

Subsistema conyugal y factores psicosociales en la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes del Hospital Naval de Especialidades de Veracruz

Marital subsystem and psychosocial factors in therapeutic adherence in patients with diabetes of the Veracruz Naval Specialty Hospital

Darío Martínez-Pascual¹, Gaudencia S. Flores-Sánchez², Julia I. Díaz-Lendeché², Bianca S. Romero-Martínez⁴,
Edgar Flores-Soto^{4*}

¹Escuela de Posgrado en Sanidad Naval, Universidad Naval, Secretaría de Marina de México, CP. 04800, Veracruz, México.

²Hospital Naval de Especialidades de Veracruz, Especialista en Nefrología, CP. 91700, Veracruz, México.

³Laboratorio de receptores y señalización celular, Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, CP. 04510, CDMX, México.

⁴Universidad Nacional Autónoma de México. CP. 04510, Ciudad de México, CDMX. Tel. (55)56232279. edgarfloressoto@yahoo.com.mx

*Autor de correspondencia

Resumen

Palabras clave:

Diabetes mellitus tipo 2; disfunción conyugal; tabaquismo.

Se busca asociar la disfunción conyugal y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). El estudio se desarrolló con adultos de ambos sexos mayores a 18 años que acudieron al servicio del Hospital Naval de Especialidades de Veracruz. Se utilizaron cuatro instrumentos: escala de funcionalidad del subsistema conyugal de Chávez Aguilar, el APGAR familiar, la prueba de Morisky-Green y el cuestionario AMAI 2022. Se evaluaron 186 pacientes, predominantemente mujeres (60.2%), de 51 a 60 años (60.8%). La mayoría eran familiares de militares (82.2%), y el 50% de los participantes presentaba obesidad. Solo el 18.8% tenía adherencia al tratamiento, con mayor proporción de hombres (65.7%) que mujeres (34.3%). La disfunción conyugal fue asociada con la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con DM2 (OR = 25.27, $p < 0.001$). El tabaquismo y la disfunción conyugal mostraron una asociación positiva con la adherencia ($p < 0.001$).

Abstract

Keywords: Diabetes mellitus type 2; marital dysfunction; smoking.

The aim is to associate marital dysfunction and treatment adherence in patients with type 2 diabetes mellitus (DM2). The study was developed with adults of both sexes, people over 18 years old, who attended the service of the Naval Specialty Hospital in Veracruz. Four instruments were used: the Chávez Aguilar marital subsystem functionality scale, the family APGAR, the Morisky-Green test, and the AMAI 2022 questionnaire. A total of 186 patients were evaluated, predominantly women (60.2%), aged 51 to 60 (60.8%). Most participants were relatives of military personnel (82.2%), and 50% of the total population were obese. Only 18.8% were adherent to treatment, with a higher proportion of men than women (65.7% and 34.3%). Marital dysfunction was associated with non-adherence to treatment in patients with DM2 (OR = 25.27, $p < 0.001$). Smoking and marital dysfunction showed a positive association with adherence ($p < 0.001$).

Recibido: 07 de noviembre de 2024

Aceptado: 09 de agosto de 2025

Publicado: 18 de febrero de 2026

Cómo citar: Martínez-Pascual, D.; Flores-Sánchez, G. S.; Díaz-Lendeché, J. I.; Romero-Martínez, B. S.; & Flores-Soto, E. (2026). Subsistema conyugal y factores psicosociales en la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes del Hospital Naval de Especialidades de Veracruz. *Acta Universitaria*, 36, e4410. doi: <https://doi.org/10.15174/au.2026.4410>

Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica que plantea un reto significativo para la salud pública a nivel global. Esta patología se caracteriza por la resistencia a la insulina y una disminución en su producción, lo que provoca un aumento en los niveles de glucosa en la sangre (Guthrie & Guthrie, 2004). Un manejo eficaz de la DM2 requiere una combinación de modificaciones en el estilo de vida y apego riguroso al tratamiento farmacológico, lo que incluye la toma adecuada de medicamentos, el seguimiento de una dieta saludable equilibrada, la práctica regular de ejercicio físico y el control de los niveles de glucosa (Elsayed *et al.*, 2023).

El manejo de la DM2 y la promoción del apego a las conductas de autocuidado son cruciales, ya que la falta de adherencia puede resultar en complicaciones graves a largo plazo y en efectos negativos en la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, la literatura ha reportado que la falta de apego es muy frecuente entre los pacientes con DM2 (Bonikowska *et al.*, 2021; Delamater, 2023), pues en un estudio se reportó un promedio de 23.4 pacientes de la muestra de 200 pacientes en la escala de adherencia en enfermedades crónicas (Bonikowska *et al.*, 2021).

