

AUTOEFICACIA Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN – LIMA 2016

Miriam Cribillero Roca

RESUMEN

Objetivo. Determinar la relación entre la autoeficacia y la adherencia terapéutica. **Métodos.** Se llevó a cabo un estudio correlacional con 85 pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima, durante el periodo 2016. Se utilizó una escala de autoeficacia y un cuestionario de adherencia a los tratamientos. Se utilizó el coeficiente r de Pearson en el análisis inferencial. **Resultados.** El 54,1% (46 pacientes) presentaron autoeficacia baja y el 38,8% (33 pacientes) tuvieron adherencia al tratamiento mala. Además, hubo relación entre la autoeficacia y la adherencia terapéutica, con $p \leq 0,000$. Y, asimismo, la autoeficacia se relaciona significativamente con la adherencia terapéutica en tratamiento farmacológico ($p \leq 0,000$), dieta ($p \leq 0,000$) y ejercicio físico ($p \leq 0,000$). **Conclusiones.** Existió relación entre la autoeficacia y la adherencia terapéutica en adultos con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Lima.

Palabras clave: autoeficacia, adherencia terapéutica, dieta, diabetes mellitus tipo 2.

SELF-EFFICACY AND THERAPEUTIC ADHERENCE IN ADULTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AT THE DANIEL ALCIDES CARRIÓN NATIONAL HOSPITAL - LIMA 2016

ABSTRACT

Objective. To determine the relationship between self-efficacy and therapeutic adherence. **Methods.** A correlational study was carried out with 85 patients from the Daniel Alcides Carrión - Lima National Hospital, during the 2016 period. A self-efficacy scale and a adherence to treatment questionnaire were used. The Pearson r coefficient was used in the inferential analysis. **Results.** 54.1% (46 patients) had low self-efficacy and 38.8% (33 patients) had poor treatment adherence. In addition, there was a relationship between self-efficacy and therapeutic adherence, with $p \leq 0,000$. And, likewise, self-efficacy is significantly related to therapeutic adherence in pharmacological treatment ($p \leq 0,000$), diet ($p \leq 0,000$) and physical exercise ($p \leq 0,000$). **Conclusions.** There was a relationship between self-efficacy and therapeutic adherence in adults with type 2 diabetes mellitus at the Daniel Alcides Carrión National Hospital - Lima.

Keywords: self-efficacy, therapeutic adherence, diet, diabetes mellitus type 2

Revisado: 14.06.17
Aceptado para publicación: 31.07.18

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es una afección crónica de extensa distribución y un serio problema de salud pública, que provoca altos costos a los sistemas de salud (Sánchez, Hipólito, Mugártegui & Yáñez, 2016).

Se calcula que más de 371 millones de individuos en el mundo presentan diabetes mellitus, una cantidad que se incrementa anualmente y que ocasiona cada año 4,8 millones de defunciones asociadas a sus complicaciones (Organización Mundial de la Salud, 2013). En España, con una prevalencia del 13,8%, se estima que las complicaciones de la diabetes mellitus generan entre 7 y 12 altas por 100.000 habitantes, que son alrededor de un 10% de los ingresos hospitalarios por todos los motivos y que, en el año 2011, simbolizaron un gasto sanitario total de 3.297.095,3 € (Vicente, Terradillos, Capdevila, Ramírez & López, 2013).

Asimismo, en México, la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 es más alta en los varones que en las mujeres (15,8% y 13,2% respectivamente), estableciendo la primera causa de mortalidad directa e indirecta a nivel nacional y la tercera en el Estado de Nuevo León (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2013).

En el Perú, el estudio PERUDIAB 2012 llevado a cabo en 1677 hogares a nivel nacional, representativo de más de 10 millones de adultos mayores de 25 años, han informado una prevalencia de 7% de diabetes mellitus y 23% de hiperglicemia de ayuno (prediabetes) (Seclén, Rosas, Arias & Huayta, 2015).

