

LIBRO DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS EN SALUD

EDICIÓN 2022
RECOPIADO 2021

Libro de Artículos Científicos en Salud : edición 2022 / Mónica Cristina Auchter ...
[et al.] ; compilación de Mónica Cristina Auchter. - 1a ed revisada. - Corrientes :
Universidad Nacional del Nordeste. Facultad de Medicina, 2022.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-3619-76-2

1. Medicina. I. Auchter, Mónica Cristina, comp.
CDD 610.72



Editorial

Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Facultad de Medicina
Universidad Nacional del Nordeste
Diseño del Libro: Mónica Auchter.
Impreso en Argentina. Abril 2022
Hecho el depósito que establece la ley 11.723
Contacto: secretariacyt@med.unne.edu.ar

Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste - UNNE

Sede Centro:

Mariano Moreno 1240 - C.P 3400 – Ciudad de Corrientes – Corrientes – Argentina
Teléfonos: +54 379 442 2290 / 442 3155

Sede Campus Sargento Cabral:

Sargento Cabral 2001 - C.P 3400 – Ciudad de Corrientes – Corrientes – Argentina
Teléfonos: +54 379 443 9624 int. 34 - +54 379 442 5508

Web: <http://www.med.unne.edu.ar>

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su almacenamiento en un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o cualquier medio, electrónico, mecánico, fotocopia u otros métodos, sin el permiso previo del editor.

LAS LÍNEAS PRIORITARIAS DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE MEDICINA

La definición de prioridades de investigación es el punto de partida para establecer políticas y programas capaces de orientar el trabajo de la institución y de los profesionales dedicados al desarrollo científico en el campo de la salud. Identificar prioridades investigativas requiere de una labor conjunta entre los actores involucrados, establecer una agenda de investigación, y proponer la metodología del proceso y la posterior consolidación de las líneas elegidas. También exige la revisión de las propuestas para consolidarlas, ordenarlas y reducirlas en base al criterio de los expertos.

Establecer estas prioridades se asienta en el análisis de los determinantes sociales y ambientales de la salud que articulan el desarrollo de la investigación, la transferencia de tecnología y la innovación en salud. Con ello se fortalece el sistema investigativo decidiendo cómo utilizar los recursos existentes y las capacidades, cómo aplicar el conocimiento en función la importancia de los problemas de salud y dónde centrar los esfuerzos.

La Facultad de Medicina, a través de encuentros entre actores estratégicos, socializó el análisis del contexto de su Plan Estratégico Institucional, lo que permitió identificar líneas de investigación mediante un trabajo grupal y ponderarlas en base a tres criterios: la magnitud o relevancia del tema para ameritar la realización de investigaciones destinados a resolver brechas en el conocimiento y la toma de decisiones; la factibilidad o posibilidad de facilitar la respuesta para la ejecución de la investigación; y la eficacia o utilización de los resultados para la elaboración de reglamentos, normas, políticas, estrategias y/o convenios, con un impacto sobre la protección de la salud de las personas y la preservación del medio ambiente.

En una serie de reuniones, la Institución identificó y priorizó ocho líneas de investigación que se describen a continuación:

1º Alimentación y nutrición

2º Servicios de salud

3º Atención integral de los procesos de salud-enfermedad

4º Desarrollo del recurso humano en salud

5º Rehabilitación y discapacidad

6º Problemáticas en salud mental y psiquiatría

7º Salud ambiental

8º Tecnologías moleculares y celulares de aplicación a la salud humana

Estas líneas de investigación se han constituido en enfoques para englobar procesos, procedimientos, perspectivas de análisis, prácticas y saberes transversales a los proyectos, desde una mirada intra e interdisciplinar con el objetivo de generar corrientes de pensamiento. Sus avances y definiciones permitirán enriquecer la producción y la divulgación de conocimientos situados y pertinentes a las necesidades del propio campo de trabajo e investigación, en el marco de un fuerte compromiso institucional sistemático y dinámico.

