



Universidad
Nacional
de San Juan

EUcs
ESCUELA UNIVERSITARIA
DE CIENCIAS DE LA SALUD



CONSAGRACIÓN CONSTITUCIONAL
**AUTONOMÍA
UNIVERSITARIA**

Universidad Nacional de San Juan

Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud

Licenciatura en Enfermería

Título:

“Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la Diabetes Tipo 2 en adultos mayores y su relación con el control de la enfermedad en pacientes de una clínica privada de San Juan.”

Autor: E. U Barrios Ruarte, Milagros Agostina

Directora: Dra Mansur, Estela Monica

Año 2025

Índice

TÍTULO:	3
JUSTIFICACIÓN:	3
ESTADO DEL ARTE	5
OBJETIVOS:	7
Objetivo General.....	7
Objetivos Específicos.....	7
HIPÓTESIS:	8
MARCO TEÓRICO:	8
Diagnóstico.....	11
Tratamiento (Organización Panamericana de la Salud).....	14
Complicaciones.....	16
Adherencia Terapéutica.....	17
Factores que influyen en la adherencia terapéutica.....	19
Método para medir la adherencia terapéutica:.....	23
Calidad de vida y bienestar del paciente con diabetes mellitus tipo 2.....	26
Teoría del Deficit del Autocuidado- Dorothea Orem.....	27
Modelo de Creencias de Salud.....	30
DISEÑO METODOLÓGICO:	31
VARIABLES:	31
POBLACIÓN Y MUESTRA:	32
OPERALIZACIÓN DE VARIABLES.....	33
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	35
ANEXO I	40
ANEXO II	44
ANEXO III	46

TÍTULO:

“Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la Diabetes Tipo 2 en adultos mayores y su relación con el control de la enfermedad en pacientes de una clínica privada de San Juan.”

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuáles son los principales factores que afectan la adherencia al tratamiento de la Diabetes Tipo 2 en adultos mayores, y cómo influyen estos factores en el control de la enfermedad en pacientes atendidos en una clínica privada de San Juan, durante el periodo de julio a diciembre del año 2025?

JUSTIFICACIÓN:

La diabetes Mellitus es una enfermedad metabólica crónica, caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre, que con el tiempo puede causar daños graves. Este tipo de diabetes afecta a la forma en que el organismo utiliza la glucosa para obtener energía, debido a una resistencia progresiva a la insulina o a la deficiencia relativa en su producción. Si no se trata adecuadamente, las concentraciones elevadas de azúcar en sangre pueden generar complicaciones a largo plazo.

Más del 95% de las personas con diabetes tienen diabetes tipo 2, la cual está estrechamente relacionada con factores como el exceso de peso corporal, sedentarismo y hábitos de vida poco saludables.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el diagnóstico temprano es crucial para mejorar el pronóstico de la enfermedad; ya que cuanto más tiempo permanezca una persona sin diagnóstico y tratamiento, mayor será el riesgo de complicaciones.

Conocer y comprender los factores que afectan a la adherencia al tratamiento, es fundamental para el desarrollo de intervenciones que promuevan una mejor adherencia, y de esta manera se refleje positivamente en la salud general de la población.

La adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas en los adultos es un reto a nivel mundial, se ve influenciada por factores ambientales, asociados al medicamento, el apoyo familiar, conocimiento insuficiente de su enfermedad, los mismos que influyen de forma directa a los pacientes con medicación continua como la diabetes mellitus. (Fundación Dialnet)

La OMS define “adherencia terapéutica” como el grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.

Es importante determinar dicho grado de adherencia, para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de pacientes con diabetes tipo II. Por esta razón, este trabajo se enfocará en la identificación y análisis de los factores que influyen en la adherencia, incluyendo factores socioeconómicos, psicológico, estilos de vida y factores relacionados con el sistema de salud. Este enfoque integral servirá como base para desarrollar estrategias que mejoren el manejo de la enfermedad.

La baja adherencia afecta la calidad de vida del enfermo y de quienes están a su alrededor, puede contribuir al desarrollo de complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento, además de inducir a limitaciones de grado variable y frecuentemente progresivas.

Al mismo tiempo, esta baja adherencia, suele provocar alteraciones en el funcionamiento de las familias al generar crisis en ellas. En lo social, significa un enorme costo para las instituciones de salud al proporcionar servicios que son utilizados de forma inadecuada, al tener que prolongar

innecesariamente los tratamientos y por la presencia de recaídas y readmisiones que podrían evitarse. De forma general, impide lograr el control terapéutico, aumenta las complicaciones y reduce la calidad de vida. (Revista Finlay,2024).

ESTADO DEL ARTE

La adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) ha sido objeto de estudio en múltiples investigaciones nacionales e internacionales debido a su impacto directo en el control metabólico y en la prevención de complicaciones crónicas. Numerosos estudios coinciden en que lograr una buena adherencia al tratamiento requiere una comprensión integral de los factores que la condicionan, los cuales abarcan aspectos personales, sociales, económicos, clínicos y del sistema de salud.

Las complicaciones más comunes incluyen problemas cardiovasculares, daño renal, neuropatía y retinopatía. Por lo tanto, la educación del paciente es crucial para mejorar el control de la enfermedad, reducir el riesgo de complicaciones y prolongar la vida.

Algunos estudios sugieren que las intervenciones educativas a largo plazo pueden ser efectivas para mejorar el control de la glucemia, el peso y la presión arterial. Sin embargo, pocos estudios demuestran su efectividad a largo plazo. La Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) recomienda un programa educativo estructurado y de larga duración, que comience desde el momento del diagnóstico, para lograr el autocontrol de la diabetes. El objetivo final de la educación en diabetes es capacitar al paciente para que adquiera conocimientos, desarrolle habilidades y tome decisiones informadas sobre su estilo de vida.

En términos de control glucémico, Polonsky y Henry (2016) reportan que al menos el 45 % de los pacientes con DM2 no alcanzan niveles óptimos de hemoglobina glucosilada ($HbA1c < 7\%$),

lo cual evidencia un control inadecuado de la enfermedad, asociado frecuentemente con una baja adherencia al tratamiento.

En relación con los adultos mayores, Nasser (2023) destaca que el tipo de régimen terapéutico influye significativamente en la adherencia. En particular, los pacientes que utilizan insulina exclusivamente presentan mejores niveles de cumplimiento que aquellos que siguen tratamientos combinados o solo con medicamentos orales. Esta diferencia puede estar relacionada con la percepción de efectividad del tratamiento, la simplicidad del régimen y la rutina establecida con la aplicación de insulina.

Diversas investigaciones han encontrado una fuerte asociación entre trastornos depresivos y la baja adherencia al tratamiento en pacientes con DM2. La carga emocional del diagnóstico, junto con el temor a las complicaciones, puede provocar abandono o cumplimiento inconsistente del régimen terapéutico (Gonzalez et al., 2008).