La falta de adherencia a los medicamentos está establecida como un factor importante en el mal control de la DM2. Existen múltiples factores que contribuyen a la falta de apego, tales como la pobreza, el bajo nivel educativo, el desempleo y la falta de apoyo social (Jaam *et al.*, 2017). Los pacientes pertenecientes a los grupos vulnerables mencionados (e.g. pacientes con un nivel educativo menor a la primaria, edad avanzada, bajo estado socioeconómico, etc.), pueden enfrentar mayores desafíos para el apego a los medicamentos, especialmente si se combina con malas condiciones de vida (Jaam *et al.*, 2017).

La comunicación entre los servidores de atención médica y los pacientes contribuye en gran medida al apego a la medicación. Un aspecto importante que es necesario tener en cuenta al entablar la comunicación entre el médico y el paciente es el nivel de alfabetización de las personas, el cual limita o facilita acceder a información sobre salud, promover la salud, conocer sobre la prevención, apegar a tratamientos, conversar sobre temas de salud con otros y tomar decisiones (Gonzalez *et al.*, 2016; Juvinyà-Canal *et al.*, 2018).

Para facilitar la comunicación, es importante adaptar estrategias de comunicación en contexto a las necesidades del paciente utilizando modelos de comunicación efectivos que busquen mejorar la comprensión del paciente sobre la diabetes y reducir los errores médicos, fomentar la participación y la satisfacción del paciente, así como abordar barreras culturales y emocionales en la prestación de servicios de salud (Northouse & Northouse, 1998). Sin embargo, se ha demostrado que el apoyo social adecuado y la interacción entre los pacientes y sus familias respaldan la ayuda de iniciativas de salud positivas y mejoran la calidad de vida de los pacientes. Por lo tanto, el apoyo social es complejo y puede ayudar a los pacientes a permanecer activos en su cuidado cuando enfrentan vulnerabilidades físicas, sociales y económicas. El apego al tratamiento en pacientes con DM2 puede verse afectado por diferentes factores, de los cuales la disfunción conyugal es uno de ellos (Price *et al.*, 2016).

La disfunción conyugal se refiere a problemas que surgen en la relación de pareja (como falta de comunicación, conflictos, falta de apoyo emocional o falta de colaboración en el manejo de la enfermedad); en este contexto, la relación de pareja juega un papel fundamental en la vida del paciente con DM2 (Martire *et al.*, 2018). Así, la calidad de la relación con la pareja puede tener un impacto significativo en el manejo de la enfermedad y en el apego al tratamiento (Martire *et al.*, 2018; Rastkar & Jalalifar, 2023).

Otro factor influyente en el apego al tratamiento de patologías crónicas, sobre todo de la DM2, es el nivel socioeconómico. Por ejemplo, el ser un paciente con un nivel socioeconómico bajo y el estar en un régimen de salud subsidiado han sido características relacionadas con una menor adherencia al tratamiento. Esto se debe a que el estado económico afecta de diferentes maneras, pues reduce la posibilidad de transportarse al consultorio, de comprar medicamentos o de desarrollar la habilidad de leer y comprender las instrucciones de la toma del medicamento, entre otros (Gonzalez *et al.*, 2016; Parra *et al.*, 2019). En la población mexicana, el factor económico también influye en el apego al tratamiento (Amezcu-Macías *et al.*, 2015).

Aunque se ha reconocido la importancia del apoyo social en el manejo de la DM2, donde se incluye el apoyo de la pareja, aún existe una brecha en la comprensión de cómo la disfunción conyugal puede influir en el apego al tratamiento y en los resultados de salud de los pacientes. En este sentido, es necesario investigar más a fondo esta relación para desarrollar intervenciones más efectivas dirigidas a mejorar la calidad de vida de los pacientes con DM2. Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo explorar la relación entre la disfunción conyugal y el apego al tratamiento en pacientes con diabetes DM2 adscritos al Hospital Naval de Especialidades de Veracruz (HOSNAVESVER) en el periodo del 1 de marzo 2024 al 31 de junio 2024.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio con diseño observacional, transversal, inferencial y prospectivo en pacientes adscritos al HOSNAVESVER de la consulta de medicina familiar en el periodo comprendido del 1 de marzo de 2024 al 31 de junio de 2024. Cabe mencionar que el proyecto fue aceptado por el comité de investigación (folio de autorización 2061/2023). A través de un muestreo no probabilístico, se incluyó a pacientes con un diagnóstico previo de DM2, mediante criterios basados en los niveles de hemoglobina glicosilada o de glucosa plasmática con por lo menos 1 año de tratamiento.

