



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y SU RELACIÓN
CON EL CONTROL GLUCÉMICO EN ADULTOS MAYORES CON
DIABETES MELLITUS HOSPITAL DR. LIBORIO PANCHANA
SOTOMAYOR. SANTA ELENA, 2025-2026**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA

CASTILLO QUIMÍ NAYELI KENIA

TUTORA

DRA. ALLISON RICHELLE MACÍAS NÚÑEZ, Mgt.

PERÍODO ACADÉMICO

2026-1

TRIBUNAL DE GRADO

Lcdo. Milton González Santos, Mgt.

**DECANO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**

Lcda. Carmen Lascano Espinoza, PhD.

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE
ENFERMERÍA**

Lic. Jenny Maribel Acosta Zagal, Mgt

DOCENTE DE ÁREA

Dra. Allison Macias Núñez, Mgt.

DOCENTE TUTORA

Abg. María Rivera González, Mgt.

SECRETARIA GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR

La Libertad, 22 de abril del 2026

En mi calidad de Tutora del Proyecto de Investigación ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL GLCÉMICO EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS HOSPITAL DR. LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR. SANTA ELENA, 2025-2026, elaborado por la Srta. CASTILLO QUIMÍ NAYELI KENIA, estudiante de la CARRERA DE ENFERMERÍA, FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD perteneciente a la UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA, previo a la obtención del Título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, lo APRUEBO en todas sus partes.

Dra. Allison Macias Núñez, Mgt.

DOCENTE TUTORA

DEDICATORIA

El presente proyecto de investigación se lo dedico a Dios, por ser mi guía en cada etapa de mi vida. A mis padres, por su apoyo constante y amor incondicional, lo que me permitió alcanzar este logro. A mi familia, por su comprensión en los momentos más difíciles y a mis amistades que de una u otra forma, aportaron en que este sueño se vuelva realidad.

Nayeli Kenia Castillo Quimí

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a mis docentes, por su orientación y compromiso durante mi formación profesional. A la Universidad Estatal Península de Santa Elena por brindarme las herramientas necesarias para alcanzar esta meta, y expreso mi gratitud a todos quienes aportaron con su conocimiento y tiempo para culminar esta investigación.

Nayeli Kenia Castillo Quimí

DECLARACIÓN

El contenido de este trabajo investigativo previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería es de mi responsabilidad, el patrimonio intelectual del mismo pertenece únicamente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

Castillo Quimí Nayeli Kenia

CI: 2450158551

ÍNDICE GENERAL

PORTADA	I
APROBACIÓN DEL TUTOR	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
DECLARACIÓN	V
ÍNDICE GENERAL	VI
ÍNDICE DE TABLAS	IX
ÍNDICE DE ANEXOS	X
RESUMEN	XI
ABSTRACT	XII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	2
1. El Problema	2
1.1. Planteamiento del Problema	2
1.2. Formulación del Problema	3
1.3. Objetivos	4
1.3.1. Objetivo General	4
1.3.2. Objetivos Específicos	4
1.4. Justificación	4
CAPÍTULO II	6
2. Marco Teórico	6
2.1. Fundamentación Referencial	6
2.2. Fundamentación Teórica	10
2.2.1. Diabetes mellitus	10
2.2.1.1. Clasificación	10
2.2.1.2. Manifestaciones clínicas	11

2.2.1.3. Diagnóstico.....	12
2.2.1.4. Tratamiento	12
2.2.1.5. Complicaciones	13
2.2.2. Adherencia al tratamiento farmacológico	15
2.2.3. Relación de la adherencia al tratamiento farmacológico con diabetes mellitus	16
2.2.3.1. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico...	17
2.2.3.2. Consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento farmacológico .	18
2.2.3.3. Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico ...	20
2.2.3. Control glucémico	22
2.3. Fundamentación de Enfermería	23
2.3.1. Teoría de déficit de autocuidado de Dorothea Orem.....	23
2.3.2. Teoría de promoción de salud de Nola Pender	24
2.4. Fundamentación Legal	25
2.4.1. Constitución de la República del Ecuador (2008).....	25
2.4.2. Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)	26
2.4.3. Ley Orgánica de Salud (2006)	27
2.4.4. Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores (2019).....	27
2.5. Formulación de Hipótesis	27
2.6. Identificación y Clasificación de Variables	28
2.6.1. Variable Independiente: Adherencia al tratamiento farmacológico.....	28
2.6.2. Variable Dependiente: Control glucémico.....	28
2.7. Operacionalización de Variables.....	29
CAPÍTULO III	31
3. Diseño Metodológico	31
3.1. Tipo de Investigación	31
3.2. Métodos de Investigación	31

3.3. Población y Muestra.....	31
3.4. Tipo de Muestreo	32
3.4.1. Criterios de Inclusión.....	32
3.4.2. Criterios de Exclusión.....	32
3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	32
3.6. Instrumentos.....	32
3.6.1. Validación y Confiabilidad del Instrumento	34
3.6.2. Plan y Procesamiento para el Análisis de Datos	34
3.7. Aspectos Éticos	35
CAPÍTULO IV	36
4. Presentación de Resultados	36
4.1. Análisis e Interpretación de Resultados.....	36
4.2. Comprobación de Hipótesis.....	39
5. CONCLUSIONES	40
6. RECOMENDACIONES	41
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
8. ANEXOS	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Matriz de operacionalización de variable independiente	29
Tabla 2. Matriz de operacionalización de variable dependiente	30
Tabla 3. Características sociodemográficas de adultos mayores con diabetes mellitus .	37
Tabla 4. Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con diabetes mellitus	38
Tabla 5. Nivel de control glucémico en adultos mayores con diabetes mellitus.....	38
Tabla 6. Asociación de la adherencia al tratamiento farmacológico y control glucémico en adultos mayores con diabetes mellitus	38
Tabla 7. Verificación de hipótesis mediante prueba Chi-cuadrado de Pearson	39

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Autorización del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor.....	49
Anexo 2. Consentimiento informado.....	50
Anexo 3. Instrumento de recolección de datos.....	51
Anexo 4. Evidencias fotográficas (Aplicación de cuestionario)	53
Anexo 5. Reporte del sistema antiplagio (Compilatio).....	54

RESUMEN

La diabetes mellitus (DM) en la edad avanzada representa un problema de salud pública que necesita un control glucémico adecuado para evitar complicaciones. **Objetivo:** Analizar la adherencia al tratamiento farmacológico y su relación con el control glucémico en adultos mayores con diabetes mellitus del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor, Santa Elena, 2025-2026. **Metodología:** Enfoque cuantitativo, método analítico-sintético, diseño observacional, tipo descriptivo y transversal con 60 adultos mayores diabéticos. Se utilizó un instrumento para recolección de datos (Test MMAS-8), y el procesamiento estadístico mediante el programa SPSS. **Resultados:** En las características sociodemográficas, grupo etario 70-79 años (40,0%), sexo femenino (51,7%), nivel educativo secundaria (45,0%), tiempo de diagnóstico de 1-4 años (40,0%) y tratamiento con metformina (40,0%); acerca del nivel de adherencia, predominio de adherencia baja (60,0%); y presencia de relación entre las variables ($p=0,002$). **Conclusión:** La adherencia al tratamiento farmacológico se relaciona significativamente con el control glucémico en adultos diabéticos de edad avanzada. Se debe fortalecer la adherencia para mejorar la calidad de vida y los resultados clínicos.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento; Adulto mayor; Control glucémico; Diabetes mellitus.

ABSTRACT

Diabetes mellitus (DM) in older adults represents a public health problem that requires adequate glycemic control to avoid complications. **Objective:** To analyze adherence to pharmacological treatment and its relationship with glycemic control in older adults with diabetes mellitus at Dr. Liborio Panchana Sotomayor Hospital, Santa Elena, 2025-2026. **Methodology:** A quantitative approach, analytical-synthetic method, observational design, descriptive and cross-sectional, was used with 60 older adults with diabetes. A data collection instrument (MMAS-8 Test) was used, and statistical processing was performed using SPSS software. **Results:** Regarding sociodemographic characteristics, the participants were in the 70-79 age group (40.0%), were female (51.7%), had a secondary education level (45.0%), had been diagnosed for 1-4 years (40.0%), and were treated with metformin (40.0%). Regarding adherence levels, low adherence predominated (60.0%). and the presence of a relationship between the variables ($p=0.002$). **Conclusion:** Adherence to pharmacological treatment is significantly related to glycemic control in elderly diabetic adults. Strengthening adherence is essential to improve quality of life and clinical outcomes.

Key words: Treatment adherence; Older adults; Glycemic control; Diabetes mellitus.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualiza a la diabetes como una enfermedad crónica caracterizada por niveles aumentados de glucosa en sangre que conduce a daños graves en el corazón, los ojos, los riñones y los nervios (OMS, 2023). Además, se reportó que el número de personas con diabetes pasó de 200 millones en 1990 a 830 millones en el año 2022, más de la mitad de estos pacientes no tomaban medicación contra esta enfermedad (OMS, 2024).

A nivel mundial, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indicó que la cifra de personas con DM ha incrementado en los últimos treinta años, siendo la novena causa principal de fallecimiento (OPS, 2024). Hasta el año 2020, en Cuba existía una prevalencia de 66,7 por cada 1000 habitantes, y se registró algunos países con cifras elevadas de diabetes en la edad de 20 a 79 años, como México con 16,4, Estados Unidos con 13,7 y China con 11,9 (Sánchez & Sánchez, 2022).

En América Latina, según la Federación Internacional de Diabetes (FID), en el año 2021 México fue el país con mayor prevalencia de DM con el 16,9%, seguido de Guatemala con 13,1%, Chile con 10,8%, Venezuela con 9,6%, Nicaragua con 9,3%, Brasil con 8,8%, Colombia con 8,3% y Argentina con 5,4% (Espinosa, 2024). Por otra parte, en Ecuador se reportó en 2024 que la prevalencia de diabetes en adultos era de 4,9%, correspondiendo a 552,800 casos (Ministerio de Salud Pública, 2024).

Así pues, el manejo correcto de DM depende de la adherencia al tratamiento farmacológico porque permite mantener niveles adecuados de glucosa en sangre y prevenir el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas, pero diversos estudios han reportado que un gran porcentaje de pacientes no cumplen con las indicaciones médicas, afectando su control glucémico, también se mencionan algunos factores asociados como limitaciones económicas, deterioro cognitivo propio del envejecimiento, efectos adversos de los medicamentos y polifarmacia (Guamán, et al., 2021).

Por lo descrito anteriormente, la presente investigación se enfoca en analizar la adherencia al tratamiento con medicamentos y su asociación con el control glucémico en adultos mayores con DM del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor, Santa Elena, durante el periodo 2025-2026 a través de una metodología no experimental, descriptivo y transversal.

CAPÍTULO I

1. El Problema

1.1. Planteamiento del Problema

De acuerdo con Mora (2022), la DM es una de las patologías con mayor frecuencia en el mundo, afecta a millones de personas comprometiendo su salud y bienestar, su prevalencia ha incrementado desde 1980 con más de 400 millones de personas diabéticas. El aumento del compromiso y la mortalidad de la diabetes se relaciona con la mayor influencia de factores de riesgo como el peso corporal excesivo, el sedentarismo y la escasa adherencia al tratamiento farmacológico (Guamán, et al., 2021).

La OMS (2024) reportó que el 14% de los mayores de 18 años vivían con diabetes y más del 59% de los adultos de 30 años o más con diagnóstico de esta enfermedad no tomaban medicación. A nivel de las Américas, la OPS (2025) reportó que 112 millones de adultos padecían diabetes, con mayor incidencia en los países de bajos y medianos ingresos, y esta enfermedad cada año ocasiona la pérdida de aproximadamente ocho millones de años de vida por muerte prematura en la región.

Los investigadores Avilés et al. (2020) realizaron un estudio sobre la situación actual de la prevalencia de DM en Latinoamérica, entre los hallazgos principales se encontró que las cifras son variables en la región, con mayor prevalencia en México con 13,7%, seguido de Puerto Rico con 12,5 a 12,7%, Uruguay con 5-5 a 6,0%, Perú con 3,7%, República Dominicana con 3,5%, Colombia con 3,0% y Ecuador con 2,7%, además se informó una mayor predisposición de diabetes en las mujeres y las personas mayores de 60 años.

Acerca de la diabetes en Ecuador, en el año 2024 la FID (2024) en su informe nacional reportó que 552,8 mil adultos de 20 a 79 años padecían diabetes, es decir una prevalencia de 4,9%. Asimismo, el Ministerio de Salud Pública (MSP) (2025) realizó una encuesta nacional de prevención en diabetes, encontrándose que la prevalencia de DM se situó en 5,53% que representa una tendencia alarmante que se vincula con factores de riesgo como el sobrepeso, el sedentarismo y la alimentación inadecuada.

Con respecto a la adherencia al tratamiento de diabetes, se define como la adquisición y el mantenimiento de la administración de los medicamentos orales o

insulina en la frecuencia y dosis prescrita por el profesional de salud, el monitoreo del nivel de glucosa, el aumento de la actividad física, el cumplimiento de las revisiones médicas regulares y la ejecución de una dieta ajustada a requerimientos nutricionales que aporte al logro de un buen control glucémico, la postergación de sus complicaciones y la mejoría de su calidad de vida (Angelucci & Rondón, 2021).

