

República Dominicana



UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA – UNIBE
Facultad de Ciencias de la Salud
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

Tesis para optar por el título de Especialista en
Medicina Familiar y Comunitaria

Factores que influyen en la no adherencia a los hipoglucemiantes orales en pacientes diabéticos de 30 a 60 años que asisten a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana en abril- junio 2026.

Sustentante:
Dra. Jose Enilda Almanzar Flores

Matricula:
231301

Asesores:

Dr. Ángel S. Campusano
Dra. Danelia Pimentel

Asesor Metodológico
Asesora Clínica

Los conceptos expuestos en este estudio son exclusiva responsabilidad de los autores.

Santo Domingo, Oeste Distrito Nacional 2026.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ADHERENCIA A LOS HIPOGLUCEMIANTES
ORALES EN PACIENTES DIABÉTICOS DE 30 A 60 AÑOS QUE ASISTEN A LA
CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL HOSPITAL DR.
MARCELINO VÉLEZ SANTANA EN ABRIL - JUNIO 2026.

CONTENIDO

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCION	7
CAPITULO 1. EL PROBLEMA	8
1.1. Planteamiento del problema	8
1.1.1. Preguntas de investigación	10
1.2. Objetivos	11
1.2.1. Objetivo General	11
1.2.2. Objetivos específicos	11
1.3. Justificación	11
CAPITULO 2. MARCO TEORICO	13
2.1. Antecedentes y Referencias	13
2.2. Marco conceptual	17
2.2.1. Diabetes Mellitus	16
2.2.2. Epidemiología	18
2.2.3. Clasificación Diabetes Mellitus	18
2.2.4. Diabetes Mellitus 2	19
2.2.5. Etiología	19
2.2.6. Fisiopatología	20
2.2.7. Factores de Riesgo	21
2.2.8. Diagnostico	23
2.2.9. Complicaciones	23
2.2.10. Tratamiento no farmacológico y farmacológico	24
2.2.11. Prevención de la diabetes mellitus tipo 2	26
2.2.12. Adherencia y No adherencia farmacológica	27
2.2.13. Escala de Morisky-Green Modificada	28
2.2.14. Estructura de la escala	28

2.2.15. Contextualización	29
CAPITULO 3 DISEÑO METODOLÓGICO	30
3.1 Tipo de estudio	30
3.2 Variables	30
3.2.1 Operacionalización de las variables	30
3.3 Métodos y Técnicas de Investigación	32
3.4 Instrumento de Recolección de Datos	32
3.5 Población y muestra	33
3.6 Criterios de Inclusión	34
3.7 Criterios de Exclusión	34
3.8 Procedimiento y Procesamiento de datos	34
3.8.1 Análisis de Datos	35
3.9 Aspectos Éticos	36
CAPITULO 4	37
RESULTADOS	
CAPITULO 5. DISCUSION Y CONCLUSION	50
5.1 Discusión	50
5.2 Conclusión	53
CAPITULO 6 RECOMENDACIONES	54
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	57
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	63
ANEXOS	66

RESUMEN

El presente estudio cuantitativo, observacional, analítico, transversal, no probabilístico, evaluó los factores que influyen en la no adherencia a los hipoglucemiantes orales en pacientes diabéticos de 30-60 años que asistieron a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital Marcelino Vélez Santana (abril-junio 2026) Se utilizó un cuestionario estructurado para recolectar información de 333 pacientes diabéticos, con edades comprendidas entre 30-60 años , con tiempo de diagnóstico de 6 meses a más de 10 años, donde la adherencia global fue de un (27.00 %), predominando la no adherencia farmacológica en un (73.00 %), en cuanto a los grupos etarios la mayor proporción de la población estudiada fueron los de 50-60 años representando el (57.10 %), le siguieron los pacientes de 30-39 años con un (24.90%) mientras que el grupo de 40-49 años constituyo el (18.0%) de los casos estudiados, de acuerdo al tiempo de diagnóstico los pacientes de un diagnóstico precoz con menos de 5 años representaron un (27.00 %) de adherencia ,seguido de los pacientes con 5-10 años de diagnóstico que presentaron una adherencia media (33.10 %) ,predominando la baja adherencia en pacientes con más de 10 años de diagnóstico (39.90%). El principal obstáculo para la no adherencia fue el alto costo de los medicamentos en un (48.60%), factor relacionado directamente con el desempleo que estuvo presente en un (57.10 %), el olvido del medicamento abarco el (27.00%), el sexo prevalente fue el femenino en un (75.10%) las cuales utilizaban monoterapia en un (100%) Estos hallazgos indican que los factores socioeconómicos son barreras de gran impacto, por lo que se recomienda implementar intervenciones que fortalezcan la adherencia terapéutica.

Palabras claves: Diabetes Mellitus, Hipoglucemiantes orales, factores socioeconómicos, monoterapia, Adherencia Farmacológica.

ABSTRACT

This quantitative, observational, analytical, cross-sectional, and non-probabilistic study evaluated the factors influencing non-adherence to oral hypoglycemic agents in diabetic patients aged 30–60 who attended the Family and Community Medicine outpatient clinic at the Marcelino Vélez Santana Hospital (April–June 2026). A structured questionnaire was used to collect data from 333 diabetic patients aged 30–60, with a time since diagnosis ranging from 6 months to over 10 years. Overall adherence was 27.00%, with pharmacological non-adherence predominating at 73.00%. Regarding age groups, the largest proportion of the studied population was aged 50–60, representing 57.10%, followed by patients aged 30–39 at 24.9%, while the 40–49 age group constituted 18.0% of the studied cases. According to the time since diagnosis, patients with an early diagnosis of less than 5 years represented 27.00% of adherence, followed by patients with 5–10 years since diagnosis who showed a medium adherence of 33.10%, whereas low adherence predominated in patients with more than 10 years since diagnosis at 39.90%. The main barrier to non-adherence was the high cost of medications at 48.6%, a factor directly related to unemployment, which was present in 57.10% of cases. Forgetting to take the medication accounted for 27.0%. The prevalent sex was female at 75.10%, all of whom used monotherapy (100%). These findings indicate that socioeconomic factors are high-impact barriers; therefore, it is recommended to implement interventions that strengthen therapeutic adherence.

Keywords: Diabetes Mellitus, Oral hypoglycemic agents, Socioeconomic factors, Monotherapy, Pharmacological adherence.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, caracterizada por su elevada prevalencia, su crecimiento progresivo y el desarrollo de complicaciones crónicas que impactan significativamente la calidad de vida de los pacientes. A pesar de los avances en el tratamiento farmacológico, el adecuado control de la enfermedad depende en gran medida de la adherencia terapéutica.

Según la Organización Mundial de la Salud, la adherencia al tratamiento está influenciada por múltiples factores, entre los que se incluyen aspectos socioeconómicos, características individuales del paciente, condiciones del sistema de salud, complejidad del tratamiento y naturaleza de la enfermedad. La falta de adherencia se asocia con un incremento en las complicaciones, hospitalizaciones y costos sanitarios.

En la República Dominicana, la evidencia sobre adherencia a hipoglucemiantes orales es limitada, especialmente en el nivel de atención primaria, lo que dificulta la implementación de estrategias efectivas de intervención. En este contexto, en el Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana siendo un tercer nivel de atención se ha observado una creciente dificultad en el cumplimiento terapéutico en pacientes diabéticos.

Por consiguiente, este proyecto tiene como finalidad, identificar los factores que influyen en la no adherencia a los hipoglucemiantes orales en pacientes diabéticos entre 30 y 60 años que asisten a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria durante el período abril–junio 2026.

CAPÍTULO 1

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La Diabetes Mellitus constituye un gran problema creciente de salud pública mundial, debido a su alta prevalencia y a sus devastadoras complicaciones macrovasculares y microvasculares, que suceden cuando no se está en control de la patología, entre estas se encuentran la enfermedad vasculocerebral, el infarto agudo al miocardio, La retinopatía, la nefropatía, y el pie diabético entre otras, que se dan por un mal control o descompensación de la enfermedad y aumentan los costos de la salud a nivel mundial. (International Diabetes Federation, 2021)

Es considerada como la enfermedad crónica de mayor crecimiento en el siglo XXI, generando una de las emergencias en salud más importantes en el mundo. Ha representado un alto costo en salud pública de la mayoría de los países, por el tratamiento y sus complicaciones, en 2021 se gastaron 205,700 millones de dólares más en esta enfermedad que en 2019 y se estima que para el 2030 el gasto en salud alcance 1 billón de dólares y al 2045 los 1.1 billones de dólares. Uno de cada diez adultos entre los 20-79 años fueron diagnosticados con diabetes, lo que representa 537 millones de personas en el mundo, previendo que alcance los 643 millones en 2030, y 783 millones para 2045. (Sun et al, 2021)

En Latinoamérica 1 de cada 3 personas vive con diabetes mellitus sin ser diagnosticada, 1 de cada 11 adultos tiene diabetes, al 2045 se espera que aumente a 49 millones de personas enfermas con diabetes mellitus tipo 2 y en República Dominicana cerca del 25 % de la población tiene diabetes o prediabetes. (Sun et al, 2021)

Aunque actualmente existen tratamientos farmacológicos eficaces para el control de la diabetes mellitus tipo 2, el adecuado control glucémico continúa representando un desafío clínico debido a la baja adherencia terapéutica. La no adherencia al tratamiento antidiabético oral se asocia con mayor riesgo de complicaciones agudas y crónicas, hospitalizaciones, discapacidad y aumento de los costos sanitarios. (American Diabetes Association, 2024)

La falta de adherencia farmacológica tiene múltiples causas que incluyen la ignorancia sobre la enfermedad, los efectos secundarios percibidos, los olvidos, el bajo nivel educativo, las creencias culturales, la escasa percepción del riesgo elevado de mortalidad, el poco apoyo familiar y las limitaciones para acceder a servicios sanitarios y a recursos económicos. Estas variables interactúan entre sí y tienen un impacto en el apego terapéutico del paciente.

En la atención primaria de la República Dominicana existe una importante brecha de conocimiento sobre la adherencia a hipoglucemiantes orales, debido a la falta de estudios nacionales representativos, escasa evaluación de intervenciones efectivas en salud, limitado análisis por tipo de medicamento y poca comprensión del comportamiento del paciente. Además, no se ha estudiado suficientemente la influencia del sistema de salud ni la relación directa entre adherencia y resultados clínicos (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

La evidencia disponible en República Dominicana es limitada basada principalmente en estudios locales, las investigaciones nacionales e internacionales coinciden en que la adherencia es un fenómeno multifactorial influenciado por determinantes sociales, características del sistema de salud y el nivel de conocimiento del paciente. (Organización Panamericana de la Salud, 2020)

En el Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, en el área de consulta de Medicina Familiar y Comunitaria, se ha identificado un aumento progresivo de pacientes diabéticos entre 30 a 60 años de edad que presentan dificultad para mantener una apropiada

adherencia al tratamiento farmacológico. Esta problemática no puede abordarse de manera eficiente sin comprender a fondo los factores que la provocan.

En este contexto, se hace imprescindible investigar los factores que influyen en la baja adherencia farmacológica en esta población de pacientes. Solo así será posible diseñar intervenciones concretas y viables que permitan mejorar la adherencia, reducir las complicaciones y mortalidad, además de optimizar el uso de los recursos de salud.

Por lo tanto, surge la necesidad de Identificar los factores que influyen en la no adherencia a los hipoglucemiantes orales en pacientes diabéticos de 30 a 60 años que asisten a la consulta de medicina familiar y comunitaria del hospital Dr. Marcelino Vélez Santana en abril-junio 2026.

1.1.1. Preguntas de Investigación

- 1) ¿Cuál es la prevalencia de no adherencia a los hipoglucemiantes orales en los pacientes estudiados?
- 2) ¿Qué factores socioeconómicos se asocian a la no adherencia?
- 3) ¿Qué factores clínicos influyen en la no adherencia terapéutica?
- 4) ¿Qué características del tratamiento farmacológico se relacionan con la no adherencia?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

Determinar los factores que influyen en la no adherencia a los hipoglucemiantes orales en pacientes diabéticos de 30- 60 años, que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria, en el Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, abril- junio 2026.

1.2.2. Objetivos Específicos

1. Determinar la prevalencia de no adherencia terapéutica.
2. Determinar la asociación entre factores socioeconómicos y no adherencia terapéutica.
3. Analizar los factores clínicos relacionados con la adherencia.
4. Evaluar la relación entre el tratamiento farmacológico y la adherencia.

1.3. Justificación

La Diabetes Mellitus es una enfermedad de gran impacto en la Salud Pública de la Republica Dominicana y una causa importante de complicaciones macrovasculares y microvasculares a nivel mundial. A pesar de contar con tratamientos farmacológicos eficaces disponibles, la baja adherencia farmacológica continúa siendo un reto significativo en el control de esta enfermedad.

Esta investigación adquiere relevancia al centrarse en los factores que influyen en la no adherencia a los hipoglucemiantes orales en pacientes diabéticos de 30- 60 años, que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria, en el Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, abril- junio 2026.

