

ARTÍCULO ORIGINAL

Adherencia farmacológica y factores asociados en diabéticos tipo 2 en el Instituto Nacional del Diabético

Pharmacological adherence in type 2 diabetes and associated factors at the National Institute of Diabetes

Augusto Alfonso Rosales Meléndez¹  <https://orcid.org/0009-0006-7894-2534>, Clares Shayra Pérez²  <https://orcid.org/0000-0003-3877-6464>, Mitchel Senaedy Borjas Barahona³  <https://orcid.org/0009-0003-6012-4136>.

¹Profesional independiente; Tegucigalpa, Honduras

²Lackawanna County Health Department; Pensilvania, Estados Unidos.

³Instituto Nacional del Diabético, Dirección de investigación; Tegucigalpa, Honduras.

RESUMEN. **Introducción:** Un aspecto clave para el control de la diabetes tipo 2 es la adherencia farmacológica. En 2023, la prevalencia global de adherencia farmacológica fue del 55%. **Objetivo:** Determinar la proporción y factores asociados a la adherencia farmacológica en pacientes con diabetes tipo 2 del Instituto Nacional del Diabético (INADI) durante mayo-julio del 2024. **Métodos:** Estudio transversal con análisis de asociación, en adultos (≥ 18 años) con diabetes tipo 2. Se aplicó muestreo no probabilístico por cuotas. Se administró encuesta, evaluando la adherencia con la escala de Morisky-Green. El análisis estadístico fue univariado, bivariado y multivariado, aplicando regresión de Poisson robusta, se estimó razón de prevalencia cruda y ajustada (RP) e IC al 95% con valores de $p \leq 0.05$. **Resultados:** Se encontró un porcentaje de adherencia farmacológica del 61%. Entre los factores asociados están: ingreso familiar alto (RP: 1.40, IC95% 1.07-1.83, $p=0.01$), más de 10 años con la enfermedad (RP: 1.35, IC95% 1.01-1.82, $p=0.04$), actitud conforme hacia la medicación (RP: 2.45, IC95% 1.11-5.39, $p=0.02$) y apoyo familiar constante (RP: 1.41, IC95% 1.03-1.94, $p=0.04$), efectos adversos: Hipoglucemia (RP: 0.64, IC95% 0.49-0.83, $p=0.001$) y efectos adversos gastrointestinales (RP: 0.68, IC95% 0.48-0.94, $p=0.02$). **Discusión:** La adherencia farmacológica en diabetes tipo 2 está influída por factores psicosociales, económicos y clínicos. Considerar estos aspectos en estrategias terapéuticas podría mejorar la adherencia y el manejo de la enfermedad.

Palabras clave: Apoyo familiar; Cooperación del paciente; Cumplimiento y adherencia al tratamiento; Cumplimiento de la medicación; Diabetes mellitus tipo 2.

INTRODUCCIÓN

La diabetes es una enfermedad crónica no transmisible, con una prevalencia mundial estimada del 10.5% en población adulta para el año 2021, lo que equivale a más de 529 millones de personas afectadas.¹ Un aspecto clave para el control de la enfermedad es la adherencia farmacológica. En 2023, la prevalencia global de adherencia a antidiabéticos orales se estimó en 55%.² En Honduras se estimó en 2023 un 49% de adherencia al tratamiento en el Instituto Nacional del Diabético (INADI).³

La adherencia farmacológica es un fenómeno complejo influenciado por múltiples factores. La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que la adherencia terapéutica en enfermedades crónicas está determinada por cinco dimensiones: factores socioeconómicos, características del paciente, asistencia sanitaria, factores terapéuticos y características de la enfermedad.⁴ En diabetes tipo 2, entre los factores se incluyen los efectos adversos de los medicamentos, características socioeconómicas como el ingreso familiar y en las sociodemográficas el sexo y la etnia.⁵ También influyen los factores psicosociales, como el apoyo social y familiar, ansiedad, depresión y la relación médico-paciente.⁶

Dado que la adherencia es de carácter multifactorial, ampliar la investigación sobre estos factores es esencial para comprender mejor las barreras que limitan el cumplimiento terapéutico y diseñar estrategias de intervención más eficaces y contextualizadas, que optimicen el manejo clínico de los pacientes con diabetes tipo 2, la toma de decisiones en salud pública y el desarrollo de políticas que optimicen el acceso y

Recibido: 02-12-2024 Aceptado: 13-06-2025 Primera vez publicado en línea: 20-06-2025
Dirigir correspondencia a: Augusto Alfonso Rosales Meléndez
Correo electrónico: rosalesaugusto1990@gmail.com

DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Ninguna.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

Forma de citar: Rosales-Meléndez AA, Pérez CS, Borjas-Barahona MS. Adherencia farmacológica y factores asociados en diabéticos tipo 2 en el Instituto Nacional del Diabético. Rev Méd Honduras. 93(1); 45-53. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v93i1.20546>

© 2025 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

la adherencia al tratamiento. Por lo anterior se decidió realizar este estudio que tiene como objetivo determinar la proporción de adherencia farmacológica y factores asociados en pacientes con diabetes tipo 2 del Instituto Nacional del Diabético (INADI) durante mayo-julio del 2024.

PARTICIPANTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional de diseño transversal con análisis de asociación en el INADI, centro especializado en el tratamiento de la diabetes en Honduras, en el periodo de mayo a julio del año 2024. La población estuvo conformada por adultos mayores de 18 años diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 (DM II). El tamaño de la población fue de 22,648, correspondiente a la cantidad estimada de pacientes con diabetes que acudieron al INADI durante el año 2023. El cálculo del tamaño de la muestra para la proporción de adherencia farmacológica se realizó en Epidat 3.01, estableciendo un nivel de confianza del 95% y una proporción esperada de adherencia del 47.8%,⁷ obteniendo una muestra de 379 participantes. El muestreo fue no probabilístico, con el 90% de los participantes provenientes de Francisco Morazán y el 10% de otras regiones del país. Esta distribución se estableció con el objetivo de incluir a pacientes de distintos departamentos, considerando que, al ser un instituto de alcance nacional, recibe pacientes de todas las regiones del país. Se incluyeron adultos mayores de 18 años con al menos un año de tratamiento y se excluyeron las encuestadas con información incompleta para las variables de interés y participantes que no pudiesen comunicarse con el investigador.