El apego al tratamiento se definió como la conducta del paciente que coincide con la prescripción médica, en términos de tomar los medicamentos, y fue valorado mediante el test de Morisky Green. El tabaquismo fue identificado mediante la entrevista directa, valorando la ausencia o presencia del hábito con un "sí" o un "no" como respuesta. La obesidad fue definida a través del índice de masa corporal (IMC) con un valor $>30 \text{ kg/m}^2$. El grado de escolaridad se clasificó como: analfabeta (condición donde no saben leer o escribir), primaria, secundaria, bachillerato o universidad. El estado socioeconómico fue definido según la puntuación obtenida en el cuestionario de AMAI 2022, clasificándose como: A/B (202 puntos o más), C+ (168-201 puntos), C (141-167 puntos), C- (116-140 puntos), D+ (95-115 puntos), D (48-94 puntos) y E (0-47 puntos).

Para evaluar el subsistema conyugal, se aplicó la escala de subsistema conyugal de Chávez con un alfa de Cronbach de 0.86, la cual se compone de 12 ítems de opción múltiple y puede arrojar un puntaje de 0 a 100, con tres clasificaciones: >40 puntos = parejas gravemente disfuncionales, 41-70 puntos = parejas moderadamente disfuncionales y 71-100 puntos = parejas funcionales. Es importante mencionar que esta prueba ha sido validada y utilizada en México (Gálvez & Camarillo, 2022).

Se aplicó el test de Morisky Green con un alfa de Cronbach de 0.68, que evalúa la adherencia al tratamiento. Este se compone de siete preguntas de respuestas dicotómicas (sí/no) y una pregunta en escala tipo Likert, con una puntuación de 8 que indica "apego al tratamiento" o de 1 a 7 que indica "sin apego al tratamiento". Aunque este test no ha sido validado en México, su versión en español ya ha sido validada en otros países (Chaves *et al.*, 2016). Los datos fueron analizados con estadística descriptiva; para el análisis se realizó la prueba de chi cuadrada y para determinar la fuerza de asociación se calculó la razón de momios con intervalos de confianza al 95%. Se consideraron diferencias significativas cuando $p \leq 0.05$. Para el análisis estadístico se utilizaron los programas SPSS versión 22 y epidat versión 3.1.

Resultados

Se evaluó una población de 186 pacientes, la mayoría mujeres (60.2%) y el resto hombres (39.8%). Respecto a la distribución por edad, el 60.8% tiene de 51 a 60 años y el 26.3% tiene de 61 a 70 años; los pacientes menores de 50 y mayores de 70 son minoría. En cuanto al derechohabiente, la mayoría corresponde a familiares de militares activos (FDHMA) o retirados (FDHMR), con 40.3% y 41.9%, respectivamente. En contraste, únicamente un pequeño porcentaje son militares activos (2.7%) y militares retirados (15.1%). Con relación al tiempo padeciendo DM2 desde el diagnóstico, la mayor parte de los participantes (43.5%) tiene entre 6 y 10 años con la enfermedad, seguido por aquellos con 11 a 15 años (41.4%), después los de 1 a 5 años (11.8%) y en menor número los de 16 a 20 años (3.2%).

La obesidad afecta al 50% de los pacientes. El tabaquismo es poco frecuente, con un 85.5% de no fumadores. Respecto al apego al tratamiento, solo el 18.8% lo muestra, mientras que el 81.2% no lo tiene. Un 80.6% de la población presenta disfunción conyugal, aunque solo el 9.1% reporta disfunción familiar. En cuanto a la escolaridad, la mayoría tiene educación secundaria (59.7%), con un 19.9% que terminó la primaria, mientras que solo el 11.3% y el 7.5% cursaron el bachillerato y la universidad, respectivamente. Finalmente, el nivel socioeconómico predominante es el C (71.5%) y C- (17.7%), con muy pocos participantes en los niveles más altos (A/B y C+ suman 10.8%) (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del HOSNAVESVER.

		Total	%
Sexo	Masculino	74	39.8
	Femenino	112	60.2
Derechohabencia	Militar activo	5	2.7
	Militar retirado	28	15.1
	FDHMA	75	40.3
	FDHMR	78	41.9
Tiempo con Diabetes	1 a 5 Años	22	11.8
	6 a 10 Años	81	43.5
	11 a 15 Años	77	41.4
	16 a 20 Años	6	3.2
Obesidad	Sí	93	50.0
	No	93	50.0
Edad	30-40	2	1.1
	41-50	17	9.1
	51-60	113	60.8
	61-70	49	26.3
	71-80	5	2.7
Tabaquismo	Sí	27	14.5
	No	159	85.5
Apego	Con Apego	35	18.8
	Sin Apego	151	81.2
Disfunción Conyugal	Sin Disfunción	36	19.4
	Con Disfunción	150	80.6
Disfunción Familiar	Sin Disfunción	169	90.9
	Con Disfunción	17	9.1
Escolaridad	Analfabeta	3	1.6
	Primaria	37	19.9
	Secundaria	111	59.7
	Bachillerato	21	11.3
	Universidad	14	7.5
AMAI	A/B	5	2.7
	C+	15	8.1
	C	133	71.5
	C-	33	17.7
	D+	0	0.0
	D-	0	0.0
	E	0	0.0

Nota. AMAI: Agencias de Investigación de Mercado y Opinión Pública, FDHMA: Familia de Derechohabiente Militar Activo, FDHMR: Familia de Derechohabiente Militar Retirado.

