



UNIVERSIDAD DEL BIO-BIO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS
ESCUELA DE ENFERMERIA

**FACTORES DETERMINANTES EN LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
DE USUARIOS DIABETICOS CON
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ORAL DE
CHILLAN**

Autores:

Alvarez Gangas, Viviana Andrea

Zavala González, Miguel Angel

Docente Guía:

E.U. Sra. Astudillo Araya, Angela Andrea

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERIA

CHILLAN-CHILE

2007
1

RESUMEN

Estudio de diseño descriptivo de corte transversal cuyo objetivo fue relacionar factores sociodemográficos, del estado de salud del usuario y factores personales de éste con la adherencia al tratamiento farmacológico oral.

La muestra estuvo constituida por 125 usuarios diabéticos con tratamiento farmacológico oral del sector 1 inscritos en el consultorio Violeta Parra de Chillán, seleccionados mediante una prueba aleatoria simple.

La recolección de datos se realizó mediante visitas domiciliarias utilizando un cuestionario elaborado por los autores, que cuenta con la escala socioeconómica de Graffar, APGAR familiar, el test de MORISKY-GREEN-LEVINE y la escala de Autovalencia.

Los datos fueron procesados en el programa Excel 4.0 y SPSS 14.0, analizados mediante las pruebas estadísticas X^2 con un p- value del 95% y el coeficiente gamma para determinar el grado y tipo de asociación entre variables.

Los resultados demostraron que la mayoría de los usuarios diabéticos con tratamiento farmacológico oral no se adhieren al tratamiento, son de sexo femenino, edades entre 55-64 años, con escolaridad básica, con nivel socioeconómico medio, sin ocupación, con polifarmacia, con patologías asociadas, con un tiempo de evolución de la enfermedad menor a 9 años, sin enfermedades mentales, autovalentes, con grado de cumplimiento a sus controles de salud bueno, con un funcionamiento familiar alto, un nivel de comprensión respecto a las indicaciones buena, no consumen alcohol y sin actividad física.

Las variables estadísticamente relacionadas fueron nivel socioeconómico y dinámica familiar, ambas con tipo de asociación directa y débil.

Palabras claves: Usuario diabético, tratamiento farmacológico oral, Adherencia al tratamiento.

I. INTRODUCCION

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica no transmisible, compleja, sin cura definitiva, que produce una gran demanda por parte de los usuarios en el nivel primario de salud, constituyendo una gran fuente de gastos tanto para el Sistema Nacional de Servicios de Salud como para los propios usuarios.

Debido a la gran cantidad de complicaciones que presenta la diabetes, cuando no es tratada adecuadamente, se ha incorporado a programas dentro de los consultorios a lo largo de todo el país, tanto para disminuir estas complicaciones así como también su mortalidad, la cual en Chile en el año 2004 tuvo una tasa del 22,6 por 100.000 habitantes.(1)

Lamentablemente las tasas de incidencia de la enfermedad continúan elevándose a medida que transcurren los años, esto producto de los hábitos deficientes de la comunidad para llevar estilos de vida saludable que constituyen una medida preventiva para el desarrollo de la patología, como por ejemplo una actividad física recurrente, una alimentación saludable y otras conductas que refuerzan una vida saludable como la abstinencia del consumo de alcohol y la disminución del tabaquismo.

Una de las claves fundamentales para disminuir las complicaciones, además de llevar hábitos de vida saludable es la “adherencia al tratamiento” tanto farmacológico así como también dietético y la actividad física programada, definiéndose como adherencia según la OMS a “el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente (en relación con los medicamentos que ha de

tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida) con las recomendaciones médicas o de los profesionales de la salud que lo atienden”(2). Cuando esta adherencia falla por parte del usuario es cuando el profesional de salud debe tomar medidas pertinentes destinadas a reforzar ciertas conductas para lograr que esta adherencia se cumpla a cabalidad y reestructurar la dinámica de los controles de salud y los diferentes programas destinados a satisfacer las demandas de los usuarios con patologías crónicas no transmisibles. Por las razones dadas anteriormente se hace necesario el conocimiento de aquellos factores determinantes por parte del Profesional de Enfermería, que son propios del usuario que inciden en su adherencia al tratamiento.

1.1 PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica no transmisible que lamentablemente hasta la fecha no tiene una cura definitiva, sin embargo sí posee tratamiento, el cual ayuda a mantener controlada la enfermedad, tratar y disminuir las complicaciones de ésta a lo largo de la vida de los usuarios afectados y disminuir la mortalidad producto de esta patología, que en Chile en el año 2004 tuvo una tasa de 22,6 por 100.000 habitantes, correspondiendo a la VIII región del Bío- Bío de un 23,4 por 100.000 habitantes.

Por norma ministerial, la diabetes Mellitus, esta integrada en los Programas de Salud de todos los Centros de Salud Familiar del país, para así disminuir los índices de morbi-mortalidad de ésta, lo que se traduce en un gran gasto de recursos para tales efectos, recursos que se podrían ver potenciados por un mejor estudio de aquellos factores que influyen en la adherencia al tratamiento para así mejorar la pesquisa de posibles complicaciones derivadas de un mal manejo de la patología por parte de los mismos usuarios, y de esta forma mejorar aún más los programas y optimizar los recursos tanto humanos como monetarios de los programas de salud del adulto.

IMPORTANCIA PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

El objetivo de los programas de salud, y de los controles de pacientes con patologías crónicas no transmisibles en los diferentes centros de salud a nivel nacional, es facilitar que éstos, los usuarios, puedan adherirse de mejor manera a su tratamiento. El profesional de Enfermería debe interiorizarse y conocer ampliamente aquellos factores que influyen en la adherencia al tratamiento, ya que son parte integral de los Programas de Control de patologías crónicas en los Centros de Salud Familiar, siendo los responsables de otorgar una educación de

calidad y son los agentes encargados de la pesquisa de nuevos y futuros problemas sanitarios, para que así, conociendo estos factores, puedan darle un nuevo enfoque a los diferentes programas, tanto en los controles de salud, visitas domiciliarias y educaciones a comunidades, y de esta forma mejorar aún más la adherencia al tratamiento en estos pacientes crónicos.

1.2 PROBLEMATIZACION

- ¿Cuál será la adherencia al tratamiento del usuario diabético no insulino dependiente?
- ¿Influye el sexo en la adherencia al tratamiento del usuario diabético con tratamiento farmacológico oral?
- ¿Influye la edad en la adherencia al tratamiento del usuario diabético con tratamiento farmacológico oral?
- ¿Influye la escolaridad en la adherencia al tratamiento del usuario diabético con tratamiento farmacológico oral?
- ¿Influye el nivel socioeconómico en la adherencia al tratamiento del usuario diabético con tratamiento farmacológico oral?
- ¿Influye la ocupación en la adherencia al tratamiento del usuario diabético con tratamiento farmacológico oral?
- ¿Influye la polifarmacia en la adherencia al tratamiento del usuario diabético con tratamiento farmacológico oral?

- ¿Influye las patologías asociadas en la adherencia al tratamiento del usuario diabético con tratamiento farmacológico oral?
- ¿Influye el tiempo de evolución de la enfermedad en la adherencia al tratamiento del usuario diabético con tratamiento farmacológico oral?
- ¿Influye la existencia de enfermedades mentales en la adherencia al tratamiento del usuario diabético con tratamiento farmacológico oral?
- ¿Influye el grado de autovalencia en la adherencia al tratamiento del usuario diabético con tratamiento farmacológico oral?
- ¿Influye la calidad de cumplimiento de los controles de salud del paciente diabético con tratamiento farmacológico oral en la adherencia al tratamiento de este?
- ¿Influye la dinámica familiar en la adherencia al tratamiento del usuario diabético con tratamiento farmacológico oral?
- ¿Influye la calidad de comprensión percibida por el paciente respecto a indicaciones dadas por el profesional de salud en la adherencia al tratamiento del usuario diabético con tratamiento farmacológico oral?

- ¿Influye el alcoholismo en la adherencia al tratamiento del usuario diabético con tratamiento farmacológico oral?
- ¿Influye la actividad física en la adherencia al tratamiento del usuario diabético con tratamiento farmacológico oral?

1.3 MARCO TEORICO

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades crónicas que más demandas produce a nivel primario. En el mundo hay aproximadamente 100- 150 millones de enfermos diabéticos, de los cuales un 90- 95 % son de tipo 2 (3).

De acuerdo a las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud para las Américas para el año 2000 (3), Chile se encuentra en el grupo de países con las mayores prevalencias de diabetes tipo 2 con valores entre 6,1 y 8,1%.

La mortalidad por diabetes a nivel nacional fue, en el año 2004 una tasa de 22,6 por 100.000 habitantes, personas de ambos sexos entre 45 y 64 años de edad, correspondiendo a la VIII región del Bío- Bío de un 23,4 por 100.000 habitantes. Ubicándose en el 5º y 6º lugar de causas de muerte respectivamente (1).

La Diabetes Mellitus, de acuerdo con la American Diabetes Association (ADA), es un conjunto heterogéneo de síndromes hiperglicemiantes que resultan de la combinación de un defecto en la función beta del páncreas y, por otra parte, de la disminución de la sensibilidad a la insulina en los tejidos diana (músculo esquelético, adipocitos) (4). Ambas alteraciones son producidas por una predisposición poligénica y factores ambientales, estrechamente relacionados con los estilos de vida de las personas: malnutrición (aporte energético abundante, elevada ingesta de alcohol, errores en la composición cualitativa de la dieta) y escasa actividad física.

Las personas con un metabolismo normal de la glucosa poseen valores mantenidos de glicemia entre 70 y 110 mg/ dl, independiente de la alimentación que consuma. Después de 2 horas de ingesta alimenticia la glucosa suele aumentar de 120 a 140 mg/dl para luego volver a las cifras normales de ayunas a

medida que la glucosa es almacenada por la insulina en las células de músculos e hígado.

Los criterios diagnósticos de DM (Diabetes Mellitus), después de confirmarse con un segundo examen alterado en un día diferente, según el Ministerio de Salud, Chile (5) son:

- ❖ Glicemia al azar ≥ 200 mg/dl más síntomas clásicos: poliuria, polidipsia, polifagia.
- ❖ Glicemia en ayunas repetida ≥ 126 mg/ dl.
- ❖ Glicemia a las dos horas postcarga de 75 gramos de glucosa ≥ 200 mg/dl.

