UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

"Adherencia y barreras para el autocuidado en el tratamiento integral de la Diabetes Mellitus Tipo 2: Perspectiva de pacientes del Hospital Dr. Pedro Fiorito."

TRABAJO FINAL DE GRADO PARA LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

AUTORA: Villegas Ciarlo Sofia

TUTOR TEMÁTICO: Acosta Sero, Marcela Ommi.

TUTORES METODOLÓGICOS: - Acosta Sero, Marcela Ommi; Uría, Karen Yael.

FECHA: Diciembre del 2024

DATOS DE CONTACTO:

Villegasciarlosofia@gmail.com

Marcelaommi.acostasero@uai.edu.ar

KarenYael.Uria@uai.edu.ar

ÍNDICE:

RESUMEN: 1
INTRODUCCION: 3
OBJETIVOS 5
Objetivo general: 5
Objetivos específicos: 5
MATERIALES Y METODOS: 6
Población y ámbito de estudio: 6
Diseño 6
Criterios de elegibilidad: 6
Criterios de inclusión: 6
Criterios de exclusión: 6
Criterios de eliminación: 6
Muestreo 7
Variables 7
Variables de caracterización: 7
Variables de estudio: 7
ANALISIS DE LA INFORMACIÓN: 8
ASPECTOS ETICOS: 9
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: 9
RESULTADOS: 9
DISCUSION: 15
CONCLUSIÓN: 17
DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS 17
BIBLIOGRAFIA: 18
ANEXOS 20

RESUMEN:

Introducción:

La DM2 es un trastorno metabólico caracterizado por la glucosa elevada en la sangre que se genera por una resistencia a la insulina. La OMS enfatiza la importancia de la adherencia al tratamiento, que incluye medicamentos, dieta y cambios en el estilo de vida. La adherencia se ve afectada por polimedicación, olvido y problemas en la relación médico-paciente, lo que aumenta el riesgo de complicaciones y mortalidad.

Objetivo:

Describir la adherencia y barreras para el autocuidado en el tratamiento integral de la DM2.

Metodología:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo. Los datos se obtuvieron mediante una encuesta realizada a pacientes con DM2 del Hospital Dr. Pedro Fiorito, de ambos sexos y mayores de 35 años, durante el año 2024.

Resultados:

El estudio incluyó a 69 pacientes DM2, con una edad promedio de 60 años, predominando el sexo masculino. La mayoría tenía un nivel educativo inferior al secundario y presentaba 10 años de evolución de la enfermedad, accediendo únicamente al sistema público de salud. En relación con la adherencia al tratamiento nutricional, un 40 % de los pacientes no adherentes reportó “siempre” presentar dificultades para acceder a turnos. Respecto al tratamiento farmacológico, el 30 % de los no adherentes también indicó “siempre” encontrar obstáculos. La barrera económica afectó al 40 % de los pacientes, quienes clasificaron esta dificultad como “siempre”. En cuanto a las barreras sociales, un 50 % carecía de apoyo de amigos y un 80 % de apoyo laboral. Además, el 50 % de los pacientes experimentó falta de motivación y angustia.

Conclusión:

Se observó que los pacientes presentaron una alta prevalencia de falta de adherencia tanto al tratamiento nutricional y al farmacológico según la dificultad para acceder a turnos. Además, se identificaron barreras económicas, psico-emocionales, asistenciales y sociales que afectaban negativamente el desarrollo de la enfermedad.

PALABRAS CLAVES: “Diabetes tipo 2”, “Barreras económicas”, “Turnos médicos” ”Intolerancia a la glucosa”, “Adherencia al tratamiento”, “Barreras psicoemocionales”, “Apoyo familiar”, “Estrés”

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a todos los pacientes que participaron en esta encuesta, sin su colaboración este trabajo no hubiese sido posible.

Por otro lado, agradecer a mi familia, especialmente a mi marido y mi hijo Santiago.

INTRODUCCION:

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) engloba un conjunto diverso de trastornos metabólicos que, en general, provocan elevaciones en los niveles de glucosa en sangre, conocidas como hiperglucemias (1) . Aunque en este tipo de diabetes se produce insulina, su cantidad es insuficiente y su funcionamiento es inadecuado, lo que dificulta la entrada de glucosa en las células y provoca insulino-resistencia (2).

Por otro lado, La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el grado en el cual una persona sigue las recomendaciones de su profesional de salud, lo que incluye no solo la toma de medicamentos, sino también la adopción de un régimen alimentario adecuado y cambios en el estilo de vida (3) . Por lo tanto, es fundamental considerar tanto los aspectos farmacológicos como los no farmacológicos al referirse a la adherencia (4).

Actualmente, aproximadamente 463 millones de adultos de entre 20 y 79 años están diagnosticados con DM2, lo que representa el 9.3% de la población global en este rango de edad. Se prevé que esta cifra alcance los 578 millones (10.2%) para 2030 y 700 millones (10.9%) para 2045, un aumento atribuible a mejoras en la detección, cambios demográficos y factores ambientales y de comportamiento que incrementan el riesgo de DM2. En Latinoamérica, la prevalencia varía entre el 8% y el 13% (5). En Argentina, la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) de 2018 reveló que el 12.7% de la población adulta tiene diabetes. Además, cerca de 9,000 muertes anuales en el país son atribuibles a esta enfermedad (6). Aunque la DM2 se manifiesta predominantemente en individuos mayores de 40 años, se ha observado un aumento en su prevalencia entre personas más jóvenes (2) .

