

DOI: <https://doi.org/10.46296/gt.v8i16.0322>

ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

THERAPEUTIC ADHERENCE IN OLDER ADULTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Ramírez-Arévalo Nathaly Nicole ¹; Pachucho-Flores Ana Pamela ²

¹ Estudiante de la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Posgrado de Enfermería Familiar y Comunitaria. Ambato, Ecuador.

Correo: nramirez0745@uta.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-8623-2717>.

² Docente de la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Posgrado de Enfermería Familiar y Comunitaria. Ambato, Ecuador.

Correo: ap.pachucho@uta.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2142-9549>.

Resumen

Introducción: La Diabetes Mellitus Tipo 2 es considerada aquella patología crónica que afecta de manera predominante en la población de adultos mayores y los cuales requieren un manejo continuo para disminuir las complicaciones metabólicas. No obstante, la adherencia a los tratamientos es generalmente limitada por factores tanto emocionales, sociales y culturales que afectan al paciente y a su entorno familiar. **Objetivo:** Analizar la adherencia terapéutica en la población adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos en el Centro de Salud Totoras Tipo B y describir los factores que intervienen en su cumplimiento. **Método:** La investigación es de tipo mixta, de corte transversal. En la fase cualitativa la información se realizó mediante entrevistas semiestructuradas dirigidas a familiares y cuidadores, analizada a través del Análisis Temático Reflexivo de Braun y Clarke y la fase cuantitativa se desarrolló a través del Test de Morisky-Green (MMAS-8) a una población de 60 adultos mayores con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 "DM2", atendidos en el Centro de Salud Totoras Tipo. **Resultados:** Se evidenció que el 1,7% de los participantes presenta una alta adherencia terapéutica, mientras 28,3% adherencia moderada y el 70 % de los participantes presentaron una adherencia baja. Desde el punto de vista familiar las dificultades se evidenció la cantidad de medicamentos, la falta de apoyo, barreras económicas y preferencias en prácticas de medicina natural que impiden el cumplimiento de la adherencia al tratamiento. **Conclusiones:** La adherencia terapéutica en los adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2 está relacionada por factores tanto culturales, económicos como familiares. El apoyo familiar es fundamental para cumplir a cabalidad la adherencia al tratamiento, por lo que es necesario implementar estrategias de educación terapéutica y sobre el acompañamiento desde el primer nivel de atención.

Palabras claves: Adherencia y cumplimiento del tratamiento, Diabetes Mellitus Tipo 2, Planificación de la salud comunitaria, Educación para la salud, Enfermedades Crónicas.

Abstract

Introduction: Type 2 diabetes mellitus is considered a chronic condition that predominantly affects the elderly population and requires ongoing management to reduce metabolic complications. However, adherence to treatment is generally limited by emotional, social, and cultural factors that affect the patient and their family environment. **Objective:** To analyze therapeutic adherence in the elderly population with Type 2 Diabetes Mellitus treated at the Totoras Type B Health Center and to describe the factors that influence compliance. **Method:** This is a mixed-method, cross-sectional study. In the qualitative phase, information was collected through semi-structured interviews with family members and caregivers, analyzed using Braun and Clarke's Reflective Thematic Analysis, and the quantitative phase was developed using the Morisky-Green Test (MMAS-8) on a population of 60 older adults diagnosed with Type 2 Diabetes Mellitus "DM2" who were treated at the Totoras Health Center. **Results:** It was found that 1.7% of participants showed

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 20 de septiembre de 2025.

Fecha de aceptación: 15 de noviembre de 2025.

Fecha de publicación: 19 de diciembre de 2025.



adherence to therapeutic adherence, while 28.3% showed moderate adherence, and 70% of participants showed low adherence. From a family perspective, the difficulties that prevent adherence to treatment include the number of medications, lack of support, economic barriers, and preferences for natural medicine practices. Conclusions: Therapeutic adherence in older adults with type 2 diabetes mellitus is related to cultural, economic, and family factors. Family support is essential for full treatment adherence, so it is necessary to implement therapeutic education and support strategies from the first level of care.

Keywords: Treatment Adherence and Compliance, Diabetes mellitus Type 2, Community Health Planning, Health Education, Chronic diseases.

1. Introducción

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es un trastorno metabólico crónico caracterizado por hiperglucemia persistente debido a resistencia a la insulina y deterioro progresivo de las células β pancreáticas (1). Su rápida expansión y las complicaciones micro y macrovasculares la convierten en un problema prioritario de salud pública, con más de 830 millones de personas afectadas a nivel mundial, especialmente en países con mayor sedentarismo, obesidad y dietas hipercalóricas (2). El control adecuado exige cambios en el estilo de vida y adherencia a tratamientos, pero esta suele verse limitada por factores económicos, sociales y clínicos, lo que incrementa hospitalizaciones y mortalidad prematura (3).

A nivel global 830 millones de personas viven con diabetes mellitus tipo 2, mientras que en América

Latina existen más de 62 millones de personas con esta condición y se proyecta un incremento del 46% para 2050, lo que supone una presión creciente sobre los sistemas de salud (4). En Ecuador, la prevalencia es del 4.9% en adultos y constituye una de las principales causas de muerte y discapacidad, por lo que el MSP la considera una prioridad sanitaria (5).