Ante la magnitud de estos datos, resulta de especial trascendencia alcanzar los objetivos terapéuticos planteados y evitar las graves complicaciones relacionadas a esta enfermedad, por lo que es fundamental en estos pacientes lograr una adecuada adherencia al tratamiento (Orozco, Mata, Artola, Conthe, Mediavilla & Miranda, 2016). La falta de adherencia oscila entre 30 y 51% en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que ingieren antidiabéticos orales (López, Brotons, Moral, Cols, Selva & Aguado, 2012), y muy próximos del 25% en pacientes insulinizados (Márquez, Martell, Gil, Casado, Martín de Pablos, & Ferraro, 2012).

En el mismo sentido, la falta de adherencia al tratamiento asociado a dieta terapéutica y ejercicio físico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 es un estado que se manifiesta en forma rutinaria en la práctica asistencial (García &

Morales, 2015). Se calcula que actualmente las cifras de la no adherencia bordean el 50%, y la mayoría de los pacientes no perciben que el ejercicio físico y la dieta terapia sean fundamentales para alcanzar un correcto control metabólico (Ortiz, Ortiz, Gatica & Gómez, 2011), convirtiéndose en una prioridad en salud pública debido a las consecuencias que ésta conlleva en el avance de la enfermedad y los costos socioeconómicos relacionados (Martín & Grau, 2005). Por lo que amerita fortalecer la adherencia no solo al tratamiento farmacológico, sino también, a la adquisición de estilos de vida saludable y el cumplimiento de controles y recomendaciones del personal de salud (Rodríguez, Varela, Rincón, Velasco, Caicedo, Méndez & Gómez, 2015).

También, como señalaba Blackwell (2003), cada año se gastan varios millones de horas y dólares en la investigación de la eficacia y seguridad de los fármacos. Sin embargo, se ofrecen muy pocos recursos a la realidad de si el paciente los toma o no. Por lo tanto, de poco ayuda disponer de medicamentos excelentes o prescribir y dispensar óptimos tratamientos o hasta efectuar diagnósticos certeros, si posterior el paciente no los toma correctamente. Es el paciente quien decide el consumo o no del fármaco y también, cómo y cuándo lo realizará. Por todo ello, la adherencia fármaco-terapéutico compone uno de los puntos más críticos de la cadena del medicamento: elaboración-prescripción/indicación-dispensación-consumo; ya que, al ser el último eslabón, una falta de cumplimiento presumiría la anulación de todo lo anterior.

Las causas que originan que un paciente crónico no cumpla con las indicaciones dadas han sido estudiadas ampliamente con anterioridad (Carratalá, Gil, Orozco, Navarro, Caballero & Álvarez, 2013). Clásicamente se ha considerado el modelo multidimensional señalado por la Organización Mundial de la Salud, que identifica 5 grupos de factores causales a saber: variables relacionadas con el paciente, con el tratamiento, con la enfermedad, con el sistema sanitario, y variables de tipo socioeconómico. En definitiva, el panel de expertos acentúa que en el caso de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, un régimen complejo de terapéutica, una prolongada duración de la enfermedad, una deficiente interrelación profesional-paciente, falta de autoeficacia, adolecer de un adecuado apoyo social, poseer creencias negativas sobre la enfermedad y el tratamiento y la depresión consti-

tuyen causas principales de incumplimiento (Bohanny, Wu, Liu, Yeh, Tsay & Wang, 2013).

Por otro lado, resaltamos como uno de los factores influyentes a esta enfermedad a la autoeficacia, el cual se relaciona con la voluntad y la capacidad de las personas para influir activamente en diversas conductas de la vida cotidiana, específicamente en los comportamientos de prevención y manejo de enfermedades y condiciones crónicas (Balcázar, Gurrola, Urcid & Colín, 2011).

Con el fin de precisar la relación entre la autoeficacia y adherencia terapéutica, el presente estudio examinó la relación entre la autoeficacia y la adherencia terapéutica en adultos con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Lima, durante el periodo 2016.

