

REVISIÓN DOCUMENTAL SOBRE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II EN LOS
ADULTOS MAYORES

TATIANA GUTIÉRREZ RONCANCIO

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE ORIENTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA
GRUPO DE INVESTIGACIÓN: PROMOCIÓN DE LA SALUD
RIONEGRO

2020

REVISIÓN DOCUMENTAL SOBRE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II EN LOS
ADULTOS MAYORES

TATIANA GUTIÉRREZ RONCANCIO

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO GERONTÓLOGA

ÁNGEL MIRO LOPEZ MARULANDA

MG. EN CIENCIAS SOCIALES

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE ORIENTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA

GRUPO DE INVESTIGACIÓN: PROMOCIÓN DE LA SALUD

RIONEGRO

2020

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Rionegro, día, mes y año

Dedicatoria

Para todos los Gerontólogos que quieran ahondar más en el campo clínico, respecto a los efectos de algunas variables que rodean al ser humano y que están directamente vinculadas con la adherencia al tratamiento farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo II.

Agradecimiento

Mamá, el ser que me acompaña día a día, quien me insiste y me pide que no desista aún cuando la duda a veces es más grande que las ganas, a ti gracias por siempre estar incondicional.

Dios, porque de tu mano estoy donde estoy.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	12
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	18
3. JUSTIFICACIÓN.....	19
4. OBJETIVOS.....	21
4.1 Objetivo general	21
4.2 Objetivos específicos	21
5. MARCO TEÓRICO.....	22
5.1. Diabetes Mellitus.....	22
5.2. Epidemiología.....	24
5.3. Etiopatogenia	25
5.4. Clasificación.....	26
5.5. Diagnostico.....	26
5.6 Prevención	28
5.7 Actitud ante un paciente con diabetes mellitus	29
5.8 Tratamiento.....	29
5.8.1 Educación diabetológica.....	29
5.8.1 Dieta.....	30

5.8.2. Ejercicio	31
5.8.3. Antidiabéticos orales	32
5.8.4 Insulina	35
5.8.5. Terapia combinada.....	36
5.9 Adherencia al tratamiento.....	38
6. DISEÑO METODOLÓGICO	40
6.1. Enfoque investigativo	40
6.2. Fuentes documentales.....	41
6.3 Muestreo de fuentes documentales.....	42
6.4 Unidades de análisis y unidades de estudio.....	42
6.5 Sistema categorial.....	42
6.6 Técnica e Instrumento de recolección de la información	45
6.7 Plan de análisis de la información	46
7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	47
7.1 Factores sociodemográficos	47
7.2. Factores familiares.....	52
7.3. Factores psicológicos.....	54
7.4. Factores relacionados con la Diabetes Mellitus II.....	55
7.5. Otros factores encontrados	58
CONCLUSIONES	64

RECOMENDACIONES	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
APÉNDICE	75

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Criterios de control de la DM.....	27
Tabla 2 Recomendaciones nutricionales	31
Tabla 3 Tipos de insulinas humanas de acuerdo con su espectro de acción; Error! Marcador no definido.	

RESUMEN

En la actualidad existe un crecimiento acelerado de la población adulta mayor, lo que implica por demás una mayor cantidad de servicios gerontológicos requeridos, en ese sentido las necesidades inmediatas se encuentran aparejadas a razón de generar procesos de promoción y prevención. La diabetes mellitus tipo II, en adelante DMII, es una enfermedad que a pesar de su acelerado crecimiento en el último siglo al momento actual (2020) no tiene una cura definitiva, de ahí que la persona que la padezca deba aplicar al tratamiento de manera permanente. En ese sentido la presente investigación tuvo como fin documentar los factores psicosociales que inciden en la adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo II, a través de una revisión documental. Los principales hallazgos investigativos, dejan ver que en la mayoría de los pacientes la adherencia al tratamiento es realmente escasa, debido a que se presentan diferentes factores que afectan, tales como el desconocimiento de las condiciones mismas de la enfermedad, la relevancia del tratamiento, e inclusive la misma práctica deportiva y sana alimentación. En conclusión, se encuentra que existen diferentes factores que tienden a afectar la adherencia al tratamiento de la DMII, no obstante, el factor encontrado a partir de la investigación más importantes es el adecuado suministro de la información al paciente y el acompañamiento del grupo familiar, elementos que se desarrollan en el documento.

ABSTRACT

Currently, there is an accelerated growth of the older adult population, which implies, moreover, a greater number of gerontological services required, in this sense, the immediate needs are matched by generating promotion and prevention processes. Type II Diabetes Mellitus is a disease that, despite its rapid growth, currently has no definitive cure, hence the person suffering from it must apply the treatment permanently. In this sense, the purpose of this research was to document the psychosocial factors that influence the adherence to treatment of patients with Type II Diabetes Mellitus, through a quantitative methodology that includes a documentary review. The main research findings show that in most patient's adherence to treatment is really poor, due to the fact that different factors that affect it, such as ignorance of the conditions of the disease, the relevance of the treatment, and including the same sports practice and healthy eating. In conclusion, it is found that there are different factors that tend to affect adherence to IMDI treatment, however, the most relevant of them is the one that corresponds to the adequate provision of information and the accompaniment of the family and social group in the process.

PALABRAS CLAVE

Diabetes Mellitus, Adherencia al tratamiento, gerontología.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento se considera como un proceso inevitable que tiende a generar diferentes problemas de tipo físico y mental a la totalidad de la población que alcanza edades superiores a los 65 años en promedio. Si bien muchas son las patologías que pueden afectar a esta población, la presente investigación se centra en el análisis de la diabetes mellitus tipo II, específicamente en los factores que influyen en la adherencia o no adherencia al tratamiento de esta; la cual tiene una prevalencia bastante alta, según el estudio realizado por Gonzalez y Reyes (2017), alcanzando a ser del 17.5% en la población de la tercera edad.

Debido a que la enfermedad afecta en buena medida a los adultos mayores y son esta prioridad en el estudio de la gerontología el presente proyecto de investigación se realiza en el marco de una investigación de revisión documental a partir de la cual se logra evidenciar que son diferentes las variables que afectan la adherencia al tratamiento incluyendo para el caso condicionantes de tipo social, físico y sobre todo relacionado con la cantidad de información que se le suministra al paciente.

Considerando lo anterior el presente proyecto de investigación se estructura en nueve capítulos el primero de los cuales incluye el planteamiento del problema, seguidamente se encuentra expuesta en el numeral dos la pregunta de investigación, posterior a ello la justificación, y objetivos, lo que concentra la exposición del marco general de investigación, para el capítulo quinto se realiza marco teórico, a partir del cual se realiza la exposición teórica de los principales preceptos necesarios para la explicación de los hallazgos. Seguidamente para el capítulo sexto se comprende la metodología que se define como el camino a partir del cual se logran concretar los objetivos investigativos.

En el capítulo séptimo se concentran los resultados encontrados en la revisión documental y la discusión de resultados, para el capítulo octavo se plantean las conclusiones y finalmente se realiza la exposición de recomendaciones.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El envejecimiento humano se establece como un proceso que abarca múltiples dimensiones de los seres humanos que se distingue por ser diferente para cada persona, intrínseco e irreversible; inicia en la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y termina con la muerte. Es un proceso complicado de cambios biológicos y psicológicos de los organismos en interacción continua con la vida social, cultural y ecológica de las comunidades durante el transcurso del tiempo que requiere de mucha atención de todo tipo con la intención de propender condiciones de vida adecuadas que brinden adecuado bienestar (Ministerio de Salud, 2014).

América Latina y el Caribe envejece a pasos acelerados y a una velocidad inconcebible, hasta el momento de la totalidad de la población de estos países el 11% tiene más de 60 años de edad, en 2030 esta población estaría rondando el 17% y en 2050 por lo menos uno de cada cuatro habitantes en estos países será mayor de 60 años (Organización Mundial de la Salud, s.f.), esto evidentemente resulta relevante toda vez que siendo una población representativa requiere de una atención mayor que logre sopesar sus condiciones físicas y emocionales. Colombia no se queda atrás en esta situación de hecho, según lo estipulado por el Ministerio de Salud y Protección social (2017) el país ha sufrido variaciones sustanciales en la pirámide poblacional que corresponden en mayor medida a la disminución de la tasa tanto de natalidad como de mortalidad, lo que demuestra la necesidad de atender cada vez más personas en edades adultas, ejemplo de ello es que el porcentaje de personas con edades superiores a 64 años para 1970 era de 3.5% mientras que para el año 2019 es de 4.8% (Datos Macro, 2020).

En Colombia según FEDESARROLLO (2015) el panorama no es diferente al presentado por América Latina de hecho comprendiendo que la población en edad adulta está incrementando,

es preciso que se incrementen los servicios a través de los cuales se puede preservar la calidad de vida de la población, que logre sopesar los posibles problemas a los que se enfrentan estas personas. Reconociendo que la Diabetes Mellitus se reconoce como una de las enfermedades que más aqueja a la población debido a que tiene una prevalencia de 17.5% en los adultos mayores (Gonzales y Reyes, 2015), es preciso establecer parámetros para que se mejore la adherencia al tratamiento de enfermedades de esta misma.

Envejecer más que mantenerse vivo implica garantizar un estilo de vida saludable y satisfactorio. Este proceso está acompañado por cambios inevitables como la pérdida del tejido óseo, disminución de masa muscular, decrecimiento de la funcionalidad del sistema respiratorio, disminución de la capacidad cognoscitiva, entre otros. Por otro lado, los factores predisponentes durante esta etapa pueden llegar a suscitar de forma aguda o crónica enfermedades no transmisibles como obesidad, artritis, y diabetes. Enfermedades que requieren de un tratamiento constante que logre garantizar una calidad de vida adecuada.

Es necesario reconocer que la adherencia al tratamiento debe ser analizada de manera concisa precisamente porque en esta confluyen diferentes elementos que pueden ser precisos para evaluar las condiciones de vida de las personas mayores que padecen esta enfermedad, de hecho, de acuerdo con Ortiz, Ortiz, Gatica y Gómez (2011) el estudio realizado en esta población demuestra que inclusive el estrés que puede considerarse un factor social puede tener relación con la adherencia al tratamiento.

Ahora bien, en cuanto a la diabetes mellitus, es necesario considerar que esta es una de las enfermedades que es considerada como un problema de salud pública en el mundo, dada su

prevalencia y sus consecuencias para los pacientes, considerando sobre todo las complicaciones que se puede generar en sistemas como el renal, cardiovascular, e inclusive psicológico. Consuegra, Díaz y Espinoza (2017) proponen que para incrementar la adherencia terapéutica se debe mejorar los estilos de vida e incrementar el número de consultas. Este estudio comprueba en efecto la relevancia del seguimiento de la situación, en pro de ofrecer alternativas para disminuir las complicaciones aledañas a la presencia de la diabetes mellitus.

Si bien el tratamiento es realmente relevante es necesario considerar que en la actualidad la falta de adherencia al tratamiento se considera una condición bastante usual considerándose un problema de tipo mundial que consecuentemente puede afectar la morbilidad asociada a la diabetes (MaidanaI, y otros, 2016). Por otro lado, afecta de forma directa como la persona experimenta el desarrollo individual de su envejecimiento e interfiere en la continuidad de su vida de manera normal. No obstante, y aunque se evidencia como relevante la temática, los estudios analíticos referenciados a la temática son escasos para el entorno colombiano.

Cabe reconocer que, aunque se encuentra literatura que permite otorgar luces sobre el proceso de adherencia, estos hallazgos no se han contrastado, con la intención de identificar las similitudes y diferencias entre los estudios, que a su vez relatan contextos y particularidades de una población dada.

Eventualmente se puede argumentar que la temática resulta ser sustancial toda vez que la población afectada es bastante representativa en el entorno regional, y que además esta propende condiciones desfavorables con respecto a la adherencia al tratamiento, convirtiéndose en un problema tanto público como privado. El presente trabajo se ejecutará haciendo una revisión de

fuentes electrónicas en las cuales se han encontrado diferentes factores que pueden ser relevantes para el análisis de la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus II evidenciando una clasificación entre estos mismos.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en los adultos mayores?

3. JUSTIFICACIÓN

Al ser la Gerontología una rama interdisciplinaria que estructura la atención y el cuidado de las personas en especial adultos mayores, y que trabaja de la mano con las otras ramas profesionales de la salud, es sumamente relevante que tenga conocimiento más competente sobre la situación de una enfermedad que actualmente está presente en 1 de cada 7 colombianos según reportes epidemiológicos de la Asociación Nacional de Diabetes (2015). Adicionalmente el conocimiento sobre los factores que son relevantes para la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus II debe considerarse como absolutamente relevante para la familia, médicos y pacientes en sí mismo precisamente porque de ello procede el cambio que se puede establecer para generar una mejor calidad de vida.

Por otro lado, el tema podría ser extrapolado a políticas, planes, programas o proyectos de tipo gerontológico, a nivel comunitario, centros hospitalarios, colegios, centros vida, centros de protección social; contribuyendo así a generar nueva investigaciones, herramientas y protocolos para el adecuado manejo en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo II, en cuanto al paciente mejorar la adherencia al tratamiento lo cual se verá reflejado en su salud, bienestar, y calidad de vida.

Asimismo, debido a que los adultos mayores tienen pluripatologías, siendo la diabetes una enfermedad de alto costo se podría contribuir en la disminución de costos para el sistema sanitario, menor asistencia a consultas, disminución de prescripción farmacológica, disminución en la cadena de enfermedades desencadenadas por la diabetes Mellitus tipo II optimizando los servicios de atención prestada a la población de forma integral, prescribiendo la terapéutica con más calidad en

cuanto a su control y seguimiento.

En cuanto a la viabilidad es prudente afirmar que actualmente se cuenta con varias bases que reportan, actualmente, 50 revistas electrónicas que han trabajado el tema, es importante señalar que de estos registros 40 son en inglés y 10 en español. Adicionalmente se cuenta con el apoyo del Médico General y Residente en Anestesiología José Julián Siachoque Lara de la universidad del Rosario que conoce del tema y es quien hasta el momento ha sido apoyo para la adquisición de los referentes Documentales.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Documentar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en los adultos mayores

4.2 Objetivos específicos

Describir las características de la enfermedad y la adherencia al tratamiento de acuerdo con las condiciones sociodemográficas

Identificar los factores personales y familiares relevantes para la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II

Identificar factores personales y familiares que limitan la terapéutica establecida para la enfermedad Diabetes Mellitus tipo II.

Mencionar factores socioculturales e institucionales que predisponen el desarrollo de la adherencia al tratamiento de la diabetes Mellitus tipo II

5. MARCO TEÓRICO

En el presente acápite se presentan los referentes teóricos más relevantes para el análisis de la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus.

5.1. Diabetes Mellitus

Así pues para iniciar es necesario mencionar que el termino de diabetes mellitus en adelante DM alcanza a reconocerse como un conjunto de enfermedades metabólicas especializadas por presentar hiperglucemia, que obedecen a las fallas en la secreción o la acción de la insulina o de ambos mecanismos (Mediavilla, 2002).

La diabetes mellitus tipo II se reconoce una de las patologías crónicas que tiene más grande impacto en el bienestar de la población del mundo y compone un auténtico problema de salud pública; esta corresponde al grupo de las enfermedades que pueden producir invalidez física por sus variadas complicaciones multi orgánicas, con un acrecentamiento indudable en la morbimortalidad en los últimos años, sin considerar las condiciones sociales, culturales y económicas de los países en donde se presenta (Rodríguez & Plata, 2015).