Diversos factores contribuyen a la falta de adherencia al tratamiento, entre los que se destacan la polimedicación, el olvido, la calidad de la relación médico-paciente, la edad, el nivel educativo, la duración de la enfermedad, las complicaciones asociadas y los factores psicológicos (7). Las personas con DM2 que no siguen un tratamiento nutricional y farmacológico adecuado enfrentan consecuencias que comprometen su bienestar e incrementan el riesgo de mortalidad. Las muertes prematuras y las complicaciones invalidantes a largo plazo convierten a la DM2 en una enfermedad de alto costo, especialmente en países de ingresos bajos y medios. La hiperglucemia continua causa daños en los vasos sanguíneos, desencadenando complicaciones cardiovasculares y enfermedades como nefropatía, retinopatía y neuropatía (1).

Varios estudios destacan la importancia de reconocer esta enfermedad como un

problema de salud pública significativo, que conlleva altos costos tanto económicos como sociales. Existe una relación clara entre la falta de adherencia a los tratamientos terapéuticos y un aumento en la morbimortalidad de los pacientes, interconectando factores biológicos, psicológicos y sociales. Esto resalta la urgencia de abordar las causas subyacentes de este incumplimiento, realizando hincapié en que las complicaciones de la DM2 a lo largo del tiempo se asocian con una menor adherencia al tratamiento. Además, numerosas investigaciones subrayan la necesidad inmediata de implementar medidas correctivas que incluyan educación orientada a promover estilos de vida saludables, como la mejora de la alimentación y el fomento de la actividad física, en conjunto con el tratamiento farmacológico. Así, se busca reducir la prevalencia de la DM2 en la población general. Por otro lado, se observa una diferencia de género en la adherencia al tratamiento, siendo las mujeres en líneas generales más proactivas en la búsqueda de atención médica y en el control de su condición (4,7,8) .

Este trabajo de investigación tiene como propósito identificar y analizar los factores que afectan negativamente la adherencia al tratamiento y las barreras que obstaculizan el autocuidado en el manejo integral de la DM2, desde la perspectiva de los pacientes que asisten al Hospital Dr. Pedro Fiorito. Es crucial examinar cómo cada uno de estos elementos influye en la adherencia para abordar este desafío de manera efectiva.

La importancia de este trabajo radica en la necesidad urgente de abordar en forma integral la DM2. Identificar y comprender los factores que afectan la adherencia al tratamiento es fundamental para facilitar intervenciones del equipo de salud más precisas y efectivas, lo que contribuirá a mejorar la evolución y el control de esta compleja enfermedad que impacta a millones de personas.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Describir la adherencia y las barreras para el autocuidado en el tratamiento Integral de la DM2, desde la perspectiva de los pacientes que asisten al Hospital Dr. Pedro Fiorito durante el periodo abril – julio del año 2024.

Objetivos específicos:

En pacientes con DM2 que asisten al Hospital Dr. Pedro Fiorito:

● Describir la adherencia al tratamiento nutricional y farmacológico según la

dificultad para acceder a turnos.

● Identificar las barreras sociales, económicas, asistenciales y psico- emocionales que interfieren en el tratamiento.

MATERIALES Y METODOS:

Población y ámbito de estudio

La muestra estuvo compuesta pacientes con DM2 internados en el Hospital Dr. Pedro Fiorito de Avellaneda, ubicado en la Provincia de Buenos Aires, durante el periodo de abril a julio de 2024.

Diseño

Estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo.

Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión:

- Ambos sexos biológicos
- Pacientes hospitalizados en el Hospital Dr. Pedro Fiorito.
- Pacientes entre 35 y 90 años de edad.
- Pacientes con diagnóstico de DM2.
- Quienes hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Mujeres embarazadas o en período de lactancia.
- Aquellos con barreras idiomáticas o de comprensión que imposibiliten llevar a cabo la entrevista.
- Aquellos que se nieguen a participar.

Criterios de eliminación:

- Quienes no completaron la totalidad de la encuesta.

Muestreo

Tipo de muestreo no probabilístico, intencional según la aceptación de participantes en el estudio.

Variables

Variables de caracterización:

Para caracterizar a la muestra estudiada, se recolectaron los siguientes datos: edad (en años), sexo biológico (femenino, masculino), estado civil (soltero/a, conviviente, casado/a o viudo/a), nivel educativo (menos de secundaria completa, secundaria completa o superior), tipo de cobertura de salud (obra social, prepaga o sin cobertura), duración de la diabetes (en años) y exceso de peso (si, no) determinado subjetivamente a través de la observación del paciente durante la entrevista.

Variables de estudio:

Adherencia al tratamiento nutricional: Adecuada/ Inadecuada. Esta clasificación se estableció a partir de la respuesta a 5 preguntas sobre hábitos alimentarios, basadas en las pautas discutidas durante las consultas nutricionales. Las preguntas abordaron si el paciente realizaba las cuatro comidas diarias (desayuno, almuerzo, merienda y cena), si realizaba colaciones durante periodos prolongados de ayuno, si respetaba el tamaño de las porciones, la concurrencia a las consultas nutricionales y los cambios en el peso corporal. Se consideró adherencia adecuada si el paciente refería cumplir al menos 3 de las 5 pautas establecidas por el servicio de nutrición según lo indicado por el paciente.

Adherencia al tratamiento farmacológico: Adherente/ No adherente. Se determinó mediante el test de Morisky – Green, dicho cuestionario se basa en la formulación de 4 preguntas de respuesta dicotómica (sí/no) sobre las actitudes del paciente hacia la medicación, las cuales se presentan en la encuesta. Si las respuestas del paciente no son adecuadas, se concluye que el paciente no sigue el tratamiento de manera adherente. Para considerarse adherente, el paciente debe responder correctamente a las cuatro preguntas, en el orden específico de No/Sí/No/No

Dificultad para acceder a turnos: Esta información se obtuvo a partir de una pregunta del interrogatorio, en la cual los pacientes pudieron clasificar sus experiencias como "siempre", indicando que enfrentan dichas dificultades de manera constante; "a veces", sugiriendo que las

dificultades son intermitentes; o "nunca", lo que señala que no experimentan tales problemas en absoluto.