El auge de las tecnologías digitales ha representado un recurso clave para mejorar la adherencia. A raíz del aumento exponencial del uso de teléfonos inteligentes en la última década, han surgido numerosas aplicaciones móviles orientadas a pacientes con DM2, con el objetivo de fomentar estilos de vida saludables, promover el autocuidado y proporcionar seguimiento individualizado más allá de la consulta presencial. Algunas investigaciones destacan que estas herramientas no solo refuerzan la educación continua, sino que también permiten identificar patrones de conducta poco saludables, como la ingesta de alimentos inadecuados.

En pacientes con DM1 y con DM2 que requieren insulina, la tecnología adquiere aún más relevancia. La automonitorización y los sistemas de monitoreo continuo de glucosa (CGM) han reducido significativamente el riesgo de hipoglucemias, gracias a la provisión de datos en tiempo

real, alarmas programadas para eventos hipo o hiperglucémicos, y la entrega constante de información sin necesidad de escanear físicamente el sensor. Esta innovación ha supuesto un cambio sustancial en el manejo de la enfermedad.

En conclusión, la adherencia al tratamiento en pacientes con DM2 depende de múltiples factores personales, sociales y tecnológicos. A pesar de los avances en educación y monitoreo digital, siguen existiendo barreras que dificultan el control efectivo de la enfermedad. Por ello, se requiere un enfoque integral y continuo que promueva el autocuidado y facilite el acceso a intervenciones adaptadas a las necesidades del paciente.

OBJETIVOS:

Objetivo General

Identificar los principales factores que afectan la adherencia al tratamiento de la diabetes tipo II y analizar su influencia en el control de la enfermedad.

Objetivos Específicos

- Analizar la influencia de los factores socioeconómicos en la adherencia al tratamiento de la Diabetes tipo II
- Evaluar el nivel de conocimiento que tienen los pacientes con Diabetes tipo II acerca de su enfermedad, tratamiento y complicaciones.
- Determinar la percepción de los pacientes respecto a la adherencia al tratamiento, identificando sus motivaciones, dificultades y barreras a las que se enfrentan para cumplir indicaciones médicas
- Analizar cómo impactan los diferentes estilos de vida en la adherencia al tratamiento

HIPÓTESIS:

- En adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2, la adherencia al tratamiento se ve afectada por factores socioeconómicos, emocionales, de estilo de vida y del sistema de salud, lo que dificulta el control adecuado de la enfermedad y aumenta el riesgo de complicaciones que impactan negativamente en la salud y calidad de vida.

MARCO TEÓRICO:

La Diabetes es una enfermedad crónica que se produce cuando el páncreas no secreta suficiente insulina o cuando el cuerpo no puede utilizar de forma eficaz la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en sangre. La hiperglucemia, o aumento del nivel de azúcar en sangre, es un efecto común de la diabetes no controlada y, con el tiempo, conduce a daños graves en muchos de los sistemas del cuerpo, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos. (Organización Panamericana de la Salud [OPS])

El Ministerio de Salud de Argentina define varios tipos de Diabetes:

Diabetes tipo 1: el páncreas no produce insulina, por lo tanto, la glucosa no puede ingresar a las células. Generalmente comienza antes de los 30 años y su tratamiento requiere seguir un plan de alimentación adecuado y la aplicación de inyecciones de insulina todos los días.

Diabetes tipo 2: es la forma más común. Si bien existe producción de insulina, esta es insuficiente y la misma actúa de forma incorrecta, de modo que el ingreso de la glucosa a las células, se ve dificultado (insulinorresistencia). Este tipo de diabetes se asocia a sobrepeso y

obesidad, alimentación inadecuada, falta de actividad física y antecedentes familiares de diabetes tipo 2.

Diabetes gestacional: es la glucemia alta que se inicia o se diagnostica en el embarazo.

Los síntomas de la diabetes pueden variar de intensidad en diferentes personas y según el tipo de diabetes.

- Mucha necesidad de orinar, con frecuencia a la noche
- Mucha sed
- Pérdida de peso sin intentarlo
- Mucho hambre
- Visión borrosa
- Hormigueo o entumecimiento en las manos o los pies
- Mucho cansancio
- Piel muy seca
- Llagas que cicatrizan muy lentamente

En el caso de la diabetes tipo 2, la enfermedad puede desarrollarse de forma silenciosa durante años. Esta se relaciona con dos mecanismos principales: resistencia a la insulina en tejidos como el músculo, el hígado y el tejido adiposo, y producción insuficiente de insulina por parte del páncreas. Factores como el sobrepeso y el sedentarismo son determinantes en su aparición (Mayo Clinic).

Según estudios se determina que los factores de riesgo genéticos, ambientales y metabólicos están relacionados y ayudan al desarrollo de la diabetes mellitus de tipo 2. Los antecedentes

familiares de diabetes mellitus, la edad, la obesidad y la inactividad física identifican a los individuos con mayor riesgo. Las poblaciones minoritarias también corren un mayor riesgo, no sólo por los antecedentes familiares y la genética, sino también por la adaptación a los malos hábitos dietéticos y de ejercicio. Las mujeres con antecedentes de diabetes gestacional, así como sus hijos, tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes mellitus de tipo 2. La resistencia a la insulina aumenta el riesgo de que una persona desarrolle una intolerancia a la glucosa y una diabetes de tipo 2. Los individuos que tienen resistencia a la insulina comparten muchos de los mismos factores de riesgo que los que padecen diabetes de tipo 2. (Revista de Investigación en Salud).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera adulto mayor a toda persona de 60 años o más. Esta etapa de la vida se caracteriza por una serie de cambios fisiológicos, funcionales, psicológicos y sociales que pueden incidir de manera significativa en el afrontamiento de enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2. En este grupo poblacional, factores como el deterioro cognitivo, la presencia de múltiples enfermedades (comorbilidades), la polifarmacia, la pérdida de autonomía o las dificultades económicas pueden representar barreras importantes para el adecuado seguimiento del tratamiento

En el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud (OMS, 2015), se advierte sobre el impacto creciente del envejecimiento poblacional en los sistemas de salud. La OMS destaca la importancia de promover un envejecimiento saludable, entendido como el proceso de mantener la capacidad funcional y el bienestar integral, más allá de la simple ausencia de enfermedad.

La diabetes mellitus tipo 2 es un desafío para la salud pública debido a su alta prevalencia y múltiples factores de riesgo. Esta enfermedad es silenciosa, ya que sus síntomas pueden pasar desapercibidos, ocasionando un retraso en el diagnóstico y en consecuencia el tratamiento adecuado, lo que también incrementa el riesgo de complicaciones que afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes.

Según estadísticas de la OMS, en 2014, el 8,5% de los mayores de 18 años padecían diabetes. En 2019, esta afección fue la causa directa de 1,5 millones de defunciones y, de todos los fallecidos por diabetes, el 48% tenía menos de 70 años. Además, otras 460 000 personas fallecieron a causa de la nefropatía diabética, y la hiperglucemia ocasiona alrededor del 20% de las defunciones por causa cardiovascular.