Desde el concepto la DM se define como un síndrome heterogéneo que procede desde la interacción que tiene lugar en el entorno genético ambiental, y definido por una hiperglucemia crónica, como resultado de una insuficiencia en la insulina o la mala acción de la misma, que promueve complicaciones agudas tales como: cetoacidosis y coma hiperosmolar así como crónicas microvasculares como retinopatías y neuropatías y macrovasculares tales como cardiopatía coronaria, enfermedades cerebrovasculares y vasculares periféricas. (Tejada, Rio, Lardoeyt, & Nuñez, 2013)

La DM se relaciona de manera generalizada con dificultades leves o graves que pueden dar lugar a otras patologías, produciendo desde accidentes cardiovasculares o cerebrovasculares, como

lesiones en el sistema neurológico o coma. De acuerdo con Alberti (1998) la diabetes mellitus puede en los casos más graves provocar disfunción o fallo de varios órganos, entre los que se incluyen riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

Es necesario reconocer que la DM que se clasifica como tipo II es una de las enfermedades que mayor impacto en el área social y sanitaria tiene en el mundo precisamente porque tienen una elevada prevalencia y sus complicaciones presentan la posibilidad de generar una alta morbilidad y mortalidad (Goday & Serrano, 1994) que per se afectan la salud y el bienestar social de las personas que la padecen. Diversos estudios, como el Kumamoto Study (Ohkubo, Kishikawa, & Araki, 1995), UKPDS (UK Prospective Diabetes Study Group, 1998), han demostrado de manera contundente que el tratamiento adecuado de la DM decrece de manera considerable la aparición o graduación de las dificultades crónicas de la enfermedad así como la morbimortalidad asociada, todo lo cual hace que el abordaje terapéutico de la DM sea un reto que tienen los sistemas de salud del mundo.

Debido a la alta prevalencia de enfermedad vascular, hipertensión, dislipemia y otras anomalías demasiado comunes, las consecuencias de estas pueden generar una carga para los pacientes, sus familias y la sociedad, que según demuestra Alberti (1998) tienen la posibilidad incluso de demarcar conflictos sociales que desencadenan problemas psicológicos, por lo anterior se reconoce a esta como una de las enfermedades que deben ser tratada con mayor atención. Cabe mencionar que entre los cambios que en mayor medida presentan los pacientes que padecen DM2 depende de las intervenciones en los estilos de vida, control de la presión arterial y en general de la intervención del sistema de salud, considerando de ante mano que las personas tienen un riesgo mayor de contraer una enfermedad coronaria con respecto al resto de la población (Massi, 2002). De ahí que sea preciso que se reconozca la necesidad de que el paciente identifique la enfermedad

que padece, que la información sea comunicada a la familia y que se creen grupos socialmente dispuestos a mejorar las condiciones de vida de los mismos.

Y es que el diabético cuenta con la posibilidad real de integrar y movilizar sus conocimientos, hábitos, actitudes, habilidades, motivaciones y valores para la puesta en marcha de actividades que estando vinculadas a su diario vivir le proveen los mecanismos psicológicos y físicos suficientes para llevar a cabo un tratamiento adecuado de su enfermedad (Funes, 2012).

5.2. Epidemiología

Existe un acelerado acrecentamiento del número de individuos con diabetes a escala universal, en los inicios del presente siglo XXI, las estadísticas mostraban que eran aproximadamente de 150 millones de personas diabéticas, lo que se podría definir como una pandemia; en el 2010 la cifra escaló a 225-230 millones, e inclusive se considera que afecte a 380 millones para el año 2025 y trascendencia la cifra de 438 millones de personas para dentro de 10 años, una situación preocupante que es necesario traer a colación es que se prevé un incremento de pacientes para los países tercermundistas, que para el caso no cuentan con un sistema de salud bastante adecuado para el tratamiento de la enfermedad. (Mora, Pérez, Sanchez, Mora, & Puente, 2013).

A nivel mundial la situación con la DM2 es tan problemática que se estima que cerca de 4 millones de muertes al año se encuentra relacionadas de manera directa con esta patología, lo que equivale a una de cada 20 muertes, 8 700 muertes cada día y 6 cada minuto. Cabe mencionar que este crecimiento que se torna exponencial ha estado avalado en algunos años por el cambio en el estilo de vida de la población, en donde existe una prevalencia del sedentarismo, se presenta en mayor medida la obesidad, y la hipertensión arterial afectada por el estrés, de ahí que sea la cuarta causa de muerte en todo el mundo. De hecho, la prevalencia de la DM2 oscila entre el 1% al 3%

de la totalidad de la población, no obstante, existe un 2% al 4% de pacientes que, aunque la padecen al momento no se han podido diagnosticar de ahí que en muchos casos la cifra de pacientes tiende a incrementar.

La DM2 se diagnostica de acuerdo con Pereira (2012) en 85-95% de los pacientes que sufren de diabetes, de hecho, esta cifra tiende a incrementar en personas que habitan países de América Latina (1 de cada 14 adultos tendrá diabetes mellitus), esta información se ve verificada en el estudio de Bello y Montoya (2016) quienes reconocen que este tipo de diabetes ha tendido a generar una mayor cantidad de servicios médicos en los últimos años, y se define bajo esta misma tipología.

Como se ha mencionado con anticipación Goday (1999) desde el momento en el que realizan su investigación consideran que estas tenderán a incrementar debido a las condiciones mismas del envejecimiento que tiene la población, así como también por el incremento constante de la obesidad, los malos hábitos alimenticios, y la vida sedentaria moderna.

5.3. Etiopatogenia

La etiopatogenia de la DM tipo 2 no es totalmente clara y por lo tanto no puede establecer relación con ningún mecanismo patogénico, de hecho, al momento, se encuentra en discusión los problemas bioquímicos moleculares que la provocan, no obstante se considera que esta se genera por dos procesos el primero de los cuales es el incremento de la resistencia a la insulina de las células que son hacen parte del tejido muscular, adiposo hepático, y por el otro lado el fallo de la célula beta pancreática, que es la que busca compensar la resistencia en los tejidos a la acción que tiene la insulina incrementando por el otro lado la secreción de la hormona a través del páncreas. Cabe mencionar que estas dos situaciones se presentan en los pacientes sin diferenciación algunas, en ocasiones acompañadas y otras de manera individual (Funes, 2012).

5.4. Clasificación

En el momento la DM basa su clasificación en los criterios etiológicos, de hecho, el modelo de clasificación de la DM se encuentra centrada en las células beta, en donde se reconoce la alteración de la célula beta como el factor inicial de la DM y del cual parte la interacción de la genética, resistencia a la insulina, los factores ambientales y la inflamación que padece el sistema inmunológico sobre la función y la masa de estas células beta. La clasificación que se centra en estas células identifica que las vías mediadoras de la hiperglucemia que son las operativas en cada uno de los pacientes dirigen el tratamiento a las disfunciones propias que padece cada uno de estos (RED GDPS, 2018)

De esta manera la DM se puede clasificar de la siguiente manera, considerando a Lopez (2009):

1. Diabetes tipo 1: provocada por la destrucción autoinmune de las células beta que suele inducir una insuficiencia absoluta de insulina.
2. Diabetes tipo 2: producida por una merma progresiva de la secreción de insulina de las células beta, con frecuencia sobrepuesta a un ambiente basal de resistencia a la insulina.
3. Diabetes mellitus gestacional (DMG): prevalente en el 2 o 3 mes de embarazo sin presentarse con anticipación
4. Otros tipos específicos de diabetes por otras causas: síndromes de diabetes monogénica, enfermedades del páncreas exocrino (como la fibrosis quística) y diabetes incitada por fármacos o productos químicos como generada por los glucocorticoides, tratamientos del VIH/SIDA o después de un trasplante de órganos.

5.5. Diagnostico

De acuerdo con Cañarte, Neira, Gárate, Samaniego, Tupac y Andrade (2019) la DM2 se presenta en muchos casos de manera asintomática, específicamente cuando tiene aparición la

hiperglicemia, no obstante existen algunos factores que pueden dar muestras de la presencia de la patología, por ejemplo la presencia de síntomas de diabéticos tales como la poliuria, polidipsia, polifagia, e inclusive la pérdida de peso, así también puede estar relacionada con la aparición de cuadros metabólicos y de enfermedades que acompañan la diabetes como obesidad, hipertensión y dislipemia. La existencia de complicaciones a nivel microangiopáticas o microangiopáticas tales como la retinopatía, neuropatía, cardiopatía isquémica, accidentes vasculocerebrales o vasculopatía periférica, pueden ser algunos de los problemas asociados.

La confirmación del diagnóstico de DM se hace a través de medios de análisis de acuerdo con la Asociación Americana de Diabetes desde 1997 (Mediavilla, 2002) . se reconoce al diabético por tres métodos diferentes, explicados a continuación:

Tabla 1 Criterios de control de la DM

Estado de hiperglicemia	Criterios ADA-OMS
Diabetes mellitus	1. Síntomas clásicos y glucemia al azar en plasma venoso > 200mg/dl
	2.Glicemia basal en plasma venoso > 126 mg/dl
	3. Glicemia en plasma venoso > 200 mg/dl a las 2 horas de sobrecarga oral con 75g de glucosa
Glicemia basal alterada	Glicemia basal entre 110-125 mg/dl
Intolerancia a la glucosa	Glicemia entre 140-199 mg/dl a las 2 h de TTOG con 75g

Fuente: Mediavilla, 2002

Ortega, Narváez y del Castillo (s.f.) en conjunto con el diagnóstico de DM, se presentan algunos criterios de homeostasis trastornada de la glucosa que conforman momentos intermedios entre la normalidad y la DM los cuales se consideran como un factor de riesgo para la aparición de la diabetes y de las enfermedades cardiovasculares, entre los cuales se encuentran la Glucemia basal alterada en donde esta se mire entre 110 y 125 mg/dl; otro de estos es la intolerancia a la

glucosa, la cual se define como una forma de presencia de glucemia basal en forma inferior a 126 mg/dl y entre 140 y 199 mg/dl a las dos horas de ingeridos alimentos.

5.6 Prevención

En la prevención es preciso reconocer que esta tiene diferentes instancias para la misma, en este sentido se tiene las siguientes (Consuegra, Factores asociados con la adherencia terapeutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II atendidos en la consulta de medicina interna del hospital de II nivel de Bogotá, 2017):

- Prevención primaria. Se reconocen como las medidas para reducir la incidencia de la enfermedad. Estas medidas serían todas aquellas prácticas que se encuentran enfocadas en modificar los hábitos de vida de la población total, mediante la aplicación de buenas prácticas alimentarias e higiénicas, previniendo en este caso no solo la hiperglicemia sino también la obesidad, hiper tensión arterial, y las complicaciones en los huesos.

- Prevención secundaria. Esta busca evidenciar en un primer momento un diagnóstico y un tratamiento temprano a través del cribado y la confirmación diagnóstica, esta se considera una fase preclínica de la patología en donde es necesario que se formulen cambios a nivel dietario y el fomento de la práctica de deporte incluido con el uso de fármacos.

- Prevención terciaria. En esta fase se busca eliminar de plano la aparición de la enfermedad y el desarrollo de las complicaciones de la misma a través del control de la glucemia en conjunto con el tratamiento de algunas fallas renales, retinarias y de los factores de riesgo vascular. (Report of a WHO Study Group., 1994).

De la misma manera se tiene que las actitudes tienen incidencia en las prácticas de autocuidado de los pacientes con DM, de acuerdo a ello estas personas consiguen en la misma medida una mejor calidad de vida.

5.7 Actitud ante un paciente con diabetes mellitus

En general los objetivos de un adecuado cuidado ante un paciente con DM tienden a considerar disminuir y si es posible dirimir los síntomas hiperglucémicos a través de la normalización de los valores de la glucemia, identificar las complicaciones metabólicas y evitar su aparición, reducir la morbimortalidad y conseguir una calidad de vida que se asemeje a la de las personas que no presentan la patología (Martins, de-Lima, & Silva, 2018).

Evidentemente estos objetivos hacen que el paciente tenga que analizar su control metabólico y el tratamiento que requiere haciendo un análisis de acuerdo con las condiciones que el mismo presenta. De esta manera en0 las personas más jóvenes se encuentra la necesidad de contralor de manera inmediata la glucemia y disminuir los factores de riesgo evitando así la aparición de las complicaciones y en los ancianos, que presentan una esperanza de vida limitada evitar las complicaciones (Martins, de-Lima, & Silva, 2018).

Cabe reconocer que la forma en la que acepta la diabetes el núcleo social del paciente afecta en buena medida la forma en la que se promueve el tratamiento en estos mismos de esta manera a medida que se incrementa la aceptación del grupo social también se incrementa la aceptación y el conocimiento del paciente (Martins, de-Lima, & Silva, 2018).

5.8 Tratamiento

En el tratamiento de la DM2 se reconocen algunos de los siguientes aspectos:

5.8.1 Educación diabetológica

La educación sobre la diabetes es una de las medidas que tienen mayor impacto en la disminución de patologías alternas a la enfermedad, de hecho, disminuye los comas diabéticos, los días de hospitalización y las amputaciones, de ahí que esta sea la base sobre la cual deben trabajar los profesionales en la salud.

De acuerdo con Garrido (2015) esta se puede realizar de forma individual o colectiva y debe considerar la concreción de tres objetivos, el primero de los cuales es la comunicación al sujeto diabético de todos aquellos conocimientos necesarios para la comprensión de la enfermedad, el segundo es el aprendizaje de las habilidades necesarias para un correcto tratamiento que parte desde la elaboración de la dieta adecuada, práctica de autoanálisis, técnicas de autoinyección, etc. Y finalmente la enseñanza sobre las actitudes a tomar en relación con los posibles problemas que puedan surgir en la vida diaria.

5.8.1 Dieta

De acuerdo con Mediavilla (2002) como en la educación en la Dieta se tiene otro de los factores más relevantes precisamente porque esta constituye la base fundamental sobre la que se concuerda cualquier otra medida adicional del tratamiento, formando en muchas ocasiones la única terapia necesaria.

Esta también tiene diferentes objetivos específicos entre los cuales se encuentra: “proporcionar un buen estado nutricional, conseguir y mantener el normopeso, alcanzar la normalidad de la glucemia y lípidos plasmáticos, minimizar las fluctuaciones de glucemia posprandial, prevenir las complicaciones y prevenir y tratar las hipoglucemias” (Mediavilla, 2002, p.2)

Así mismo el autor considera que la alimentación del diabético no debe necesariamente diferir con respecto a la que debería prescribirse en una persona no diabética, considerando que en pacientes obesos se debe acudir al establecimiento de dietas hipocalóricas para obtener el peso ideal

La nutrición del diabético, como la del no diabético, debe ser equilibrada con las proporciones de nutrientes recomendadas por los diversos consensos, como se evidencia en la siguiente tabla:

Tabla 2 Recomendaciones nutricionales

Tipo de macronutriente	Consensos europeos	Asociación Americana de Diabetes
Proteínas	15%	10-20%
Grasas saturadas	<10%	<10%
Grasas poliinsaturadas	15-25%	10%
Grasas mono insaturadas		60-70%
Hidratos de carbono	50-60%	

Fuente: Mediavilla, 2002

5.8.2. Ejercicio

Sin restar importancia la realización de ejercicio físico específicamente aeróbico se reconoce como uno de los medios terapéuticos que se reconocen como realmente importantes en el tratamiento de la DM, debido a que la realización de este incrementa la sensibilidad a la insulina, disminuye la glucemia basal y posprandial, favorece la pérdida de peso, disminuye la presión arterial, disminuye las lipoproteínas de baja densidad (LDL) y triglicéridos, a la vez que acrecienta las lipoproteínas de alta densidad (HDL), e inclusive incrementa el bienestar psicológico que tiene la persona (Bello & Montoya, 2017).

Mediavilla (2002) afirma que el ejercicio debe ser aeróbico con una intensidad moderada como el que se produce al andar o nadar, y debe realizarse de manera regular es decir una hora de 3 a cinco días a la semana, y debe iniciar con un calentamiento. 40- 50 minutos de entrenamiento y 5 minutos de enfriamiento.