Esta población representa un grupo clave en la atención primaria, donde el seguimiento integral y continuo del paciente más el abordaje preventivo son necesarios e imprescindibles. Comprender las causas específicas de la baja adherencia farmacológica, permitirá diseñar estrategias de intervención oportuna y eficaz, adaptadas a las realidades y necesidades de los pacientes a fin de evitar las complicaciones futuras.

a) Hipótesis general

Existe relación entre los factores sociodemográficos, clínicos y terapéuticos y la no adherencia a los hipoglucemiantes orales en pacientes diabéticos de 30 a 60 años que asisten a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana durante el período abril-junio 2026.

b) Hipótesis nula

No existe asociación entre los factores sociodemográficos, clínicos y terapéuticos y la no adherencia a los hipoglucemiantes orales en pacientes diabéticos de 30 a 60 años que asisten a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana durante abril-junio 2026.

c) Hipótesis específicas

1. Existe asociación entre el nivel socioeconómico y la no adherencia al tratamiento farmacológico.
2. Existe asociación entre el tiempo de diagnóstico y la no adherencia al tratamiento.
3. Existe asociación entre el número de medicamentos y la no adherencia.
4. Existe asociación entre el acceso a los servicios de salud y la no adherencia.

Esta investigación es oportuna y esencial para apoyar la reforma del sistema de salud hacia uno más preventivo, comunitario y de alta calidad en la República Dominicana además de fortalecer las prácticas médicas en medicina familiar y comunitaria. Los

resultados se podrán utilizar para implementar programas de seguimiento personalizado, talleres de educación sanitaria y mecanismos de apoyo que promuevan una mejor adherencia terapéutica.

CAPÍTULO 2

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes y Referencias

La adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ha sido ampliamente investigada a nivel internacional, considerándose un fenómeno complejo y multifactorial influenciado por factores clínicos, sociales, culturales y relacionados con los servicios de salud.

En República Dominicana, Colon y Luciano (2022) realizaron un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 197 pacientes, encontrando que diversos factores sociodemográficos y culturales influyen significativamente en la adherencia terapéutica de las personas con diabetes mellitus tipo 2. Entre los factores más relevantes identificados se destacaron el nivel educativo y el acceso a los servicios de salud como elementos determinantes para el cumplimiento del tratamiento (Colon et al., 2022).

Estos hallazgos coinciden con los reportados por Guamán et al. (2021) en Ecuador, quienes desarrollaron un estudio descriptivo de corte transversal en una muestra de 169 adultos. Los autores concluyeron que las características sociodemográficas desempeñan un papel fundamental en el comportamiento de adherencia de los pacientes al tratamiento.

De igual manera, Delgado et al. (2025), mediante un estudio observacional, analítico y transversal realizado en Ecuador con 204 pacientes, determinaron que

factores como la polifarmacia, la depresión y la distancia al centro de salud presentan una asociación significativa con la falta de adherencia al tratamiento antidiabético oral.

De la misma manera Orellana Cobos et al. (2025) en Ecuador en su, estudio observacional, analítico de corte transversal. Con una muestra fue de 204 pacientes, concluyeron que la falta de adherencia al tratamiento antidiabético se asoció con el uso concomitante de 4 o más medicamentos, dependencia al tabaco, distancia al centro de salud mayor o igual a 30 minutos, procedencia rural, depresión, tiempo de diagnóstico mayor a 10 años y el uso de tratamiento oral.

Por otro lado, Robles et al. (2022) en México encontraron una fuerte relación entre disfunción familiar y baja adherencia terapéutica, lo que resalta la importancia del entorno social en el cumplimiento del tratamiento farmacológico. (Robles et al., 2022)

En Perú, Farías et al. (2021) demostraron que el bajo nivel de conocimiento sobre la enfermedad se relaciona con menor adherencia al tratamiento, lo que resalta la importancia de la educación en salud.

Mientras, Pérez et al. (2020) evaluaron la adherencia a hipoglucemiantes orales en pacientes diabéticos tipo 2, identificando una prevalencia de no adherencia del 40%, asociada principalmente a bajo nivel educativo y escaso apoyo familiar. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Gómez et al. (2021), quienes destacaron el impacto de factores socioeconómicos en la adherencia terapéutica. Sin embargo, ambos estudios fueron realizados en contextos urbanos de alto acceso sanitario, lo que limita su extrapolación a poblaciones atendidas en hospitales públicos de la República Dominicana, donde las condiciones estructurales y culturales difieren significativamente. En este sentido, persiste una brecha en la literatura respecto a los factores específicos que influyen en la no adherencia en este contexto, lo que justifica la realización del presente estudio.

Asimismo, Jirón M (2023), en Chile, realizó un estudio de corte transversal que incluyó 50 pacientes mayores de 18 años con al menos una enfermedad crónica, a

quienes se les aplicaron los cuestionarios Test de Batalla y SMAQ. Los resultados evidenciaron que entre el 76% y 86% de los pacientes no eran adherentes al tratamiento terapéutico; además, se observó poca claridad respecto a su enfermedad y que la adherencia no se asoció estadísticamente con factores como edad, sexo, comorbilidades, actividad física ni hábitos como consumo de alcohol y tabaco.

De manera similar, Esquivel-Prados E et al. (2023), en España, identificaron factores determinantes de la falta de adherencia a los antidiabéticos orales en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. A partir de 11 estudios seleccionados, encontraron que la falta de adherencia osciló entre el 20,3% y 48%, asociándose a factores como el copago, la dosis diaria, el tipo de fármaco, la polifarmacia y la menor frecuencia de citas médicas. Asimismo, León Martín D (2024) realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en 131 pacientes diabéticos, donde evidenció un bajo nivel de adherencia farmacológica, un deficiente seguimiento de las recomendaciones terapéuticas y un escaso nivel de conocimientos sobre la enfermedad.

En esta misma línea, Robleto-Martínez Ed y Jesús Quintanilla R (2025), en Nicaragua, concluyeron que la falta de adherencia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 está relacionada con estilos de vida poco saludables, dificultades en el manejo del estrés y bajo nivel de conocimiento.

Por otra parte, Cáceres C et al. (2023), en Colombia, mediante una revisión sistemática y metaanálisis que incluyó 5,658 pacientes, evidenciaron un bajo cumplimiento del tratamiento farmacológico en enfermedades crónicas no transmisibles, lo cual impacta negativamente en los resultados clínicos; no obstante, la diabetes mellitus presentó mayores niveles de cumplimiento en comparación con otras patologías.

De igual forma, Hernández-Yépez P et al. (2023), en Perú, determinaron que la mala adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos es elevada y que la funcionalidad familiar se encuentra significativamente asociada a la adherencia terapéutica.

En contraste, García Ortiz Y et al. (2022), en Cuba, concluyeron que la adherencia al tratamiento farmacológico es más adecuada que la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Por su parte, Lozano Rodelo S (2023) encontró, en un estudio analítico y correlacional con 217 pacientes, que el nivel de conocimiento y la adherencia terapéutica no presentan una relación estadísticamente significativa, evidenciándose una correlación negativa media.

En consecuencia, Riaño García D et al. (2024), en Ecuador, demostraron mediante un estudio mixto que la adherencia inicial al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 era deficiente, siendo la mayoría de los pacientes no adherentes.

Después, Rivera García J. (2024), en Perú, concluyó que los pacientes con mayor conocimiento sobre la diabetes mellitus tipo 2 presentan mayor probabilidad de adherirse al tratamiento con antidiabéticos orales, aunque no se identificaron otras variables significativas.

Finalmente, Velásquez D (2024) Colombia realizó un estudio observacional descriptivo, transversal retrospectivo donde la primera parte de la investigación estuvo basada en un enfoque cuantitativo, analizando algunos datos sociodemográficos y clínicos contenidos en 40 historias clínicas de pacientes y realizaron 5 entrevista a las cuidadoras. Donde concluyeron que la no adherencia al tratamiento medicamentoso y nutricional, está dado por múltiples razones, como el desconocimiento, la negación a la continuidad del tratamiento, y otros no asociados al paciente. (Velásquez et al., 2024).

En conjunto, estos estudios coinciden en que la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo 2 está influenciada por múltiples factores, lo que evidencia la necesidad de investigaciones contextualizadas que permitan diseñar intervenciones efectivas.

2.2. Marco conceptual

2.2.1. Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es un conjunto de trastornos metabólicos caracterizados por hiperglicemia, producto de alteraciones en la secreción o acción de la insulina. Esta enfermedad resulta de la interacción entre factores genéticos y ambientales que afectan el metabolismo corporal.

Las alteraciones metabólicas propias de la diabetes generan daño progresivo en diferentes órganos y sistemas, lo que contribuye al desarrollo de complicaciones crónicas y aumenta la carga para los servicios de salud (American Diabetes Association, 2024), Harrison's Principles of Internal Medicine (Jameson et al., 2018)

Es importante tener en cuenta que las fallas en la regulación metabólica asociada con la diabetes mellitus provoca cambios fisiopatológicos secundarios en múltiples órganos y sistemas que representan un cambio significativo en la salud de las personas con diabetes y una carga para el sistema de atención de la salud. Harrison's Principles of Internal Medicine. (2018). Harrison's principles of internal medicine (20th ed.).

Los pacientes diabéticos presentan mayor riesgo cardiovascular de dos a cuatro veces superior comparado al de la población general. En las personas diabéticas, se ha observado que el riesgo de enfermedades cardiovasculares está relacionado de manera directa y continua con las concentraciones plasmáticas de glucosa e insulina. A medida que una diabetes mal controlada aumenta el riesgo relativo de muerte por insuficiencia cardíaca y por enfermedad cerebrovascular en 3 veces en relación con la población general. American Diabetes Association. (2024).

2.2.2. Epidemiología

La diabetes mellitus representa un problema de salud pública global debido a su creciente prevalencia y su impacto en la mortalidad. En las últimas décadas, el número de personas afectadas ha aumentado considerablemente, siendo la diabetes tipo 2 la forma más frecuente de los diferentes tipos de diabetes.

Este incremento se relaciona con cambios en los estilos de vida, como el sedentarismo y la alimentación inadecuada, así como con el envejecimiento poblacional. Además, la enfermedad está asociada con complicaciones graves como insuficiencia renal crónica, amputaciones y ceguera por retinopatía diabética. (Organización Mundial de la Salud, 2021).

2.2.3. Clasificación Diabetes Mellitus

La clasificación de la Diabetes Mellitus se basa fundamentalmente en su etiología y características fisiopatológicas, pero adicionalmente incluye la posibilidad de describir la etapa de su historia natural en la cual se encuentra la persona (American Diabetes Association, 2024).

- Diabetes tipo 1 debido a la destrucción autoinmune de las células β , que generalmente conduce a una deficiencia absoluta de insulina, incluida la diabetes autoinmune latente de la edad adulta.
- Diabetes tipo 2 debido a una pérdida progresiva de la secreción adecuada de insulina de las células β , frecuentemente en el contexto de la resistencia a la insulina.
- Tipos específicos de diabetes Debido a otras causas, p. ej., síndromes de diabetes monogénica (como la diabetes neonatal y la diabetes juvenil de inicio en la madurez), enfermedades del páncreas exocrino (como la fibrosis quística y la

pancreatitis) y la diabetes inducida por fármacos o sustancias químicas. (como con el uso de glucocorticoides, en el tratamiento del VIH/SIDA o después de un trasplante de órganos).

- Diabetes mellitus gestacional (diabetes diagnosticada en el segundo o tercer trimestre del embarazo que no era claramente una diabetes manifiesta antes de la gestación).
- Esta clasificación se basa en la etiología y los mecanismos fisiopatológicos implicados (American Diabetes Association, 2024).

2.2.4. Diabetes Mellitus 2

La diabetes tipo 2 constituye la forma más común de la enfermedad y se caracteriza por la combinación de resistencia a la insulina y una secreción insuficiente de esta hormona.

Se encuentra estrechamente relacionada con factores como la obesidad, el sedentarismo, la edad y la predisposición genética. En muchos casos, el manejo inicial no requiere insulina, aunque puede ser necesaria en etapas avanzadas (American Diabetes Association, 2026).

2.2.5. Etiología

La etiología de la diabetes tipo 2 es compleja y multifactorial. Entre los factores asociados se encuentran el exceso de peso, la inactividad física, la edad avanzada y antecedentes familiares.

Además, condiciones como la hipertensión, dislipidemia y antecedentes de diabetes gestacional incrementan el riesgo de desarrollar esta enfermedad (American Diabetes Association, 2024).

Los pacientes que no tienen obesidad ni sobrepeso según los criterios de peso tradicionales pueden tener un mayor porcentaje de grasa corporal distribuida predominantemente en la región abdominal. El riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 aumenta con la edad, la obesidad y la falta de actividad física. (American Diabetes Association, 2024).

2.2.6. Fisiopatología

La Diabetes Mellitus tipo 2 se caracteriza por alteración en la secreción de insulina, resistencia a la misma, producción excesiva de glucosa hepática, metabolismo anormal de grasa e inflamación sistémica leve. La obesidad, en particular la visceral o central es muy frecuente en la DM tipo 2. (American Diabetes Association, 2024) (Jameson et al., 2018)

En las etapas iniciales del trastorno, la tolerancia a la glucosa se mantiene casi normal, a pesar de la resistencia a la insulina, porque las células B del páncreas compensan mediante el incremento en la producción de insulina. Conforme avanzan la resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia compensatoria, los islotes pancreáticos de ciertas personas son incapaces de mantener el estado hiperinsulinémico.