La insulina, producida por las células beta de los Islotes de Langerhans del páncreas, es la principal hormona encargada de regular la concentración de glucosa en la sangre, llevándola a los tejidos musculares, adiposo e hígado. Por ello, cuando existe un déficit de esta hormona o los tejidos no pueden responder a su acción se produce un aumento de glucosa en la sangre, aumenta el catabolismo de las grasas y proteínas en el hígado, lo que produce síntomas característicos:

- ✓ Poliuria
- ✓ Polifagia
- ✓ Polidipsia
- ✓ Perdida de peso

La hiperglicemia crónica no controlada es causante de una amplia variedad de trastornos macrovasculares: Cardiopatía, accidentes vasculares encefálicos o enfermedades vasculares periféricas, y microvasculares: retinopatía, nefropatía, neuropatía. Siendo la Diabetes Mellitus, según estudios previos, una de las mayores causas de morbilidad y mortalidad ya que los pacientes pueden llegar a

presentar un coma diabético que puede deberse a la acidosis y a la deshidratación, sin embargo esta enfermedad es controlable siendo un factor de riesgo mayor modificable de enfermedades cardiovasculares.

CLASIFICACIÓN ACTUAL DE LA DIABETES MELLITUS SEGÚN LA ADA

- **Diabetes mellitus tipo 1**

1. Autoinmune
2. Idiopática

- **Diabetes mellitus tipo 2**

En la que el factor predominante puede ser:

1. La insulinoresistencia
2. Alteraciones de la secreción de insulina
3. Ambas

- **Diabetes mellitus gestacional**

- **Otros tipos de diabetes mellitus**

DIABETES MELLITUS TIPO 2

En el desarrollo de este tipo de diabetes influye la presencia de varios genes (entidad poligénica) y factores externos o ambientales como por ejemplo el grupo étnico y los estilos de vida del usuario diabético como lo es la alimentación y el ejercicio físico. Se produce principalmente porque los tejidos son incapaces de responder a la insulina (resistencia insulínica).

Este tipo de diabetes se da generalmente en personas obesas mayores de 30 años y adultos mayores. No requiere de insulina exógena a menos que los hipoglicemiantes orales no produzcan el efecto esperado que es mantener las cifras de glicemia en sangre aceptables.

Existen dos tipos de tratamiento de la DM:

- ✓ No farmacológico
- ✓ Farmacológico

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

✓ La alimentación

Es un aspecto fundamental en el tratamiento de los pacientes con diabetes y depende del cumplimiento de la dieta por parte de éstos de su eficacia y la determinación de la administración o no de fármacos hipoglicemiantes e inclusive aún con la incorporación de éstos, sin un plan dietético adecuado es imposible controlar los niveles de glicemia en sangre.

Los objetivos de una dieta en la DM es lograr glicemias dentro de rangos normales o lo más cercano posibles a estos, mantener un peso corporal adecuado a la talla, normalizar los lípidos sanguíneos manteniendo un estado óptimo de salud y nutrición.

✓ Ejercicio

El ejercicio físico tiene un efecto directo en la captación de glucosa por el músculo, efecto coadyuvante en la reducción de peso, contribuye a disminuir los niveles de colesterol y triglicéridos y aumentar el HDL, así también tiene efectos beneficiosos en la disminución de la presión arterial y a nivel psicológico, actuando como desestresante o liberador de tensiones.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL

El tratamiento farmacológico se realiza con sulfonilureas, biguanidas y los inhibidores de la alfa glucosidasa. Las contraindicaciones para el uso de los hipoglicemiantes orales son en la diabetes insulino-dependiente, coma hiperosmolar y cetoacidosis, diabetes en el embarazo, alergia a las sulfas e insuficiencia renal.

El fármaco de primera línea para usuarios diabéticos obesos es la metformina, hipoglicemiante del grupo de las biguanidas, ya que además disminuye el colesterol y los triglicéridos, usándose en dosis iniciales de 850 mg diarios llegando a 2550 mg diarios. Sus principales reacciones adversas son gastrointestinales como diarrea y sabor metálico, existiendo riesgo excepcional de acidosis láctica.

Si con la metformina no se logra mantener niveles adecuados de glicemia se puede asociar a una sulfonilurea, la glibenclamida, en dosis progresiva de 5 a 20 mg diarios. Si persisten glicemias > 130 mg/ dl se debe considerar el uso de insulina (5).

El tratamiento en pacientes con peso normal se inicia con glibenclamida y si la glicemia se mantiene en cifras > 130 mg/ dl y HbA1c $> 8\%$ se puede adicionar metformina, llegando a 1700 mg diarios, si no se logran cifras normales se debe usar insulina (5).

Las sulfonilureas potencian su acción hipoglicemiante con el alcohol, los AINE (antiinflamatorios no esteroideos), cloramfenicol, probenecid, diuréticos tiazídicos, salicilatos o sulfamidas, los bloqueantes beta adrenérgicos. Antagonizando su efecto hipoglicemiante de las sulfonilureas están los corticoides, adrenalina, hormonas tiroideas, propanolol, fenitoína, estrógenos, indometacina, diazóxido (6).

En relación a las biguanidas, las grandes cantidades de alcohol potencian la acción hipoglicemiante, así mismo la combinación con otros hipoglicemiantes. Al administrar la metformina con alimentos produce una disminución en su absorción.

ADHERENCIA

Según la OMS es “el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente (en relación con los medicamentos que han de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer Ens. Estilo de vida) con las recomendaciones médicas o de los profesionales de la salud que lo atienden (2).

El incumplimiento terapéutico sucede en forma frecuente en las enfermedades crónicas, ya que el paciente bien controlado cree que puede estar curado, ocurriendo generalmente en los ancianos, y en aquellos pacientes que tienen indicados varios tratamientos de forma crónica. Por ello es muy importante que el usuario diabético, portador de una enfermedad crónica no transmisible, cumpla con ciertas características de comportamiento que hagan que se adhiera al tratamiento para evitar a futuro grandes complicaciones como lo son los trastornos microvasculares y macrovasculares trayendo como consecuencia retinopatía diabética, neuropatías, etc. Así como también repercusiones a nivel psicológico y económico para el usuario y para el sistema de salud. En esta investigación se abordara la adherencia al tratamiento farmacológico con el test de Morisky Green para categorizar a los usuarios como cumplidor o no cumplidor, es decir, si existe adherencia o no, respectivamente.

TEORIA DEL AUTOCUIDADO

La teoría del Autocuidado, tiene su origen en una de las más famosas teoristas norteamericana, Dorothea Orem, nacida en Baltimore, Estados Unidos.

El concepto básico desarrollado por Orem es que el autocuidado se define como *“el conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior”*.

El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma. Todas estas actividades son medidas por la voluntad, son actos deliberados y racionales, dependiendo mucho de la motivación existente en el usuario.

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

La teoría del Autocuidado se compone a su vez de 3 subteorías, las cuales son:

1.-Teoría del Autocuidado: Define autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia. *"El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida , dirigida por las personas sobre sí mismas , hacia los demás o hacia el entorno , para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida , salud o bienestar"*

2.-Teoría del déficit del Autocuidado: Describe y explica el porque de este déficit y las limitaciones a las que están sometidos los individuos en cuanto a su salud, determinando la ocasión en el que la enfermera debe intervenir.

3.-Teoría de los sistemas de Enfermería: Explica la forma en la que el profesional de enfermería pueden atender a los individuos, existiendo tres modalidades:

- *Sistemas de enfermería totalmente compensadores:* La enfermera supe al individuo.

- *Sistemas de enfermería parcialmente compensadores:* El personal de enfermería proporciona autocuidados.

- *Sistemas de enfermería de apoyo-educación:* la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda. (20)

El usuario diabético y en general toda persona debe proporcionarse cuidados así mismos para poder conservar su vida y su salud, de otra forma no podría llevar a cabo una vida libre de complicaciones propias de la enfermedad mal controlada, si ello no es posible los profesionales de salud deben proporcionar los cuidados atingentes a cada persona. Idealmente deben ser parcialmente compensadores o de apoyo educación para evitar posteriores complicaciones.

MARCO EMPIRICO

Tras la revisión de la literatura existente en relación a la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos, se encontraron escasos estudios referentes al tema, sin embargo destacan los estudios realizados por Manuel Salvador Ortiz, de la Universidad Mayor, y su estudio **“Factores Psicológicos y Sociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento en Adolescentes Diabéticos Tipo 1”**.

El estudio antes mencionado fue aplicado a 61 adolescentes entre 12 y 18 años de edad (60.7% mujeres y 39.3% hombres) De los participantes, un 50.8% presentaron una pobre adhesión al tratamiento. Las variables que se asociaron a la adherencia fueron conocimiento sobre la enfermedad, la percepción de autoeficacia y el uso del esquema de tratamiento intensificado. Cabe destacar que aquellos adolescentes pertenecientes al nivel socioeconómico alto presentaron mejor adherencia al tratamiento que los participantes de menor estrato, debido a un mejor acceso a la información, tratamientos más sofisticados, etc. Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de la educación en el manejo de la diabetes mellitus tipo 1 (17).

Otro estudio relacionado con la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos realizado por Israel Lerman del Departamento de Endocrinología y Metabolismo del Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición Salvador Zubirán de México, D.F., Mexico titulado **“Adherencia al Tratamiento: La clave para evadir complicaciones a largo plazo de la Diabetes”** señala que *“la prevención, en vez de la reducción de los síntomas o la cura, es usualmente la meta principal. Educar a los pacientes, mantener los regímenes lo más simples posibles, negociar prioridades, monitorizar la adherencia y la asistencia a citas reforzando los esfuerzos de los pacientes para adherirse al tratamiento en cada visita proveen una práctica y efectiva ayuda”* (18).

Por otra parte, una investigación de tipo cualitativa realizada por profesionales Estadounidenses señala que la adherencia al tratamiento de la diabetes se ve favorecida por los cambios en los estilos de vida, estilos que deben alcanzarse mediante el uso de metas de acuerdo a las preferencias y progresos del paciente, para aumentar la motivación, esto acompañado de un entrenador para asegurar que el paciente tome las decisiones positivas. (19)

1.4 PROPOSITO DE LA INVESTIGACION

Determinar el grado de influencia que tienen los factores sociodemográficos, las características personales y de salud del usuario en la adherencia al tratamiento de los usuarios diabéticos con tratamiento farmacológico oral.

1.5 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL 1

Describir las características sociodemográficas del “usuario diabético con tratamiento farmacológico oral” (U.D.T.F.O.)

OBJETIVO ESPECIFICO 1

1. Señalar el sexo del U.D.T.F.O.
2. Identificar la edad del U.D.T.F.O.
3. Mostrar el nivel de escolaridad del U.D.T.F.O.
4. Indicar el nivel socioeconómico del U.D.T.F.O.
5. Señalar la ocupación del U.D.T.F.O.