“El ejercicio como parte del tratamiento parece ser especialmente útil en pacientes que tienen menos de 60 años, hiperinsulinémicos, con glucemias basales inferiores a 200 mg/dl y sin otros trastornos acompañantes” (Mediavilla, 2002, p.5). Siempre se debe tener en cuenta antes de indicar ejercicio a un diabético sus posibles complicaciones y contraindicaciones.

5.8.3. Antidiabéticos orales

Los fármacos orales se manejarán en pacientes con DM2 que tras un ciclo de 2-4 meses de tratamiento dietético, ejercicio físico y educación sanitaria no muestren cifras de glucemia convenientes al objetivo establecido (Mediavilla, 2002).

La elección del tratamiento se asentará en el discernimiento de la variación metabólica profunda y el estado eficaz de la secreción de insulina. El procedimiento con fármacos orales (en monoterapia o asociación) sólo se denota como eficaz mientras las células beta pancreáticas conserven la capacidad de secreción de insulina, así pues, la disminución de la capacidad secretora de insulina forma parte de la progresión natural de la enfermedad, de ahí que si se tienen niveles adecuados de secreción es preciso que no se generen tratamientos con fármacos orales (Mediavilla, 2002).

Al interior de los tratamientos de fármacos orales se encuentran muchos tipos entre los cuales se encuentran los fármacos insulinosecretores, los cuales son capaces de inducir un acrecimiento de la secreción y liberación insulínica desde el páncreas, requiriendo un mínimo de funcionamiento de éste para que puedan ser útiles (Herrera, 2000).

También se encuentran las sulfonilureas (SU) los cuales actúan incitando la segunda fase de secreción de insulina, es decir de la insulina preformada. Causan una reducción de 60-70 mg/dl en la glucemia plasmática en ayunas y de un 1 a 2% en la HbA1c (Lebovitz, 2000). Estas se deben administrar 30 minutos antes de cada comida

Las sulfonilureas deben utilizarse en DM2 cuando dieta y ejercicio no son suficientes. Los pacientes solicitantes a este tratamiento serían aquellos que rondan los 40 años de edad, con menos de 5 años de evolución de su diabetes, con peso normal incluso con moderada obesidad y que van a seguir unas normas dietéticas (Lebovitz, 2000).

Los contrastes entre las distintas sulfonilureas aprovechables se refieren esencialmente a su dosificación, semi vida y vía de eliminación. Debido a que el control de la glucemia es similar con todas ellas. Para el caso de los ancianos se deben administrar las de vida media, iniciando con dosis mínimas incrementando de manera paulatina hasta el control glicémico o las dosis máximas. En el momento no es adecuado ocupar la clorpropamida debido a su acción prolongada.

La glibenclamida es el secretagogo mayormente ocupado en todo el mundo, debido a la eficacia en el control de la enfermedad en los primeros dos años de aparición de la misma no obstante esta disminuye su eficiencia con el paso del tiempo. Diversos estudios como el de Levobitz (2000) han observado que la hipoglucemia grave es más frecuente con glibenclamida que con las otras sulfonilureas.

Entre los efectos secundarios más probables que se encuentran por el consumo de estas se encuentran: la hiperinsulinemia, aumento de peso e hipoglucemia. Las hipoglucemias producidas por sulfonilureas, en adelante SU, pueden llegar a ser graves y de producirse requieren observación durante 24-72 h (Mediavilla, 2002).

En cuanto al fracaso del tratamiento con el tiempo en pacientes tratados con SU, designado antiguamente «fracaso secundario a las sulfonilureas», es obligatorio aludir que como muestran los datos del UKPDS, el quebranto de la célula beta está posiblemente proyectado como parte de la evolución de la DM2, debido a que se tiene que en pacientes que aun tratados con dieta, metformina o sulfonilureas, aún puede prevalecer la inadecuado de las SU (Lebovitz, 2000)

Las SU han demostrado su provecho y seguridad a través de los años de ahí que el hallazgo de nuevos fármacos no debe suprimir estas sin tener en cuenta su alto rendimiento y bajo coste.

- Secretagogos de acción rápida. No son SU y estimulan la fase precoz de la secreción de insulina, por lo cual disminuyen el pico de la glucemia, reduciendo los niveles de HbA1c de forma similar a las SU, aunque con valores de glucemia 2 h post ingesta significativamente inferiores. Se administran unos 15 min antes de las comidas, comenzando por dosis bajas y omitiendo la dosis en caso de no ingerir alimentos. Se toman de la misma manera que las SU

Otros fármacos a analizar son los insulinosensibilizadores, los cuales se presentan a continuación

- Biguanidas. Su componente de acción principal es la disminución de la producción hepática de glucosa a través de la disminución de la neo glucogénesis hepática, aunque también sirven para captar glucosa al interior de la célula, debido a lo cual reduce el valor de glucosa basal en plasma entre 60 y 70 mg/dl y la HbA1c entre 1,5 y 2 puntos sin producir incremento de peso ni hipoglucemias y asociándose a una reducción de presión arterial, triglicéridos y LDL.

Tanto para el Grupo Europeo del estudio de la Diabetes como para la asociación Americana de Diabetes, la metformina es el fármaco de primera elección en diabéticos tipo 2 con sobrepeso. Es el único fármaco que ha demostrado en el estudio UKPDS4, una reducción de las complicaciones macro vasculares en el grupo de pacientes con sobrepeso. Sus efectos secundarios más frecuentes son molestias gastrointestinales y diarrea que es dependiente de la dosis, auto limitada y transitoria. Igualmente pueden aparecer, aunque con menos frecuencia alteraciones del gusto o malabsorción de vitamina B12.

Las contraindicaciones para su uso son: insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca o respiratoria crónicas, cirrosis con insuficiencia hepática, embarazo y lactancia, consumo abusivo de alcohol y déficit de vitamina B12 y ácido fólico.

Puede establecerse en el tratamiento de la diabetes en ancianos, aunque garantizando siempre que el aclaramiento de creatinina sea superior a 60 ml/min/1,73 m². Debe suspenderse su uso de forma temporal en caso de cirugía mayor o exploraciones radiológicas con contrastes yodados hasta pasadas 48 h de la prueba.

- Glitazonas. Se conoce también con el nombre de tiazolidinedionas o agonistas γ , Su primordial mecanismo de acción se produce en el músculo o tejido graso donde incrementan la captación y la ocupación de la glucosa, así como también disminuyen la neoglucogénesis y la síntesis de ácidos grasos a nivel hepático.

Inhibidores de las alfa-glucosidasas. Los inhibidores de las alfa-glucosidasas son fármacos que retrasan la digestión de los hidratos de carbono complejos, actuando como inhibidores competitivos de las enzimas alfa-glucosidasas intestinales que hidrolizan los oligosacáridos en monosacáridos reduciendo las elevaciones posprandiales de glucosa.

Cuando se añaden a una dieta rica en hidratos de carbono reducen las concentraciones plasmáticas de glucosa en ayuno en una media de 24 mg/dl, la glucemia plasmática posprandial en una media de 54 mg/dl y la HbA1c en 0,5-1 punto. Su efectividad es menor en pacientes con dietas pobres en hidratos de carbono. En el estudio UKPDS se utilizó acarbosa frente a placebo en 1.946 pacientes independientemente del tratamiento que estaban utilizando, ya fuera dieta, fármacos en monoterapia o en combinación, observándose en aquellos pacientes que seguían el tratamiento al cabo de 3 años una reducción de la HbA1c del 0,5%.

5.8.4 Insulina

La insulina debe usarse en DM2 con HbA1c > 7,5 en los que no se logren valores inferiores con inspección dietética y uso de hipoglucemiantes orales a menos que la esperanza de vida del sujeto sea pequeña y esté asintomático.

Se podrá usar insulina NPH nocturna con hipoglucemiantes orales en pacientes que presenta en buena reserva insulínica, insulina premezclada dos veces al día. Se debe ajustar la terapia frecuentemente al principio, ocupando resultados de autoanálisis hasta lograr los objetivos glicémicos, en la actualidad existen diferentes fármacos comerciales que se diferencian por las sustancias que se añaden.

5.8.5. Terapia combinada

Al momento, se presenta una tendencia que genera la posibilidad de generar una terapia combinada con diferentes fármacos orales, e insulina, ello se basa en la potenciación de la eficacia de los fármacos, dado a la complementariedad; a la posibilidad de aminorar los efectos secundarios a emplearse como terapia temprana y a ocuparse en dosis más pequeñas, y al retrato del inicio de la terapia con insulina, lo cual es cómodo para el paciente. A continuación, se presentan algunas de las combinaciones.

5.8.5.1. Sulfonilureas-metformina

Constituye la asociación con más experiencia de uso y potencialmente la más beneficiosa al existir un importante efecto sinérgico de estos fármacos.

La adición de un segundo medicamento disminuye la HbA1c entre un 1,5- 2%²⁹.

Esta combinación está dada para pacientes con o sin sobrepeso que en tratamiento en monoterapia con sulfonilurea o metformina presentaran un control metabólico deficiente.

5.8.5.2. Sulfonilureas-inhibidores de las alfa-glucosidasas

Se produce un efecto sinérgico al producirse una estimulación de la secreción pancreática de insulina y una reducción de las glucemias posprandiales por el retraso en la absorción de hidratos de carbono.

Se produce una reducción adicional entre 1,5 a 2 puntos al añadir sulfonilurea y entre 0,5 y un punto al añadir inhibidores de las alfa-glucosidasas a aquellos tratados con sulfonilureas³⁰.

Para pacientes en tratamiento con sulfonilureas y mal control de glucemia posprandial.

5.8.5.3. Metformina-inhibidores de las alfa-glucosidasas

El efecto sinérgico hace que disminuya adicionalmente la HbA1c entre 1,5 y 2 puntos al añadir metformina y un 0,5 a un punto al añadir un inhibidor.

La adición del otro medicamento no tendría efectos negativos sobre el estado ponderal del diabético, incluso se podría producir una discreta reducción de peso al añadir metformina.

Esta asociación estaría indicada en pacientes diabéticos tipo 2 obesos en tratamiento con metformina que no presentan un buen control de las hiperglucemias postprandiales

5.8.5.4. Repaglinida-metformina

Se trataría de una asociación equiparable a la de sulfonilureas con metformina, aunque se dispone de poca experiencia sobre el uso de la misma.

5.8.5.5. Sulfonilureas-glitazonas y metformina-glitazonas

Se trata de dos asociaciones potencialmente útiles, aunque con escasa experiencia en la bibliografía.

La combinación de tres antidiabéticos orales es planteada por el consenso europeo cuando el control es insuficiente con dos fármacos orales. Aunque no parece descabellado usar la asociación de tres fármacos (secretagogo, metformina, inhibidores de alfa-glucosidasas o glitazonas), parece más recomendable asociar insulina nocturna a los fármacos orales que ya toma el paciente.

Igualmente buscando la acción sinérgica de ambas drogas y para conseguir un mejor control glucémico estaría indicado en ocasiones administrar insulina junto con fármacos orales.

5.8.5.6. Insulina-sulfonilureas

Esta es la combinación con mayor experiencia, y se consigue una mayor reducción de la HbA1c que con el tratamiento aislado con sulfonilureas e induciendo un menor aumento de peso al que se asocia a múltiples dosis de insulina.

5.8.5.7. Insulina-metformina

La insulina vería favorecida su efectividad por la adicción de una droga insulinosensibilizadores a nivel muscular y preferiblemente hepático.

5.8.5.8. Insulina-inhibidores de las alfa-glucosidasas

La asociación se usa para disminuir los requerimientos de insulina del paciente diabético y controlar los perfiles glucémicos en pacientes con predominio de elevación de glucosa posprandial.

5.9 Adherencia al tratamiento

La OMS precisa la adherencia al tratamiento como el cumplimiento completo del mismo, es decir que el paciente toma la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito por su médico a la hora y fecha definida. En este se considera la persistencia, que es tomar la medicación en el tiempo indicado a pesar de la desaparición de los síntomas, de acuerdo con la OMS la falla en la adherencia varía desde un 15% a un 93%, con una media de 50%.

Esta actividad es esencial en la profilaxis, debido a que el éxito depende de mantener los niveles de la patología en los mínimos posibles preservando la salud. Las consecuencias de la falta de adherencia se pueden resumir en un empeoramiento de la calidad de vida del paciente, una falta de control de la enfermedad, una mayor probabilidad de recaídas y agravamientos, la aparición de efectos secundarios o intoxicaciones e incluso aumentar la morbilidad. Pero es que, además, puede suponer una falta de racionalización en el gasto farmacéutico y sanitario y desde un punto de vista

médico puede suceder que los tratamientos lleguen a ser ineficaces por la aparición de resistencias o favorecer una mayor agresividad de una determinada enfermedad

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. Enfoque investigativo

Para el presente estudio se ocupará como tipo de investigación la que corresponde a una investigación documental, a través de la cual se logra realizar un proceso complejo de análisis y evaluación de cada uno de los documentos que refieren a la temática de estudio, de acuerdo con Gómez (2011) se entiende a la revisión documental como una forma eficaz y consistente de realizar una investigación científica, precisando la posibilidad de ahondar en una temática concreta a través de los planteamientos que han sido establecidos por autores anteriores, que han conocido el objeto de estudio desde el área empírica y práctica y que consecuentemente tienen validez en el medio, eventualmente los documentos se reconocen como una síntesis sustancial y relevante en la cual se evocan conceptos tratados a profundidad, por consiguiente se reconocen como una fuente de información fehaciente.

Para el presente proyecto de investigación la investigación documental juega un papel esencial debido a que es la fuente de información histórica, espacial y temporal que rodea el estudio, el investigador tiene la posibilidad de familiarizarse con la temática tratada y la problemática que intenta solucionar, y de hecho encuentra al interior de diversos estudios que aluden a la temática estudiada establecer algunos escenarios y estrategias (Lindlof, 1995). De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista es preciso mencionar que la revisión documental consiste en:

Detectar, obtener y consultar la bibliografía y otros materiales que parten de otros conocimientos y/o informaciones recogidas moderadamente de cualquier realidad, de manera selectiva, de modo que pueden ser útiles para los propósitos del estudio. (p. 50)

En efecto la investigación documental se centra en el tema de estudio sin dejar pasar temáticas aledañas al mismo, de hecho, Lindlof (1995) reconoce que las investigaciones

documentales pueden generar una cantidad significativa de variables que pueden ser analizadas a la luz de los requerimientos del investigador, no obstante, la ventaja principal es que este puede analizar un entorno sin pertenecer a él, e inclusive realizar análisis con eventos históricos que fueron documentados.

6.2. Fuentes documentales.

El presente documento se realizará con bases de datos de documentos o artículos de revistas indexadas, por cuanto se reconoce la ocupación exclusiva de fuentes de información de tipo secundaria, este tipo de fuentes según Huamán (2011) son consistentes en compilaciones, resúmenes, y listados de referencias, y facilitan en buena medida el acceso a fuentes de información primaria a través del análisis de las condiciones propias que han permeado la realización de las investigaciones referidas.

