

Natalia Verónica Bello Escamilla
Pamela Aurora Montoya Cáceres

Departamento de Enfermería, Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile.

Correspondencia:

Pamela Aurora Montoya Cáceres
Avenida Andrés Bello s/n.
Chillán, Chile.
Tel.: (56)-(042)-2463085
Correo electrónico: pmontoya@ubiobio.cl

Recibido el 7 de marzo de 2016; aceptado el 21 de abril de 2016

Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados

Adherence to drug treatment in older adults with type 2 diabetes and its associated factors

RESUMEN

Los adultos mayores diabéticos tienen condiciones y necesidades que requieren de mayor atención. Un factor importante en el control de esta enfermedad es el tratamiento farmacológico. Identificar la adherencia al tratamiento y sus factores asociados es fundamental para orientar a los equipos de salud en la planificación de estrategias que promuevan el mejoramiento del control metabólico.

Objetivo: Describir el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y sus factores asociados en adultos mayores con diabetes tipo 2. Estudio transversal. Se aplicó el test Morisky Green, el cuestionario de Apoyo Familiar al diabético y APGAR familiar.

Conclusión: El tratamiento farmacológico es influenciado por factores sociodemográficos que permiten caracterizar a este tipo de sujetos y desarrollar estrategias para su mejor control y monitoreo en el tiempo.

PALABRAS CLAVE: adherencia farmacológica, adultos mayores, diabetes mellitus tipo 2.

ABSTRACT

Older adults with diabetes are conditions and needs that require more attention. An important factor in the control of this disease is drug treatment. Identify adherence and associated factors is essential to guide health teams in planning strategies that promote the improvement of metabolic control.

Objective: To describe the level of adherence to drug treatment and its associated factors in older adults with type 2 diabetes cross-sectional study. Green Morisky test, questionnaire Family Support diabetic and family APGAR was applied.

Conclusion: Pharmacological treatment is influenced by demographic factors to characterize this type of subject and develop strategies for better control and monitoring over time.

KEYWORDS: medication adherence, aged, diabetes mellitus type 2.

■ INTRODUCCIÓN

El envejecimiento acelerado de la población constituye un fenómeno que se observa tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. En el año 2008, más de 600 millones de personas en el mundo tenían 60 años o más⁽¹⁾. En Chile, según información del Instituto Nacional de Estadísticas, los mayores de 60 años sobrepasaron los dos millones de personas en el año 2010, lo que representa alrededor del 13% de la población del país⁽²⁾. Lo anterior, viene aparejado a que en este grupo de personas aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes mellitus⁽³⁾. Es así como las últimas cifras de esta patología indican una prevalencia del 9,4% para la población general, mientras que en el grupo de los adultos mayores de 65 años la cifra es del 25,8%⁽⁴⁾.

La administración de medicamentos y su adherencia no requieren solamente habilidades básicas, sino también funciones cognitivas superiores, tales como la codificación y el almacenamiento en la me-

moria, la recuperación de información y mantenerla en el tiempo⁽⁵⁾; es, por tanto, un proceso que en los adultos mayores se puede transformar en un gran desafío. La evidencia indica que la adherencia al tratamiento farmacológico constituye un factor fundamental en el control de la diabetes mellitus, permitiendo el mantenimiento y la recuperación de la salud de los usuarios^(6,7); no obstante, solo el 34,3% de la población diabética presenta una hemoglobina glicosilada inferior al 7%, correspondiente a las directrices actuales recomendadas como metas de control de la diabetes⁽⁴⁾. Desafortunadamente, el incumplimiento de las metas se ha atribuido a la falta de adherencia a los medicamentos prescritos⁽⁶⁾, lo cual impacta en el pronóstico de la patología y repercute en indicadores de gestión de tratamiento médico, puesto que más del 10% de los ingresos hospitalarios se deben a esta causa⁽⁸⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los costos directos de las complicaciones atribuibles a un control deficiente de la diabetes son 3 a 4 veces mayores que los de un buen control. El incrementar

la efectividad de las indicaciones sobre adherencia al tratamiento puede lograr un alcance mayor sobre la salud de la población que mejorar los procedimientos médicos específicos. El sistema de salud debe considerar el conjunto de factores que influyen y determinan el cumplimiento terapéutico y no enfocarse exclusivamente en lo biomédico⁽⁹⁾.

