



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: Silvina Cecilia Moreno

COTUTOR Y TUTOR: Lic. Andrea Fuentes

FECHA: Marzo del 2024

DATOS DE CONTACTO:

Silvinacecilia.moreno@alumnos.uai.edu.ar

Andreafuentes1904@hotmail.com

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS	5
<i>Objetivo general:</i>	5
<i>Objetivos específicos:</i>	5
MATERIALES Y MÉTODOS	5
<i>Población y ámbito de estudio</i>	5
<i>Diseño</i>	5
<i>Criterios de elegibilidad</i>	5
<i>Muestreo</i>	6
<i>Variables</i>	6
<i>Análisis de la información</i>	7
<i>Aspectos éticos</i>	7
<i>Instrumento de recolección de datos y procedimientos</i>	7
RESULTADOS	8
<i>Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas</i>	8
<i>Tabla N°2. Adherencia al tratamiento nutricional y farmacológico</i>	8
<i>Gráfico N°1. Barreras personales</i>	9
<i>Gráfico N°2. Barreras del entorno social</i>	9
<i>Gráfico N°3. Barreras del entorno asistencial</i>	10
CONCLUSIÓN.....	15
DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS.....	15
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
ANEXOS	20
<i>Anexo 1. Operacionalización de las variables de caracterización</i>	20
<i>Anexo 2. Operacionalización de las variables en estudio.</i>	21
<i>Anexo 3. Modelo de consentimiento informado.</i>	22
<i>Anexo 4. Instrumento de recolección de datos.</i>	23

RESUMEN

Introducción:

La Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica no trasmisible que está siendo diagnóstica en personas cada vez más jóvenes, debido a su asociación con el sobrepeso y la obesidad. Es fundamental un enfoque integral en su tratamiento para prevenir complicaciones crónicas y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, muchos enfrentan barreras en su autocuidado y dificultades en la adherencia. Esta investigación busca identificar y comprender estas barreras con el fin de promover una mejor atención a las personas con DM2.

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 en 39 pacientes con DM2 del Hospital Dr. Pedro Fiorito, de ambos sexos y mayores de 30 años, durante el año 2023. Se indagó acerca de los hábitos alimentarios, la adherencia farmacológica y la frecuencia con la cual se percibían diversas barreras para el tratamiento.

Resultados:

Del total de los encuestados, el 35.90% presentó una adherencia adecuada al tratamiento nutricional y 2.56% al tratamiento farmacológico. Con respecto a las barreras personales, la predominante fue las dificultades económicas para realizar el tratamiento (25.64%). Dentro de las barreras del entorno social un 74.36% presentó dificultades al realizar su tratamiento debido a los horarios laborales y con relación a las barreras del entorno asistencial, un 28.21% reportó tener dificultades para conseguir turnos médicos.

Conclusiones:

A partir de los resultados obtenidos, resulta imprescindible hacer hincapié en la educación diabetológica a través de la intervención nutricional, debido a que las barreras que los pacientes enfrentan dificultan la adherencia al tratamiento nutricional y farmacológico.

PALABRAS CLAVES: "Diabetes tipo 2", "Intolerancia a la glucosa", "Cumplimiento y adherencia al tratamiento", "Barreras de acceso a los servicios de salud".

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría expresar mi sincero agradecimiento a todos los pacientes que participaron activamente en esta encuesta y hacer especial hincapié en el agradecimiento a los familiares de los pacientes que lamentablemente fallecieron. Su apoyo en este proceso ha sido invaluable, ya que nos han permitido obtener información valiosa y comprender aún más la importancia del estudio. Sin su colaboración, este trabajo de investigación no hubiera sido posible.

INTRODUCCIÓN

La *Diabetes Mellitus Tipo 2* (DM2) es una enfermedad crónica no transmisible caracterizada por una resistencia a la insulina o alteración en la secreción de insulina a causa de factores genéticos y del estilo de vida de las personas. Actualmente presenta una prevalencia de 12,7% en Argentina y 9% a nivel mundial, afectando con mayor frecuencia a personas mayores y de mediana edad. Sin embargo, se observó un aumento significativo en personas más jóvenes debido a su asociación con el sobrepeso y la obesidad. Esto se debe a una alimentación inadecuada, falta de actividad física y antecedentes familiares de primer grado con DM2. Este fenómeno genera un importante problema de salud pública de relevancia mundial dando como resultado un impacto negativo sociosanitario y en la economía de la salud (1–3).

Con respecto a la mortalidad, se estima una prevalencia del 11.3% de fallecimientos a nivel mundial en personas con DM2 de entre 20 a 79 años. Por otro lado, en el año 2019 la diabetes se posicionó como la sexta causa de mortalidad de mayor relevancia en las Américas, con un estimado de 244,084 muertes debido a las comorbilidades asociadas. Por lo tanto, su tratamiento debe ser de forma integral a través de un enfoque multidisciplinario. Esto incluye además de los fármacos antidiabéticos, intervenciones nutricionales para favorecer un estilo de vida saludable, educación diabetológica para el autocuidado, el abordaje de los factores de riesgo y aquellas comorbilidades asociadas e intervenciones psicológicas para disminuir las emociones negativas y controlar los niveles de estrés (2-5).