Para la selección de las fuentes documentales, se tendrá como referencia las siguientes preguntas orientadoras: ¿cuáles son los temas más recurrentes?, ¿qué cifras absolutas y relativas se emplean?, ¿Cuál es el factor de adherencia al tratamiento?, ¿cómo se definen los factores de adherencia? Dentro de los criterios de inclusión las referencias serán tomados tanto en idioma español como en inglés, que los artículos sean de los últimos 10 años, y que la información sea proveniente de participantes mayores de 50 años y finalmente, los documentos deben referirse a las siguientes categorías:

- Diabetes Mellitus Tipo II
- Factores sociodemográficos,
- Factores familiares,
- Factores psicológicos
- Factores relacionados con la patología (percepción, tratamiento autocuidado, información o educación sobre la enfermedad)

Se valorarán categorías emergentes producto de la revisión documental: percepción frente

a su calidad y el envejecimiento

Como motores de búsqueda se ocupó a paginas certificadas como Redalyc, Google Scholar, Scopus y Science, así mismo en los repositorios de universidades internacionales y nacionales, ocupando como palabras clave: diabetes mellitus tipo II, adherencia, y factores de adherencia

6.3 Muestreo de fuentes documentales

Se rastrearán bases de datos de documentos indexados, artículos de bases de datos oficiales, documentos destinados para la titulación de Magister, Especialización, Doctorado y posdoctorado, se recolectará información de acuerdo con los parámetros de una investigación bibliométrica, de acuerdo con Carpintero y Peiró (1983) la principal ventaja que ofrece la bibliometría es que tiene un carácter sistematizador de la producción científica, debido a los cual permite caracterizar una investigación de acuerdo con determinados criterios, entre los cuales se comprende a: datos del autor y las instituciones a las que pertenecen, así como también los datos del artículo en sí mismo, y los aspectos metodológicos y las citas. De ahí que el análisis bibliométrico sea prácticamente obligatorio para todas las investigaciones. en este sentido se ocuparán comandos específicos que se han definido con anticipación, eventualmente dada la falta de antecedentes se ha decidido ocupar documentos que refieran a las últimas dos décadas.

6.4 Unidades de análisis y unidades de estudio

Se analizaron 50 artículos de los cuales se incluyen 30 artículos que se reconocen como necesarios para el análisis de resultados

6.5 Sistema categorial

Sistema Categorial		
Categoría Nivel I	Categoría Nivel II	Categoría Nivel III
Condiciones sociodemográficas	Edad	Mayores de 60 años en mujeres Mayores de 67 años hombres ¹

¹ Este criterio se define considerando la esperanza de vida del DANE

	Género	Femenino Masculino
	Estratificación económica	1 2 3 4 5 6
	Nivel de escolaridad	Básico primaria Básico secundaria Media Pregrado Posgrado
	Procedencia	Zona Rural Zona Urbana
Componente psicológico	Condiciones personales	Nivel de estrés Nivel de ansiedad Percepción personal Percepción familiar Percepción social
Diabetes	Mellitus tipo II	Prevalencia de la enfermedad según fuentes documentales (reportes de salud pública-datos estadísticos) tanto a nivel nacional como internacional
	Factores personales	Consumo de alimentos Consumo de agua Consumo de vitaminas Consumo de Minerales Consumo de medicamentos con los alimentos Sobredosis de medicamentos
	Factores familiares	Aspectos genéticos Apoyo familiar Cohesión familiar Resiliencia Apoyo Acompañamiento en enfermedades adyacentes Estímulos familiares Acompañamiento en el tratamiento
	Factores socioculturales	Factores sociales: Cohesión social Aceptación Nivel de ingreso Accesibilidad a los servicios de salud Posibilidad de realización de actividad física Participación en programas especiales

		Acceso
		Factores Culturales: Creencias asociadas Mitos relacionados con la enfermedad Comportamientos sociales Hábitos con respecto a la enfermedad Acciones a favor del tratamiento
	Factores institucionales	Tipo de tratamiento Disponibilidad de tratamiento Acceso de medicamentos Programas de especiales Acompañamiento fuera de los centros médicos Acceso a los centros médicos Control y seguimiento de la enfermedad Calidad del personal de atención Cantidad de servicios a disposición
		Tiempo de consulta

6.7 Plan de análisis de la información

La información se analizó de acuerdo con los hallazgos principales y conclusiones del estudio, dado a lo cual, se reconoce la necesidad de establecer categorías que se repiten para otorgar una consistencia entre las ideas, en efecto la intención será rescatar los aportes de los autores con la intención de especificar los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus II, adicionalmente es preciso mencionar que la intención fue establecer una recuperación de información, con el fin de establecer avances significativos en la teoría y la práctica gerontológica, eventualmente el sistema categorial permite encontrar aspectos que influyen positiva o negativamente en la adherencia.

7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para la concreción de resultados se encontraron 58 documentos, de los cuales se analizaron 25, la mayoría de estas presentando una metodología de tipo mixta en donde se conjugan los paradigmas de investigación tanto cuantitativo como cualitativo, desde este mismo entorno los documentos que fueron incluidos en el estudio se tomaron debido a la validez de sus hallazgos, pero también al cumplimiento de la población analizada, siendo este el factor más relevante para la inclusión.

7.1 Factores sociodemográficos

A través de la investigación de Leites y otros (2019), Ramos (2017), y Pancacio y otros (2016) iniciando con las características sociodemográficas que son las mujeres las que tienen una mayor adherencia, que si bien no representa diferencias significativas implica por demás un cuidado superior sobre la salud, así mismo se corrobora que las personas con un nivel escolar superior se adhieren en mayor medida al tratamiento precisamente porque estos toman conciencia sobre la enfermedad. Así mismo en la investigación se reconoce que esta conciencia hace que las personas consideren que llevando un tratamiento de manera adecuada se acrecienta la posibilidad de incrementar la calidad de vida

Estos hallazgos se pueden sopesar con los encontrados en la investigación de Ramos y otros (2017) quienes a partir de esta investigación tampoco se denota una relación directa entre el género y el cumplimiento con el tratamiento, en efecto se reconoce que las características sociodemográficas no han logrado definirse como relevantes al momento de continuar con el tratamiento controlador de la diabetes, se comprueba aunque parece evidente que las personas con

mayor incumplimiento tienden a presentar mayor proporción de modificación corporal y psicológica, lo que obliga a la asistencia médica de manera intempestiva.

A partir de la investigación de Leites y otros (2019) se logran obtener otras conclusiones relevantes necesarias para el presente estudio, en un principio se reconoce que la edad media de las mujeres es de 65,5 años y de los hombres de 65,6 años, eventualmente se encuentra que las personas cuentan con condiciones sociodemográficos que los estructuran como personas que tienen la posibilidad de aprender sobre la relevancia de la continuación de un tratamiento médico, reconociendo de antemano que la comunicación y la educación sobre la enfermedad permiten aminorar la prevalencia de esta misma, así mismo se corrobora que la mayoría de las personas tienden a recordar el consumo de sus medicinas, de hecho se encuentra que con un nivel de confianza del 95% la mayoría de las personas tienden a consultar al médico para hacer cambios en el consumo de su medicamento, lo cual denota la relevancia que este tiene en su vida y la prevalencia del consumo.

Pancacio y otros (2016) también otorgan información sobre los datos sociodemográficos de los pacientes con diabetes, en este sentido el estudio encontró que la edad promedio de los pacientes con DM tipo 2 fue de 54.9 años, predominantemente, con solamente el 31.2% de adultos mayores (edad >60 años). Dichos hallazgos difieren de otros estudios ya que se han encontrado poblaciones mayores e incluso predominantes de adultos mayores. El sexo femenino fue predominante con 62.5 %, el 55 % con estado civil de casados y el 62.5 % se dedicaban a su casa o estaban en situación de retiro y jubilados, éstos datos coinciden con algunos estudios semejantes realizados en Latinoamérica.

De la misma manera, la investigación anteriormente nombrada establece que la adherencia al tratamiento está ligada al nivel de conocimiento de la enfermedad. En el grupo de estudio, la mayoría de los pacientes que reflejan buena adherencia en el tratamiento, tienen buen conocimiento. Por el otro lado, los pacientes con mala adherencia al tratamiento, el 68% constituye a los pacientes con conocimientos no aceptables sobre la enfermedad.

Así pues, la investigación de Mattos y Ochoa (2015) denota que el nivel educativo también se reconoce como un factor relevante, para el caso la mayor cantidad de información que puede venir de una mayor educación, genera confianza en las personas con la intención de seguir el tratamiento, bajo el supuesto que las personas tienden a aceptar aquello que conocen a profundidad y entienden

De hecho en la investigación realizada por Terrachenko, Baute y Zamonsky (2015) se identifica que aunque las personas analizadas cuentan con los mismos condicionantes sociodemográficos, las ocupaciones constantes y el servicio de salud similar, presentan una adherencia al tratamiento farmacológico diferenciada de esta manera: solo el 56% de la población analizada se encuentra adecuadamente adherida, en general se reconoce que son las mujeres las que tienden a adherirse más al tratamiento de la diabetes, así mismo se reconoce que el seguimiento al paciente en el nivel institucional tiende a ser una variable relevante para que las personas consideren su tratamiento como responsable y como específico para sus condiciones de vida favorables, de la misma manera se encuentra que la prevalencia de los factores de riesgo tienden a presentarse en edades más avanzadas situación por la cual es sustancial que el seguimiento sea mucho más estructurado y complejo.

Adicionalmente a lo encontrado con anticipación Orozco y otros (2016) evidencian que se presentan mayores problemas para las personas que son mayores de 60 años cuando existe una falta de adherencia en efecto esta puede ocasionar que el médico tratante evalúe de manera errónea el tratamiento optando por exponer a la persona a dosis de fármacos superiores, o a un cambio completo de las condiciones en las que se había prescrito los procesos fármacos causando una falla en la continuación. Se puede encontrar que las personas tienden a olvidar el consumo de los medicamentos, o no comprenden para que sirve exactamente su consumo de ahí que no lo realizan, siendo estas dos variables las más relevantes en la explicación a la falla en la adherencia, de la misma manera las creencias, que tienden a ser condicionantes subjetivos, también presentan problemas con respecto a la adherencia al tratamiento.

Consuegra y Díaz (2017) permiten evidenciar que, si bien los factores sociodemográficos son absolutamente relevantes en la construcción de una adherencia adecuada al tratamiento, como se comprueba en la investigación de Ramos y otros (2017) se precisa que una situación a priori que debe establecerse en los sujetos que padecen la enfermedad es el cambio de estilo de vida, en este caso se ha demostrado a través de la investigación que el tener un estilo de vida saludable reduce las visitas al médico y consecuentemente mantiene la enfermedad controlada. Así mismo, se corrobora que cuando una persona asiste al médico frecuentemente tiende a presentar una mejor adherencia, demostrando de esa manera que se encuentra comprometido con el seguimiento a la misma y con el mejoramiento de su situación de manera integral, en efecto en esta investigación se corrobora que la edad no se puede considerar como un factor de riesgo, para que se presente o no adherencia al tratamiento. De hecho, según Consuegra (2017) en la investigación analizada

Participaron 64 pacientes, 29 (45,3%) mujeres y 35 (54,7) hombres. Las mujeres tenían 65,5 años de edad media (DE=15,3) y los hombres 65,6 años (DE=12,3). La puntuación

media del test de MMAS-8 fue de $6,2 \pm 2,1$, no encontrando diferencias significativas entre sexos. Se encontró que el número de pacientes con baja adherencia fueron 21 (32,8%), con media adherencia 19 (29,7%) y con alta adherencia 24 (37,5%). No se encontró relación entre el porcentaje de adherencia al tratamiento con el sexo, edad, nivel de estudios y condición laboral. La creencia de que el tratamiento mejora la enfermedad y que los medicamentos prescritos son los adecuados aumenta la adherencia.

Ante esta situación Troncoso, Delgado y Rabilar (2012) reconocen que las personas tienden a considerar factores subjetivos que les permiten anexarse o no al tratamiento, para la presente investigación se encuentra que el trato que reciben en el lugar de atención médica tiende a presentarse como un aspecto sustancialmente relevante para la continuación del tratamiento, de hecho se reconoce que una buena atención puede provocar la necesidad en la persona de corresponder de manera adecuada continuando con el tratamiento. Las personas reconocen la relevancia de la enfermedad, establecen la importancia de darle continuación al tratamiento, y de establecer esta como una prioridad en la vida, dado a que la investigación es cualitativa, los sujetos analizados reconocen que el tratamiento va más allá del consumo de medicamentos, cabe destacar que la dieta se presenta como una variable sustancial evidenciando adicionalmente que esta hace parte de tratamiento. Troncoso, Delgado y Rubilar (2017) reconocen que “entre los resultados se destaca la importancia que los usuarios codifican del consumo de fármacos y de la realización de la dieta, sin embargo, esta última no es efectuada efectivamente por estos pacientes. El ejercicio físico no es interpretado como parte de su terapia” (p.14), desde este punto de vista es necesario considerar que este debe ser una temática que en adelante debe ser tratado, como se confirma a continuación.

De la misma manera Terrachenko, Baute y Zamonsky (2015) establecen que efectivamente el ejercicio y las practicas saludables tales como la alimentación saludable y la mejora en los

hábitos diarios tienden a ser una herramienta sustancial para mejorar de manera significativa las condiciones de salud de la persona, para este caso es necesario que la totalidad de la familia se comprometa a realizar un adecuado acompañamiento.

La investigación de Mattos y Ochoa (2015) permiten entrever que la edad si bien se considera un factor poco relevante para las investigaciones aledañas, realmente si puede convertirse en un factor relevante, en este caso las personas con una mayor edad tendieron a responder de una mejor forma ante el tratamiento haciendo alusión exclusiva a la posibilidad de adherirse a este, bajo el mismo entorno se establece que la población analizada por este estudio es la que menor adherencia presenta debido a que el 73% de los sujetos argumentan no contar con la suficiente disciplina para que se genere la adherencia. Así mismo, permiten reconocer que en general el problema mayor con el que cuentan las personas es el control de las comidas, debido a que el consumo de alimentos con altos contenidos de grasas y azúcares son frecuentes en la dieta de los pacientes, de ahí que los antidiabéticos orales no se estructuren como consistente para evitar las problemáticas adyacentes a la no adherencia.

7.2. Factores familiares

En cuanto a la familia y al acompañamiento Escandón, y otros (2016) establecen que los condicionantes psicológicos generan una variable de riesgo bastante relevante para mejorar la condición de la diabetes Mellitus, justamente se denota que el grupo familiar y social que rodea la persona que se expone al tratamiento que controla la diabetes debe contar para una adherencia al tratamiento con personas comprometidas con su entorno, para que se denote la relevancia del mantenimiento de la mediación, bajo este precepto la investigación específica que se encuentra

como esencial para las personas incrementar la calidad de vida a través del apoyo social, y el mantenimiento de la higiene y el autocuidado.

De acuerdo con Bello y Montoya (2014) si bien la familia es relevante se encuentra como preciso reconocer que en este caso los familiares por tratarse de adultos mayores tienden a sobreproteger a las personas, debilitando de esta manera la capacidad de adaptación que per se tienen las personas, en este mismo sentido es necesario que la persona comprenda la relevancia del tratamiento y como deben estructurarse los cambios en sus hábitos en pro de la mejora de la enfermedad y su sintomatología. De la misma manera se reconoce que una buena proporción de las personas analizadas no tienen la intención de realizar su tratamiento completo de hecho en muchos casos esta adherencia termina siendo muy baja, así mismo se reconoce que las personas que cuentan con una familia sólida tienen la posibilidad de generar una mejora sustancial en la adherencia, debido a que además de encontrar apoyo psicológico para la continuación con el tratamiento, aludiendo en muchos casos a que se realiza este mismo por la familia, también cuentan con la posibilidad de apoyarse económicamente en las personas que los rodean toda vez que la enfermedad implica diferentes gastos relevantes.

Como se ha visto, la familia resulta ser un factor absolutamente relevante pues ésta se establece como el núcleo del desarrollo social, bajo este contexto de acuerdo con Hoyos, Arteaga y Muñoz (2011) es pertinente que la familia y la totalidad de la comunidad que rodea a la persona con DM con la intención de que estos también se vuelvan una fuente de información y de apoyo constante.

En cuanto a la no adherencia es necesario mencionar de acuerdo con la investigación de Troncoso, Delgado y Rubilar (2012) que si bien la dieta se reconoce como relevante, se comprueba

que gran cantidad de personas no perciben esta como un componente esencial en el tratamiento de la patología, sino como una costumbre positiva para su vida, como una condición relevante es preciso mencionar que el ejercicio físico aunque ha comprobado su relevancia al interior de la formulación de mejora en la sintomatología de la Diabetes no se contempla como parte del tratamiento, las personas tienden a considerar que la dieta y la medicación son las únicas dos formas para obtener una mejoría en su estado. De la misma manera Consuegra y Díaz (2017) establecen que los estilos de vida tienden a ser bastante relevantes en la adherencia al tratamiento, en este caso un estilo de vida desfavorable se presenta como una variable de riesgo para que la persona no realice el consumo de medicamentos según lo indicado por el médico tratante, en efecto se corrobora que este tipo de personas pueden presentar 9,37 veces más probabilidades de no establecer una adherencia al tratamiento.