También, cabe destacar que a pesar de los avances farmacológicos y tecnológicos de las últimas décadas en el manejo de la diabetes tipo 2, un porcentaje significativo de pacientes no cumple los objetivos terapéuticos descritos en las guías de práctica clínica, influyendo en el desarrollo de complicaciones crónicas micro y macrovasculares, compromiso de la calidad de vida e incremento de mortalidad, se estima que en esta enfermedad el incumplimiento terapéutico oscila entre 50 a 60% (Azriel, 2022). En Ecuador, Ramírez y Pachucho (2025) realizaron un estudio sobre adherencia terapéutica en 60 adultos mayores con DM tipo 2, encontrándose una adherencia baja en 70,0% y adherencia moderada en 28,3%.

En la provincia de Santa Elena, se encuentra situado el Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor, en esta institución de salud usualmente se evidencia que los adultos mayores con diabetes mellitus presentan valores alterados de glucosa en ayunas, hemoglobina glicosilada y glucosa posprandial, a pesar de recibir tratamiento farmacológico. Además, no se cuenta con estudios recientes en el contexto nacional y local que analicen la relación entre la adherencia al manejo farmacológico y el control de la glicemia en dicha población, lo que limita la implementación de estrategias de mejora específicas.

1.2. Formulación del Problema

¿De qué manera la adherencia al tratamiento farmacológico se relaciona con el control glucémico en adultos mayores con diabetes mellitus del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor, Santa Elena?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Analizar la adherencia al tratamiento farmacológico y su relación con el control glucémico en adultos mayores con diabetes mellitus del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor, Santa Elena, 2025-2026.

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Establecer las características sociodemográficas de los adultos mayores con diabetes mellitus del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor.
2. Identificar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y nivel de control glucémico en adultos mayores con diabetes mellitus.
3. Determinar la asociación de la adherencia al tratamiento farmacológico y el control glucémico en adultos mayores con diabetes mellitus mediante la prueba estadística Chi-cuadrado.

1.4. Justificación

La presente investigación se justifica de forma académica porque aporta en los conocimientos del área de ciencias de la salud debido a que aborda una problemática de prevalencia en la población de edad avanzada que comprende la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus. Este estudio permite que los futuros profesionales de enfermería y carreras afines comprendan la asociación entre las variables abordadas, también fortalece las competencias investigativas y promueve la formación de profesionales que puedan identificar factores que influyen en la adherencia y diseñar estrategias para mejorar el cuidado del paciente diabético.

Desde la perspectiva teórica, el estudio se fundamenta en la necesidad que se integren modelos o teorías sobre el cuidado y adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores. La diabetes mellitus como patología crónica necesita participación del paciente en su autocuidado, por eso se considera que la teoría propuesta por Dorothea Orem sirve como base conceptual para el análisis del conocimiento, la motivación y el apoyo familiar en el cumplimiento de la prescripción médica. Además, se justifica metodológicamente porque permitirá reconocer la relación entre el grado de adherencia a

los medicamentos y el control glucémico en los adultos mayores diabéticos, este enfoque permitirá obtener resultados confiables para el desarrollo de futuras intervenciones.

Los resultados obtenidos sobre la adherencia al tratamiento farmacológico y el control de la glicemia constituyen una base importante para el desarrollo de intervenciones de enfermería dirigidas a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Identificar el nivel de adherencia y el estado del control glucémico permite reconocer a los pacientes con mayor riesgo de presentar complicaciones y establecer estrategias de cuidado acordes con sus necesidades.

Por otro lado, la evaluación del control glucémico permite valorar la efectividad de estas intervenciones y realizar un seguimiento continuo del paciente. Si los niveles de glucosa permanecen fuera de los rangos recomendados, el personal de enfermería puede identificar posibles causas, como el incumplimiento del tratamiento, hábitos alimentarios inadecuados, sedentarismo o dificultades para acceder a los medicamentos, y coordinar acciones con el equipo multidisciplinario para mejorar el manejo de la enfermedad.

En el ámbito social, la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en los adultos mayores diabéticos puede conllevar a complicaciones agudas y crónicas que aumentan el costo sanitario y la carga familiar, ante ello el estudio pretende contribuir en el desarrollo de estrategias educativas para mejorar la adherencia y sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de cumplimiento del tratamiento médico y el control glucémico.

Por último, esta investigación tendrá como beneficiarios directos a los adultos mayores diabéticos atendidos en el Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor porque podrían recibir intervenciones para mejorar su adherencia al manejo médico; mientras que, los beneficiarios indirectos serán los profesionales de salud, permitiéndoles diseñar planes de cuidado más efectivos, además de los familiares y los cuidadores que asumen un importante rol en el acompañamiento terapéutico.

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Fundamentación Referencial

Granell et al. (2022) realizaron una investigación en España denominada “Control glucémico en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 tratados con antidiabéticos” cuyo objetivo fue evaluar el tratamiento y la concordancia con valores de hemoglobina glicosilada (HbA1c). Se empleó un estudio retrospectivo con 936 pacientes mayores de 75 años tratados con esquema de antidiabéticos orales (ADO). Entre los resultados, se evidenció que la edad media era de 81,3 años, el 15,8% no tenían ninguna determinación de HbA1c en el último año, el resto de pacientes tenían una media de 6,6% de HbA1c y 13,2% se situaron en el intervalo objetivo (7,5-8,5%). De los 617 pacientes con HbA1c menor de 7,5%, el 25,4% tenían más de 85 años, el 32,1% eran catalogados como paciente crónico complejo y el 38,6% tenían más de un medicamento ADO. Se concluyó que las cifras de HbA1c en los adultos mayores eran menores a los recomendados.

En comparación con la presente investigación, el estudio de Granell et al. (2022) coincide en la importancia de evaluar el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, ya que la hemoglobina glicosilada (HbA1c) es un indicador fundamental

para conocer la efectividad del tratamiento. Sin embargo, los autores encontraron que la mayoría de los adultos mayores presentaban valores de hemoglobina glicosilada inferiores a los recomendados para su edad, lo que evidencia un posible sobretratamiento y un mayor riesgo de complicaciones como la hipoglucemia.

Ambos estudios comparten el interés por mejorar el manejo de la diabetes mellitus tipo 2, aunque difieren en el contexto y las características de los participantes. Los hallazgos al. sirven como un referente importante, ya que demuestran que el tratamiento debe adaptarse a las condiciones individuales de cada paciente y no centrarse únicamente en alcanzar valores bajos de HbA1c, aspecto que también resulta relevante para interpretar los resultados de la presente investigación.

Montealegre et al. (2023) llevaron a cabo un estudio en Colombia titulado “Adherencia farmacológica en pacientes con DM en una institución de primer nivel de Huila” para identificar el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con DM tipo 2 en esta casa de salud. La metodología fue observacional, descriptiva y de corte transversal con 59 pacientes, se empleó el cuestionario de Morisky Green y la prueba de Batalla. Entre los resultados, se destacó que el 27,1% presentó alta adherencia, los hombres tenían mayor dificultad para el cumplimiento, pero tenían mayor conocimiento sobre la enfermedad en relación a las mujeres. Los autores concluyeron que la adherencia al tratamiento puede asociarse con el conocimiento, porque esta información les permite tomar mejores decisiones sobre la administración de medicinas, cambios en la dieta y otras condiciones.

El estudio de Montealegre demuestra que la adherencia al tratamiento sigue siendo un desafío para los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, ya que solo el 27,1% presentó un nivel alto de cumplimiento. Estos resultados permiten entender que muchos pacientes tienen dificultades para seguir correctamente las indicaciones médicas, lo que puede afectar el control de la enfermedad y aumentar el riesgo de complicaciones.

Otro aspecto importante del estudio es que los autores encontraron una relación entre el conocimiento de la enfermedad y la adherencia al tratamiento. Esto indica que, cuando los pacientes conocen mejor su diagnóstico y comprenden la importancia de tomar los medicamentos, mantener una alimentación adecuada y cumplir las recomendaciones médicas, es más probable que adopten conductas favorables para el control de la diabetes.

En el mismo contexto, Guzmán et al. (2020) realizaron el estudio “Adherencia al tratamiento farmacológico y control glucémico en pacientes adultos con DM2” cuyo objetivo fue determinar la adherencia al manejo farmacológico y su relación con el control glucémico. Se empleó un estudio descriptivo y transversal con la aplicación de la escala de Morisky Green para medir adherencia en una muestra de 201 pacientes. Entre los resultados, se reportó el predominio de mujeres con 61,7%, edad promedio de 63.1 años, presentaban un control adecuado en 53,7% y adherencia en 47,8%. No existió asociación significativa entre adherencia y control ($p=0.310$). Se concluyó que las variables no se relacionaban y se recomienda que se realicen estudios a futuro para reconocer otros factores que podrían influir en el control de glicemia.

Por otra parte, Bastidas y Torres (2023) en Perú realizaron una investigación denominada “Adherencia al tratamiento en adultos mayores diabéticos del Hospital Regional Docente Daniel Alcides Carrión de Huancayo” para determinar el nivel de adherencia al tratamiento de DM tipo 2 en adultos mayores atendidos de esta unidad operativa. La metodología fue observacional, descriptiva e inductiva con 60 pacientes. En los hallazgos, se encontró que el 81,7% eran adultos mayores jóvenes, 65% correspondían al sexo femenino, 40% estado civil casado, 50% nivel educativo secundario, 85% eran amas de casa y 46,7% nunca o rara vez presentaron dificultad para seguir el tratamiento prescrito. Acerca de la adherencia al tratamiento, el 56,7% presentaron una baja adherencia, 30% nivel medio y 13,3% nivel alto. Se concluyó que la mayoría de adultos mayores diabéticos tuvieron baja adherencia al tratamiento farmacológico.

Nazate et al. (2024) en Ecuador realizaron un estudio denominado “Adherencia al tratamiento en adultos mayores con diagnóstico de DM” con el objetivo de describir la adherencia al tratamiento de los adultos mayores diabéticos del Centro de Salud #1 de Tulcán. La metodología fue observacional, descriptiva y transversal en 20 pacientes. En los hallazgos, se evidenció que el 60% de los pacientes estaban medicados con insulina, el 70% toma su medicación una ocasión al día y el 80% realizan el autocontrol de diabetes. Se concluyó que la adherencia al tratamiento en adultos mayores diabéticos resulta comprometida por factores socioeconómicos, pero la mayoría realiza autocontrol de su patología.

Un aspecto que llama la atención es que el 80% de los pacientes realizaba el autocontrol de la enfermedad, lo que refleja interés por cuidar su salud y prevenir complicaciones. Sin embargo, esto no significa que todos tengan una buena adherencia al tratamiento, ya que el control de la diabetes también depende de otros aspectos, como el acceso a los medicamentos, una alimentación saludable y la asistencia a los controles médicos.

Además, al tratarse de adultos mayores, es importante considerar que pueden enfrentar dificultades propias de la edad, como la presencia de otras enfermedades, la dependencia de un familiar o cuidador y las limitaciones económicas, las cuales pueden influir en el cumplimiento del tratamiento. Por esta razón, los resultados del estudio resaltan la necesidad de fortalecer la educación en salud y brindar un mayor apoyo a este grupo de pacientes, con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento y favorecer un mejor control de la diabetes.

Asimismo, Miranda y Gualán (2023) ejecutaron una investigación denominada “Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2 de una institución de salud de Ecuador” cuyo objetivo fue determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos. Se aplicó un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo con 52 pacientes, empleando un cuestionario estructurado por tres secciones: información sociodemográfica, test de Morisky-Green- Levine e identificación de factores que intervienen en la adherencia. En los resultados, se demostró que 56,2% de los pacientes no se acogían al tratamiento, esta adherencia no dependía de los medicamentos administrados al día, y el principal factor fue el convencimiento de la importancia de la continuidad del tratamiento con el 96,8%. Se concluyó que existe falta de adherencia terapéutica en estos pacientes, por ello se deben crear estrategias que contribuyan en la promoción y prevención de diabetes mellitus tipo 2.

En general, este estudio destaca la importancia de fortalecer la educación y el acompañamiento que reciben los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. No basta con prescribir un tratamiento; también es necesario motivar a los pacientes, resolver sus dudas y promover hábitos saludables que les permitan mantener un adecuado control de la enfermedad y prevenir futuras complicaciones.

2.2. Fundamentación Teórica

2.2.1. Diabetes mellitus

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad de tipo metabólica con evolución crónica que se caracteriza por la presencia de niveles excesivamente altos de glucosa en la sangre. Surge como consecuencia de una alteración en el proceso de síntesis de insulina, su mecanismo de acción o en ambos desencadenantes. Luego de la hiperglucemia, aparecen síntomas que al pasar del tiempo generan lesiones en sistemas y órganos, sobre todo a nivel de los vasos sanguíneos, el corazón, los riñones, los nervios y los ojos. La DM constituye una problemática de salud pública que afecta al mundo y Ecuador, puesto que cada vez son más elevados los casos de aparición asociado a complicaciones y la limitación de la calidad de vida de quien la padece (Gagliardino, 2022).