Barreras sociales: Colaboración de la familia/ Colaboración de amigos/ Colaboración en el trabajo/ dificultades laborales. Estas barreras se determinaron a través de un interrogatorio a los pacientes sobre la frecuencia con la que se percibieron (Nunca/ A veces/ Siempre).

Barreras económicas: Se realizó utilizando una escala de frecuencia que permitía a los encuestados clasificar sus experiencias en relación a dichas dificultades como "siempre", "a veces" o "nunca". Esta barrera hace referencia a cuando el individuo no puede pagar suficientes alimentos, o suficientes alimentos que sean nutritivos

Barreras asistenciales: Dificultades en la comprensión de las indicaciones del médico/ Dificultades en la comprensión de las indicaciones del nutricionista/ Dificultades para conseguir turnos. Estas barreras se determinaron a través de un interrogatorio a los pacientes sobre la frecuencia con la que se percibieron (Nunca/ A veces/ Siempre).

Barreras psico-emocionales: Se consideraron las barreras relacionadas con falta de motivación / Presencia de depresión o angustia. Estas barreras se identificaron mediante un interrogatorio en el que se preguntó a los pacientes con qué frecuencia experimentaron cada una de estas dificultades.

ANALISIS DE LA INFORMACIÓN:

Las variables categóricas se presentaron mediante frecuencias absolutas y relativas (n y %). Por su parte, las variables numéricas se describieron utilizando medidas de tendencia central (media o mediana) y medidas de dispersión, que incluyeron el desvío estándar (DE), el primer cuartil (Q1), el tercer cuartil (Q3), así como los valores mínimo y máximo, dependiendo del cumplimiento del supuesto de normalidad. Este supuesto se verificó mediante el test de Kolmogórov-Smirnov y a través de métodos gráficos, como gráficos de caja, gráficos cuantil-cuantil e histogramas. El análisis de los datos se llevó a cabo utilizando herramientas de Excel. Se relacionó descriptivamente a las variables “adherencia al tratamiento farmacológico” y “adherencia al tratamiento nutricional” con “dificultad para acceder a turnos”

Tamaño de la muestra: Se tuvo acceso a un total de 69 participantes.

ASPECTOS ETICOS:

El protocolo del presente estudio fue sometido a evaluación por parte del Comité de Docencia e Investigación del Hospital Dr. Pedro Fiorito. Se brindó información detallada a los posibles participantes sobre los objetivos y características del estudio, y se solicitó su autorización mediante la firma de un consentimiento informado. Se garantizó el uso de los datos obtenidos con el máximo respeto a la confidencialidad y privacidad de la información personal, a través de un proceso de anonimización.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se utilizó una encuesta diseñada específicamente para el estudio, la cual fue administrada en una entrevista presencial por el investigador y tuvo una duración aproximada de 10 a 15 minutos. Este cuestionario constaba de 24 preguntas cerradas y 2 preguntas abiertas, distribuidas en siete secciones.

La primera sección incluía 7 preguntas sobre características sociodemográficas. La segunda constaba de 5 preguntas relacionadas con la adherencia al tratamiento nutricional. La tercera sección abordaba 4 preguntas sobre la adherencia al tratamiento farmacológico. La cuarta contaba con 2 preguntas sobre barreras del entorno psicoemocional, mientras que la quinta sección se centraba en las barreras económicas, con una única pregunta. La sexta sección constaba con 4 preguntas sobre las barreras sociales y la séptima sección, sobre las barreras asistenciales con un total de 3 preguntas.

A través de las secciones 2, 3, 4, 5, 6 y 7 se recopiló información sobre la adherencia al tratamiento y los obstáculos al autocuidado en el manejo integral de la DM2.

RESULTADOS:

Se incluyeron 69 pacientes con DM2, con un promedio de edad de 60 años, correspondiendo más de la mitad de la muestra al sexo masculino. La mayoría de la muestra estudiada contaba con un nivel educativo menor al secundario completo y un promedio de 10 años de evolución de la patología. Más de la mitad de la muestra no contaba con cobertura de salud diferente al sistema público. **El resto de las características se visualizan en la Tabla 1.**

Tabla N °1. Caracterización de la muestra.