Entonces aparece la Intolerancia a la Glucosa caracterizada por aumentos en la glucosa postprandial. Un descenso adicional en la secreción de insulina y un incremento en la producción hepática de glucosa conducen a la diabetes manifiesta con hiperglucemia en ayuno.

Al final sobreviene la falla celular B- Tal vez como consecuencia de la supresión inadecuada de insulina, existe producción excesiva relativa de glucagón y se aumenta la producción de glucosa hepática.

Aunque tanto la resistencia a la insulina como la secreción alterada de insulina contribuyen a la patogenia de la Diabetes Mellitus tipo 2, la contribución relativa de cada una varía de una persona a otra. (Jameson et al., 2018)

2.2.7. Factores de riesgo

a) No modificables:

Edad y Sexo

b) Modificables:

- **Obesidad**

En enero de 2025, un grupo multidisciplinario de expertos internacionales propusieron una redefinición clínica de la obesidad, con el fin de superar las limitaciones del índice de masa corporal (IMC) como único criterio diagnóstico. En dicha propuesta, la obesidad se clasifica en dos entidades principales que son: obesidad clínica y obesidad preclínica.

- **Obesidad clínica**

Caracterizada por la presencia de adiposidad que genera disfunción orgánica o limitación funcional manifiesta (Rubino et al., 2025)

Este enfoque plantea un cambio sustancial en el diagnóstico, al incorporar además del IMC otras mediciones complementarias como la circunferencia de cintura, la proporción cintura-estatura y la cuantificación directa del tejido adiposo como un escaneo DEXA. Esta redefinición busca mejorar la precisión diagnóstica y facilitar la estratificación del riesgo, así como optimizar las decisiones terapéuticas, al considerar la obesidad como una enfermedad crónica con

manifestaciones heterogéneas y con implicaciones tanto metabólicas como funcionales.

- **Obesidad preclínica**

Definida como exceso de grasa corporal sin evidencia de daño orgánico o funcional, la cual aumenta el riesgo de desarrollar obesidad clínica o enfermedad metabólica, dislipidemias mixtas entre otras.

- **Sedentarismo**

Según la Organización Mundial de la Salud, el sedentarismo consiste en realizar actividades de bajo gasto de energía mientras se está despierto, como sentarse, reclinarse o tumbarse. Los modos de vida de las personas son cada vez más sedentarios debido al transporte motorizado y al uso creciente de pantallas para el trabajo, la educación y el ocio.

En el adulto, la actividad física regular es muy beneficiosa para la salud física y la salud mental, ayuda a prevenir y controlar enfermedades no transmisibles como las cardiovasculopatías, la hipertensión arterial, el cáncer y la diabetes mellitus.

La falta de actividad física es uno de los factores de riesgo de mortalidad más altos a nivel mundial que influyen del 20 al 30 %. La inactividad física es uno de los principales factores de riesgo de padecer enfermedades no transmisibles. Organization Mundial de la Salud. (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: WHO

- **Tabaquismo**

El tabaquismo en pacientes diabéticos exacerba el riesgo de complicaciones, los fumadores crónicos tienen mayor riesgo de resistencia a la insulina, diversos estudios experimentales y clínicos, sugieren que fumar disminuye la sensibilidad a la insulina, y en consecuencia provoca trastornos del metabolismo de la glucosa y de los lípidos. Organización Mundial de la Salud. (2019). Tobacco and diabetes. Geneva: WHO

2.2.8. Diagnóstico

La diabetes se puede diagnosticar según los criterios de la asociación americana de diabetes (ADA) 2026, los cuales son Hemoglobina glucosilada HBA1C $\geq 6.5\%$, Glucosa plasmática en ayunas que requiere un ayuno mínimo de 8 horas ≥ 126 mg/dl, Glucosa a las 2 horas del test de sobrecarga oral a la glucosa de 75 gramos ≥ 200 mg/dl y glucosa aleatoria en pacientes con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis hiperglucémica ≥ 200 mg/dl. (American Diabetes Association, 2026).

2.2.9. Complicaciones

Las complicaciones agudas de la diabetes mellitus se clasifican en complicaciones agudas y crónicas.

Las complicaciones agudas comprenden:

- Cetoacidosis diabética.
- Síndrome hiperglucémico hiperosmolar.
- Hipoglucemia.

La cetoacidosis diabética y el síndrome hiperosmolar son consecuencia de una ciencia absoluta o relativa de insulina acompañada de un incremento concomitante de las hormonas contra reguladoras. Si bien la incidencia de estas complicaciones se ha estado reduciendo debido a la creciente sensibilización en pacientes y médicos, ellas tienden a provocar serios efectos en los pacientes, dando por resultado una mortalidad y morbilidad significativas.

Las complicaciones microvasculares y macrovasculares se relacionan con alta morbilidad y mortalidad de la enfermedad aquí encontramos. Enfermedad vasculocerebral, Retinopatía diabética, Neuropatía diabética, Infarto agudo al miocardio, Nefropatía diabética, Disfunción eréctil y Pie diabético (American Diabetes Association, 2024; Harrison's Principles of Internal Medicine, 2018).

2.2.10. Tratamiento no farmacológico y farmacológico

El tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se basa en cuatro pilares básicos que son la alimentación, el ejercicio, la educación terapéutica y la terapia farmacológica todos ellos son necesarios para alcanzar los objetivos de buen control y reducción del desarrollo de complicaciones agudas y crónicas, que son las causantes del aumento de la morbilidad, mortalidad y deterioro de la calidad de vida de las personas con diabetes. Por ello se debe realizar un abordaje holístico, multifactorial e individualizado en cada persona según su estado vital. (American Diabetes Association, 2024; International Diabetes Federation, 2017; Organización Mundial de la Salud, 2021).

Existen diversos grupos de antidiabéticos que los podemos clasificar de acuerdo con su mecanismo de acción:

- Estimulan la secreción de insulina: sulfonilureas, secretagogos de acción rápida (glinidas), inhibidores de la dipeptidil-peptidasa-4 (iDPP4), agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (arGLP1) y péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP1) y polipéptido inhibidor gástrico (GIP) (arGLP1/GIP).

- Disminuyen la resistencia a la insulina: biguanidas y glitazonas.
- Reducen o enlentecen la absorción de la glucosa: inhibidores de las glucosidasas.
- Inhiben la reabsorción de glucosa a nivel renal: inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2).

La elección de la medicación se hará de forma individualizada según las preferencias y las características del individuo, tomando en consideración la presencia de enfermedad cardiovascular (ECV), insuficiencia cardíaca (IC), enfermedad renal crónica (ERC), obesidad o esteatosis hepática no alcohólica.

- Biguanidas (metformina). Inhibe la neoglucogénesis hepática, disminuye la absorción de glucosa y mejora la sensibilidad a la insulina. Es el fármaco inicial de elección en todos los pacientes con DM2, sola o en combinación. Tiene potencia elevada. No produce aumento de peso, reduce de manera significativa las complicaciones.
- Sulfonilureas. Estimulan la secreción de la insulina preformada en el páncreas.
- Glitazonas (pioglitazona). Reduce la resistencia a la insulina en tejidos periféricos, por lo que aumenta la utilización periférica de la glucosa.
- Inhibidores de alfa glucosidasas (acarbosea y miglitol). Actúan ralentizando la absorción de hidratos de carbono a nivel intestinal, disminuyendo los picos de glucemia posprandial.
- Secretagogos de acción rápida: glinidas (repaglinida y nateglinida) Producen una liberación rápida y de corta duración de insulina a través de un mecanismo de acción similar al de las sulfonilureas. Se administran en función de las comidas, y su principal efecto es la reducción de las hiperglucemias posprandiales.

- iDPP4 (sitagliptina, vildagliptina, saxagliptina, linagliptina y alogliptina). Actúan inhibiendo la enzima DPP4, la cual tiene como función degradar a la incretina GLP1, que se libera en el intestino ante la llegada de los alimentos, produciendo la liberación de insulina pancreática e inhibiendo la de glucagón de manera glucosa dependiente.
- iSGLT2 (dapagliflozina, empagliflozina, canagliflozina y ertugliflozina). Actúan como inhibidores selectivos y reversibles del cotransportador renal de sodio y glucosa, responsable de la reabsorción de glucosa en el túbulo proximal, lo que provoca aumento de excreción urinaria de glucosa y una diuresis osmótica que provoca una reducción de la presión intraglomerular.

2.2.11. Prevención de la diabetes mellitus tipo 2

Hay enfoques eficaces disponibles para prevenir la diabetes tipo 2, prevenir las complicaciones y la muerte prematura que pueden resultar de todos los tipos de diabetes. Estos incluyen políticas y prácticas en poblaciones enteras y dentro de entornos específicos (escuela, hogar, lugar de trabajo) que contribuyen a la buena salud para todos, independientemente de si tienen diabetes, hacer ejercicio con regularidad, comer de manera saludable, evitar fumar y controlar la hipertensión arterial y mantener un control lipídico. Organización Mundial de la Salud. (2021). Diabetes. Geneva: WHO.

2.2.12. Adherencia y No Adherencia Farmacológica

La adherencia al tratamiento se refiere al grado en que el paciente sigue las indicaciones médicas relacionadas con la toma de medicamentos, dieta y estilo de vida.

En enfermedades crónicas como la diabetes, la adherencia es fundamental para lograr un adecuado control metabólico y prevenir complicaciones. La falta de adherencia se asocia con peores resultados clínicos y mayor utilización de los servicios de salud (Organización Mundial de la Salud).

No adherencia: se da cuando el paciente omite dosis, abandona el tratamiento, lo modifica sin indicación médica o no adopta las recomendaciones no farmacológicas. Puede ser intencional (por decisión propia) o no intencional (por olvido, barreras económicas o falta de comprensión). (Organización Mundial de la Salud; Vrijens et al., 2012; Brown & Bussell, 2011).

Los factores determinantes de la adherencia farmacológica según la Organización Mundial de la Salud OMS, son cinco dimensiones las cuales son los factores socioeconómicos, los factores relacionados con el paciente, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento y factores del sistema de salud. (National Institutes of Health .gov).

Estrategias para mejorar la calidad de la adherencia:

1. Educación continua al paciente sobre la importancia del tratamiento.
2. Simplificación del régimen farmacológico, utilizando combinaciones en una sola pastilla.
3. Recordatorios electrónicos o físicos (pastilleros, alarmas).
4. Seguimiento estructurado en consultas y vía telefónica.
5. Acompañamiento familiar y apoyo comunitario.
6. Accesibilidad económica a los medicamentos esenciales.

2.2.13. Escala de Morisky-Green Modificada (Morán Lima et al., 2023)

La escala de Morisky-Green es un instrumento ampliamente utilizado para evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas. Esta herramienta, en su versión de 8 ítems, permite identificar comportamientos relacionados con el incumplimiento, como el olvido o la suspensión del tratamiento.

Se utilizó la Escala de Morisky Medication Adherence Scale de 8 ítems (MMAS-8), instrumento validado internacionalmente para evaluar adherencia terapéutica.

Su aplicación facilita la clasificación de los pacientes en niveles de adherencia (alta, media o baja), lo que resulta útil para orientar intervenciones clínicas y educativas dirigidas a mejorar el apego terapéutico.

2.2.14. Estructura de la Escala (MMAS-8)

La escala consta de 8 preguntas:

- 7 de ellas son cerradas (sí/no).
- Se responde en formato de frecuencia (casi nunca, a veces, frecuentemente, siempre).

Cada ítem evalúa aspectos como:

- Olvido intencional o no intencional.
- Suspensión del tratamiento cuando el paciente se siente bien o mal.
- Dificultad para seguir las indicaciones.

La puntuación total permite clasificar la adherencia en:

- Alta (8 puntos)
- Media (6-7 puntos)
- Baja (<6 puntos)

Esta escala es fácil de aplicar en consulta y permite identificar barreras individuales para intervenir de manera personalizada.

2.2.15. Contextualización

El Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana es una institución de tercer nivel de atención ubicada en Santo Domingo Oeste, que forma parte de la red pública de servicios de salud.

Esta institución se caracteriza por ofrecer atención integral basada en principios de calidad, humanización y eficiencia, constituyendo un escenario adecuado para el desarrollo de investigaciones en el ámbito de la medicina familiar y comunitaria.

CAPÍTULO 3

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Estudio

Este estudio tuvo un enfoque cuantitativo, observacional, analítico, y transversal. Se empleó la técnica de encuesta estructurada para recolectar información relevante sobre los factores que influyen en la no adherencia a los hipoglucemiantes orales. La encuesta fue aplicada a los pacientes diabéticos que asistieron a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana durante el período abril-junio de 2026.