En consecuencia, este estudio se centra en describir la adherencia al tratamiento farmacológico en personas mayores con diabetes mellitus tipo 2 y sus factores relacionados, con el propósito de orientar a los equipos de salud de atención primaria en la planificación de estrategias que promuevan el mejoramiento del control metabólico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio con diseño no experimental de tipo transversal. El universo estuvo compuesto de 211 adultos mayores diabéticos tipo 2 registrados en el Programa de Salud Cardiovascular de un centro comunitario de salud familiar de la ciudad de Chillán (Chile). De ellos, fueron seleccionados a través de muestreo aleatorio simple 116 sujetos (intervalo de confianza [IC] del 95% y un 6,5% de error). Se incluyeron adultos mayores diabéticos que residían de forma permanente con al menos una persona de edad mayor o igual a 18 años en el hogar, y se excluyeron aquellos con registro en ficha clínica de alteraciones mentales y/o sensoriales que dificultasen la comprensión de los instrumentos usados en la investigación.

La recolección de datos se realizó a través de visitas domiciliarias de una duración de 20 minutos aproximados, efectuadas por dos examinadoras previamente entrenadas. Los instrumentos empleados fueron: el Cuestionario de adherencia farmacológica de Morisky Green Levine, cuyo objetivo es medir la adherencia al tratamiento farmacológico. Validado en su versión española con un alpha de Cronbach de 0,61⁽¹⁰⁾. El cuestionario contiene cuatro ítems de respuesta dicotómica (sí/no), donde se clasifican como “adherentes” al tratamiento a aquellos usuarios que contestan correctamente los cuatro ítems y “no adherentes” si erran en al menos una aseveración⁽¹¹⁾. Luego se aplicó el APGAR familiar, que mide el grado de funcionamiento familiar percibido por los sujetos, validado en Chile por Maddaleno y cols. (1987) con un alpha de Cronbach que fluctuó entre 0,82 y 0,86 en población adolescente⁽¹²⁾, el cual categoriza a las familias estudiadas como altamente funcional, moderadamente funcional y gravemente disfuncional. Por último, se aplicó el instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2, el cual mide conocimientos sobre medidas de control, complicaciones, actitud hacia el enfermo y actitud hacia las medidas de control de la diabetes, validado en México el año 2003 con una consistencia interna alpha de Cronbach de 0,93. Los resultados que arroja son apoyo familiar: bajo, medio y alto⁽¹³⁾.

Luego del levantamiento de datos, se creó una matriz en el programa Excel versión 2010, la cual fue exportada al paquete estadístico Stata 9.0. Se describieron las variables de razón e intervalares mediante la media y desviación estándar, siempre que presentaran distribución normal según la prueba de Shapiro-Wilk; en caso contrario, se reemplazó por el uso de medianas y rangos intercuartílicos (P_{75} - P_{25}). Las variables nominales y ordinales se describieron por medio de frecuencias absolutas (n) y relativas porcentuales (%), las cuales fueron dispuestas en tablas de frecuencia. Se aplicó también la prueba de independencia (χ^2), siempre que se presentaran frecuencias esperadas mayores de cinco; de lo contrario, se reemplazaron por el coeficiente V de Cramer para variables ordinales y nominales. Todos los sujetos fueron entrevistados previa aplicación de un consentimiento informado, protocolarizado en un documento que contiene el propósito, procedimientos de

medición, el carácter voluntario, no remunerado y confidencial. Este estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Bío Bío de Chile.

RESULTADOS

El 51,72% de los adultos mayores diabéticos se adherían al tratamiento farmacológico y el 48,28% no seguía su tratamiento.

Respecto a las características socioeconómicas, la edad media de los sujetos estudiados fue de 71 años; el 54,31% eran mujeres; el 62,07% indicó haber cursado solo estudios básicos y el 44,83% posee un ingreso per cápita menor o igual a \$53 184 pesos chilenos (tabla 1).

La tabla 2 muestra a los sujetos según sus características familiares. El 73,28% de los adultos mayores diabéticos vive con cuatro o menos integrantes de su núcleo familiar; el 65,52% tiene pareja; el 46,41% y el 52,59% están insertos dentro de una familia nuclear y extensa, respectivamente; el 90,52% percibió una familia altamente funcional, y el 62,07% refiere contar con un alto apoyo familiar.