Acerca de la fisiopatología, la insulina es una hormona secretada a nivel pancreático, específicamente en los islotes de Langerhans, esta hormona se encarga de permitir el ingreso de la glucosa hacia las células que será utilizada como principal fuente energética del organismo. Al existir una deficiencia en la secreción de insulina o resistencia en su mecanismo de acción, la glucosa permanece en el torrente sanguíneo de forma libre, induciendo al desbalance metabólico crónico que compromete el metabolismo de los carbohidratos, proteínas y lípidos (López, et al., 2024).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en participación con la Academia Americana de Diabetes (AAD), refleja que la DM no constituye solo un cuadro clínico, sino que también es una patología que representa un gran reto para los profesionales de salud, en cuanto al manejo integrado del paciente porque necesita un abordaje interdisciplinario que contemple más allá del control glucémico, en donde se deberán promover hábitos y estilos de vida saludables destinados a la prevención de las complicaciones asociadas a la enfermedad (Zavala, et al., 2024).

2.2.1.1. Clasificación

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) (2025) publicó la clasificación de

la diabetes fundamentada en sus características metabólicas, fisiopatología y aspectos genéticos, siendo categorizada en diabetes tipo 1, diabetes tipo 2 y tipos específicos debido a otras causas, como la DM gestacional, diabetes inducida por fármacos o síndromes de diabetes monogénica.

La diabetes mellitus de tipo 1 es una patología que se caracteriza por el daño de las células beta del páncreas, conllevando a la deficiencia de insulina, se presenta entre 5 a 10% de los casos reportados y se diagnostica a edad temprana. Los pacientes con DM1 necesitan insulina endógena para sobrevivir y evitar el desarrollo de complicaciones agudas, especialmente de cetoacidosis diabética (López, et al., 2024).

En el caso de diabetes mellitus tipo 2, se presenta en el 90 a 95% de la población, generado por un cuadro de resistencia a insulina y deficiencia relativa en su liberación hacia el torrente sanguíneo. Se asocia a otro grupo de factores de riesgo como sedentarismo, edad avanzada, obesidad, población femenina y antecedentes familiares. Por lo general, tiene un inicio insidioso, usualmente se presenta en la población adulta, aunque cada vez son más los casos en población adolescente y adulta joven. Los malos hábitos alimenticios asociados a la alimentación hipercalórica e hiperglucémica favorecen su prevalencia (Acosta, et al., 2024).

Por otra parte, en las diversas formas de diabetes se incluye la presentación gestacional que comprende la enfermedad cuando se presenta solo en el embarazo, esta se asocia con las modificaciones hormonales que generan una resistencia insulínica transitoria. También, se encuentran otros tipos como la DM debido a mutaciones genéticas, trastornos endócrinos, trastornos inducidos por abuso de medicamentos y enfermedades pancreáticas (Garrochamba, 2024).

2.2.1.2. Manifestaciones clínicas

Los síntomas típicos de la diabetes incluyen una tríada característica: poliuria, polifagia y polidipsia, comúnmente se acompaña con pérdida de peso de carácter inexplicable. Estas manifestaciones clínicas se presentan principalmente en la DM tipo 1 y en casos avanzados de DM tipo 2. Otros signos, aunque menos frecuentes corresponden a la fatiga, infecciones urinarias, cutáneas y de la mucosa, alteraciones visuales, lento proceso de cicatrización de heridas y afectación del sistema inmune (Murillo & Baque, 2024).

En la DM tipo 2, los síntomas pueden llegar a ser muy imperceptibles, generando que muchos pacientes vivan con la enfermedad durante un largo tiempo sin conocer su condición. La diabetes en adultos mayores tiende a presentarse con algunas manifestaciones, lo que conlleva a la confusión con otras afectaciones crónicas propias a la edad. En los pacientes de edad avanzada, es posible evidenciar síntomas poco típicos como alteraciones cognitivas, pérdida de apetito, incontinencia, entre otros (Salazar & Falconí, 2024).

2.2.1.3. Diagnóstico

El diagnóstico de DM se realiza a través de exámenes de laboratorio, en que la glicemia en ayunas mayor a 126 mg/dl es el indicador de mayor utilidad que debe registrarse por lo menos durante dos tomas al azar. Otra prueba, es la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) que se considera positiva cuando los valores de glicemia son mayores a 200 mg/dl a las dos horas posterior a la ingesta de la sustancia. También, será positiva cuando la glicemia en ayunas al azar es mayor a 200 mg/dl en pacientes con sintomatología clínica. Asimismo, otro marcador corresponde a hemoglobina glicosilada que permite medir el control de la glicemia dentro de un largo plazo, en que los valores que superan 6.5% sugieren el diagnóstico de DM (Fabela, et al., 2024).

La principal ventaja de la hemoglobina glicosilada corresponde a que permite reflejar los niveles de glucosa dentro de los últimos tres meses, ayudando a identificar los pacientes que presentan síntomas de glicemia sostenida. En el paciente diagnosticado con DM se recomienda el uso de otros exámenes complementarios, tales como la función renal, el perfil lipídico, la valoración neurológica y el examen oftalmológico, esto se encuentra guiado al diseño de un plan terapéutico individualizado, evitando la progresión de la enfermedad (Gagliardino, 2022).

2.2.1.4. Tratamiento

El tratamiento de DM busca mantener los niveles de glucosa dentro de los rangos aceptados, disminuir las complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente. Se recomienda realizar actividades que beneficien el estilo de vida, priorizando una alimentación saludable, reduciendo el peso en caso de pacientes con obesidad y practicar ejercicio físico regular. También, se sugiere suspender el consumo de tabaco, estas son medidas esenciales tanto en el tratamiento de DM tipo 1 y DM tipo 2. En la DM tipo 1,

el tratamiento clave es la insulina que se puede administrar de forma basal, en bolo o en infusión continua subcutánea (Mina, et al., 2024).

Por otra parte, en la DM tipo 2 el tratamiento inicia con antidiabéticos orales, siendo la metformina una biguanida biológica que se utiliza principalmente para este diagnóstico. En situaciones posteriores, se requiere que se combinen con otros fármacos anti hipoglicemiantes o incluso la insulina. El esquema empleado depende de la edad, el control glucémico, las comorbilidades presentes y el cuadro clínico del paciente, además el control del nivel de glicemia necesita un manejo integrado como parte del tratamiento de riesgo, en que se requiere la evaluación de la hipertensión arterial, la dislipidemia y la prevención de eventos cardiovasculares mediante el monitoreo periódico (Santos, et al., 2024).

2.2.1.5. Complicaciones

En caso que no se realice un manejo adecuado de la diabetes, puede conllevar al desarrollo de las siguientes complicaciones:

Complicaciones microvasculares: Se generan por la lesión de vasos pequeños sanguíneos asociados a hiperglicemia crónica no controlada, entre estas afecciones se destaca la retinopatía diabética que conduce a una pérdida progresiva de la visión, llegando incluso a la ceguera, la nefropatía diabética que interfiere en la función renal, generando proteinuria y daño renal, conduciendo a un incremento del riesgo de diálisis, y la neuropatía diabética que afecta directamente a los nervios periféricos y autonómicos, cursa con dolor, pérdida de sensibilidad en las extremidades, disfunción eréctil, alteraciones digestivas y riesgo de formar úlceras en los pies. Estas complicaciones reducen la calidad de vida del paciente y aumentan la probabilidad de discapacidades físicas (Casillas, et al., 2024).

Complicaciones macrovasculares: Afectan de manera directa a los vasos sanguíneos y favorecen la aparición de aterosclerosis que conduce a un incremento del riesgo de enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, angina de pecho y enfermedad cerebrovascular como antecedente cerebrovascular hemorrágico e isquémico. Otra patología frecuente es la enfermedad arterial periférica que genera claudicación y gangrena en las extremidades, principalmente a las inferiores. Estos cuadros ocasionan una alta tasa de mortalidad en pacientes diabéticos porque cursan con una larga estadía hospitalaria (Costo, et al., 2020).

Pie diabético: Es una complicación muy común y grave del paciente diabético no controlado, comprende la combinación de una neuropatía y una enfermedad arterial periférica, generando mayor susceptibilidad a infecciones. Los adultos mayores tienen mayor riesgo de presentar úlceras, infecciones crónicas en extremidades y amputaciones no traumáticas. El pie diabético provoca dificultad en la movilización del paciente y limita su autonomía, también ejerce un impacto emocional y económico en el paciente y la familia, pudiendo provocarle un cuadro de depresión y temor al perder una de sus extremidades (Casillas, et al., 2024).

Infecciones recurrentes: La DM no controlada genera un estado de inmunosupresión, aumentando la probabilidad de padecer infecciones respiratorias, urinarias y cutáneas. Estas afecciones suelen prolongarse más allá de lo normal, en muchos casos se presenta resistencia al tratamiento antibiótico y retraso en el proceso de cicatrización de las heridas, incrementando el riesgo de daño sistémico (Salazar & Falconí, 2024).

Complicaciones agudas metabólicas: Se destaca la cetoacidosis diabética y el síndrome de hiperglicemia hiperosmolar, en donde la cetoacidosis cursa con niveles extremadamente altos de cuerpos cetónicos, deshidratación y acidosis metabólica, usualmente ocurre en DM tipo 1; mientras que, el síndrome hiperglicémico hiperosmolar es más frecuente en adultos mayores con DM tipo 2, generando deshidratación severa, alteraciones del estado de conciencia e hiperglicemia extrema. La tasa de mortalidad es alta porque ambas complicaciones requieren un manejo por el área de urgencia con hospitalización y control directo (Barcia, et al., 2024).

Complicaciones cognitivas y neurológicas: La DM afecta el sistema nervioso periférico y el sistema nervioso central, generando deterioro cognitivo de forma leve a progresiva, y aumentando el riesgo de demencia y Alzheimer. La hiperglicemia crónica disminuye la resistencia insulínica, entonces los eventos cardiovasculares y cerebrales favorecen el daño progresivo, limitando la capacidad del paciente para su autocuidado e independencia (Zumba, 2023).

Complicaciones cardiovasculares crónicas: Los pacientes con DM cursan con insuficiencia cardíaca crónica, puesto que se produce la cardiomiopatía diabética que se caracteriza por daño a nivel funcional y estructural del músculo liso-cardíaco, cursa con fatiga, disnea y requiere hospitalización, incrementando la carga de la enfermedad en los

pacientes adultos mayores (Brugere, et al., 2020).

Impacto en la calidad de vida y mortalidad: Estas complicaciones producen una disminución significativa del estilo y calidad de vida del paciente, haciendo que pierda dependencia funcional y autonomía, además favorece la aparición de dolor crónico y carga emocional que afecta de manera directa en el bienestar del adulto mayor y su familia. Las complicaciones asociadas a la DM mal controlada genera una mortalidad prematura en la población, siendo una de las principales causas de fallecimiento en adultos mayores diabéticos sin tratamiento (Barón, et al., 2025).

2.2.2. Adherencia al tratamiento farmacológico

La adherencia al tratamiento farmacológico se define como el grado del paciente para acatar de manera correcta las indicaciones emitidas por el profesional de salud en cuanto a la toma de medicamentos, refiriéndose al horario, la dosis y el tiempo de duración. No solo se limita al manejo del cumplimiento de una prescripción, sino que también incluye un proceso de aceptación, comprensión y compromiso para seguir el plan propuesto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que la adherencia comprende un accionar complejo porque esta influenciado por factores individuales, sociales y sanitarios (Salazar & Falconí, 2024).

En el ámbito clínico, la adherencia terapéutica es fundamental para lograr la eficiencia de medicamentos, haciendo que el efecto farmacológico dependa del paciente, la forma en que consume el medicamento y durante el tiempo expuesto. Al existir una adherencia ineficiente o una falta total, se produce un resultado subóptimo del tratamiento, generando que la enfermedad se prolongue, se incremente las complicaciones asociadas y el gasto sanitario. La adherencia debe diferenciarse de otros términos similares como el cumplimiento y la persistencia, en donde el cumplimiento se refiere al grado de obediencia estricta que presenta el paciente con la medicación; mientras que, la adherencia incluye una dimensión que va más allá de la colaboración y el acuerdo entre el profesional y el paciente (Villacis & Arteaga, 2023).

Por otro lado, la persistencia se refiere a la continuidad de la toma del medicamento dentro de un tiempo estimado. La adherencia no depende exclusivamente del paciente, puesto que existen factores como complejidad del esquema terapéutico, asociación a factores adversos, costo elevado de los medicamentos, accesibilidad a los servicios sanitarios, apoyo de la familia, entre otros, que pueden influenciar en el

cumplimiento del paciente. De esta manera, generar una mejoría en la adherencia del paciente resulta por acciones integrales que buscan incluir la participación sanitaria, el acompañamiento del profesional de salud, la simplificación de tratamientos y el fortalecimiento comunicativo entre el paciente y el equipo sanitario (González, et al., 2024).