OBJETIVO GENERAL 2

Describir las características relacionadas al estado de salud del usuario diabético con tratamiento farmacológico oral

OBJETIVO ESPECIFICO 2

1. Indicar la existencia de polifarmacia en el U.D.T.F.O.
2. Señalar la existencia de patologías asociadas en el U.D.T.F.O.
3. Identificar tiempo de evolución de la enfermedad del U.D.T.F.O.
4. Mostrar la existencia de enfermedades mentales diagnosticadas en el U.D.T.F.O..

OBJETIVO GENERAL 3

Describir las características relacionadas a cualidades personales del usuario diabético con tratamiento farmacológico oral

OBJETIVO ESPECIFICO 3

1. Mostrar el grado de autovalencia del U.D.T.F.O.
2. Indicar la calidad de cumplimiento de los controles de salud del U.D.T.F.O.
3. Señalar el nivel de dinámica familiar del U.D.T.F.O.
4. Identificar la calidad de comprensión percibida por el usuario respecto a indicaciones dadas por el profesional de salud del U.D.T.F.O.
5. Indicar la existencia de alcoholismo en el U.D.T.F.O.
6. Señalar la existencia de actividad física del U.D.T.F.O.

OBJETIVO GENERAL 4

Determinar el grado de influencia entre los factores sociodemográficos del usuario y la adherencia al tratamiento del “usuario diabético con tratamiento farmacológico oral” (U.D.T.F.O.)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS 4

1. Conocer la relación existente entre el sexo del usuario y la adherencia al tratamiento de este.
2. Detectar el grado de influencia entre la edad del usuario y la adherencia al tratamiento del U.D.T.F.O.

3. Identificar la asociación entre el nivel de escolaridad del usuario y la adherencia al tratamiento del U.D.T.F.O.
4. Determinar la influencia que posee el nivel socioeconómico del usuario sobre la adherencia al tratamiento del U.D.T.F.O.
5. Conocer el grado de influencia que existe entre la ocupación del usuario y la adherencia al tratamiento del U.D.T.F.O.

OBJETIVO GENERAL 5

Describir el grado de relación existente entre las características del estado de salud del usuario y la adherencia al tratamiento del U.D.T.F.O.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS 5

1. Identificar la asociación que existente entre la polifarmacia del usuario y la adherencia al tratamiento del U.D.T.F.O.
2. Detectar el grado de relación entre las patologías asociadas del usuario y la adherencia al tratamiento del U.D.T.F.O.
3. Identificar la influencia existente entre el tiempo de evolución de la enfermedad del usuario y la adherencia al tratamiento del U.D.T.F.O.
4. Demostrar el grado de relación existente entre las enfermedades mentales diagnosticadas al usuario y la adherencia al tratamiento del U.D.T.F.O..

OBJETIVO GENERAL 6

Describir el grado de influencia entre las características personales del usuario y la adherencia al tratamiento del U.D.T.F.O.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS 6

1. Determinar el grado de influencia existente entre el grado de autovalencia del usuario y la adherencia al tratamiento del U.D.T.F.O.
2. Describir la relación existente entre la calidad de cumplimiento de los controles de salud del usuario diabético y la adherencia al tratamiento del U.D.T.F.O.
3. Determinar la asociación entre el nivel de dinámica familiar del usuario y la adherencia al tratamiento del U.D.T.F.O.
4. Conocer el grado de influencia entre la calidad de comprensión percibida por el paciente respecto a indicaciones dadas por el profesional de salud y la adherencia al tratamiento del U.D.T.F.O.
5. Identificar la relación entre el nivel de alcoholismo del usuario y la adherencia al tratamiento del U.D.T.F.O.
6. Determinar el grado de influencia existente entre la actividad física del usuario y la adherencia al tratamiento del U.D.T.F.O.

1.6 HIPOTESIS

1. Los usuarios que poseen un buen nivel de dinámica familiar presentan una mejor adherencia al tratamiento que aquellos que poseen una mala dinámica familiar

2. Aquellos usuarios con un nivel de escolaridad bajo presentan menor adherencia al tratamiento que aquellos que poseen un nivel de escolaridad alto.

3. Los usuarios con un nivel socioeconómico elevado poseen mejor adherencia al tratamiento que aquellos usuarios que poseen un nivel socioeconómico bajo.

4. Aquellos usuarios autovalentes presentan una mejor adherencia al tratamiento que aquellos usuarios dependientes.

5. Los usuarios que presentan una buena calidad de asistencia a los controles de salud presentan una mejor adherencia al tratamiento que aquellos que no asisten de forma regular.

6. Aquellos usuarios que presentan una buena calidad de comprensión respecto a las indicaciones dadas por el profesional de salud presentan una mejor adherencia al tratamiento que aquellos que no comprenden de buena forma las indicaciones.

1.7 VARIABLES

Variable dependiente

Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos

Variables independientes

-Variables sociodemográficas.

- Sexo
- Edad
- Escolaridad
- Nivel socioeconómico
- Ocupación

-Variables relacionadas al estado de salud del usuario.

- Polifarmacia
- Patologías asociadas
- Tiempo de evolución de la enfermedad
- Enfermedades mentales diagnosticadas

-Variables relacionadas a características personales del usuario

- Grado de autovalencia.

- Calidad de cumplimiento de los controles de salud del paciente diabético.
- Nivel de Dinámica familiar
- Calidad de comprensión percibida por el paciente respecto a indicaciones dadas por el profesional de salud.
- Consumo de alcohol.
- Actividad física

II. METODOLOGIA DEL ESTUDIO

2.1. DISEÑO

Se trata de un estudio cuantitativo, relacional, descriptivo, de corte transversal.

2.2 UNIVERSO

Constituido por 186 usuarios inscritos en el consultorio Violeta Parra de Chillán pertenecientes al sector 1, diagnosticados con diabetes mellitus tipo II con tratamiento farmacológico oral, de ambos sexos, con edad entre 35 y 69 años, pertenecientes al área urbana de la comuna de Chillán.

2.3. MUESTRA

Constituido por 125 usuarios seleccionados mediante una prueba aleatoria simple, diagnosticados con diabetes mellitus que cumplen con los siguientes criterios de inclusión: edad entre 35 y 69 años, de ambos sexos, asistentes a controles en el consultorio Violeta Parra de Chillán en el año 2007, diagnosticados con diabetes mellitus tipo II con tratamiento farmacológico oral.

2.4. UNIDAD DE ANALISIS

Usuario diabético con tratamiento farmacológico oral, de ambos sexos, edad entre 35 y 69 años, inscritos al consultorio Violeta Parra de la comuna de Chillán.

2.5. CRITERIOS DE EXCLUSION

Usuarios con Diabetes Mellitus tipo II con tratamiento no farmacológico, usuarios diagnosticados con Diabetes mellitus tipo I, usuarios con diabetes mellitus tipo II de edades inferiores a 35 años y mayores a 69 años.

2.6. PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCION DE DATOS

Los datos fueron obtenidos durante el período comprendido entre el 10 de enero y el 28 de mayo del 2007 a través de visitas domiciliarias efectuadas por los investigadores donde se le aplicó el instrumento recolector a cada usuario diabético con tratamiento farmacológico oral en un tiempo promedio de 10 minutos.

2.7. DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO RECOLECTOR

Cuestionario constituido por 10 preguntas, además incluyó encuesta socioeconómica de Graffar, tabla de Autovalencia, APGAR familiar y test de Morisky- Green- Levine (Anexo 5)

2.8. PRUEBA PILOTO

La prueba piloto se aplicó a 6 personas asistentes a controles crónicos diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, que cumplieran con los requisitos de inclusión y exclusión aplicados a la muestra, del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Los Volcanes de la comuna de Chillán.

2.9. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Los datos obtenidos fueron analizados durante el mes de mayo del año 2007. Para su ordenamiento y tabulación se utilizó el programa Excel 4.0.

El análisis descriptivo de los datos y cruzamiento de variables se realizó con el programa estadístico SPSS 14.0 2005. El procesamiento de los datos se realizó con la prueba estadística chi-cuadrado, con un intervalo de confianza de 95% y el coeficiente gamma: coeficiente de correlación no paramétrico que establece dirección y el grado de asociación entre las variables. Si su valor es positivo indica relación directamente proporcional, si es negativo indica relación inversa. El valor absoluto de gamma indica grado de asociación. (21)

2.10 ASPECTOS ÉTICOS

La participación del estudio fue voluntaria y gratuita. Se mantuvo la confidencialidad de los datos y el anonimato en el manejo de la información entregada por los usuarios portadores de diabetes mellitus tipo II con tratamiento farmacológico oral que participaron en este estudio.

Se solicitó autorización a los directivos de los Centros de Atención Primaria CESFAM Los Volcanes y Consultorio Violeta Parra, desde la Dirección de Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío.

Se solicitó el consentimiento informado a todos los usuarios portadores de diabetes mellitus tipo II con tratamiento farmacológico oral que participaron en la investigación.

III ANALISIS

3.1 DESCRIPCION DE DATOS.

Tabla 1: Adherencia al tratamiento del usuario diabético con tratamiento oral.

<i>Adherencia al tratamiento</i>	Frecuencia	Porcentaje
Si	50	40%
No	75	60%
Total	125	100%

Fuente: Adherencia al tratamiento en usuarios diabéticos con tratamiento oral del Sector 1 inscritos en el Consultorio Violeta Parra de Chillán, 2007.

De un total de 125 usuarios diabéticos con tratamiento oral a quienes se les aplicó el test de Adherencia al tratamiento de Morisky- Green-Levine se observó que el 60% de los usuarios no eran adherentes al tratamiento y solo el 40% se adherían al tratamiento.

Tabla 2: Características sociodemográficas del usuario diabético con tratamiento oral.

Variable sociodemográfica	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	54	43,2%
Femenino	71	56,8%
Total	125	100%
Edad		
35-44	10	8%
45-54	33	26,4%
55-64	51	40,8%
65-69	31	24,8%
Total	125	100%
Escolaridad		
Sin Escolaridad	7	5,6%
Básica	52	41,6%
Media	52	41,6%
N. Superior	14	11,2%
Total	125	100%
Nivel Socioeconómico		
Bajo	8	6,4%
Medio	103	82,4%
Alto	14	11,2
Total	125	100%

Ocupación		
Con ocupación	38	30,4%
Sin ocupación	87	69,6%
Total	125	100%

Fuente: ídem tabla 1

El 56,8%.de los usuarios diabéticos con tratamiento oral pertenecían al sexo femenino y el 43,2% al sexo masculino.

En relación a la edad el mayor número de usuarios diabéticos con tratamiento oral corresponde a las edades entre 55 y 64 años.

Del total de usuarios diabéticos con tratamiento oral encuestados se encontró que el 41,6% corresponden a escolaridad básica y en un mismo porcentaje a escolaridad media.

El 82,4% de los usuarios diabéticos con tratamiento oral pertenecían al nivel socioeconómico medio.

El 69,6% de los usuarios diabéticos encuestados no poseían ocupación.