7.3. Factores psicológicos

El estudio realizado por Janoo y otros (2017) presenta un aporte significativo debido a que en esta se concentra un modelo estructural psicológico en el cual se vincula a la enfermedad con la angustia y en algunos casos con la depresión, de hecho la investigación deja al descubierto que algunos de los problemas sustanciales de la adherencia al conflicto parten de los problemas psicológicos que se presentan generados como efectos secundarios a la medicación, se aclara que este proyecto está realizado para Malasya de ahí que no se ocupen los mismos medicamentos para el contexto nacional.

De acuerdo con la investigación de Janoo y Mamode (2018) realmente el cambio más sustancial que se debe hacer está relacionado con la modificación en la totalidad de los hábitos a partir de un sistema de información que debe ser proporcionado por el sistema de salud, en efecto

cuando ocurre un adecuado proceso de reconocimiento de las necesidades de salud que tiene cada paciente implica, por demás, la generación de procesos educativos adecuados, de esta manera la cuestión es generar un impacto a partir de la formación educativa sobre la enfermedad y sobre las características que tiene en el paciente esta misma.

En vista de lo anterior es necesario traer a colación la investigación de Aránzazu y otros (2019) quienes evidencian que los hábitos alimenticios son adecuadamente controlados por muchas personas que se encuentran padeciendo la enfermedad, bajo este entorno prefieren realizar consumo de frutas que, de verduras, el consumo de azúcar es bastante limitado y en general las comidas son tomadas en el hogar.

7.4. Factores relacionados con la Diabetes Mellitus II

Desde el análisis que se puede realizar sobre la literatura encontrada relacionada con la diabetes mellitus tipo 2 y la adherencia al tratamiento, continuando con los hallazgos principales sobre la misma es preciso traer a colación el estudio de Reach y otros (2018) quienes reconocen que al igual que en el ámbito exterior, en el plano nacional no existe una adherencia por parte de los adultos mayores al tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo II. Para el caso se reconoce que las principales causas de la falta de adherencia al tratamiento están relacionadas con la imposibilidad de identificar cambios significativos en la evolución de la enfermedad por parte de los pacientes, desde este punto de vista es preciso establecer que en general las personas no comprenden que la enfermedad se considera transversal en su vida, es decir que ésta en realidad no tiene una curación específica y que simplemente se trata de realizar un tratamiento consistente para aminorar las problemáticas que por esta se pudieran causar.

Se reconoce adicionalmente que la mayoría de las personas no tienen en cuenta los hábitos diarios, resulta esencial ante esta cuestión traer a colación la investigación de Reach y otros (2018) debido a que se analizan otro tipo de determinantes mucho más específicos, por ejemplo en el análisis de los hábitos de vida, se tiene en cuenta la velocidad de la ingesta de alimentos, que es una variable que no se había tocado con anticipación y en la cual se reconoce que la mayoría de las personas que tienen una adherencia alta al tratamiento tratan de consumir sus alimentos mucho más despacio pues son conscientes que este es uno de los procedimientos que deben realizar en su vida diaria, si tienen la intención de aminorar los problemas sufridos con esta enfermedad, de acuerdo con la investigación la ingesta rápida de alimentos hace que estos no sean adecuadamente procesados, lo cual por demás trae en sí mismo dos problemáticas adyacentes la primera de las cuales es mucho más neuronal pues los estímulos que provee la alimentación no tienen la capacidad de llegar al cerebro y con ello se asume que la ingesta de alimentos es menor, por otro lado se procura con el consumo de alimentos a gran velocidad la no absorción de particular necesarias para la nutrición por parte del sistema digestivo.

Así mismo de acuerdo con la investigación de Reach y otros (2018) los pacientes que tienen una mayor adherencia expresan sentir que sus médicos encargados son mucho más sinceros con la enfermedad que padecen y sobre los tratamientos que deben realizar para su beneficio, conociendo en este caso los pormenores del tratamiento de su enfermedad son mucho más obedientes.

Es preciso mencionar la investigación Ramos y otros (2017) debido a se evidencia que el tiempo en el cual las personas permanezcan en el tratamiento es una de las variables más relevantes, debido a que, las personas que tienden a incumplir con el tratamiento consideran que el plazo de tiempo sobre su enfermedad se ha alargado mucho y que esta no está otorgando los resultados deseados, en efecto se evidencia que aun cuando las personas tienen conocimiento sobre lo

problemático de su enfermedad y que esta requiere de medicamentos casi de manera permanente, no logran encontrar razones de peso para adherirse al tratamiento, se demuestra de la misma manera que el hecho de que se incumpla con el tratamiento ha ocasionado en muchas ocasiones que las condiciones de vida favorables se descompensen generando de esta manera prevalencia de enfermedades aledañas. Ramos y otros (2017) establecieron que

(...) Un 63 % de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 no cumple con las recomendaciones terapéuticas, son las representantes del sexo femenino las mayores cumplidoras del tratamiento (73 %), predominó como rango de edad de 51-60 años (82 %); se destacó el sexo masculino como el más incumplidor en rangos de edad de 30- 40 y 51-60 años, prevalecieron las amas de casa cumplidoras (54,5 %). Hubo más conductas adherentes al tratamiento en los dos primeros años y después de diez, con control metabólico (100 %), mayor presencia de enfermedades concomitantes (82 %). El régimen terapéutico combinado (96,7 %) y multidosis (100 %) resultaron similares en cumplidores e incumplidores (pág. 85)

Respecto a nivel de conocimiento sobre la DM Tipo 2 en el estudio presentado por Pascasio y otros (2016), un 30% alcanzaron un Conocimiento No Aceptable, con una tendencia a responder correctamente las preguntas sobre síntomas más frecuentes y en menor cuantía en las preguntas sobre complicaciones de esta. Desde estos condicionantes se evidencia que en general las personas que no cuentan con un proceso cognoscitivo que defina de manera apropiada la enfermedad tenderán a no encontrar soporte psicológico en las actividades que realizan con respecto al tratamiento de la diabetes, y con el tiempo abandonaran el tratamiento para esta enfermedad.

En el caso de analizar otras variables Escandón y otros (2016) encuentran que cuando existe una adherencia suficientemente fuerte al programa médico de control de la enfermedad en la misma medida tienden a disminuir la aparición de los síntomas de la depresión, esto se ve afianzado aún más en la concreción de una vida saludable en la cual se incluya adecuada alimentación y ejercicio

constante. Es preciso mencionar de la misma manera que en la relación entre la depresión y la adherencia al tratamiento interfieren variables sustancialmente relevantes como es el apoyo social y la calidad de vida, las cuales aportan datos subjetivos sobre la importancia del bienestar.

Escando y otros (2016) dejan al descubierto que a partir de una muestra de 101 participantes de entre 45 a 65 años de edad, cursando con la enfermedad en un período mayor o igual a un año, a quienes se les aplicó: el Inventario de Depresión de Beck, en su segunda versión (BDI-II), la Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, versión III (EATDM-III), y un Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-BREF), que a mayor cantidad de tiempo en el tratamiento también se encuentra una mayor posibilidad de sufrir de depresión, la explicación que otorgan los autores está fuertemente relacionada con la imposibilidad que sienten los pacientes de volver a tener una independencia total tanto de otras personas como ocurría antes de que se padeciera la enfermedad, ello recae directamente sobre su emotividad y su autoconcepto.

7.5. Otros factores encontrados

La investigación de Aránzazu y otros (2019) permite entrever que el problema con el estilo de vida al que más frecuentemente se enfrentan los pacientes con DM obedece en buena medida a la falta de ejercicio o actividad física, si bien como se había mencionado con anticipación existe un consumo apropiado de frutas y verduras realmente es pertinente que se mejore la actividad deportiva, sea esta o no de alto impacto. Es pertinente reconocer que los grupos de apoyo con personas que cuentan con la misma patología también se estructuran como procesos necesarios para darle continuidad al tratamiento de la diabetes, en ese entorno las personas deben asistir a grupos en donde se brinde charlas sobre la enfermedad y obtengan información sobre las particularidades de la enfermedad que padecen.

Ante esta situación Orozco y otros (2016) establecen que en general el personal encargado de tratar la diabetes mellitus reconoce que los pacientes tienden a abandonar el tratamiento toda vez que comprueban que con este no existen las mejorías esperadas, sin dar espacio para que los fármacos actúen de manera adecuada, de la misma manera se reconoce que en muchos casos dada la medicación se ve disminuida la calidad de vida del paciente, lo cual se reconoce como una de los principales condicionantes para la continuación con el tratamiento, es preciso reconocer que en este caso algunos pacientes presentan también problemas de comorbilidad, debido a que los medicamentos tienden a acrecentar problemas que no eran graves o que siéndolo no tienen un tratamiento complejo.

Mandianal y otros (2016) a través de su estudio encuentran que la adherencia al tratamiento con medicamentos para contrarrestar los efectos de la diabetes mellitus tipo II son superiores, no obstante, prevalecen las enfermedades alternas que son preocupantes para la totalidad de la población. Se reconoce en la misma medida que el tiempo que transcurre entre la aparición de la enfermedad y su continuación con el tratamiento es superior a 14 años, evidenciando la intención de las personas de continuar con el tratamiento. Se evidencia del mismo modo que en muchos casos la aparición de enfermedades alternas que afectan a la persona no dependen en exclusiva de la diabetes, sino que también dependen de los hábitos de vida con los que cuentan las personas, estimando de manera consistente que en muchos casos las personas tienden a descuidar su salud. Además, el sistema de cuidado institucional también es una variable de riesgo, precisamente porque una excesiva medicación obliga a la persona a recordar una cantidad significativa de actividades con lo cual se vuelve cada vez más complejo seguir con el tratamiento. De acuerdo con la investigación realizada por Kang y otros (2018) la mayoría de las personas que no presentan una

adherencia significativa al tratamiento de las diabetes mellitus establecen que el factor más relevante por tratar está relacionado con los gastos de la enfermedad.

En el estudio de MaidanaI y otros (2016) se establece que Fueron incluidos en el estudio 127 pacientes, de los cuales el 65% era del sexo femenino, la edad promedio fue de 53 años, y tiempo promedio de evolución de la enfermedad de 11 años, el 51,2% tenía grado de instrucción primaria, 60% vivía en pareja, y 28% de los pacientes tenía la hemoglobina glicosilada $\leq 6,5\%$. El 13,4% de los pacientes reportó no cumplir, a veces cumplir o no recordar las indicaciones dadas por los prescriptores, siendo los motivos más frecuentes de la falta de cumplimiento: el olvido 58,8%, la utilización de muchos medicamentos 29,4% y la falta de disponibilidad en el programa 29,4%. El olvido y la polimedicación fueron los factores más frecuentes por los cuales los pacientes no se adhieren al tratamiento farmacológico. Esta información permitirá la toma de decisiones para ayudar a los pacientes a mejorar su adherencia al tratamiento farmacológico

De la misma manera se reconoce que en general las personas establecen que no llevan un estilo de vida saludable, Kang y otros (2018) deja al descubierto que las personas consideran que el llevar una vida saludable implica en buena medida destinar una mayor cantidad de recursos para la compra de alimentos diferenciados, y además el tiempo implica también un sobre costo que no se había contemplado, en contraposición se reconoce que la mayoría de los adultos mayores consideran al ejercicio y la vida saludable como un esfuerzo que no comprende las tareas diarias, además se establece que en el momento en el que se desea implementar una vida saludable y existe un costo relacionado con ello se disminuyen los costos que están relacionados con la compra de medicamentos.

Es necesario considerar que la mayoría de los médicos y personas encargadas del sistema de salud, de acuerdo con Jannoo y Mamode (2018) reconocen que el mantenimiento de la Diabetes mellitus depende en buena medida del cuidado personal, en esta medida si bien se reconoce como preciso reconocer los medicamentos son una buena herramienta para llevar a cabo el tratamiento de esta enfermedad, es el cambio de los hábitos lo que implica realmente una modificación en el comportamiento.

Cabe mencionar que Jannoo y otros (2017) dejan ver que como consecuencia a la no adherencia al tratamiento de la diabetes se presentan otras problemáticas como es el sentimiento de angustia, de acuerdo a la investigación se tiene que: si no existe una adecuada motivación y seguimiento para con los pacientes es muy probable que no se genere la adherencia precisa. Ello trae por demás un problema sustancial en la calidad de vida, la cual se ve aminorada debido a la aparición de efectos colaterales de la enfermedad. Para la presente investigación es necesario mencionar que se precisa la adherencia al tratamiento no solo por la necesidad de contrarrestar los problemas relacionados con la diabetes sino también porque ello le trae una buena calidad de vida.

Según la investigación de Aránzazu y otros (2019) se denota que si bien la adherencia al tratamiento de la diabetes depende en buena medida de los hábitos alimenticios y de vida en general realmente existen personas que aun con la enfermedad y manteniendo una vida sana en realidad optan de manera voluntaria y a conciencia por no consumir los medicamentos, por considerarlos como un factor innecesario, es así que estas personas reconocen que bajo el contexto social en el que conviven realmente la toma de medicamentos no resulta presentarse como una obligación, y tienden a considerar que la enfermedad requiere en exclusiva de cuidados alimenticios, situación que acarrea problemas años después.

Vargas y Toledo (2018) tienen en cuenta una variable completamente nueva para el análisis del control de la diabetes y de la adherencia al tratamiento, de esta manera estos reconocen que el abordaje del control metabólico se ha explorado en diversos estudios, muchos de ellos con profundas discrepancias, precisando que la variabilidad de resultados se puede deber a las diversas escalas utilizadas en las investigaciones y en los valores que se establecieron para considerar al paciente controlado, tomando en cuenta únicamente la hemoglobina glicosilada como valor de control metabólico principal. La correlación de Spearman resultó ser positiva, lo que indica que la relación existente entre las variables es de tipo dependiente, pues describe que a mayor adherencia existirá control metabólico. Los estudios previos no han realizado este tipo de correlación.

A partir de la investigación realizada por Hoyos, Arteaga y Muñoz (2010) se reconoce que en su mayoría la adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus depende en buena medida de las condiciones culturales, cabe mencionar que al interior de la presente investigación este es el único estudio que analiza las condiciones culturales, que si bien se reconoce como un factor transaccional en la vida de la persona, generalmente no es analizado como una variable en el proceso de tratamiento de esta misma en el padecimiento de la DM, de hecho esta condición establece que la adherencia al tratamiento depende de diferentes factores que no siempre resultan ser netamente médicos, así pues tanto el entorno social, como las personas que rodean a la persona, los procesos fisiológicos y de más factores pueden implicar factores que en general no ayudan a la adherencia en el tratamiento de la DM.

En el análisis de las condiciones institucionales, la investigación de Alberti (1998) y Bello & Montoya (2016) dejan ver que muchas de las personas se encuentran afectadas de manera significativa en la adherencia al tratamiento de DM II debido a que no encuentran empatía y

solidaridad en las instituciones en las que están siendo atendidas, dado a lo cual en muchos casos las citas se ven retrasadas y ello desmotiva la continuación del tratamiento.

Adicionalmente en muy pocos casos se encuentra que los médicos y enfermeras se ven comprometidos con la enfermedad de las personas, consecuentemente no existe un proceso de seguimiento y en muchos casos la adherencia no es adecuadamente controlada a partir de la institucionalidad que debería proveerse (Consuegra, 2017; Escandon, Azocar, Pérez, & Matus, 2016).