Autoeficacia. La autoeficacia es un concepto que implantó Bandura, en 1986, bajo la Teoría del Aprendizaje Social, en esta el esfuerzo corresponde a un componente en el control de respuestas ya aprendidas con pertinencia a la regulación de la motivación y la actividad humana, que involucra tres tipos de expectativas: las expectativas de situación-resultado, de acción-resultado y la autoeficacia percibida. Se conceptualiza la autoeficacia como las creencias propias de las personas en asociación a su habilidad para manipular situaciones estresantes, las creencias de autoeficacia para Bandura se utilizan como mecanismos cognitivos para el cambio en la conducta (Bandura, 1999).

Por su parte, Olivari y Urra (2007, p. 10) indican que la autoeficacia puede definirse como “la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados”.

En la teoría de Albert Bandura, se ampara que la autoeficacia es un concepto principal para efectuar una conducta, ya que la asociación entre el conocimiento y la acción quedarán significativamente mediadas por el pensamiento de autoeficacia. Las creencias de autoeficacia, es decir, los pensamientos que posee una persona acerca de su capacidad y autorregulación para consolidar dicha conducta serán decisivas (Bandura, 1999).

De esta forma, los sujetos estarán más motivados si perciben que su accionar puede ser eficaz, esto es si hay convencimiento de que poseen habilidades personales que les admitan regular

sus actividades. Bandura valora que influye a nivel cognitivo, afectivo y motivacional, así, un incremento de autoeficacia percibida se asocia con pensamientos y aspiraciones positivas sobre la realización de conductas con éxito, menor estrés, ansiedad y percepción de amenaza, juntamente con una adecuada planificación del curso de acción y anticipo de buenos resultados (Canales & Barra, 2014).

Esto en función a que no es verídicamente la exposición la que ocasiona el cambio comportamental ni la que consiente por sí sola explicar las diferenciaciones en cambios conductuales; sino que son las interpretaciones cognitivas intervenidas por las diferentes modalidades las que en última instancia determinan el juicio del sujeto sobre su propia habilidad. De esta forma, la autoeficacia se transforma en un proceso cognitivo que admite entender el cambio y los mecanismos que maniobran en él para hacer frente a las barreras y retos que frenan asumir conductas terapéuticas para el control de la diabetes mellitus tipo 2 (Caro, 1987).

Adherencia terapéutica. Actualmente no existe convenio aún sobre una definición unívoca del concepto. Es habitual encontrarse en la literatura con definiciones tales como: cumplimiento, adherencia, cooperación, colaboración, obediencia, observancia, alianza terapéutica, seguimiento, adhesión y concordancia (Basterra, 1999). Justamente, la Organización Mundial de la Salud (2004), en su informe sobre tratamientos a largo plazo, acepta e impulsa el vocablo de adherencia al tratamiento.

La adherencia al tratamiento como lo señala Martín (2004, p. 1), argumenta:

Es una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado.

Sin embargo, un concepto bien divulgado es la de Sackett y Haynes (1976), quienes la definen como una situación en que el comportamiento del paciente se corresponde con las indicaciones médicas entregadas. Haynes (1979) define adherencia como la magnitud en cual la conducta de un individuo concuerda con las sugerencias

realizadas por el personal de salud. Críticas de esta definición, deducen que concede un rol paternalista y coercitivo al equipo médico, restringiendo la posibilidad que el paciente tome un rol más relevante. En esta perspectiva, Hentinen y Kyngäs (1992, p. 531) definen el concepto como “un proceso activo, intencional y responsable de cuidado, en el cual el sujeto trabaja para mantener su salud en estrecha colaboración con el personal de salud”. Una de las conceptualizaciones más admitidas es la propuesta por Di Mateo y Di Nicola (1985), quienes definen la adherencia como una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un proceso de conducta aceptado de recíproco acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado. Este concepto posee la virtud de conceder una mayor participación del paciente en la toma de decisiones que afligen a su propia salud.

Por su parte, Farmer (1999, p. 1080), indica que la adherencia al tratamiento o cumplimiento terapéutico se define como:

El contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen: la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, tomar los medicamentos tal y como se le indica, realizar los cambios en el estilo de vida recomendados y por último, completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas.