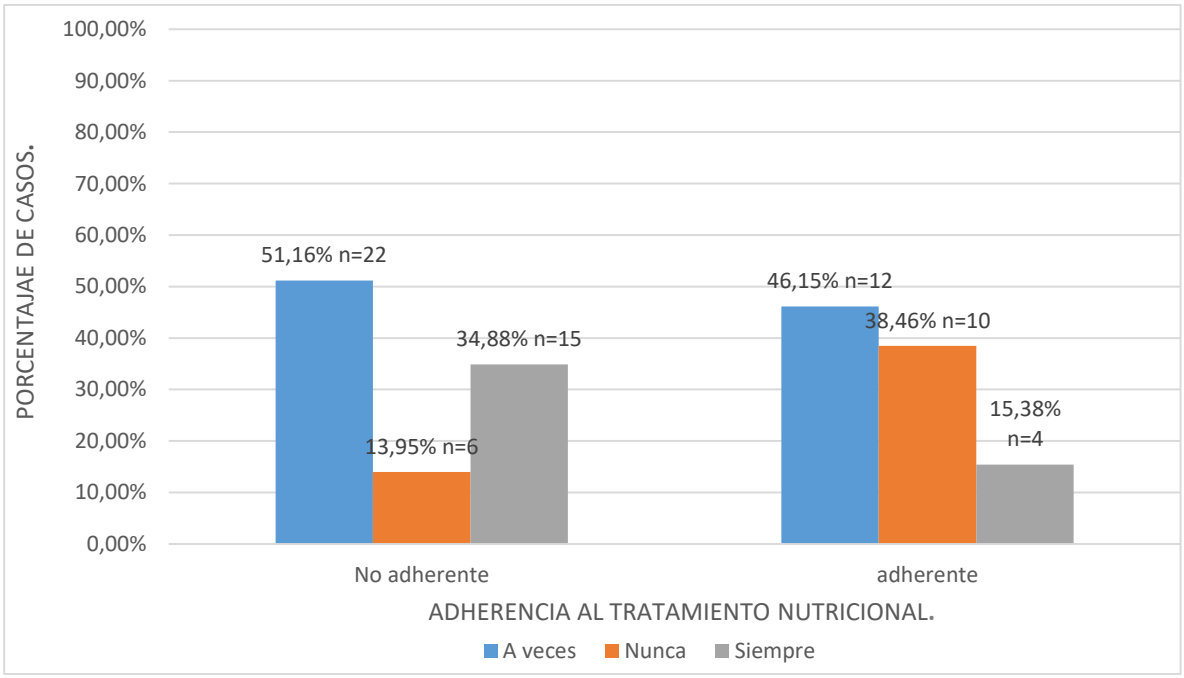
Edad (años), media [DE]	59.06 [13.24]
Sexo masculino, n (%)	40 (57.97)
Estado civil, n (%)	
Soltero	31 (43.59)
Conviviente	6 (5.13)
Casado	23 (33.33)
Viudo	9 (17.95)
Nivel educativo, n (%)	
Menor a secundario completo	46 (66.67)
Mayor a secundario completo	23 (33.33)
Tiempo de evolución de la diabetes (años), mediana (Q1 - Q3) **Mínimo máximo.**	10 (5 – 17) 0-40
Cobertura de salud, n (%)	
Obra social	24 (34.78)
Prepaga	1 (1.45)
No presenta	44 (63.77)
Exceso de peso, n (%)	27 (39.13)

DE: Desvío estándar Q1-Q3: Cuartil 1 y cuartil 3. Fuente: Elaboración propia.

De la muestra total, aproximadamente el 40 % de los pacientes (n=26) mostró adherencia al tratamiento nutricional, mientras que el porcentaje de pacientes no adherentes fue mayor, alcanzando cerca del 60 % (n=43).

En relación con la adherencia al tratamiento nutricional según la dificultad para acceder a turnos un, alrededor de la mitad de tanto los pacientes adherentes como los no adherentes reportaron que "a veces" percibieron dificultad para acceder a turnos. Entre los pacientes no adherentes, aproximadamente un 40 % manifestó haber tenido “siempre” dificultades para acceder a turnos, en comparación con los adherentes, donde su porcentaje fue menor.

Grafico N°1. Adherencia al tratamiento nutricional según la dificultad para acceder a turnos.

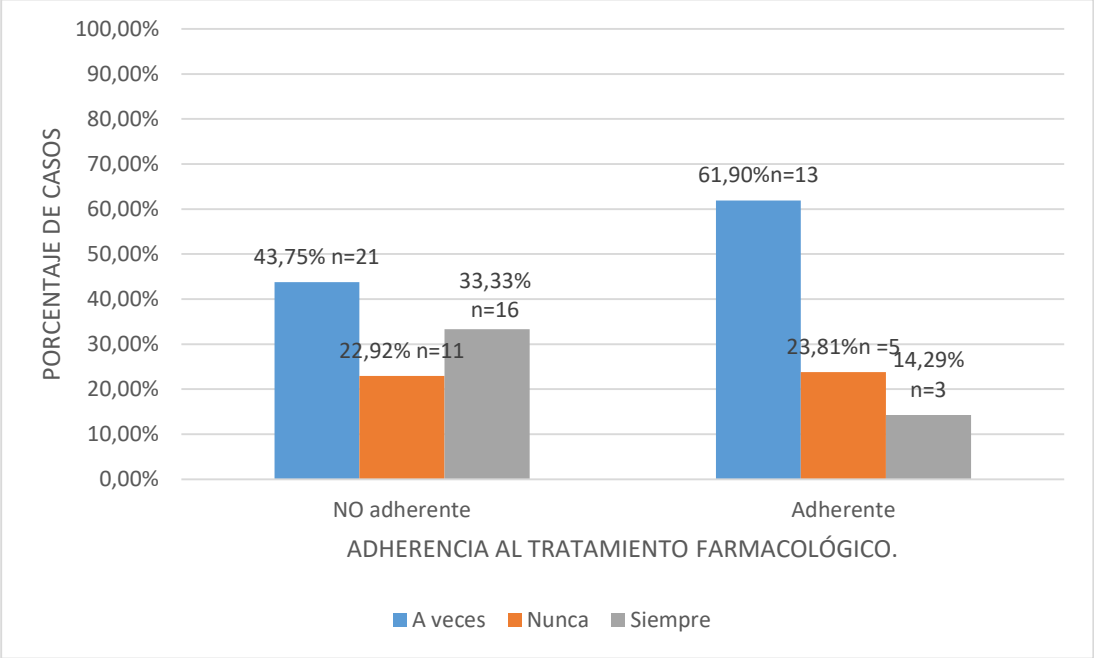


Fuente: Elaboración propia.

De la muestra total, aproximadamente el 30 % de los pacientes (n=21) mostró adherencia al tratamiento farmacológico, mientras que el porcentaje de pacientes no adherentes fue mayor, alcanzando cerca del 70 % (n=48).

En relación al tratamiento farmacológico según la dificultad para acceder a turnos gran parte de los pacientes no adherentes refirieron “siempre “tener dificultad para acceder a los mismos, en comparación con de los pacientes adherentes donde su porcentaje fue menor.