Fuente: Elaboración propia.

El análisis de los datos demográficos y clínicos asociados con el apego al tratamiento en pacientes con DM2 revela diferencias significativas entre los grupos con y sin apego. Se compararon dos grupos: aquellos sin apego al tratamiento ($n = 151$) y aquellos con apego a él ($n = 35$), utilizando pruebas de chi cuadrada para evaluar la relación entre las variables categóricas. En relación con el sexo, se encontró una diferencia significativa ($p < 0.001$). Los hombres presentaron una mayor tendencia a tener apego al tratamiento (65.7%) en comparación con las mujeres (34.3%). Por otro lado, el 66.2% de los pacientes sin apego fueron mujeres, lo que sugiere una posible disparidad de género en cuanto a la adherencia al tratamiento. Respecto a los derechohabientes, los resultados mostraron diferencias significativas ($p < 0.001$). Los militares activos representaron el 11.4% de los pacientes con apego, mientras que solo el 0.7% de los pacientes sin apego pertenecían a este grupo. Asimismo, los FDHMA fueron más comunes en el grupo con apego (48.6%) que en el grupo sin apego (38.4%) (Tabla 2).

En el parámetro de la edad hubo diferencia significativa ($p < 0.014$). Los pacientes con apego al tratamiento eran más propensos a estar en el rango de 41 a 50 años (17.1% en el grupo con apego frente a 7.3% en el grupo sin apego), mientras que los pacientes de 51 a 60 años fueron más frecuentes en el grupo sin apego (62.9% frente a 51.4%). Los pacientes con hábitos de tabaquismo presentaron una relación significativa con el apego ($p < 0.001$). Los pacientes que fumaban eran más comunes en el grupo con apego (34.3%) que en el grupo sin apego (9.9%), lo que indica una mayor prevalencia de fumadores entre aquellos que siguen su tratamiento. Por otro lado, factores como la disfunción familiar ($p < 0.602$), tiempo padeciendo DM2 ($p < 0.115$), obesidad ($p < 0.574$), nivel de escolaridad ($p < 0.43$) y nivel socioeconómico (AMAI, $p < 0.384$), no mostraron diferencias significativas, lo que sugiere que no presentan una asociación con la adherencia al tratamiento en esta muestra (Tabla 2).

Tabla 2. Factores sociodemográficos asociados al apego al tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del HOSNAVESVER.

		Apego				
		Sin Apego n = 151		Con Apego n = 35		
		Total	%	Total	%	Valor de p
Sexo	Masculino	51	33.8%	23	65.7%	<0.001
	Femenino	100	66.2%	12	34.3%	
Derecho habiencia	Militar activo	1	0.7%	4	11.4%	<0.001
	Militar retirado	23	15.2%	5	14.3%	
	FDHMA	58	38.4%	17	48.6%	
	FDHMR	69	45.7%	9	25.7%	
Tiempo con Diabetes	1 a 5 Años	14	9.3%	8	22.9%	0.115
	6 a 10 Años	70	46.4%	11	31.4%	
	11 a 15 Años	62	41.1%	15	42.9%	
	16 a 20 Años	5	3.3%	1	2.9%	
Obesidad	Sí	74	49.0%	19	54.3%	0.574
	No	77	51.0%	16	45.7%	
Edad	30-40	0	0.0%	2	5.7%	0.014
	41-50	11	7.3%	6	17.1%	
	51-60	95	62.9%	18	51.4%	
	61-70	41	27.2%	8	22.9%	
	71-80	4	2.6%	1	2.9%	
Tabaquismo	Sí	15	9.9%	12	34.3%	<0.001
	No	136	90.1%	23	65.7%	
Disfunción Familiar	Sin disfunción	138	91.4%	31	88.6%	0.602
	Con disfunción	13	8.6%	4	11.4%	
Escolaridad	Analfabeta	2	1.3%	1	2.9%	0.43
	Primaria	28	18.5%	9	25.7%	
	Secundaria	95	62.9%	16	45.7%	
	Bachillerato	16	10.6%	5	14.3%	
	Universidad	10	6.6%	4	11.4%	
AMAI	A/B	4	2.6%	1	2.9%	0.384
	C+	14	9.3%	1	2.9%	
	C	109	72.2%	24	68.6%	
	C-	24	15.9%	9	25.7%	
	D+	0	0.0%	0	0.0%	
	D-	0	0.0%	0	0.0%	
	E	0	0.0%	0	0.0%	