3.2. Variables

3.2.1. Operacionalizacion de las variables

Variable	Tipo	Definición	Indicador	Escala
Adherencia al tratamiento	Cualitativa Dependiente	Se define como el cumplimiento del tratamiento prescrito	• Alta • Media • Baja.	Ordinal
Tiempo de diagnóstico	Cuantitativa Independiente	Periodo de tiempo transcurrido desde que el paciente fue diagnosticado con la enfermedad hasta el momento del estudio.	• Se medirá en años desde el diagnóstico. • <5 años • 5–10 años	Cualitativa Ordinal

			• >10 años	
Escolaridad	Cualitativa Independiente	Nivel educativo mas alto alcanzado por el individuo	• Primaria • Secundaria • Tecnico • Universitario	Nominal
Factores Socioeconómicos	Cualitativa Independiente	Condiciones socioeconómicas relacionadas con la adherencia terapeutica	• Actividad laboral. • Escolaridad • Conocimiento de la enfermedad	Nominal
Edad	Cuantitativa Independiente	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de referencia.	• 30 a 39 años • 40 a 49 años • 50 a 60 años	Ordinal
Sexo	Cualitativa Independiente	Características biológicas y fisiológicas que distinguen a hombres y mujeres.	• Masculino • Femenino	Nominal
Hipoglucemiante oral	Cualitativa Independiente	Es un fármaco utilizado para reducir los niveles de glucosa en sangre, administrado por vía oral.	• Sulfonilureas • Meglitinidas • Biguanidas • Tiazolidinedionas • Inhibidores de la alfa Glucosidasa	Cualitativa Nominal

			intestinal • Inhibidores de la Dipeptidil –Peptidasa Iv • Inhibidores de sodio glucosa iSGLT2	
--	--	--	---	--

3.3. Métodos y Técnicas de Investigación

Este estudio tuvo un enfoque cuantitativo, observacional, analítico, transversal y no probabilístico. Se utilizó un cuestionario estructurado para recolectar información relevante sobre la adherencia y no adherencia al tratamiento y los factores que pueden estar relacionados con su incumplimiento. Los cuestionarios fueron aplicados a los pacientes diabéticos que asistieron a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana durante el período abril-junio 2026.

3.4. Instrumento de Recolección de Datos

Se empleó un cuestionario estructurado, compuesto por tres secciones:

Primera sección	Recolección de datos sociodemográficos y socioeconómicos.
Segunda sección	Características del tratamiento farmacológico recibido, acceso a los servicios de salud y conocimiento de la enfermedad.
Tercera sección	Evaluación de la adherencia al tratamiento utilizando el Test de Morisky – Green Modificado de 8 ítems.

Las preguntas fueron cerradas, de opción múltiple y escala tipo Likert, diseñadas para facilitar el análisis cuantitativo

3.5. Población y muestra

La población estuvo conformada por pacientes que asistieron a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria Del Hospital Marcelino Vélez Santana, se estimó una población total aproximada de 2,500 pacientes durante el periodo de estudio.

a) Tipo de análisis

Se realizó un análisis estadístico en tres niveles

b) Análisis descriptivo

Se utilizaron variables cualitativas con frecuencias y porcentajes, y variables cuantitativas de tipo media y desviación estándar, mínimo y máximo, además prueba de chi cuadrado para asociación entre variables cualitativas.

c) Ejemplo:

Edad ---- media $\pm$ DE

Sexo-----% masculino/ femenino

Adherencia--- alta, media y baja

d) Análisis Bivariado

Se realizó para evaluar adherencia y factores un ejemplo de esto es comparar las variables sexo, factores socioeconómicos, tiempo de diagnóstico versus (VS) adherencia.

e) Muestra

El tamaño de muestra fue calculado mediante la fórmula para población finita, utilizando una población estimada de 2,500 pacientes, nivel de confianza de 95%, margen de error de 5% y proporción esperada de 50%, obteniéndose una muestra de 333 pacientes. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia

3.6. Criterios de Inclusión

- Pacientes de 30-60 años diabéticos asistidos a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital Marcelino Vélez Santana.
- Pacientes con más de seis meses con tratamiento antidiabético oral.

3.7. Criterios de Exclusión

- Pacientes que se negaron a participar en el estudio.
- Pacientes que no cumplían con el rango de edad establecido.
- Pacientes que no utilizan hipoglucemiante oral.

3.8. Procedimiento y Procesamiento de datos

Se realizó una revisión de textos científicos, la recolección de datos se llevó a cabo mediante una encuesta diseñada basada en datos sociales y demográficos y se aplicó el test de Morisky-Green modificado de 8 items, este está diseñado para evaluar adherencia farmacológica en pacientes diabéticos, el instrumento de recolección que se implementó fue un cuestionario físico impreso, en caso de que el paciente tuviera una discapacidad o dificultad para llenar el cuestionario se le brindó ayuda por el encuestador para mejor comprensión leyéndole el cuestionario con voz clara, Asegurando la interpretación por parte del encuestado, registrando sus respuestas, siempre apegado al respeto, a la confidencialidad y el consentimiento informado.

Los datos recolectados fueron digitados y procesados en una base de datos diseñada en Microsoft Excel. Posteriormente, el análisis estadístico se realizó con el mismo programa.

1. Validación cultural:

El instrumento de recolección de datos fue sometido a un proceso de validación cultural, adaptando el lenguaje al contexto sociocultural de la población dominicana, garantizando su comprensión y pertinencia para un correcto llenado del mismo.

2. Procedimiento de aplicación del test de Morisky-Green:

El instrumento se aplicó en el área de consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital Marcelino Vélez Santana, previa firma del consentimiento informado. La recolección de datos fue realizada mediante entrevistas directas a los pacientes, con una duración aproximada de 10 minutos a cada paciente participante.

3. Prueba piloto:

Se realizó una prueba piloto a 10 pacientes con el objetivo de evaluar la claridad, comprensión del mismo y evaluar el tiempo de llenado, a partir de los resultados de la prueba piloto se ajustaron algunas preguntas.

3.8.1. Análisis de Datos

Los datos fueron procesados y analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 29. Se realizaron análisis descriptivos utilizando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, así como medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas. Para determinar la asociación entre las variables independientes y la no adherencia terapéutica se utilizó la prueba de Chi cuadrado.

Asimismo, se calcularon Odds Ratio (OR) con intervalos de confianza al 95 % (IC95%) para estimar la magnitud de asociación.

Se realizó regresión logística binaria utilizando como variable dependiente la no adherencia terapéutica (sí/no). Se incluyeron en el modelo las variables con significancia estadística en el análisis bivariado y aquellas consideradas clínicamente relevantes. Se calcularon Odds Ratio ajustados (ORa) con intervalos de confianza al 95 %. Se consideró significancia estadística un valor de $p < 0.05$.

3.9. Aspectos Éticos

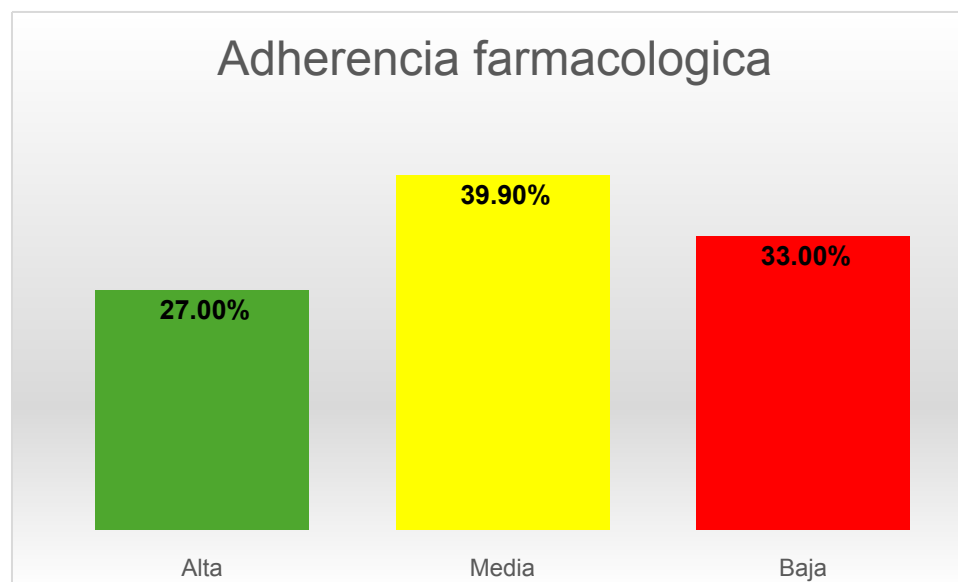
El protocolo del estudio fue presentado y aprobado por el Comité de Ética del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana y por la Universidad Iberoamericana (UNIBE). Donde se garantizó la confidencialidad de los datos de los pacientes recopilados, así como el respeto al derecho de los participantes a su privacidad y al consentimiento informado. La participación fue completamente voluntaria, y los pacientes tuvieron la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento que lo decidieran, sin que esto afectara la atención médica que recibían.

CAPÍTULO 4

4. RESULTADOS

Gráfico No.1

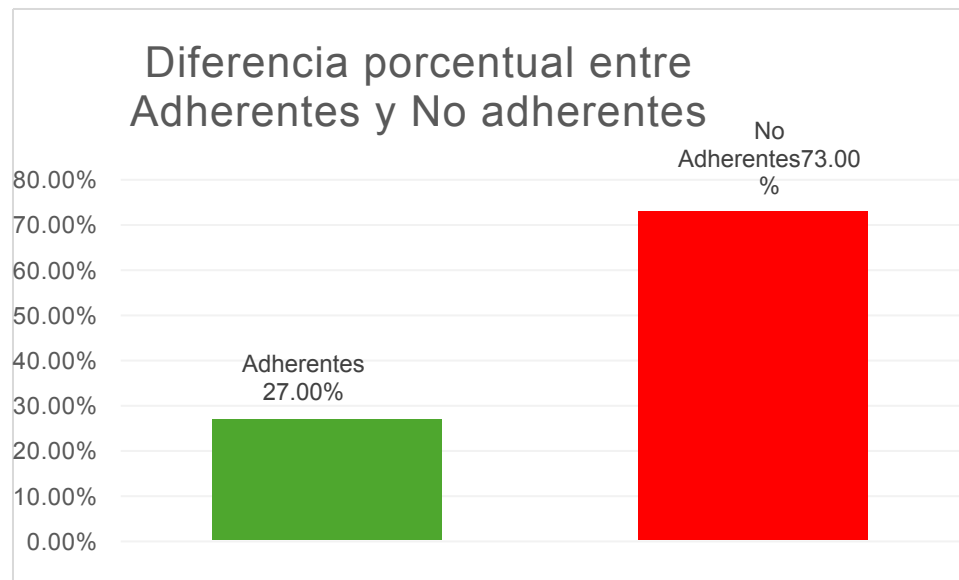
Porcentaje de pacientes diabéticos que presentaron no adherencia al tratamiento farmacológico de 30-60 años, que asistieron a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital Marcelino Vélez Santana.



Resultados del grafico No. 1: El gráfico evidencia que la categoría predominante corresponde al nivel de adherencia media, con 133 pacientes, equivalentes al 39.90 % de la población estudiada. En segundo lugar, se observa la adherencia baja, representada por 110 pacientes (33.10 %), mientras que la adherencia alta estuvo presente en 90 pacientes, correspondientes al 27.00 %. Estos resultados evidencian un predominio de niveles intermedios de adherencia al tratamiento en la población encuestada.

Gráfico No. 2

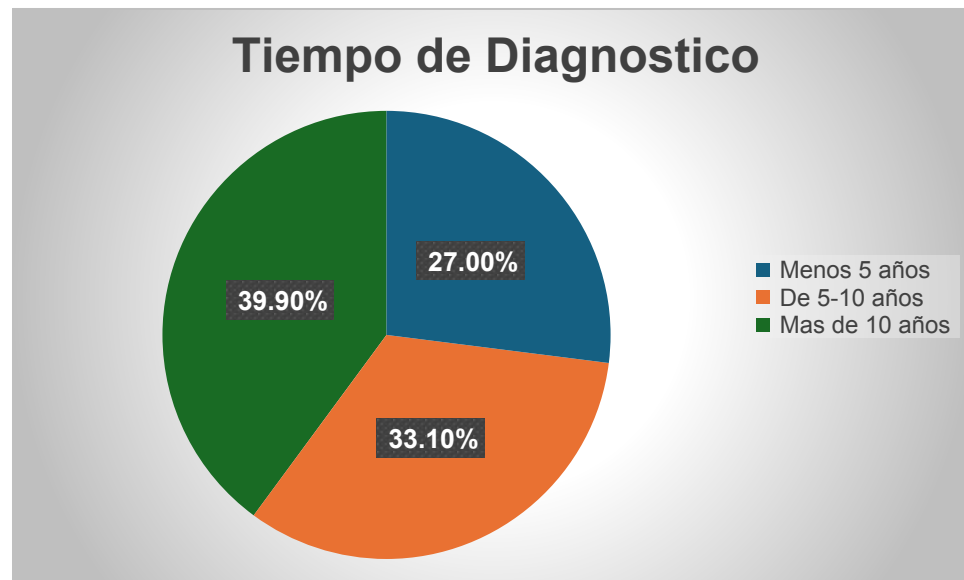
Diferencia porcentual entre pacientes con adherencia y no adherencia al tratamiento hipoglucemiante oral en pacientes de 30-60 años de edad.