La información se obtuvo mediante la aplicación de encuestas, haciendo uso de un instrumento donde se registraron: Características socioeconómicas, demográficas, esquema terapéutico, efectos adversos, barreras de acceso hacia la atención, creencias hacia la medicación y apoyo familiar. La adherencia farmacológica se midió mediante la escala tipo Likert de Morisky-Green, adaptada al español para diabetes tipo II obtenida de Leites et al.⁸ cada pregunta se le asigna un punto, de un total de 8. Se usó además la clasificación modificada a la tradicional del Morisky Green, una puntuación de menos de 6 puntos se consideró como no adherente y una mayor o igual de 6 puntos se consideró como adherente, dicha clasificación se ha utilizado con el fin de disminuir la complejidad del modelo estadístico utilizado y permitir un análisis dicotómico de la adherencia.^{9,10} Para las variables independientes la clasificación del ingreso familiar se realizó según los quintiles de la Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM) para el año 2023.¹¹ En cuanto a la medición del apoyo familiar se utilizó la sub escala correspondiente del test de Adherencia para la Diabetes Mellitus tipo II (EATDM-III),¹² la cual utiliza preguntas tipo Likert, a cada ítem se le asignó una puntuación máxima de 4 puntos, con un rango de 1-4 según la categoría seleccionada, el puntaje final se calcula mediante el promedio de las puntuaciones asignadas a sus 10 ítems, agrupadas en categorías de frecuencia de apoyo familiar: nunca, rara vez, frecuentemente y siempre.

Para la medición de las creencias sobre la medicación se utilizó el test BMQ-Específico (Belief about Medication),¹³ escala tipo Likert. El puntaje general se calculó considerando las puntuaciones obtenidas en las dimensiones de necesidad y preocupación, siguiendo la clasificación propuesta por Thevelin et al.¹⁴ Este enfoque permitió categorizar las creencias hacia la medicación en cuatro grupos: conforme (necesidad ≥15, preocupación <15), ambivalente (necesidad ≥15, preocupación ≥15), escéptico (necesidad <15, preocupación ≥15) e indiferente (necesidad <15, preocupación <15). Para mejorar la validez interna y su aplicabilidad al contexto nacional, el cuestionario fue sometido a validación por expertos del INADI, obteniendo una V de Aiken de 0.95. Además, se realizó una prueba piloto para estimar la confiabilidad de los instrumentos utilizados. La escala de Morisky Green alcanzó un α de Cronbach de 0.72. Asimismo, la prueba EATDM-III, específicamente en la subescala de apoyo familiar, obtuvo un α de Cronbach de 0.9, mientras que la prueba BMQ-Específico mostró una confiabilidad de 0.72 para la dimensión de necesidad y de 0.70 para la dimensión de preocupación.

El análisis estadístico se realizó en STATA Versión 18.5. Para el análisis descriptivo univariante, las variables categóricas se describieron con cuadros de frecuencias absolutas y relativas. El análisis bivariado y multivariado se realizó mediante regresión de Poisson robusta para estimar la razón de prevalencia cruda y ajustada. En el modelo multivariado se incluyeron las variables independientes que tuvieron un valor de $p \leq 0.2$, similar al criterio utilizado por Jaya et al.¹⁵ en su estudio de adherencia farmacológica. Las medidas de significancia estadística del modelo multivariante final fueron un valor de p de ≤ 0.05 , intervalo de confianza del 95%. Además, se realizó análisis de confusión, interacción y colinealidad para ajustar el modelo. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Biomédica de la Facultad de Ciencias Médicas (CEIB), con el registro 025-2004 con fecha 10 de abril del 2024. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado antes de su inclusión en el estudio.

RESULTADOS

Se estimó el porcentaje de adherencia farmacológica del 61% (231/379), con un IC95% (55.97-65.76). Entre las características socioeconómicas, predominó el sexo femenino con un 64.9 % (246/379). El grupo etario más frecuente fue de 60 a 69 años, 40.1 % (152/379), seguido por el de 50 a 59 años con un 30.9 % (117/379). La mayoría de los participantes estaban casados 40.6 % (154/379) y residían en Francisco Morazán con 89.2 % (338/379). La educación primaria fue el nivel predominante, con 56.2% (213/379), y 60.4% (229/379) de los participantes se encontraban desempleados. En cuanto a los ingresos familiares, los grupos más numerosos fueron el segundo quintil con 24.3 % (92/379) y el cuarto quintil presentó un 25.9 % (98/379) (**Cuadro 1**).

Respecto al tratamiento, el 62.5 % (237/379) utilizó un esquema mixto de insulina NPH y metformina, mientras que el 26.9 % (102/379) usó solo hipoglucemiantes orales y el 10.6 %

Cuadro 1. Características sociodemográficas de los pacientes con diabetes tipo 2 en el Instituto Nacional del Diabético, mayo-julio, 2024, n=379.

| Características | n | (%) |
|----------------------------|-----|--------|
| Sexo | | |
| Mujer | 246 | (64.9) |
| Hombre | 133 | (35.1) |
| Edad | | |
| 18-39 años | 10 | (2.6) |
| 40-49 años | 40 | (10.6) |
| 50-59 años | 117 | (30.9) |
| 60-69 años | 152 | (40.1) |
| 70-79 años | 51 | (13.4) |
| 80-89 años | 9 | (2.4) |
| Estado civil | | |
| Casado/a | 154 | (40.6) |
| Soltero/a | 95 | (25.1) |
| Unión libre | 85 | (22.4) |
| Viudo/a | 39 | (10.3) |
| Divorciado/a | 6 | (1.6) |
| Lugar de residencia | | |
| Francisco Morazán | 338 | (89.2) |
| El Paraíso | 24 | (6.4) |
| Choluteca | 7 | (1.8) |
| Otros* | 10 | (2.6) |
| Nivel educativo | | |
| Analfabeto/a | 31 | (8.2) |
| Primaria | 213 | (56.2) |
| Secundaria | 107 | (28.2) |
| Universidad | 28 | (7.4) |
| Situación laboral | | |
| Desempleado | 229 | (60.4) |
| Empleo informal | 101 | (26.6) |
| Empleo formal | 25 | (6.6) |
| Jubilado | 15 | (4.0) |
| Pensionado | 9 | (2.4) |
| Ingreso familiar | | |
| Menos de L. 3,100 (q1) | 62 | (16.3) |
| De L. 3,101-6,866 (q2) | 92 | (24.3) |
| De L. 6,867-11,966 (q3) | 103 | (27.2) |
| De L. 11,967-20,100 (q4) | 98 | (25.9) |
| Más de L. 20,200 (q5) | 24 | (6.3) |

*Olancho tuvo 3 casos; Comayagua, 2; Cortés, Gracias a Dios, Intibucá y La Paz, 1 cada uno.

(40/379) únicamente insulina. Además, el 92.4 % (256/277) de los que usaban insulina empleó exclusivamente NPH y el 95.7 % (265/277) siguió un esquema convencional con dos aplicaciones diarias (**Cuadro 2**).