Entre 2000 y 2019, las tasas de mortalidad por diabetes normalizadas por edades aumentaron en un 3%. En los países de ingresos medianos o bajos, la tasa de mortalidad por diabetes aumentó en un 13%.

En cambio, entre 2000 y 2019, la probabilidad de fallecer entre los 30 y los 70 años de edad por alguna de las cuatro principales enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas o diabetes) se redujo en un 22% a escala mundial.

Diagnóstico

El diagnóstico temprano de la diabetes tipo 2 es fundamental para evitar complicaciones graves y establecer estrategias de manejo oportunas. Según Mayo Clinic, la prueba más utilizada para el diagnóstico es la hemoglobina glucosilada A1c, que refleja el nivel promedio de glucosa en sangre durante los últimos dos o tres meses. Los valores de referencia son los siguientes:

- Menor al 5,7%: normal.
- Entre 5,7% y 6,4%: prediabetes.
- 6,5% o más: diabetes (confirmado en al menos dos pruebas separadas).

Otras pruebas diagnósticas son:

Examen aleatorio de glucosa en la sangre. El nivel de glucosa en la sangre se expresa en miligramos de azúcar por decilitro (mg/dl) o milimoles de azúcar por litro (mmol/l) de sangre. Independientemente de cuándo haya sido la última vez que comiste, un nivel de 200 mg/dl (11,1 mmol/l) o más indica la presencia de diabetes, especialmente si también tienes síntomas, como micción frecuente y mucha sed.

Examen de glucemia en ayunas. Se toma una muestra de sangre después de que no hayas comido durante toda la noche. Los resultados se interpretan de la siguiente manera:

- Menos de 100 mg/dl (5,6 mmol/l): se considera un nivel normal.
- Entre 100 y 125 mg/dl (de 5,6 a 6,9 mmol/l): se diagnostica prediabetes.
- Un nivel de 126 mg/dl (7 mmol/l) o más en dos pruebas distintas: se diagnostica diabetes.

Prueba de tolerancia a la glucosa oral. Esta prueba se usa con menos frecuencia que las otras, excepto durante el embarazo. Deberás abstenerte de comer durante un cierto tiempo y, luego, beber un líquido azucarado en el consultorio del proveedor de atención médica. El nivel de

glucosa en la sangre se analiza periódicamente durante dos horas. Los resultados se interpretan de la siguiente manera:

- Menos de 140 mg/dl (7,8 mmol/l) después de dos horas: se considera un nivel normal.
- Entre 140 y 199 mg/dl (7,8 mmol/l y 11,0 mmol/l): se diagnostica prediabetes.
- Un nivel de 200 mg/dl (11,1 mmol/l) o más después de dos horas: indica diabetes.

La Asociación Americana de la Diabetes recomienda exámenes de detección de rutina con pruebas de diagnóstico para la diabetes tipo 2 en todos los adultos de 35 años o más, y en los siguientes grupos:

- Personas menores de 35 años que tienen sobrepeso u obesidad y uno o más factores de riesgo relacionados con la diabetes.
- Mujeres que han tenido diabetes gestacional.
- Personas a las que les ha diagnosticado prediabetes.
- Niños con sobrepeso u obesidad que tienen antecedentes familiares de diabetes tipo 2 u otros factores de riesgo.

Un diagnóstico oportuno permite iniciar tratamientos efectivos, y evita complicaciones irreversibles, mejorando significativamente la calidad de vida de los pacientes. Además, facilitar la implementación de estrategias de educación para el autocuidado, lo que fomenta cambios en el estilo de vida que pueden prevenir el progreso de la enfermedad. A nivel social, un diagnóstico

temprano reduce los costos asociados al tratamiento de complicaciones avanzadas, disminuyendo la carga económica tanto para los sistemas de salud como para las familias.

Tratamiento (Organización Panamericana de la Salud)

La diabetes de tipo 2 es una enfermedad progresiva, en la cual la secreción de insulina disminuye con el transcurso del tiempo. A menudo hará falta introducir los hipoglucemiantes orales en los pacientes tratados con medidas de cambios en la alimentación e indicación de actividad física. También puede ser necesario intensificar el tratamiento con insulina conforme avance la enfermedad y los hipoglucemiantes orales ya no sean suficientes para controlar la glucemia.

Manejo no farmacológico :

La alimentación saludable a fin de lograr o mantener un peso corporal normal y la actividad física regular son la piedra angular del tratamiento de la diabetes.

- Debe recomendarse a las personas con diabetes que sigan un régimen alimentario saludable y equilibrado, similar al que se aconseja a la población general.
- Debe recomendarse a los pacientes con sobrepeso que reduzcan su ingestión alimentaria calórica para bajar de peso.
- Debe recomendarse a todos los pacientes que practiquen diariamente actividad física regular apropiada a su condición física (por ejemplo, caminar). La mayoría de los adultos deben realizar al menos 150 minutos de actividad aeróbica de intensidad moderada o enérgica por semana, distribuidos en un mínimo de 3 días.
- Debe recomendarse a todos los pacientes que no consuman tabaco y eviten el consumo nocivo de alcohol.

Manejo farmacológico

Control de los niveles de glucosa en la sangre (glucemia) Tratamiento inicial:

- La metformina no causa aumento de peso ni hipoglucemia y es el tratamiento inicial recomendado para las personas que no logran el control deseado de la glucemia con la alimentación y la actividad física. La dosificación debe aumentar gradualmente según el protocolo para la diabetes.
- Puede usarse una sulfonilurea de segunda generación (de preferencia, la gliclazida) como tratamiento inicial o de primera línea cuando esté contraindicada la metformina o no se la tolere. Las sulfonilureas pueden causar aumento de peso e hipoglucemia.
- No se ha demostrado que otros fármacos sean mejores que la metformina o las sulfonilureas como tratamiento inicial en cuanto al control de la glucemia y los resultados a largo plazo

Contraindicaciones de metformina: insuficiencia cardíaca aguda o descompensada, insuficiencia hepática, enfermedad renal crónica (IFGe menor de 30 ml/minuto/1,73m²). (Guía de Práctica Nacional Sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo II)

Cuando la metformina se encuentre contraindicada o no sea tolerada

Iniciar con alguna de las siguientes opciones para lograr el control glucémico:

- Sulfonilureas (gliclazida, glimepirida, glipizida).
- Inhibidores de DPP4 (iDPP4: vildagliptina, sitagliptina y linagliptina).
- Meglitinidas (repaglinida).
- Tiazolidinedionas (pioglitazona)

Complicaciones

Las complicaciones de la diabetes tipo 2 pueden ser agudas o crónicas y afectan significativamente la calidad de vida del paciente si no se mantiene un adecuado control metabólico. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), dos de las complicaciones agudas más importantes son la hipoglucemia y las urgencias hiperglucémicas.