Resultados del grafico No. 2: Se evidenció una elevada prevalencia de no adherencia terapéutica en la población estudiada. En un 73.00%, mientras que el 27.00 % sí se adhieren al mismo. Asimismo, se observó una diferencia porcentual de 46.00 % entre ambos grupos.

Gráfico No.3

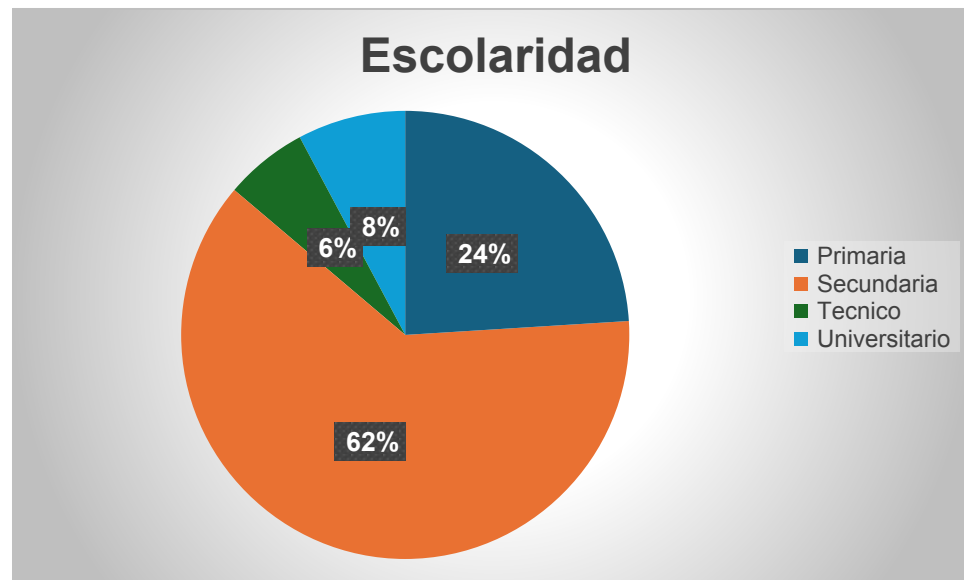
Muestra la asociación entre el tiempo de diagnóstico de la Diabetes Mellitus y el apego a su plan de tratamiento con la baja adherencia.



Resultado del grafico No. 3: Los resultados evidenciaron la proporción de los pacientes con diagnósticos de la enfermedad menor de 5 años, que no olvidan tomar su medicamento representando el 27.00% de adherencia, seguido de los que tienen 5-10 años en un 33.10% que tienen adherencia media, la no adherencia predominó en pacientes con más de 10 años de diagnóstico en un 39.90% de no adherencia lo que podría indicar una disminución progresiva de la adherencia terapéutica conforme aumenta el tiempo de evolución de la enfermedad.

Gráfico No. 4

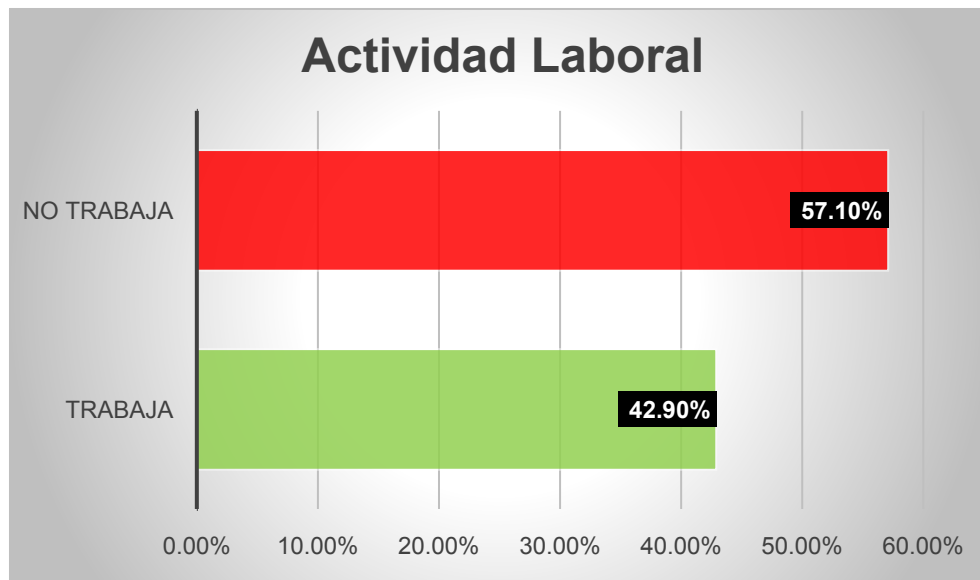
Escolaridad en los pacientes Diabéticos de 30-60 años que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria, del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana.



Resultado del grafico No. 4: Los resultados evidenciaron que el 62 % de los pacientes diabéticos de 30 a 60 años cursaron una escolaridad secundaria, mientras que el 24 % refirió realizar primaria y una muestra menos representativa realizo estudios superiores, un 6% realizo carreras técnicas, y los universitarios representaron el 8% de la población estudiada, Se observó que los pacientes con menor nivel educativo presentaron mayor frecuencia de no adherencia terapéutica.

Gráfico No.5

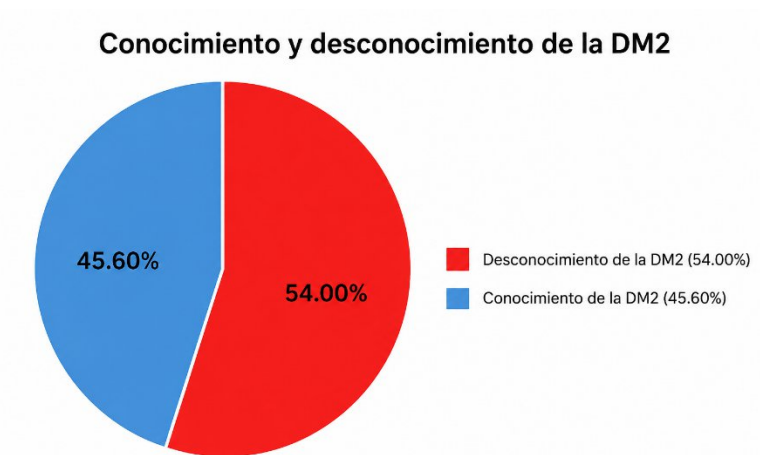
Actividad laboral en los pacientes Diabéticos de 30-60 años que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria, del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana



Resultados del grafico No.5: Los resultados evidenciaron que el 57.10 % de los pacientes diabéticos de 30 a 60 años no presentaban actividad laboral, mientras que el 42.9 % restante refirió desempeñar alguna actividad laboral al momento del estudio.

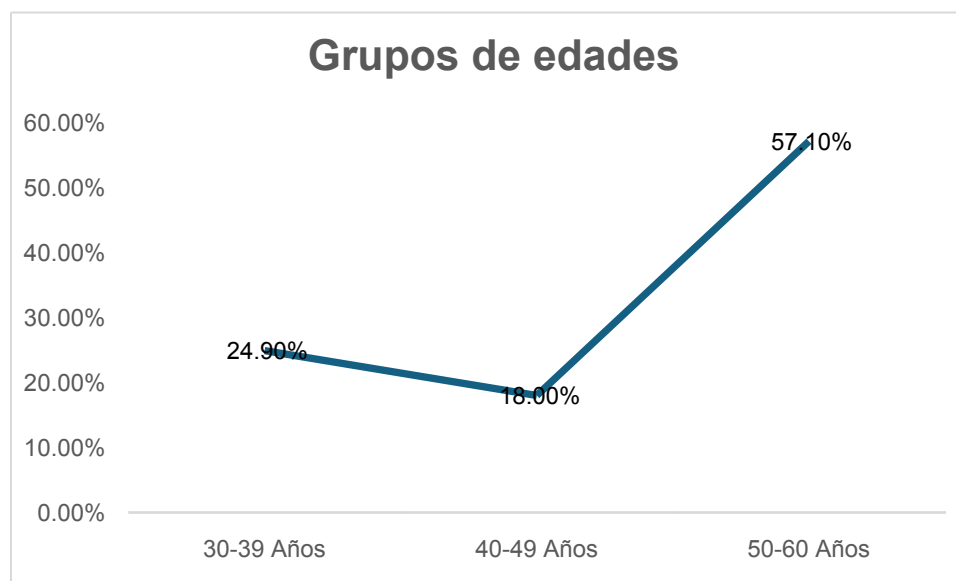
Gráfico No. 6

Conocimiento sobre Diabetes mellitus tipo 2 entre los pacientes de 30-60 años que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria, del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana.



Resultados Grafico No.6 El análisis del conocimiento sobre la enfermedad de los pacientes diabéticos correspondió a un 54.00 % desconoce la enfermedad con una minoría de un 45.60 % que tuvo conocimiento sobre esta, asociándose el desconocimiento a la baja adherencia terapéutica.

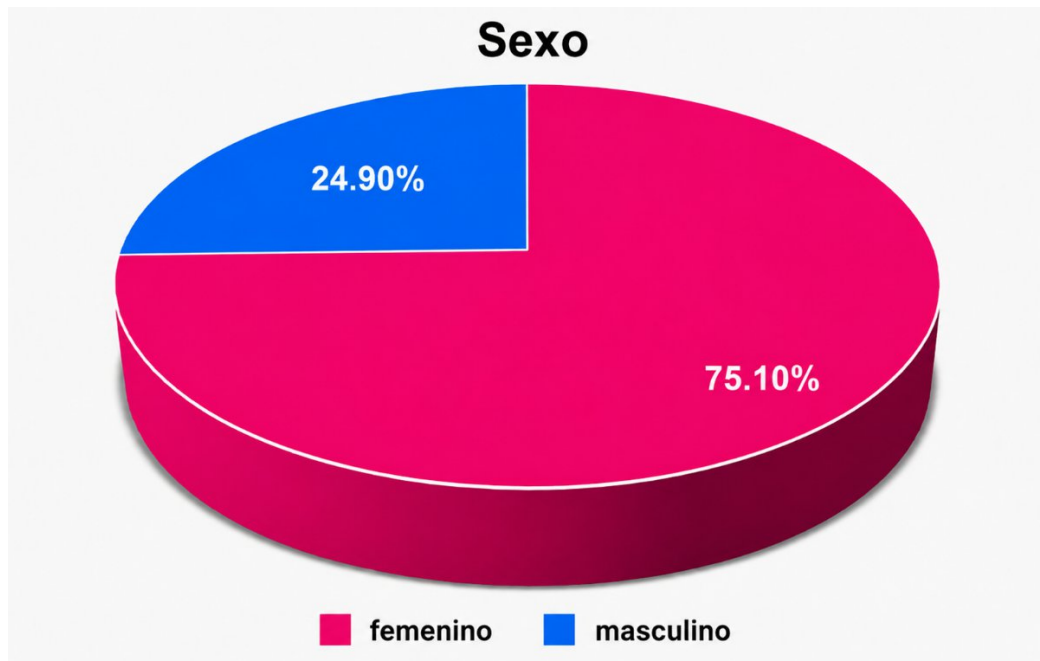
Gráfico No. 7 Distribución de pacientes diabéticos de 30 a 60 años según grupo etario que asisten a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, abril-junio 2026.”



Resultados del grafico No. 7: El análisis de la distribución por grupos etarios evidenció que la mayor proporción de pacientes diabéticos correspondió al grupo de 50 a 60 años, representando el 57.10 % de la población estudiada. Le siguieron los pacientes de 30 a 39 años con un 24.9 %, mientras que el grupo de 40 a 49 años constituyó el 18.0 % de los casos evaluados.

Gráfico No.8

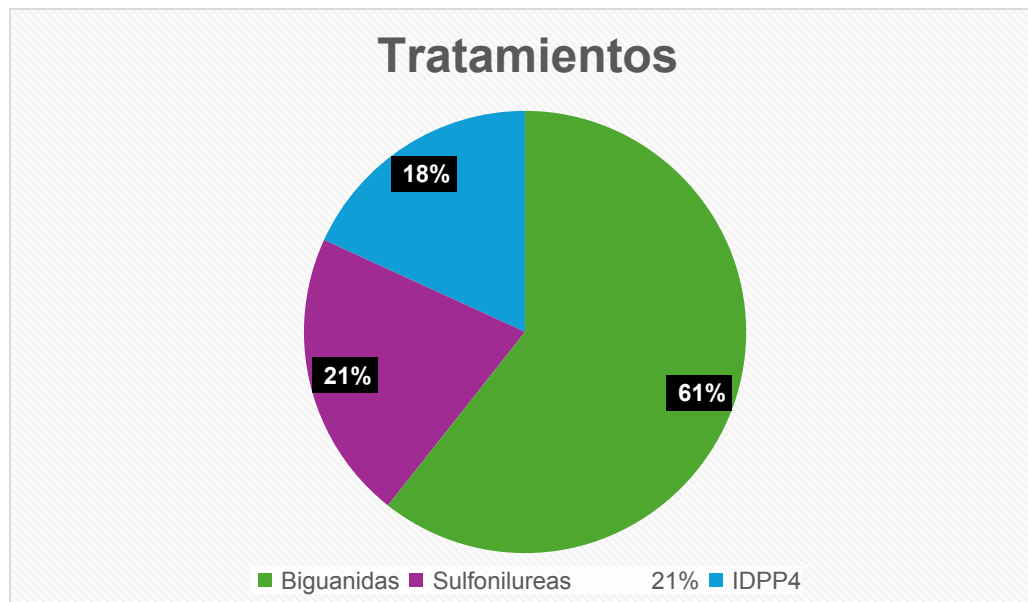
Distribución por sexo de los pacientes diabéticos con no adherencia de 30-60 años, que acudieron a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana.