Tabla 3: Características relacionadas al estado de salud del usuario diabético con tratamiento oral.

Variable relacionada al estado de salud del usuario	Frecuencia	Porcentaje
<i>Polifarmacia</i>		
Con polifarmacia	76	60,8%
Sin polifarmacia	49	39,2%
Total	125	100%
<i>Patologías Asociadas</i>		
Ausente	27	21,6%
Presente	98	78,4%
Total	125	100%
<i>Tiempo de Evolución de la Enfermedad</i>		
0-9 años	94	75,2%
10-15 años	20	16%
16 o más años	11	8,8%
Total	125	100%
<i>Enfermedades Mentales</i>		
Ausencia	115	92%
Presencia	10	8%
Total	125	100%

Fuente: ídem tabla 1

Del total de encuestados un 60,8% se encontraban con polifarmacia.

Un 78,4% de los usuarios diabéticos con tratamiento oral presentaban patologías asociadas.

De los 125 usuarios diabéticos con tratamiento oral encuestados el 75,2% tenían un tiempo de evolución de su enfermedad entre los 0 y 9 años.

El 92% de los usuarios diabéticos encuestados no presentaban patologías mentales asociadas a su diabetes.

Tabla 4: Características relacionadas a cualidades personales del usuario.

Variable relacionada a característica personal del usuario	Total	Porcentaje
<i>Autovalencia</i>		
Autovalente	57	45,6%
Dependiente	68	54,4%
Total	125	100%
<i>Calidad del Cumplimiento a controles de salud</i>		
Deficiente	1	0,8%
Regular	30	24%
Bueno	94	75,2
Total	125	100%
<i>Nivel de Dinámica familiar</i>		
Baja	12	9,6%
Intermedia	49	39,2%
Alta	64	51,2%
Total	125	100%
<i>Calidad de la Comprensión percibida por usuario respecto a Indicaciones</i>		
Malas	0	0%
Regulares	17	13,6%

Buenas	108	86,4%
Total	125	100%
Consumo de alcohol		
No	94	75,2%
Si	31	24,8%
Total	125	100%
Actividad física		
Con act. Física	51	40,8%
Sin act. Física	74	59,2%
Total	125	100%

Fuente: ídem tabla 1

Del total de usuarios diabéticos con tratamiento farmacológico oral el 54,4% son dependientes y el 45,6 autovalentes.

El 75,2% de la población en estudio tenían una calidad de cumplimiento a controles de salud buena y tan solo un 0,8% una calidad de cumplimiento regular.

Un 51,2% de los encuestados presentaban un funcionamiento familiar alto, habiendo solo un 9,6% con funcionamiento familiar bajo.

La mayoría de los usuarios diabéticos con tratamiento farmacológico oral encuestados presentaron una calidad de comprensión percibida del usuario respecto de las indicaciones como buena con un 86,4% y un 0% como mala.

De los 125 Usuarios encuestados solo el 24,8 consumían alcohol y el 75,2% no consumía alcohol. Más de la mitad de los diabéticos con tratamiento farmacológico oral reconoció no realizar actividad física.

3.2 ANALISIS DE LOS DATOS

Tabla 5: Adherencia al tratamiento del Usuario Diabético con tratamiento farmacológico oral según sexo.

SEXO	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO					
	Adherente		No adherente		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Femenino	27	54%	44	58,70%	71	56,80%
Masculino	23	46%	31	41,30%	54	43,20%
Total	50	100%	75	100,00%	125	100,00%

Fuente: ídem tabla 1

χ^2 : 0.266 p: 0.61

No existió relación entre las variables, por lo que la adherencia al tratamiento no se ve influida por el sexo.

No obstante se observó una mayor cantidad de adherentes en el sexo femenino con respecto al sexo masculino.

Tabla 6: Adherencia al tratamiento del Usuario Diabético con tratamiento farmacológico oral según edad.

EDAD	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO					
	Adherente		No adherente		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
35- 44 años	3	2%	7	9,30%	10	8,00%
45- 54 años	11	22%	22	29,30%	33	26,40%
55- 64 años	20	40%	31	41,30%	51	40,80%
65- 69 años	16	32%	15	20%	31	25%
Total	50	100%	75	100,00%	125	100,00%

Fuente: ídem tabla 1

χ^2 : 2.78 p: 0.43

No existe relación entre adherencia al tratamiento y la edad.

Sin embargo se observó que un 40% de los usuarios adherentes pertenecía a la categoría de edad de 55 a 64 años.

Tabla 7: Adherencia al tratamiento del Usuario Diabético con tratamiento farmacológico oral según escolaridad.

ESCOLARIDAD	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO					
	Adherente		No adherente		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Sin escolaridad	2	4%	5	6,67%	7	5,60%
Básica	21	42%	31	41,33%	52	41,60%
Media	17	34%	17	34	52	41,60%
N. Superior	10	20%	4	5,30%	14	11,20%
Total	50	100%	75	100%	125	100%

Fuente: ídem tabla 1

χ^2 : 7.30 p: 0.064

No existe relación entre variables por lo tanto la adherencia al tratamiento no está influida por el nivel de escolaridad de los usuarios, observándose un porcentaje similar en ambos grupos (adherentes y no adherentes).

Al observar el porcentaje de todas las categorías de la variable, y al comparar los usuarios con escolaridad de nivel superior, tanto adherentes como no adherentes, nos podemos dar cuenta que existe un porcentaje importante dentro de los adherentes.

Tabla 8: Adherencia al tratamiento del Usuario Diabético con tratamiento farmacológico oral según Nivel socioeconómico.

NIVEL SOCIOEC.	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO					
	Adherente		No adherente		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Bajo	2	4%	6	8,00%	8	6,40%
Medio	38	76%	65	86,67%	103	82,40%
Alto	10	20%	4	5,33%	14	11,20%
Total	50	100%	75	100,00%	125	100,00%

Fuente: ídem tabla 1

χ^2 : 6.93 p: 0.032 γ : 0.368

Existe una relación significativa entre las variables, es decir, que la adherencia al tratamiento es influida por el nivel socioeconómico, y esta asociación entre ambas variables es directa y débil, por lo que a mayor nivel socioeconómico existe una mayor adherencia al tratamiento.

Se observó que del porcentaje total de adherentes, el mayor porcentaje correspondía a aquellos con un nivel socioeconómico medio.

Tabla 9: Adherencia al tratamiento del Usuario Diabético con tratamiento farmacológico oral según ocupación.

OCUPACIÓN	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO					
	Adherente		No adherente		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Con ocupación	15	30%	23	30,67%	38	30,40%
Sin ocupación	35	70%	52	69,33%	87	69,60%
Total	50	100%	75	100,00%	125	100,00%

Fuente: ídem tabla 1

χ^2 : 0.006 p: 0.937

Al analizar adherencia al tratamiento con ocupación se observó que no existe relación alguna entre ambas.

Cabe destacar que el mayor porcentaje de usuarios diabéticos adherentes al tratamiento oral corresponde a los sin ocupación, contrario a lo que ocurre en los con ocupación cuyo porcentaje de adherentes es menor.

Tabla 10: Adherencia al tratamiento del Usuario Diabético con tratamiento farmacológico oral según polifarmacia.

POLIFARMACIA	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO					
	Adherente		No adherente		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Con polifarmacia	34	68%	42	56%	76	60,80%
Sin polifarmacia	16	32%	33	44%	49	39,20%
Total	50	100%	75	100,00%	125	100,00%

Fuente: ídem tabla 1

$\chi^2: 8.813$ p: 0.176

Estadísticamente no existe relación entre adherencia al tratamiento y polifarmacia.

Según lo observado, del total de adherentes, un porcentaje importante de ellos se encontraban con polifarmacia.

Tabla 11: Adherencia al tratamiento del Usuario Diabético con tratamiento farmacológico oral según patologías asociadas.

PATOLOGIAS ASOCIADAS	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO					
	Adherente		No adherente		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Ausente	10	20%	17	22,67%	27	21,60%
Presente	40	80%	58	77,33%	98	78,40%
Total	50	100%	75	100,00%	125	100,00%

Fuente: ídem tabla 1

χ^2 : 0.126

p: 0.722

No existe relación entre adherencia al tratamiento y patologías asociadas, ambas variables se comportaron en forma independiente.

Según lo observado existe un gran porcentaje de usuarios adherentes que presenta patologías asociadas, observándose una realidad similar en aquellos usuarios no adherentes.

Tabla 12: Adherencia al tratamiento del Usuario Diabético con tratamiento farmacológico oral según tiempo de evolución de la enfermedad.

TIEMPO DE EV. ENF.	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO					
	Adherente		No adherente		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
0-9 años	36	72%	58	77,33%	94	75,20%
10-15 años	10	20%	10	13,33%	20	16,00%
16 o más años	4	8%	7	9,33%	11	8,80%
Total	50	100%	75	100%	125	100%

Fuente: ídem tabla 1

$\chi^2:1.01$ p: 0.60

Las variables adherencia al tratamiento y el tiempo de evolución de la enfermedad no están relacionadas entre si.

Sin embargo se observa que del total de usuarios adherentes, el mayor porcentaje de los casos corresponde a aquellos cuyo tiempo de evolución de la enfermedad va de 0 a 9 años.

Tabla 13: Adherencia al tratamiento del Usuario Diabético con tratamiento farmacológico oral según enfermedades mentales.

ENF. MENTALES	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO					
	Adherente		No adherente		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Ausencia	46	92%	69	92,00%	115	92,00%
Presencia	4	8%	6	8,00%	10	8,00%
Total	50	100%	75	100,00%	125	100,00%

Fuente: ídem tabla 1

χ^2 : 0.00 p: 1.00

Estadísticamente las variables se comportaron de forma independiente.

Se observó que un porcentaje considerablemente alto del total de adherentes no poseía enfermedades mentales, ocurriendo la misma situación en los usuarios no adherentes.

Tabla 14: Adherencia al tratamiento del Usuario Diabético con tratamiento farmacológico oral según grado de autovalencia.

GRADO DE AUTOVALENCIA	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO					
	Adherente		No adherente		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Autovalente	26	52%	31	41,33%	57	45,60%
Dependiente	24	48%	44	58,67%	68	54,40%
Total	50	100%	75	100,00%	125	100,00%

Fuente: ídem tabla 1

χ^2 : 1.37 p: 0.24

No existe relación entre las variables.

Se observó que del total de adherentes, el mayor número lo constituyen aquellos usuarios autovalentes, no así en los no adherentes, los cuales presentan un mayor porcentaje de dependientes.

Tabla 15: Adherencia al tratamiento del Usuario Diabético con tratamiento farmacológico oral según Calidad de cumplimiento a los controles de salud.