La adherencia al tratamiento según antecedentes socioeconómicos de los adultos mayores diabéticos tipo 2 (tabla 3) indica que el sexo femenino se asocia como factor protector al tratamiento farmacológico, con una razón de prevalencia de 0,66 ($p = 0,037$). Adultos mayores con una edad menor a los 80 años de edad aumenta en 1,59 veces más el riesgo de no presentar adherencia al tratamiento farmacológico ($p = 0,046$). Respecto al nivel educacional, los adultos mayores que hayan cursado y aprobado estudios básicos aumentan en 2,15 veces el riesgo de no adherirse al tratamiento farmacológico ($p = 0,0055$). En cuanto al nivel socioeconómico, los sujetos clasificados en los quintiles I y III presentaron un riesgo de 4,67 y 5,40 veces, respectivamente, de no adherirse a tratamiento, ambos grupos estadísticamente significativos ($p = 0,0233$ y $p = 0,0143$, respectivamente).

Tabla 1. Distribución de adultos mayores diabéticos tipo 2 según antecedentes socioeconómicos n = 116

Antecedentes socioeconómicos	n	(%)
Sexo		
Hombre;Mujer	53;63	45,69;54,31
Edad (años)	71,00 ± 10,00	
Nivel educacional		
Sin estudios	18	15,52
Básico (1 a 8 años)	72	62,07
Medio (9 a 12 años)	21	18,10
Superior (mayor de 12 años)	5	4,31
Nivel socioeconómico (pesos chilenos)		
I Quintil (≤ \$53 184)	52	44,83
II Quintil (≤ \$90 067)	37	31,90
III Quintil (≤ \$140 665)	20	17,24
IV Quintil (≤ \$254 627)	5	4,31
V Quintil (> \$254 627)	2	1,72

Tabla 2. Distribución de adultos mayores diabéticos tipo 2 según características de la familia (n = 116)

Antecedentes de la familia	n	(%)
Número de personas que habitan con el adulto mayor		
≤4	85	73,28
≥5	31	26,72
Estado de pareja		
Con pareja; Sin pareja	76;40	65,52;34,48
Tipo de familia		
Nuclear simple	26	22,41
Nuclear biparental	24	20,69
Nuclear monoparental	5	4,31
Extensa simple	4	3,45
Extensa biparental	28	24,14
Extensa monoparental	29	25,00
Funcionamiento familiar		
Altamente funcional	105	90,52
Moderadamente funcional	9	7,76
Gravemente disfuncional	2	1,72
Apoyo social		
Bajo	0	0
Medio	44	37,93
Alto	72	62,07

Tabla 3. Adherencia al tratamiento farmacológico según antecedentes socioeconómicos de adultos mayores diabéticos tipo 2

Antecedentes socioeconómicos	Adherencia		RP	p
	No n = 56 (48,28%)	Sí n = 60 (51,72%)		
Sexo				
Hombre	20 (35,71)	33 (55,00)	1,00	
Mujer	36 (64,29)	27 (45,00)	0,66	0,037
Edad (años)				
Menor de 80 años	44 (78,57)	55 (91,67)	1,59	0,046
80 y más años	12 (21,43)	5 (8,33)	1,00	
Nivel educacional				
Sin estudios	9 (16,07)	9 (15,00)	1,94	0,0863
Básico (1 a 8 años)	40 (71,43)	32 (53,33)	2,15	0,0055
Medio (9 a 12 años) + Superior (mayor a 12 años)	8 (12,50)	23 (31,67)	1,00	
Nivel socioeconómico (pesos chilenos)				
I Quintil (≤ \$53 184)	27 (48,21)	25 (41,67)	4,67	0,0233
II Quintil (≤ \$90 067)	16 (28,57)	21 (35,00)	3,82	0,0733
III Quintil (≤ \$140 665)	12 (21,43)	8 (13,33)	5,40	0,0143
IV Quintil (≤ \$254 627) + V Quintil (> \$254 627)	1 (1,79)	8 (10,00)	1,00	

n (%) RP: razón de prevalencia; prueba de independencia (χ²).