La polifarmacia se presentó en el 74.9 % (284/379) de los pacientes. Entre los efectos adversos, el 21.9 % (83/379)

Cuadro 2. Esquema terapéutico, efectos adversos de los fármacos y barreras de acceso hacia la atención médica de los pacientes con diabetes tipo 2 en el Instituto Nacional del Diabético, mayo-julio, 2024. n=379.

| Modalidad de tratamiento | n | (%) |
|--|-----|--------|
| Mixto | 237 | (62.5) |
| Solo Hipoglucemiantes orales | 102 | (26.9) |
| Solo Insulina | 40 | (10.6) |
| Duración de la enfermedad | | |
| 1-4 años | 72 | (19.0) |
| 5-9 años | 81 | (21.4) |
| 10-14 años | 86 | (22.7) |
| Más de 15 años | 140 | (36.9) |
| Tipo de insulina (n=277) | | |
| NPH | 256 | (92.4) |
| NPH + Cristalina | 21 | (7.6) |
| Frecuencia diaria de aplicación de insulina (n=277) | | |
| ≤ 2 veces al día (Esquema convencional) | 265 | (95.7) |
| 3 o más veces al día (Esquema Intensivo) | 12 | (4.3) |
| Tipo de terapia vía oral (n=339) | | |
| Metformina | 220 | (64.9) |
| Metformina + Inhibidor SGLT-2 | 62 | (18.3) |
| Metformina + Glibenclamida | 45 | (13.3) |
| Metformina + DPP IV. | 12 | (3.5) |
| Polifarmacia | | |
| Sí | 284 | (74.9) |
| No | 95 | (25.1) |
| Efectos adversos | | |
| Ninguno | 250 | (65.9) |
| Hipoglucemia | 83 | (21.9) |
| Náusea | 26 | (6.9) |
| Vómito | 8 | (2.1) |
| Diarrea | 12 | (3.2) |
| Barreras de acceso | | |
| Ninguna | 112 | (29.6) |
| Económica | 124 | (32.7) |
| Dos barreras | 49 | (12.9) |
| Tres o más barreras | 44 | (11.7) |
| Transporte | 22 | (5.8) |
| Distancia | 18 | (4.7) |
| Horario de atención | 5 | (1.3) |
| Inseguridad | 5 | (1.3) |
| Apoyo familiar | | |
| Nunca | 41 | (10.8) |
| Casi nunca | 28 | (7.4) |
| Regularmente | 66 | (17.4) |
| Frecuentemente | 125 | (33.0) |
| Siempre | 119 | (31.4) |
| Creencias en la medicación | | |
| Indiferente | 9 | (2.4) |
| Escéptico | 17 | (4.5) |
| Ambivalente | 198 | (52.2) |
| Conforme | 155 | (40.9) |

reportó hipoglucemia y el 12.1 % (48/379) síntomas gastrointestinales. La duración de la enfermedad fue mayor a 15 años en el 36.9 % (140/379). Las principales barreras de acceso fueron de tipo económicas con un 32.7% (124/379) (**Cuadro 2**).

El 33.0 % (125/379) de los pacientes reportó recibir apoyo familiar de manera frecuente, seguido por el 31.4 % (119/379) que indicó recibirla siempre. Por otro lado, el 17.4 % (66/379)

mencionó recibir apoyo regularmente, el 7.4 % (28/379) casi nunca, y el 10.8 % (41/379) nunca. En relación con las creencias sobre la medicación, el 52.2 % (198/379) de los pacientes mostró ambivalencia respecto al tratamiento, mientras que el 40.9 % (155/379) expresó conformidad. Adicionalmente, el 4.5 % (17/379) presentó escepticismo, y el 2.4 % (9/379) indicó indiferencia (**Cuadro 2**).

Cuadro 3. Factores sociodemográficos en pacientes con y sin adherencia farmacológica de pacientes con diabetes tipo 2 del Instituto Nacional del Diabético, mayo-julio, 2024. n=379.

| Variable | Adherente (n=231) | | No adherente (n=148) | | RP ^c | IC 95% | p |
|---|----------------------|--------|-------------------------|--------|-----------------|-----------|-------|
| | No. | % | No. | % | | | |
| Sexo | | | | | | | |
| Mujer ^a | 138 | (59.7) | 108 | (73.0) | - | - | - |
| Hombre | 93 | (40.3) | 40 | (27.0) | 1.24 | 1.06-1.45 | 0.006 |
| Edad | | | | | | | |
| 18-39 años ^a | 5 | (2.2) | 5 | (3.4) | - | - | - |
| 40-49 años | 20 | (8.7) | 20 | (13.5) | 1.00 | 0.49-2.00 | 0.90 |
| 50-59 años | 64 | (27.7) | 53 | (35.8) | 1.09 | 0.57-2.07 | 0.78 |
| 60-69 años | 100 | (43.3) | 52 | (35.1) | 1.31 | 0.69-2.47 | 0.39 |
| 70-79 años | 36 | (15.6) | 15 | (10.1) | 1.41 | 0.74-2.69 | 0.29 |
| 80-90 años | 6 | (2.5) | 3 | (2.1) | 1.33 | 0.61-2.89 | 0.46 |
| Estado civil | | | | | | | |
| Soltero/a ^a | 59 | (25.5) | 36 | (24.3) | - | - | - |
| Unión libre | 46 | (19.9) | 39 | (26.3) | 0.87 | 0.67-1.12 | 0.28 |
| Viudo/a | 25 | (10.8) | 14 | (9.5) | 1.03 | 0.77-1.36 | 0.82 |
| Casado/a | 96 | (41.6) | 58 | (39.2) | 1.01 | 0.82-1.22 | 0.97 |
| Divorciado/a | 5 | (2.2) | 1 | (0.7) | 1.34 | 0.91-1.98 | 0.14 |
| Lugar de residencia | | | | | | | |
| Resto del país ^a | 205 | (88.7) | 133 | (89.9) | - | - | - |
| Francisco Morazán | 26 | (11.3) | 15 | (10.1) | 0.95 | 0.74-1.22 | 0.72 |
| Nivel educativo | | | | | | | |
| Analfabeto/a ^a | 16 | (6.9) | 15 | (10.1) | - | - | - |
| Primaria | 125 | (54.1) | 88 | (59.5) | 1.13 | 0.79-1.62 | 0.48 |
| Secundaria | 68 | (29.4) | 39 | (26.3) | 1.23 | 0.85-1.78 | 0.27 |
| Universidad | 22 | (9.5) | 6 | (4.1) | 1.52 | 1.02-2.25 | 0.03 |
| Situación laboral | | | | | | | |
| Desempleado ^a | 136 | (58.9) | 93 | (62.8) | - | - | - |
| Empleado | 76 | (32.8) | 50 | (33.8) | 1.21 | 0.92-1.58 | 0.86 |
| Jubilado | 11 | (4.8) | 4 | (2.7) | 1.23 | 0.89-1.70 | 0.20 |
| Pensionado | 8 | (3.5) | 1 | (0.7) | 1.49 | 1.15-1.93 | 0.02 |
| Ingreso familiar mensual^b | | | | | | | |
| Menos de L. 3,100 (q1) ^a | 37 | (16.0) | 25 | (16.9) | - | - | - |
| L. 3,101-6,866 (q2) | 51 | (22.1) | 41 | (27.7) | 0.92 | 0.70-1.22 | 0.59 |
| L. 6,867-11,966 (q3) | 59 | (25.5) | 44 | (29.7) | 0.95 | 0.73-1.25 | 0.76 |
| L. 11,967-20,200 (q4) | 64 | (27.7) | 34 | (23.0) | 1.09 | 0.85-1.40 | 0.48 |
| Más de L. 20,200 (q5) | 20 | (8.7) | 4 | (2.7) | 1.39 | 1.06-1.83 | 0.01 |