C. DE CUMPL. CONTR.	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO					
	Adherente		No adherente		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Deficiente	0	0%	1	1,33%	1	0,80%
Regular	7	14%	23	30,66%	30	24,00%
Buena	43	86%	51	68,00%	94	75,20%
Total	50	100%	75	100%	125	100%

Fuente: ídem tabla 1

χ^2 : 5.43 p:0.07

No existe relación entre ambas variables.

Sin embargo se observó que los usuarios adherentes poseían un mayor porcentaje en la calidad de cumplimiento catalogado como “buena” que los usuarios no adherentes.

Tabla 16: Adherencia al tratamiento del Usuario Diabético con tratamiento farmacológico oral según Nivel de dinámica familiar.

NIVEL DE DINAMICA FAMILIAR	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO					
	Adherente		No adherente		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
F. F. Bajo	1	2%	11	14,67%	12	9,60%
F. F. Intermedio	18	36%	31	41,33%	49	39,20%
F. F. Alto	31	62%	33	44,00%	64	51,20%
Total	50	100%	75	100%	125	100%

Fuente: ídem tabla 1 $\chi^2: 7.13$ p: 0.03 $\gamma: 0.235$

Estadísticamente la variable adherencia al tratamiento se relaciona con la variable nivel de dinámica familiar. Su asociación es directa y débil, eso quiere decir que a un mejor nivel de funcionamiento familiar mayor es el grado de adherencia.

Se observó que el mayor porcentaje de los adherentes poseía un funcionamiento familiar alto y a medida que disminuye el nivel de funcionamiento familiar, el número de adherentes es menor.

Tabla 17: Adherencia al tratamiento del Usuario Diabético con tratamiento farmacológico oral según Calidad de comprensión percibida respecto a indicaciones.

CAL. COMP. PERC. RESP. A INDIC.	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO					
	Adherente		No adherente		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Mala	0	0%	0	0,00%	0	0,00%
Regular	5	10%	12	16,00%	17	13,60%
Buena	45	90%	63	84,00%	108	86,40%
Total	50	100%	75	100%	125	100%

Fuente: ídem tabla 1

χ^2 : 0.92

p: 0.34

No existe relación entre las variables, es decir, que la adherencia al tratamiento no está influida por la calidad de comprensión percibido respecto a las indicaciones por parte del usuario.

Sin embargo los usuarios adherentes perciben la calidad de las indicaciones dadas por el profesional de salud como buena.

Tabla 18: Adherencia al tratamiento del Usuario Diabético con tratamiento farmacológico oral según Consumo de alcohol.

CONSUMO DE ALCOHOL	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO					
	Adherente		No adherente		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Si	13	26%	18	24,00%	31	24,80%
No	37	74%	57	76,00%	94	75,20%
Total	50	100%	75	100,00%	125	100,00%

Fuente: ídem tabla 1

χ^2 : 0.064 p: 0.8

Los resultados del análisis entre adherencia al tratamiento y consumo de alcohol no mostraron relación alguna.

Llama la atención que un gran porcentaje de los usuarios adherentes no consume alcohol.

Tabla 19: Adherencia al tratamiento del Usuario Diabético con tratamiento oral según Actividad física.

ACTIVIDAD FÍSICA	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO					
	Adherente		No adherente		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Con act. Física	21	42%	30	40,00%	51	40,80%
Sin act. Física	29	58%	45	60,00%	74	59,20%
Total	50	100%	75	100,00%	125	100,00%

Fuente: ídem tabla 1

χ^2 : 0.05 p: 0.82

Estadísticamente no hay relación entre las variables, esto quiere decir que la adherencia al tratamiento no es influida por la actividad física.

Se observó que la mayoría de los adherentes no realizaban actividad física, cifra que es superada por los no adherentes.

3.3 DISCUSIÓN

Según los datos obtenidos en el estudio, el sexo que tiene un mayor porcentaje de usuarios diabéticos con tratamiento farmacológico oral, es el femenino, con un 56,8%, en contraste con el sexo masculino que presentó un 43,2%. Y la mayoría de adherentes se encontró en el sexo femenino con un 54%.

En cuanto a la edad se puede observar un aumento del porcentaje de adherentes a través de los años, pero cuando se alcanza la edad entre los 65 y 69 años decrece el porcentaje de adherentes. Esto puede deberse al deterioro sistémico y progresivo del estado de salud del usuario diabético a medida que transcurren los años de evolución de su enfermedad.

Al referirse a la escolaridad se pudo observar que el mayor porcentaje de adherentes correspondían a aquellos con escolaridad básica con un 42%, en contraste con un 20% perteneciente a escolaridad de nivel superior deduciendo que en este nivel los usuarios tienen acceso o preferencia por otro sistema de atención en salud. Además se podría pensar que esta variable podría haber estado relacionada con la adherencia al tratamiento pero no fue así, ambas se comportaron en forma independiente, llamando la atención puesto que en la variable socioeconómica la cual salio relacionada con la adherencia al tratamiento, existe un ítem con relación a la escolaridad.

Al analizar el nivel socioeconómico se observó que el mayor porcentaje de usuarios adherentes pertenecían a un nivel socioeconómico medio con un 76%, existiendo una relación directa al asociar esta variable con la adherencia al

tratamiento, por lo que se pudo comprobar lo citado en el estudio de Manuel Salvador Ortiz (17), en el cual se indicaba que a mayor nivel socioeconómico mayor era la adherencia al tratamiento.

En cuanto a la ocupación, se obtuvo que un 70% de los usuarios adherentes no poseía ningún tipo de ocupación, por lo que se podría deducir que el usuario diabético al no trabajar bajo un sistema de horarios tendría mayor facilidad para cumplir con su tratamiento, sin embargo ambas variables se comportaron de manera independiente.

Según los datos que hacen referencia a la existencia de polifarmacia se pudo obtener que el mayor porcentaje de adherentes presentaba polifarmacia con un 68% de los casos, lo que podría deberse a que aquellos usuarios que deben tomar más medicamentos se les facilita recordar con mayor facilidad la administración de los fármacos para su diabetes en conjunto con otros medicamentos para otras enfermedades.

Al referirnos a la presencia de otras patologías asociadas a la existencia de la diabetes podemos decir que un 80% de los usuarios adherentes al tratamiento farmacológico oral poseía enfermedades asociadas, lo que podría explicar la mayor cantidad de adherentes, esto asociado también a la polifarmacia, ya que al tener un mayor número de patologías asociadas cada una con su respectivo tratamiento, al usuario diabético le resultaría más fácil recordar los horarios de la ingesta de medicamentos.

En cuanto a los usuarios adherentes al tratamiento y el tiempo de evolución de la enfermedad, se pudo observar que el mayor porcentaje de adherentes se encontraba en aquellos que poseían un tiempo de evolución de su enfermedad de 0 a 9 años en un 72% de los casos, lo que podría indicar que la diabetes al tener menos años de evolución y no presentar sintomatología significativa predispondría a los usuarios a tener una mayor motivación para continuar con su tratamiento.

En referencia a la adherencia y a la existencia de patologías mentales se pudo observar que ambas variables se comportaron de forma independiente, sin embargo el mayor porcentaje de usuarios diabéticos adherentes al tratamiento no poseía enfermedad mentales asociadas con un 92%. Esto nos podría indicar también que la existencia de alguna patología mental marcaría una leve tendencia a la no adherencia.

Al analizar la influencia que posee la autovalencia en la adherencia al tratamiento farmacológico oral de la diabetes se pudo encontrar que ambas variables se comportan de manera independiente, por lo que la autovalencia no influiría en el hecho de que los usuarios diabéticos ingieran sus medicamentos, sin embargo se encontró que el 52% de los adherentes fueron catalogados como autovalentes.

Un 86% de los usuarios diabéticos adherentes presentó una calidad de cumplimiento a los controles buena, no obstante la relación entre esta variable y la adherencia son independientes, por lo que se deduce que la asistencia a controles por parte del usuario diabético no posee relación con que estos cumplan con su tratamiento en sus hogares.

Al observar el tipo de dinámica familiar y su relación con la adherencia al tratamiento farmacológico oral de los usuarios diabéticos se pudo concluir que un 62% de los casos de usuarios adherentes presentó un funcionamiento familiar bueno, además de que ambas variables presentaron una relación directa, es decir, a medida que el funcionamiento familiar mejora se obtiene una mayor adherencia al tratamiento.

Según lo obtenido al observar la calidad de comprensión percibida por el usuario respecto a las indicaciones dadas por el profesional de salud se pudo deducir que un 90% de los usuarios adherentes percibió la calidad de las indicaciones que recibían en el consultorio como buena, sin embargo, al contrario de lo que se podría creer, esto no tiene relación con la adherencia al tratamiento, ya que ambas variables se comportan de manera independiente, contradiciendo lo que se podría esperar que mientras mejor se entiendan las indicaciones dadas por el profesional de salud mejor sería la adherencia al tratamiento por parte del usuario.

En referencia al consumo de alcohol y la adherencia al tratamiento se pudo observar que ambas variables se comportaron de manera independiente, sin embargo destaca que un gran porcentaje de adherentes no consumía alcohol de ningún tipo, expresado con el 74% de los casos, lo que nos podría indicar que llevar un estilo de vida saludable por parte del paciente ayudaría a la adherencia.

Un 58% de los usuarios adherentes practicaba algún tipo de actividad física, sin embargo esta no se relaciona con la adherencia, aunque el ejercicio se indica como parte del tratamiento para combatir la diabetes, por lo que es probable que el porcentaje de no adherencia aumente. Esto se asocia con el

resultado de la investigación de profesionales estadounidenses (19) que indica que los estilos de vida saludable se deben lograr mediante el uso de metas que tomen en cuenta la situación actual del usuario y no lo ideal en una primera instancia, para así aumentar la motivación, además de que para que estos objetivos se logren debe existir un entrenador físico que monitoree constantemente la correcta toma de decisiones, situación que no ocurre en el actual plan de salud.

IV CONCLUSIONES

El estudio “Factores determinantes en la adherencia al tratamiento de usuarios diabéticos con tratamiento farmacológico oral inscritos en el consultorio Violeta Parra pertenecientes al Sector 1” permitió concluir lo siguiente:

Los usuarios diabéticos con tratamiento farmacológico oral del consultorio Violeta Parra del Sector 1, no presentaban adherencia al tratamiento en un 60% de los casos.

Los usuarios diabéticos con tratamiento farmacológico oral del consultorio Violeta Parra del Sector 1 en su mayoría eran mujeres, de edades entre los 55 y 64 años, con escolaridad de igual porcentaje entre la educación básica y media, pertenecientes al nivel socioeconómico medio y sin ocupación.

En relación a las características del estado de salud del usuario se puede decir que el 60,8% estaban con polifarmacia, presentaban patologías asociadas, con un tiempo de evolución de su diabetes de 0 a 9 años y sin enfermedades mentales presentes.