Surgidas de la problemática local para poder dar respuesta a ella, intentan contribuir al bienestar de la sociedad atendiendo núcleos problemáticos que fortalezcan el sistema investigativo de la Facultad de Medicina.

Dra. Mónica Cristina Auchter

COMITÉ EVALUADOR

Lila Almirón
Monica Auchter
Jorge Cialzetta
Lorena Dos Santos
Rosana Gerometta
Fernando Gomez
Arturo Gorodner
Isabel Hartman
Laura Leyes
Stella Macín
Angelica Meza
Mirta Mierez
Daniel Morales
Mabel Rivero
María Teresa Rocha
Patricia Said Rucker
Elva María Sendra
Roxana Servin
Tania Stoyanoff
Juan Santiago Todaro
Carla Zimmermann

AUTORIDADES**Decano**

Prof. Gerardo Omar Larroza

Vice Decano

Prof. Daniel Scheikman

Secretario Académico

Prof. Juan José Di Bernardo

Secretaria de Ciencia y Tecnología

Prof. Mónica Cristina Auchter

Secretaria de Posgrado

Prof. María Amalia Blúgerman de Slobayen

Secretaria de Extensión Universitaria

Med. Diana Inés Cabral

Secretario de Relaciones Institucionales

Prof. Jorge Ramón Lojo

Secretaria Administrativa

Sra. Cordelia Auchter de Santillán

Carrera de Licenciatura en Enfermería

Director: Prof. Fernando Gómez

Secretario Académica: Prof. Lic. Oscar Medina

Carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría

Directora Prof. Laura Elizabeth Leyes

Secretaria Académica: Prof. Lic. María Marcela Barrios

FACTORES DETERMINANTES DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN USUARIOS DE UN SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR. CORRIENTES, ARGENTINA.

José Florentino Giménez, María Eugenia Horna,
Agnes Sofía Torres Rodeles, Mariana Araceli Falivene, Mirta Liliana Mierez.

Lugar de trabajo: Facultad de Medicina- Universidad Nacional del Nordeste

Correo electrónico de contacto: torresrodelesas@gmail.com

RESUMEN

La escasa adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) representa un problema de salud pública. Objetivo: Describir los factores determinantes de la adherencia al tratamiento de DM2 en usuarios de un servicio de medicina familiar. Estudio observacional, descriptivo, transversal. Se incluyeron mayores de 18 años con DM2 del área programática del Departamento de Medicina Familiar, febrero 2020-agosto 2021. Recolección de datos: a través de encuestas telefónicas cuyo instrumento fue un formulario tipo Google docs. Variables analizadas: sexo, edad, nivel educativo, cobertura de salud, presencia de comorbilidades, tipo de tratamiento recibido, adherencia al tratamiento farmacológico (Test de Morisky Green), tratamiento no farmacológico (hábitos saludables), toma de decisiones terapéuticas compartidas, tipo de indicación realizada, contención sociofamiliar y por equipo de salud.

Del total de encuestados (n=66), 58% eran mujeres, edad media 51 ± 10 años, el 97% convivía con familiares. El 47% tenía secundaria completa. El 73% tenía cobertura de salud. El 64% de los DM2 eran hipertensos, el 70% recibía antidiabéticos orales y el 82% demostró ser no adherentes. En relación al tratamiento no farmacológico el 89% no consumía frutas y verduras y el 70% no cumplió con los requerimientos básicos de actividad física semanal. El 70% refirió que las decisiones deben ser tomadas en conjunto con el médico y 82% recibió las indicaciones escritas. En cuanto a la contención, 85% se sintió acompañado por el equipo de salud y 91% por su familia.

La mayoría de los encuestados demostró ser no adherente al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, adherencia terapéutica, tratamiento no farmacológico

SUMMARY

The poor adherence to the treatment of Type 2 Diabetes Mellitus (DM2) represents a public health problem. Objective: To describe the determining factors of adherence to DM2 treatment in users of a family medicine service. Observational, descriptive, cross-sectional study. Those over 18 years of age with DM2 from the program area of the Department of Family Medicine, February 2020-August 2021 were included. Data collection: through telephone surveys whose instrument was a Google docs-type form. Variables analyzed: sex, age, educational level, health coverage, presence of comorbidities, type of treatment received, adherence to pharmacological treatment (Morisky Green test), non-pharmacological treatment (healthy habits), shared therapeutic decision-making, type of indication made, social and family containment and by health team.