^a Categoría de referencia, ^b Quintil de ingreso familiar, ^c Razón de prevalencia.

Cuadro 4. Esquema terapéutico, efectos adversos y barreras de acceso hacia la atención médica en pacientes con y sin adherencia farmacológica de pacientes con diabetes tipo 2 del Instituto Nacional del Diabético, mayo-julio, 2024. n=379.

| Variable | Adherente (n=231) | | No adherente (n=148) | | RP ^b | IC 95% | p |
|---|----------------------|--------|-------------------------|--------|-----------------|-----------|-------|
| | No. | (%) | No. | (%) | | | |
| Modalidad de tratamiento | | | | | | | |
| Hipoglucemiantes orales ^a | 65 | (28.1) | 37 | (25.0) | - | - | - |
| Insulina | 26 | (11.3) | 14 | (9.5) | 1.02 | 0.77-1.34 | 0.29 |
| Mixto | 140 | (60.6) | 97 | (65.5) | 0.93 | 0.77-1.11 | 0.45 |
| Duración de la enfermedad | | | | | | | |
| 1-4 años ^a | 31 | (13.4) | 41 | (27.7) | - | - | - |
| 5-9 años | 51 | (22.1) | 30 | (20.3) | 1.46 | 1.06-2.00 | 0.01 |
| 10-14 años | 53 | (22.9) | 33 | (22.3) | 1.43 | 1.04-1.95 | 0.02 |
| Más de 15 años | 96 | (41.6) | 44 | (29.7) | 1.59 | 1.19-2.12 | 0.01 |
| Tipo de insulina (n=277) | | | | | | | |
| NPH ^a | 154 | (92.8) | 102 | (91.9) | - | - | - |
| NPH+Cristalina | 12 | (7.2) | 9 | (8.1) | 0.95 | 0.64-1.39 | 0.79 |
| Frecuencia de aplicación de insulina (n=277) | | | | | | | |
| ≤ 2 veces al día (Esquema convencional) ^a | 159 | (95.8) | 106 | (95.5) | - | - | - |
| 3 o más veces al día (Esquema Intensivo) ^a | 7 | (4.2) | 5 | (4.5) | 0.97 | 0.59-1.58 | 0.91 |
| Tipo de terapia por vía oral (n=339) | | | | | | | |
| Metformina ^a | 132 | (64.4) | 88 | (65.7) | - | - | - |
| Metformina + Glibenclamida | 25 | (12.2) | 20 | (14.9) | 0.93 | 0.69-1.22 | 0.59 |
| Metformina + Inhibidor SGLT-2 | 38 | (18.5) | 24 | (17.9) | 1.02 | 0.82-1.28 | 0.85 |
| Metformina + DPP IV. | 10 | (4.9) | 2 | (1.5) | 1.38 | 1.05-1.82 | 0.02 |
| Polifarmacia | | | | | | | |
| No ^a | 64 | (39.1) | 31 | (32.6) | - | - | - |
| Sí | 167 | (60.9) | 117 | (67.4) | 0.87 | 0.73-1.03 | 0.11 |
| Efectos adversos | | | | | | | |
| Ninguno ^a | 177 | (76.6) | 73 | (49.3) | - | - | - |
| Hipoglucemia | 36 | (15.6) | 47 | (31.8) | 0.61 | 0.47-0.79 | 0.001 |
| Gastrointestinal | 18 | (7.8) | 28 | (18.9) | 0.55 | 0.38-0.79 | 0.002 |
| Barreras de acceso hacia la atención | | | | | | | |
| No ^a | 73 | (31.6) | 39 | (26.4) | - | - | - |
| Sí | 158 | (68.4) | 109 | (73.6) | 0.9 | 0.76-1.07 | 0.26 |
| Apoyo familiar | | | | | | | |
| Nunca ^a | 20 | (8.6) | 21 | (14.2) | - | - | - |
| Casi nunca | 15 | (6.5) | 13 | (8.8) | 1.09 | 0.68-1.75 | 0.69 |
| Regularmente | 38 | (16.5) | 28 | (18.9) | 1.18 | 0.81-1.71 | 0.38 |
| Frecuentemente | 71 | (30.7) | 54 | (36.5) | 1.16 | 0.82-1.65 | 0.39 |
| Siempre | 87 | (37.7) | 32 | (21.6) | 1.49 | 1.07-2.08 | 0.01 |
| Creencias en la medicación(actitudes) | | | | | | | |
| Indiferente ^a | 3 | (1.3) | 6 | (4.1) | - | - | - |
| Escéptico | 5 | (2.1) | 12 | (8.1) | 0.88 | 0.27-2.88 | 0.84 |
| Ambivalente | 99 | (42.9) | 99 | (66.9) | 1.50 | 0.58-3.82 | 0.40 |
| Conforme | 124 | (53.7) | 31 | (20.9) | 2.40 | 0.94-6.07 | 0.06 |

^aCategoría de referencia, ^bRazón de prevalencia.

En el análisis Bivariado, para los factores sociodemográficos se obtuvo que los hombres tuvieron una razón de prevalencia (RP) 1.24 veces mayor (IC95% 1.06-1.45). Los pacientes con nivel educativo universitario tuvieron una RP 1.52 veces mayor (IC95% 1.02-2.25) de adherencia en comparación con los pacientes analfabetos. Por último, los pacientes con ingresos familiares en el quinto quintil mostraron un aumento del 39% en la RP (IC95% 1.06-1.83) respecto a aquellos en el primer quintil (**Cuadro 3**).