Resultados del grafico No. 8: El análisis de los pacientes no adherentes y sin actividad laboral evidenció un predominio del sexo femenino, representando el 75.10 % de los casos, mientras que el sexo masculino correspondió al 24.90 % de la población estudiada.

Gráfico No. 9

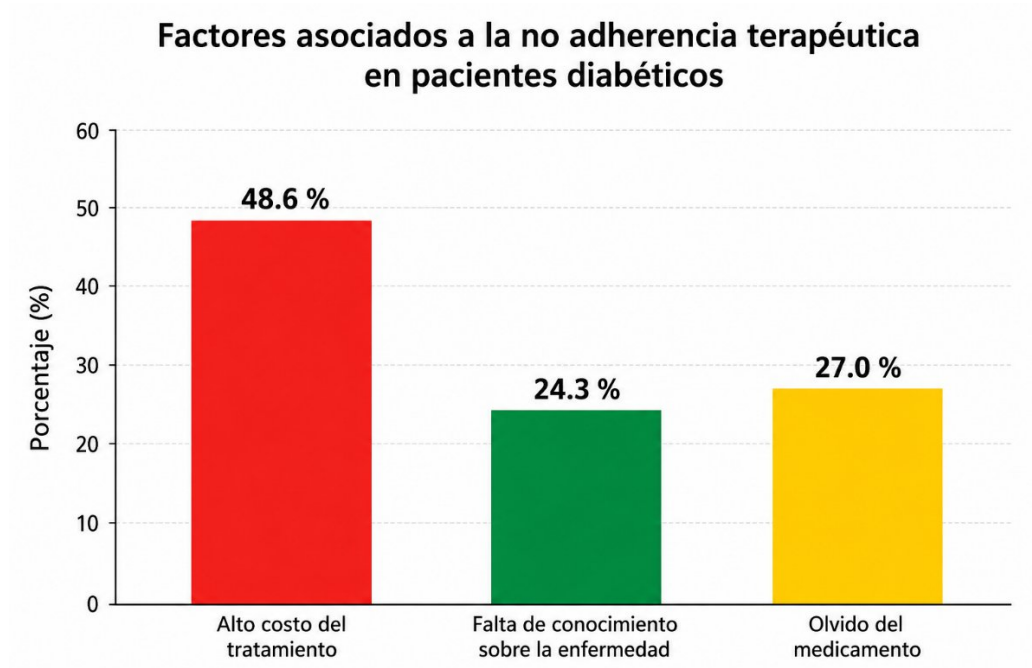
Tratamientos más utilizados en los pacientes Diabéticos que asisten a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana.



Resultados del grafico No. 9: En los pacientes diabéticos estudiados predominó el uso de biguanidas del tipo Metformina en sus diferentes presentaciones, utilizadas por el 61.0 % de los pacientes. Las sulfonilureas del tipo Glimepirida representaron el 21.0 % de los tratamientos empleados, mientras que los inhibidores de la dipeptidil peptidasa IV (IDPP-4), específicamente Vidagliptina, fueron utilizados por el 18.0 % de los pacientes evaluados.

Gráfico No.10

Factores asociados a la no adherencia terapéutica en pacientes diabéticos e 30-60 años que asisten a la consulta de medicina familiar y comunitaria.

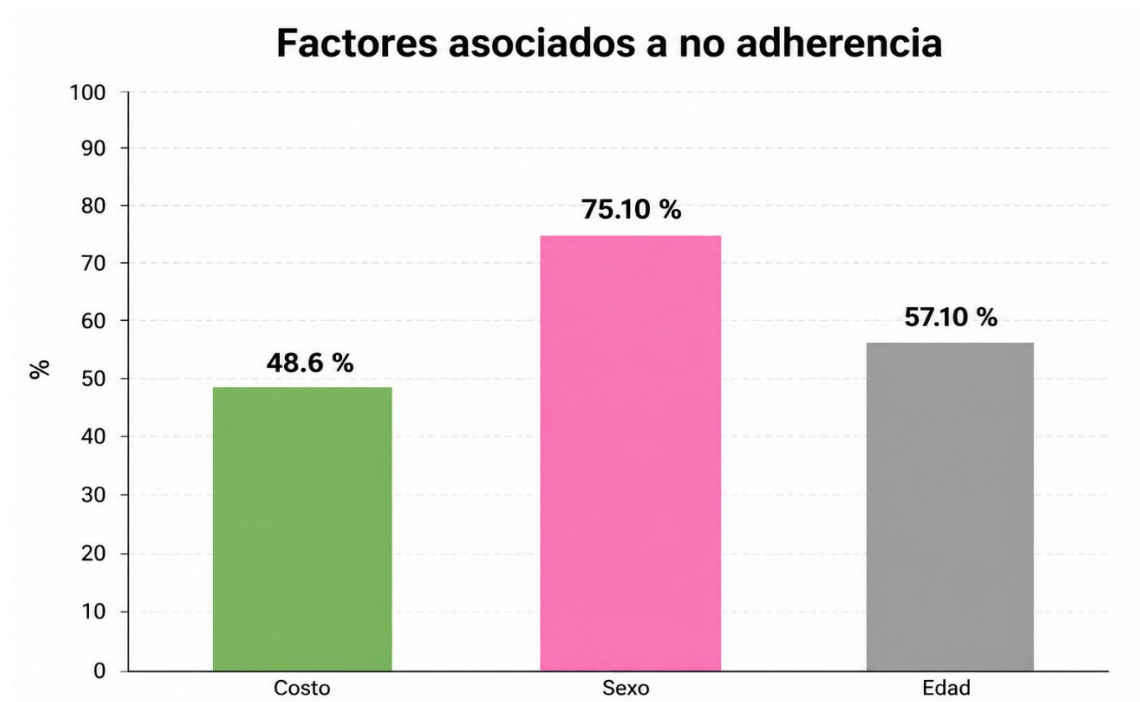


Resultados del grafico No. 10: Entre los factores asociados a la no adherencia terapéutica predominó el alto costo del tratamiento, referido por 90 pacientes (48.6 %), seguido del olvido del medicamento en 50 pacientes (27.10 %) y la falta de conocimiento sobre la enfermedad en 45 pacientes (24.3 %).

V. CRUCE DE VARIABLES

Gráfico No. 1

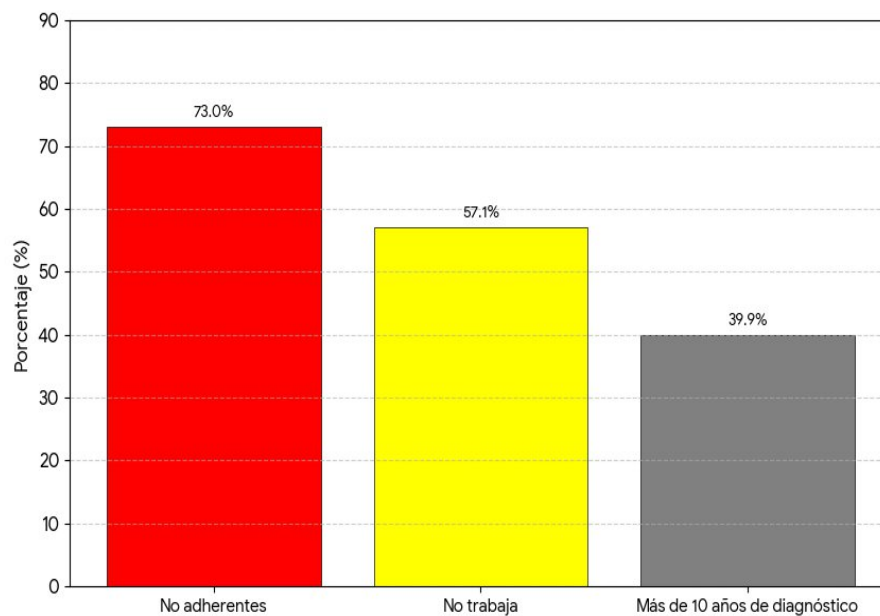
Relación entre el alto costo del medicamento, sexo y edad en pacientes diabéticos de 30-60 años de edad no adherentes al tratamiento.



Resultados del grafico No.1: El cruce de variables evidenció que los pacientes no adherentes al tratamiento estuvieron representados predominantemente por el sexo femenino, con un 75.10 %. Asimismo, se observó que el principal factor asociado a la no adherencia fue el alto costo del medicamento, presente en un 48.6 % de los casos. En relación con la edad, el grupo etario más afectado correspondió a pacientes entre 50 y 60 años, quienes representaron el 57.10 % de la población estudiada.

Gráfico No. 2

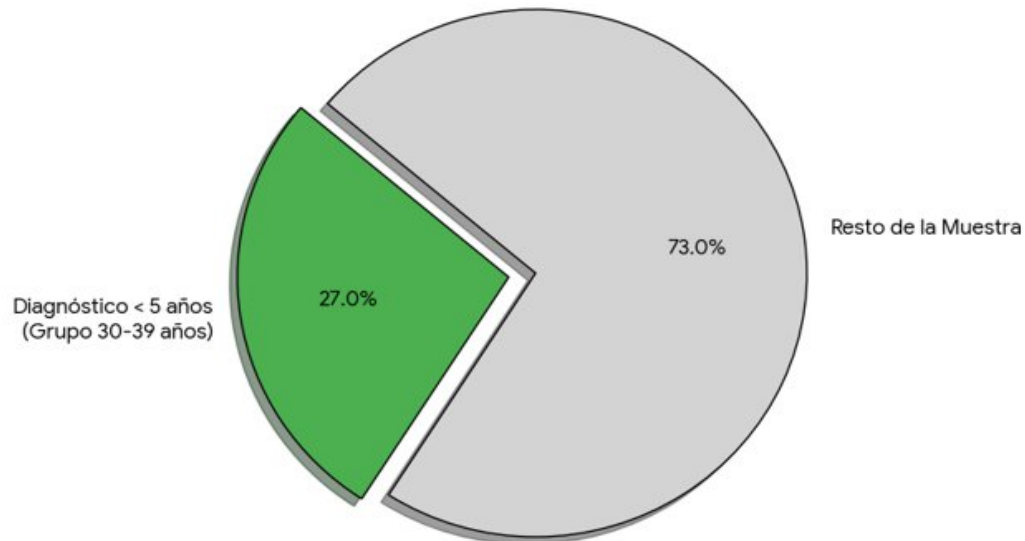
Relación entre no adherencia, actividad laboral y tiempo de diagnóstico.



Resultados grafico No. 2 Existe una relación marcada entre la falta de empleo y la dificultad para seguir el tratamiento. El 57.1% de quienes no cumplen con su medicación pertenecen al grupo que no trabaja, lo que sugiere que el factor económico influye directamente en la continuidad del tratamiento, así mismo la cronicidad vs. Adherencia se relaciona ya que los pacientes con más de 10 años de diagnóstico presentan un porcentaje de no adherencia del 39.9%, lo que sugiere una posible disminución progresiva del apego terapéutico al pasar de los años.

Grafico No. 3

Relación entre tiempo de diagnóstico y grupo de edades.



Resultados de grafico No. 3: Se evidencia un perfil de adherencia precoz, aunque los pacientes con menos de 5 años de diagnóstico representan el 27% de la muestra, es en el grupo joven (30-39 años) donde se observa el mejor comportamiento terapéutico. Esto sugiere que la juventud y la novedad del diagnóstico actúan como factores motivadores.

CAPÍTULO 5

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

5.1. Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo determinar los factores que influyen en la no adherencia a los hipoglucemiantes orales en pacientes diabéticos de 30 a 60 años que asisten a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana. Los resultados obtenidos evidenciaron una elevada frecuencia de no adherencia terapéutica, así como la influencia de factores sociodemográficos, económicos y clínicos en el cumplimiento del tratamiento.

En relación con la adherencia farmacológica, se encontró que el 73.0 % de los pacientes no presentaban adherencia al tratamiento, mientras que solo el 27.0 % mostraron adherencia adecuada. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Jirón (2023), quien identificó porcentajes de no adherencia entre 76 % y 86 % en pacientes con enfermedades crónicas, evidenciando que el incumplimiento terapéutico continúa siendo un problema frecuente en enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus tipo 2. Asimismo, los resultados son similares a los descritos por Riaño García et al. (2024), quienes encontraron predominio de pacientes no adherentes al tratamiento antidiabético oral.