Tabla 4. Adherencia al tratamiento farmacológico según características de la familia de adultos mayores diabéticos tipo 2

Antecedentes de la familia	Adherencia		RP	p
	No n = 56 (48,28%)	Sí n = 60 (51,72%)		
Personas que habitan con el adulto mayor				
≤4	39 (69,64)	46 (76,67)	0,84	0,3930
≥5	17 (30,36)	14 (23,33)	1,00	
Estado de pareja				
Sin pareja	20 (35,71)	20 (33,33)	1,00	
Con pareja	36 (64,29)	40 (66,67)	1,06	0,7875
Tipo de familia				
Nuclear simple	12 (21,43)	14 (23,33)	1,01	0,9819
Nuclear biparental	11 (19,64)	13 (21,67)	1,00	
Nuclear monoparental	2 (3,57)	3 (5,00)	0,87	0,8114
Extensa simple	2 (3,57)	2 (3,33)	1,09	0,8771
Extensa biparental	16 (28,57)	12 (20,00)	1,25	0,4158
Extensa monoparental	13 (23,21)	16 (26,67)	0,98	0,9416
Funcionamiento familiar				
Altamente funcional	49 (87,50)	56 (93,33)	1,00	
Moderadamente funcional	5 (8,93)	4 (6,67)	1,19	0,6083
Gravemente disfuncional	2 (3,57)	0 (0,00)	n/c	
Apoyo social				
Bajo	0	0		
Medio	23 (41,07)	21 (35,00)	1,00	
Alto	33 (58,93)	39 (65,00)	0,88	0,5007

n (%) RP: razón de prevalencia; prueba de independencia (χ²).

En la tabla 4 se observa que no hubo variables familiares que se asociaran estadísticamente con la adherencia al tratamiento farmacológico (todas con razones de prevalencia cercanas a 1,00 y p > 0,05).

DISCUSIÓN

Los costos directos de las complicaciones atribuibles a un control deficiente de la diabetes son 3 a 4 veces mayores que los de un buen control. Si los sistemas de salud promovieran más eficazmente la adherencia al autocuidado de la diabetes, los beneficios humanos, sociales y económicos serían considerables. El incremento en la efectividad de las indicaciones sobre adherencia al tratamiento puede lograr un alcance mayor sobre la salud de la población que mejorar los tratamientos médicos específicos. El sistema de salud debe considerar el conjunto de factores que influyen y determinan el cumplimiento terapéutico y no enfocarse exclusivamente en lo biomédico⁽⁹⁾.

Según datos de la OMS, la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes crónicos es de alrededor de un 50%⁽⁹⁾, lo que se asimila con los resultados obtenidos en este estudio, donde un poco más de este porcentaje de usuarios adultos mayores diabéticos se clasificó como adherente. Resultados similares a los obtenidos

por Giacaman (2010) en su investigación en una población similar, donde se evidenció que un 68% de los adultos mayores se adhería al tratamiento⁽¹⁴⁾. Otros autores que llegaron a resultados similares fueron Gigoux y cols. (2010)⁽¹⁵⁾.

En relación con las características sociodemográficas, es importante destacar que más del 50% de la muestra correspondió a mujeres. Resultado homogéneo al de Bello y cols. (2014), Vergara (2006), Herrera y cols. (2007), Alcaíno y cols. (2014) y Colunga y cols. (2008), donde también la mayoría de los sujetos estudiados fueron mujeres^(16,17,18,19,20), lo que se fundamentaría, según los autores, en que la mujer se preocupa más de consultar por su salud que los hombres. Respecto al nivel socioeconómico de la población en estudio, esta se concentró principalmente en el primer y segundo quintil, situación que se asemeja a los datos entregados por Herrera y cols. (2007) donde se señala que en el nivel socioeconómico bajo existen condiciones que intervienen desfavorablemente en el autocuidado de la diabetes⁽¹⁸⁾. El nivel educacional correspondió en su mayoría al rango entre 1 y 8 años de estudio. Lo que coincide con Concha y Rodríguez (2010), Herrera y cols. (2007) y Colunga y cols. (2008)^(18,19,21). Al relacionar estas características con la adherencia al tratamiento farmacológico, se encontró que ser adulto mayor de sexo femenino se asocia a un factor protector al tratamiento, similar a lo observado en el estudio de Habibeby cols. (2010), donde se encontró que la adherencia al tratamiento en mujeres fue igual o mayor a la de los hombres⁽²²⁾. Por otro lado, Bidermana y cols. (2008) refiere que, además, las mujeres se encuentran más satisfechas con su tratamiento que los hombres⁽²³⁾.