Grafico N°2. Adherencia al tratamiento farmacológico según la dificultad de acceder a turnos.



Fuente: Elaboración propia.

Barreras sociales, económicas, asistenciales y psico- emocionales.

En cuanto a las barreras sociales que enfrentaban los pacientes durante el tratamiento, más de la mitad de los pacientes informaron “nunca” haber recibido colaboración en el trabajo y colaboración por parte de los amigos.

En referencia a las barreras económicas, aproximadamente un 40 % indico “siempre” presentar esta dificultad.

En el caso de las barreras asistenciales, se observó que la mayoría de los pacientes

“nunca” presentaron dificultades para comprender las indicaciones proporcionadas por el médico/a y las referidas por el/la nutricionista. En cuanto a las dificultades para obtener turnos, del total de la muestra, casi el 80% de los pacientes reportaron enfrentar este problema bajo la clasificación “siempre” o “a veces”.

En referencia a las barreras psico-emocionales más de la mitad de los participantes indicó que experimentaba falta de motivación y presencia de angustia “Siempre” y "a veces. **El resto de las características se visualizan en la Tabla 2.**

Tabla N° 2. Barreras sociales, económicas, asistenciales y psico- emocionales.

Tipo de barrera	
Sociales. n (%)	
Colaboración de la familia.	
Siempre	45 (65.22)
A veces	15 (21.74)
Nunca	9 (13.04)
Colaboración de los amigos.	
Siempre	14 (20.29)
A veces	19 (27.54)
Nunca	36 (52.17)
Colaboración del trabajo.	
Siempre	6 (8.70)
A veces	6 (8.70)
Nunca	57 (82.61)
Dificultades laborales.	
Siempre	12 (17.39)

A veces	11 (15.94)
Nunca	46 (66.67)
Económicas. n (%)	
Siempre	28 (40.58)
A veces	18 (26.09)
Nunca	23 (33.33)
Asistenciales. n (%)	
Dificultades en la comprensión de las indicaciones del médico	
Siempre	16 (23.19)
A veces	12 (17.39)
Nunca	41 (59.42)
Dificultades en la comprensión del nutricionista.	
Siempre	13 (18.84)
A veces	10 (14.49)
Nunca	46 (66.67)
Dificultades para conseguir turnos.	
Siempre	19 (27.54)
A veces	34 (49.28)
Nunca	16 (23.29)
Psicoemocionales. n (%)	
Falta de motivación.	
Siempre	15 (21.74)
A veces	23 (33.33)

Nunca	31 (44.93)
Presencia de angustia o depresión.	
Siempre	23 (33.33)
A veces	17 (24.64)
Nunca	29 (42.03)

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSION:

En cuanto a la adherencia al tratamiento nutricional y la dificultad para acceder a turnos, el presente estudio reveló que el 86,04% de los participantes reportó dificultades clasificadas como "siempre" y "a veces". Este porcentaje es notablemente superior al 77,08% observado en la adherencia al tratamiento farmacológico, también relacionado con el acceso a turnos. Sin embargo, la evidencia sobre este tema aún es escasa. Un estudio llevado a cabo por Domínguez Gallardo en Paraguay, que incluyó a 338 pacientes con DM2, identificó que el 33% de los participantes enfrentaba limitaciones en su adherencia al tratamiento farmacológico debido a la distancia al centro de salud, mientras que un 26% mencionó demoras en la programación de consultas médicas (4). Esta situación contrasta con el estudio de Salih et al, realizado Irak, el cual involucró a 300 pacientes con DM2 y evidenció que la baja adherencia estaba relacionada con factores diferentes; específicamente, se asoció de manera significativa con un menor nivel educativo, donde los pacientes con baja adherencia presentaban un bajo nivel educativo con un 46,3% , a diferencia de los pacientes adherentes que contaban con un nivel educativo más alto, donde la baja adherencia fue del 16% en el grupo de alta adherencia. Además, se observaron diferencias entre los grupos de baja y alta adherencia en términos de empleo, residencia, ingresos y capacidad para costear medicamentos. En el grupo de baja adherencia, las tasas de desempleo alcanzaron el 60,3%, el 33,9% residía en áreas rurales y el 83,9% enfrentaba dificultades para costear medicamentos (9).Por otro lado, el estudio de Castillo Morejón realizado en Cuba, que incluyó a 143 pacientes con DM2, destacó razones distintas para la falta de adherencia. En este caso, se enfatizó la insuficiente información sobre la dieta recomendada, encontrando que un 63,3% de los pacientes tenía una muy mala comprensión de las indicaciones alimentarias (10).

En cuanto a las barreras sociales, se evidenció en el presente estudio que el 65,22% de los pacientes recibió

apoyo de familiares para llevar a cabo su tratamiento. Este estudio es comparable al estudio de Morales, que incluyó a 345 pacientes con DM2 y reportó un mayor porcentaje de colaboración familiar, alcanzando el 74% (11) . Asimismo, el estudio de Rodríguez et al, que involucró a 70 pacientes con DM2 de diversos centros de salud de la Secretaría de Salud del Estado de México, también respalda estos hallazgos con un 74.30 % (12). Por otro lado, el estudio de Sánchez Bárcenas, realizado en México con un total de 139 pacientes con DM2, indico una colaboración del 69,3% por parte de familiares y/o amigos, un valor muy similar al reportado en la presente investigación. En lo que respecta a la colaboración en el entorno laboral, la mayoría de los pacientes con DM2, representado por un 74,36%, no recibió apoyo en su trabajo (13).