Con respecto a las características personales del usuario diabético la mayoría es dependiente, con una calidad de cumplimiento a los controles de salud buena, con una dinámica familiar alta, una calidad de la percepción de la comprensión de las indicaciones del profesional de salud buena, que no consume alcohol y no realiza actividad física.

Las variables sexo, edad, escolaridad, ocupación, polifarmacia, patologías asociadas, tiempo de evolución de la diabetes, existencia de enfermedades mentales, grado de autovalencia, grado de cumplimiento de a los controles de salud, comprensión percibida por el usuario respecto a las indicaciones del profesional de salud, consumo de alcohol y actividad física no presentaron relación con la adherencia al tratamiento, por lo que estas variables no influyen en la adherencia, comportándose de una manera independiente.

Al relacionar las variables nivel socioeconómico y dinámica familiar se observó que existe una relación significativa asociándose de manera directa y débil, es decir que a mayor nivel socioeconómico y mayor dinámica familiar, mayor es la adherencia al tratamiento en usuarios diabéticos con tratamiento farmacológico oral, no teniendo gran influencia en la adherencia.

En cuanto a las hipótesis planteadas, podemos decir que fueron comprobadas aquellas que se relacionaban al nivel socioeconómico y la dinámica familiar del U.D.T.F.O., rechazándose aquellas que hacían referencia a la escolaridad, autovalencia, calidad de asistencia a los controles de salud y calidad de comprensión respecto a las indicaciones dadas por el profesional de salud.

4.1 SUGERENCIAS

Se sugiere considerar en las próximas investigaciones relacionadas con la adherencia a:

- ✓ Usuarios insulino dependientes.
- ✓ Usuarios bajo tratamiento no farmacológico (régimen alimenticio y ejercicio).
- ✓ Usuarios adultos mayores.
- ✓ La motivación para mantener una buena calidad de vida en los usuarios diabéticos.

Se plantea que los equipos de salud se enfoquen con mayor énfasis en aquellos usuarios con un nivel socioeconómico bajo, puesto que estos presentan una mayor tendencia a la no adherencia al tratamiento farmacológico oral.

Se sugiere que el profesional de salud pueda, además de tratar al usuario diabético en solitario, enfocarse también en su entorno familiar, para así encontrar medidas que favorezcan a la adherencia que no solo involucren al usuario en la toma de decisiones sobre su salud, sino que también se logre un compromiso del núcleo familiar en el apoyo a este usuario, lo que avala las medidas tomadas por los actuales equipos de salud que forman parte de los centros de salud familiar.

Se aconseja aumentar el número de horas destinadas a visita domiciliaria a los usuarios diabéticos, ya que la asistencia a los controles y la buena percepción

que los usuarios tienen de las indicaciones, no influirían en la adherencia al tratamiento, para así permitir el mejor apoyo familiar.

Se recomienda que el profesional de Enfermería pueda incentivar el autocuidado en los usuarios diabéticos, ya que son ellos y no el profesional, el principal gestor de los cuidados que aseguren la correcta adherencia.

4.2 LIMITACIONES

Escasos estudios sobre la adherencia al tratamiento farmacológico de los usuarios diabéticos tipo II, teniendo en cuenta las tasas de mortalidad nacional.

Falta de escala de medición de la adherencia al tratamiento no farmacológico en usuarios diabéticos.

Falta de actualización de direcciones para realizar las visitas domiciliarias.

Tiempo prolongado en la recolección de datos debido al escaso recurso humano disponible.

V BIBLIOGRAFÍA

1. DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN DE SALUD. Estadísticas vitales. Mortalidad de ambos sexos de 45 a 64 años, según las principales causas específicas de defunción, Chile 2004. [on line]. Ministerio de Salud de Chile. [Fecha de consulta: 16 noviembre 2006]. Disponible en Internet: <<http://minsal.cl>>
2. BONAFONT, X. y COSTA, J. Adherencia al tratamiento farmacológico. *Butllet d'informació terapèutica*. 2004 vol.16 n°3 p.9
3. CARRASCO P, E. PEREZ B, F., ANGEL B, B. *et al.* Prevalencia de diabetes tipo 2 y obesidad en dos poblaciones aborígenes de Chile en ambiente urbano. . *Rev. méd. Chile*. [online]. oct. 2004, vol.132, no.10 [fecha de consulta: 16 Noviembre 2006], p.1189-1197. Disponible en Internet: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004001000005&lng=es&nrm=iso>.
4. A. CORBATÍN ANCHUELO, R. CUERVO PINTO Y M. SERRANO RÍOS. Diabetes mellitus. Concepto, clasificación y mecanismos etiopatogénicos. Medicine. Septiembre 2004, 9ª Serie N° 16. p. 963- 969.
5. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Reorientación de los programas de hipertensión y diabetes. [on line]. Ministerio de Salud de Chile. [Fecha de consulta: 16 Noviembre 2006]. Disponible en Internet:<<http://minsal.cl>>
6. MOSQUERA, J. M. Farmacología para enfermería. 2a. ed, Madrid :McGraw-Hill Latinoamericana,1995.p. 299-306.
7. FUENTES J. S. 2004. Características sociodemográficas, biomédicas y de familia del diabético tipo 2 descompensado beneficiario del consultorio Violeta Parra de Chillán Chile. Memoria para optar al grado de Magíster en Salud Pública. Chillán, Universidad del Bio-Bio.

8. GANONG, W. F. Fisiología médica. 17a. ed. Mexico :Manual Moderno,2000. p. 374- 379/ 390- 392.

9. UK PROSPECTIVE DIABETES STUDY (UKPDS) GROUP. Efecto del control intensivo de la glucemia con Metformina sobre las complicaciones en pacientes con diabetes Tipo II y sobrepeso. The Lancet. Noviembre, 1998. vol.33, nº 5, pág 275-287.

10. UK PROSPECTIVE DIABETES STUDY (UKPDS) GROUP. Efecto del control intensivo de la glucosa con Metformina sobre las complicaciones en pacientes con diabetes Tipo II y sobrepeso. The Lancet. Noviembre, 1998. vol.33, nº 5.

11. ALCOLADO, J. Genética y complicación diabética. The Lancet. Junio, 1998. vol.32, nº, p. 314- 315.

12. MORAGA, R. Estudio cualitativo sobre la experiencia subjetiva de la enfermedad en diabéticos. Revista Chilena de Salud Pública. , 2005. vol.9 nº 3 p. 135

13. LUCERO et al. Diabetes Mellitus e Hipertensión en un Consultorio Urbano de los Andes. Revista Chilena de Salud Pública. , 2004. vol.8 nº 2 p. 93-100.

14. FRAN, K. educación sanitaria del paciente. Diabetes tipo II. Nursing. Mayo 2005, vol.23, nº 5, p. 24-25.

15. TOM, B Muestre a su Paciente diabético como puede autocuidarse. Nursing. Agosto/septiembre 2002, vol.20, nº 7, p. 15- 17.

Prevención de Diabetes Mellitus tipo II. Revista Chilena de Salud Pública .Agosto 2003. vol. 30. nº 2.

16. MITCHELL, F. M. Y BARLAGE, D. L. Opinemos acerca de los fármacos orales para la diabetes. Una revisión actualizada sobre antidiabéticos orales para tratar la diabetes. Nursing. Mayo 2001, vol.19, nº 5, Pág. 8-13.

17. ORTIZ P, Manuel y ORTIZ P, Eugenia. Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica. . Rev. méd. Chile. [en línea]. mar. 2005, vol.133, no.3 [citado 28 Noviembre 2006], p.307-313. Disponible en internet: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8872005000300006&lng=es&nrm=iso>

18. LERMAN, Israel. Adherence to Treatment: The Key for Avoiding Long-Term Complications of Diabetes. *Archives of medical research* [en línea] May 2005, Vol. 36 Issue 3, p300-306, 7p [revisado el 21 de noviembre del 2006] Disponible en Internet: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=18478620&site=ehost-live>>

19. KOENIGSBERG, Marlon Russell, BARTLETT, Donald y CRAMER, J. Steven. Facilitating Treatment Adherence with Lifestyle Changes in Diabetes. *American Family Physician* [en línea] January 2004, Vol. 69 Issue 2, p309-316, 8p [revisado el 21 de noviembre del 2006] Disponible en Internet: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=12053730&site=ehost-live>>

20. MARRINER, A. Y RAILE, M. Modelos y teorías en enfermería. 4a ed. Española
Madrid: Harcourt Brace, 1999. p. 175-186.

21. PARDO M, Antonio. Análisis de datos categóricos. Editorial Universidad
Nacional de Ed. a distancia, España, 2002. p. 31-55.

VI ANEXOS

Anexo N° 1

Autorización para aplicación de encuesta de prueba piloto en CESFAM Los Volcanes.

Chillán Enero del 2007

Sra. Leyla Jardúa Eljatib
Directora Centro de Salud Familiar Los Volcanes
Presente

De mi consideración:

Junto con saludarle, me permito dirigirme a usted para informarle que con motivo del cumplimiento de los requisitos necesarios para recibir el grado de Licenciado en Enfermería, los alumnos de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, deben realizar una tesis titulada “Factores determinantes en la adherencia al tratamiento de usuarios diabéticos con tratamiento farmacológico oral”.

Nombre y Rut de los estudiantes

-Viviana Andrea Alvarez Gangas 14.096.736-K
-Miguel Angel Zavala González 15.654.224-5

Propósito Tesis:

El propósito de esta investigación es evaluar y conocer los factores determinantes en la adherencia al tratamiento de los usuarios diabéticos no insulino dependientes inscritos en el CESFAM Los Volcanes de la comuna de Chillán.

Los objetivos generales de la investigación son:

- Determinar el grado de influencia entre los factores sociodemográficos del usuario y la adherencia al tratamiento del “usuario diabético con tratamiento farmacológico oral” (U.D.T.F.O.)
- Describir el grado de relación existente entre las características del estado de salud del usuario y la adherencia al tratamiento del U.D.T.F.O.
- Describir el grado de influencia entre las características personales del usuario y la adherencia al tratamiento del U.D.T.F.O.

Docente Guía: Sra. Angela Astudillo Araya

Información que se solicita:

Antecedentes personales de los usuarios portadores de diabetes mellitus tipo II no insulino dependiente entre 35 y 69 años de edad, contenidas en tarjetero y fichas del usuario, garantizando la confidencialidad de los antecedentes personales obtenidos, para la realización de la prueba piloto en el periodo enero a marzo del presente año. Esperando que esta petición tenga una favorable acogida, le saluda atentamente a usted.

ELENA ESPINOZA LAVOZ

DIRECTORA DE ESCUELA

Anexo N° 2

Autorización para aplicación de encuesta de tesis en consultorio Violeta Parra.