Siguiendo con el análisis de las instituciones es preciso considerar que algunas investigadoras como la de Funes (2012) y Hoyos (2012) se permite evidenciar que estas no proveen los medicamentos precisos para el tratamiento, aun a las personas que son de un estrato socioeconómico bajo, debido a que no se proveen estos de manera estatal. Independientemente del origen de la problemática suscitada se reconoce que ello desencadena una falta de adherencia que es prácticamente obligatoria para el paciente, quien no encuentra en la institucionalidad un respaldo efectivo.

Es preciso reconocer bajo el mismo entorno que en múltiples casos las instituciones han aplicado un tratamiento que no corresponde con la etapa en la que se encuentra en la enfermedad, ello provocando un malestar injustificado y la prevalencia de la enfermedad, situación por la cual en muchos casos se presentan problemáticas relacionadas con la adherencia (Mata, Antoñanzas, Tafalla, & Saenz, 2002; Mattos & Ochoa, 2015).

CONCLUSIONES

- Desde el análisis documental en cuanto al objetivo específico primero se encuentra que en general existe una falencia en la adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2, que parten de diferenciadas condiciones tanto contextuales como familiares, sociales y médicas, efectivamente, aunque los pacientes son conscientes de la relevancia del tratamiento y la importancia que este tiene para el mantenimiento de la salud y el bienestar integral, también toman la decisión de no consumir medicamentos debido al malestar general, situación por la cual la decisión se establece como consiente.
- A partir de la investigación se logra especificar qué en la distinción de género, son más las mujeres que se encuentran diagnosticadas y las que más se adhieren al tratamiento, eventualmente esta condición se debe a que estas asisten de manera más frecuente a los procesos de formación y de educación, para este caso las mujeres conciben la enfermedad como mucho más relevante y también establecen planes a través de los cuales estructurar una nueva vida en donde se le da cabida a la enfermedad.
- Es preciso establecer que muchas de las investigaciones relatan los factores sociales y culturales que terminan siendo poco analizados y que formulan grandes cambios, como se reconoce la alimentación y la realización de ejercicio está condicionada en buena medida a los factores que emanan de la sociedad.
- De la misma manera se establece en muchos documentos que las personas tienden a no cuidar su alimentación incrementando el índice glucémico afectando considerablemente el tratamiento, ante esta situación la aplicación del tratamiento debe estar acompañada de una alimentación y cantidad de ejercicios suficientes, se toma como tratamiento en exclusiva el consumo de medicamentos.

- Se logra concluir en la misma medida que existe una disparidad significativa entre la relevancia de algunas variables como la edad, e inclusive la dieta precisamente porque la disparidad de datos no permite llegar a conclusiones consistentes, de la misma manera en muchas de estas se especifica que el consumo de grasas saturadas y de azúcar tienden a afectar significativamente a la población, situación por la cual la dieta debe incluirse de manera obligatoria en las personas que sufren esta patología.
- Así mismo se evidencia que las personas con un nivel educativo inferior tienen la probabilidad más alta de no adherirse al tratamiento para la Diabetes mellitus, toda vez que estas personas no comprenden holísticamente el concepto de la enfermedad y los perjuicios que puedan ocasionarse por la misma.
- A través del proceso de investigación que llevo a la construcción del presente estado del arte se ha podido evidenciar que son muchos los factores que fomentan o no la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II, algunos de los más relevantes están explicados desde los parámetros psicológicos de los pacientes, de manera que los pacientes, desde su comportamiento propio y sus consideraciones personales, deciden dejar de realizar el tratamiento bajo su convicción motivados en ocasiones por la falta de información en cuando a su enfermedad y los mismos patrones de vida.
- Cuando se aborda la adherencia a la diabetes mellitus tipo II es preciso reconocer que las condiciones familiares, sociales y culturales, siendo estas últimas analizadas exclusivamente por un estudio, son realmente importantes, precisamente porque de estas desprenden en muchas oportunidades las características psicológicas de los pacientes y las convicciones que se hacen sobre el tratamiento de la diabetes mellitus y su tratamiento. Es preciso reconocer que en el

caso la educación contrarresta en muchos casos este tipo de saberes populares que afectan la adherencia al tratamiento.

- La familia en muchos casos resulta ser uno de los grupos sociales que en mayor medida aporta a la adherencia de la enfermedad, debido a que estos presentan en buena medida la presión social que requiere el paciente para adherirse al tratamiento, en la misma medida los grupos sociales promueven en múltiples ocasiones el sustento emocional necesario para promover este tipo de adherencia
- El servicio médico y la forma en la que se aborda la enfermedad también resultan considerarse un factor relevante al momento de establecer la adherencia al tratamiento, bajo este precepto se reconoce que en múltiples ocasiones se reconoce que cuando el médico otorga la información apropiada al paciente, cuando el tratamiento es mucho más humanizado y cuando se encuentran tratamientos eficientes, entonces la adherencia tiende a ser mucho mejor.
- Los pacientes que tienen una adecuada percepción sobre la salud, y que comprenden que el autocuidado es parte fundamental como parte del tratamiento de la diabetes, resultan tener en algunos casos mejores resultados con el tratamiento, y promueven en este caso la calidad de vida.

RECOMENDACIONES

- En un principio es necesario que se incremente el acompañamiento que es realizado por las familias y las instituciones médicas para con los pacientes que padecen Diabetes Mellitus, ello se logra a partir de un acompañamiento constante por parte de un profesional en el área de gerontología, sobre todo optando por la humanización del servicio.
- Es conveniente que se planteen charlas y conversatorios en donde se describa de manera concreta cual es la forma que toma la diabetes y como se logra convivir con ella, esto para acrecentar el conocimiento que se tiene sobre la enfermedad, siendo esta una de las principales falencias encontradas en los sujetos de estudio de los documentos analizados, dejando claro cuáles son las condiciones de consumo y haciendo conciencia sobre la prevalencia de la enfermedad en la vida de la persona.
- Se precisa como necesario continuar con los estudios de este tipo sobre todo estableciendo variables como las culturales y las sociales como relevantes, las cuales podrían ser analizadas a la luz de un acercamiento con la población que padece de esta enfermedad.
- Desde el punto de vista institucional, el Estado debe otorgar la relevancia específica a esta enfermedad, partiendo del precepto que se trata de un problema de salud pública.
- Es preciso reconocer que para próximas revisiones es necesario establecer un análisis de documentos que parten sobre todo de contextos internacionales, toda vez que en este ámbito los análisis tocan muchas más temáticas y también se evidencian nuevas formas de tratamiento mucho más amplias.
- Es necesario que cuando se trate el tratamiento a la diabetes mellitus tipo II se considere trabajar con metodologías mixtas, toda vez que el ser humano es bastante complejo y comprende en sí

mismo tanto procesos psicológicos como físicos que están ligados de manera directa a su forma de actuar, de ahí que abordar este tipo de procesos desde la interdisciplinariedad sería una de las mejores maneras de obtener resultados adecuados.

- Desde la gerontología es necesario que, siendo la diabetes mellitus tipo II, una de las que más comorbilidad generan, optar por establecer políticas y programas que ayuden tanto a la prevención y a la sensibilización de la relevancia del tratamiento y sobre todo de las implicaciones que este mismo tiene.
- Es recomendable que los estudiantes y profesionales en gerontología reconozcan a la diabetes mellitus y la adherencia a su tratamiento como objeto de estudio, precisando que la población adulto mayor es la que en mayor medida se ve afectada debido a esta condición de salud.
- Es preciso así mismo que se incrementen los procesos de difusión de información sobre la enfermedad, otorgándole de esta manera la importancia que tiene y las implicaciones que presenta para el paciente en el desarrollo de su vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberti, K. (1998). *Zimmet PZ. Definition, diagnosis and classification of diabetes melitus and its complications. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Provisional Report of a WHO consultation.* Diabet Med.
- Alcaldía de Chía-Cundinamarca. (2019). *chia-cundinamarca.gov.co*. Obtenido de Diagnostico municipio de Chia: <http://chia-cundinamarca.gov.co/PDM2016/Diagn%C3%B3stico%20PDM%202016%202019%20Ch%C3%ada%2027052016.pdf>
- Alcaldía Municipal de Chía. (2016). *www.chia-cundinamarca.gov.co*. Obtenido de Diagnóstico PDM 2016 Chía: <https://www.chia-cundinamarca.gov.co/PDM2016/Diagn%C3%B3stico%20PDM%202016%202019%20Ch%C3%ADa%2027052016.pdf>
- Bello, N., & Montoya, P. (2016). *Adherencia al tratamiento farmacologico en adultos mayores diabeticos tipo 2 y sus factores asociados.* Gerokomos.
- Bello, N., & Montoya, P. (2017). *Adherencia al tratamiento farmacologico en adultos mayores diabeticos tipo II y sus factores asociados.* Gerokomos vol.28 no.2 Barcelona jun. 2017.
- Cañarte, G., Neira, L., Gárate, M., Samaniego, L., Tupac, J., & Andrade, S. (2019). *La diabetes como afectación grave se presenta con complicaciones típicas* . Dom. Cien., ISSN: 2477-8818.
- Consuegra, D. (2017). *Factores asociados con la adherencia terapeutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II atendidos en la consulta de medicina interna del hospital de II nivel de Bogotá.* Universidad del Rosario.
- Consuegra, D., & Diaz, M. (2017). *Factores asociados a la adherencia terapeutica en pacientes con diabete mellitus tipo 2 atendidos en la consulta de medicina interna de un hospital de II nivel de Bogota.* Universidad Ces Facultad de Medicina.
- DANE. (13 de 09 de 2010). *www.dane.gov.co*. Obtenido de Perfil Municipal: https://www.dane.gov.co/files/censo2005/PERFIL_PDF_CG2005/25175T7T000.PDF
- Datos Macro. (2020). *Piramide poblacional* . República de Colombia.
- De Fronzo, R. (1999). *Pharmacologic therapy for type 2 diabetes mellitus.*

- Domínguez-Guedea, M. T. (1 de enero de 2016). *Scielo.org.co*. Obtenido de Desafíos sociales del envejecimiento: Reflexión de el derecho al desarrollo:
<http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v9n1/v9n1a11.pdf>
- Escandon, N., Azocar, B., Pérez, C., & Matus, V. (2016). *Adherencia al tratamiento en diabetes tipo II y su relacion con la calidad de vida y depresión* . REVISTA DE PSICOTERAPIA, julio, 2015, Vol. 26, Nº 101, págs. 125-138.
- European Diabetes Policy Group. (1999). *A desktop guide to type 2 diabetes mellitus*. Diabet Med.
- Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha. (09 de 2015). *www.saldarriagaconcha.org*. Obtenido de Misión Colombia Envejece: <https://www.saldarriagaconcha.org/mce/>
- Fundacion Saldarriaga Concha. (2015). *Piramide poblacional* . UNESCO.
- Funes, J. (2012). *Diabetes y trabajo. Análisis de la influencia del control de la enfermedad y de las condiciones de trabajo en el absentismo laboral de las personas diabeticas*. Mexico, D.F.: Tesis Doctoral .
- Garrido, N. (2015). *Alimentacion en el paciente diabetico: la figura de la enfermera como educadura en diabetes*. Escuela universitaria de enfermeria.
- Goday Arno, A. (1999). *Epidemiología y coste sanitario de la diabetes en el siglo XXI en España*. Educación Diabetológica profesional .
- Goday, A., & Serrano, M. (1994). *Epidemiología de la diabetes mellitus en España. Revisión crítica y nuevas perspectivas*. Revista Clínica Barcelona.
- Gomez, L. (2011). *Un espacio para la investigación documental* . Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica- ISSN 2216-0701.
- Herrera, J. (2000). *Tratamiento de la diabetes tipo 2. Fármacos insulinosectores*. Medicine, 8.
- Hoyos, T., Arteaga, M., & Muñoz, M. (2011). *Factores de la no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Melitus tipo en el domicilio. La visión del cuidador familiar*. Inves Educ Enferm.
http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/8544/gallardo-paola.pdf. (s.f.).
http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/8544/gallardo-paola.pdf. (s.f.).
http://www.oas.org/docs/inclusion_social/equidad-e-inclusion-social-entrega-web.pdf. (s.f.).
<https://fiapam.org/que-hacemos/encuentros-intergeneracionales/>. (s.f.).
<https://fiapam.org/que-hacemos/encuentros-intergeneracionales/>. (s.f.).

- <https://psicologiaymente.com/psicologia/fases-jubilacion-robert-atchley>. (s.f.).
- <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/16038/RojasTrianaEdgar2017.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. (s.f.).
- <https://www.eltiempo.com/economia/finanzas-personales/edad-de-jubilacion-en-colombia-y-otros-paises-del-mundo-140730>. (s.f.).
- <https://www.envejecimientoydependencia.com/blog/tag/intergeneracionalidad/>. (s.f.).
- <https://www.rankia.co/blog/pensiones-iss-cesantias/4119016-cual-diferencia-pension-jubilacion>. (s.f.).
- <https://www.researchgate.net>. (s.f.). 77.
- Huamán, D. (2011). *fuentes de información*. OPS/OMS Perú.
- Jannoo, Z., & Mamode, N. (2018). *Medication Adherence and Diabetes Self-Care Activities Among Patientas With Type 2 Diabetes Mellotus*. Science Direct.
- JÚPITER RAMOS ESQUIVEL. (11 de octubre de 2009). *www.cucs.udg.mx*. Obtenido de Aportes para una conceptualización de la vejez:
http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf
- Kang, H., Mason, J., Kim, S., & Min., S. (2018). *Cost-related medication non-adherence among*. Diabetes Research and Clinical Practice.
- Lebovittz, H. (2000). *Insulin secretagogues: old and new*. Diabetes Review.
- Leites, A., Garcia, P., Fernandea, M., Tenorio, L., Fornos, J., & Rodriguez, F. (2019). *Evaluación de la no adherencia al tratamiento hipoglucemiante en la farmacia comunitaria*. Farmaceuticos Comunitarios, SEFAC.
- López, G. (2009). *Diabetes mellitus: clasificación, fisiopatología y diagnostico*. Medwave 2009 Dic;9(12):e4315 doi: 10.5867/medwave.2009.12.4315.
- Lozano, F. (1997).
- MaidanaI, G. M., Lugo, G., Acosta, P., Morinigo, M., Isasi, D., & Mastroianni, P. (2016). *Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentos*. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2016;14(1):70-77.
- MaidanaI, G. M., Lugo, G., Vera, Z., Acosta, P., Morinigo, M., Isasi, D., & Mastroianni, P. (2016). *Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentos*. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2016;14(1):70-77.

- Martins, P. C., de-Lima, A., & Silva, S. (2018). *Conocimiento y actitud frente a la enfermedad de personas con diabetes mellitus atendidas en Atención Primaria*. Enfermería Global.
- Massi, M. (2002). *CODE 2 Advisoria Board. The cost of diabetes type II in Europe: The CODE - 2 Study*. Duabe.
- Mata, M., Antoñanzas, G., Tafalla, M., & Saenz, P. (2002). *El coste de la diabetes tipo 2 en España: El estudio CODE -2*. Gac Sanit.
- Mattos, G., & Ochoa, A. (2015). *Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo II en el hospital de Bosa, Bogota, entre agosto y octubre de 2015*. Universidad de Ciencias Aplicadas y ambientales.
- Mediavilla, J. (2002). *La Diabetes Mellitus tipo 2*. Diabetes Care.
- Ministerio de Salud. (2014). *POLITICA COLOMBIANA DE ENVEJECIMIENTO HUMANO Y VEJEZ 2014 - 2024*. Bogotá: República de Colombia.
- Ministerio de salud. (Agosto de 2015). *minsalud.gov.co*. Obtenido de Política de envejecimiento humano y vejez 2015-2024:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%ADtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>
- Ministerio de Salud. (Agosto de 2015). *Minsalud.gov.co*. Obtenido de Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%ADtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social Oficina de promoción social. (2017). *Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020*. República de Colombia.
- Mora, O., Pérez, A., Sanchez, R., Mora, L., & Puente, V. (2013). *Morbilidad oculta de prediabetes y diabetes mellitus de tipo 2 en pacientes con sobrepeso y obesos*. MEDISAN.
- Morales, O. (s.f.). *Fundamentos de la investigación documental y la monografía*. Departamento de Investigación ULA.
- Ohkubo, Y., Kishikawa, H., & Araki, E. (1995). *Intensive insulin therapy prevents the progression of diabetic microvascular complications in Japanese patients with non-insulin dependent diabetes mellitus: a randomized prospective 6 years study*. Diabetes Res Clin Prac, 28.