Resulta relevante que a pesar de la información disponible una gran cantidad de personas con DM2 no logran alcanzar los niveles de glucemia recomendados y refieren dificultades en la adherencia al tratamiento integral, siendo este un predictor del control y manejo de la DM2, considerándose la primera causa de fracaso terapéutico, dando como consecuencia mayores tasas de hospitalizaciones y por ende aumentos en los costos sanitarios. Se estima una adherencia de 53,74% al tratamiento integral con un puntaje de mayor adherencia en orden descendente: realizar actividad física de forma regular, plan de alimentación, monitoreo glucémico, hábitos saludables y adecuados que favorezcan el control de la enfermedad (6–9).

Otros estudios reportaron diferencias con respecto a la falta de adherencia según el tipo de tratamiento farmacológico. Se ha observado una prevalencia de incumplimiento de aproximadamente un 30% al 51% en personas que toman antidiabéticos orales, mientras que en

aquellos que requieren insulina se ha observado una prevalencia de incumplimiento de alrededor del 25% (8).

En cuanto a las posibles causas de falta de adherencia, se han identificado diversos factores que influyen en esta problemática. Entre ellas se observan la falta de apoyo por parte de familiares y/o amigos, la carencia de información sobre un plan de alimentación adecuado, limitaciones económicas, negación a realizar cambios en sus hábitos alimentarios, la falta de tiempo para preparar comidas caseras y el consumo frecuente de alimentos fuera del hogar, siendo la barrera más prevalente los desafíos emocionales, que afectan negativamente la motivación y la responsabilidad del paciente hacia su régimen terapéutico (10,11).

Diferentes estudios demuestran la importancia identificada por los pacientes de llevar a cabo un tratamiento nutricional y farmacológico, sin embargo, se identifica una mayor adherencia al tratamiento farmacológico con una prevalencia que oscila entre el 47,8 y el 73%, variando en función a el tipo de tratamiento, las comorbilidades asociadas y la polifarmacia. En cuanto al tratamiento nutricional se estima un 48% de adherencia debido a que asocian el cumplir un plan de alimentación con la percepción de restricciones o la sensación de hambre durante el transcurso del día, además refieren dificultades en la selección de alimentos y el control de las porciones de alimentos (12–14).

La falta de adherencia y mal control glucémico pueden aumentar el riesgo de desarrollar complicaciones crónicas que se dividen en a) macrovasculares: infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular, enfermedad vascular periférica, b) microvasculares: retinopatía, neuropatía, nefropatía y c) otras no vasculares: pie diabético y amputaciones. A su vez, estas complicaciones están generando una significativa morbilidad y mortalidad en los pacientes (15).

El propósito de este trabajo de investigación es identificar y comprender aquellas barreras existentes que inciden en el autocuidado del tratamiento integral de las personas diagnosticadas con DM2 desde la perspectiva de los pacientes que asisten al Hospital Dr. Pedro Fiorito. Por lo anterior mencionado, este análisis es relevante debido al aumento significativo en el último tiempo del número de personas que padecen esta enfermedad, permitiendo así la generación de conocimiento acerca de los obstáculos en el tratamiento integral de la DM2, con el fin de prevenir las complicaciones crónicas asociadas a la patología, promoviendo una mejor adherencia al tratamiento que pueda ser constante y sostenida en el tiempo.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Describir la adherencia y 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 Septiembre - Diciembre del 2023.

Objetivos específicos:

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

- Describir la adherencia al tratamiento nutricional y farmacológico.
- Identificar barreras personales.
- Identificar barreras relacionadas con el entorno social y asistencial.

MATERIALES Y MÉTODOS

Población y ámbito de estudio

La muestra estuvo constituida por personas que padecen DM2 asistidos en el Hospital Dr. Pedro Fiorito de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires, en el periodo de Septiembre – Diciembre 2023.

Diseño

Estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo.

Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión:

1. Pacientes internados del Hospital Dr. Pedro Fiorito con DM2.
2. Con diagnóstico de DM2 de 6 meses o más.
3. Grupo etario comprendido entre 30 a 95 años.
4. Ambos sexos biológicos.

Criterios de exclusión:

1. Aquellos que se nieguen a participar.
2. Individuos con enfermedades psiquiátricas severas.
3. Mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.
4. Aquellos con barreras idiomáticas o de comprensión que imposibiliten llevar a cabo la entrevista.

Criterios de eliminación:

1. Participantes que no contestaron apropiadamente la encuesta.

Muestreo

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

Variables

Variables de categorización (anexo 1):

Se relevaron los siguientes datos para caracterizar a la muestra estudiada: edad (años), sexo biológico (femenino/ masculino), estado civil (soltero/a – conviviente - casado/a – viudo/a), nivel de escolaridad (menor a secundario completo/ secundario completo o superior), cobertura de salud (obra social/ prepaga/ no presenta), tiempo de evolución de la diabetes (años), exceso de peso (si/ no) determinado subjetivamente a través de la observación del paciente durante la entrevista.