Chillán Marzo del 2007

Sra. Nancy Jara Jara
Directora Consultorio Violeta Parra
Presente

De mi consideración:

Junto con saludarle, me permito dirigirme a usted para informarle que con motivo del cumplimiento de los requisitos necesarios para recibir el grado de Licenciado en Enfermería, los alumnos de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, deben realizar una tesis titulada “Factores determinantes en la adherencia al tratamiento de usuarios diabéticos con tratamiento farmacológico oral”.

Nombre y Rut de los estudiantes

-Viviana Andrea Alvarez Gangas	14.096.736-K
-Miguel Angel Zavala González	15.654.224-5

Propósito Tesis:

El propósito de esta investigación es evaluar y conocer los factores determinantes en la adherencia al tratamiento de los usuarios diabéticos no insulino dependientes inscritos en el Consultorio Violeta Parra de la comuna de Chillán.

Los objetivos generales de la investigación son:

- Determinar el grado de influencia entre los factores sociodemográficos del usuario y la adherencia al tratamiento del “usuario diabético con tratamiento farmacológico oral” (U.D.T.F.O.)
- Describir el grado de relación existente entre las características del estado de salud del usuario y la adherencia al tratamiento del U.D.T.F.O.
- Describir el grado de influencia entre las características personales del usuario y la adherencia al tratamiento del U.D.T.F.O..

Docente Guía: Sra. Angela Astudillo Araya

Información que se solicita:

Antecedentes personales de los usuarios portadores de diabetes Mellitus tipo II no insulino dependientes contenidas en tarjetero y fichas del usuario, garantizando la confidencialidad de los antecedentes personales obtenidos, realizando la recolección de datos en el periodo comprendido entre marzo y mayo del presente año. Esperando que esta petición tenga una favorable acogida, le saluda atentamente a usted.

ELENA ESPINOZA LAVOZ

DIRECTORA DE ESCUELA

Anexo N° 3

Consentimiento informado cuestionario tesis.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El siguiente cuestionario es parte de una investigación titulada “Factores determinantes en la adherencia al tratamiento de usuarios diabéticos no insulino dependientes” cuyos autores son: Viviana Alvarez Gangas y Miguel Zavala González, alumnos de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, requisito para optar al grado de Licenciado en Enfermería.

El propósito de esta investigación es conocer los factores determinantes en la adherencia al tratamiento de los usuarios diabéticos con tratamiento farmacológico oral inscritos en el Consultorio Violeta Parra de la comuna de Chillán.

Los objetivos generales de la investigación son:

- Determinar el grado de influencia entre los factores sociodemográficos del usuario y la adherencia al tratamiento del “usuario diabético con tratamiento farmacológico oral” (U.D.T.F.O.)
- Describir el grado de relación existente entre las características del estado de salud del usuario y la adherencia al tratamiento del U.D.T.F.O.
- Describir el grado de influencia entre las características personales del usuario y la adherencia al tratamiento del U.D.T.F.O.

Este cuestionario dirigido a los usuarios inscritos en el consultorio X de la comuna de Chillán es anónimo, confidencial y voluntario. Si usted está de acuerdo en participar en esta investigación, proceda a contestar las siguientes preguntas.

Se agradece su sinceridad y colaboración en este estudio.

Anexo N° 4

Consentimiento informado cuestionario prueba piloto.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr. Usuario

El siguiente cuestionario es parte de una investigación titulada “Factores determinantes en la adherencia al tratamiento de usuarios diabéticos con tratamiento farmacológico oral” cuyos autores son: Viviana Alvarez Gangas y Miguel Zavala González, alumnos de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, requisito para optar al grado de Licenciado en Enfermería.

El propósito de esta investigación es conocer los factores determinantes en la adherencia al tratamiento de los usuarios diabéticos con tratamiento farmacológico oral en el consultorio Violeta Parra de la comuna de Chillán.

Los objetivos generales de la investigación son:

- Determinar el grado de influencia entre los factores sociodemográficos del usuario y la adherencia al tratamiento del “usuario diabético no insulino-dependiente” (U.D.T.F.O.)
- Describir el grado de relación existente entre las características del estado de salud del usuario y la adherencia al tratamiento del U.D.T.F.O.
- Describir el grado de influencia entre las características personales del usuario y la adherencia al tratamiento del U.D.T.F.O.

Este cuestionario dirigido a los usuarios inscritos en el consultorio Violeta Parra de la comuna de Chillán es anónimo, confidencial y voluntario. Si usted está de acuerdo en participar en esta investigación, proceda a contestar las siguientes preguntas.

Se agradece su sinceridad y colaboración en este estudio.

Anexo N° 5

Cuestionario tesis

Cuestionario N° __

Parte 1

1. Sexo (encierre con un círculo, según corresponda)

a. Femenino

b. Masculino

2. Edad ___ años Fecha de Nacimiento_____

Parte 2

Marque en cada pregunta con una equis(X) solo una de las alternativas, excepto en punto F “equipamiento del hogar”, en este ítem puede marcar más de una alternativa.

a. ¿Hasta que curso estudio y aprobó?

Sin escolaridad	
Básica incompleta	
Básica completa	
Media o técnica incompleta	
Media o técnica completa	
Nivel superior incompleta	
Nivel superior completo	

b. La casa en que viven la ocupan como:

Dueño Arrendatario Usufructuario Toma de sitio Allegado

c. La casa en que vive es:

- Casa o departamento de lujo
- Casa o departamento de buena calidad
- Población uniforme, autoconstrucción de buena calidad o prefabricada
- Construcción modesta con más de 3 piezas
- Construcción modesta con menos de 3 piezas
- Mediagua menos de 3 piezas

d. La casa en que vive cuenta con alcantarillado

NO SI

e. El abastecimiento de agua es:

Red de cañería Acarreo, llave en el sitio Acarreo, en estanque de llave
ajena.

f. Equipamiento del hogar:

SE TIENE EN EL HOGAR	NO	SI
1. Refrigerador		
2. Televisor		
3. Lavadora		
4. Equipo de música		
5. Auto		

Parte 3

Responda encerrando en un círculo las siguientes preguntas cuando corresponda o respondiendo abiertamente en el espacio bajo cada pregunta.

1. ¿Usted trabaja? NO Si
2. ¿Recibe remuneración o dinero por ese trabajo? NO Si
3. ¿Toma más de tres medicamentos al mismo tiempo? NO SI
4. ¿Posee otras enfermedades diagnosticadas por un médico a parte de la diabetes mellitus? NO SI CUAL _____
5. ¿Cuántos años han transcurrido desde que fue diagnosticado de diabetes hasta ahora?

Parte 4

Responda marcando con una equis (X) cada pregunta, solo una vez por cada item.

Item	Nunca	A veces	Siempre
Salir lejos de casa (visitas, paseos)			
Salir cerca de casa (comprar alimentos)			
Preparar sus alimentos			
Hace labores de la casa (ordenar cosas)			
Tomarse sus medicinas			

Comer sus alimentos			
Vestirse o desvestirse por si solo			
Peinarse			
Caminar en terreno plano			
Subir escaleras			
Acostarse y levantarse de la cama			
Bañarse o lavarse por sí solo			
Cortarse las uñas de los pies			
Tomar el bus (u otro tipo de locomoción)			
Usar el servicio sanitario o retrete a tiempo			

Interrogantes	NO	A veces	SI
a. ¿Esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene usted un problema?			
b. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en la casa?			
c. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
d. ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			
e. ¿Siente que su familia lo quiere?			

Parte 5

- En sus controles con el profesional de salud las indicaciones dadas son (encierre con un círculo un número, según su opinión):

1) **Buenas:** las indicaciones son claras

2) **Regulares:** se entienden solo una parte

3) **Malas:** las indicaciones no se entienden.

- ¿Consume alcohol? NO SI

Si su respuesta es SI: ¿Qué Tipo de bebida alcohólica consume, cada cuanto tiempo, en que cantidad?

- ¿Qué tipo de actividad física realiza? ¿Cada cuanto tiempo? (número de veces a la semana) ¿En que cantidad? (minutos u horas).
-

Parte 6

Esta parte se refiere a la ingesta de medicamentos orales que UD toma para su diabetes.

Conteste NO o SI a cada una de las siguientes preguntas encerrando con un círculo su respuesta.

1. ¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su diabetes?

NO

SI

2. ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar los medicamentos?

NO

SI

3. ¿Cuándo se encuentra bien ¿deja de tomar los medicamentos?

NO

SI

4. Si alguna vez le cae mal ¿deja de tomarlos?

NO

SI

Anexo N° 6

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Tipo de variable	Definición Nominal	Definición operacional	Categoría de la variable
Variable dependiente	Adherencia al tratamiento: Grado de coincidencia del comportamiento de un paciente (en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida) con las recomendaciones médicas o de los profesionales de la salud que lo atienden.	1) Adherente: respuesta No a las cuatro preguntas según test de Morisky- Green-Levine. 2) No adherente: respuesta SI a una o más preguntas según test de Morisky- Green-Levine	Se clasificara en: 1) Adherente 2) No adherente
Variables sociodemográficas	Sexo: Diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer, determinada pertinentemente y civilmente.	1) Masculino Características fisiológicas, biológicas y sociales propias del sexo masculino. 2) Femenino Características fisiológicas, biológicas y sociales propias del sexo femenino	Se clasificara en: 1) Masculino 2) Femenino

	<p>Edad:</p> <p>Tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta el momento de la recolección de los datos de la investigación</p>	<p>1) 35- 44: Usuario dentro del rango de edad de 35 a 44 años</p> <p>2) 45- 54: Usuario dentro del rango de edad de 45 a 54 años</p> <p>3) 55- 64: Usuario dentro del rango de edad de 55 a 64 años</p> <p>4) 65- 69: Usuario dentro del rango de edad de 65 a 69 años.</p>	<p>Se clasificara en:</p> <p>1) 35- 44 años</p> <p>2) 45 a 54 años</p> <p>3) 55- 64 años</p> <p>4) 65- 69 años</p>
	<p>Escolaridad:</p> <p>Grado de instrucción sistemática lograda por el usuario en instituciones de educación nacional.</p>	<p>1) Sin escolaridad: persona que no ha recibido preparación en un establecimiento educacional</p> <p>2) Básica: Persona que ha aprobado los años correspondientes a la educación básica o similar</p>	<p>Se clasificara en:</p> <p>1) Sin escolaridad</p> <p>2) Básica</p> <p>3) Media</p> <p>4) Nivel superior</p>

		<p>3) Media: Persona que ha aprobado todos los años de enseñanza media técnica o similar</p> <p>4) Nivel superior: Persona que ha aprobado los años correspondientes al nivel superior</p>	
--	--	--	--