En cuanto a la edad, los adultos mayores con una edad menor de 80 años presentan un riesgo mayor de no presentar adherencia al tratamiento farmacológico, lo que coincide con el estudio de Rozenfeld y cols. (2008) quienes concluyeron que el aumento de la edad y la comorbilidad se asocian con mayor adherencia a la medicación⁽²⁴⁾. Por otro lado, Shobhana y cols. (1999) refieren que la no adhesión no se relaciona con la edad⁽²⁵⁾. Por lo tanto, es una relación necesaria de seguir estudiando para plantear conclusiones definitivas.

Respecto al nivel educacional y al nivel socioeconómico, este estudio arrojó que los adultos mayores que cursaron estudios básicos presentan un aumento en el riesgo de no adherirse al tratamiento farmacológico. Por su parte, los sujetos clasificados en los quintiles I y III del nivel socioeconómico presentaron un mayor riesgo de no adherencia a tratamiento. Park y cols. (2010) en su estudio "Factores que afectan la adherencia a la medicación en pacientes ancianos con Diabetes Mellitus", concluyó que de los usuarios que se atendían en clínicas privadas, el cumplimiento fue significativamente mayor en el grupo con un nivel económico bajo, y por el contrario, en aquellos que se atendían en hospitales públicos el grupo con un nivel económico alto tenían una alta adherencia, aunque la asociación no fue significativa. En cuanto al nivel educativo, en este mismo estudio no se detectó asociación estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento. No obstante, estudios de otros países han informado que mientras más alto es el nivel de educación, mayor es la adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes⁽²⁶⁾.

Al analizar la relación de características de la familia con la adherencia al tratamiento, se observó que, en el caso de condición de pareja, tanto aquellos que la tenían como los que no presentaron una adherencia similar al tratamiento farmacológico. Por lo que no existió una relación estadísticamente significativa, lo que pudiera atribuirse a que es el propio usuario el que finalmente decide cómo "llevar" su enfermedad y por tanto su tratamiento, siendo la presencia o ausencia de una pareja, factores no decisivos al momento de cumplir indicaciones médicas. Esta situación difiere con lo que señalan Martos y cols. (2008), quienes afirman que el apoyo social se relaciona de manera general con la salud

y el bienestar de los enfermos crónicos, especialmente el apoyo de la pareja y familia⁽²⁷⁾.

La adherencia al tratamiento farmacológico según el tipo de familia arrojó que cerca del 50% de los usuarios de este estudio perteneció a una familia nuclear simple o a una familia extensa monoparental; y fueron los usuarios pertenecientes a este último tipo de familia quienes presentaron una mayor adherencia al tratamiento farmacológico. Sin embargo, al relacionar estas variables, no se encontró una relación estadísticamente significativa, aunque sí una correlación débil (Coef. $V = 0,1045$). Esto contrasta con Bautista-Samperio y cols. (2009) quienes concluyeron que la familia de tipo nuclear sí se relaciona significativamente con la adherencia⁽²⁸⁾. Por otra parte, existe bibliografía que relaciona el tipo de familia con el control glicémico de pacientes diabéticos; es así como Bello y cols. (2014) observaron que el control glicémico se correlacionaba débilmente con el tipo de familia⁽¹⁶⁾ y Valdez y cols. (1993) afirman que la estructura familiar influye en el control del paciente diabético tipo 2, donde el porcentaje más elevado de no controlados recae en familias nucleares⁽²⁹⁾. Diferente a lo observado por Alba y cols. en el año 2009⁽³⁰⁾.