Nota. AMAI: Agencias de Investigación de Mercado y Opinión Pública, FDHMA: Familia de Derechohabiente Militar Activo, FDHMR: Familia de Derechohabiente Militar Retirado. Para el análisis se utilizó la chi cuadrada. $p < 0.005$ indica un nivel de significancia.

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados muestran una relación significativa entre la disfunción conyugal y la falta de apego al tratamiento ($p < 0.001$). Del total de pacientes sin apego al tratamiento, el 92.1% reportó disfunción conyugal, mientras que solo el 31.4% de los pacientes con apego al tratamiento presentaron esta condición. Al calcular la razón de momios ($OR = 25.27$), se observa que los pacientes con disfunción conyugal tienen 25.27 veces más probabilidades de no adherirse al tratamiento en comparación con aquellos sin disfunción conyugal. El intervalo de confianza al 96% ($IC\ 10.46-63.78$) confirma que esta asociación es estadísticamente significativa y robusta, ya que no incluye el valor nulo ($OR = 1$). Estos resultados indican que la disfunción conyugal constituye un factor de riesgo significativo para la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes atendidos en el HOSNAVESVER (Tabla 3).

Tabla 3. Disfunción conyugal y apego al tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del HOSNAVESVER.

		Apego				OR	IC 96%	Valor de <i>p</i>
		Sin Apego <i>n</i> = 151		Con Apego <i>n</i> = 35				
Disfunción Conyugal	Con disfunción	139	92.1%	11	31.4%	25.27	10.46 -63.78	<0.001
	Sin Disfunción	12	7.9%	24	68.6%			

Nota. OR: Odds Ratio o Razón de Momios, IC: Intervalo de Confianza. $p < 0.005$ indica un nivel de significancia.

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

La presente investigación exploró la relación entre la disfunción conyugal y el apego al tratamiento en pacientes con DM2 atendidos en el Hospital Naval de Especialidades de Veracruz (HOSNAVESVER). Nuestros resultados indican que un gran porcentaje de pacientes que no cumplen con su tratamiento experimentaron disfunción en su relación conyugal. Además, aquellos que presentaron disfunción conyugal tuvieron 25 veces más probabilidades de no seguir su tratamiento. La calidad marital tiene un importante impacto en el control del paciente diabético, se ha reportado que una mayor calidad marital se asocia con menor riesgo de desarrollar DM2, mejor calidad de vida de los pacientes con DM2 y mejor adherencia al tratamiento (Rastkar & Jalalifar, 2023). Una revisión sistemática concluye que el apoyo familiar y social contribuye a mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con DM2 (Świątoniowska-Lonc *et al.*, 2021), siendo especialmente relevante la falta de apoyo familiar en pacientes ancianos (Tiv *et al.*, 2012). Huang *et al.* (2021) descubrieron que el apoyo social influía directamente en la adherencia al tratamiento e indirectamente a través de la autoeficacia (Huang *et al.*, 2021). Estos hallazgos subrayan la importancia de implementar enfoques más integrales que consideren tanto los aspectos médicos como los psicosociales para mejorar la adherencia al tratamiento en esta población.

Al ser asociadas significativamente con el apego al tratamiento, las variables evaluadas que destacan son las siguientes. El sexo fue un factor importante, ya que los hombres mostraron mayor adherencia en comparación con las mujeres, lo que refleja una posible disparidad de género en la adherencia terapéutica. En un estudio sobre la adherencia al tratamiento en personas mayores de 65 años en México y España, se observó que, aunque la prevalencia de no adherencia fue baja, sí fue ligeramente más alta en hombres que en mujeres, respectivamente. Aunque esta diferencia no resultó significativa, se encontró que la inactividad física incrementaba el riesgo de no adherencia tanto en hombres como en mujeres. Además, en los hombres, los síntomas de depresión y ansiedad también elevaban el riesgo de no adherencia, lo que sugiere una diferencia de género en la respuesta a los factores psicosociales (Lara-Morales *et al.*, 2022).