2.2.3. Relación de la adherencia al tratamiento farmacológico con diabetes mellitus

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica, en donde una correcta adherencia al tratamiento es fundamental para lograr la eficacia, si bien es cierto esta patología tiene una condición prolongada, se requiere del control glucémico constante y la disciplina del paciente y la familia para la utilización de fármacos prescritos. En algunos estudios, se ha demostrado que los pacientes diabéticos que presentan una adherencia elevada al tratamiento farmacológico presentan niveles de hemoglobina glicosilada más bajos, en comparación con aquellos pacientes que presentan una adherencia deficiente (Baque, et al., 2023).

Cabe destacar que este grupo de pacientes tiene mayor riesgo de hospitalizaciones, incremento de la mortalidad y deterioro progresivo de las funciones vitales. En los adultos mayores que padecen diabetes, la adherencia farmacológica resulta expuesta a diversas barreras adicionales debido a que el envejecimiento comúnmente genera riesgo y la asociación con otras enfermedades concomitantes. En el caso de los adultos mayores, el riesgo de estas comorbilidades son circunstancias que afectan el esquema farmacológico, generando mayor riesgo de sobredosis u olvido del medicamento (Buesaquillo & Panamá, 2024).

En la actualidad, se han descrito algunos factores que favorecen una adherencia adecuada, uno de ellos corresponde a la guía y el apoyo del cuidador o familiar, acompañado de educación en salud e implementación de esquemas más sencillos, como el uso de fármacos combinados en una sola tableta o dosis únicas diarias que mejoran significativamente la continuidad del tratamiento. El impacto de una adherencia ineficiente al tratamiento farmacológico de DM genera alteraciones clínicas y económicas porque el paciente con un nivel glucémico incontrolable genera gastos elevados de hospitalización, requiere continuamente acudir al servicio de urgencias y el tratamiento se asocia con otras complicaciones como la retinopatía diabética, insuficiencia renal y pie diabético (Barón, et al., 2025).

Por esa razón, la adherencia es considerada un factor clave para mantener el bienestar del paciente, la sostenibilidad del sistema de salud y el bienestar familiar. La adherencia al manejo farmacológico se relaciona directamente con el empoderamiento del paciente diabético con su enfermedad. Así pues, cuando el paciente comprende la importancia de adherirse al tratamiento y participa de forma activa en la toma de decisiones, existe un mayor compromiso con la terapéutica (Cruz, et al., 2023).

Este empoderamiento es importante sobre todo en los adultos mayores, puesto que ellos tienden a sentirse limitados o dependientes de otras personas. Sin embargo, al contar con el acompañamiento adecuado, se favorece su autonomía y capacidad de autocuidado. Un aspecto a considerar en la adherencia al tratamiento de DM corresponde al abordaje integral en que se incluye la alimentación variada y equilibrada, acompañado de actividad física regular y el monitoreo de los controles glucémicos (Díaz, et al., 2023).

2.2.3.1. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico

Existen algunos aspectos que influyen en la adherencia al manejo farmacológico, estos se han categorizado en favorables y no favorables (Lasmarías, et al., 2023). A continuación, se mencionan los factores más destacados:

Factores favorables para la adherencia farmacológica

- **Apoyo familiar y social:** Convivir con cuidadores o familiares que aporten en el seguimiento continuo de la toma de medicamentos en el paciente diabético, constituye una situación primordial para la adherencia.
- **Educación en salud:** El paciente que posee conocimientos sobre su enfermedad y la utilidad del tratamiento médico motiva para el cumplimiento de las indicaciones.
- **Esquema terapéutico simple:** Incluye el manejo de fármacos con menor dosis diarias o combinaciones en una sola tableta que conlleva a que el cumplimiento con la medicina sea mucho más fácil para el paciente.
- **Buena relación paciente- profesional sanitario:** La comunicación eficiente, clara y sencilla entre el médico y el paciente permite mayor confianza con el equipo de salud, reforzando el compromiso terapéutico.
- **Acceso económico y disponibilidad de medicamentos:** Cuando el paciente puede adquirir los medicamentos sin dificultad, el riesgo de abandono es aún menor.

- Uso de recordatorios y herramientas tecnológicas útiles: El empleo de alarmas, pastilleros o aplicaciones móviles ayudan a evitar el olvido en la toma de medicinas, esto tiene mayor utilidad en los adultos mayores porque debido al proceso fisiológico en que se encuentra, tiende a olvidarse de su tratamiento.

Factores no favorables para la adherencia farmacológica

- Polimedicación: El uso continuo y simultáneo de más de dos fármacos incrementa la complejidad de la toma, haciendo que se presenten olvidos o errores.
- Efectos adversos de los medicamentos: La presencia de efectos adversos puede generar rechazo o abandono del tratamiento por parte del paciente.
- Déficit cognitivo visual en adultos mayores: Cuando existen limitaciones físicas o mentales pueda que se dificulte seguir adecuadamente la dosificación prescrita.
- Bajo nivel socioeconómico: Se refiere a una limitante para adquirir los medicamentos, generando interrupciones en el tratamiento.
- Escasa educación en salud: El desconocimiento de la importancia del tratamiento reduce la percepción de los riesgos, haciendo que el paciente, como no presenta sintomatología alguna lo considere innecesario.
- Falta de apoyo familiar y social: La ausencia de acompañamiento aumenta el riesgo de abandono terapéutico, olvido y falla; mientras que, por el contrario, el apoyo familiar permite una mayor adherencia al tratamiento.
- Desconfianza en el sistema de salud o los profesionales: Ocurre generalmente en la población adulta mayor, lo cual disminuye la motivación del paciente para seguir estas indicaciones.

2.2.3.2. Consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento farmacológico

La escasa e inexistente adherencia al manejo farmacológico en la población adulta mayor representa un problema serio y de gran impacto, puesto que este grupo etario tiende a presentar enfermedades crónicas concomitantes a la diabetes que necesitan tratamientos complejos y prolongados. Cuando por alguna razón no se siguen las pautas establecidas del esquema farmacológico, se genera un deterioro en el control de la enfermedad de base, predisponiendo a la aparición de complicaciones agudas y crónicas. En el caso específico de la DM, la insuficiencia cardíaca e hipertensión arterial acompañada a la falta de adherencia farmacológica genera una progresión a la enfermedad (Oliveros, et al., 2024).

Una de las consecuencias principales es el fracaso terapéutico, en donde existe dificultad para alcanzar los objetivos que se han establecido de forma clínica, estos deben ser realistas y ajustados a cada paciente. Se evidencia que los niveles de glucosa en sangre aumentan, existen descompensaciones frecuentes, mal control de la presión arterial y desarrollo de enfermedades respiratorias y cardíacas. El fracaso terapéutico afecta más allá de la salud del paciente, puesto que también le produce frustración, y en los profesionales de salud provoca que la relación médico-paciente resulte afectada (Palacios, et al., 2025).

En la población adulto mayor, la falta de adherencia en DM incrementa el riesgo de complicaciones como la retinopatía diabética, nefropatía, neuropatía y pie diabético; mientras que, en enfermedades como la hipertensión arterial se asocia con daño cerebrovascular e insuficiencia renal. Todas estas complicaciones generan una disminución de la autonomía del paciente, afectando su calidad de vida y provocan dependencia funcional (Oliveros, et al., 2024).

La falta de adherencia se asocia con el la recaída clínica y la prolongación de estancia hospitalaria, incrementando el número de visitas al servicio de emergencias. La población adulta mayor que no toma los medicamentos de forma correcta tiene un mayor riesgo de descompensaciones agudas y crónicas asociadas a problemas cardiovasculares y crisis hiperglucémicas e hipoglucémicas, esto no solo acarrea un riesgo para el paciente, también incrementa la carga significativa en el sistema de salud, generando preocupación y malestar en el familiar o cuidador (Penagos, et al., 2024).

A nivel psicológico, la adherencia farmacológica inadecuada produce daño emocional en el adulto mayor, generando empeoramiento de la enfermedad asociado a pérdida progresiva de su capacidad de independencia y se relaciona con síntomas como ansiedad, pérdida de autoestima, depresión y frustración. También, se debe considerar el ambiente psicosocial del cuidador, puesto que le genera sentimientos de aislamiento e inutilidad, afectando la motivación para adherirse a otros tratamientos a futuro. En el aspecto económico, la falta de adherencia se traduce en complicaciones para el sistema sanitario como el incremento de gasto en las consultas médicas, hospitalizaciones, procedimientos invasivos y tratamiento de las complicaciones (Mera & Quishpi, 2024).

En el adulto mayor y su familia, existen algunas consecuencias, generando un impacto financiero, sobre todo cuando la familia es de escasos o medianos recursos

económicos, haciendo que se incrementen los gastos en medicina, consultas adicionales, estadio hospitalario, alimentación, movilización, entre otros. También, se debe considerar la pérdida de autonomía y funcionabilidad del adulto mayor porque el progreso de la enfermedad y sus complicaciones pueden producir limitaciones en las actividades diarias, como alimentarse por sí mismo, caminar o realizar tareas básicas del hogar, entonces el paciente se vuelve más dependiente del cuidador (Díaz, et al., 2024).

Por último, el incremento de la falta de adherencia en los adultos mayores produce un aumento en la tasa de mortalidad, en varios estudios se ha mostrado que la adherencia ineficiente en las enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión arterial se asocia a un riesgo elevado de complicaciones cardiovasculares, complicaciones renales y procesos infecciosos que conllevan a la muerte. Este desenlace refleja la importancia de crear medidas estratégicas dirigidas a mejorar la adherencia farmacológica del paciente, considerando las particularidades propias que se presentan durante esta etapa de vida (Barcia, et al., 2024).

2.2.3.3. Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico

Las estrategias dirigidas a la población de edad avanzada con DM tendrán como finalidad lograr una mayor adherencia al manejo farmacológico, se toma en consideración que el envejecimiento es un grave acompañante en el deterioro cognitivo del paciente, generando limitaciones motoras, dificultades en la visualización y acompañamiento de otras comorbilidades, y las intervenciones deben ser integradas y personalizadas, adaptándose a cada una de las necesidades cognitivas y físicas del adulto mayor. Una estrategia fundamental es la educación y la salud que debe estar dirigida al paciente, la familia o el cuidador (Montero, et al., 2024).

Resulta importante que el paciente comprenda la importancia de seguir el tratamiento médico, los riesgos asociados a no cumplimiento y el reconocimiento de los beneficios que produce el fármaco en su estado de salud. La educación debe ser realizada por los profesionales de salud, empleando un lenguaje claro, accesible y continuo hacia el adulto mayor que deberá ser reforzado en una asistencia médica rutinaria. Otra estrategia útil es la simplificación del régimen terapéutico, al reducir de manera considerable el número de dosis diarias que debe utilizar el paciente, esto se logra mediante la combinación de medicamentos o la administración diaria de una sola tableta generando menor riesgo de olvido (Bello & Montoya, 2020).

En los adultos mayores que han sido polimedicados, esta estrategia es de gran utilidad porque disminuye el riesgo de confusión de medicamentos, duplicación de dosis u olvidos. Existen herramientas de apoyo que permiten una mayor adherencia como los pastilleros semanales, en donde el paciente lleva consigo una cajita en que guarda la pastilla que debe tomarse diariamente. También, se incluyen los recordatorios electrónicos, como alarmas telefónicas o en reloj, haciendo que el paciente al escuchar el timbre recuerde tomar su medicina hasta que se vuelva costumbre (Brugere, et al., 2020).

En los pacientes adultos mayores con limitaciones cognitivas severas, se deben complementar estas medidas estratégicas con una supervisión directa del cuidador o familiar, garantizando que se tome la medicina correcta dentro del horario establecido. Otra estrategia útil es el seguimiento cercano y periódico del paciente mediante controles rutinarios, es importante mencionar que las llamadas telefónicas o las visitas domiciliarias permiten detectar fallos en la adherencia farmacológica (Silva, et al., 2024).

El acompañamiento con otras especialidades es un factor clave porque en la consulta participan los médicos, nutricionistas, enfermeros y farmacéuticos que permiten abordar el seguimiento emocional, social y clínico del paciente y el tratamiento. En el caso particular de la DM, la coordinación activa de este equipo es útil para asegurar la toma correcta de la medicina, el manejo de hábitos saludables y el acompañamiento frecuente a las consultas médicas (Díaz & Fernández, 2024).

Otra estrategia busca implementar el apoyo social y emocional debido a que los adultos mayores experimentan sentimientos de inutilidad, soledad y tristeza haciendo que su motivación para seguir un tratamiento médico sea baja. Se busca promover acciones para integrar al adulto mayor de forma social con su familia, amistades o participar en grupos de apoyo que van a permitir mejorar el estado anímico del paciente y generar mejor adherencia farmacológica. Se requiere involucrar al adulto mayor en tomar decisiones sobre su estado de salud porque cuando el paciente se encuentra escuchado, valorado y no invisibilizado, su esquema terapéutico tiende a ser más accesible, incrementa su compromiso y la responsabilidad. El paciente debe estar empoderado en su tratamiento y más allá de la adherencia, le ayuda al fortalecimiento de su autonomía y mejora notablemente su calidad de vida (Doucet, et al., 2023).