Varela, Salazar y Correa (2008, p. 102) entienden por adherencia al tratamiento como “el grado de coincidencia entre comportamiento de un paciente y el programa de tomas de medicamentos, plan alimenticio y estilo de vida prescrito por los profesionales de la salud que le atienden”.

Para fines del presente estudio, se consideró la definición de adherencia terapéutica propuesta por Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L. & Sacristán, J.A. (2009, p. 342) quienes indican que la adherencia terapéutica hace referencia:

No a una sola conducta, sino a un conjunto de conductas, entre las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo, incorporar al estilo de vida conductas saludables. Es un asunto comportamental, en tanto depende de la conducta del paciente, pero también se relaciona estrechamente con la conducta del equipo de salud, al

menos en la medida en que este ofrezca verbalmente las instrucciones con la claridad requerida, se asegure de su comprensión y dedique a esto todo su tiempo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio. De acuerdo al análisis y alcance de los resultados, la investigación fue correlacional; según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información fue de tipo prospectivo y según el periodo y secuencia del estudio fue transversal.

Población. La población estuvo compuesta por todos los pacientes con diabetes mellitus tipo II, jurisdicción del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de Lima, siendo un total de 300 pacientes. En cuanto a la muestra fue elegida de acuerdo al tipo de muestreo probabilístico, resultado una muestra mínima de 85 pacientes.

Procedimiento. En primer orden se llevó a cabo las coordinaciones pertinentes para la recolección de datos. Luego, correspondió a la recolección de datos mediante la escala de autoeficacia y un cuestionario de adherencia a los tratamientos.

Análisis de datos. Se realizó mediante la lectura de frecuencias simples y porcentuales, así como el promedio aritmético en los cuadros estadísticos y el análisis inferencial mediante la prueba de correlaciones de *r* de Pearson. Como apoyo estadístico se utilizó el software SPSS versión 20.

RESULTADOS

En general, concerniente a la autoeficacia de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, el 54,1% (46 pacientes) presentaron autoeficacia baja, asimismo, el 35,3% (30 pacientes) manifestaron autoeficacia media y 10,6% (9 pacientes) revelaron autoeficacia alta (Figura 1).

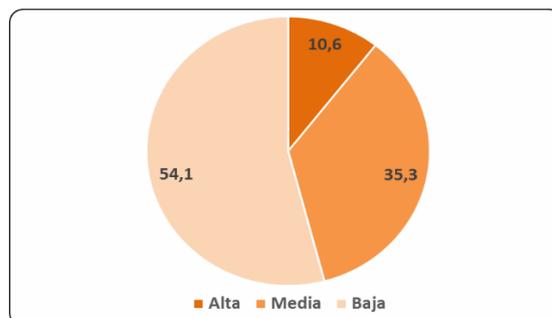


Figura 1. Autoeficacia de los adultos con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Lima 2016.

Dentro de las características generales tenemos: el 45,9% (39 pacientes) presentaron edades entre 66 a 75 años; el 57,6% (49 pacientes) fueron de sexo masculino; 48,2% (41 pacientes) alcanzaron la educación secundaria; el 63,5% (54 pacientes) tuvieron la condición de casado/conviviente y el 48,2% (41 pacientes) tuvieron la ocupación de empleado (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Lima 2016.

Características sociodemográficas	Frecuencia (n=85)	%
Edad en años		
35 a 44	9	10,6
45 a 54	17	20,0
55 a 65	20	23,5
66 a 75	39	45,9
Género		
Masculino	49	57,6
Femenino	36	42,4
Nivel educativo		
Primaria	14	16,5
Secundaria	41	48,2
Superior	30	35,3
Estado civil		
Soltero	3	3,5
Casado / conviviente	54	63,5
Divorciado / Separado	11	12,9
Viudo	17	20,0
Ocupación		
Empleado	41	48,2
Ama de casa	31	36,5
Obrero	10	11,8
Jubilado	3	3,5

Respecto a las dimensiones de autoeficacia, el 47,1% (40 pacientes) presentaron cansancio nivel medio; asimismo, el 44,7% (40 pacientes) tuvieron malestar nivel medio; 52,9% (45 pacientes) manifestaron estado emocional baja y 47,1% (40 pacientes) tuvieron otros síntomas nivel bajo (Tabla 2).