La hipoglucemia (un nivel de glucemia anormalmente bajo) es una complicación iatrógena frecuente en los pacientes con diabetes, que se presenta en particular en quienes reciben una sulfonilurea o insulina. Puede causar pérdida de la conciencia y coma, e incluso ser mortal. La hipoglucemia grave se define como un episodio de hipoglucemia durante el cual el paciente no logra regular el nivel de glucemia mediante la ingestión de carbohidratos.

Síntomas de la hipoglucemia • Cefalea. • Hambre. • Irritabilidad, ansiedad. • Parestesias. • Palpitaciones.

Signos de la hipoglucemia • Sudoración. • Temblores. • Dificultad para hablar. • Confusión. • Ataxia. • Estupor. • Palidez. • Crisis convulsivas. • Coma.

Urgencias hiperglucémicas: La cetoacidosis diabética y el síndrome hiperglucémico hiperosmolar son dos afecciones potencialmente mortales que tienen características bioquímicas diferentes. Aunque es poco frecuente, la cetoacidosis diabética puede presentarse en las personas con diabetes de tipo 2.

Los síntomas y signos más comunes de cetoacidosis diabética son náuseas, vómitos y dolor abdominal.

- Los casos graves de cetoacidosis diabética pueden presentar respiración de Kussmaul entre sus manifestaciones iniciales.

- Las modificaciones del nivel de conciencia en la cetoacidosis diabética van desde un estado de alerta normal hasta el estupor o el coma, según la gravedad.
- Entre las manifestaciones iniciales del síndrome hiperglucémico hiperosmolar puede haber alteraciones del nivel de conciencia (estupor o coma).

Pie Diabetico

Entre las mayores complicaciones de la DM(diabetes mellitus) se encuentran las úlceras de pie, complicación que puede llevar a los adultos mayores a ser más propensos a discapacidad en la movilidad como consecuencia de una amputación no traumática en miembros inferiores. La DM es la causa del 70% de las amputaciones de miembros inferiores.

La valoración periódica de los pies para la detección de signos de neuropatía, trastornos de la circulación y alteraciones de la piel en personas con DM es un principio básico de atención integral para la prevención de pie diabético (PD); además de un buen manejo de los síntomas o manifestaciones tempranas que presupone educación, higiene y cuidados de los pies y de la enfermedad (alimentación, ejercicio, apego al tratamiento, control glucémico)

Adherencia Terapéutica

El tratamiento de la diabetes tipo II desempeña un papel fundamental en este trabajo, ya que su efectividad depende directamente de la adherencia del paciente a las indicaciones médicas. No basta con prescribir medicamentos o pautas dietéticas; es imprescindible que el paciente las siga de forma continua y adecuada para prevenir complicaciones agudas y crónicas.

El término "adherencia terapéutica" es amplio y va más allá de la toma de un medicamento, conlleva cambios en los hábitos, estilos de vida y en otros aspectos como la participación activa o negociación del paciente en el tratamiento prescrito por el profesional sanitario, lo que conlleva

a mejorar la calidad de vida.(Rev. Finlay.)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define “adherencia terapéutica” como “el grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”.

Asimismo, Haynes y Sackett definieron este concepto como “la medida con la que el paciente modifica su conducta, orientándola hacia la ingesta del medicamento o a las medidas recomendadas por el médico”.

Un paciente diabético necesita aplicar diariamente una serie de medidas correctivas en su estilo de vida que van desde una alimentación saludable y adecuada a su tipo de diabetes hasta aumentar su actividad física y control de la enfermedad con frecuentes visitas médicas, pruebas de laboratorio y control de sus niveles de glucosa sanguínea.

De acuerdo con la Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y Terapéutica, el enfrentamiento efectivo a esta enfermedad requiere no solo de los avances científicos y tecnológicos, sino también del compromiso y responsabilidad del paciente.

Aunque factores de comportamiento tales como los patrones de consumo de alimentos, el tabaquismo o la actividad física influyen en el pronóstico de dichas enfermedades, la medicación es un factor clave para prevenir el avance de la enfermedad, por lo que se requiere adherencia continua (persistencia) al tratamiento médico (medicamentos, estilo de vida y dieta) para lograr un adecuado control a largo plazo, prevenir las complicaciones y disminuir las tasas de morbilidad.

Factores que influyen en la adherencia terapéutica

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen cinco factores que intervienen en la adherencia terapéutica: 1: socioeconómico, 2: relacionados con el tratamiento, 3: relacionados con el paciente, 4: relacionados con la enfermedad y 5: relacionados con el equipo sanitario: (Revista SciELO)

1. **Factores socioeconómicos:** Entre ellos están la pobreza, el acceso a la atención de salud y medicamentos, el analfabetismo, la provisión de redes de apoyo social efectivas y mecanismos para la prestación de servicios de salud que tengan en cuenta las creencias culturales acerca de la enfermedad y el tratamiento.

Los pacientes que viven en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica enfrentan barreras significativas que dificultan la continuidad del tratamiento y la asistencia médica periódica.

2. **Factores relacionados con el tratamiento:** Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia; los más relevantes se vinculan con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos terapéuticos anteriores, los cambios constantes en el tratamiento, los efectos adversos y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

Es necesario reconocer que no solo las características de la enfermedad o del fármaco determinan el éxito terapéutico, sino la forma en que se adapta el tratamiento a las necesidades del paciente.

3. **Factores relacionados con el paciente:** Entre ellos destaca la falta de recursos, creencias religiosas, nivel escolar, falta de percepción en la mejora de la enfermedad, confianza en el médico, deseo de control, autoeficacia y salud mental.

Por ejemplo, muchos pacientes interrumpen el tratamiento al no percibir mejoras inmediatas o por considerar que ya no presentan síntomas. La falta de adherencia terapéutica puede deberse tanto a causas no intencionales (como el olvido) como a decisiones conscientes, siendo estas últimas responsables del 70% de los casos de no adherencia, según Ortega Cerda et al. (Revista Finlay).

4. **Factores relacionados con la enfermedad:** Algunos determinantes de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad (física, psicológica y social), la velocidad de progresión y la disponibilidad de tratamientos efectivos.

Un aspecto relevante es la percepción de riesgo que el paciente tenga sobre su enfermedad, así como la prioridad que otorgue al tratamiento. Por ejemplo, la depresión, que es frecuente en pacientes con enfermedades crónicas, está estrechamente relacionada con el incumplimiento terapéutico. Por ello, la evaluación del estado psicológico debe ser parte integral del manejo de la diabetes tipo 2.

Asimismo, se ha observado que pacientes con mayor tiempo de evolución de la enfermedad pueden presentar peor adherencia debido a la necesidad de tratamientos más complejos y a la fatiga terapéutica. Sin embargo, también es posible que los pacientes recién diagnosticados, por su falta de experiencia y educación sobre la enfermedad, enfrenten mayores dificultades para establecer una rutina de tratamiento eficaz.