Variables de estudio (anexo 2):

- **Adherencia al tratamiento nutricional:** Adecuada/ Inadecuada. Se determinó mediante 5 preguntas sobre hábitos alimentarios, conforme a las pautas discutidas en las consultas nutricionales. Se indagó acerca del consumo de las comidas, colaciones, tamaño de las porciones y asistencia a las consultas nutricionales. Se consideró adecuada si el paciente cumple al menos 3 de 5 pautas establecidas por el servicio de nutrición.
- **Adherencia al tratamiento farmacológico:** Adherente/ No adherente. Se determinó a través de 4 preguntas del test de Morisky – Green sobre la adherencia del paciente a la medicación en términos de olvido, puntualidad y continuidad en situaciones de bienestar y malestar. Se considero adherente si se responde que NO a las 4 preguntas del test y no adherente a quienes contestaron SI a una o más.
- **Barreras personales:** Falta de motivación/ Presencia de depresión o angustia/ Económicos/ 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 del entorno social:** Colaboración de la familia/ Colaboración de amigos/ Colaboración en el trabajo. 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 del entorno asistencial:** 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).

Análisis de la información

Las variables categóricas se reportaron a través de frecuencias absolutas y relativas (n y %). Las variables numéricas se reportaron a través de medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión como desvío estándar (DE), cuartil 1 (Q1) y cuartil 3 (Q3), mínimo y máximo valor hallado, según cumplimiento del supuesto de normalidad. El supuesto de normalidad se verificó utilizando el test de Shapiro Wilk y a través de métodos gráficos (Box plot, cuantil-cuantil, histogramas).

Los datos serán analizados con herramientas de Excel.

Aspectos éticos

El protocolo del presente estudio se presentó al comité de Docencia e Investigación del Hospital Dr. Pedro Fiorito. Se procedió a informar a los potenciales participantes sobre el objetivo y las características del estudio, como solicitar autorización a través de la firma de un consentimiento informado, el uso de los datos obtenidos, respetando la confidencialidad y privacidad de los datos personales a través de la anonimización de estos.

Instrumento de recolección de datos y procedimientos

Se utilizó como instrumento de recolección de datos una encuesta (Anexo 4) de elaboración propia, el cual tuvo una duración de 10 minutos y fue administrada durante una entrevista presencial por el investigador. La encuesta contó con 24 preguntas cerradas y 2 preguntas abiertas, las cuales fueron divididas en tres secciones. La primera sección contó con 7 preguntas sobre las características sociodemográficas, la segunda sección contó con 9 preguntas referente a los hábitos alimentarios y la adherencia farmacológica, y la tercera sección contenía 10 preguntas que indagaban acerca de la frecuencia de las barreras. A través de la segunda y tercera sección se relevó información acerca de la adherencia y las barreras para el autocuidado en el tratamiento integral de la DM2.

RESULTADOS

Se incluyeron 39 pacientes con DM2, con un promedio de edad de 60 años, correspondiendo la mitad de la muestra al sexo femenino y un promedio de 13 años de evolución de la patología. El resto de las características se visualizan en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas

Edad (años), media [DE]	60 [14.41]
Sexo femenino, n (%)	20 (51.28)
Estado civil, n (%)	
Soltero	17 (43.59)
Conviviente	2 (5.13)
Casado	13 (33.33)
Viudo	7 (17.95)
Nivel educativo, n (%)	
Menor a secundario completo	22 (56.41)
Mayor a secundario completo	17 (43.59)
Tiempo de evolución de la diabetes (años), mediana [IQR]	13 [5.5 - 20]
Cobertura de salud, n (%)	
Obra social	15 (38.46)
Prepaga	1 (2.56)
No presenta	23 (58.97)
Exceso de peso, n (%)	21 (53.85)

DE: Desvío estándar. IQR= Intervalo intercuartilo. Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la adherencia, más de la mitad de los pacientes presentaron una adherencia inadecuada al tratamiento nutricional, con resultados similares en el tratamiento farmacológico. Se puede observar con mayor detalle en la Tabla N°2.

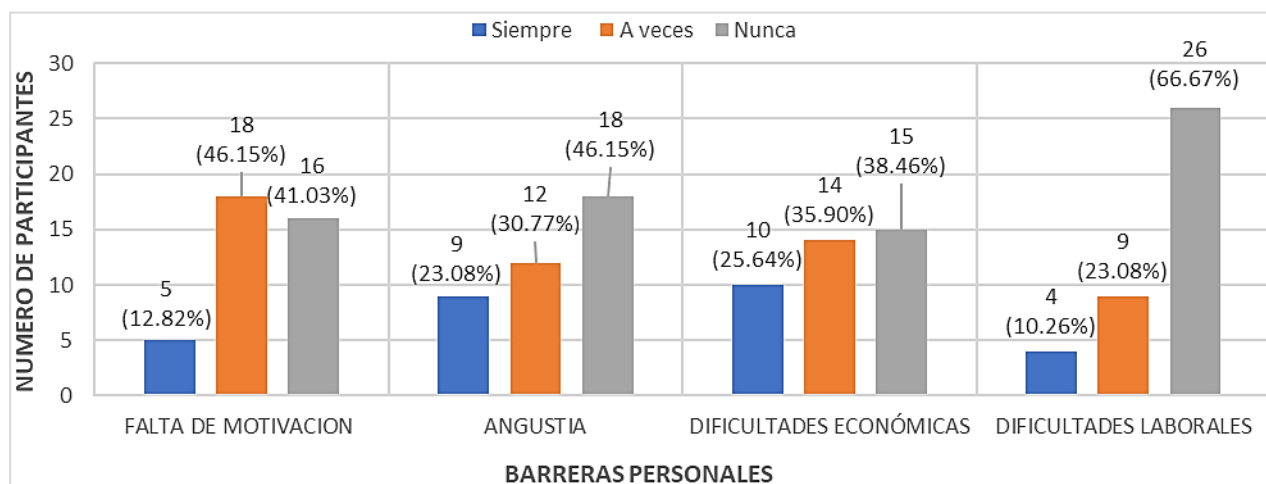
Tabla N°2. Adherencia al tratamiento nutricional y farmacológico