2.2.3. Control glucémico

El término control glucémico se refiere al mantenimiento del nivel de glucosa dentro del rango adecuado con la finalidad de evitar complicaciones agudas y crónicas, especialmente en pacientes con DM, este equilibrio se logra con diversas intervenciones que incluyen la práctica de actividad física, uso adecuado de medicamentos, alimentación equilibrada y seguimiento periódico de glucosa (González, et al., 2024).

Un control glucémico adecuado aporta en disminuir el riesgo de daño de riñones, corazón, sistema nervioso y ojos, también permite mejorar el estado funcional del paciente e incluso su calidad de vida, esto se alcanza mediante la educación sanitaria y adherencia al manejo farmacológico, entonces el control de la glucemia no solo implica una meta, sino también un indicador de autocuidado del paciente (Azriel, 2022).

La evaluación del control glucémico se realiza con la valoración de glucosa en ayunas, hemoglobina glicosilada HbA1c y glucosa posprandial. La glucosa en ayunas es uno de los principales métodos para determinar el control de glucemia, porque mide la concentración de glucosa luego del ayuno de al menos ocho horas, permitiendo reconocer alteraciones en su metabolismo, siendo fundamental para el diagnóstico de la enfermedad y el seguimiento respectivo, en estos pacientes se sugiere un rango objetivo de 80 a 130mg/dL (Fabela, et al., 2024).

Con respecto a la valoración de HbA1c, este análisis brinda una visión más amplia del control, reflejando el promedio de glucosa en el torrente sanguíneo en los últimos tres meses, lo que permite reconocer la efectividad del tratamiento instaurado y realizar acciones terapéuticas de acuerdo al caso, en los pacientes diabéticos se establece como meta una cifra menor a 7%, siendo variable según la edad, el riesgo de hipoglucemia y el estado de salud (Gagliardino, 2022). Acerca de la evaluación de glucosa posprandial, se lleva a cabo luego del consumo de alimentos, usualmente entre una a dos horas posteriores, permitiendo conocer la respuesta del organismo ante la carga de glucosa generada por la alimentación, esta valoración permite reconocer picos hiperglucémicos que podrían obviarse en la glucosa en ayunas, se sugiere que en los pacientes diabéticos debe mantenerse por debajo de 180mg/dL (Fabela, et al., 2024).

2.3. Fundamentación de Enfermería

A lo largo del tiempo, la enfermería como ciencia social ha desarrollado teorías y modelos. En esta sección, se describen las teorías que fundamentan el presente proyecto de investigación sobre la adherencia al manejo con fármacos y su asociación con el control glucémico en adultos mayores DM.

2.3.1. Teoría de déficit de autocuidado de Dorothea Orem

Dorothea Elizabeth Orem nació en 1914 y falleció en 2007, fue una enfermera y teorizante estadounidense, reconocida mundialmente por ser la creadora de la teoría del autocuidado que comprende una base conceptual influyente en el área de la enfermería. Orem publicó su obra en 1961, en donde patentizó su modelo que ha sido utilizado de manera amplia a nivel mundial dentro de la práctica clínica de enfermería, la docencia y la investigación. A través de su enfoque, fue posible evidenciar la enfermería como profesión autónoma centrada en identificar las posibles limitaciones que presenta el paciente para ejercer cuidado sobre sí mismo y proporcionar intervenciones que favorezcan su independencia, calidad de vida y salud (Tipan, et al., 2024).

El modelo de autocuidado de Orem busca plantear la finalidad de enfermería al ayudar al paciente a mantener su autocuidado cuando carece de forma parcial o absoluta de capacidades para cuidarse por sí mismo. La teoría se centra en tres sistemas: el autocuidado total, el parcial y el apoyo educacional que se aplican según el grado de dependencia que presenta el paciente. En el adulto mayor con DM, el autocuidado puede verse limitado porque existen factores asociados al deterioro cognitivo, polimedicación, problemas en la movilidad, el habla o la visión. Orem destaca el enfoque de enfermería en la identificación de estas limitantes para guiar de forma teórica y práctica al paciente, aplicando medidas estratégicas que le permitan fomentar la educación y adherencia a los medicamentos, tales como el uso de pastilleros, mantener estilos de vida saludables y el control de la glicemia en el domicilio (Rojas & Guarate, 2025).

En el caso de los pacientes adultos mayores con DM como enfermedad de base, comúnmente manifiestan dificultad para cumplir de forma adecuada con la toma de medicamentos, esto se asocia con problemas propios de la edad, ciertas limitaciones físicas, deterioro visual, o inclusive la falta de conocimiento sobre su enfermedad. Por medio de esta teoría, se busca comprender que la adherencia muchas veces no se debe a

falta de voluntad del paciente, sino que realmente compromete su autocuidado, desde este punto de vista, la enfermería se orienta al apoyo de esas capacidades del paciente, ofreciéndole un trato digno, con capacidad de decisión, e involucrando de forma activa al paciente para brindarle apoyo en la supervisión del tratamiento (Tipan, et al., 2024).

2.3.2. Teoría de promoción de salud de Nola Pender

Nola Pender nació en Estados Unidos en 1941 y falleció en 2019, ella fue una enfermera académica que fue la promotora del modelo de promoción de salud. Su obra fue publicada en 1982 en que se introdujo este modelo, a lo largo de su historia se dedicó a la investigación y la docencia universitaria enfocándose en la forma en que los individuos son seres cognitivos, emocionales y sociales incluyendo las conductas relacionadas al cuidado. Su teoría ha sido manejada y aplicada en las enfermedades crónicas debido a que resalta la motivación de los pacientes para adoptar tratamientos a largo plazo y modificar hábitos saludables (Navarro, 2024).

La teoría de la promoción de la salud abarca los factores que son influenciados en la conducta de las personas, resaltando las percepciones propias, las creencias, los beneficios y las barreras que los individuos reconocen para tomar decisiones de su cuidado. En varias ocasiones, los adultos mayores no cumplen con el tratamiento farmacológico porque desconocen los beneficios inmediatos o no los perciben. Sin embargo, presentan temor a los efectos adversos sobre todo cuando el esquema terapéutico es complejo. A través de la teoría de Pender se busca el diseño de intervenciones que le permitan al paciente y la familia reducir las barreras, motivándolos a alcanzar los objetivos terapéuticos planteados y empoderando al paciente sobre el correcto control para la adherencia (Hidalgo, 2022).

El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender se relaciona directamente con el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus, ya que sostiene que las conductas de salud son el resultado de las experiencias, creencias, motivaciones y del compromiso que cada persona desarrolla hacia el cuidado de sí misma. Desde esta perspectiva, mantener un adecuado control glucémico no depende únicamente del tratamiento farmacológico, sino también de la adopción de hábitos saludables y de la participación activa del paciente en el manejo de su enfermedad.

En los pacientes con diabetes, el control de la glucosa requiere el cumplimiento constante del tratamiento, una alimentación equilibrada, la práctica regular de actividad

física, el monitoreo la glucemia y la asistencia a los controles médicos. Según Nola Pender, estas conductas se fortalecen cuando el paciente comprende los beneficios de cuidar su salud, se siente motivado y cuenta con el apoyo del personal sanitario y de su entorno familiar.

A través de esta teoría se reconoce los factores cognitivos, personales y sociales que influyen en la capacidad del paciente para adquirir conductas saludables, teniendo en cuenta que en el caso particular de los adultos mayores diabéticos se requiere además del tratamiento farmacológico o cambio en los estilos de vida, fomentar la actividad física rutinaria, alimentación saludable y adherencia a las medicinas. Un ejemplo claro es que el paciente reconozca que la medicación será útil para evitar complicaciones graves, permitiéndole alcanzar una mejor calidad de vida y beneficios a largo plazo (Navarro, 2024).

También, con esta teoría se incentiva la motivación interna y externa de la adherencia farmacológica, en los adultos mayores se pueden aplicar acciones educativas y acompañamiento familiar que le brinden mayor confianza. Desde este punto de vista, la enfermería tiene como responsabilidad implementar estrategias diseñadas para disminuir barreras que sean percibidas por su complejidad asociada al esquema terapéutico, la dificultad para recordar el medicamento y la dosificación e incentivar factores positivos como el autocuidado y la autonomía (Penagos & Rodríguez, 2024).

2.4. Fundamentación Legal

2.4.1. Constitución de la República del Ecuador (2008)

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios

de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Sección segunda, Salud

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actoras y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud, articulará los diferentes niveles de atención y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y otros proveedores que pertenecen al Estado; con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 362.- La salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

2.4.2. Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)

Art. 25.- Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2.4.3. Ley Orgánica de Salud (2006)

Capítulo I. Del derecho a la salud y su protección

Art. 2.- Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional.

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransmisible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

2.4.4. Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores (2019)

Art. 3.- Fines. La presente Ley tiene las siguientes finalidades: a) Crear el Sistema Nacional Especializado de Protección Integral de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, b) Impulsar el cumplimiento de mecanismos de promoción, asistencia, exigibilidad, protección y restitución de los derechos de las personas adultas mayores, garantizando el derecho a la igualdad y no discriminación; c) Orientar políticas, planes y programas por parte del Estado que respondan a las necesidades de los adultos mayores y promuevan un envejecimiento saludable.

Art. 9.- Deberes del Estado. Corresponde al Estado los siguientes deberes: b) Garantizar el acceso inmediato, permanente, y especializado a los servicios del Sistema Nacional de Salud, incluyendo a programas de promoción de un envejecimiento saludable y a la prevención y el tratamiento prioritario de síndromes geriátricos, enfermedades catastróficas y de alta complejidad.

2.5. Formulación de Hipótesis

H.I: La adherencia al tratamiento farmacológico se relaciona significativamente con el control glucémico en los adultos mayores con diabetes mellitus del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor, Santa Elena.

H.0: La adherencia al tratamiento farmacológico no se relaciona significativamente con el control glucémico en los adultos mayores con diabetes mellitus del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor, Santa Elena.

2.6. Identificación y Clasificación de Variables

2.6.1. Variable Independiente: Adherencia al tratamiento farmacológico.

2.6.2. Variable Dependiente: Control glucémico.

2.7. Operacionalización de Variables

Tabla 1

Matriz de operacionalización de variable independiente

Hipótesis	Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional		
			Dimensión	Indicador	Técnica
H.I: La adherencia al tratamiento farmacológico se relaciona significativamente con el control glucémico en los adultos mayores con diabetes mellitus del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor, Santa Elena.	VI: Adherencia al tratamiento farmacológico.	Grado en que el comportamiento de una persona toma medicamentos (dosis, frecuencia y duración) coincide con las recomendaciones del profesional de salud (Díaz, 2023).	Olvido de medicamentos.	- Olvido de toma de medicación para diabetes mellitus.	Encuesta Test MMAS-8 (Morisky Medication Adherence Scale).
			Desatención de tratamiento.	- Olvido de llevar medicina en viaje o salida de casa.	
				- Abandono de tratamiento por mejora de síntomas.	
			Reducción de dosis.	- Inseguridad por el tratamiento.	
				- Disminución o abandono de toma de medicación para diabetes mellitus.	

Nota. Abreviatura HI (Hipótesis alternativa) y H0 (Hipótesis nula). Elaborado por Castillo Quimí Nayeli Kenia.

Tabla 2

Matriz de operacionalización de variable dependiente

Hipótesis	Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional		
			Dimensión	Indicador	Técnica
H.0: La adherencia al tratamiento farmacológico no se relaciona significativamente con el control glucémico en los adultos mayores con diabetes mellitus del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor, Santa Elena.	VD: Control glucémico.	Mantenimiento de los niveles de glucosa en sangre dentro de los rangos adecuados para la prevención de hipoglucemia e hiperglucemia (López, et al., 2021).	Evaluación de glucosa en ayunas.	- Nivel basal de glucosa generado por el organismo en ausencia de ingesta reciente de alimentos.	Encuesta
			Evaluación de hemoglobina glicosilada (HbA1c).	- Promedio de niveles de glucosa en sangre durante los últimos 2-3 meses.	
			Evaluación de glucosa posprandial.	- Concentración de glucosa en sangre medida 2 horas después de ingesta de comida o carga de glucosa oral.	

Nota. Abreviatura HI (Hipótesis alternativa) y H0 (Hipótesis nula). Elaborado por Castillo Quimí Nayeli Kenia.

CAPÍTULO III

3. Diseño Metodológico

3.1. Tipo de Investigación

El estudio fue de enfoque cuantitativo con el propósito de analizar la adherencia farmacológica y su relación con el control glucémico en los pacientes de edad avanzada con DM del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor, Santa Elena, 2025-2026, de igual manera establecer las características sociodemográficas de los adultos mayores con diabetes mellitus, esta información extraída será tabulada y analizada.

Adicionalmente, la investigación se basa en un enfoque no experimental debido a que las variables de estudio establecidas se mantendrán, se utilizará técnicas de investigación como la observación directa y encuesta para el análisis de la problemática y el cumplimiento de la investigación. De esta manera se analizará los datos recolectados para identificar y describir como se está asociando la adherencia al tratamiento farmacológico y el control glucémico. Además, esta investigación se presenta de carácter transversal debido a que el estudio y recolección de datos se va a desarrollar en período de tiempo establecido.