5. **Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria:** Los factores relacionados con el sistema sanitario tienen efectos negativos en la adherencia terapéutica; por ejemplo: centros de salud con infraestructura inadecuada y recursos deficientes, personal de salud poco remunerado y con carga de trabajo excesiva que llevan a consultas breves y carentes de calidad y calidez, personal de salud sin adecuada preparación, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento en enfermedades crónicas, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.

Relación médico-paciente: Es fundamental la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes. Diversos estudios señalan que una comunicación inadecuada puede generar malentendidos, desconfianza y menor motivación para el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas.

Los profesionales de la salud que presentan aptitudes y actitudes negativas (falta de empatía, desmotivación o lenguaje excesivamente técnico) pueden contribuir a la falta de adherencia por parte del paciente.

La ausencia de instrucciones claras y escritas, o bien la entrega de información confusa o incomprensible, son barreras frecuentes que impactan directamente en la capacidad del paciente para llevar a cabo el régimen terapéutico prescrito.

La falta de adherencia conlleva múltiples consecuencias, tanto clínicas como económicas. Se asocia con un mayor número de hospitalizaciones, lo que incrementa significativamente los costos sanitarios y el desgaste del personal de salud. Además, limita el control metabólico del

paciente y favorece la aparición de complicaciones agudas y crónicas como la cetoacidosis, el pie diabético o eventos cardiovasculares.

Desde una perspectiva integral, la adherencia terapéutica implica múltiples conductas, entre ellas:

- Tomar correctamente la medicación prescrita.
- Asistir a citas médicas de seguimiento.
- Realizar cambios apropiados en el estilo de vida.
- Evitar conductas nocivas o contraindicadas.
- Mantener un compromiso activo con el tratamiento a largo plazo.

Teniendo en cuenta que la diabetes tipo II es una enfermedad crónica que requiere un manejo constante, la adherencia al tratamiento es esencial para evitar la progresión de la enfermedad. Por lo tanto, esta investigación busca no solo describir estos factores, sino también generar una base para proponer estrategias que mejoren la adherencia al tratamiento, optimizando así el control de la enfermedad y reduciendo sus complicaciones.

Poder identificar cuales son aquellos factores que influyen en la adherencia terapéutica, nos permite también conocer las barreras que enfrentan los pacientes y el sistema de salud, y desde un enfoque integral desarrollar intervenciones que se adapten a las necesidades de los pacientes.

Con relativa frecuencia muchas personas con enfermedades crónicas en ausencia de los síntomas propios del padecimiento o ante la mejoría clínica de estos, dejan de cumplir el tratamiento, contrario a lo que sucede cuando hay un empeoramiento de los síntomas o la propia enfermedad

provoca cierto grado de discapacidad, donde generalmente se produce un efecto positivo en la adherencia terapéutica.

También se plantea que las personas con más tiempo de evolución de la diabetes son las que presentan peor adherencia al tratamiento, pues requieren tratamientos hipoglucemiantes más complejos, no obstante, también existe la posibilidad que, a menor tiempo con la condición, exista menor adherencia al tratamiento puesto que varios factores claves en el control glucémico se ven desfavorecidos por la inexperiencia del paciente durante su corta convivencia con la enfermedad

Según Ortega Cerda y cols. solo el 30 % del abandono de la medicación del paciente se debe a causas no intencionales como el olvido o la falta de habilidades para seguir el tratamiento; el 70 % de la no adherencia se debe a una decisión del paciente. (Revista Finlay).

Método para medir la adherencia terapéutica:

Conocer el grado de adherencia terapéutica del paciente es de gran importancia a la hora de evaluar la efectividad y seguridad de los tratamientos farmacológicos prescritos.

Es necesario que los profesionales sanitarios dispongamos de herramientas para valorar la adherencia al tratamiento y su resultado nos ayude a tomar decisiones en cuanto a las intervenciones más apropiadas para cada paciente. Al ser la adherencia terapéutica un comportamiento que puede variar a lo largo del tiempo, es necesario medirla y reevaluarla periódicamente.

Los métodos para medir la adherencia al tratamiento farmacológico los podemos dividir en dos grandes grupos: métodos directos y métodos indirectos.

1. Métodos directos.

Consisten en la determinación de la concentración en alguna muestra biológica (por ejemplo, sangre u orina) del fármaco, sus metabolitos o de algún marcador biológico.

Estas técnicas no están disponibles para todos los medicamentos y, principalmente, se han realizado con fármacos antiepilépticos, antirretrovirales y antipsicóticos.

Algunos ejemplos de marcadores utilizados son:

- Hemoglobina glicosilada (HbA1c) – particularmente útil en pacientes diabéticos.
- Razón normalizada internacional (INR).
- Ion bromuro, ácido úrico, riboflavina.

Los métodos directos son bastante objetivos, aunque son caros y no siempre aplicables a la práctica clínica habitual. Además, dan una respuesta simplista de sí o no sin revelar el patrón de no adherencia y sus posibles causas. Por estas razones, su uso se limita generalmente a ensayos clínicos o a situaciones donde la adherencia tiene un impacto crítico en salud pública.

2. Métodos indirectos:

Dentro de este grupo, se incluyen la evaluación de la información proporcionada por el paciente o su cuidador a partir de la entrevista clínica o un cuestionario validado (es el método más utilizado), el recuento de medicación, el uso de dispositivos electrónicos o el análisis del registro de dispensaciones. Estos métodos tienen como ventajas la sencillez, la facilidad de aplicación en la práctica clínica diaria y un menor coste que los métodos directos (a excepción de los dispositivos electrónicos).

Métodos basados en la entrevista clínica:

Son los métodos más sencillos para medir la adherencia terapéutica. Consisten en preguntar directamente al paciente sobre la estimación de su adherencia al tratamiento farmacológico, por ejemplo, el porcentaje de dosis que olvidó tomar durante un periodo determinado o con qué frecuencia no sigue la pauta prescrita. Alternativamente, también se puede preguntar al paciente acerca del conocimiento que posee de su tratamiento, como el nombre del medicamento prescrito, la pauta de dosificación y la indicación.

Cuestionarios:

También figura la utilización de cuestionarios para conocer la adherencia auto comunicada por parte del propio paciente. Estos test, generalmente, han sido validados frente a otras medidas (como el recuento de comprimidos) y pueden tener varias versiones tanto para distintas poblaciones como en distintos idiomas. La información que proporciona cada escala o cuestionario puede ser diferente. De este modo, la información obtenida a partir de los cuestionarios puede ser sobre el comportamiento del paciente relativo a la toma de medicación, las barreras y los factores determinantes para una correcta adherencia terapéutica y/o las creencias asociadas a la adherencia. Además, estos cuestionarios pueden analizar la adherencia terapéutica en etapas diferentes: en la iniciación, en la implementación y/o en la discontinuación del tratamiento. Por consiguiente, según qué se quiere analizar y a quién quiere realizarse deberá escogerse un cuestionario u otro.