	Adecuada	Inadecuada
Adherencia al tratamiento nutricional, n (%)	14 (35.90)	25 (64.0)
Adherencia al tratamiento farmacológico, n (%)	16 (41.03)	23 (58.97)

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a las barreras personales que enfrentaba los pacientes durante el tratamiento, se observó que la dificultad económica fue la barrera más impactante, seguida por la presencia de angustia. Asimismo, más de la mitad de los participantes indicó que experimentaba falta de motivación “Siempre” y “a veces”, lo que sugiere que esta barrera también era predominante (Gráfico N°1).

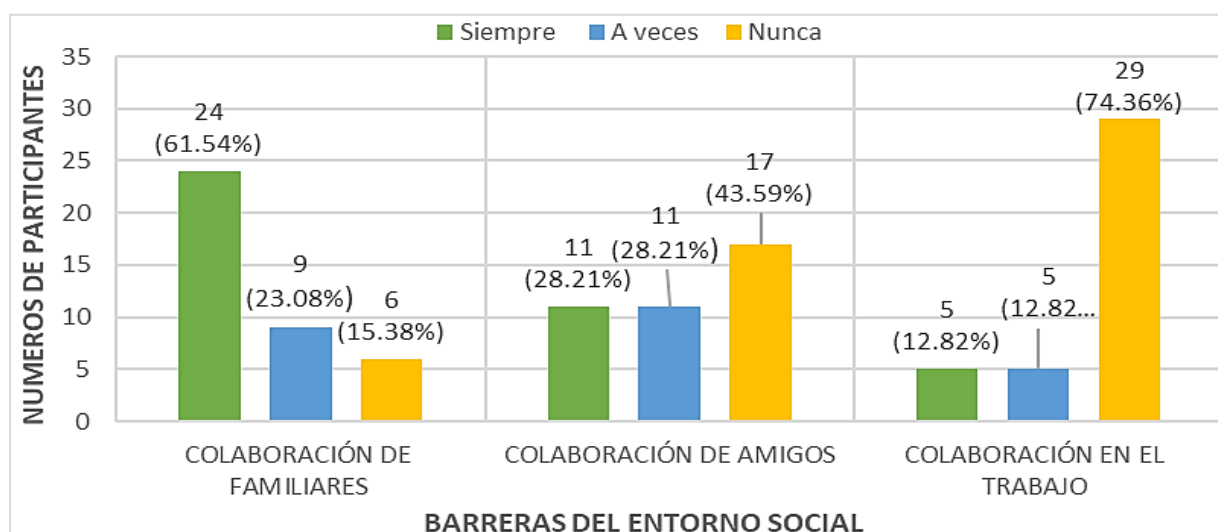
Gráfico N°1. Barreras personales



Fuente: Elaboración propia.

En relación a las barreras del entorno social, más de la mitad de los pacientes informó no recibir colaboración o apoyo laboral, ni por parte de amigos, al momento de realizar el tratamiento (Gráfico N°2).

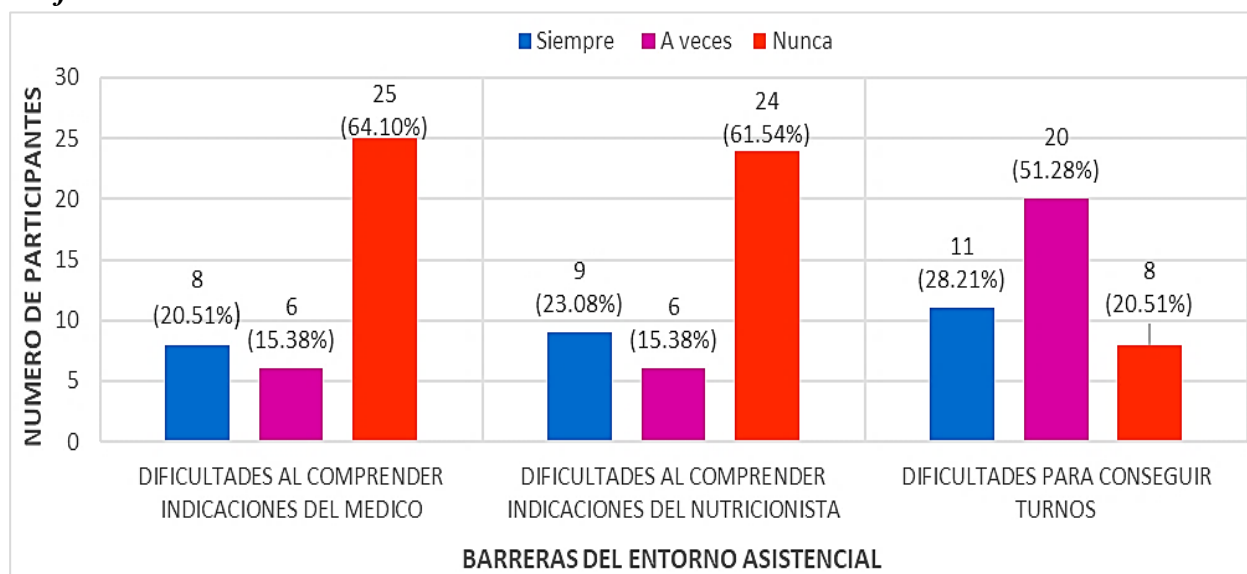
Gráfico N°2. Barreras del entorno social



Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, se analizaron las barreras del entorno asistencial, donde se observó que la mayoría de los pacientes no presentó 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, “siempre” o “a veces” tal como se aprecia en el Gráfico N°3.

Gráfico N°3. Barreras del entorno asistencial



Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

La DM2 es una de las enfermedades crónicas más prevalente a nivel mundial y está asociada con una elevada morbilidad y mortalidad. Se reconoce que una adherencia adecuada al tratamiento nutricional y farmacológico pueden contribuir significativamente a mejorar el manejo de la enfermedad. Por consiguiente, el propósito de este estudio es caracterizar la adherencia al autocuidado y examinar las barreras que los pacientes enfrentan en la implementación de las medidas terapéuticas recomendadas.

En el presente trabajo se halló que el 35.90% (n=14) de los encuestados presentó una adherencia adecuada al tratamiento nutricional, siendo más de la mitad de los participantes los que no percibieron este componente como esencial para el tratamiento de la patología. Este resultado mostró un valor ligeramente superior al reportado en la investigación realizada por Linari M y col. (33.3%) (6), quienes documentaron la adherencia a la alimentación y el control glucémico en un total de 1.520 pacientes con DM2 que asistían a los centros de atención público. De manera similar, en la investigación de Pérez M y col., se registró que en su población de estudio (n= 412) la adherencia a la dieta fue del 22,3% (7). Estos estudios mencionados emplearon distintos enfoques para medir la adherencia, donde se analizó una dieta específica (mediterránea) y la frecuencia de consumo de los alimentos. Sin embargo, la Asociación Americana de Diabetes informa en sus recomendaciones que existen varios patrones de alimentación aceptables para el tratamiento de la DM2 sin la necesidad de seguir una dieta específica, mientras que en este estudio se centró en analizar los hábitos alimentarios y la educación diabetológica presentada por los pacientes (5).

Los resultados de la presente investigación mostraron una tasa de adherencia al tratamiento farmacológico del 41.03% (n=16), lo que reflejó un porcentaje inferior al reportado por los siguientes estudios realizados en pacientes con DM2; Pérez M. y col, evaluaron la adherencia mediante el test de Haynes-Sackett en 412 participantes, obteniendo una prevalencia de adherencia del 90.5%. De manera similar, en el estudio de Maidana G. et al, con 75 participantes, logró una prevalencia del 86.6% de adherencia, hasta llegar a la investigación de Briones A. y col. en el año 2022, con 400 participantes donde se registró un porcentaje inferior de adherencia (25.5%). No obstante, autores como Lavagnini B. y col. (40%) y Guzmán G. y col. (47.8%) obtuvieron resultados similares a los encontrados en el presente estudio, al utilizar la misma herramienta para evaluar la adherencia (test de Morisky-Green). Estas discrepancias podrían estar basadas en el número de participantes y el tipo de instrumento utilizado. Por

consiguiente, la falta de adherencia a estos tratamientos por parte de los pacientes conduce a padecer las complicaciones propias de la patología, paralelamente aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad. Además, genera un impacto en el desgaste personal, familiar y social (10,16–18).

Durante la realización del tratamiento, se identificaron barreras personales que obstaculizaron el cumplimiento adecuado. Estas incluyeron la falta de motivación, la cual fue reportada por un 58.97% (n=23) de los pacientes, según su clasificación de “siempre” y “a veces”, lo que presenta una prevalencia mayor a la reportada en el estudio de Landa M. et al (28.3%), mientras que, en el estudio de Castillo M. et al, realizado en Cuba con 143 pacientes con DM2, se informó que 50.9% de los participantes presentó falta de motivación en la adherencia terapéutica(19). Las dificultades que surgieron a causa de las condiciones laborales obstaculizaron el mantenimiento de una alimentación adecuada en el estudio, representando el 10.26%. Asimismo, el 23.08% de los pacientes refirieron presentar esta dificultad “a veces”, esto debido a condiciones laborales, como la limitada disponibilidad de opciones de alimentos saludables en establecimientos cercanos o en el propio edificio de trabajo, junto con un horario de almuerzo restringido. Este valor se asemeja al obtenido en el estudio de México, donde se planteó que el 19,7% de los pacientes con DM2 comían fuera de casa, lo que generó dificultades en su alimentación por no poder cumplir con todas las comidas diarias (11,20).

El sentimiento de estrés o angustia asociado con el tratamiento fue del 23.08%, mostrando una prevalencia similar al estudio de Campuzano M. y col (27.10%). La barrera más prevalente en el presente estudio fue la dificultad económica que se presentó al realizar el tratamiento debido a la situación económica de los pacientes, con una prevalencia del 61.54% (n=24), valor superior al estudio realizado por Campuzano M. et al. en México, donde se obtuvo que un 21.1% de los participantes con DM2 reportaron dificultades económicas a causa de los costos de la medicación para tratar su enfermedad (10).