3.2. Métodos de Investigación

En la investigación se aplicó el método analítico-sintético, primero se realizó un análisis de los datos acerca de las variables (adherencia al tratamiento farmacológico y control glucémico), después se empleó la síntesis de los datos recolectados mediante su respectiva tabulación y exposición en cuadros estadísticos, finalmente se emitieron conclusiones según los objetivos planteados.

Acerca del diseño, el estudio se alineó al diseño observacional o no experimental porque se abordó al fenómeno como se presenta en la naturaleza y no se manipularon las variables.

3.3. Población y Muestra

La población estuvo conformada por 60 adultos mayores con diabetes mellitus atendidos en el Hospital Básico Dr. Liborio Panchana Sotomayor de Santa Elena durante el periodo de estudio. Con respecto a la muestra, no se aplicó fórmula debido a que el

universo era finito y reducido, entonces se pudo estudiar en su totalidad. Se empleó el censo en que la información se obtiene de toda la población, descartando las técnicas de muestreo.

3.4. Tipo de Muestreo

En el estudio se optó por la recolección censal de los datos, entonces no existió muestreo como tal, incluyendo a toda la población (60 adultos mayores) porque fue una proporción manejable y accesible.

3.4.1. Criterios de Inclusión

- Adultos mayores de 65 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 con diagnóstico de al menos 6 meses de evolución.
- Adultos mayores de 65 años con tratamiento farmacológico antidiabético vigente.
- Adultos mayores de 65 años con diabetes mellitus 2 que tienen registro de control glucémico en los últimos 3 meses.
- Adultos mayores de 65 años con diabetes mellitus 2 que aceptaron participar voluntariamente en el estudio y firmaron consentimiento informado.

3.4.2. Criterios de Exclusión

- Adultos mayores de 65 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 o debido a causas secundarias claras como pancreatitis crónica o tratamiento con corticoides en dosis altas de forma crónica.
- Adultos mayores de 65 años diabéticos con trastorno cognitivo o psiquiátrico que impida su participación en el estudio.

3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Para la recolección de datos, se aplicó la encuesta como técnica. Esta técnica consiste en aplicar un conjunto estructurado de preguntas a una muestra o población determinada para obtener datos sobre sus opiniones, comportamientos, actitudes o conocimientos.

3.6. Instrumentos

El instrumento fue un cuestionario que permitió obtener información acerca de los factores sociodemográficos, clínicos y familiares asociados a la adherencia al

tratamiento farmacológico, además de la identificación del nivel de adherencia en los adultos mayores con diabetes mellitus. Esta herramienta de recolección de datos consta de los ítems que conforman el Test MMAS-8 (Morisky Medication Adherence Scale).

El Test MMAS-8 fue creado en 2008 como evolución de la prueba original, constituido por ocho ítems que permiten la evaluación de la adherencia al manejo farmacológico, consta de siete preguntas con respuesta dicotómica (sí/no) y una pregunta con escala Likert que posee cinco puntos que se refiere a comportamientos acerca de la toma de medicamentos. Al final, brinda un puntaje que permite categorizar la adherencia en baja, media o alta (Martinez, et al., 2021).

Aspecto	Descripción
Nombre del instrumento	Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky de 8 ítems (MMAS-8, Morisky Medication Adherence Scale).
Autor	Donald E. Morisky (2008).
Objetivo	Evaluar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus tipo 2.
Número de ítems	8 preguntas.
Tipo de respuestas	Los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 tienen respuestas dicotómicas (Sí/No). El ítem 8 utiliza una escala tipo Likert de cinco opciones.
Tiempo de aplicación	Aproximadamente 5 minutos.
Forma de aplicación	Entrevista directa o cuestionario autoadministrado.
Interpretación de los ítems	Los ítems evalúan conductas relacionadas con el cumplimiento del tratamiento, como el olvido de la medicación, la interrupción del tratamiento cuando el paciente se siente mejor o peor, y la frecuencia con la que olvida tomar sus medicamentos.
Sistema de puntuación	En las preguntas 1, 2, 3, 4, 6 y 7: Sí = 0 puntos y No = 1 punto. En la pregunta 5 la puntuación es inversa: Sí = 1 punto y No = 0 puntos. En la pregunta 8: Nunca = 1 punto, De vez en cuando = 0,75 puntos, A veces = 0,50 puntos, Normalmente = 0,25 puntos y Siempre = 0 puntos.
Puntaje total	Oscila entre 0 y 8 puntos.
Clasificación de la adherencia	Alta: 8 puntos. Media: 6 a 7 puntos. Baja: menor de 6 puntos.
Interpretación	Un puntaje más alto indica una mayor adherencia al tratamiento farmacológico. Por el contrario, un puntaje bajo refleja dificultades para cumplir adecuadamente con la medicación prescrita.
Ventajas	Es un instrumento breve, de fácil aplicación, bajo costo y ampliamente utilizado para evaluar la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas.

Para la valoración del control glucémico, se tomó en consideración datos obtenidos de la historia clínica como el medicamento prescrito por el profesional de salud, el último valor registrado de la glucosa en ayunas, la hemoglobina glicosilada (HbA1c) y la glucosa posprandial. El nivel del control glucémico se establece de acuerdo a la HbA1C porque permite verificar la adherencia al régimen terapéutico durante las últimas 8 a 12 semanas previas al estudio, categorizándose de la siguiente forma: Controlado (HbA1c < 7%), moderadamente controlado (7–8.5%) y descompensados (> 8.5%).

3.6.1. Validación y Confiabilidad del Instrumento

La escala o Test MMAS-8 cuenta con su validación en algunos estudios y se emplea a gran escala en el ámbito internacional. Tan et al. (2021) realizaron una investigación acerca de la fiabilidad y validez de la escala de Morisky modificada de 8 ítems, se reportó un coeficiente α de Cronbach de 0,725, esto indica que el test posee una consistencia interna buena y fiabilidad satisfactoria.

3.6.2. Plan y Procesamiento para el Análisis de Datos

En primer lugar, se realizó la organización y tabulación de datos en una matriz de Excel, permitiendo el reconocimiento de información faltante o errores en la recolección, luego los datos fueron trasladados al software estadístico IBM SPSS Statistics versión 25 para la ejecución del análisis descriptivo y analítico de las variables. Se desarrolló un análisis bivariado mediante una tabla de contingencia o cruzada para explorar la asociación entre la adherencia al tratamiento farmacológico (variable independiente) y el control glucémico (variable dependiente).

Con respecto a la comprobación de hipótesis, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para determinar si existía relación significativa entre el nivel de adherencia farmacológica y el nivel de control glucémico en adultos mayores mediante la comparación entre las frecuencias observadas y esperadas. Esta prueba fue adecuada porque fue diseñada para evaluar la asociación entre variables de tipo cualitativo o categóricas, con respecto a la decisión estadística se establece según el valor de p o significancia. Si el valor p es < 0,05 se procede al rechazo de la H_0 y se acepta la H_a , mientras que, si $p \geq 0,05$ no se rechaza la H_0 y se señala que no existe asociación entre las variables.

3.7. Aspectos Éticos

El inicio del estudio fue posible gracias a la aprobación de la Facultad de Ciencias de Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, con el cumplimiento de los principios éticos emitidos en la declaración de Helsinki e informe de Belmont: respeto, justicia, no maleficencia y beneficencia, estos aportan en la ejecución de estudios en seres humanos.

Para garantizar la legalidad del proyecto se obtuvo la autorización emitida por la Directora del Hospital Básico Dr. Liborio Panchana Sotomayor que permitió la aplicación del cuestionario dirigido a los adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus que acuden a esta unidad de salud, y se brindó seguridad sobre el manejo confidencial de los datos personales de los participantes mediante el respaldo con la firma del consentimiento informado.

- Confidencialidad: La privacidad de los adultos mayores con DM fue protegida mediante la asignación de códigos y el resguardo seguro de sus datos personales.
- Beneficencia: El estudio prevé brindar el mayor beneficio a los participantes, promoviendo su bienestar y disminuyendo el riesgo.
- Justicia: Se garantizó una selección adecuada de los integrantes de la muestra, de manera que las cargas del estudio y los beneficios se distribuyan de manera justa.
- Revisión ética: El protocolo fue evaluado y aprobado por un comité de ética, asegurando el cumplimiento de los principios y normas éticas en todo el proceso investigativo.

CAPÍTULO IV

4. Presentación de Resultados

4.1. Análisis e Interpretación de Resultados

En esta sección se muestran los resultados según los objetivos planteados en el estudio, luego del levantamiento de información a través del cuestionario aplicado a los 60 adultos mayores con diagnóstico de DM del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor. El procesamiento estadístico de forma descriptiva e inferencial se realizó mediante el programa SPSS versión 25.

Análisis e interpretación: La tabla #3 mostró las características sociodemográficas en los adultos mayores con diagnóstico de DM, se evidenció el grupo etario con mayor frecuencia fue 70-79 años con 40,0%, seguido de 65-69 años con 38,3%, es decir mayor concentración en edades intermedias. Con respecto al sexo, mayor participación del sexo femenino con 51,7%, frente al masculino con 48,3%, y en el nivel educativo se constató que gran parte tenían educación secundaria en 45,0%, seguido de primaria en 25,0% y educación superior en 23,3%. Por otra parte, específicamente sobre la enfermedad, el tiempo de diagnóstico fue de 1-4 años en 40,0%, seguido de 5-10 años en 31,7%, como manejo más frecuente con metformina en 40,0% e insulina en 26,7%.

Los resultados obtenidos en la presente investigación muestran similitudes con el estudio realizado por Guzmán et al. (2020). En ambos estudios se observó un ligero predominio del sexo femenino; en la presente investigación las mujeres representaron el 51,7% de la muestra, mientras que en el estudio de Guzmán et al. alcanzaron el 61,7%. Asimismo, la población estuvo conformada principalmente por adultos mayores, lo que confirma que la diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad frecuente en este grupo etario.

En cuanto al tratamiento farmacológico, en la presente investigación la metformina fue el medicamento más prescrito (40,0%), seguida de la insulina (26,7%), resultados que evidencian el uso de los fármacos recomendados para el manejo de la diabetes tipo 2.

Tabla 3*Características sociodemográficas de adultos mayores con diabetes mellitus*

Características sociodemográficas		Frecuencia	Porcentaje
Edad	65-69 años	23	38,3 %
	70-79 años	24	40,0 %
	80 o más años	13	21,7 %
Sexo	Hombre	29	48,3 %
	Mujer	31	51,7 %
Nivel educativo	Primaria	15	25,0 %
	Secundaria	27	45,0 %
	Superior	14	23,3 %
	Ninguno	4	6,7 %
Tiempo de diagnóstico de DM	Menor de 1 año	9	15,0 %
	1-4 años	24	40,0 %
	5-10 años	19	31,7 %
	Más de 10 años	8	13,3 %
Medicamento prescrito	Glibenclamida	4	6,7 %
	Insulina	16	26,7 %
	Insulina+ metformina	8	13,0 %
	Linagliptina	8	13,0 %
	Metformina	24	40,0 %

Nota: Análisis con SPSS versión 25.

Análisis e interpretación: En la tabla #4 y #5 se estableció el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y el control glucémico de los pacientes, se destacó una tendencia preocupante por la baja adherencia presente en 60,0% de adultos mayores según la aplicación del Test de Morisky (MMAS-8), existiendo dificultades para el cumplimiento de la terapia prescrita. Por otro lado, el 21,7% tuvieron alta adherencia, lo que constituye un grupo reducido que sigue las indicaciones y el 18,3% con adherencia media, ellos podrían evolucionar de manera favorable o desfavorable. Con respecto al nivel del control glucémico, evaluado según el reporte de HbA1c en el expediente clínico, se evidenció un control moderado en 65,0%, seguido de descompensados en 21,6% y control adecuado en 65,0%.

Al comparar los resultados de la presente investigación con los obtenidos por Bastidas y Torres (2023), se observa una marcada similitud en el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. En este estudio, el 60,0% de los participantes presentó una baja adherencia, el 18,3% una adherencia media y el 21,7% una adherencia alta. De manera similar, Bastidas y Torres

encontraron que el 56,7% de los pacientes tenía baja adherencia, el 30,0% adherencia media y el 13,3% adherencia alta.

Tabla 4

Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con diabetes mellitus

Nivel de adherencia	Frecuencia	Porcentaje
Adherencia alta (8 puntos)	13	21,7 %
Adherencia media (6-7 puntos)	11	18,3 %
Adherencia baja (< 6 puntos)	36	60,0 %
Total	60	100,0 %

Nota: Análisis con SPSS versión 25.

Tabla 5

Nivel de control glucémico en adultos mayores con diabetes mellitus

Control glucémico	Frecuencia	Porcentaje
Controlado (HbA1c < 7%)	8	13,3 %
Moderadamente controlado (7–8.5%)	39	65,0 %
Descompensados (> 8.5%)	13	21,6 %
Total	60	100,0 %

Nota: Análisis con SPSS versión 25.