En otro estudio, las pacientes femeninas en una población China presentaban una adherencia al tratamiento de DM2 significativamente mayor, lo que podría darse por la correlación positiva que se observó entre la adherencia al tratamiento, el apoyo social, la autosuficiencia y el género (Huang *et al.*, 2021). En contraste, en pacientes estadounidenses con enfermedades crónico-degenerativas (depresión, hipertensión, dislipidemia, diabetes mellitus, asma, etc.) había un mayor apego al tratamiento en hombres (Rolnick *et al.*, 2013). Aunque los antecedentes son contradictorios, esto indica una posible participación del sexo en el apego al tratamiento y se podría dar en conjunto con otros factores psicosociales presentes en el paciente.

Asimismo, los derechohabientes también presentaron una influencia relevante, siendo los militares activos y los FDHMA quienes mostraron una mayor adherencia en comparación con otros grupos. Por otro lado, se ha reportado que los pacientes con empleo presentan un 15% más de riesgo de no adherirse al tratamiento (Shahabi *et al.*, 2023). De manera similar, otro estudio encontró que estar laboralmente activo se asocia con una baja adherencia al tratamiento (Tiv *et al.*, 2012). Además, la edad fue otro factor significativo, ya que los pacientes más jóvenes tuvieron mayor probabilidad de adherirse al tratamiento que los pacientes mayores, particularmente aquellos de 51-60 años, que predominaron en el grupo sin apego, aunque Shahabi *et al.* (2023) han reportado que pacientes más jóvenes tienen un 17% mayor riesgo de no-adherencia que pacientes mayores. Ante ello, una posible explicación podría ser que los adultos mayores no suelen estar preocupados por su trabajo u otras actividades sociales que podrían interferir con el seguimiento adecuado de su tratamiento (Shahabi *et al.*, 2023). Adicionalmente, en otro estudio se evaluaron a 218 384 pacientes con DM2, y se encontró que los pacientes mayores de 75 años tenían un 41% mayor adherencia al tratamiento que el grupo más joven (45-64 años) (Kirkman *et al.*, 2015). Similarmente, Xie *et al.* (2020) reportan que los pacientes mayores se adhieren mayormente a la terapia dietética y al automonitoreo/autocuidado. Sin embargo, también se ha reportado que pacientes mayores tienen menor apego al tratamiento (Mutymbizi *et al.*, 2020; Özkaptan *et al.*, 2019; Świątoniowska-Lonc *et al.*, 2021) y mayor riesgo de demencia y déficit cognitivo que los jóvenes sin DM2, lo que puede llevar a tener menor apego al tratamiento (Biessels & Despa, 2018).

Uno de los hallazgos más importantes fue la relación significativa entre el tabaquismo y el apego al tratamiento. Sorprendentemente, los pacientes fumadores mostraron una mayor adherencia que los no fumadores, lo cual podría sugerir un perfil conductual distinto en esta población que requiere una interpretación más profunda. Xie *et al.* (2020) evaluaron la correlación de las características sociodemográficas de pacientes con DM2 e hipertensión en conjunto y su adherencia al tratamiento, observando que los pacientes femeninos evitan con mayor frecuencia el tabaquismo y alcoholismo, lo que indica que influye el sexo este factor podría explicar la diferencia en el apego al tratamiento en pacientes fumadores que nosotros observamos (Xie *et al.*, 2020). Al contrario, en un metaanálisis los pacientes fumadores presentaron un riesgo 22 veces mayor de no-adherencia al tratamiento de DM2 (Shahabi *et al.*, 2023).

Por otro lado, variables como el tiempo con diabetes, la obesidad, la disfunción familiar, la escolaridad y el nivel socioeconómico no mostraron una asociación significativa con la adherencia, lo que sugiere que estos factores no son determinantes clave en esta muestra específica. Interesantemente, existen otros estudios que han demostrado que mayor tiempo con diabetes está asociado con una mayor adherencia al automonitoreo/autocuidado (Xie *et al.*, 2020). El estado socioeconómico más alto y el mayor nivel de escolaridad sí se han asociado con una mejor adherencia al tratamiento (Rolnick *et al.*, 2013).

Podrían existir varias razones para explicar por qué factores como el tiempo con diabetes, la obesidad, la disfunción familiar, la escolaridad y el nivel socioeconómico no mostraron una relación significativa con la adherencia en esta muestra. En cuanto a ello, se puede decir que la heterogeneidad en la gravedad de la enfermedad, el acceso a atención médica y el apoyo social pudieron diluir las posibles asociaciones. Además, los pacientes con más tiempo con DM2 u otros desafíos pueden contar con recursos que compensen estos factores.

Cabe destacar que, en la población mexicana, los pacientes con DM2 no controlada son principalmente aquellos que no tienen un buen apego al tratamiento (Amezcu-Macías *et al.*, 2015), y se destaca la necesidad de implementar estrategias de intervenciones psicológicas para mejorar el apego al tratamiento, observando un tamaño del efecto grande de 0.88 (IC: 0.54, 1.21) cuando se implementaron estas estrategias (Mora, 2022).