Tabla 2. Dimensiones de autoeficacia de los adultos con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Lima 2016.

Dimensiones de autoeficacia	Frecuencia (n=85)	%
Cansancio		
Alta	11	12,9
Media	40	47,1
Baja	34	40,0
Malestar		
Alta	10	11,8
Media	38	44,7
Baja	37	43,5
Estado emocional		
Alta	9	10,6
Media	31	36,5
Baja	45	52,9
Otros síntomas		
Alta	11	12,9
Media	34	40,0
Baja	40	47,1

En relación a las dimensiones de adherencia terapéutica, el 36,5% (31 pacientes) mostraron adherencia a tratamiento farmacológico regular; asimismo, el 34,1% (29 pacientes) tuvieron adherencia a dieta regular y 41,2% (35 pacientes) revelaron adherencia a ejercicio físico en forma regular (Tabla 3).

En general, con respecto a la adherencia terapéutica, se encontró que el 38,8% (33 pacientes) tuvieron adherencia al tratamiento mala, el 28,2% en forma regular, el 21,2% (18 pacientes) no tuvieron adherencia al tratamiento y 5,9% de los pacientes presentaron buena y muy buena adherencia (Figura 2).

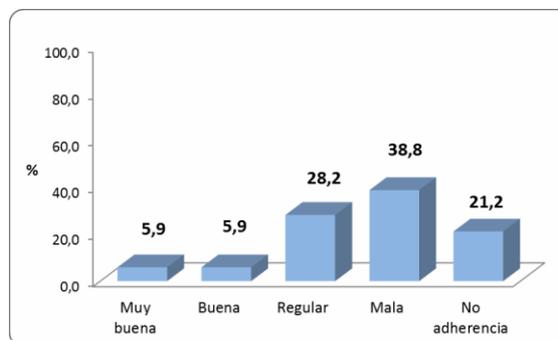


Figura 2. Adherencia terapéutica de los adultos con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Lima 2016.

Tabla 3. Dimensiones de adherencia terapéutica de los adultos con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Lima 2016.

Dimensiones de adherencia terapéutica	Frecuencia (n=85)	%
Adherencia a tratamiento farmacológico		
Muy buena	2	2,4
Buena	11	12,9
Regular	31	36,5
Mala	25	29,4
No adherencia	16	18,8
Adherencia a dieta		
Muy buena	3	3,5
Buena	9	10,6
Regular	29	34,1
Mala	26	30,6
No adherencia	18	21,2
Adherencia a ejercicio físico		
Muy buena	6	7,1
Buena	7	8,2
Regular	35	41,2
Mala	18	21,2
No adherencia	19	22,4

En cuanto al análisis inferencial, se encontró relación significativa estadísticamente entre la autoeficacia y la adherencia terapéutica, con $p \leq 0,000$. Y, la autoeficacia se relaciona significativamente con la adherencia terapéutica en tratamiento farmacológico ($p \leq 0,000$), dieta ($p \leq 0,000$) y ejercicio físico ($p \leq 0,000$) (Tabla 4).

Tabla 4. Relación entre autoeficacia y adherencia terapéutica de los adultos con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Lima 2016.

Variables/dimensiones	Autoeficacia	
	r de Pearson	Significancia
Adherencia terapéutica	0,64	0,000
Adherencia a tratamiento farmacológico	0,59	0,000
Adherencia a dieta	0,65	0,000
Adherencia a ejercicio físico	0,61	0,000

DISCUSION

En cuanto, a los resultados reflejados por la relación entre autoeficacia y adherencia terapéutica, se encontró relaciones positivas entre las variables estudiadas. Es decir, se ha demostrado que la autoeficacia se relaciona significativamente con la adherencia terapéutica, con $p \leq 0,000$. Asimismo, la autoeficacia se relaciona significativamente con la adherencia terapéutica en tratamiento farmacológico ($p \leq 0,000$), dieta ($p \leq 0,000$) y ejercicio físico ($p \leq 0,000$).