Con respecto a las barreras del entorno social, se reportó que un 61.54% de los pacientes obtuvo colaboración por parte de familiares para realizar su tratamiento día a día, siendo este un apoyo fundamental para facilitar la adherencia al tratamiento. Este resultado difirió del estudio realizado en México por Vázquez J. col., donde la prevalencia fue mucho menor (27%); esto pudo deberse a la edad promedio de los participantes de 30 años solteros, en comparación con el presente estudio, donde el promedio de edad fue de 60 años y convivían con los hijos,

contando con mayor colaboración por parte de su familia (20,21). La colaboración por parte de amigos resultó en un 28.21%, esto debido a la falta de recursos, tanto en términos de tiempo como de conocimiento, para ofrecer un apoyo adecuado, valor inferior al presentado en el estudio de Campuzano M. y col. (74.30%) donde se presentó un acompañamiento marcado por parte de amigos en el tratamiento. Respecto a la colaboración en el trabajo, gran parte de los pacientes no recibió apoyo por compañeros y/o el equipo de trabajo, representando un 74.36%. Por su parte, Orozco D. y col. en su investigación expresaron que no disponer de un adecuado apoyo social condiciona la adherencia terapéutica, representando un alto impacto en esta (12,07%).

Asimismo, las barreras del entorno asistencial tuvieron un impacto significativo en la adherencia al autocuidado. Dentro de estas barreras, se identificaron las dificultades para comprender las indicaciones del médico, reportadas por el 20.51% de los pacientes, así como las indicaciones del nutricionista representadas por el 23.08% de los pacientes. Según Ortega C. y col. (22), las dificultades al comprender se debían al tiempo limitado de consulta y al miedo de preguntar sus inquietudes y ser reprendidos, mismos aspectos mencionados por los pacientes del hospital Fiorito. Estos datos fueron comparados con los hallazgos del estudio realizado por Campuzano M. y col., donde el 29.0% indicaron no comprender la información proporcionada por su médico.

Por otro lado, con respecto a la dificultad para obtener turnos médicos, se observó que el 28.21% de los pacientes experimentaron dificultades para conseguir una cita médica con especialistas, y en situaciones de urgencias, algunos pacientes informaron demoras al ser atendidos, lo que les impedía cumplir con una intervención integral e interdisciplinaria, representando un riesgo para el desarrollo de las complicaciones a mediano y largo plazo, tal como lo destaca Chávez J. y col en su estudio(23). En la investigación de Campuzano M. y col., realizada en México, se registró que el 14.3% de los pacientes no acudían a las consultas médicas, y varios pacientes refirieron esperar meses para tener una consulta con el especialista, según el estudio de Rodríguez L. y col. donde se encuestaron 56 participantes con DM2 (24).

Por lo mencionado, el rol del nutricionista especializado en educación diabetológica es fundamental para brindar herramientas que puedan facilitar su adherencia al tratamiento, despejando dudas y creencias erróneas, así como empoderar al paciente para que cumpla un rol activo en su patología y tome decisiones informadas sobre su propia alimentación.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, se destacó la dificultad de obtener una muestra más amplia de participantes debido a la prolongada hospitalización de los pacientes. Además, se utilizó un cuestionario administrado por el entrevistador, lo que pudo haber inducido a sesgos en las respuestas proporcionadas por los pacientes, ya que existe la posibilidad de una tendencia a responder de manera más favorable para evitar mostrar una falta de adherencia al tratamiento.

Se sugiere la realización de un mayor número de trabajos de investigación que aborden la problemática de adherencia y barreras para el autocuidado en pacientes con DM2, especialmente en Argentina, ya que las situaciones socioeconómicas y culturales de cada país influyen en la forma en que se aborda la enfermedad.

CONCLUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio revelan que la adherencia inadecuada al tratamiento nutricional presenta una prevalencia levemente mayor en comparación con el tratamiento farmacológico. No obstante, ambas cifras son elevadas, lo que representa una amenaza constante para la salud aumentando la prevalencia de complicaciones crónicas y afectando negativamente a la calidad de vida tanto de los pacientes como de su grupo de apoyo.

La identificación de las barreras que los pacientes enfrentan en el autocuidado es variada, implicando la necesidad de atención médica por un equipo interdisciplinario que aborde los componentes conductuales específicos necesarios para superar dicha barrera. De este modo, se permitiría la reducción del impacto negativo de la falta de adherencia al tratamiento.