Entre los inconvenientes de los métodos basados en la entrevista clínica están la posibilidad de que el paciente mienta, que olvide datos sobre la toma de medicación o que piense que hace correctamente el tratamiento, pero no sea así (falta de adherencia involuntaria).

Dentro del contexto de investigación, la adherencia al tratamiento es un aspecto clave para evaluar el grado en que los pacientes que padecen diabetes tipo II cumplen correctamente con el tratamiento indicado, y a su vez, poder conocer cuales son aquellos impedimentos que atraviesan.

Los cuestionarios son una herramienta fundamental, ya que permite conocer la experiencia del paciente, desde su comportamiento con la medicación hasta los factores psicológicos, sociales y diversas barreras que atraviesan.

Calidad de vida y bienestar del paciente con diabetes mellitus tipo 2

El manejo de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) no solo implica el control de parámetros clínicos, sino también el abordaje integral del bienestar del paciente.

El control inadecuado de la diabetes no solo afecta la salud física, sino que también impacta el bienestar psicológico y social del paciente. La diabetes mal controlada puede generar fatiga, pérdida de funcionalidad y estrés emocional debido a la carga del tratamiento.

Una adecuada adherencia, por otro lado, está relacionada con una mejor percepción de la calidad de vida, mayor autonomía y una mejor integración del tratamiento en la rutina diaria (Zhao et al., 2021).

En este contexto, el rol de enfermería juega un papel importante en la educación, el acompañamiento y la implementación de estrategias que fomenten la adherencia terapéutica.

Las teorías de enfermería ofrecen marcos conceptuales para comprender el comportamiento del paciente y orientar intervenciones centradas en su bienestar. A continuación, se destacan dos modelos especialmente relevantes en el contexto de la diabetes tipo 2: la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem y el Modelo de Creencias de Salud.

Teoría del Déficit del Autocuidado- Dorothea Orem

La Teoría del Déficit de Autocuidado, desarrollada por Dorothea E. Orem, es un modelo teórico fundamental en enfermería que explica la importancia del autocuidado en la promoción de la salud y el bienestar de las personas. Esta teoría sostiene que cuando un individuo no puede satisfacer sus propias necesidades de autocuidado debido a una enfermedad, discapacidad u otras condiciones, la intervención de enfermería es necesaria para suplir o apoyar ese déficit.

Orem, promueve la relación entre las funciones de la enfermera y la participación del hombre para satisfacer sus necesidades, con el propósito de lograr la independencia de cada persona de acuerdo a sus capacidades, disponibilidad y madurez para restablecer o mantener su salud.

Dorothea Elizabeth Orem (15 de julio de 1914 - 22 de junio de 2007) fue una de las principales teóricas de enfermería de Estados Unidos que desarrolló la teoría de enfermería del déficit de autocuidado , también conocida como el modelo Orem de enfermería .

Su teoría definió la enfermería como “el acto de ayudar a otros en la provisión y gestión del autocuidado para mantener o mejorar el funcionamiento humano en el nivel de efectividad del hogar”. Se centra en la capacidad de cada individuo para realizar el autocuidado , definido como “la práctica de actividades que los individuos inician y realizan por sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar”.

Orem propone una teoría general, compuesta por tres subteorías interrelacionadas

1. **Teoría del Autocuidado:** el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.
2. **Teoría del Déficit de Autocuidado:** Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería.

Es decir que esto ocurre cuando una persona no puede satisfacer sus propias necesidades de salud debido a la falta de habilidades o a una demanda que excede su capacidad de respuesta. Por lo tanto en estas situaciones, es necesario el apoyo de otras personas.

3. **Teoría de los Sistemas de Enfermería:** Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería. Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son:

1. La Enfermera.
2. El paciente o grupo de personas.

3. Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos.

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipo de sistema de enfermería:

Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo.

1. Sistema totalmente compensador: Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.

2. Sistema parcialmente compensador: Este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción.

3. Sistema de apoyo educativo: Este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades interacciones con familiares y amigos.

La aplicación de esta teoría en pacientes con DM2 permite diseñar intervenciones que promuevan el autocuidado, mejoren la adherencia terapéutica y, en consecuencia, contribuyan al bienestar general y a una mejor calidad de vida.

Para mejorar la adherencia terapéutica, es necesario fortalecer la comunicación entre pacientes y profesionales de la salud, garantizar el acceso a tratamientos adecuados y fomentar la participación activa del paciente en su proceso de cuidado. Esta teoría también enfatiza sobre la importancia del autocuidado y el papel que toma el personal de salud en cuanto a la promoción de bienestar de los pacientes.

Modelo de Creencias de Salud

El modelo de creencias de salud fue desarrollado en 1950 para explicar por que las personas se negaban a participar en programas de prevención y detección de enfermedades. Este modelo considera que los comportamientos de las personas se dan por el conjunto de creencias y valoraciones internas que hacen sobre la efectividad de realizar una acción y sus posibles costos, pudiendo así predecir si la persona tomara acción de prevenir, detectar o controlar una enfermedad.

Dicho modelo es uno de los más utilizados para la elaboración de los programas de educación en diabetes. Al tener este modelo como referencia, el paciente debe conocer su enfermedad en cuanto a la severidad y susceptibilidad, además de que los profesionales de la salud deben apoyar en incrementar los beneficios percibidos y reducir las barreras identificadas por el paciente. De esta manera, una persona con diabetes es más probable que tome acciones si percibe que está en riesgo y que tendrá consecuencias si no realiza acciones de autocuidado.

El Modelo de Creencias de Salud es una herramienta fundamental para comprender los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de diabetes, ya que permite demostrar que cuando una persona reconoce la gravedad de su enfermedad y los beneficios de mantener un control adecuado, adopta conductas de autocuidado.

Tanto la Teoría del Déficit de Autocuidado como el Modelo de Creencias de Salud permiten al profesional de enfermería comprender los factores individuales que influyen en la adherencia al tratamiento, facilitando así la planificación de intervenciones centradas en el paciente.

DISEÑO METODOLÓGICO:

El presente trabajo se trata de una investigación descriptiva, transversal. Es descriptivo porque busca identificar y caracterizar aquellos factores que influyen en la adherencia del tratamiento. Además, es un estudio transversal porque los datos serán recopilados en un solo momento, periodo comprendido de julio a diciembre del 2025.

Este estudio adopta un enfoque mixto, ya que utiliza la combinación de elementos cuantitativos y cualitativos con el propósito de comprender de manera integral los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento de la diabetes tipo II. El enfoque es cuantitativo porque permite medir y relacionar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento (socioeconómicos, psicológicos, sistema de salud). Y es cualitativo porque explora las percepciones, barreras, motivaciones y experiencias de los pacientes.

La investigación se desarrollará en una clínica privada, donde se seleccionará una muestra de pacientes adultos mayores diagnosticados con Diabetes Tipo 2.