Algunas de las limitaciones de nuestro estudio es el tamaño de la muestra y el hecho de que esta pertenece a una sola institución, por lo cual podría no representar por completo la heterogeneidad de la población mexicana. Otra limitante podría ser la falta de inclusión de parámetros objetivos como variables dependientes que podrían indicar el control que lleva el paciente, como son la medición de glucosa en ayunas o la hemoglobina glicosilada.

Los resultados de esta investigación presentan implicaciones importantes para el sistema de salud, especialmente en instituciones como el HOSNAVER, donde la atención a pacientes con DM2 es de carácter prioritario. Al reconocer la disfunción conyugal como un factor de riesgo para la falta de adherencia a los tratamientos, se destaca la importancia de añadir evaluaciones psicosociales en los programas de control de la enfermedad, dado que la mayoría de estos programas suelen centrarse en la educación en salud, el control metabólico y la adherencia al tratamiento, pero a menudo suelen dejar de lado la dinámica familiar y conyugal.

Implementar estrategias como orientación conyugal y apoyo psicológico podría favorecer la adherencia, mejorar el control metabólico y reducir las complicaciones asociadas a la DM2. Estos resultados resaltan la importancia de adoptar un enfoque multidisciplinario que integre a médicos, psicólogos y trabajadores sociales para favorecer una atención integral efectiva en los pacientes, reducir la carga económica y hospitalaria asociada a la falta de adherencia. Este trabajo resulta relevante para fortalecer el impacto de los programas de salud actualmente implementados.

Conclusiones

Esta investigación propone que la disfunción conyugal y otros factores psicosociales juegan un papel importante en la adherencia al tratamiento en pacientes con DM2. La calidad de las relaciones familiares, en particular la relación conyugal, demuestra ser un factor crucial, ya que una disfunción en este ámbito incrementa significativamente la probabilidad de no adherencia al tratamiento. Asimismo, se identificaron factores como el sexo, el empleo y la edad como elementos determinantes en la adherencia al tratamiento, subrayando la importancia de un enfoque integral que abarque tanto los aspectos médicos como los psicosociales.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Referencias

- Amezcu-Macías, A., Rodríguez-Weber, F. L., & Díaz-Greene, J. (2015). Apego al tratamiento y control de los pacientes diabéticos en la comunidad. *Medicina Interna de Mexico*, 31(3), 274-280. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=58590>
- Biessels, G. J., & Despa, F. (2018). Cognitive decline and dementia in diabetes mellitus: mechanisms and clinical implications. *Nature Reviews Endocrinology*, 14, 591-604. <https://doi.org/10.1038/s41574-018-0048-7>
- Bonikowska, I., Szwamel, K., & Uchmanowicz, I. (2021). Analysis of the impact of disease acceptance, demographic, and clinical variables on adherence to treatment recommendations in elderly type 2 diabetes mellitus patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8658. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168658>
- Chaves, N. M., Echeverri, J. E., Ballesteros, D. A., Quijano, J., & Camacho, D. (2016). Validación de la escala de morisky de 8 ítems en pacientes con enfermedad renal crónica. *Revista Med*, 24(2), 23-32. <https://doi.org/10.18359/rmed.2627>
- Delamater, A. M. (2023). Forty years of behavioral diabetes research: a personal journey. *Diabetes Spectrum*, 36(1), 88-96. <https://doi.org/10.2337/ds22-0086>
- Elsayed, N. A., Aleppo, G., Aroda, V. R., Bannuru, R. R., Brown, F. M., Bruemmer, D., Collins, B. S., Cusi, K., Das, S. R., Gibbons, C. H., Giurini, J. M., Hilliard, M. E., Isaacs, D., Johnson, E. L., Kahan, S., Khunti, K., Kosiborod, M., Leon, J., Lyons, S. K.,... & Gabbay, R. A. (2023). Introduction and methodology: standards of care in diabetes—2023. *Diabetes Care*, 46(1), 1-4. <https://doi.org/10.2337/dc23-sint>
- Gálvez, H. J., & Camarillo, V. M. (2022). Evidencia de validez del instrumento: evaluación del subsistema conyugal de Chávez-Velazco. *Revista de Extensión Científica de Salud UPAEP*, (5), 1-3. <https://recsu.upaep.mx/index.php/recsu/article/view/27>
- Gonzalez, J. S., Tanenbaum, M. L., & Commissariat, P. V. (2016). Psychosocial factors in medication adherence and diabetes self-management: implications for research and practice. *The American psychologist*, 71(7), 539-551. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/a0040388>
- Guthrie, R. A., & Guthrie, D. W. (2004). Pathophysiology of diabetes mellitus. *Critical Care Nursing Quarterly*, 27(2), 113-125. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/00002727-200404000-00003>
- Huang, J., Ding, S., Xiong, S., & Liu, Z. (2021). Medication adherence and associated factors in patients with type 2 diabetes: a structural equation model. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.730845>
- Jaam, M., Awaisu, A., Ibrahim, M. I. M., & Kheir, N. (2017). A holistic conceptual framework model to describe medication adherence in and guide interventions in diabetes mellitus. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 14(4), 391-397. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.05.003>
- Juvinyà-Canal, D., Bertran-Noguer, C., & Suñer-Soler, R. (2018). Alfabetización para la salud, más que información. *Gaceta Sanitaria*, 32(1), 8-10. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.005>
- Kirkman, M. S., Rowan-Martin, M. T., Levin, R., Fonseca, V. A., Schmittiel, J. A., Herman, W. H., & Aubert, R. E. (2015). Determinants of adherence to diabetes medications: findings from a large pharmacy claims database. *Diabetes Care*, 38(4), 604-609. <https://doi.org/10.2337/dc14-2098>
- Lara-Morales, A., Gandarillas-Grande, A., Díaz-Holgado, A., & Serrano-Gallardo, P. (2022). Psychosocial factors in adherence to pharmacological treatment and diabetes mellitus control in patients over 65. *Atencion Primaria*, 54(5), 102302. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102302>
- Martire, L. M., Hemphill, R. C., Zhaoyang, R., Stephens, M. A. P., Franks, M. M., & Stanford, A. M. (2018). Daily marital tension and symptom severity in older adults with diabetes or osteoarthritis. *Annals of Behavioral Medicine*, 52(10), 842-853. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/abm/kax062>
- Mora, J. F. (2022). Adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 en México: estudio de metaanálisis. *Psicumex*, 12(1), 1-20. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v12i1.493>
- Mutyambizi, C., Pavlova, M., Hongoro, C., & Groot, W. (2020). Inequalities and factors associated with adherence to diabetes self-care practices amongst patients at two public hospitals in Gauteng, South Africa. *BMC Endocrine Disorders*, 20, 15. <https://doi.org/10.1186/s12902-020-0492-y>