Los pacientes con más de 15 años de enfermedad presentaron una RP 1.59 veces mayor (IC95%: 1.19-2.12) respecto al mismo grupo de referencia. En relación con los efectos adversos, los pacientes con efectos adversos gastrointestinales mostraron una RP 0.55 veces menor (IC95% 0.38-0.79) de adherencia en comparación con aquellos que no los presentaron. De igual manera, los pacientes con hipoglucemias tuvieron una RP 0.61 veces menor (IC95% 0.47-0.79) de adherencia en comparación con aquellos que no lo reportaron (**Cuadro 4**).

Los pacientes que reportaron recibir apoyo familiar “siempre” tuvieron una RP 1.49 veces mayor (IC95% 1.07-2.08) de adherencia en comparación con aquellos que “nunca” recibieron apoyo familiar. Con relación a las creencias hacia la medicación, los pacientes con una actitud conforme presentaron una RP 2.4 veces mayor (IC 95% 0.94-6.07) de adherencia en comparación con aquellos que tuvieron una actitud indiferente (**Cuadro 4**).

Para el análisis multivariante, las variables independientes incluidas en el modelo final de regresión de Poisson robusta fueron: ingreso familiar, duración de la enfermedad, efectos adversos, creencias en la medicación y apoyo familiar, todas con resultados estadísticamente significativos ($p \leq 0.05$). Asimismo, se incluyó la modalidad de tratamiento como variable confusa, y no se identificó interacción entre las variables independientes (**Cuadro 5**).

En el modelo multivariante, en cuanto a la duración de la enfermedad, los pacientes con más de 10 años de padecimiento tuvieron una RP de 1.39 (IC95% 1.01-1.82), mientras que aquellos con más de 15 años presentaron una RP de 1.41 (IC95% 1.01-1.82), en comparación con los pacientes con menos de 5 años de evolución. Entre los aspectos psicosociales, los pacientes con una actitud conforme hacia la medicación presentaron un RP de 2.45 (IC95% 1.11-5.39), en contraste con aquellos con actitud indiferente. Asimismo, los pacientes que siempre reportaron tener siempre apoyo familiar presentaron un RP de 1.41 (IC95% 1.03-1.94), en relación con los que nunca recibieron apoyo familiar.

Entre los efectos adversos, la hipoglucemia presentó un RP de 0.61(IC95% 0.49-0.83). De manera similar, los que experimentaron efectos gastrointestinales como náuseas, vómitos y diarrea, tuvieron un RP de 0.64 (IC95% 0.49-0.83), en comparación con los participantes que no reportaron efectos adversos.

Cuadro 5. Modelo de regresión robusta de Poisson para factores asociados a la adherencia farmacológica en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Instituto Nacional del Diabético, mayo-julio, 2024. n=379.

| Factores | RP ^b Crudo (IC 95%) | p | RP Ajustado (IC 95%) | p |
|--|-----------------------------------|--------|-------------------------|-------|
| Ingreso familiar mensual | | | | |
| Menos de L. 3,100 (q1) ^a | - | - | - | - |
| Más de L. 20,200 (q5) | 1.39(1.06-1.83) | 0.02 | 1.40(1.07-1.83) | 0.01 |
| Duración de la enfermedad | | | | |
| 1-4 años ^a | - | - | - | - |
| 10-14 años | 1.43(1.04-1.95) | 0.03 | 1.35(1.01-1.82) | 0.04 |
| Más de 15 años | 1.59(1.19-2.12) | 0.002 | 1.41(1.07-1.87) | 0.02 |
| Efectos adversos | | | | |
| Ninguno ^a | - | - | - | - |
| Hipoglucemia | 0.61(0.47-0.79) | <0.001 | 0.64(0.49-0.83) | 0.001 |
| Gastrointestinal | 0.55(0.38-0.80) | <0.001 | 0.68(0.48-0.94) | 0.02 |
| Creencias en la medicación(actitudes) | | | | |
| Indiferente ^a | - | - | - | - |
| Conforme | 2.4(0.94-6.07) | 0.06 | 2.45(1.11-5.39) | 0.02 |
| Apoyo familiar | | | | |
| Nunca ^a | - | - | - | - |
| Siempre | 1.49(1.07-2.09) | 0.01 | 1.41(1.03-1.94) | 0.03 |

^a Categoría de referencia, ^b Razón de prevalencia.

DISCUSIÓN

Se estimó un porcentaje de adherencia farmacológica del 61% (231/379) con un (IC 95% 55.97%-65.76%). En contraste, un estudio previo realizado en el INADI en 2023 reportó una adherencia del 49%.³ Es importante considerar que el presente estudio empleó la escala de Morisky-Green de 8 ítems, la cual ha mostrado un mayor coeficiente de alfa de Cronbach en comparación con la versión de 4 ítems, lo que indica una mejor consistencia interna.¹⁶ Además, se observaron diferencias en la razón entre sexos, con una proporción mujer-hombre de 2:1 en este estudio, en comparación con 3:1 en el estudio previo. En otros contextos, un estudio realizado en dos áreas de salud en Cuba reportó una adherencia del 70%,¹⁷ mientras que en Brasil, un estudio poblacional en personas mayores de 60 años encontró una proporción del 52.4%.¹⁸ La comparación de la adherencia farmacológica entre estudios debe interpretarse con cautela, ya que las diferencias metodológicas, incluidas las variaciones en los instrumentos de medición y en la composición de la población estudiada, pueden influir en los resultados y dificultar la comparabilidad directa entre estudios.

En cuanto a los factores asociados a la adherencia farmacológica en diabetes tipo 2, los participantes con más de 10 años de enfermedad representaron el 22.7% (RP 1.35, IC 95% 1.01–1.82, $p=0.04$) y los que tienen más de 15 años de enfermedad con 36.9% (RP 1.41, IC95% 1.07–1.87, $p=0.02$), en otros estudios se han encontrado hallazgos similares como Dinkova et al.¹⁹ hallaron que las personas con más de 10 años de enfermedad tenían tres veces más probabilidades de ser adherentes a los medicamentos y Bezie et al.²⁰ identificaron una tendencia lineal entre los años de diagnóstico y la adherencia al tratamiento. Estos hallazgos refuerzan la hipótesis de que una mayor duración de la enfermedad contribuye a una mejor adherencia, posiblemente debido a la mayor familiaridad con el tratamiento y a la destreza del paciente en el manejo de la enfermedad.