Of the total number of respondents (n = 66), 58% were women, mean age 51 ± 10 years, 97% lived with relatives, and 47% had completed secondary school. 73% had health coverage. 64% of the DM2 were hypertensive, 70% received oral antidiabetics and 82% proved to be non-adherent. Regarding the non-pharmacological treatment, 89% did not consume fruits and vegetables and 70% did not comply with the basic requirements of weekly physical activity. 70% said that decisions should be made in conjunction with the doctor and 82% received written medical indications. Regarding containment, 85% felt accompanied by the health team and 91% by their family.

Most of the surveyed proved to be non-adherent to pharmacological and non-pharmacological treatment.

Key Word: Diabetes Mellitus, therapeutic adherence, non-pharmacological treatment

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se presenta como una epidemia mundial relacionada con el rápido aumento del sobrepeso y la obesidad, favorecidos por la alimentación inadecuada, el sedentarismo y la actividad física insuficiente, sumado al crecimiento y envejecimiento de la población a nivel global. Latinoamérica cuenta con el 7% de diabéticos de la población total mundial. El 45% de los pacientes diabéticos ignoran que padecen esta enfermedad. La DM2, es una de las principales causas de invalidez y muerte prematura y una de las enfermedades crónicas con alta tasa de fracaso y mala adherencia al tratamiento⁽¹⁾. En Uruguay, la prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles es elevada. Responsables de una alta morbimortalidad y de altos costos para el sistema sanitario. Los factores de riesgo (FR) están presentes mucho antes que se mani-

fieste la enfermedad, los principales son el tabaquismo, el consumo de alcohol, la dieta no saludable, el sedentarismo, el sobrepeso/obesidad ⁽²⁾. En relación a la adherencia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que es el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria ⁽³⁾. Existen muchos factores intervinientes, uno de ellos es el trato que el paciente recibe de los profesionales de la salud. Cuando los pacientes reciben información sobre el tratamiento son más adherentes. ⁽⁴⁾ También la comunicación es fundamental. Los profesionales con aptitudes y actitudes negativas para informar el tratamiento que exhiben torpeza, falta de empatía, desmotivación, contribuyen a su falta de adherencia. La ausencia de instrucciones escritas o realizadas de modo deficiente, con lenguaje demasiado técnico o rasgos incomprensibles puede influir en el cumplimiento. Otros aspectos son la cooperación del paciente con el médico en la instauración del régimen terapéutico, la discusión y el acuerdo entre ambos con respecto al tratamiento. ⁽⁵⁾ La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas, en países desarrollados fue del 50%, siendo más baja en países en desarrollo ⁽⁶⁾.

En EEUU menos del 2% de los pacientes diabéticos cumplen con todas las pautas de tratamiento recomendadas por la Asociación Americana de Diabetes, destacándose que la adherencia al tratamiento hipoglucemiante fue de 75%, la adherencia al plan alimentario fue de 52% y al ejercicio físico fue de 26% ⁽⁷⁾. Un estudio sobre adherencia a hipoglucemiantes en México en 2010 evidenció que el 80% de la población de acuerdo al cuestionario Morisky-Green fue adherente al tratamiento farmacológico, pero sólo el 19% presentaron un índice de masa corporal (IMC) normal, el 40% sobrepeso y 41% algún grado de obesidad. ⁽⁸⁾

Tomando en consideración las complicaciones, la DM2 no diagnosticada o mal controlada conduce a complicaciones como así también a mortalidad prematura ⁽⁹⁾.