La barrera relacionada con la "dificultad económica" se manifestó en un 66,67% entre los pacientes que la clasificaron como "siempre" y "a veces". Este hallazgo difiere del estudio realizado por Ramírez García, en México, en 2018, que incluyó a un total de 145 pacientes con DM2 a lo largo de un período de seis meses, donde la dificultad económica alcanzó un porcentaje mayor del 83% (14). En contraste, el estudio de Rodríguez et al, que reportó un valor mucho más bajo, del 17% (12).

En referencia a las barreras asistenciales el presente estudio demostró que, la dificultad para comprender las indicaciones del médico fue del 23,16% mientas que la del nutricionista de un 18.84% bajo la clasificación de " siempre" , un valor superior al 16% reportado por Domínguez Gallardo (4). Esto sugiere que, en ambos estudios, la mayoría de los pacientes interpretaron adecuadamente las indicaciones médicas. Por otro lado, esto contrasta del estudio de Ortega C. et al, donde se destacó que los pacientes refirieron tener miedo de ser reprendidos por los profesionales y la presión los tiempos limitados de las consultas (15).

En cuanto a la "dificultad para acceder a turnos", se observó un porcentaje

alto del 76,82% en las clasificaciones de "siempre" y "a veces". En contraste, la investigación de Rodríguez et al, la cual reveló que solo el 14,3% de los pacientes no acudía a las consultas médicas por las largas demoras para obtener una cita con especialistas (12).

En relación a las barreras psicoemocionales, la "depresión" se identificó como la más común en este estudio, reportada por el 57.67% de los pacientes en las categorías de "siempre" y "a veces". Sin embargo, un estudio realizado por Ramos Salazar Díaz en México, que incluyó a 98 pacientes con DM2, reveló una prevalencia aún mayor, alcanzando el 71.4%. Respecto a la "falta de motivación" para adherirse al tratamiento, el presente estudio mostró que el 55.07% de los participantes se clasificó en "siempre" y "a veces". Esto contrasta del estudio realizado

en Cuba por Castillo Morejón, donde el resultado fue aún más elevado con un 78.6 % que reportaron una falta de motivación en su adherencia (10).

Entre las limitaciones del presente estudio, la más relevante fue la dificultad para obtener una muestra más amplia de participantes, dado que se llevó a cabo en un plazo breve. Además, el uso de un cuestionario administrado por un entrevistador podría haber inducido sesgos en las respuestas proporcionadas por los pacientes, ya que existe la tendencia a responder de manera más positiva para evitar revelar una falta de adherencia al tratamiento. En relación con la adherencia farmacológica y nutricional y su conexión con el acceso a turnos, se encontró evidencia muy limitada para contrastar, lo que sugiere que estas dificultades son más predominantes en Argentina en comparación con otros países, por ello, se sugieren realizar más estudios sobre dicho problema.

Por último, resulta imprescindible hacer hincapié en la importancia de una correcta intervención nutricional desde la educación alimentaria para un correcto abordaje de la patología, la necesidad urgente de implementar cambios que incluyan un enfoque de atención médica integral, sustancialmente respaldado por un equipo interdisciplinario, ya que de esta manera los pacientes podrán tener una mejor calidad de vida y retrasar los progresos de la enfermedad para prevenir complicaciones a futuro que podrían poner en riesgo su vida.

CONCLUSIÓN:

Se observó que los pacientes presentaron una alta prevalencia de falta de adherencia tanto al tratamiento nutricional y al farmacológico según la dificultad para acceder a turnos. En ambos casos, la dificultad para acceder a turnos relacionados con la adherencia al tratamiento es considerable, lo que representa una amenaza para la salud de los individuos con DM2. Esta situación impacta negativamente en su calidad de vida aumentando el riesgo de complicaciones asociadas a la enfermedad, muchas de las cuales podrían ser irreversibles.

Además, se identificaron barreras sociales, económicas, asistenciales y psicoemocionales en el autocuidado integral del paciente, que generan un efecto adverso en la progresión de la enfermedad.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Las autoras declaran no tener conflicto de interés con relación a este manuscrito para divulgar.

BIBLIOGRAFIA:

1. Hamidi S, Gholamnezhad Z, Kasraie N, Sahebkar A. The Effects of Self-Efficacy and Physical Activity Improving Methods on the Quality of Life in Patients with Diabetes: A Systematic Review. J Diabetes Res. 2022; 2022(1):2884933.

2. Argentina.gob.ar [Internet]. 2017 [citado 18 de septiembre de 2024]. Diabetes Mellitus. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/diabetes

3. World Health Organization (WHO) [Internet]. [Citado 22 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es

4. Domínguez Gallardo LA, Ortega Filártiga E, Domínguez Gallardo LA, Ortega Filártiga E. Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Virtual Soc Paraguaya Med Interna. Marzo de 2019; 6(1):63-74.

5. Russo MP, Grande-Ratti MF, Burgos MA, Molaro AA, Bonella MB. Prevalencia de diabetes, características epidemiológicas y complicaciones vasculares. Arch Cardiol México. 2023; 93(1):30-6.

6. Ministerio De Salud y Desarrollo Social [Internet]. [Citado 19 de octubre de 2024]. Encuesta Nacional De Factores De Riesgo. Disponible en: http://186.33.221.24/medicamentos/images/2018/Biblioteca%20Virtual/Encuesta%20nacional%20factores%20riesgo.pdf

7. Angelucci-Bastidas L, Rondón-Bernard JE, Angelucci-Bastidas L, Rondón-Bernard JE. Adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2: Un modelo de regresión logística. Caracas 2017-2018. Medicas UIS. Agosto de 2021; 34(2):29-39.

8. Landa-Anell MV, Melgarejo-Hernández MA, García-Ulloa AC, Del Razo-Olvera FM, Velázquez-Jurado HR, Hernández-Jiménez S. Barriers to adherence to a nutritional plan and strategies to overcome them in patients with type 2 diabetes mellitus; results after two years of follow-up. Endocrinol Diabetes Nutr. 1 de enero de 2020; 67(1):4-12.