En cuanto al tiempo de diagnóstico, se observó que los pacientes con más de 10 años de evolución de la enfermedad presentaron el mayor porcentaje de no adherencia (39.9 %). Este hallazgo guarda relación con el estudio de Orellana Cobos et al. (2025), quienes identificaron que el tiempo prolongado de diagnóstico se asocia significativamente con el incumplimiento terapéutico. Esto podría explicarse por el agotamiento terapéutico, la rutina prolongada de medicación y la disminución progresiva de la motivación del paciente para mantener el tratamiento a largo plazo.

Respecto a la actividad laboral, el estudio evidenció que el 57.1 % de los pacientes no tenían empleo, la asociación observada entre desempleo y no adherencia podría explicarse por las limitaciones económicas que dificultan la adquisición continua de medicamentos, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas que requieren tratamiento prolongado. Estos resultados respaldan lo planteado por la Organización Mundial de la Salud, la cual establece que los factores socioeconómicos constituyen una de las principales dimensiones que influyen en la adherencia farmacológica. De igual manera, Esquivel-Prados et al. (2023) señalaron que el copago y las limitaciones económicas afectan significativamente el cumplimiento terapéutico en pacientes diabéticos.

En relación con la distribución por edad, el grupo de 50 a 60 años fue el más afectado, representando el 57.1 % de los pacientes estudiados. Este hallazgo coincide con la literatura internacional, donde se describe que la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 aumenta progresivamente con la edad debido a cambios metabólicos, sedentarismo y presencia de comorbilidades. Además, los pacientes de mayor edad suelen presentar tratamientos más complejos y múltiples medicamentos, factores que pueden dificultar la adherencia.

En cuanto al sexo, predominó el sexo femenino con un 75.1 % entre los pacientes no adherentes. Estos resultados son similares a los reportados por diversos estudios latinoamericanos, donde las mujeres representan una mayor proporción de pacientes que acuden a los servicios de atención primaria. Sin embargo, Jirón (2023) no encontró asociación estadísticamente significativa entre sexo y adherencia terapéutica, por lo que esta variable continúa siendo discutida en la literatura científica.

En relación con el tratamiento farmacológico, predominó el uso de biguanidas, específicamente Metformina, utilizada por el 61.0 % de los pacientes, seguida de sulfonilureas y los inhibidores de la DPP-4. Estos resultados son consistentes con las recomendaciones actuales de la American Diabetes Association (2024), que establece

a la Metformina como el tratamiento inicial de elección en la mayoría de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Entre los principales factores asociados a la no adherencia terapéutica predominó el alto costo del medicamento, referido por el 48.6 % de los pacientes. Este hallazgo coincide con Esquivel-Prados et al. (2023), quienes identificaron el costo económico como uno de los principales determinantes de abandono terapéutico. De igual forma, el olvido del medicamento y la falta de conocimiento sobre la enfermedad también representaron factores importantes, lo cual concuerda con Farías et al. (2021) y León Martín (2024), quienes señalaron que el desconocimiento sobre la diabetes y la baja educación sanitaria disminuyen significativamente la adherencia.

Finalmente, el cruce de variables permitió identificar que la no adherencia predominó principalmente en mujeres de 50 a 60 años, desempleadas y con más de 10 años de diagnóstico, donde el alto costo del medicamento constituyó el principal factor asociado. Estos hallazgos evidencian que la adherencia terapéutica es un fenómeno multifactorial, influenciado por factores económicos, clínicos y sociales, tal como lo establece la Organización Mundial de la Salud.

5.2. Conclusión

La presente investigación permitió identificar los principales factores asociados a la no adherencia a los hipoglucemiantes orales en pacientes diabéticos de 30 a 60 años que asisten a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana.

Se evidenció una elevada prevalencia de no adherencia terapéutica, observándose que el 73.00 % de los pacientes no cumplían adecuadamente con el tratamiento farmacológico indicado. Esto demuestra que la no adherencia representa un problema importante de salud pública que puede favorecer el desarrollo de complicaciones crónicas, aumentar las hospitalizaciones y deteriorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

Entre los factores sociodemográficos asociados predominó el sexo femenino y el grupo etario de 50 a 60 años. Asimismo, se identificó que la ausencia de actividad laboral influye significativamente en la continuidad del tratamiento, evidenciando el impacto de las limitaciones económicas en la adherencia farmacológica.

En relación con los factores clínicos, los pacientes con más de 10 años de diagnóstico presentaron mayores niveles de no adherencia, lo que sugiere que la cronicidad de la enfermedad puede disminuir progresivamente el apego terapéutico.

El principal factor asociado a la no adherencia fue el alto costo del medicamento, seguido del olvido de la medicación y la falta de conocimiento sobre la enfermedad, confirmando que la adherencia terapéutica es un fenómeno multifactorial influenciado por factores económicos, educativos y conductuales.

Finalmente, los hallazgos de este estudio resaltan la necesidad de fortalecer las estrategias de educación en salud, mejorar el acceso económico a los medicamentos y desarrollar programas de seguimiento integral desde la atención primaria, con el

propósito de aumentar la adherencia terapéutica y reducir las complicaciones derivadas de la diabetes mellitus tipo 2.

CAPÍTULO 6

6. RECOMENDACIONES

a) Al Ministerio de Salud Pública

- Fortalecer las políticas públicas orientadas al control integral de la diabetes mellitus tipo 2, garantizando mayor accesibilidad y disponibilidad de hipoglucemiantes orales en la red pública de salud.
- Implementar programas nacionales de educación diabetológica dirigidos a pacientes y familiares, enfocados en la importancia de la adherencia terapéutica y prevención de complicaciones crónicas.
- Desarrollar estrategias de subsidio o reducción de costos de medicamentos antidiabéticos para pacientes de bajos recursos económicos, considerando que el alto costo farmacológico constituyó el principal factor asociado a la no adherencia.
- Promover campañas nacionales de promoción y prevención enfocadas en estilos de vida saludables, control metabólico y detección temprana de factores de riesgo asociados a la diabetes mellitus.
- Fortalecer los sistemas de seguimiento y vigilancia epidemiológica sobre adherencia terapéutica en enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente en el primer nivel de atención.

b) A la Atención Primaria de Salud

- Fortalecer los programas de seguimiento continuo y personalizado en pacientes diabéticos, mediante controles periódicos orientados a evaluar adherencia terapéutica y control glucémico.
- Implementar intervenciones educativas permanentes sobre el uso correcto de los medicamentos, alimentación saludable y prevención de complicaciones asociadas a la diabetes mellitus tipo 2.
- Promover estrategias comunitarias que faciliten el acompañamiento familiar y social de los pacientes diabéticos, favoreciendo el cumplimiento terapéutico.
- Desarrollar mecanismos de identificación temprana de pacientes con riesgo de no adherencia, especialmente aquellos con dificultades económicas, desempleo o tiempo prolongado de diagnóstico.
- Incentivar el uso de herramientas de apoyo como recordatorios, seguimiento telefónico y educación grupal para mejorar el apego terapéutico.

c) A los Médicos y Personal de Salud

- Realizar una evaluación integral y continua de los factores que puedan influir en la no adherencia farmacológica durante cada consulta médica.
- A individualizar cada paciente diabético evaluando su perfil económico para prescribir una medicación que el paciente pueda costear y así fomentar la adherencia terapéutica.

- Brindar orientación clara y comprensible sobre la enfermedad, el tratamiento indicado y las posibles complicaciones derivadas del incumplimiento terapéutico.
- Fomentar una relación médico-paciente basada en la comunicación efectiva, empatía y confianza, permitiendo identificar barreras individuales relacionadas con la adherencia.
- Simplificar, cuando sea posible, los esquemas terapéuticos para facilitar el cumplimiento del tratamiento farmacológico.
- Promover actividades educativas y preventivas dirigidas a pacientes diabéticos y sus familiares, reforzando la importancia del autocuidado y la adherencia al tratamiento.

d) A la Población General

- Mantener un adecuado cumplimiento del tratamiento farmacológico prescrito y asistir regularmente a las consultas médicas de seguimiento.
- Adoptar estilos de vida saludables, incluyendo alimentación balanceada, actividad física regular y abandono de hábitos nocivos como el tabaquismo y el sedentarismo.
- Buscar orientación médica oportuna ante cualquier dificultad relacionada con el tratamiento o control de la enfermedad.
- Incrementar el conocimiento sobre la diabetes mellitus y sus complicaciones, con el propósito de fortalecer el autocuidado y la prevención.
- Favorecer el apoyo familiar y comunitario hacia los pacientes diabéticos, contribuyendo al cumplimiento terapéutico y al mejor control de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2024). Diagnosis and classification of diabetes: Standards of care in diabetes—2024. *Diabetes Care*, 47(Suppl. 1), S20–S42. <https://doi.org/10.2337/dc24-S002>

American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2024). Glycemic goals and hypoglycemia: Standards of care in diabetes—2024. *Diabetes Care*, 47(Suppl. 1), S111–S125. <https://doi.org/10.2337/dc24-S006>

American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2024). Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of care in diabetes—2024. *Diabetes Care*, 47(Suppl. 1), S158–S178. <https://doi.org/10.2337/dc24-S009>

Brown, M. T., & Bussell, J. K. (2011). Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clinic Proceedings*, 86(4), 304–314. <https://doi.org/10.4065/mcp.2010.0575>

Cáceres, C., Lora, J., Villabona, S., & Rocha, M. (2023). Cumplimiento del tratamiento farmacológico en enfermedades crónicas no transmisibles. *Biomédica*, 43(Suppl. 3), 51–65. <https://doi.org/10.7705/biomedica.7077>

Colón, C., & Luciano, C. (2022). Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General Plaza de la Salud [Tesis de grado, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña]. Repositorio Institucional UNPHU.

Delgado Andrade, P., Álvarez Serrano, M., Orellana Cobos, A., & Sacoto Molina, A. (2025). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antidiabético en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la*

Universidad de Cuenca.
<https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/5701>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). Panorama de la diabetes en la Región de las Américas. Pan American Health Organization eBooks.
<https://doi.org/10.37774/9789275326336>

Esquivel-Prados, E., Rodríguez-Battikh, H., & García-Corpas, J. (2023). Identificación de factores determinantes de falta de adherencia a los antidiabéticos orales en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Ars Pharmaceutica*, 65(1), 56–65.
<https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v65n1/2340-9894-ars-65-01-56.pdf>

Farías, V. B. (2021). Conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y adherencia al tratamiento en pacientes del Hospital Reátegui de Piura, Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 38(1), 34–40. <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v38n1/1728-5917-amp-38-01-34.pdf>

Fernández, C. (2022, noviembre 7). Director del INDEN: “Cerca del 25 % de la población en RD tiene diabetes o prediabetes”. *Diario Libre*.
<https://www.diariolibre.com/actualidad/dialogo-libre/2022/11/06/alto-porcentaje-de-diabetes-y-prediabetes-en-rd/2127477>

García Ortiz, Y., Casanova Expósito, D., & Raymond Álamo, G. (2022). Factores asociados a la no adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Medicentro Electrónica*, 26(2), 412–420. <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v26n2/1029-3043-mdc-26-02-412.pdf>

Guamán-Montero, N., Mesa-Cano, I., Peña-Cordero, S., & Ramírez-Coronel, A. (2021). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Vive*, 4(11), 256–267.
<https://www.redalyc.org/journal/559/55969712011/55969712011.pdf>

Guzmán, G., et al. (2018). Adherencia al tratamiento farmacológico y control glucémico en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2. Revista ALAD, 8(1), 35–43. https://www.revistaalad.com/files/alad_8_2018_1_035-043.pdf

Hernández-Yépez, P., Basurto-Ayala, P., Inga-Berrospi, F., Valladares-Garrido, M., & Cordori-Carpio, J. (2023). Frecuencia y asociación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos. Revista Cubana de Medicina Militar, 52(1). <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v52n1/1561-3046-mil-52-01-e2437.pdf>

International Diabetes Federation. (2021). IDF diabetes atlas (10th ed.). <https://diabetesatlas.org/>

Jameson, J. L., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., & Loscalzo, J. (2018). Harrison's principles of internal medicine (20th ed.). McGraw-Hill Education.

Jirón, M. (2023). Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas hospitalizados en servicio de medicina interna [Tesis de grado, Universidad de Chile]. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/201491/evaluacion-de-la-adherencia-terapeutica-en-pacientes-con-enfermedades-cronicas-hospitalizados.pdf>

León Martín, D. (2024). Determinación del grado de adherencia al tratamiento y nivel de conocimientos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 [Trabajo de grado, Universidad de Valladolid]. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/68266/TFG-H3181.pdf>

Lozano Rodelo, S. (2023). Nivel de conocimiento y adherencia terapéutica de pacientes diabéticos tipo 2 en una IPS de Sincelejo [Trabajo de grado, Universidad de Cartagena]. <https://repositorio.unicartagena.edu.co/server/api/core/bitstreams/10806734-2bce-41fc-a9ba-4f89ab0b0ff1/content>

Melmed, S., Auchus, R. J., Goldfine, A. B., Koenig, R. J., & Rosen, C. J. (2020). Williams textbook of endocrinology (14th ed.). Elsevier.