Existen pocos estudios clínicos que demuestren la efectividad de las intervenciones educativas a largo plazo como métodos útiles para la adherencia. Se han reportado seguimientos de hasta 5 años que demuestran un menor deterioro del control de la glucemia con efectos favorables adicionales sobre el peso y la presión arterial. Sin embargo, la deserción de los programas oscila entre el 25 y el 33%. La Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) afirma que el modelo de educación más efectivo debe ser en un programa educativo estructurado desde el momento del diagnóstico y de una durabilidad de más de 2 años; para lograr el autocontrol. ⁽¹⁰⁾ El objetivo de la educación en diabetes es que el paciente adquiera conocimientos y desarrolle destrezas, además tomar decisiones relativas a modificar su estilo de vida. ⁽¹¹⁾

Existen varios métodos en Latinoamérica para la evaluación de la adherencia terapéutica. El Test de Morisky-Green es un cuestionario validado que establece si la persona cumple o no con la toma de su medicamento. Su calificación se establece a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, considerando como adheridos totales, adheridos parciales y no adheridos, de modo que se pueda cuantificar con rapidez las respuestas del paciente y determinar tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento. ⁽¹⁰⁾

A partir de lo mencionado surge la relevancia de realizar un Estudio de utilización de medicamentos (EUM) donde se determine la pauta terapéutica y se describan los posibles factores determinantes de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Conocer la situación actual permitirá definir el problema a resolver, identificar los posibles factores a modificar y con ello trabajar a posteriori en intervenciones que permitan minimizar o solucionar las dificultades halladas.

OBJETIVOS

General. Caracterizar los factores determinantes de la adherencia al tratamiento de DM2 en usuarios del área programática del Departamento de Medicina Familiar del periodo febrero 2020 - agosto 2021. Corrientes Capital.

Específicos.

Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.

Determinar la adherencia al tratamiento farmacológico de la DM2

Determinar la adherencia al tratamiento no farmacológico de la población en estudio

Describir los factores que influyen en la adherencia terapéutica

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Se seleccionaron usuarios del servicio que cumplieran con los criterios de inclusión. Se realizaron encuestas telefónicas individuales cuyo instrumento de recolección consistió en un formulario online (Google docs.) con preguntas abiertas y cerradas, que incluía al test de adherencia farmacológica de Morisky-Green (cuestionario validado).

Criterios de inclusión: personas con edad mayor a 18 años, con diagnóstico de DM2, que acepten participar del estudio y pertenezcan al área programática del departamento de Medicina Familiar de la UNNE.

Criterios de exclusión: personas que no deseen participar del estudio y que no firmen el consentimiento informado.

Variables analizadas: sexo, edad, nivel educativo, cobertura de salud, presencia de comorbilidades, tipo de tratamiento recibido, adherencia al tratamiento farmacológico (Test de Morisky Green) y no farmacológico, tipo de tratamiento farmacológico, toma de decisiones terapéuticas compartidas, tipo de indicación realizada, contención sociofamiliar y por equipo de salud

Variables analizadas:

- Sexo: femenino/masculino
- Edad: años cumplidos al momento de la encuesta.
- Nivel de instrucción (último nivel de instrucción alcanzado).
- Cobertura de salud: posee o no posee.
- Presencia de Comorbilidades: si/no. Especificar.
- Adherencia al tratamiento farmacológico: (test de Morisky Green)
- Tipo de tratamiento farmacológico indicado: Antidiabéticos orales/insulina/ambos
- Adherencia al tratamiento no farmacológico:

Sub Variables

- Actividad física: personas que cumplan o no los requerimientos básicos de actividad física estipuladas por la OMS para personas adultas con DBT2 (Más de 30 minutos diarios todos los días de la semana).
- Alimentación adecuada: cumplimiento de pautas alimentarias básicas establecidas para personas con DM2 según consenso de la ALAD y al cumplimiento de la periodicidad en el consumo de frutas y verduras.
- Tipo de tratamiento instaurado: antidiabéticos orales, insulina y ambos
- Toma de decisiones terapéuticas compartidas: Se considerará al acuerdo mutuo entre profesional y paciente para la toma de decisiones.
- Tipo de indicación realizada: Se indagará sobre la prescripción oral o escrita por parte del profesional.
- Contención socio-familiar: Evaluará la percepción del paciente en cuanto a la contención/accompañamiento de otros en su enfermedad:
 - Contención por parte del equipo de salud
 - Contención por parte de familiares o amigos