9. Al-Chawishli S, Dizaye K, Azeez S, Al-Chawishli S, Dizaye K, Shangula SS. Measuring Diabetic Medication Adherence and Factors That Lead to Non-adherence Among Patients

in Erbil. Cureus [Internet]. 28 de septiembre de 2024 [citado 3 de noviembre de 2024]; 16. Disponible en: https://www.cureus.com/articles/282180-measuring-diabetic-medication-adherence-and-factors-that-lead-to-non-adherence-among-patients-in-erbil#!/

10. Castillo Morejón M, Martín Alonso L, Almenares Rodríguez K. Adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Cuba Med Gen Integral. Diciembre de 2017; 33(4):0-0.

11. Morales GG, Pascual AR, Polanco REG. Apoyo familiar y control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2 en una unidad de medicina familiar de Acapulco, Guerrero, México. Aten Fam [Internet]. 2018 [citado 30 de octubre de 2024]; 25(1). Disponible en: https://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/62926

12. Rodriguez y Renteria. Factores que impiden la adherencia a un régimen terapéutico en diabéticos: un análisis descriptivo. Psicología y Salud. 2016; 26(1):51-62. Disponible en: https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1898/3471

13. Sánchez Bárcenas RA, López Hernández D, Brito-Aranda L, García Mantilla BB, Thompson Bonilla MDR, Pavón Delgado E, et al. Factores asociados a la sobrecarga del cuidador en cuidadores primarios de personas adultas mayores con diabetes tipo 2. Aten Primaria. Octubre de 2024; 56(10):102948.

14. Ramírez García MC, Anlehu Tello A, Rodríguez León A, Ramírez García MC, Anlehu Tello A, Rodríguez León A. Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. Horiz Sanit. Diciembre de 2019; 18(3):383-92.

15. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda ÓA, Ortega Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta Médica Grupo Ángeles. Septiembre de 2018; 16(3):226-32.

16. Marin GH. El sistema de salud argentino: un análisis a partir del acceso a los medicamentos. Ciênc Saúde Coletiva. 26 de noviembre de 2021; 26:5453-62.

ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de las variables de caracterización.

Variable de caracterización	Unidades o categorías	Escalas de medición	Definiciones
Edad.	Años.	Numérica continúa.	Se tomaron en cuenta los años cumplidos.
Sexo biológico.	Femenino.	Dicotómica o binaria.	Se tomó en cuenta la clasificación biológica y fisiológica de las personas en masculino y femenino, basada en características sexuales y reproductivas.
	Masculino.		
Estado civil.	Soltero/a.	Categórica politómica.	De acuerdo con la información proporcionada por el paciente en la encuesta.
	Conviviente.		
	Casado/a.		
	Viudo/a.		

Nivel de escolaridad.	Menor a secundario completo.	Dicotómica o binaria.	La categoría “Menor a secundario completo” abarca los niveles de educación primaria incompleta, primaria completa y secundaria incompleta. Por otro lado, la categoría “Secundario completo o superior” incluye secundaria completa, así como estudios terciarios o universitarios, ya sean incompletos o completos. Se tomó en cuenta el nivel de escolaridad más alto alcanzado en su totalidad.
	Secundario completo o superior.		
Tiempo de diagnóstico de la diabetes.	Años.	Numérica continúa.	Cantidad de años transcurridos desde el momento del diagnóstico.
Exceso de peso.	Si	Dicotómica o binaria	Se evaluó de manera subjetiva observando al paciente durante la entrevista
	No		

Cobertura de salud diferente al sistema público.	Particular.	Categórica politómica	Las obras sociales constituyen un subsector que agrupa principalmente a los trabajadores y sus familias, financiado gracias a aportes obligatorios realizados por los empleados y contribuciones de sus trabajadores. En contraste, las entidades de medicina prepaga están dirigidas a una población con mayor capacidad adquisitiva y se sostienen a través de aportes voluntarios de quienes eligen este tipo de cobertura. Por último, la atención particular implica el pago directo a un profesional de la salud, sin la intermediación (16).
	Obra social.		

	Prepaga.		

Anexo 2. Operacionalización de las variables en estudio.

Variables de estudio	Unidades o categorías	Escalas de medición	Definiciones	¿Cuales?
Adherencia al tratamiento nutricional.	Adecuada.	Dicotómica o Binaria.	Esta clasificación se estableció a partir de la respuesta a 5 preguntas sobre hábitos alimentarios, basadas en las pautas discutidas durante las consultas nutricionales. Se consideró que eran	

	Inadecuada.		adecuados si el paciente refería cumplía al menos 3 de las 5 pautas establecidas por el servicio de nutrición.	
Adherencia al tratamiento farmacológico.	Adherente	Dicotómica o Binaria.	Se determinó mediante el test de Morisky – Green. Para considerarse adherente, el paciente debe responder correctamente a las cuatro preguntas, en el orden específico de No/Sí/No/No	
	No adherente			
Dificultad para acceder a turnos.	Nunca	Categórica politómica	Esta información se obtuvo a partir de una pregunta del interrogatorio, en la cual los pacientes pudieron clasificar sus experiencias como	

	A Veces		"siempre", indicando que enfrentan dichas dificultades de manera constante; "a veces", sugiriendo que las dificultades son intermitentes; o "nunca", lo que señala que no experimentan tales problemas en absoluto. Esta metodología contribuyó a una evaluación más precisa de las dificultades económicas que puedan estar afectando a los pacientes, así como a su capacidad para adherirse a tratamientos médicos y recomendaciones.	
	Siempre			
Barreras del entorno social.	Nunca.	Categórica politómica.	Se consideraron las barreras relacionadas con Colaboración de la familia / Colaboración de amigos / Colaboración en el	

	A veces.		trabajo / Horarios laborales que dificultaban el tratamiento. Estas barreras se identificaron mediante un interrogatorio en el que se preguntó a los pacientes con qué frecuencia percibían cada una de estas dificultades. Además, se les dio la oportunidad de detallar las dificultades específicas que enfrentaron.	
	Siempre.			
Barreras económicas.	Nunca.	Categórica politómica.	Se consideró a través de una pregunta incluida en la encuesta, que indagaba sobre las dificultades económicas del paciente. Esta evaluación se realizó utilizando una escala de frecuencia que permitía a los encuestados clasificar sus experiencias en relación a dichas dificultades como	
	A veces.			
	Siempre.			