	<p>Nivel socioeconómico:</p> <p>Clasificación del usuario en relación a los recursos socioeconómicos que dispone</p>	<p>1) Alto: Personas que se encuentran con un puntaje de 1 en la escala de clasificación del nivel socioeconómico.</p> <p>2) Medio: persona que se encuentra con un puntaje de 2 a 3 en la escala de clasificación del nivel socioeconómico.</p> <p>3) Bajo: Persona que se encuentra con un puntaje de 4 a 5 en la escala de clasificación del nivel socioeconómico.</p>	<p>Se clasificara en:</p> <p>1) Alto</p> <p>2) Medio</p> <p>3) Bajo</p>
	<p>Ocupación:</p> <p>Actividad que realiza el usuario por la que recibe un incentivo.</p>	<p>1) Con ocupación:</p> <p>Persona que se encuentra desarrollando alguna actividad remunerada y con un contrato</p>	<p>Se clasificara en:</p> <p>1) Con ocupación</p> <p>2) Sin ocupación</p>

		<p>2) Sin ocupación: Persona que no se encuentra desarrollando alguna actividad remunerada y con un contrato</p>	
<p>VARIABLES relacionadas al estado de salud del usuario</p>	<p>Polifarmacia: Consumo de tres o más fármacos a la vez</p>	<p>1) Con polifarmacia: Consumo de tres o más fármacos a la vez</p> <p>2) Sin polifarmacia: consumo de 2 o menos fármacos a la vez</p>	<p>Se clasificara en:</p> <p>1) Con polifarmacia</p> <p>2) Sin polifarmacia</p>
	<p>Presencia de Patologías asociadas: Tipo de patologías presentes en igual período y que se asocian a la diabetes mellitus del usuario.</p>	<p>1) Presente: presencia de otras patologías diferentes a la diabetes mellitus</p> <p>2) Ausente: sin patologías asociadas</p>	<p>Se clasificara en:</p> <p>1) Presente</p> <p>2) Ausente</p>
	<p>Tiempo de evolución de la enfermedad: Período de tiempo transcurrido desde el diagnóstico de diabetes mellitus hasta la fecha.</p>	<p>Expresado en números enteros equivalente a los años de duración de la enfermedad</p>	<p>Se clasificara en:</p> <p>1) 0-9 años</p> <p>2) 10-15</p> <p>3) 16 o más años</p>

	<p>Presencia de Enfermedades mentales diagnosticadas:</p> <p>Tipo de patologías asociadas a trastornos de la conciencia y de la capacidad para interactuar con el medio de manera armónica exceptuando trastornos orgánicos.</p>	<p>1)Presente: Presencia de patologías mentales diagnosticadas al momento de la entrevista</p> <p>2)Ausente: ausencia de patologías mentales diagnosticadas al momento de la entrevista</p>	<p>Se clasificara en:</p> <p>1)Presencia</p> <p>2)Ausencia</p>
<p>VARIABLES relacionadas a características personales del usuario</p>	<p>Grado de autovalencia:</p> <p>Capacidad funcional del usuario para ejecutar tareas del diario vivir por si solo.</p>	<p>1) Autovalente: usuarios que son capaces de realizar actividades del diario vivir por si solos según escala de autovalencia en ejecución de actividades del diario vivir.</p> <p>2) Dependiente: Usuarios que necesitan de cierto tipo de ayuda para realizar las actividades del diario vivir según escala de autovalencia en ejecución de actividades del diario vivir.</p>	<p>Se clasificara en:</p> <p>1) Autovalente</p> <p>2) Dependiente</p>

	<p>Calidad de cumplimiento de los controles de salud del paciente diabético: Número de contactos de pacientes diabéticos con el equipo de salud del programa en el último año.</p>	<p>1) Buena: asistencia de 4 a 6 controles</p> <p>2) Regular: asistencia de 2 a 3 controles</p> <p>3) Deficiente: asistencia de 0 a 1 control</p>	<p>Se clasificara en:</p> <p>1)Buena</p> <p>2)Regular</p> <p>3)Deficiente</p>
	<p>Dinámica familiar:</p> <p>Interacción afectiva que ocurre dentro de los miembros de la familia del diabético</p>	<p>1) Funcionamiento familiar bajo: 5 o menos puntos según escala de Apgar familiar</p> <p>2) Funcionamiento familiar intermedio: 6 a 9 puntos según escala de Apgar familiar</p> <p>3)Funcionamiento familiar alto: 10 puntos según escala de Apgar familiar</p>	<p>Se clasificara en:</p> <p>1) Funcionamiento familiar bajo.</p> <p>2) Funcionamiento familiar intermedio.</p> <p>3)Funcionamiento familiar alto</p>

	<p>Calidad de comprensión percibida por el paciente respecto a indicaciones dadas por el profesional de salud: Grado de claridad de las indicaciones dadas por el profesional de salud que el paciente percibe en cada control</p>	<p>1)Buena: las indicaciones son claras</p> <p>2)Regular: se entienden solo una parte</p> <p>3)Mala: las indicaciones no se entienden.</p>	<p>Se clasificara en:</p> <p>1)Buena</p> <p>2)Regular</p> <p>3)Mala</p>
	<p>Consumo de Alcohol: Ingesta de bebidas alcohólicas de cualquier tipo y en cualquier cantidad y frecuencia.</p>	<p>1) No: No consume alcohol.</p> <p>2) Si: Consume alcohol.</p>	<p>Se clasificara en:</p> <p>1) NO</p> <p>2) SI</p>
	<p>Actividad física: Ejercicio realizado por el diabético con una frecuencia de 3 veces a la semana y una duración mínima de 30 minutos.</p>	<p>Expresado en números enteros equivalentes al tipo, frecuencia y cantidad de actividad física realizada por el diabético. Si es:</p> <p>1) Con act. Física: 3 o más veces a la semana \geq 30 minutos diarios.</p>	<p>Se clasificara en:</p> <p>1) Con Act. Física.</p> <p>2) Sin act. Física.</p>

		2) Sin act. física: Menos de 3 veces a la semana y/o menor a 30 Minutos	
--	--	---	--

Anexo N° 7

VALORACION DE LAS ESCALAS

- **Encuesta Socioeconómica (autor: Graffar, 1956)**

a. ¿Hasta que curso estudio y aprobó?

ITEM	Puntaje
Sin escolaridad	7
Básica incompleta	6
Básica completa	5
Media o técnica incompleta	4
Media o técnica completa	3
Nivel superior incompleta	2
Nivel superior completo	1

b. La casa en que viven la ocupan como:

Dueño 1 Arrendatario 2 Usufructuario 3 Toma de sitio 4 Allegado 5

c. La casa en que vive es:

- 1 Casa o departamento de lujo
- 2 Casa o departamento de buena calidad
- 3 Población uniforme, autoconstrucción de buena calidad o prefabricada

- 4 Construcción modesta con más de 3 piezas
- 5 Construcción modesta con menos de 3 piezas
- 6 Mediagua menos de 3 piezas

d. La casa en que vive cuenta con alcantarillado

SI 1 NO 5

e. El abastecimiento de agua es:

Red de cañería 1 Acarreo, agua en el sitio 2 Acarreo, en pilón de llave 3
ajena.

f. Equipamiento del hogar:

SE TIENE EN EL HOGAR	Pje
1. Refrigerador	1
2. Televisor	2
3. Lavadora	3
4. Equipo de música	4
5. Auto	5
Total	15

Puntaje	Equivalencia
0	6
1-3	5
4-6	4
7-9	3
10-12	2
13-15	1

Valoración sub-índice de vivienda (preguntas de la c a la f)

Puntaje	Equivalencia
4-5	1
6-8	2
9-11	3
12-14	4
15-17	5
18-20	6

Índice de Graffar modificado (preguntas a y b más subíndice de vivienda)

Puntaje	Equivalencia
3-5	1
6-8	2
9-11	3
12-14	4
15-17	5

Clasificación del nivel socioeconómico

Nivel socioeconómico	Puntaje
Bajo	4-5
Medio	2-3
Alto	1

- **Escala de Autovalencia en ejecución de actividades del diario vivir
(autor: W. H. O.,1980)**

Item	Nunca Pje=0	A veces Pje=1	Siempre Pje=2
Salir lejos de casa (visitas, paseos)			
Salir cerca de casa (comprar alimentos)			
Preparar sus alimentos			
Hace labores de la casa (ordenar cosas)			
Tomarse sus medicinas			
Comer sus alimentos			
Vestirse o desvestirse por si solo			
Peinarse			
Caminar en terreno plano			
Subir escaleras			
Acostarse y levantarse de la cama			

Bañarse o lavarse por sí solo			
Cortarse las uñas de los pies			
Tomar el bus (u otro tipo de locomoción)			
Usar la taza del baño a tiempo.			

El puntaje de esta escala fluctúa entre 0 y 30 puntos. Se utiliza el cálculo de la mediana para dicotomizarlas en:

Dependencia: Aquellos valores que están bajo la mediana=28

Autovalencia: Aquellos valores iguales o mayores a la mediana=28

APGAR FAMILIAR

Interrogantes	NO Pje=0	A veces Pje=1	SI Pje=2
a. ¿Esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene usted un problema?			
b. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en la casa?			
c. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
d. ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			
e. ¿Siente que su familia lo quiere?			

Puntaje máximo 10 puntos

1) **Funcionamiento familiar bajo:** 5 o menos puntos

2) **Funcionamiento familiar intermedio:** 6 a 9 puntos

3) **Funcionamiento familiar alto:** 10 puntos

- **TEST DE MORISKY-GREEN-LEVINE**

Este test consta de cuatro preguntas:

1. ¿ Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su diabetes?
2. ¿ Es descuidado con la hora ñeque debe tomar los medicamentos?
3. ¿Cuándo se encuentra bien ¿deja de tomar los medicamentos?
4. Si alguna vez le cae mal ¿deja de tomarlos?

En todos los casos se debe responder NO o SI.

Según los autores y las validaciones por ellos publicadas se consideran adherentes (ADH) a quienes contestan NO a las cuatro preguntas y no adherentes (NAD) a quienes contestan SI a una o más preguntas.

- **Cuestionario elaborado por propios autores.**

En sus controles con el profesional de salud las indicaciones dadas son:
(encierre con un círculo un número, según su opinión).

- 1) **Buenas:** las indicaciones son claras
- 2) **Regulares:** se entienden solo una parte
- 3) **Malas:** las indicaciones no se entienden.

- **Cuestionario elaborado por propios autores.**

¿Consume alcohol? NO SI

Si su respuesta es SI: ¿Qué Tipo de bebida alcohólica consume, cada cuanto tiempo, en que cantidad?

- ¿Qué tipo de actividad física realiza? ¿Cada cuanto tiempo? ¿En que cantidad?
-