Resguardos Éticos: Se solicitó y obtuvo el consentimiento informado escrito de las personas que cumplieran con los criterios de inclusión. Asimismo, en la recolección y almacenamiento de los datos no se consignó la identidad de los participantes, sino un código, manteniendo la confidencialidad de los mismos.

RESULTADOS

Del total de encuestados (n=66), el 58% fue de sexo femenino, edad media 51 ± 10 años, de los cuales el 97% convivía con familiares. Según nivel educativo el 91% finalizó el ciclo primario y el 47% el nivel secundario. El 36% se encontraba desocupado y el 73% poseía cobertura de salud. El 64% presentaba hipertensión arterial como comorbilidad. El 100% realizaba tratamiento farmacológico, de los cuales el 70% utilizaba antidiabéticos orales. Según el test de adherencia terapéutica el 82% de los encuestados demostró ser no adherentes al tratamiento farmacológico instaurado. El 100% de los encuestados consideró que la alimentación y la actividad física forman parte del tratamiento, el 89% no consumió frutas y verduras diariamente, el 45% consumió alcohol socialmente y 9% lo hacía de

manera frecuente, el 36% consumió bebidas azucaradas pocas veces a la semana. Respecto a la actividad física, el 70% no cumplió el requerimiento básico de actividad física semanal. En cuanto a la toma de decisiones compartidas, el 70% refirió que las decisiones deben ser tomadas en conjunto con el profesional de la salud. En cuanto al tipo de indicaciones médicas, en el 82% fue otorgado por escrito. El 85% de los pacientes se encontraron contenidos por el equipo de salud y el 91% se sintió contenida emocionalmente por su familia.

DISCUSIÓN

Los padecimientos crónicos requieren de tratamientos a largo plazo para su adecuada evolución y control. Según el análisis realizado por la OMS, en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes que padecen dichas enfermedades es sólo el 50 % y se supone que esta deficiencia sea aún mayor en países en desarrollo, dada la escasez de recursos y las iniquidades en el acceso a la atención sanitaria.⁽⁴⁾

Con respecto a los componentes de la adherencia, el más afectado resultó ser la implicación personal del paciente, esto significa que existen problemas en la participación activa, comprometida y responsable de la persona diabética en los comportamientos relacionados con el cumplimiento terapéutico. La evolución favorable de la diabetes exige de la autorregulación de la conducta de salud, lo cual implica la realización de esfuerzos personales para la búsqueda de estrategias que beneficien la adherencia a las indicaciones médicas, lo cual habla de la participación activa del paciente o implicación personal en el proceso de ajuste a la enfermedad.

Un estudio en México que utilizó el test de adherencia de MBG (Martín-Bayarre-Grau) evidenció que el 65% mostraron niveles de adherencia terapéutica con puntajes más bajos, relacionados a la categoría de implicación personal que involucra al paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento de las prescripciones con la ejecución de los esfuerzos necesarios, por otra parte, los puntajes más altos se dieron en la relación transaccional que corresponde a la relación de colaboración establecida entre el paciente y su médico para instaurar el tratamiento y elaborar la estrategia que garantice su cumplimiento y aceptación por ambos.⁽¹¹⁾

En estudios realizados sobre barreras para la adherencia terapéutica de personas con diabetes mellitus tipo 2 en Chile, también se han obtenido resultados coincidentes con los de la presente investigación. Se ha registrado escasa adherencia en las indicaciones sobre el régimen alimentario adecuado, la realización de actividad física y el automonitoreo de la glucosa, pilares estos del tratamiento que implican importantes cambios comportamentales y donde la responsabilidad y autorregulación de la conducta pueden favorecer o no la adhesión al mismo.⁽¹²⁾

Resultados obtenidos en una investigación con personas diabéticas, atendidas en el Centro de Atención al Diabético de Pinar del Río, en Cuba, mostraron que las dimensiones del tratamiento con ejecución deficitarias fueron la actividad física similar al presente estudio, el automonitoreo, la atención dental y la oftalmológica.⁽¹³⁾

CONCLUSIÓN

Más de la mitad de los pacientes encuestados presentaba hipertensión como comorbilidad y la totalidad tenía indicación de antidiabéticos orales al momento del estudio.