Entre los aspectos psicosociales, respecto las creencias hacia la medicación, los pacientes con una actitud conforme representaron un 40.9% (RP 2.45, IC95% 1.11–5.39, $p=0.02$). Shahin et al.²¹ encontraron que los pacientes con actitudes conformes hacia su medicación tenían mejor adherencia en relación con aquellos con peores actitudes ($p=0.001$, IC95% 0.5–2.4). Por su parte, Pereira et al.²² estimaron que las creencias sobre la medicación explican hasta un 22% de la variabilidad en la adherencia farmacológica. Estos análisis resaltan la importancia de los factores psicosociales como componentes clave en el abordaje integral de la adherencia farmacológica, subrayando la necesidad de implementar intervenciones que promuevan creencias positivas hacia la medicación y fortalezcan el compromiso terapéutico y el importante rol que puede tener el abordaje psicológico del paciente.

En cuanto al apoyo familiar, el 37.7% de los participantes reportó recibir apoyo familiar de manera constante (RP 1.49, IC95% 1.03–1.94, $p=0.03$). En Cuba, Yépez et al.²³ encontraron que los pacientes con buen apoyo familiar tenían una mayor

adherencia a la medicación (RP 2.78, IC95% 1.13–6.83). De manera similar, Aranda²⁴ en Perú también reportó una asociación significativa entre el apoyo familiar y la adherencia farmacológica ($p=0.04$). Los resultados previos destacan el papel fundamental del apoyo familiar en la adherencia terapéutica. Por ello, es crucial fomentar estrategias que promuevan el involucramiento activo de la familia en el cuidado del paciente con diabetes, no solo en la supervisión de la medicación, sino también en el apoyo emocional y la motivación para el cumplimiento del tratamiento.

Los pacientes con ingreso familiar en el quinto quintil (Q5) representaron un 8.7% (RP 1.49, IC95% 1.03–1.94, $p=0.03$). De manera similar, Suzuki et al.²⁵ en Japón reportaron que los pacientes con diabetes tipo 2 y altos ingresos familiares tenían el doble de probabilidades de ser adherentes (OR 2.37, IC95% 1.09–5.16). En Suecia, Ekenberg et al.²⁶ también identificaron una tendencia lineal positiva entre los ingresos familiares y la adherencia, en un estudio de cohorte prospectivo. Así mismo Galeas et al.³ en el INADI encontraron una correlación de Spearman estadísticamente significativa (-0.179, $p=0.007$) entre ingreso mensual y menor puntuación de adherencia.

En Honduras, en 2023 el 52% de la población vivía en situación de pobreza,²⁷ el acceso a la atención médica sigue siendo un desafío común en países de ingresos medios.²⁷ En este estudio, el 32.7% de los participantes reportó limitaciones económicas, señalándolas como el principal obstáculo para recibir atención en el INADI. Estos hallazgos subrayan la necesidad de desarrollar estrategias que reduzcan las barreras económicas y mejoren la equidad en el acceso a los servicios de salud.

Para los efectos adversos de los medicamentos un 22% de los participantes reportaron episodios de hipoglucemia (RP 0.61, IC95% 0.47–0.79, $p=0.001$) y un 12.2% efectos gastrointestinales (RP 0.55, IC 95% 0.38–0.79, $p=0.002$). Por su parte Rekha et al.²⁸ en India reportaron un aumento en la no adherencia asociado a efectos adversos, con un OR de 2.18 (IC95%: 1.02–4.61). En contraste, Bastidas et al.²⁹ no encontraron asociación entre la intolerancia a hipoglucemiantes orales y la adherencia (RP 1.25, IC95%: 0.92–1.70).

Entre las limitaciones se puede mencionar la medición de la adherencia farmacológica en diabetes tipo 2 ya que hay ausencia de un estándar de oro universal para su medición.³⁰ Aunque en esta investigación se emplearon instrumentos con validez de contenido y confiabilidad adecuadas, la diversidad de metodologías empleadas en el estudio de la adherencia farmacológica dificulta la comparación entre estudios. Si bien los instrumentos utilizados garantizan un rigor metodológico, sería conveniente desarrollar herramientas más específicas y adaptadas al contexto nacional. Esto permitiría una evaluación más precisa de las particularidades socioculturales del país y contribuiría a mejorar la validez y confiabilidad de futuras investigaciones.

Es importante considerar el posible sesgo de información en el auto-reporte de ingresos y efectos adversos. Se puede subestimar o sobreestimar el ingreso familiar, afectando la preci-

sión de los resultados. Asimismo, el reporte de efectos adversos puede estar sujeto a sesgo de memoria, ya que síntomas como los gastrointestinales podrían atribuirse erróneamente a otros medicamentos o condiciones de salud, especialmente en pacientes con polifarmacia. Para mejorar la calidad del dato en futuras investigaciones, se recomienda incluir la participación de familiares en la recolección de información sobre ingresos y realizar estudios de cohorte longitudinal que midan la incidencia de efectos adversos. Asimismo, la medición de la hipoglucemia se basó en episodios autoreferidos, enfoque que ha sido utilizado por otros investigadores como Barlovic et al.³¹ en ausencia de medición por laboratorio, a pesar de ello, lo ideal es realizar la medición de la glucemia para determinar la presencia de hipoglucemia.

En vista de los resultados obtenidos se concluye que existe una asociación positiva entre la adherencia farmacológica en pacientes con Diabetes tipo 2 con una mayor duración de la enfermedad, altos ingresos familiares, tener siempre apoyo familiar y actitudes conformes hacia la medicación y asociación negativa ante la presencia de efectos adversos como la hipoglucemia y efectos gastrointestinales.

Con el fin de promover la adherencia farmacológica, se recomienda implementar estrategias de bajo costo, como el uso de recordatorios de toma de medicación por medio de aplicaciones móviles,³² involucrar a los familiares en la educación sobre el manejo de la enfermedad y promover interconsultas con el área de psicología en casos de baja adherencia o actitudes negativas hacia la medicación. Además, sería pertinente que el sistema de salud evalúe la incorporación de la metformina

de liberación prolongada y de insulinas de acción prolongada al cuadro básico de medicamentos, como alternativas a la metformina de liberación rápida y la insulina NPH, con el objetivo de reducir la incidencia de efectos adversos y favorecer la adherencia terapéutica en los pacientes que presenten poca tolerancia a los fármacos.^{33,34}

Finalmente, se exhorta a la comunidad académica a continuar con el estudio de la adherencia farmacológica, explorando factores psicosociales, la relación médico-paciente y la autoeficacia, además del empleo de metodologías más robustas como muestreos aleatorios y la realización de estudios de cohorte longitudinales, con el fin de medir la adherencia farmacológica y la persistencia en el tratamiento a lo largo del tiempo.