Análisis e interpretación: En la tabla #6 se analizó la asociación entre dos variables (adherencia al manejo farmacológico y el control glucémico), obteniendo que el mayor porcentaje de adultos mayores diabéticos posee un control glucémico moderado con 65,0%, especialmente en aquellos con baja adherencia (36,7%). Con respecto a los pacientes con adecuado control glucémico (13,3%), corresponden principalmente a aquellos con adherencia moderada (6,7%) y alta (3,3%), destacando una relación favorable entre mejor adherencia y mejor grado de control. Por otra parte, los pacientes descompensados (21,7%) se encasillan como baja adherencia en 20,0%, entonces el incumplimiento terapéutico conlleva al control glucémico desfavorable, asociado con peores resultados metabólicos.

Tabla 6

Asociación de la adherencia al tratamiento farmacológico y control glucémico en adultos mayores con diabetes mellitus

		Nivel de adherencia			Total
		Adherencia alta (8 puntos)	Adherencia media (6-7 puntos)	Adherencia baja (< 6 puntos)	
Control glucémico	Controlado (HbA1c < 7%)	2 (3,3%)	4 (6,7%)	2 (3,3%)	8 (13,3%)
	Moderadamente controlado (7–8.5%)	11 (18,3%)	6 (10,0%)	22 (36,7%)	39 (65,0%)
	Descompensados (> 8.5%)	0 (0,0%)	1 (1,7%)	12 (20,0%)	13 (21,7%)
Total		13 (21,7%)	11 (18,3%)	36 (60,0%)	60 (100,0%)

Nota: Análisis con SPSS versión 25.

4.2. Comprobación de Hipótesis

Análisis e interpretación: En la tabla #7 se optó por la prueba Chi-cuadrado de Pearson para la verificación de la hipótesis planteada sobre la relación entre el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y el control glucémico en adultos mayores diabéticos. De acuerdo a los resultados obtenidos de Chi-cuadrado de 12,969 con 4 grados de libertad y nivel de significancia $p=0,002$, siendo un valor menor a 0,05, entonces se rechaza la hipótesis nula, existiendo una relación significativa entre las variables. Se confirmó la hipótesis alternativa que el nivel de adherencia influye en el control glucémico, entonces los pacientes con adherencia baja presentan usualmente descompensación y aquellos con mejor adherencia poseen mejores resultados metabólicos.

Tabla 7

Verificación de hipótesis mediante prueba Chi-cuadrado de Pearson

Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
-------	----	--

Chi-cuadrado de Pearson	12,969	4	0,002
Razón de verosimilitud	14,682	4	0,003
Asociación lineal por lineal	7,253	1	0,002

5. CONCLUSIONES

Se estableció las características sociodemográficas de los adultos mayores con diabetes mellitus del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor de Santa Elena., encontrándose que pertenecían principalmente al rango de 70-79 años, con predominio del sexo femenino y nivel educativo secundario. Además, específicamente sobre la enfermedad abordada, la mayoría con un tiempo de diagnóstico de 1 y 4 años, empleando como principal tratamiento farmacológico a la metformina.

Se identificó el nivel de adherencia al manejo farmacológico y control glucémico en adultos mayores diabéticos que participaron en la investigación, evidenciándose un bajo nivel de adherencia y un control glucémico moderado que superó más de la mitad de la muestra, resaltando una problemática significativa en el cumplimiento terapéutico.

Se determinó la asociación de la adherencia al tratamiento farmacológico y el control glucémico en adultos mayores diabéticos mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, obteniendo un vínculo estadísticamente significativo entre la adherencia y el control de la glicemia, entonces los pacientes con baja adherencia presentan mayor riesgo de descompensación.

6. RECOMENDACIONES

A los profesionales de enfermería, se sugiere realizar talleres educativos orientados al autocuidado del paciente con diabetes mellitus, incluyendo identificación de signos de descompensación, importancia de la actividad física y alimentación saludable con la finalidad que el adulto mayor realice un mejor manejo de su patología y fomentar una mayor adherencia a la terapéutica.

Al equipo de salud, se recomienda reforzar el seguimiento del control glucémico en pacientes diabéticos con baja adherencia a través de controles subsecuentes de glucosa y hemoglobina glicosilada e implementar intervenciones oportunas en pacientes con riesgo de descompensación con el propósito de minimizar el compromiso del estado metabólico y el desarrollo de complicaciones.

A las autoridades del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor, se recomienda diseñar e incorporar estrategias institucionales para favorecer la adherencia al tratamiento en adultos mayores diabéticos, dentro de estas actividades que se incluya el apoyo interdisciplinario, la educación y el monitoreo frecuente del control glucémico.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, L., Angarita, M., & Orjuela, L. (2024). Diabetes mellitus tipo 2: Latinoamérica y Colombia, análisis del último quinquenio. *Revista Med*, 31(2). doi:<https://doi.org/10.18359/rmed.6067>
- Angelucci, L., & Rondón, J. (2021). Adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2: Un modelo de regresión logística. *Medicas UIS*, 34(2). doi:<https://doi.org/10.18273/revmed.v34n2-2021003>
- Asociación Americana de Diabetes. (2025). Diagnóstico y clasificación de diabetes: Estándares de atención en diabetes. *Diabetes Care*, 48(1), 27-49. doi:<https://doi.org/10.2337/dc25-S002>
- Avilés, L., Monroig, A., & Soto, A. (2020). Current State of Diabetes Mellitus Prevalence, Awareness, Treatment, and Control in Latin America: Challenges and Innovative Solutions to Improve Health Outcomes Across the Continent. *Current diabetes reports.*, 20(11). doi:10.1007/s11892-020-01341-9
- Ayala, R. (2024). Adherencia al tratamiento farmacológico recetado en pacientes de un instituto especializado. <https://investigacionpediatrica.insnsb.gob.pe/index.php/iicqp/article/view/97>, 2(2), 6-8. <https://investigacionpediatrica.insnsb.gob.pe/index.php/iicqp/article/view/97>
- Azriel, S. (2022). *La importancia de la adherencia terapéutica en diabetes*. Sociedad Española de Diabetes: <https://www.revistadiabetes.org/miscelanea/la-importancia-de-la-adherencia-terapeutica-en-diabetes/>
- Baque, J., Vera, D., Zambrano, K., & Villamar, S. (2023). Efectos en la salud causados por diabetes mellitus en pacientes mayores de 40 años de Latinoamérica. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 5(6), 290-298. doi:<https://doi.org/10.59169/pentaciencias.v5i6.857>
- Barcia, R., Barreto, S., & Alarcón, V. (2024). Adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en el Cantón Puerto López. *MQRInvestigar*, 8(1), 2890-2900. doi:<https://doi.org/10.56048/MQR20225.8.1.2024.2890-2900>
- Barón, J., Fernández, D., & Cárdenas, S. (2025). Adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial en un hospital universitario de Colombia. *Revista Colombiana de Nefrología*, 12(1). doi:<https://doi.org/10.22265/acnef.12.1.806>

- Bastidas, J., & Torres, M. (2023). *Adherencia al tratamiento en adultos mayores diabéticos atendidos en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, Junín*. Universidad Nacional de Huancavelica: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/afe9c6ce-c039-4537-b73b-33d07c87a418/content>
- Bello, N., & Montoya, P. (2020). Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. *Gerokomos*, 28(2). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000200073
- Brugere, D., Galarce, D., Gallegos, I., & Hazín, C. (2020). Nivel de adherencia farmacológica en adultos mayores de 60 años con patología HTA-DM: Una revisión bibliográfica. *Revista Confluencia UDD*, 3(2), 114-119. doi:<https://doi.org/10.52611/confluencia.num2.2020.473>
- Buesaquillo, C., & Panamá, H. (2024). Revisión sistemática: Autocuidado en adultos mayores diabéticos tipo 2 con obesidad. *Revista Conecta Libertad*, 8(3), 74-93. <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/390>
- Casillas, Á., Vázquez, V., Martínez, H., & Muñoz, P. (2024). Factores asociados a complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria. *Archivos en Medicina Familiar*, 26(5), 223-230. doi:10.62514/amf.v26i5.82
- Costo, C., Martín, J., & Pérez, L. (2020). Complicaciones macrovasculares de la diabetes. *Medicine- Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(16), 891-899. doi:<https://doi.org/10.1016/j.med.2020.09.011>
- Cruz, Y., Salinas, V., & Altamirano, O. (2023). Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. *Polo del Conocimiento*, 8(9), 1843-1850. doi:10.23857/pc.v8i9.6173
- Díaz, A., Rodríguez, A., & Achiong, F. (2024). Adherencia terapéutica de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en cuatro áreas de salud del país. *Revista Finlay*, 14(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342024000100078
- Díaz, H. (2023). Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes sin hipertensión arterial. *Horizonte Médico*, 23(4). doi:<http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2023.v23n4.01>
- Díaz, H., Marcial, D., & Galicia, L. (2023). Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes sin hipertensión arterial.

doi:<http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2023.v23n4.01>

Díaz, I., & Fernández, K. (2024). *Estrategias de enfermería para el manejo óptimo de la polifarmacia*.

<https://repositoriobibliotecas.uv.cl/serveruv/api/core/bitstreams/d32d2e93-6482-4fbe-91f3-9c9ced9618ae/content>

Doucet, J., Gourdy, P., & Meyer, L. (2023). Management of Glucose-Lowering Therapy in Older Adults with Type 2 Diabetes: Challenges and Opportunities. *Clinical interventions in aging*(18), 1687-1703. doi:10.2147/CIA.S423122

Espinosa, C. (2024). *La diabetes no para de crecer en Latinoamérica*. statista: <https://es.statista.com/grafico/33473/diabetes-en-america-latina/>

Fabela, K., Mendoza, M., Barbosa, J., & Salazar, P. (2024). Control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 según esquema de tratamiento. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*, 11(1). doi:<https://doi.org/10.24875/rmf.23000114>

Gagliardino, J. (2022). La diabetes: magnitud del problema, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento . *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes*, 56(3), 10-18. doi:<https://doi.org/10.47196/diab.v56i3Sup.507>

Garrochamba, B. (2024). Factores de riesgo asociados a diabetes mellitus tipo 2. *Revista Científica y Académica Vitalia*, 5(2), 101-115. doi:<https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v5i2.123>

González, Y., Herrera, G., & Gutiérrez, Z. (2024). Calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 28(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942024000200017&lng=es&nrm=iso

Granell, C., Romero, R., Mercadal, G., & Blasco, I. (2022). Control glucémico en el paciente anciano con diabetes mellitus tipo 2 tratado con. *Revista de la OFIL*, 32(1). doi:<https://dx.doi.org/10.4321/s1699-714x2022000100006>

Guamán, N., Mesa, I., Peña, S., & Ramírez, A. (2021). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus II. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(3). doi:<https://doi.org/10.5281/zenodo.5039487>

Guzmán, G., Arce, A., Saavedra, H., & Rojas, M. (2020). Adherencia al tratamiento farmacológico y control glucémico en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo

2. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes*(8), 35-43.
https://www.revistaalad.com/files/alad_8_2018_1_035-043.pdf
- Hidalgo, E. (2022). Abordaje de enfermería basado en el modelo de Nola Pender sobre hábitos del sueño. *Ene*, 16(2), 1-2.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2022000200010
- International Diabetes Federation (IDF). (2024). *Ecuador- Informe nacional sobre la diabetes 2000-2050*. diabetesatlas.org: <https://diabetesatlas.org/es/data-by-location/country/ecuador/>
- Lasmariás, M., Rubio, P., & Jiménez, M. (2023). Percepción de las fuentes de apoyo que facilitan la adherencia a los tratamientos. *Enfermería Global*, 22(72).
doi:<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.567751>
- López, A., Rodríguez, A., & Velázquez, P. (2021). Conocimientos de diabetes y alimentación y control glucémico en pacientes diabéticos de un hospital de Asunción. *Revista Científica Ciencias de la Salud*, 3(1), 45-50.
doi:<https://doi.org/10.53732/rccsalud/03.01.2021.45>
- López, S., Loreto, M., & Tárraga, P. (2024). La telemedicina en la diabetes mellitus, el nuevo camino por recorrer. *Journal of Negative and No Positive Results*, 8(2).
doi:<https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.4804>
- Martinez, P., Orozco, D., & Pomares, F. (2021). Validation and psychometric properties of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in type 2 diabetes patients in Spain. *Atención primaria*, 53(2).
doi:<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.09.007>
- Mera, E., & Quishpi, V. (2024). Adherencia terapéutica en adultos mayores con diabetes mellitus tipo II. *MQRInvestigar*, 8(4), 3544-3564.
doi:<https://doi.org/10.56048/MQR20225.8.4.2024.3544-3564>
- Mina, J., Arteaga, B., Benavidez, D., & Quimis, F. (2024). Impacto metabólico de desórdenes alimenticios relacionados a diabetes mellitus en adultos mayores. *Revista Investigación y Educación en Salud*, 3(1), 76-91.
doi:<https://doi.org/10.47230/unesum-salud.v3.n1.2024.76-91>
- Ministerio de Salud Pública. (2024). *Ecuador refuerza su compromiso en la lucha contra la diabetes*. salud.gob.ec: <https://www.salud.gob.ec/ecuador-refuerza-su-compromiso-en-la-lucha-contra-la-diabetes/>