En cuanto a la adherencia terapéutica, la mayoría demostró ser no adherente, lo que coincide con resultados obtenidos en investigaciones realizadas para enfermedades crónicas, aunque todos coincidían en que las medidas no farmacológicas formaban parte importante de su tratamiento. La mayor parte de los pacientes reconocieron que recibían contención tanto de su entorno familiar y del equipo médico, así como la importancia de la toma de decisiones compartidas médico-paciente.

Se desprende de estos hallazgos, la importancia de la educación para la salud y la prevención secundaria, así como la participación del paciente en la toma de decisiones en cuanto a su tratamiento.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 con medicina basada en evidencia. Edición 2019. Barcelona (Cataluña), España. Permanyer. [en línea] 2019. [acceso 20 febrero 2022] URL Disponible en: https://www.revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf

2. Secretaría de Gobierno de Salud. 4ta Encuesta nacional de factores de riesgo. Informe definitivo. Ministerio de Salud de la Nación Argentina [en línea] 2019. [acceso 20 febrero 2022]. URL Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_principales-resultados.pdf
3. Reyes Flores E, Trejo Álvarez R, Arguijo Abrego S, Jiménez Gómez A, Castillo Castro A, Hernández Silva A, et al. Adherencia Terapéutica: Conceptos, Determinantes. 2016; 84:125–32.
4. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. OMS. Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud [en línea] 2004. [acceso 20 febrero 2022]. URL Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
5. Ramos Morales LE. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Rev cubana Angiol Cir Vasc. 2015; 16(2): 175-189. Disponible en: [Http://Scielo.Sld.Cu/Scielo.Php?Script=Sci_arttext&Pid=S1682-00372015000200006&Lng=E](http://Scielo.Sld.Cu/Scielo.Php?Script=Sci_arttext&Pid=S1682-00372015000200006&Lng=E)
6. Zuart-alvarado R, Ruiz Mhj, Vázquez–castellanos JL, et al. Adherencia a hipoglucemiantes en diabéticos de una unidad médica familiar del estado de Chiapas. Rev Salud Publica Nutr. 2010;11(4). Disponible en: [Https://www.Medigraphic.Com/Cgi-bin/New/Resumen.Cgi?Idarticulo=28665](https://www.Medigraphic.Com/Cgi-bin/New/Resumen.Cgi?Idarticulo=28665)
7. Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. Acta Médica Colombiana. 2005; 30 (4): 268-273. [en línea] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1631/163113820004.pdf>
8. Pagès N, Valverde M I. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm. 2018; 59(3): 163-172. [en línea] Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>
9. Martín Alfonso L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Rev Cubana Salud Pública. 2006; 32(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013&lng
10. Soria R, Vega Z, Nava C, Saavedra K. Interacción Médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. Liberabit. 2011;17: (2):223–30. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272011000200011
11. Gonzales Lucario O. Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la consulta externa de medicina familiar en el centro médico “Lic. Adolfo López Mateos”. Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Medicina. Toluca, México. 2013. Disponible En: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/14302>
12. Troncoso Pantoja C, Delgado Segura D, Rubilar Villalobos C. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2. Rev Costarr Salud Pública 2013; 22 (1): 9-13. . Disponible En: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v22n1/art03v22n1.pdf>
13. Castillo Morejón M, Martín AL, Almenares Rodríguez K. Adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Cub. Med Gen Integr. 2017; 33(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000400006&lng=es.