			"siempre", "a veces" o "nunca".	
Barreras del entorno asistencial	Nunca. A veces. Siempre.	Categórica politómica.	Se consideraron las barreras relacionas con Dificultades para comprender las indicaciones del médico / Dificultades para comprender las indicaciones del nutricionista. Estas barreras se identificaron mediante tres preguntas de la encuesta, que permitieron evaluar cómo las percibió el paciente.	
Barreras psico-emocionales.	Nunca. A veces.	Categórica politómica.	Se consideraron las barreras relacionadas con de motivación / Presencia de depresión o angustia. Estas barreras se identificaron mediante un interrogatorio en el	

	Siempre.		que se preguntó a los pacientes con qué frecuencia experimentaron cada una de estas dificultades	

Anexo 3. Modelo de consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado/a a participar en la investigación titulada “Adherencia y barreras en la diabetes tipo 2”, llevada a cabo por la futura Licenciada en Nutrición en el Hospital Pedro Fiorito. El propósito de este estudio es comprender la adherencia y las barreras al tratamiento en personas con diabetes tipo 2.

La encuesta es anónima, respetando la privacidad de sus datos personales y le tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. Si decide participar, se le harán preguntas sobre los obstáculos que enfrenta en su tratamiento. Su identidad será completamente confidencial; los datos recopilados se utilizarán únicamente para el análisis y la interpretación del estudio, y su nombre será reemplazado por un número.

Su participación es totalmente voluntaria, tiene derecho a negarse a hacerlo. No se ofrecerá remuneración económica ni se le cobrará nada por participar.

Agradezco de antemano su colaboración y amabilidad.

Villegas Ciarlo Sofia.

Anexo 4. Instrumento de recolección de datos.

ADHERENCIA Y BARRERAS EN LA DIABETES TIPO 2

1. Edad: _____

2. Género:

▢ Masculino.

▢ Femenino.

3. Estado civil:

▢ Soltero/a.

▢ Conviviente.

▢ Casado/a.

▢ Viudo/a.

4. Nivel educativo:

▢ Menor a secundario completo.

▢ Secundario completo o superior.

5. Hace cuánto le diagnosticaron diabetes: _____

6. Exceso de peso: ▢ SI. ▢ NO.

7. Cuenta con una cobertura de salud diferente a sistema público:

▢ Obra social.

▢ Prepaga.

▢ Particular.

▢ No presenta

8. Realiza las cuatro comidas (desayuno, almuerzo, merienda. cena): ▢ SI. ▢ NO.

9. Realiza colaciones sí entre comidas tiene un espacio prolongado, antes de dormir o al realizar actividad física intensa/prolongada: ▢ SI. ▢ NO.

10. Al realizar sus comidas sigues medidas de porciones recomendadas ▢ SI. ▢ NO.

11. Realiza consultas con un nutricionista: ▢ SI. ▢ NO. En caso de que la respuesta sea afirmativa ¿Cuántas veces al mes? _____

12. ¿Ha cambiado su peso en los últimos tres meses?

▢ Sí, aumente de peso.

▢ Sí, perdí peso.

▢ No lo sé.

▢ No.

13. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? ▢ SI. ▢NO.

14. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? ▢ SI. ▢ NO.

15. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? ▢ SI. ▢ NO.

16. Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar su medicación? ▢ SI. ▢ NO.

17. ¿Al realizar su tratamiento siente falta de motivación?

▢ Siempre. ▢ A veces. ▢ Nunca.

18. ¿Siente estrés, angustia o depresión al realizar su tratamiento?

▢ Siempre. ▢ A veces. ▢ Nunca.

19. ¿Presenta dificultades económicas al realizar su tratamiento?

▢ Siempre. ▢ A veces. ▢ Nunca.

20. Debido a su horario laboral… ¿Presenta dificultades al realizar su tratamiento?

▢ Siempre. ▢ A veces. ▢ Nunca.

21. ¿Recibe colaboración/ apoyo de familiares al realizar su tratamiento?

▢ Siempre. ▢ A veces. ▢ Nunca.

¿Cuál/es? _____

22. ¿Recibe colaboración/ apoyo de amigos al realizar su tratamiento?

▢ Siempre. ▢ A veces. ▢ Nunca.

¿Cuál/es? _____

23. ¿Recibe colaboración/ apoyo en el trabajo al realizar su tratamiento?

▢ Siempre. ▢ A veces. ▢ Nunca.

¿Cuál/es? _____

24. ¿Presenta dificultades para entender las indicaciones del médico?

▢ Siempre. ▢ A veces. ▢ Nunca.

¿Cuál/es? _____

25. ¿Presenta dificultades para entender las indicaciones del nutricionista?

▢ Siempre. ▢ A veces. ▢ Nunca.

¿Cuál/es? _____

26. ¿Presenta dificultades para conseguir turnos?

▢ Siempre. ▢ A veces. ▢ Nunca.

¿Cuál/es? _____