En relación con el funcionamiento familiar, se señaló que más del 90% de los sujetos en estudio se encontró inserto en familias altamente funcionales. Por tanto, un porcentaje similar de los sujetos que se adherían al tratamiento y los que no lo hacían provinieron de este tipo de familias. No obstante, es importante mencionar también que un porcentaje de diabéticos pertenecieron a familias gravemente disfuncionales, los cuales en su totalidad correspondían a sujetos que no se adherían a tratamiento. Al relacionar estas variables, no se encontró una relación estadísticamente significativa, pero sí una correlación débil, resultados que difieren con lo referido por Bautista-Samperio y cols. (2009) en su investigación llamada: "Estructura y funcionalidad familiar en la rehabilitación cardiaca ambulatoria", donde exponen que una buena funcionalidad familiar se asocia a la adherencia al tratamiento⁽²⁸⁾. Por otro lado, Alba y cols. (2009) concluyeron que existe una diferencia significativa entre pacientes controlados y descontrolados a partir de la adherencia al tratamiento, donde el funcionamiento familiar se asocia significativamente con el control glicémico, lo que demuestra que la disfunción familiar moderada/grave se asoció con un incremento del riesgo de mal control, al punto que ninguno de los pacientes con disfunción familiar grave tuvo buen control de su enfermedad⁽³⁰⁾.

Al correlacionar el apoyo familiar con la adherencia al tratamiento farmacológico, no se encontró una relación estadísticamente significativa. Estos resultados se contraponen a los estudios de Rosland y cols. (2008), Méndez y cols. (2004) y Ramírez (2006), en los cuales se afirma que el apoyo de amigos y familia influye positivamente tanto en el tratamiento medicamentoso como en el control de la glicemia diaria^(3,31,32). En el presente estudio, el mayor porcentaje de adherentes y no adherentes pertenecía a familias con alto apoyo, observaciones que se asimilaron a las encontradas por Ponce y cols. (2009), que concluyen que el apoyo social percibido por los diabéticos no se vincula con la respuesta terapéutica, por lo que no se relacionaría con el control metabólico⁽³³⁾. Estos resultados pudieran explicarse debido a los estilos de apoyo demasiado intrusivos por parte de algunas familias con el tratamiento de los adultos mayores, donde si bien cuentan con un apoyo familiar alto, la adherencia al tratamiento es baja. Hecho afirmado por el estudio de Ortego (2004), en donde describe que un familiar muy intrusivo o sumamente crítico, que genera culpabilidad y/o que se presenta excesivamente ansioso, indulgente, rígido y controlador puede provocar un "efecto boomerang" que provoque un deterioro de la condición del paciente y un aumento de la falta de adhesión terapéutica⁽³⁴⁾. Del mismo modo, Boney cols. (2009) exponen que los menores niveles de adherencia te-

rapéutica se relacionan con familiares que adoptan estilos educativos de sobreprotección⁽³⁵⁾.

Una limitación del presente estudio es que fue aplicado a una muestra de adultos mayores diabéticos de un nivel socioeconómico bajo de la ciudad de Chillán, por lo que puede no necesariamente ser representativo de adultos mayores diabéticos de otros niveles socioeconómicos, y de otras ciudades del país.

■ CONCLUSIONES

La muestra se constituyó preferentemente por sujetos de sexo femenino; sin embargo, no se observó diferencia porcentual significativa entre hombres y mujeres.

Los adultos mayores diabéticos con una edad menor de 80 años, que cursaron estudios básicos y que pertenecen a los quintiles I y III del nivel socioeconómico, presentan un aumento en el riesgo de no adherirse al tratamiento farmacológico.

En relación a las características familiares se asevera que tanto aquellos sujetos que tienen pareja como aquellos que no, presentan una adherencia similar al tratamiento.

El funcionamiento familiar y el tipo de familia se relacionan débilmente con la adherencia al tratamiento farmacológico. La mayoría de los adultos mayores diabéticos adherentes y no adherentes pertenecen a familias con alto apoyo sin relacionarse con la adherencia al tratamiento. Debido a lo anterior, se puede concluir que muchas familias sobreprotegen a los adultos mayores independientemente de sus condiciones clínicas, solo por el hecho de considerarlos más vulnerables debido a las características propias de la vejez. Sin embargo, esto no motivaría una mejor adherencia al tratamiento farmacológico, sino que este dependería principalmente de la disposición y compromiso que presente el propio sujeto frente al tratamiento ■

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses relacionado con este artículo.