- Northouse, L. L., & Northouse, P. G. (1998). *Health communication: strategies for health professionals* (3a ed.). Pearson Education.
- Özkaptan, B. B., Kapucu, S., & Demirci, İ. (2019). Relationship between adherence to treatment and acceptance of illness in patients with type 2 diabetes. *Cukurova Medical Journal*, 44(1), 447–454. <https://doi.org/doi:10.17826/cumj.554402>
- Parra, D. I., Romero, S. L., & Rojas, L. Z. (2019). Influential factors in adherence to the therapeutic regime in hypertension and diabetes. *Investigación y Educación en Enfermería*, 37(3), e02. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072019000300002&script=sci_arttext
- Price, C., Bush, K., & Price, S. (2016). *Families & change: coping with stressful events and transitions* (5a ed.). Sage.
- Rastkar, M., & Jalalifar, E. (2023). The association between marital quality and diabetes mellitus: a systematic review. *Health Science Reports*, 6(2), e1106. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1106>
- Rolnick, S. J., Pawloski, P. A., Hedblom, B. D., Asche, S. E., & Bruzek, R. J. (2013). Patient characteristics associated with medication adherence. *Clinical Medicine & Research*, 11(2), 54–65. <https://doi.org/10.3121/cmr.2013.1113>
- Shahabi, N., Fakhri, Y., Aghamolaei, T., Hosseini, Z., & Homayuni, A. (2023). Socio-personal factors affecting adherence to treatment in patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Primary Care Diabetes*, 17(3), 205–220. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pcd.2023.03.005>
- Tiv, M., Viel, J. F., Mauny, F., Eschwège, E., Weill, A., Fournier, C., Fagot-Campagna, A., & Penfornis, A. (2012). Medication adherence in type 2 diabetes: the ENTRED study 2007, a French population-based study. *PLoS ONE*, 7(3), e32412. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0032412>
- Xie, Z., Liu, K., Or, C., Chen, J., Yan, M., & Wang, H. (2020). An examination of the socio-demographic correlates of patient adherence to self-management behaviors and the mediating roles of health attitudes and self-efficacy among patients with coexisting type 2 diabetes and hypertension. *BMC Public Health*, 20, 1227. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09274-4>
- Świątoniowska-Lonc, N., Tański, W., Polański, J., Jankowska-Polańska, B., & Mazur, G. (2021). Psychosocial determinants of treatment adherence in patients with type 2 diabetes – a review. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, (14), 2701–2715. <https://doi.org/10.2147/dmso.s308322>