VARIABLES:

Variable dependiente:

- Adherencia al tratamiento de Diabetes tipo II
- Control de la enfermedad

Variable Independiente:

- Factores socioeconómicos (nivel de ingresos, nivel educativo, empleo).
- Factores relacionados con la enfermedad (tiempo de diagnóstico, presencia de comorbilidades).
- Factores relacionados con el tratamiento (complejidad, efectos secundarios, número de medicamentos).
- Factores relacionados con el paciente (conocimientos sobre la enfermedad, motivación, creencias personales).
- Factores relacionados con el sistema de salud (accesibilidad, calidad de atención, relación con el personal de salud)

POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población:

La población de este estudio está conformada por todos los pacientes diagnosticados con diabetes tipo II de una Clínica Privada de San Juan.

La muestra está constituida por los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, que se encuentran en tratamiento médico y son atendidos en una Clínica Privada de San Juan

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 60 años con diagnóstico confirmado de Diabetes Tipo 2.

- Que se encuentren en tratamiento farmacológico activo.
- Que asistan regularmente a consultas médicas en la clínica.
- Que otorguen su consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo que impida la comprensión del cuestionario.
- Personas con enfermedades agudas graves o en situación de emergencia.
- Pacientes institucionalizados o con barreras de comunicación (como sordera sin apoyo adecuado).

Muestra:

La muestra de este estudio está conformada por 25 pacientes adultos mayores con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II, que asisten regularmente a la atención médica de una Clínica privada de San Juan. La selección se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, tomando en cuenta la disponibilidad de los pacientes y su asistencia continua a los controles médicos.

OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	Definición de la variable	DIMENSIONES	INDICADORES
1. Adherencia	Grado en el que el paciente con diabetes	1.1. Adherencia Farmacologica	1.1.1 Toma de medicamento según lo indicado

BIBLIOGRAFÍA:

Organización Panamericana de la Salud. “Diabetes.” OPS. Publicado por la Organización Mundial de la Salud, 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>

Aragón-Sánchez, F., & Ramírez-Aragón, M. (2021). *Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas*. Revista San Gregorio, (44), 154-165. Universidad San Gregorio de Portoviejo.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8385958>

Jiménez, C., & Martínez, A. (2016). *Adherencia al tratamiento en personas con enfermedades crónicas*. Revista Finlay, 6(4), 325–336. CVN Finlay. Recuerdo de

<https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1367/2373>

Bravo Valencia, N. A., & Torre Solano, M. E. (2020). *Factores psicosociales en la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2*. Revista Científica Arbitrada de la Universidad de CIDE, 9(2), 102-117. Disponible en:

https://repositorio.cidecuador.org/jspui/bitstream/123456789/1623/1/Articulo_No_9.pdf

Mayo Clinic. (2024). *Diabetes tipo 2: síntomas y causas*. Mayo Foundation for Medical Education and Research. Recuperado de:

<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/type-2-diabetes/symptoms-causes/syc-203511>

[93](#)

Guamán-Montero, N. A., Mesa-Cano, I. C., Peña-Cordero, S. J., & Ramírez-Coronel, A. A. (2021). *Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus II*.

Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 40(3), 1–7. Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y Terapéutica.

<https://www.redalyc.org/journal/559/55969712011/html/>

American Diabetes Association. (sin fecha). *Recién diagnosticado con diabetes*. En *La vida con diabetes*. Recuperado de [American Diabetes Association — Recién diagnosticado con diabetes]

<https://diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/reci%C3%A9n-diagnosticado>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013–2027*. OPS. Recuperado de

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53007/OPSWNMHNV200043_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). (2019). *Guía de práctica clínica nacional sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2): Versión breve para el equipo de salud*. Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles.

Recuperado de

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-01/guia-nacional-practica-clinica-diabetes-mellitus-tipo2_version-abreviada.pdf

Ortega Cerda, J. J., Sánchez Herrera, D., Rodríguez Miranda, Ó. A., & Ortega Legaspi, J. M.

(2018). *Adherencia terapéutica: un problema de atención médica*. Acta Médica Grupo Ángeles, 16(3), 226–232. Recuperado de

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&Ing=pt&tlng=es

Pages-Puigdemont, N., & Valverde-Merino, M. I. (2018). *Métodos para medir la adherencia terapéutica*. Ars Pharmaceutica, 59(3), 163–172.

<https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>

Naranjo Hernández, Y., Concepción Pacheco, J. A., & Rodríguez Larreynaga, M. (2017). *La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem*. Gaceta Médica Espirituana, 19(3), Universidad de Ciencias Médicas, Sancti Spíritus.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/espirituana/gme-2017/gme173i.pdf>

Rangel, M. (11 de diciembre de 2020; actualizado el 20 de enero de 2021). *Modelo de creencias en salud: Un modelo para el cambio de comportamiento en personas con diabetes*. CONED.

Recuperado de

<https://coned.org.mx/modelo-de-creencias-en-salud-un-modelo-para-el-cambio-de-comportamiento-en-personas-con-diabetes/>

Giménez, J. F., Horna, M. E., Torres Rodeles, A. S., Falivene, M. A., & Mierez, M. L. (2022). *Factores determinantes de la adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en usuarios de un servicio de medicina familiar. Corrientes, Argentina*. En *Libro de Artículos Científicos en Salud 2022* (pp. 85–89). Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste. Recuperado de https://med.unne.edu.ar/wp-content/uploads/2022/06/2022_19.pdf

Mera-Zapata, E. P., & Quishpi-Lucero, V. C. (2024). *Adherencia terapéutica en adultos mayores con diabetes mellitus tipo II*. *Journal Scientific MQR Investigar*, 8(4), 3544–3564.
<https://doi.org/10.56048/MQR20225.8.4.2024.3544-3564>

Gonzalez, J. S., Peyrot, M., McCarl, L. A., Collins, E. M., Serpa, L., Mimiaga, M. J., & Safren, S. A. (2008). *Depression and diabetes treatment nonadherence: A meta-analysis*. *Diabetes Care*, 31(12), 2398–2403. American Diabetes Association.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2584202/>

González Godoy, M., Amor Valero, J., & Viñas Fernández, G. (2022). *Nuevos métodos para viejos retos: DM2 y el ascenso de las nuevas tecnologías*. Diabetes práctica. Actualización y habilidades en Atención Primaria, 13(04), 141–172. Grupo Asistencial Diabetes Práctica.

<https://diabetespractica.com/files/106/art4.pdf>

Carrillo-Larco, R. M., y Bernabé-Ortiz, A. (2019). *Diabetes mellitus tipo 2 en Perú: una revisión sistemática sobre la prevalencia e incidencia en población general*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, volumen 36, número 1, páginas 26–36. Instituto Nacional de Salud (Perú).

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200001#:~:text=Cabe%20se%20que%20la%20Organizaci%C3%B3n,mundiales%20para%20tratar%20este%20problema.