■ BIBLIOGRAFÍA

- Martínez A, Fernández I. Ancianos y salud. *Rev Cubana Med Integr* [en línea] 2008 [consultado el 26 de junio de 2015]; 24 (4). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n4/mgi10408.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Población adulta mayor en el bicentenario, boletín informativo, Santiago, Chile. 2010 [En línea]. Disponible en: http://estudios.sernam.cl/documentos/?eMTQyNzgnONA=Poblaci%C3%B3n_Adulta_Mayor_en_el_Bicentenario
- Ramírez G. Disfunción y Falta de Apoyo Familiar como Factor Desencadenante de Descontrol Glucémico del Paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. Programa Diploma de especialista en Medicina Familiar. México [en línea] 2006 [consultado el 20 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://digeset.ucof.mx/tesis_posgrado/Pdf/VICENTE_GERMAN_RAMIREZ_DIAZ.pdf
- Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010 [en línea]. Santiago: Minsal, 2010 [consultado el 26 de junio de 2015]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
- Stoehr G, Lu S, Lavery L, Vander J, Saxton J, Chang C, et al. Factors associated with adherence to medication regimens in older primary care patients: The steel valley seniors survey. *Am J Geriatr Pharmacother* [en línea] 2008 [consultado el 26 de junio de 2015]; 6(5): 255-63. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1543594608000706>
- Van Bruggen R, Gorter K, Stolk RP, Zithoff P, Klungel OH, Rutten GE. Refill adherence and polypharmacy among patients with type 2 diabetes in general practice. *Pharmacoepidemiology and drug safety* [en línea] 2009 [consultado el 26 de junio de 2015]; 18:983-91. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pds.1810/epdf>
- Gutiérrez-Angulo ML, Lopetegui-Uranga P, Sánchez-Martín I, Garraigordobil-Landazabal M. Therapeutic compliance in patients with arterial hypertension and type 2 diabetes mellitus. *Rev Calidad Asistencial*. 2012;27(2):72-7.
- Mason B, Matsuyama J, Jue S. Adherence consistency across treatment regimens. *Diabetes Care*. 1994;17:347-8.
- World Health Organization (OMS). Adherence to long-term therapies: evidence for action [en línea] 2003 [Consultado el 8 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>
- Pardo E, Fierro M, Ibáñez M. Prevalencia y factores asociados a la no adherencia en el tratamiento farmacológico de mantenimiento en adultos con trastorno afectivo bipolar. Programa Especialista en Psiquiatría. Bogotá, Colombia [en línea] 2011 [consultado el 14 de abril de 2015]. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/10336/2398/1/47434947%5B1%5D.pdf>
- Sánchez M, Castano A, Mendoza I, Calero V. Medida de la adherencia al tratamiento antirretroviral. *Rev Clin Esp*. 2009;209(5):261-2.
- Maddaleno M, Horwitz N, Jara C, Florenzano R, Salazar D. Aplicación de un instrumento para calificar el funcionamiento familiar en la atención de adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*. 1987;58(3):246-9.
- Valadez I, Alfaro N, Centeno G, Cabrera C. Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2. *Revista Investigación en Salud*. 2003;5:167-72.
- Giacam J. Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el hospital de Ancud. Tesis de grado Químico farmacéutico. Valdivia, Chile [en línea] 2010 [consultado el 22 de junio de 2015]. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2010/fcg429a/doc/fcg429a.pdf>
- Gigoux J, Moyo P, Silva J. Adherencia al tratamiento farmacológico y relación con el control metabólico con DM2. *Revista Chilena Salud Pública* [en línea] 2010 [consultado el 26 de junio de 2015]; 14 (2-3): 238-70. Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RGSP/article/viewFile/13301/13617>
- Bello N, Cortés R, Lara R, Pincheira A, Montoya P. Factores familiares relacionados con control glicémico en pacientes diabéticos atendidos en la red de atención primaria de salud, Chillán-Chile. *Enfermería Comunitaria* [en línea] 2014 [consultado el 25 de febrero de 2015]; 10(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v10n1/ec9197.php>
- Vergara A. Factores asociados al control metabólico en diabéticos tipo 2. *Rev Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2006;LXIII(577):145-9.