- Organización de las Naciones Unidas ONU. (2018). *Naciones Unidas*. Obtenido de Envejecimiento: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Datos interesantes acerca del envejecimiento*. Organización Mundial de la Salud .
- Orozco, D., Mata, M., Artola, S., Conthe, P., Villa, J. M., & Miranda, C. (2016 a). *Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones*. El servier.
- Ortega, L., Narváez, A., & del-Castillo, L. (s.f.). *Principales alteraciones de homeostasis en la Diabetes Mellitus*. Revista de Facultad de Ciencias de la Salud.
- Ortiz, M., Ortiz, E., Gatica, A., & Gomez, D. (2011). *Factores Psicosociales asociados a la adherencia de la Diabetes Mellitus Tipo 2*. Santiago, Chile: TERAPIA PSICOLÓGICA 2011, Vol. 29, N° 1, 5-11.
- Pereira, O. (2012). *Diabesidad: Una epidemia del siglo XXI*. Medisan.
- Planeación, D. N. (2015). www.chia-cundinamarca.gov.co. Obtenido de TerriData: http://orarbo.gov.co/apc-aa-files/a65cd60a57804f3f1d35afb36cfcf958/chia_ficha_25175.pdf
- QuestionPro. (s.f.). *questionpro.com*. Obtenido de Entrevista estructurada: <https://www.questionpro.com/blog/es/entrevista-estructurada-y-no-estructurada/>
- Ramos, Y., Morejon, R., Gómez, M., Reina, M., Rangel, C., & Cabrera, Y. (2017). *Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2* . Revista Finlay.
- Reach, G., Pella, M., Crine, A., Touboul, C., Ciocca, A., & Djoudi, Y. (2018). *Holistic psychosocial determinants of adherence to medication in people with 2 diabetes*. Endocrinology.
- RED GDPS. (2018). *Diagnóstico y clasificación de diabetes*. REDGDPS.
- Report of a WHO Study Group. (1994). *WHO Technical Report Series 844*. Geneva: World Health Organization.
- Rodríguez, L. B., & Plata, G. Z. (2015). *La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2*. Investig Enferm.+.
- Tejada, Y., Rio, Y., Lardoeyt, R., & Nuñez, A. (2013). *ropuesta de una estrategia preventivo-educativa para la interacción genoma-ambiente en la aparición de la diabetes mellitus de tipo 2*. MEDISAN.

- Terrechenko, N., Baute, A., & Zamonsky, J. (2015). *Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnostico de Diabetes Mellitus Tipo II*. revista Biomedicina | BIOMEDICINA, 2015, 10 (1) | Medicina Familiar y Comunitaria 20 - 33 | ISSN 1510-9747.
- Troncoso, C., Delgado, D., & Rubilar, C. (2012). *Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Tipo II*. Rev Costarr Salud Pública 2013; 22: 9-13.
- UK Prospective Diabetes Study Group. (1998). *Intensive blood-glucose control with sulfonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes*. Lancet.

APÉNDICE

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS	CATEGORÍAS EMERGENTES	REFERENCIA	BASE DE DATOS/SERPOSITORIO	AÑO PUBLICADO	OBJETIVOS	REFERENTES CONCEPTUALES/TEÓRICOS	PALABRAS CLAVE	METODOLOGÍA: ENFOQUE, POBLACIÓN Y MUESTRA, TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	RESULTADOS Y CONCLUSIONES
Dietas	Adherencia al tratamiento	Farmacia Comunitaria	Leites, A., Garcia, P., Fernanda, M., Tenório, L., Fornos, J., & Rodriguez, F. (2019). <i>Evaluación de la no adherencia al tratamiento hipoglucemiante en la farmacia comunitaria.</i> Farmaceuticos Comunitarios, SEFAC.	SEFAC	2019	Evaluar en la farmacia comunitaria la prevalencia de no adherencia al tratamiento en DM tipo 2 mediante la realización del cuestionario MMAS-8.	incumplimiento terapéutico, medicación, resistencia al consumo de medicamentos, frecuencia y repercusión, tratamientos excesivos	Farmacia comunitaria, adherencia, diabetes mellitus tipo 2, cuestionario MMAS-8, factores relacionados con la adherencia	Estudio observacional transversal realizado en mayo y junio de 2018. Se seleccionaron pacientes mayores de 45 años, en tratamiento con hipoglucemiantes. Se midió la adherencia farmacoterapéutica mediante la administración del cuestionario (MMAS-8) según la puntuación obtenida en el test y la percepción que tienen sobre su tratamiento.	Participaron 64 pacientes, 29 (45,3%) mujeres y 35 (54,7) hombres. Las mujeres tenían 65,5 años de edad media (DE=15,3) y los hombres 65,6 años (DE=12,3). La puntuación media del test de MMAS-8 fue de 6,2±2,1, no encontrando diferencias significativas entre sexos. Se encontró que el número de pacientes con baja adherencia fueron 21 (32,8%), con media adherencia 19 (29,7%) y con alta adherencia 24 (37,5%). No se encontró relación entre el porcentaje de adherencia al tratamiento con el sexo, edad, nivel de estudios y condición laboral. La creencia de que el tratamiento mejora la enfermedad y que los medicamentos prescritos son los

adecuados
adherencia. aumenta la

Adherencia Terapéutica	<p>Condiciones sociodemográficas, Factores del paciente, de la enfermedad, del tratamiento y del sistema</p> <p>Consuegra, D., & Diaz, M. (2017). <i>Factores asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta de medicina interna de un hospital de II nivel de Bogota</i>. Universidad Cesar de Medicina.</p>	Universidad Rosario	2017	<p>Identificar los factores asociados con la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en la consulta de Medicina Interna de un Hospital de II Nivel localizado en el Suroccidente de Bogotá.</p>	diabetes Mellitus Tipo II, Adherencia, Farmacología	Diabetes Mellitus, Escala de Adherencia de Morisky 8 ítems, Adherencia Terapéutica, MMAS-8, IMEVID.	187 participantes, el 49% de ellos pertenecen al Club de atención de pacientes crónicos con trastornos metabólicos. Las variables asociadas con la adherencia al tratamiento son: Estilo de vida favorable OR 9,37 (IC 95% 2,72-32,27) y el número de consultas de medicina general > 6 en el último año con OR 2,10 (IC 95% 1,07 - 4,12).
------------------------	---	---------------------	------	--	---	---	--

Adherencia al tratamiento	Factores determinantes para la adherencia	Troncoso, C., Delgado, D., & Rubilar, C. (2012). <i>Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Tipo II</i> . Rev Costarr Salud Pública 2013; 22: 9-13.	Revista Costarricense de Salud Pública	2011	Especial	Interpretar la percepción de los factores que determinan la adherencia al tratamiento prescrito de adultos con DM2 que asisten al Centro de Salud Familiar La Floresta de la comuna de Hualpén, Chile, durante los meses de marzo y abril del año 2012.	Diabetes Tipo II, Tratamiento patológico, condiciones sociodemográficas	Adherencia; tratamiento; diabetes mellitus tipo 2; análisis cualitativo (fuente: DECS/BIREME)	Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, aplicando una entrevista semi-estructurada a un total de 11 personas que cumplían con los criterios de selección. El análisis de los resultados se realizó con la técnica del "análisis semántico".	Entre los resultados se destaca la importancia que los usuarios codifican del consumo de fármacos y de la realización de la dieta, sin embargo, esta última no es efectuada efectivamente por estos pacientes. El ejercicio físico no es interpretado como parte de su terapia.
---------------------------	---	---	--	------	----------	---	---	---	---	---

Cumplimiento de la medicación

Enfermedad crónica

Ramos, Y., Morejon, R., Gómez, M., Reina, M., Rangel, C., & Cabrera, Y. (2017). *Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. Revista Finley.

Revista Finlay

Estimar algunos factores relevantes de la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Adherencia a las prescripciones, Diabetes Mellitus

diabetes mellitus tipo 2, cumplimiento de la medicación, enfermedad crónica.

se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 pertenecientes al consultorio 3 del consejo popular Cartagena, durante el período octubre 2014 a mayo 2015. Las variables analizadas fueron: sociodemográficas: sexo, edad, nivel educacional, ocupación y estado civil; de la enfermedad: tiempo de evolución, enfermedades concomitantes, control metabólico; y de las características del régimen terapéutico: modalidades y dosificación. Las técnicas utilizadas fueron: análisis de documentos, la historia de la enfermedad, el estado clínico actual, tratamiento médico indicado y su cumplimiento, cuestionario de adherencia terapéutica y cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 abreviado, entrevista clínica centrada en la enfermedad, las características del régimen terapéutico. Se procesó la información en la base de datos del paquete estadístico SPSS 15,0 para Windows. Se utilizó la estadística descriptiva, los resultados se expresaron en frecuencias absolutas y relativas.

un 63 % de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 no cumple con las recomendaciones terapéuticas, son las representantes del sexo femenino las mayores cumplidoras del tratamiento (73 %), predominó como rango de edad de 51-60 años (82 %); se destacó el sexo masculino como el más incumplidor en rangos de edad de 30- 40 y 51-60 años, prevalecieron las amas de casa cumplidoras (54,5 %). Hubo más conductas adherentes al tratamiento en los dos primeros años y después de diez, con control metabólico (100 %), mayor presencia de enfermedades concomitantes (82 %). El régimen terapéutico combinado (96,7 %) y multidosis (100 %) resultaron similares en cumplidores e incumplidores.

Cu
mp
lim
ient
o
de
la
me
dic
aci
ón,
Dia
bet
es
insí
pid
a

Diabete
s
insipid

Terechenko, N.,
Baute, A., &
Zamonsky, J.
(2015).
*Adherencia al
tratamiento en
pacientes con
Diagnostico de
Diabetes Mellitus
Tipo II.* revista
Biomedicina |
BIOMEDICINA,
2015, 10 (1) |
Medicina Familiar
y Comunitaria 20 -
33 | ISSN 1510-
9747.

Bio
me
dic
ine

2
0
1
5

E
s
p
añ
o
l
a

conocer la
adherencia al
tratamiento
farmacológico y no
farmacológico de
los pacientes con
DM2 adultos que
son atendidos en
las Instituciones de
Asistencia Medico
Colectivas (IAMC)
de la ciudad de
Carmelo Uruguay
de marzo 2013 a
marzo 2014

Relevanci
a de la
diabetes a
nivel
mundial,
prevalenc
ia de la
enfermed
ad

Diabetes
Insípida,
Terapéut
ica,
Cumpli
miento
de la
Medicaci
ón.

Se realizó un estudio descriptivo,
transversal, prospectivo de los
pacientes con DM2 adultos
pertenecientes a las Instituciones
de Asistencia Médico Colectivas
de la ciudad de Carmelo en el
periodo transcurrido entre 1ero de
marzo de 2013 al 31 de marzo de
2014

Un 56% de los encuestados relata
presentar buena adherencia al
tratamiento farmacológico

Adherencia al tratamiento	Diabetes Mellitus	<p>Escandon, N., Azocar, B., Pérez, C., & Matus, V. (2016). <i>Adherencia al tratamiento en diabetes tipo II y su relación con la calidad de vida y depresión</i>. REVISTA DE PSICOTERAPIA, julio, 2015, Vol. 26, N° 101, págs. 125-138.</p>	2015	Escripción	<p>describir la relación entre adherencia al tratamiento y dos variables: calidad de vida y sintomatología depresiva, en pacientes adultos con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos en Centros de Salud Familiar de la Provincia de Concepción, Chile.</p>	Diabetes Mellitus, Adherencia	diabetes mellitus, adherencia, calidad de vida, depresión.	<p>Se obtuvo una muestra de 101 participantes de entre 45 a 65 años de edad, cursando con la enfermedad en un período mayor o igual a un año, a quienes se les aplicó: el Inventario de Depresión de Beck, en su segunda versión (BDI-II), la Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, versión III (EATDM-III), y un Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-BREF).</p>
---------------------------	-------------------	--	------	------------	---	-------------------------------	--	---

Factores que determinan la falta de adherencia

Prácticas médicas relacionadas y constancia

Maidana, G. M., Lugo, G., Acosta, P., Morinigo, M., Isasi, D., & Mastroianni, P. (2016). *Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentos.* Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2016;14(1):70-77.

Sci
elo

2
0
1
6

E
s
P
a
ñ
o
l

describir los factores que influyen en la adherencia del tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos

Adherencia, Factores, Diabetes Mellitus.

Se realizó un estudio prospectivo observacional, descriptivo, transversal en el que se entrevistó a pacientes diabéticos atendidos en el Programa Nacional de Diabetes, utilizando un cuestionario diseñado para el estudio que incluía información sobre la adherencia al tratamiento farmacológico, además de los valores de glicemia y hemoglobina glicosilada.

Fueron incluidos en el estudio 127 pacientes, de los cuales el 65% era del sexo femenino, la edad promedio fue de 53 años, y tiempo promedio de evolución de la enfermedad de 11 años, el 51,2% tenía grado de instrucción primaria, 60% vivía en pareja, y 28% de los pacientes tenía la hemoglobina glicosilada $\leq 6,5\%$. El 13,4% de los pacientes reportó no cumplir, a veces cumplir o no recordar las indicaciones dadas por los prescriptores, siendo los motivos más frecuentes de la falta de cumplimiento: el olvido 58,8%, la utilización de muchos medicamentos 29,4% y la falta de disponibilidad en el programa 29,4%. El olvido y la polimedición fueron los factores más frecuentes por los cuales los pacientes no se adhieren al tratamiento farmacológico. Esta información permitirá la toma de decisiones para ayudar a los pacientes a mejorar su adherencia al tratamiento farmacológico

Adherencia

Impacto de la falta de adherencia

Orozco, D., Mata, M., Artola, S., Conthe, P., Villa, J. M., & Miranda, C. (2016 a). *Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo2: situación actual y propuestas de posibles soluciones.* El servir.

Els

2016

Estudio

Definir el impacto y las causas de la falta de adherencia terapéutica en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), las posibles intervenciones para mejorarla y el papel de las distintas partes implicadas.

Cuestionario Delphi, Diabetes Mellitus

Adherencia terapéutica; Diabetes mellitus tipo 2; Técnica Delphi; Atención primaria; Medicina de familia

Valoración de cuestionario estructurado mediante método Delphi aplicado en 2 rondas. Emplazamiento: Estudio realizado en el ámbito de atención primaria. Participantes: Panel formado por profesionales médicos de reconocido prestigio y con amplia experiencia en diabetes. Mediciones principales: Valoración a través de una escala Likert de 9 puntos del grado de acuerdo o desacuerdo de 131 ítems agrupados en 4 bloques: impacto; causas de incumplimiento; diagnóstico de la falta de adherencia y de sus posibles causas, y mejores intervenciones y papel de los distintos roles implicados en la mejora de la adherencia

on una tasa de participación del 76,31%, los profesionales sanitarios de atención primaria consensuaron 110 de las 131 aseveraciones propuestas (84%), mostrando acuerdo en 102 ítems (77,9%) y desacuerdo en 8 (6,1%). No se logró consenso en 21 ítems.

Adherencia farmacológica

Adultos Mayores

Bello, N., & Montoya, P. (2017). *Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo II y sus factores asociados*. Gerokomos vol.28 no.2 Barcelona jun. 2017.