Estos hallazgos resultan consistentes con lo trazado en torno al tema por diferentes investigadores como González, González, Vázquez y Galán (2015) quienes encontraron mediante la prueba r de Pearson que la autoeficacia se correlacionó positiva y significativamente con la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ($r = .400$, $p < 0.01$); esto expresa que, a mayor autoeficacia, también hay mayor adherencia terapéutica.

Canales y Barra (2014) en sus resultados conseguidos revelan que tanto el apoyo social como la autoeficacia y el nivel educacional poseen una asociación significativa con la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II, mostrando el apoyo social y la autoeficacia asociaciones de considerable magnitud con la adherencia que el nivel educacional.

Igualmente, Krichbaum, Aarestad y Buethe (2003) reportan hallazgos coincidentes en razón a la relación positiva de la autoeficacia con la adherencia terapéutica, y también con la mejoría (compensación) de la diabetes.

Asimismo, Balcázar, Gurrola, Urcid y Colín (2011) proponen que un nivel alto de autoeficacia posee consecuencias favorecedoras para el funcionamiento del individuo y para su bienestar general; en el caso de que se someta a tratamientos, existe más probabilidad de que los realice exitosamente.

En el mismo sentido, Mishali, Omer y Heymann (2011) han demostrado los efectos positivos de una alta autoeficacia en el comportamiento de adherencia al tratamiento en adultos con diabetes.

También, Sarkar, Fisher y Schillinger (2006) informan que altos niveles de autoeficacia se asocian con estados de ánimo más positivos, situaciones de salud más favorables, menor cuantía de síntomas de distrés psicológico y mayor cumplimiento de las indicaciones médicas.

En definitiva, esta variable ha resultado más consistente para favorecer la adherencia al tratamiento en paciente con estado crónico. Este concepto procede de la teoría sociocognitiva de Bandura. A su vez, Bandura (2006) indica que está asociada por varios factores cognitivos y sociales, cuya presencia puede variar de acuerdo a las características socioculturales de una persona determinada.

En conclusión, se encontró relación significativa entre la autoeficacia y la adherencia terapéutica, con $P \leq 0,000$.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Balcázar, P., Gurrola, G., Urcid, S. & Colín, H. (2011). Comparación de autoeficacia percibida en pacientes adultos con diabetes tipo 2. Memorias del 12º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis.
2. Bandura, A. (1999). *Auto-eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. México: Desclée de Brouwer.
3. Bandura, A. (2006). Hacia de la psicología de la agencia humana. *Perspectives on Psychology Science*, 1(2), 164-180.
4. Bastera, M. (1999). El cumplimiento terapéutico. *Pharm Care Esp*, 1, pp. 97-106.
5. Blackwell, B. (2003). Cumplimiento de la terapia con medicamentos. *N Engl J Med*, 289, pp. 249-252.
6. Bohanny, W., Wu, S.F., Liu, C.Y., Yeh, S.H., Tsay, S.L. & Wang, T.J. (2013). Comportamiento de la salud, la autoeficacia y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *J Am Assoc Nurse Pract.*, 25, pp. 495-502.
7. Canales, S. & Barra, E. (2014). Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Psicología y Salud*, 24(2), pp. 167-173.
8. Caro, I. (1987). Revisión crítica de la teoría de la autoeficacia de A. Bandura. *Boletín de Psicología*, 16(4), pp. 61-89.
9. Carratalá, M.C., Gil, V.F., Orozco, D., Navarro, J., Caballero, F. & Álvarez, F. (2013). Barreras asociadas a un control deficiente en pacientes diabéticos españoles. *A consensus study Int J Clin Pract.*, 67, pp. 888-894.
10. Di Matteo, R. & Di Nicola, D. (1985). *Lograr el cumplimiento del paciente*. *The Psychology of the Medical Practitioner's Role*. New York N.Y: Pergamon.
11. Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L. & Sacristán, J.A. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención primaria*, 41, pp. 342-8.
12. Farmer, K.C. (1999). Métodos para medir y monitorear la adherencia al régimen de medicación en ensayos clínicos y práctica clínica. *Clinical Therapeutics*, 21, pp. 1074-90.
13. García, I. & Morales, B.V. (2015). Eficacia de la entrevista motivacional para promover la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Univ Psicológica*, 14 (2), pp. 511-22.
14. González, J.O., González, M.A., Vázquez, J. & Galán, S. (2015). Autoeficacia y adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Revista de investigación en psicología*, 18(1), pp. 47-61.
15. Haynes, R.B. (1979). Estrategias para mejorar el cumplimiento de referals, citas y regímenes médicos prescritos. En: Haynes, R.B., Taylor, D.W., Sackett, D.L. Cumplimiento con la asistencia sanitaria. Baltimore: J. Hopkins University Press.
16. Hentinen, M. & Kyngäs, H. (1992). Conformidad de diabéticos jóvenes con regímenes de salud. *J Adv Nurs*, 17, pp. 530-6.
17. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013). Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes. México; INEGI.
18. Krichbaum, K., Aarestad, V. & Buethe, M. (2003). Explorar la conexión entre la autoeficacia y el autocontrol efectivo de la diabetes. *The Diabetes Educator*, 29(4), pp. 653-662.
19. López, F., Brotons, C., Moral, I., Cols, C., Selva, A. & Aguado, A. (2012). Inercia y cumplimiento terapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria. *Med Clin (Barc)*, 138, pp. 377-384.
20. Márquez, E., Martell, N., Gil, V., Casado, J.J., Martín de Pablos, J.L. & Ferraro, J. (2012). El cumplimiento terapéutico con insulina en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2: estudio CUMINDIAB. *Aten Primaria*, 44, pp. 74-81.
21. Martín, L. & Grau, J. (2005). La adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología de la Salud*.