- Herrera L, Quintero O, Hernández M. Funcionalidad y red de apoyo familiar en pacientes diabéticos tipo 2. *Servicio de Endocrinología. Iahula. Mérida*. Revista de la Academia [en línea] 2007 [consultado el 25 de mayo de 2015]; 8(12): 62-72. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/27301/1/articulo6.pdf>
- Alcaíno D, Bastías N, Benavides C, Figueroa D, Luengo C. Cumplimiento del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus de tipo 2 en adultos mayores: influencia de los factores familiares. *Gerokomos*. 2014;25(1):9-12.
- Colunga-Rodríguez C, García de Alba J, Ángel-González M, Salazar-Estrada J. Caracterización psicosocial de pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2008;34(4):1-7.
- Concha M, Rodríguez C. Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *Rev. Theoria* [en línea] 2010 [consultado el 30 de abril de 2015]; 19(1): 41-50. Disponible en: <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/194/v/v19-1/theo19-1.pdf>
- Habibeh A, Ziba F, Ali K, Pirdehghan A. Prevención secundaria por mejorar la adherencia en pacientes diabéticos. *J Prev Med*. 2010;1(1):50-5.
- Biderman A, Noff E, Harris SB, Friedman N, Levy A. Treatment satisfaction of diabetic patients: what are the contributing factors? *Fam Pract*. 2009;26:102-8.
- Rozenfeld Y, Hunt J, Plauschinet C, Wong K. Oral antidiabetic medication adherence and glycaemic control in managed care. *Am J Manag Care*. 2008;14:71-5.
- Shobhana R, Begum R, Snehathatha C, Vijay V, Ramachandran A. Patients' Adherence to Diabetes. *J Asoc. Médicos India*. 1999;47:1173-5.
- Park K, Guk J, Bo-Wan K, Sin K, Keon-Yeop K, Sung-Woo H, et al. Factores que afectan la adherencia a la medicación en pacientes ancianos con Diabetes Mellitus. *Corea J. Diabetes* 2010;34(1):55-65.
- Martos MJ, Pozo C, Alonso E. Influencia de las relaciones interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos. *Boletín de Psicología N.º 93*. España [en línea] 2008 [consultado el 15 de noviembre de 2014]; 93: 59-77. Disponible en: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N93-4.pdf>
- Bautista-Samperio L, Bravo-Gómez L, Irigoyen-Coria A. Estructura y funcionalidad familiar en la rehabilitación cardiaca ambulatoria. *Archivos en Medicina Familiar* [en línea] 2009 [consultado el 15 de noviembre de 2014]; 11 (3). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2009/amf093c.pdf>
- Valadez I, Aldrete M, Alfaro N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. *Revista Salud Pública de México* [en línea] 1993 [consultado el 10 de junio de 2015]; 35(5): 464-70. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Noe_Alfaro/publication/265160061_Influencia_de_la_familia_en_el_control_metabolico_del_paciente_diabatico_tipo_II/links/5400876e0cf2c48563ae3e90.pdf
- Alba LH, Bastidas C, Vivas JM, Gil F. Prevalencia de control glucémico y factores relacionados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del hospital universitario de San Ignacio, Bogotá, Colombia. *Gac Méd Méx* [en línea] 2009 [consultado el 22 de junio de 2015]; 145 (6): 469-74. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2009/gm096a.pdf>
- Rosland A, Kieffer E, Israel B, Cofield M, Palmisano G, Sinco B, et al. When is social support important? the association of family support and professional support with specific diabetes self-management behaviors. *J Gen Intern Med* [en línea] 2008 [consultado el 26 de diciembre de 2014]; 23(12): 1992-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2596525/>
- Méndez D, Gómez V, García M, Pérez J, Navarrete A. Disfunción familiar y control de paciente diabético tipo 2. *Rev Med IMSS* [en línea] 2004 [consultado el 24 de noviembre de 2014]; 42 (4): 281-4. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2004/im044b.pdf>
- Ponce J, Velázquez A, Márquez E, Rodríguez L, Bellido M. Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. *Index Enferm* [en línea] 2009 [consultado el 22 de junio de 2015]; 18(4): 224-228. Disponible en: http://scielo.sci.ub.edu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-1296200900040002&lng=es&nm=iso
- Ortego M. La adherencia al tratamiento. Variables implicadas. *Educare*. 2004;8:1-8.
- Bones K, Forns D, Chamaro A. Relación entre adherencia al tratamiento, clima familiar y estilos educativos. *Interamerican Journal of Psychology* [en línea] 2009 [consultado el 22 de junio de 2015]; 43 (2): 340-349. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28412891015>