CONTRIBUCIONES

AARM: Conceptualización del proyecto de investigación, análisis, discusión de los datos y recolección de datos. CSP: Conceptualización del proyecto de investigación, análisis y discusión de los datos. MBB: Conceptualización del proyecto de investigación y recolección de datos. Todos los autores aprobaron la versión de este artículo.

DETALLES DE LOS AUTORES

Augusto Alfonso Rosales Meléndez, Médico, Máster en Epidemiología; rosalesaugusto1990@gmail.com
 Clares Shayra Pérez, Médica, Máster en Epidemiología; clashap17@gmail.com
 Mitchel Senaedy Borjas Barahona, Médica general; mitchelborjas@gmail.com

REFERENCIAS

- Magliano DJ, Boyko EJ; IDF Diabetes Atlas 10th edition scientific committee . IDF Diabetes Atlas [Internet]. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2021. [citado 12 enero 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK581934/>
- Boonpathharathiti K, Songkla PN, Chantara J, Koomsri C, Krass I, Chaiyakunaprak N et al. Prevalence of adherence to oral antidiabetic drugs in patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *J Diabetes Investig.* 2024;15(11):1614-1625. doi: 10.1111/jdi.14285
- Galeas Calleja NI, Raudales Moncada JC, Carías Díaz JP. Nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y adherencia al tratamiento en la población hondureña. *Poblac. Salud Mesoam.* [Internet]. 2024 [citado 12 enero 2025]; 22(1). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/384571643_Nivel_de_conocimiento_sobre_Diabetes_Melilitus_tipo_2_y_adherencia_al_tratamiento_en_la_poblacion_hondurena
- World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Ginebra: WHO;2003.2003.
- Lee DSU, Lee H. Adherence and persistence rates of major antidiabetic medications: a review. *Diabetol Metab Syndr.* 2022;14(1):12. doi: 10.1186/s13098-022-00785-1.
- Lara-Morales A, Gendarillas-Grande A, Díaz-Holgado A, Serrano-Gallardo P. Psychosocial factors in adherence to pharmacological treatment and diabetes mellitus control in patients over 65. *Aten Primaria.* [Internet]. 2022 [citado 12 enero 2025];54(5):102302. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102302>
- Guzmán Gómez GE, Arce A, Saavedra H, Rojas M, Solarte JS, Mina M, et al. Adherencia al tratamiento farmacológico y control glucémico en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Rev ALAD.* 2018;8:35–43.
- Leites-Docío A, García-Rodríguez P, Fernández-Cerdeiro M, Tenorio-Salgueiro L, Fornos-Pérez JA, Andrés-Rodríguez NF. Evaluación de la no adherencia al tratamiento hipoglucemiante en la farmacia comunitaria. *Farm Comunitarios.* [Internet]. 2019 [citado 12 enero 2025];11(1):5-13. Disponible en: [https://doi.org/10.5672/FC.2173-9218.\(2019/Vol11\).001.02](https://doi.org/10.5672/FC.2173-9218.(2019/Vol11).001.02).
- Abate TW. Medication non-adherence and associated factors among diabetes patients in Felege Hiwot Referral Hospital, Bahir Dar city administration, Northwest Ethiopia. *BMC Res Notes.* [Internet]. 2019 [citado 12 enero 2025];12(1):175. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4205-4>
- Abebaw M, Messele A, Hailu M, Zewdu F. Adherence and Associated Factors towards Antidiabetic Medication among Type II Diabetic Patients on Follow-Up at University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia. *Adv Nurs.* [Internet]. 2016 [citado 12 enero 2025];2016(1):1-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2016/857915>
- Instituto Nacional de Estadística (HN). Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples, EPHPM 2023. [Internet]. Tegucigalpa: INE;2023. [citado 14 de noviembre 2023]. Disponible en: <https://temp.ine.gob.hn/2023/11/03/encuesta-permanente-de-hogares-de-propositos-multiples-ephpm-2023/>
- Urzúa A, Cabrera C, González C, Arenas P, Guzmán M, Caqueo-Urízar A, et al. Análisis preliminares de la versión adaptada en población chilena de la escala de adherencia terapéutica en diabetes mellitus tipo 2-EATDM-III. *Rev Med Chil.* [Internet]. 2015 [citado 12 enero 2025];143(6):733-743. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000600006>
- Jiménez K, Vargas C, García K, Guzmán H, Angulo M, Billimek J. Evaluating the Validity and Reliability of the Beliefs About Medicines Questionnaire in Low-Income, Spanish-Speaking Patients With Diabetes in the United States. *Diabetes Educ.* [Internet]. 2017 [citado 12 enero 2025];43(1):114-124. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0145721716675740>
- Thevelin S, Pétein C, Metry B, Adam L, van Herkens A, Murphy K, et al.