22. Martín, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana Salud Pública*, 32(3).
23. Mishali, M., Omer, H. & Heymann, A. (2011). La importancia de medir la autoeficacia en pacientes con diabetes. *Family Practice*, 28, pp. 82-87.
24. Olivari, C. & Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*, 13(1), pp. 9-15.
25. Organización Mundial de la Salud. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud.
26. Organización Mundial de la Salud. (2013). Hoja informativa N° 312 sobre diabetes. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html> Accedido el 20/05/15.
27. Orozco, M., Mata, M., Artola, S., Conthe, P., Mediavilla, J. & Miranda, C. (2016). Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Atención Primaria*, 48(6), pp. 406-420.
28. Ortiz, M., Ortiz, E., Gatica, A. & Gómez, D. (2011). Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Ter Psicol*, 29 (1), pp. 5-11.
29. Rodríguez, M.R., Varela, M.T., Rincón, H., Velasco, M.M., Caicedo, D.M., Méndez, F. & Gómez, O.L. (2015). Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad. *Rev Fac Nal Salud Pública*, 33(2), pp. 192-9.
30. Sackett, D.L. & Haynes, B. (1976). Cumplimiento con los regímenes terapéuticos. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
31. Sánchez, J.F., Hipólito, A., Mugártegui, S.G. & Yáñez, R.M. (2016). Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Aten Fam*, 23(2), pp. 43-47.
32. Sarkar, U., Fisher, L. & Schillinger, D. (2006) ¿La autoeficacia está asociada con el autocontrol de la diabetes a través de la raza / etnia y la alfabetización en salud? *Diabetes Care*, 29(4), pp. 823-829.
33. Seclén, S., Rosas, M., Arias, A. & Huayta, E. (2015). Prevalencia de diabetes tipo 2 en Perú: Informe de prevalencia de primera ola de PERUDIab, un estudio longitudinal de tres ondas basado en la población. In press.
34. Varela, M., Salazar, I., & Correa, D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(2), pp. 101-113.
35. Vicente, M.T., Terradillos, M.J., Capdevila, L.M., Ramírez, M.V. & López, A.A. (2013). Costes por incapacidad temporal en España derivados de la diabetes mellitus y sus complicaciones. *Endocrinol Nutr.*, 60, pp. 447-455