia al tratamiento.
- Tabla 14. Ingreso mensual y adherencia al tratamiento.
- Tabla 15. Obtención de ingresos y adherencia al tratamiento.
- Tabla 16. Atender su salud y adherencia al tratamiento.
- Tabla 17. APGAR familiar y adherencia al tratamiento.
- Tabla 18. Apoyo social y adherencia al tratamiento.
- Tabla 19. Regresión logística de sexo con adherencia al tratamiento.
- Tabla 20. Regresión logística de casa propia con adherencia al tratamiento.
- Tabla 21. Regresión logística de servicio médico con adherencia al tratamiento.
- Tabla 22. Regresión logística de apoyo de 65 y más con adherencia al tratamiento.
- Tabla 23. Regresión logística de atender su salud con adherencia al tratamiento.
- Tabla 24. Regresión logística de apoyo social con adherencia al tratamiento.
- Tabla 25. Regresión logística de apoyo de 65 años y más con adherencia al tratamiento.