A partir de los resultados obtenidos, resulta imprescindible hacer hincapié en la educación diabetológica a través de la intervención nutricional, proporcionar educación detallada sobre la importancia de la alimentación en el control de la DM2, adaptado a las necesidades y preferencias específicas del paciente, teniendo en cuenta su situación individual y social.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK). Diabetes tipo 2 [Internet]. Bethesda, MD: NIDDK; 2017 [citado 4 de noviembre de 2023]. Diabetes tipo 2. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/que-es/diabetes-tipo-2>
2. American Diabetes Association (ADA). ¿Qué es la diabetes? [Internet]. Virginia: ADA; 2021 [citado 13 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://diabetes.org/sites/default/files/2021-09/what-is-diabetes-SPANISH.pdf>
3. Ministerio de Salud. 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2019 - Informe definitivo [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2019 [citado 13 de octubre de 2023]. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_principales-resultados.pdf
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Causas principales de mortalidad, y discapacidad [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021 [citado 13 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/enlace/causas-principales-mortalidad-discapacidad>
5. American Diabetes Association. *Standards of Care in Diabetes—2023* Abridged for Primary Care Providers. Clin Diabetes. 2 de enero de 2023;41(1):4-31. Disponible en: <https://diabetesjournals.org/clinical/article/41/1/4/148029/Standards-of-Care-in-Diabetes-2023-Abridged-for>
6. Linari MA, González C, Frechtel G, Álvaro O, Argerich MI, Babus M del C, et al. Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Argentina durante 2015. Rev Soc Argent Diabetes. 2019;53(3):97-108. Disponible en: <https://revistasad.com/index.php/diabetes/article/view/350>
7. Pérez Unanua MP, Alonso Fernández M, López Simarro F, Soriano Llorca T, Peral Martínez I, Mancera Romero J. Adherencia a un estilo de vida saludable en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en España. Semergen. 1 de abril de 2021;47(3):161-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-adherencia-un-estilo-vida-saludable-S1138359320303178>

8. Orozco-Beltrán D, Mata-Cases M, Artola S, Conthe P, Mediavilla J, Miranda C. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Aten Primaria*. 1 de junio de 2016;48(6):406-20. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-abordaje-adherencia-diabetes-mellitus-tipo2-S021265671500270X>
9. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda ÓA, Ortega Legaspi JM, Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, et al. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta médica Grupo Ángeles*. septiembre de 2018;16(3):226-32. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Campuzano M de LR, Rodríguez AR. 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>
11. 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. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*. 1 de enero de 2020;67(1):4-12. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2530016419301508?via%3Dihub>
12. González CNO, Vieyra-Angeles C, Rojo-López MI, Aguilar-Aguayo L, Camacho-López S. Adherencia a las intervenciones dietéticas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: una revisión narrativa de la literatura. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo* [Internet]. 15 de febrero de 2021 [citado 21 de octubre de 2023];4(3). Disponible en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/172/441>
13. Steinman L, Heang H, van Pelt M, Ide N, Cui H, Rao M, et al. Facilitators and Barriers to Chronic Disease Self-Management and Mobile Health Interventions for People Living With Diabetes and Hypertension in Cambodia: Qualitative Study. *JMIR Mhealth Uhealth*. 24 de abril de 2020;8(4):e13536. Disponible en: <https://mhealth.jmir.org/2020/4/e13536/>

14. Guzmán-Gómez GÉ, Arce A, Saavedra H, Rojas M, Solarte JS, Mina M, et al. Adherencia al tratamiento farmacológico y control glucémico en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2. ALAD. 16 de febrero de 2018;8(1):525. Disponible en: http://www.revistaalad.com/frame_esp.php?id=368
15. Manual Merck Sharp & Dohme (Manual MSD). Complicaciones de la diabetes mellitus - Trastornos hormonales y metabólicos. [Internet]. Brutsaert EF. 2019 [citado 23 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-ar/hogar/trastornos-hormonales-y-metab%C3%B3licos/diabetes-mellitus-y-otros-trastornos-del-metabolismo-de-la-glucosa-sangu%C3%ADnea/complicaciones-de-la-diabetes-mellitus>
16. Maidana GM, Lugo G, Vera Z, Acosta P, Morínigo M, Isasi D, et al. Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa. Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud [Internet]. 1 de abril de 2016 [citado 17 de diciembre de 2023];14(1). Disponible en: <https://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/view/1847>
17. Briones A, Wong LI, Flores DM, Guzmán M, Castellanos M, Albavera C, et al. Falta de adherencia al tratamiento farmacológico y factores asociados en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. Revista médica de Chile. agosto de 2022;150(8):985-93. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872022000800985&lng=es&nrm=iso&tlng=es
18. Lavagnini B, Clós Mahmud I, Sosa R. Revista Contexto & Saúde Editora Unijuí Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde Diabetes Mellitus: Prevalencia de la no Adhesión al Tratamiento Farmacológico en Pacientes de Santo Tomé -Corrientes, Argentina 1. Revista Contexto & Saúde. 1 de enero de 2018;18:77-82. Disponible en: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/5531>
19. Castillo Morejón M, Martín Alonso L, Almenares Rodríguez K. Adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Cubana de Medicina General Integral. diciembre de 2017;33(4):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000400006
20. Adu MD, Malabu UH, Malau-Aduli AEO, Malau-Aduli BS. Enablers and barriers to effective diabetes self-management: A multi-national investigation. PLoS One. 5 de junio

de 2019;14(6):e0217771. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6550406/>

21. Reynoso-Vázquez J, Hernández-Rivero E, Martínez-Villamil M, Zamudio-López JL, Islas-Vega I, Pelcastre-Neri A, et al. La atención en casa: El apoyo familiar en el control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Hospital a Domicilio. diciembre de 2020;4(4):199-207. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2530-51152020000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
22. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda ÓA, Ortega Legaspi JM, Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, et al. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta médica Grupo Ángeles. septiembre de 2018;16(3):226-32. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&nrm=iso&tlng=es
23. Medina-Chávez JH, Vázquez-Parrodi M, Santoyo-Gómez DL, Azuela-Antuna J, Garnica-Cuellar JC, Herrera-Landero A, et al. Protocolo de Atención Integral: complicaciones crónicas de diabetes mellitus 2. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2022;60(Suppl 1):S19-33. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10396008/>
24. González Rodríguez L, Cooper Weekes D, Méndez Gómez H, Cardona Garbey D, Rodríguez Salvá A, González Rodríguez L, et al. Barreras identificadas por pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 en su atención integral. MEDISAN. abril de 2021;25(2):388-403. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192021000200388&lng=es&nrm=iso&tlng=es

ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de las variables de caracterización.