Gerokomos

2016

Estudios

Describir el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y sus factores asociados en adultos mayores con diabetes tipo 2

Farmacología, Adherencia

adherencia farmacológica, adultos mayores, diabetes mellitus tipo 2

Estudio transversal. Se aplicó el test Morisky Green, el cuestionario de Apoyo Familiar al diabético y APGAR familiar

El tratamiento farmacológico es influenciado por factores sociodemográficos que permiten caracterizar a este tipo de sujetos y desarrollar estrategias para su mejor control y monitoreo en el tiempo

Determinantes holísticos

características psicosociales

Rearch, G; Pellan, M; Crine, A; Touboul, C; Ciocca, A; Djoudi. (2018) Holistic psychosocial determinants of adherence to medication in people with type 2 diabetes. Endocrinology. Bibigny

Endocrinology

2018

determinar la adherencia o no adherencia al tratamiento de la diabetes tipo 2 diferenciando los factores psicosociales

Diabetes mellitus tipo 2

Adherencia, Hábito, foco de control, obediencia, paciente

Este es un estudio de tipo transversal, de tipo observacional, aplicado a 1214 pacientes.

De las 1214 personas analizadas se encuentra que el 46,2% reconocen estar estrechamente adheridos al tratamiento controlador de la diabetes mellitus tipo 2, por el contrario, el 53,8% de la población considera que su adherencia es significativamente baja.

Costos de la adherencia

Kang, H; Mason, J; Kim, S; S Min. (2018). Cost-related medication non-adherence among U.S. adults with diabetes. Diabetes Research and Clinical Practice

Diabetes Research and Clinical Practice

2018

ingles

Examinar los factores que afectan los costos relacionados con la falla en la adherencia de la medicacion.

Costos

Diabetes, Adherencia a la medicación, estilo de vida. Para el presente estudio se tienen en cuenta la totalidad de las personas que han ocupado la prescripción medicativa en Estados Unidos durante el periodo comprendido entre 2013 y 2014, para el caso se realiza la ocupación de la BRFSS aplicado a través de un medio telefónico.

Se encuentra que el 16,5% de los adultos mayores reconocieron que existe un problema sustancial con el dinero destinado para el tratamiento de la diabetes, siendo este superior a 50,000 dólares.

Medicación y adherencia

Cuidados propios

Z Janoo; N Mamode. (2018). Medicación adherence and Diabetes Self-Care Activities Among Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. Science Direct

ScienceDirect

2018

Evaluar la adherencia a la medicación que tienen las personas y los cuidados personales de las personas que sufren Diabetes Mellitus 2

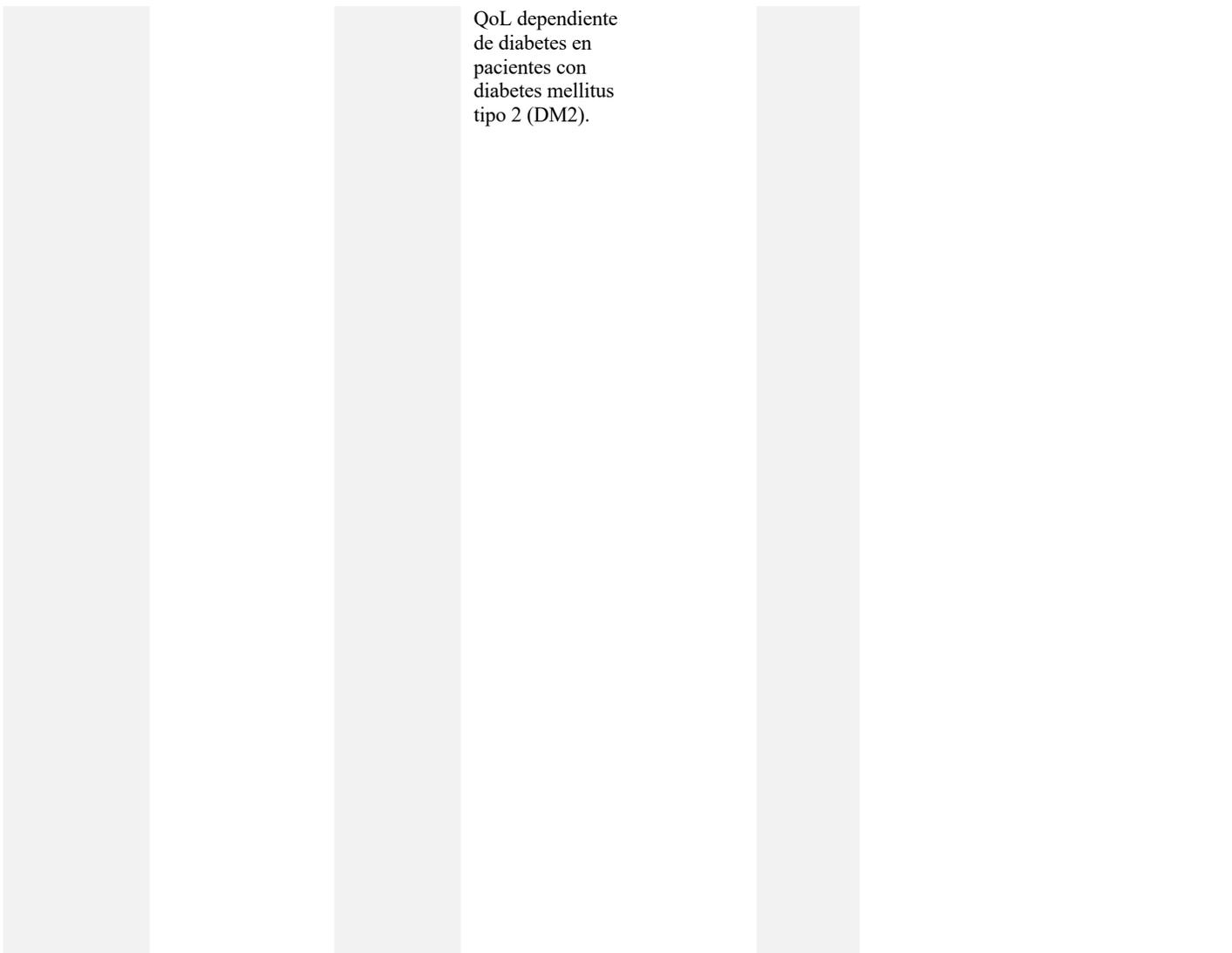
Diabetes Mellitus, complicaciones de las enfermedades

Azúcar en la sangre, adherencia a la medicación, cuidados propios activos, Diabetes Mellitus Tipo 2

Se evaluaron un total de 497 pacientes con características subjetivas quienes se encuentran recluidos en un hospital de Malasya

La edad en la que se presenta con mayor frecuencia la diabetes mellitus 2 es 55 años, mientras que se presenta una adherencia del 50,9% en la totalidad de los sujetos de investigación

<p>Angustia</p> <p>Medicamentos y cuidados personales, calidad de vida</p>	<p>Z Janoo; Y Bee; A Mohd; M Azmi. (2017) Examining diabetes distress, medicación adherence, diabetes self-care activities, diabetes-specific quality of life and health-related quality of life among type 2 diabetes mellitus patients. Journal of clinical & translational endocrinology</p>	<p>Journal of Clinical & Translational Endocrinology</p> <p>2017</p>	<p>Analizar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ha aumentado la atención en los estudios de resultados de salud. Los factores que influyen individualmente en la CVRS, los comportamientos de autocuidado de la diabetes y la adherencia a la medicación tienen ha sido ampliamente investigado; sin embargo, la mayoría de los estudios anteriores no han probado una asociación integrada entre múltiples resultados de salud. El propósito de este estudio fue formular una estructura hipotética estructural. modelo de ecuación que vincula la CVRS, la angustia de la diabetes, las actividades de autocuidado de la diabetes, la adherencia a la medicación y</p> <p>Diabetes Mellitus, Angustia, Ansiedad</p>	<p>calidad de vida, diabetes tipo 2, actividades de autocuidado, angustia</p>	<p>Se empleó un diseño de estudio transversal y se reclutaron 497 pacientes con DM2 clínicas ambulatorias en tres hospitales públicos y una clínica del gobierno. Los pacientes completaron una serie de cuestionarios El modelo hipotético se probó utilizando el análisis de modelado de ecuaciones estructurales (SEM)</p>	<p>Se empleó un diseño de estudio transversal y se reclutaron 497 pacientes con DM2 clínicas ambulatorias en tres hospitales públicos y una clínica del gobierno. Los pacientes completaron una serie de cuestionarios El modelo hipotético se probó utilizando el análisis de modelado de ecuaciones estructurales (SEM)</p>
--	---	--	--	---	---	---



QoL dependiente
de diabetes en
pacientes con
diabetes mellitus
tipo 2 (DM2).

Factores sociales	Cuidado en el hogar	Artículo original	2011	Español	Nivel Cognitivo, espacio familiar	cumplimiento de la medicación; cooperación del paciente; cuidadores; atención domiciliar de salud; diabetes mellitus tipo 2; investigación cualitativa.	Estudio etnográfico enfocado. En 2008 se realizaron 18 entrevistas a cuidadores de pacientes con DM2, pertenecientes a programas de control de diabetes de instituciones de salud de Medellín (Colombia), y también se efectuaron seis observaciones de momentos significativos del cuidado	La adherencia al tratamiento en personas con DM2 está mediada por múltiples factores que la dificultan como: concepciones culturales de la enfermedad, desencuentro entre los discursos del equipo profesional de salud y el saber popular, cansancio de tomar tantos medicamentos, miedo a la múltiples punciones por la aplicación de la insulina, insatisfacción con la calidad brindada de los servicios de salud y el costo económico de la enfermedad a largo plazo
	Hoyos, T; Arteaga, M. Factores de la no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Melitus tipo en el domicilio. La visión del cuidador familiar				Comprender los factores para no adherencia al tratamiento de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), desde la visión del cuidador familiar			

<p>Patología de Distribución mundial</p>	<p>Factores determinantes para la adherencia</p>	<p>Mattos, G; Ochoa, A. (2015). Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo II en el hospital de Bosa, Bogota, entre agosto y octubre de 2015. Universidad de Ciencias Aplicadas y ambientales.</p>	<p>Universidad de ciencias aplicadas y ambientales</p>	<p>2015</p>	<p>Evaluar la adherencia al tratamiento farmacologico en los pacientes con diagnostico de Diabetes Mellitus Tipo 2 del Hospital de Bosa entre agosto y octubre del 2015.</p>	<p>Diabetes, Adherencia</p>	<p>Se realizó un estudio de carácter descriptivo transversal, en el cual se evaluará el grado de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Hospital de Bosa, Bogotá. La población a estudio está conformada por los pacientes ingresados en los servicios de medicina interna, cirugía y urgencias del Hospital de Bosa durante el periodo de agosto - octubre de 2015, cuyos diagnósticos de la historia clínica incluyan Diabetes Mellitus Tipo 2 y reciban manejo farmacológico por un periodo mayor a seis meses.</p>
<p>Adherencia al tratamiento</p>	<p>estilos de vida saludable</p>	<p>Aránzazu, L; Anarte, C; Masoliver, A; Barreda, E. (2019) Adherencia al tratamiento y estilos de vida saludable de los diabéticos tipo 2 de Benicasim, Castellon. RqR enfermería comunitaria, 2019</p>	<p>RqR Enfermería Comunitaria</p>	<p>2019</p>	<p>determinar la adherencia al tratamiento farmacológico y estilos de vida saludables de los diabéticos tipo 2 del centro de salud de Benicasim en el período de tiempo de julio del 2017 a diciembre del 2017.</p>	<p>Diabetes mellitus tipo 2; cumplimiento de la medicación; estilo de vida; atención de enfermería; educación en salud.</p>	<p>Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el que se utilizó la encuesta de Morisky-Green y el instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (IMEVID). Fueron incluidos 151 pacientes diagnosticados con el CIE 250 Diabetes mellitus tipo 2 del centro de salud de Benicasim.</p> <p>Se encontró que el 98% de las personas analizadas presentaban un estilo de vida saludable o muy saludable mientras que la adherencia al tratamiento farmacológico fue de un 29.8%.</p>

<p>Adherencia al tratamiento</p>	<p>Conocimiento de la enfermedad</p> <p>Pancacio, G; Ascencio, G; Cruz, A; Guzmán, G. Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en diabetes con mellitus tipo 2. Salud en Tabasco.</p>	<p>Salud en Tabasco</p> <p>2016</p> <p>Español</p>	<p>Diabetes Mellitus, Adherencia</p> <p>Identificar el grado de conocimiento de la diabetes mellitus con el instrumento DKQ24 y el grado de apego al tratamiento farmacológico en diabéticos tipo 2 de dos comunidades de Centro, Tabasco</p>	<p>Adherencia, tratamiento, diabetes, conocimiento</p> <p>Estudio de tipo descriptivo transversal en 80 pacientes diabéticos tipo 2 de dos comunidades del municipio de Centro, Tabasco. Procedimiento: Diabéticos que acudían a la consulta externa del primer nivel de atención, fueron sometidos a una entrevista con el instrumento DKQ24 (24 ítems) y el Test de Morisky Green (8 ítems). Análisis Estadístico: Procesamiento de datos mediante aplicación Microsoft Excel 2010</p>	<p>La edad promedio fue de 54.8 años. El género femenino predominó (62.5 %); la mayoría eran casados (55 %); ser ama de casa fue la ocupación más frecuente con un 62.5 %; se encontró a la mayoría de la población sin ningún grado de estudios (52.5 %). La media de tiempo evolución de la enfermedad fue de 7.1 años, la media del MC fue de 30.6 kg/m², tomaban glibenclamida aproximadamente 1.5 veces al día y metformina 1.9 veces al día. Se encontró que el conocimiento sobre la DM Tipo 2 fue aceptable en un 70% de la muestra y que un 72.5% de los pacientes presenta buena adherencia al tratamiento farmacológico. Existe una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento de la enfermedad y la adherencia al tratamiento comprobado mediante la prueba de X² obteniendo una p<0.001.</p>
----------------------------------	--	--	---	--	---

Adherencia al tratamiento	Control metabólico	Vargas, C; Toledo, A. (2018) Adherencia al tratamiento y su relación con el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en una unidad de medicina familiar en Cuernavaca, Morelos, México. Aten Fam. 2018;25(4):146-150.	Armen	2018	Establecer la relación entre la adherencia al tratamiento y el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del programa Diabetimss de una unidad de medicina familiar en Cuernavaca, Morelos, México	Adherencia al tratamiento, glucosidad, diabetes mellitus tipo II	metabolismo, diabetes mellitus, adherencia al tratamiento	estudio de tipo transversal analítico. Muestra de 178 pacientes que acudieron al programa Diabetimss en el periodo de agosto a septiembre de 2016. Previa firma de consentimiento informado se aplicó el cuestionario sobre características sociodemográficas, clínicas y la Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus tipo 2-versión III (eatdm-iii); se obtuvo información de parámetros bioquímicos de los expedientes clínicos con el propósito de determinar el control metabólico en los pacientes. Para el análisis univariado se utilizaron medidas de tendencia central, porcentajes y frecuencias; la prueba estadística χ^2 se ocupó para el análisis bivariado.	de los 178 pacientes, 65.73% era de sexo femenino; 46.07% tenía de 52 a 67 años; 41.57% contaba con menos de cinco años de evolución de la enfermedad; 26.40% se hallaba en tratamiento con un hipoglucemiante oral. 62.92% tuvo adherencia media al tratamiento, no se reportaron pacientes con adherencia baja; 44.94% del total de pacientes presentó control metabólico; 84.8% de pacientes con adherencia alta presentó control metabólico y 78.6% de pacientes con adherencia media presentó descontrol metabólico. La asociación entre el control metabólico y la adherencia al tratamiento fue significativa con un valor p de 0.000.
---------------------------	--------------------	--	-------	------	---	--	---	---	---