- al. Experience of hospital-initiated medication changes in older people with multimorbidity: a multicentre mixed-methods study embedded in the Optimising thERapy to prevent Avoidable hospital admissions in Multimorbid older people (OPERAM) trial. *BMJ Qual Saf.* [Internet]. 2022 [citado 12 enero 2025];31(12):888-898. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjqqs-2021-014372>.
15. Jaya AM, Harries AD, Rahman A, Khogali M, Chinnakali P, Gopal B. Compliance with Medication amongst Persons with Diabetes Mellitus during the COVID-19 Pandemic, Kerala, India: A Cross Sectional Study. *Trop Med Infect Dis.* [Internet]. 2022 [citado 12 enero 2025];7(6):104. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/tropicalmed7060104>
 16. Pedersini R, Vietri J. PRM90 - Comparison of the 4-item and 8-item morisky medication adherence scale in patients with type 2 diabetes. *Value Health.* [Internet]. 2014 [citado 12 enero 2025];17(3):183. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2014.03.1066>
 17. Díaz-Piñera AM, Rodríguez-Salvá A, Achiong-Estupiñán FJ, Cardona-Garbej DL, Maldonado-Cantillo G, Londoño-Agudelo EA, et al. Adherencia terapéutica de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en cuatro áreas de salud del país. *Rev Finlay.* 2024; 14(1):78-90
 18. de Oliveira REM, Ueta JM, Franco LJ. Variables associated with adherence to the treatment of type 2 diabetes mellitus among elderly people. *Diabetol Int.* [Internet]. 2021 [citado 12 enero 2025];13(1):160-168. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13340-021-00518-1>
 19. Dinkova R, Marinov L, Doneva M, Kamusheva M. Medication Adherence among Patients with Diabetes Mellitus and Its Related Factors-A Real-World Pilot Study in Bulgaria. *Medicina.* [Internet]. 2023 [citado 12 enero 2025];59(7):1205. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/medicina59071205>
 20. Bezie Y, Molina M, Hernández N, Batista R, Niang S, Huet D. Therapeutic compliance: a prospective analysis of various factors involved in the adherence rate in type 2 diabetes. *Diabetes Metab.* [Internet]. 2006 [citado 12 enero 2025];32(6):611-616. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1262-3636\(07\)070316-6](https://doi.org/10.1016/S1262-3636(07)070316-6)
 21. Shahin W, Kennedy GA, Cockshaw W, Stupans I. The Role of Medication Beliefs on Medication Adherence in Middle Eastern Refugees and Migrants Diagnosed with Hypertension in Australiadinkova. *Patient Prefer Adherence.* 2020;14:2163-73. doi.org/10.2147/PPA.S274323.
 22. Pereira MDG, Ferreira G, Machado JC, Pedreiras S. Beliefs about medicines as mediators in medication adherence in type 2 diabetes. *Int J Nurs Pract.* [Internet]. 2019 [citado 12 enero 2025];25(5):e12768. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ijn.12768>
 23. Hernández-Yepez PJ, Cordini-Carpio J, Basurto-Ayala P, Inga-Berrospi F, Valladares-Garrido MJ. Frecuencia y asociación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos. *Rev Cubana med mil.* 2023;52(1):e02302437.
 24. Aranda DV, Herrera Zavaleta MM. Asociación del apoyo familiar y adherencia al tratamiento del adulto con diabetes mellitus tipo II- Hospital Regional Docente de Trujillo 2019. [Tesis]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2020.
 25. Suzuki R, Saita S, Nishigaki N, Kisanuki K, Shimasaki Y, Mineyama T, et al. Factors Associated With Treatment Adherence and Satisfaction in Type 2 Diabetes Management in Japan: Results From a Web-Based Questionnaire Survey. *Diabetes Ther.* [Internet]. 2021 [citado 12 enero 2025];12(9):2343-2358. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13300-021-01100-3>
 26. Ekenberg M, Qvarnström M, Sundström A, Martinell M, Wettermark B. Socioeconomic factors associated with poor medication adherence in patients with type 2 diabetes. *Eur J Clin Pharmacol.* [Internet]. 2024 [citado 12 enero 2025];80(1):53-63. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00228-023-03571-8>.
 27. Peters DH, Garg A, Bloom G, Walker DG, Brieger WR, Rahman MH. Poverty and access to health care in developing countries. *Ann N Y Acad Sci.* [Internet]. 2008 [citado 12 enero 2025];1136:161-71. Disponible en: <https://doi.org/10.1196/annals.1425.011>.
 28. Thapar R, Holla R, Kumar N, Aithal S, Karkera S, Rao C, et al. Factors influencing adherence to anti-diabetes medications among type 2 diabetes patients attending tertiary care hospitals in Mangaluru. *Clin Epidemiol Glob Health.* [Internet]. 2020 [citado 12 enero 2025];8(4):1089-1093. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2020.03.025>
 29. Trejo-Bastidas NX, Eraso-Paredes JJ, Contreras-Martínez HJ. Adherencia farmacológica de pacientes con diabetes mellitus en un programa de nefroprotección: una responsabilidad compartida. *CES Med.* [Internet]. 2020 [citado 12 enero 2025]; 34(1):3-13. Disponible en: <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.34.1.1>
 30. Pongrac Barlovič D, Zavratník A, Skvarča A, Janska K, Vukelić B, Tomažič M, et al. Self-reported Hypoglycaemia in Patients treated with Insulin: A Large Slovenian Retrospectively-prospective Study. *Zdr Varst.* [Internet]. 2017 [citado 12 enero 2025];56(4):244-250. Disponible en: <https://doi.org/10.1515/sjph-2017-0033>.
 31. Esquivel-Prados E, Pareja-Martínez E, García-Corras JP, Esquivel-Prados E, Pareja-Martínez E, García-Corras JP. Cuestionarios de adherencia al tratamiento antidiabético oral en pacientes con Diabetes Mellitus 2: revisión sistemática. *Ars Pharm.* [Internet]. 2023 [citado 12 enero 2025];64(2):173-186. Disponible en: <https://doi.org/10.30827/ars.v64i2.27256>.
 32. Harch CE, Dietrich MS, Lancaster BJ, Stollhoff DP, Mulvaney SA. Effects of a medication adherence app among medically underserved adults with chronic illness: a randomized controlled trial. *J Behav Med.* [Internet]. 2024 [citado 12 enero 2025];47(3):389-404. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10865-023-00446-2>.
 33. Flory JH, Mushlin AI. Effect of Cost and Formulation on Persistence and Adherence to Initial Metformin Therapy for Type 2 Diabetes. *Diabetes Care.* [Internet]. 2020 [citado 12 enero 2025];43(6):e66-e67. Disponible en: <https://doi.org/10.2337/dc19-2426>.
 34. Semlitsch T, Engler J, Siebenhofer A, Jeitler K, Berghold A, Horvath K. Análogos de insulina de acción (ultra) prolongada comparados con la insulina NPH (insulina isófana humana) para adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;11:CD005613.

ABSTRACT. **Introduction:** A key aspect in the management of type 2 diabetes is medication adherence. In 2023, The overall prevalence of medication adherence was 55%. **Objective:** To determine the proportion and associated factors of medication adherence in type 2 diabetes patients at the National Institute of Diabetes (INADI) from May to July 2024. **Methods:** Cross-sectional study with association analysis conducted in adults (≥ 18 years) with type 2 diabetes, using non-probabilistic quota sampling. A survey was applied, and adherence was assessed using the Morisky-Green scale. The statistical analysis included univariate, bivariate, and multivariate approaches, applying robust Poisson regression. Crude and adjusted prevalence ratios (PR) were estimated, with 95% confidence intervals (CI) and p values ≤ 0.05 . **Results:** A percentage of medication adherence of 61% was found. The associated factors include high family income (PR: 1.40, 95%CI 1.07-1.83, $p=0.01$), more than 10 years with the disease (PR: 1.35, 95%CI 1.01-1.82, $p=0.04$), a positive attitude towards medication (PR: 2.45, 95%CI 1.11-5.39, $p=0.02$), and consistent family support (PR: 1.41, 95%CI 1.03-1.94, $p=0.04$). Adverse effects such as hypoglycemia (PR: 0.64, 95%CI 0.49-0.83, $p=0.001$) and gastrointestinal side effects (PR: 0.68, 95%CI 0.48-0.94, $p=0.02$) were negatively associated with adherence. **Discussion:** Medication adherence in type 2 diabetes is influenced by psychosocial, economic, and clinical factors. Addressing these aspects in therapeutic strategies could improve adherence and disease management.

Keywords: Diabetes mellitus, Type 2; Family support; Medication adherence; Patient compliance; Treatment adherence and compliance.