Delabra-Salinas, M. M., & Salazar-González, B. C. (2022). Revisión sistemática de intervenciones para la prevención del pie diabético en adultos mayores con diabetes. *Sanus*, volumen 7, artículo 292. Universidad de Sonora – División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Enfermería. Páginas: recurso electrónico (e292).

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-60942022000100109&script=sci_arttext#B1

Gonzalo, A. (2024, 30 de abril). *Dorothea Orem: Self-Care Deficit Theory*. Nurseslabs.

Recuperado de <https://nurseslabs.com/dorothea-orems-self-care-theory/>

ANEXO I

Cuestionario estructurado

El cuestionario estructurado se realizará con el objetivo de evaluar la adherencia al tratamiento y control de la enfermedad en adultos mayores con diabetes mellitus tipo II

- ❖ Lea con atención cada pregunta y marque con una cruz (**X**) la opción que mejor refleje su situación.

1. ¿Toma la medicación indicada para la diabetes todos los días, tal como indicó su médico?

- ☐ Si
- ☐ A veces
- ☐ No

2. ¿Suele olvidar alguna dosis de medicación para la diabetes?

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ Frecuentemente
- ☐ Siempre

3. ¿Suele automedicarse con fármacos para la diabetes sin indicación médica?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ A veces

4. ¿ Sigue alguna dieta especial para personas diabéticas?

- ☐ Si, siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Nunca

5. ¿Evita alimentos que puede aumentar su nivel de glucosa en sangre (golosinas, harinas, etc)?
- ☐ Siempre
 - ☐ A veces
 - ☐ Nunca
6. ¿Respeta horarios regulares para realizar las comidas principales (desayuno, almuerzo, cena)?.
- ☐ Siempre
 - ☐ A veces
 - ☐ Nunca
7. ¿Cuántas veces por semana realiza alguna actividad física (caminar, gimnasia, etc)?
- ☐ Todos los días
 - ☐ 1- 2 días
 - ☐ 3- 5 días
 - ☐ Nunca
8. ¿Qué tipo de actividad física realiza con mayor frecuencia?
- ☐ Caminatas
 - ☐ Ejercicios en casa
 - ☐ Actividad física intensa (deporte, gimnasio, etc).
 - ☐ No realizo actividad física
9. ¿Cómo califica el nivel de esfuerzo físico que realiza durante sus actividades?
- ☐ Liviano
 - ☐ Moderado

- ☐ Exigente
- ☐ No realizo actividad física

10. ¿Con qué frecuencia asiste a los controles médicos programados?

- ☐ Siempre
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

11. ¿Se realiza usted mismo control de glucemia en casa?

- ☐ Si, regularmente
- ☐ A veces
- ☐ No

12. ¿Conoce su último valor de hemoglobina glicosilada (HbA1c).?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No recuerda

13. ¿Controla regularmente su presión arterial según indicación médica?

- ☐ Si
- ☐ A veces
- ☐ No

14. ¿Se realiza controles de colesterol en sangre según indicación médica?

- ☐ Si
- ☐ A veces
- ☐ No

15. ¿Controla su peso corporal de manera regular ?

- ☐ Si, semanalmente
- ☐ A veces
- ☐ No

16. ¿Sabe cómo actuar cuando su glucosa se encuentra alta o baja?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ No estoy seguro

17. ¿Ha recibido educación o charlas sobre cómo controlar su diabetes?

- ☐ Si
- ☐ No

18. ¿ Siente que su familia lo apoya/acompaña en el tratamiento?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ A veces

19. ¿Cree que su enfermedad está bien controlada actualmente ?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ A veces

ANEXO II

Entrevista semiestructurada (cualitativa)

La entrevista semiestructurada se realizará con el objetivo de explorar la percepción, barreras, emociones y experiencias del paciente con respecto a la adherencia al tratamiento y el control de la enfermedad.

Dicho instrumento está compuesto por preguntas abiertas, organizadas en torno a las dimensiones establecidas en la variable de estudio, tales como motivación para el tratamiento, barreras personales o sociales, hábitos de autocuidado, nivel de comprensión de la enfermedad y apoyo familiar o institucional.

Las entrevistas fueron realizadas de forma individual en un espacio privado dentro de la clínica, garantizando un ambiente de confianza y confidencialidad. La duración estimada fue de 10 a 20 minutos por paciente.

1. ¿Qué significa para usted vivir con diabetes?
2. ¿Qué dificultades ha tenido para seguir el tratamiento (medicación, alimentación, controles)?
3. ¿Que le impide realizar actividad física o seguir una alimentación adecuada?
4. ¿Hay momentos en los que se desanima o se siente frustrado por padecer esta enfermedad?
5. ¿Considera que lleva un buen control de la enfermedad? ¿Por qué?
6. ¿Cree que su situación económica influye en su tratamiento? ¿De que manera?
7. ¿Ha recibido suficiente información sobre su enfermedad y cómo cuidarse?

8. ¿Cómo evalúa su propia responsabilidad frente a la enfermedad?
9. ¿Qué le gustaría recibir o aprender para sentirse más seguro/a con su tratamiento?
10. ¿Qué sugerencia le daría al personal de salud sobre cómo acompañar a personas con diabetes?



Universidad
Nacional
de San Juan

ANEXO III

EUCS
ESCUELA UNIVERSITARIA
DE CIENCIAS DE LA SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Universidad Nacional de San Juan

Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud

Licenciatura en Enfermería

Tema: *“Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la Diabetes Tipo 2 en adultos mayores y su relación con el control de la enfermedad en pacientes de una clínica privada de San Juan.”*

Autor: E.U Barrios Milagros

Director: Dra. Estela Monica Mansur

Estimado/a participante:

Se le invita a participar voluntariamente en un estudio cuyo objetivo es identificar y analizar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la Diabetes Tipo 2 en adultos mayores y su relación con el control de la enfermedad.

Su participación consistirá en responder una encuesta anónima y una breve entrevista. La duración estimada será de aproximadamente 10 a 15 minutos.

La información obtenida será utilizada únicamente con fines académicos. No se registrará su nombre ni datos que permitan identificarlo/a. Los datos serán almacenados en un archivo protegido y sólo la investigadora y la directora del proyecto tendrán acceso a ellos.

Beneficios:

- Contribuir al desarrollo de conocimiento científico que pueda mejorar la comprensión de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la Diabetes Tipo 2.
- Favorecer la generación de estrategias de intervención y programas educativos que beneficien a personas con esta enfermedad en el futuro.
- Dar la oportunidad de reflexionar sobre su propio tratamiento y hábitos de autocuidado, lo cual podría motivar mejoras en su calidad de vida.

Riesgos:

- Posible incomodidad o molestia emocional al responder preguntas relacionadas con su estado de salud, experiencias personales o aspectos de su vida cotidiana.
- Riesgo mínimo de que se interpreten de forma incorrecta sus respuestas; sin embargo, la investigación garantizará la confidencialidad y el manejo responsable de la información.

He leído y comprendido la información anterior. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento.

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Firma de la investigadora: _____