- Ministerio de Salud Pública. (2025). *Diabetes tipo 2 en Ecuador: Prevención y compromiso frente a este desafío*. ccq.ec: <https://ccq.ec/laboratorios-bago-diabetes-tipo-2-en-ecuador-prevencion-y-compromiso-de-laboratorios-bago-frente-a-este-desafio/>
- Miranda, A., & Gualán, S. (2023). Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2 de un centro de salud de Ecuador. *Perfiles*, 1(29). doi:<https://doi.org/10.47187/perf.v1i29.201>
- Montealegre, D., Castellanos, F., Vieda, E., & Gutiérrez, C. (2023). Adherencia farmacológica en pacientes con diabetes mellitus en una entidad de salud de primer nivel del Huila: Un estudio descriptivo. *Revista Navarra Médica*, 9(1), 9-21. doi:<https://doi.org/10.61182/rnavmed.v9n1a2>
- Montero, G., Rojas, M., Torres, N., & Martínez, B. (2024). Estrategias para una medicación segura en adultos mayores con padecimiento crónico degenerativo. *South Florida Journal of Development*, 5(12). doi:<https://doi.org/10.46932/sfjdv5n12-071>
- Mora, J. (2022). Adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 en México: Estudio de meta-análisis. *Psicumex*, 12. doi:<https://doi.org/10.36793/psicumex.v12i1.493>
- Murillo, A., & Baque, E. (2024). Impacto del estilo de vida en la Diabetes Mellitus Tipo II. *Revista Científica de Salud BIOSANA*, 4(4), 366-374. doi:<https://doi.org/10.62305/biosana.v4i4.241>
- Navarro, D. (2024). Análisis y evaluación del Modelo de Promoción de la Salud. *Scielo*, 19(4), 2-6. doi:<https://dx.doi.org/10.58807/tmptvm20235777>
- Nazate, Z., Alonzo, O., & Montenegro, D. (2024). Adherencia al tratamiento en los adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus. *Gaceta Médica Estudiantil*, 5(1). <https://revgacetaestudiantil.sld.cu/index.php/gme/article/view/221>
- Oliveros, A., López, D., Mendívil, J., & Henao, M. (2024). Adherencia terapéutica y factores asociados en pacientes de un programa de riesgo cardiovascular de Medellín. *Revista Salud Uninorte*, 40(3). doi:<https://doi.org/10.14482/sun.40.03.741.258>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Diabetes*. paho.org: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Diabetes*. Who.int: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

- Organización Panamericana de la Salud . (2024). *Diabetes*. Who.int:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Organización Panamericana de la Salud. (2025). *Diabetes*. Paho.org:
<https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
- Palacios, G., Toledo, A., & Albavera, C. (2025). Polifarmacia y su asociación con adherencia al tratamiento en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, Cuernavaca, Morelos. *Horizonte Médico*, 25(2).
doi:<http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2025.v25n2.06>
- Penagos, D., & Rodríguez, N. (2024). Factores relacionados con la adherencia y no adherencia al tratamiento en adultos mayores polimedicados. *Revista Salud y Cuidado*, 3(1), 6. <https://revistasaludycuidado.uaemex.mx/article/view/23141>
- Penagos, D., Rodríguez, N., & Medina, L. (2024). Factores relacionados con la adherencia y no adherencia al tratamiento en adultos mayores polimedicados. *Revista Salud y Cuidado*, 3(1), 33-47.
doi:<https://doi.org/10.36677/saludycuidado.v3i1.23141>
- Ramírez, N., & Pachucho, A. (2025). Adherencia terapéutica en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones en Salud Gestar*, 8(16), 1372-1399.
<https://journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/288>
- Rojas, A., & Guarate, Y. (2025). Teoría de Dorothea Orem en un paciente con enfermedad renal crónica: relatos de vida. *Ibero-American Journal of Health Science Research*, 5(1), 495-503. doi:<https://doi.org/10.56183/iberojhr.v5i1.754>
- Rozar, V., & Enciso, E. (2025). Bienestar psicológico: una revisión teórica. *Vive Revista de Salud*, 8(22). doi:<https://doi.org/10.33996/revistavive.v8i22.374>
- Salazar, G., & Falconí, S. (2024). Revolucionando el manejo de la diabetes mellitus tipo 2: Impacto de la actividad física en factores clínicos y antropométricos. *Revista Científica Multidisciplinar Ciencia Latina*, 8(3), 4494-4507.
doi:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i3.11663
- Sánchez, J., & Sánchez, N. (2022). Epidemiología de la diabetes mellitus tipo 2 y sus complicaciones. *Revista Finlay*, 12(2).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342022000200168

- Santos, K., Araujo, G., & Sierra, V. (2024). Evaluación del riesgo de caídas en adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2. *Vive Revista de Salud*, 7(19). doi:<https://doi.org/10.33996/revistavive.v7i19.282>
- Silva, J., Gómez, M., & Malara, G. (2024). Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico hipertensivo en el adulto mayor. *Revista Cuidarte*, 15(2). doi:<https://doi.org/10.15649/cuidarte.3474>
- Tan, C., Teng, G., Chong, K., Lee, P., & Cheung, P. (2021). Validity and Reliability of the Morisky Scale for Adherence to Gout Therapy in a Multi-Ethnic Asian Population. *Annals of the rheumatic diseases*, 74(2). doi:<https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2015-eular.1422>
- Tipan, A., Urrutia, A., & Balseca, S. (2024). La teoría de autocuidado Orem en la independencia del paciente. Revisión sistemática. *Sanitas. Revista arbitrada de ciencias de la salud*, 3(Especial), 77-84. doi:<https://doi.org/10.62574/f1k73g17>
- Villacis, A., & Arteaga, C. (2023). Estrategias nutricionales en adultos con diabetes mellitus. *Revista Científica Multidisciplinar Ciencia Latina*, 7(2), 9316-9332. doi:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.6034
- Zavala, A., Mecías, M., & Moncayo, I. (2024). Epidemiología y diagnostico diferencial de Diabetes Mellitus en Latinoamérica y Europa. *Revista Multidisciplinaria Arbitrada de Investigación Científica*, 8(1), 1550-1564. doi:<https://doi.org/10.56048/MQR20225.8.1.2024.1550-1564>
- Zhang, Y., Wang, R., Chen, Q., Dong, S., & Feng, Z. (2021). Reliability and validity of a modified 8-item Morisky Medication Adherence Scale in patients with chronic pain. *Annals of Palliative Medicine*, 10(8). <https://apm.amegroups.org/article/view/76990/html>
- Zumba, D. (2023). *Complicaciones de la diabetes Mellitus tipo II en adultos mayores a nivel nacional*. Universidad Católica de Cuenca: <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/0e545f16-55df-4ef8-a66a-121bdc416827/content>

8. ANEXOS

Anexo 1

Autorización del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

Oficio No. 073- CE-UPSE-2026

Colonche, 22 de feb. de 2026.

Dr. Fabian Esteban Reina Narváez
DIRECTOR MÉDICO ASISTENCIAL DEL HOSPITAL
GENERAL DR. LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR,

Dra. Daniela Katherine Cedeño Zambrano
ENCARGADA DE DEPARTAMENTO DE
DOCENCIA DEL HOSPITAL GENERAL
DR. LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR,

En su despacho. –

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo en nombre de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, institución comprometida con la formación de profesionales altamente capacitados para contribuir al bienestar de nuestra comunidad.

En virtud de lo resuelto por el Consejo Académico de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, nos complace informarle que se ha aprobado el siguiente tema de investigación, requisito indispensable para la obtención del título de Licenciada en Enfermería:

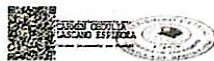
No-	TEMA	ESTUDIANTE	TUTOR
1	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL GLUCÉMICO EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS HOSPITAL DR. LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR. SANTA ELENA, 2025-2026	NAYELI KENIA CASTILLO QUIMI	Dra. ALLISON MACIAS NUÑEZ, MgT.

Por lo expuesto, solicitamos muy respetuosamente su valiosa autorización para permitir el acceso a las áreas pertinentes dentro de la institución que usted dirige, a fin de que la Srta. NAYELI KENIA CASTILLO QUIMI, pueda realizar el levantamiento de información necesaria para el desarrollo de este trabajo investigativo.

Este estudio no solo representa un requisito académico, sino que también busca generar aportes significativos en las áreas que implica el trabajo de investigación, contribuyendo al fortalecimiento de las prácticas de enfermería en beneficio de la comunidad.

Agradecemos de antemano su colaboración y apoyo, seguros de que su gestión será fundamental para el éxito de esta investigación. Quedamos atentos a cualquier requisito adicional que considere necesario para el cumplimiento de esta solicitud.

Atentamente



Lic. Carmen Lascano Espinoza, Ph.D
DIRECTORA DE CARRERA

C.C ARCHIVO
CLE/POS

Campus matriz, La Libertad - Santa Elena - ECUADOR
Código Postal: 240204 - Teléfono: (04) 781 - 732

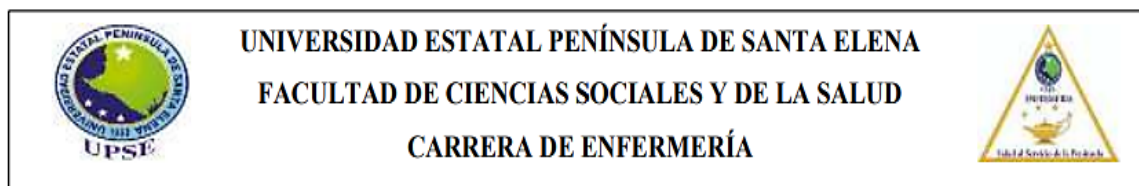
UPSE ¡crece SIN LÍMITES!

f @ v o www.upse.edu.ec

Ver
26/02/26 13:19

Anexo 2

Consentimiento informado



Título del estudio: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL GLUCÉMICO EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS HOSPITAL DR. LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR. SANTA ELENA, 2025-2026.

Investigadora: Castillo Quimí Nayeli Kenia.

El presente estudio tiene como objetivo analizar la adherencia al tratamiento farmacológico y su relación con el control glucémico en adultos mayores con diabetes mellitus del Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor, Santa Elena, 2025-2026. Procedimientos: Como participante de este estudio, se le pedirá que responda al siguiente cuestionario.

Confidencialidad: La información que usted proporcione será tratada de forma estrictamente confidencial. Los datos se codificarán y se utilizarán exclusivamente para los fines de esta investigación. En ningún momento se revelará su identidad, ya que las respuestas serán anonimizadas y protegidas para garantizar su privacidad. Lugar y fecha:

Consentimiento: Yo, _____, con número de cédula _____, acepto participar voluntariamente en esta investigación realizada como parte de la tesis de la carrera de Enfermería - Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud - Universidad Estatal Península de Santa Elena, dirigida por la estudiante Castillo Quimí Nayeli Kenia.

Castillo Quimí Nayeli Kenia (investigadora) - nayeli.castilloquimi@upse.edu.ec (0986340383)

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo 3

Instrumento de recolección de datos

ENCUESTA

TEMA: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL GLUCÉMICO EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS HOSPITAL DR. LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR. SANTA ELENA, 2025-2026.

Datos generales

1. Edad:
 - a) 65-69 años ()
 - b) 70-79 años ()
 - c) 80 o más años ()
2. Sexo:
 - a) Hombre ()
 - b) Mujer ()
3. Nivel educativo:
 - a) Primaria ()
 - b) Secundaria ()
 - c) Superior ()
 - d) Ninguno ()
4. Tiempo de diagnóstico de diabetes mellitus:
 - a) Menor de 1 año ()
 - b) 1-4 años ()
 - c) 5-10 años ()
 - d) Más de 10 años ()

Test MMAS-8 (Escala de adherencia a medicamentos)

5. ¿A veces olvida tomar su medicación?
 - a) Si ()
 - b) No ()
6. Las personas a veces olvidan tomar sus medicamentos por razones distintas al olvido. Pensando en las últimas dos semanas, ¿hubo días en los que no tomó su medicación?
 - a) Si ()
 - b) No ()
7. ¿Alguna vez ha reducido o dejado de tomar su medicación sin decirle a su médico, porque se sentía peor cuando la tomaba?
 - a) Si ()
 - b) No ()
8. Cuando viaja o sale de casa, ¿a veces olvida llevar su medicación?
 - a) Si ()
 - b) No ()
9. ¿Tomó su medicación la última vez que debía tomarla?
 - a) Si ()
 - b) No ()

10. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿a veces deja de tomar su medicación?
- a) Si ()
- b) No ()
11. Tomar la medicación a diario es un verdadero inconveniente para algunas personas. ¿Alguna vez se siente inseguro/a por seguir su plan de tratamiento?
- a) Si ()
- b) No ()
12. ¿Con qué frecuencia le cuesta recordar tomar todos sus medicamentos?
- a) Nunca/ casi nunca ()
- b) Rara vez ()
- c) Algunas veces ()
- d) Habitualmente ()
- e) Siempre ()

Control glucémico (Datos de historia clínica)

13. Medicamento prescrito	
14. Glucosa en ayunas	
15. Hemoglobina glicosilada (HbA1c)	
16. Glucosa posprandial	

Anexo 4

Evidencias fotográficas (Aplicación de cuestionario)



Anexo 5

Reporte del sistema antiplagio (Compilatio)