Variable de caracterización	Unidades o categorías	Escalas de medición	Definiciones
Edad.	Años.	Numérica continua.	Se consideró los años cumplidos.
Sexo biológico.	Femenino.	Dicotómica o binaria.	
	Masculino.		
Estado civil.	Soltero/a.	Categórica politómica.	Según lo referido por el paciente a través de la encuesta*
	Conviviente.		
	Casado/a.		
	Viudo/a.		
Nivel de escolaridad.	Menor a secundario completo.	Dicotómica o binaria.	La categoría “Menor a secundario completo” incluye primario incompleto, primario completo y secundario incompleto, y “Secundario completo o superior” incluye secundario completo, terciario o universitario incompleto y completo. Se consideró el mayor nivel de escolaridad alcanzado de manera completa.
	Secundario completo o superior.		
Cobertura de salud.	Obra social.	Categórica politómica.	Se entiende como la forma en que la persona tiene acceso a la atención médica, entendiéndose por obra social sí cuenta con PAMI, OSDE, IOMA, OSECAC, entre otras, y prepaga cuando la persona realice un pago mensual o anual para obtener el servicio de salud, ejemplo: Medicus, Swiss Medical, Galeno, entre otras.
	Prepaga.		
	No presenta.		
Tiempo de evolución de la Diabetes.	Años.	Numérica continua.	Se consideró los años cumplidos.
Exceso de peso.	Sí.	Dicotómica o binaria.	Se determinó subjetivamente a través de la observación del paciente durante la entrevista.
	No.		

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

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 2. Operacionalización de las variables en estudio.

Variable en estudio	Unidades o categorías	Escalas de medición	Definiciones
Adherencia al tratamiento nutricional.	Adecuada.	Dicotómica o Binaria.	Se determinó mediante 5 preguntas sobre hábitos alimentarios, conforme a las pautas discutidas en las consultas nutricionales. Se consideró adecuada si el paciente cumple al menos 3 de 5 pautas establecidas por el servicio de nutrición.
	Inadecuada.		
Adherencia al tratamiento farmacológico.	Adecuada.	Dicotómica o Binaria.	Según el test de Morisky-Green. Se consideró pacientes adherentes al tratamiento si se responde que NO a las 4 preguntas del test y no adherente a quienes contesten SI a una o más.
	Inadecuada.		
Barreras personales.	Nunca.	Categórica politómica.	Falta de motivación/ Presencia de depresión o angustia/ Económicos/ Laborales. Estas barreras se determinaron a través de un interrogatorio a los pacientes sobre la frecuencia con la que se percibieron. Quienes no trabajaban respondieron según su experiencia en trabajos anteriores.
	A veces.		
	Siempre.		
Barreras del entorno social.	Nunca.	Categórica politómica.	Colaboración de la familia/ Colaboración de amigos/ Colaboración en el trabajo. Estas barreras se determinaron a través de un interrogatorio a los pacientes sobre la frecuencia con la que se percibieron. Quienes no trabajaban respondieron según su experiencia en trabajos anteriores.
	A veces.		
	Siempre.		
Barreras del entorno asistencial.	Nunca.	Categórica politómica.	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.
	A veces.		
	Siempre.		

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 3. Modelo de consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ha sido invitado/a a participar en la investigación, “Adherencia y barreras en la diabetes tipo 2”. Esta investigación será realizada por la futura Licenciada en Nutrición y su propósito es comprender sobre adherencia y las barreras en la diabetes tipo 2.

Esta encuesta es de carácter anónimo, toma 10 minutos en ser contestada. Si acepta participar en esta investigación, se le realizarán preguntas sobre las dificultades que encuentra para el tratamiento de su diabetes. Su identidad será protegida, solo utilizaremos los datos para el análisis e interpretación del estudio y nunca se mencionará ni se mostrará su nombre, éste será convertido en un número. Su participación es completamente voluntaria y no recibirá remuneración económica y tampoco deberá pagar para participar.

Sin más, agradezco su participación y amabilidad.

Moreno Silvina.

Firma

Anexo 4. Instrumento de recolección de datos.

ENCUESTA

ADHERENCIA Y BARRERAS EN LA DIABETES TIPO 2

Marque con una “X” la opción que considere

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 cuanto le diagnosticaron diabetes: _____

6. Exceso de peso: ☐ SI. ☐ NO.

7. Cuenta con una cobertura de salud:
 - ☐ Obra social.
 - ☐ Prepaga.
 - ☐ 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.
- ¿Cuál/es? _____

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? _____