Morán Lima, A., et al. (2023). Escala de Morisky-Green modificada para evaluación de adherencia terapéutica. Revista Científica de Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2019). Tobacco and diabetes. World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud. (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud. (2021). Diabetes. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Orellana Cobos, A., & Delgado Andrade, P. (2025). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antidiabético en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/5701/5894>

Pichardo Colón, Z., & Luciano Linares, C. (2022). Factores asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten a la consulta de diabetología del Hospital General Plaza de la Salud [Tesis de grado, Universidad Iberoamericana]. <https://repositorio.unibe.edu.do/server/api/core/bitstreams/978494ba-4909-49ad-a09d-2055d353d9ac/content>

Riaño García, D., Becerril Arostegui, I., & León Urquijo, A. (2024). Impacto del seguimiento farmacoterapéutico en la adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. <https://ciencialatina.org>

Rivera García, J. V. (2024). Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y su influencia en la adherencia al tratamiento con antidiabéticos orales en un hospital del norte peruano [Tesis de grado, Universidad César Vallejo]. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/144380/Rivera_GJV-SD.pdf

Robles Rentería, E., & Gutiérrez Lozano, S. (2022). Percepción de la funcionalidad familiar y su influencia en la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2 [Tesis de especialidad, Universidad Nacional Autónoma de México]. <https://tesiunamdocumentos.dgb.unam.mx/ptd2023/agosto/0845047/0845047.pdf>

Robleto-Martínez, E. D., & Jesús Quintanilla, R. (2025). Factores que afectan la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Managua, Nicaragua. *Mediciego*. <https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/4100/4487>

Rubino, F., et al. (2025). Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*.

Servicio Nacional de Salud. (s. f.). ¿Quiénes somos? Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana. <https://hospitalmarcelinovelez.gob.do/>

Sun, H., Saeedi, P., Karuranga, S., Pinkepank, M., Ogurtsova, K., Duncan, B. B., Stein, C., Basit, A., Chan, J. C., Mbanya, J. C., Pavkov, M. E., Ramachandaran, A., Wild, S. H., James, S., Herman, W. H., Zhang, P., Bommer, C., Kuo, S., Boyko, E. J., & Magliano, D. J. (2021). IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 183, 109119. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.109119>

Velásquez, D. (2024). El papel de los servicios de salud: Percepción del cuidador primario respecto al acompañamiento recibido por los servicios de salud en el manejo de la diabetes tipo 1 y tipo 2 en menores de edad antes de presentar una complicación de

su enfermedad y factores desencadenantes de complicaciones agudas de la diabetes mellitus [Trabajo de grado, Universidad del Valle].

Vrijens, B., De Geest, S., Hughes, D. A., et al. (2012). A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 73(5), 691–705. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x>



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS PARA DETERMINAR LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ADHERENCIA A LOS HIPOGLUCEMIANTES ORALES EN PACIENTES DIABÉTICOS DE 30 A 60 AÑOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL HOSPITAL MARCELINO VELEZ SANTANA EN ABRIL- JUNIO 2026.

DATOS GENERALES

Sección N.º I

1- Fecha_____

2- Nombre y Apellido _____

3- Edad_____ años

4- Sexo: Femenina _____Masculino_____

5- Estado civil: Casado _____Viudo _____Soltero _____Unión libre_____

6- Escolaridad: Primaria: _____Secundaria _____Técnico _____Universitario_____

7- ¿Trabaja actualmente? Sí _____ No _____

Sección N.ª II

Responda las siguientes preguntas:

8- ¿Cuánto tiempo lleva siendo diabético?

9- ¿Qué medicamentos utiliza para la Diabetes Mellitus?

10- ¿Tiene fácil acceso a su medicación? Si _____

No _____

11- ¿Puede costearse los medicamentos?

Si _____ No _____

12- ¿Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta?

Si _____ No _____

13- ¿El personal de salud que lo atiende, responde sus inquietudes y dificultades con respeto a su enfermedad y tratamiento? Si _____ No _____ -

Sección N.º III

1) ¿A veces se olvida de tomar su medicamento?

Sí _____ No _____

2) ¿Hubo algún día en que no tomó su medicamento?

Sí _____ No _____

3) ¿Alguna vez ha recortado o dejado de tomar el medicamento sin consultar con su médico, ya que se sintió peor cuando lo tomaba?

Sí _____ No _____

4) ¿Cuándo viaja o sale de casa a veces se olvida de llevar su medicina?

Sí _____ No _____

5) ¿Ayer, tomo todos sus medicamentos?

Sí _____ No _____

6) Cuando siente que sus síntomas están bajo Control ¿A veces deja de tomar su medicamento?

Sí _____ No _____

7) ¿Alguna vez se siente presionado a apegarse a su plan de tratamiento?

Sí _____ No _____

8) ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acordarse de tomar todos sus medicamentos?

Nunca _____ De vez en cuando _____ A veces _____ Usualmente casi siempre _____ Todo el tiempo -Siempre _____

Test de Morisky-Green Modificado, de libre acceso en línea

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo-----

Declaro que he sido informado/a e invitado a participar en una investigación llamada, **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ADHERENCIA A LOS HIPOGLUCEMIANTES ORALES EN PACIENTES DIABÉTICOS DE 30 A 60 AÑOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL HOSPITAL MARCELINO VELEZ SANTANA EN ABRIL- JUNIO 2026**, dirigido por la **Dra. José Enilda Almanzar Flores**, médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Marcelino Vélez Santana.

Antes de decidir participar, es importante que comprenda el propósito del estudio, los procedimientos involucrados, los beneficios y riesgos, además de sus derechos como participante.

Este estudio tiene como finalidad:

Identificar factores que influyen en la no adherencia a los hipoglucemiantes orales en pacientes diabéticos de 30 a 60 años.

Proporcionar información que ayude a mejorar los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento.

Procedimiento:

Si usted acepta participar, se le solicitara que responda un cuestionario con preguntas sobre la adherencia al tratamiento hipoglucemiante oral. Este cuestionario tomara 10-15 minutos aproximadamente para su llenado.

Confidencialidad:

Toda información proporcionada será tratada con absoluta confidencialidad, y será utilizada únicamente con fines de investigación y los datos serán plasmados en anonimato.

Riesgos y beneficios:

No hay riesgos previstos al participar en esta investigación, La participación en el estudio no implicó beneficios económicos directos; sin embargo, los resultados podrían contribuir al desarrollo de estrategias orientadas a mejorar la atención y adherencia terapéutica en pacientes diabéticos.

Su participación es voluntaria. Puede decidir si participar o no en el estudio y retirarse en cualquier momento, sin necesidad de dar explicaciones y sin que esto afecte de ninguna manera su atención médica o cualquier otro servicio al que tenga derecho.

Contacto:

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre el estudio, puede comunicarse con José Enilda Almanzar Flores, cell: 849-404-8346 o al correo electrónico joseenildaalmanzarflores@gmail.com

Declaración de consentimiento:

He leído y comprendido la información anterior. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis dudas han sido aclaradas. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin consecuencias.

Acepto participar en este estudio:

- Nombre del participante: _____
- Firma del participante: _____
- Nombre del investigador: _____
- Firma del investigador: _____
- Fecha: _____

Tabla No.1

Porcentaje de los pacientes diabéticos que presentan no adherencia farmacológica de 30-60 años que asistieron a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital Marcelino Vélez Santana.

Nivel de Adherencia	Frecuencia	Porcentaje
Alta	90	27.00%
Media	133	39.90%
Baja	110	33.10%
Total	333	100%

Tabla No. 2

Diferencia porcentual entre pacientes con adherencia y no adherencia al tratamiento hipoglucemiante oral en pacientes de 30-60 años de edad.

Nivel de Adherencia	Porcentaje	Diferencia porcentual
Adherencia	27.00%	
No Adherencia	73.00%	
Total	100%	46.00%

Tabla No.3

Muestra la asociación entre el tiempo de diagnóstico de la Diabetes Mellitus y el apego a su plan de tratamiento con la baja adherencia.

Tiempo de diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
< 5 años	90	27.00%
5-10 años	110	33.10%
>10 años	133	39.90%
Total	333	100%

Tabla No. 4

Actividad laboral en los pacientes Diabéticos de 30-60 años que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria, del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana.

Actividad Laboral	Frecuencia	Porcentaje
Trabaja	143	42.90%
No trabaja	190	57.10%
Total	333	100%

Tabla No.5

La edad más afectada de los pacientes Diabéticos que asisten a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana.

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
30-39 años	83	24.90%
40-49 años	60	18.00%
50-60 años	190	57.10%
Total	333	100%

Tabla No.6

Distribución por sexo de los pacientes diabéticos con no adherencia de 30-60 años, que acudieron a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	250	75.1
Masculino	83	24.90%
Total	333	100%

Tabla No.7

Tratamientos más utilizados en los pacientes Diabéticos que asisten a la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana.

Tratamiento mas usado	Frecuencia	Porcentaje
Biguanidas	203	61.00%
Sulfonilureas	70	21.00%
IDPP4	60	18.00%
Total	333	100%

Tabla No. 8

Factores asociados a la no adherencia terapéutica en pacientes diabéticos e 30-60 años que asisten a la consulta de medicina familiar y comunitaria

Factores que influyen en la No adherencia	Porcentaje
Alto costo del tratamiento	48.60%
Falta de conocimiento de la enfermedad	24.30%
Olvido del medicamento	27.00%
Total	100%

Variable	OR	IC95%	P
Desempleo	2.3	1.4-3.8	0.002
Bajo nivel educativo	1.8	1.1-2.9	0.01
>10 años diagnóstico	2.7	1.6-4.2	0.001



Comité de Bioética Asistencial e Investigación
MARVESA

Santo Domingo Oeste, R.D.
24 de marzo de 2026.

Dra. José Enilda Almánzar Flores
Doctora
Universidad Iberoamericana (UNIBE)
Cuidad

Estimada Doctora:

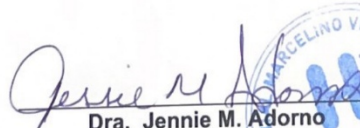
Luego de saludarle cortésmente tenemos a bien informales que el Comité de Bioética Asistencial e Investigación MARVESA conoció su proyecto de tesis de postgrado para optar por el título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, titulado: **"Factores que influyen en la no adherencia a los hipoglucemiantes orales en pacientes diabéticos de 30 a 60 años que asisten a la Consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Marcelino Vélez Santana en abril- junio 2026"**. El mismo cumple con los requisitos metodológicos, científicos y bioéticos establecidos por lo cual ha sido **APROBADO** para su ejecución en este Centro de Salud.

Esta aprobación conlleva que usted seguirá las normas éticas a las cuales se adhiere este comité incluyendo la Declaración de Helsinki, la Pautas Éticas Internacionales para Investigaciones que se realizan con sujetos humanos (Pautas CIOMS) y las Normas de Buenas Prácticas Clínicas en Investigación.

Le solicitamos nos remitan los resultados finales de su proyecto para hacerlos parte de nuestros archivos.

Si tiene alguna pregunta o duda, no dude en consultarnos.

Sin otro particular, se despide, muy atentamente,


Dra. Jennie M. Adorno
Presidenta
Comité de Bioética Asistencial
e Investigación MARVESA

Av. Isabel Aguiar #141, Herrera, SDO.

(809)-560-6666

Info@hospitalmarcelinovelez.gob.do





CERTIFICACIÓN EN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

Nombre Completo	Jose Enilda Almanzar Flores
Matrícula o código institucional	231301
Correo Electrónico Institucional	joseenildaalmanzarflores@gmail.com
Carrera/Posición:	Postgrado en Medicina
Estado del examen	Aprobado
Número de Certificación	DIAIRB2025-1625
Fecha	jueves, marzo 19, 2026

Michael A. Alcántara-Minaya, MD
Coordinador Comité de Ética
Vicerrectoría de Investigación e Innovación
Universidad Iberoamericana (UNIBE)



Formulario de solicitud para certificación en ética

Debe llenar este formulario toda persona que desee tomar el examen para la certificación en ética del Comité de Ética de Investigación de UNIBE.

El examen de ética se habilita cada semana por por 72 horas.

Si usted no es estudiante, una persona del equipo del Decanato de Investigación e Innovación se ponga en contacto con usted para darle los detalles de acceso a la plataforma de blackboard para tomar su examen, en el caso de estudiantes podrán entrar via su plataforma blackboard de estudiantes una vez habilitado.

Para prepararse para el examen debe estudiar detenidamente el contenido del [Manual de Ética](#).

Puede encontrar información general del Comité de Ética [aquí](#).

Correo Electrónico Personal

draenildaalmanzarprofesional@gmail.com

¿A qué institución pertenece?

Hospital Marcelino Velez Santana

Comentarios adicionales

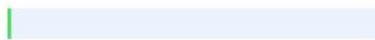
Cordial saludo, Quedo atenta a la respuesta, y gracias de antemano.



Plagiarism Checker X - Report

Originality Assessment

1%



Overall Similarity

Date: jun. 10, 2026 (12:11 p. m.)

Matches: 82 / 12000 words

Sources: 3

Remarks: Low similarity detected, consider making necessary changes if needed.

Verify Report:
Scan this QR Code