La comprensión de la adherencia requiere un enfoque integral que considere tanto las condiciones socioeconómicas y el acceso a servicios, como las características propias de los establecimientos de salud, incluyendo su capacidad resolutive, continuidad del cuidado y disponibilidad de educación terapéutica, junto con factores individuales como la escolaridad, la edad, el tiempo de diagnóstico y la comprensión del tratamiento. Estudios previos señalan que la baja

escolaridad, la mayor duración de la enfermedad y las dificultades cognitivas incrementan el riesgo de incumplimiento terapéutico, especialmente en adultos mayores (6).

En Tungurahua, el incremento sostenido de casos ha generado mayor demanda en el primer nivel de atención (6). El Centro de Salud Totoras Tipo B, que atiende a una población de 17.256 personas, constituye un escenario pertinente para el análisis, ya que estudios previos han encontrado asociación entre escolaridad, tiempo de diagnóstico y control glucémico (6). Además, se han identificado dificultades en la comprensión del tratamiento y abandono terapéutico en adultos mayores, lo que agrava las complicaciones y aumenta la carga asistencial (7).

El personal de enfermería desempeña un rol fundamental a través de la educación terapéutica, no obstante, alrededor del 50% de los pacientes presenta baja o moderada adherencia (8). Acorde a este contexto la relevancia del presente estudio radica en su importancia sanitaria, su aporte

científico ante la escasa evidencia local y su utilidad para fortalecer intervenciones de enfermería centradas en la educación terapéutica, el seguimiento clínico y el acompañamiento comunitario (9)

Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo es analizar la adherencia terapéutica en la población adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos en el Centro de Salud Totoras Tipo B y describir los factores que intervienen en su cumplimiento.

2. Metodología

El estudio se desarrolló bajo un enfoque mixto, de naturaleza cuali-cuantitativa, y adoptó un diseño descriptivo, correlacional y de corte transversal. Este enfoque metodológico permitió analizar la adherencia terapéutica en personas mayores con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), integrando tanto la cuantificación de los niveles de adherencia como la exploración de las experiencias, percepciones y significados personales asociados a este comportamiento de salud.

La investigación tuvo un diseño transversal, dado que la recolección de datos se efectuó en un único momento temporal, sin realizar seguimiento longitudinal. Se clasificó como correlacional, debido a que buscó identificar la relación existente entre los niveles de adherencia terapéutica y diversas variables sociodemográficas. Asimismo, fue descriptiva, en la medida en que permitió caracterizar los patrones de adherencia y los perfiles sociodemográficos de la población estudiada (10).

La decisión de emplear un enfoque mixto se fundamentó en la necesidad de complementar los resultados cuantitativos obtenidos mediante instrumentos estructurados con la información cualitativa procedente de entrevistas en profundidad. Esta combinación metodológica permitió una comprensión integral del fenómeno, al aportar evidencias tanto objetivas como subjetivas que enriquecen la interpretación y fortalecen la validez del análisis (11).

La población objeto de estudio estuvo constituida por adultos mayores con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) que acudían a la unidad operativa Centro

de Salud Totoras Tipo B, ubicada en la parroquia Totoras, cantón Ambato, provincia de Tungurahua, Ecuador. Para la selección de los participantes se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a que la inclusión dependió de la asistencia de los pacientes al establecimiento de salud y de su disposición para participar de manera voluntaria. Este tipo de muestreo resulta pertinente en investigaciones desarrolladas en contextos asistenciales, donde los tiempos de atención y la disponibilidad de los usuarios condicionan su participación (12).

Los criterios de inclusión consideraron a personas de 60 años o más, con diagnóstico médico confirmado de DM2, bajo tratamiento farmacológico regular, con capacidad cognitiva suficiente para responder los instrumentos y que otorgaran su consentimiento informado. Se excluyeron los adultos mayores con diagnóstico de enfermedades neurodegenerativas, deterioro cognitivo evidente o aquellos que decidieran no participar.

La muestra total del estudio estuvo conformada por 60 participantes,

todos adultos mayores con diagnóstico de DM2. Esta muestra fue utilizada tanto en la fase cuantitativa como en la fase cualitativa, respetando los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos.

En la fase cuantitativa, los 60 participantes completaron los instrumentos estructurados correspondientes. Para la fase cualitativa, la selección se realizó mediante muestreo por saturación teórica, incorporando entrevistados de manera progresiva hasta que la información recopilada dejó de aportar elementos novedosos o relevantes este criterio permitió determinar el cierre analítico de la etapa cualitativa y garantizó la profundidad interpretativa requerida. Para lo que se detalla a continuación cada una de estas etapas.

2.1. Etapa cuantitativa

La primera etapa correspondió a la fase cuantitativa, orientada a medir el nivel de adherencia terapéutica y describir las características sociodemográficas de los adultos mayores con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) (10).

Para ello, se aplicó la escala Morisky–Green de ocho ítems (MMAS-8), instrumento validado internacionalmente para evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico mediante ítems estructurados en formato Likert (13). Esta escala permite clasificar la adherencia en tres niveles —alta, media y baja— y presenta una consistencia interna ampliamente documentada, con un alfa de Cronbach superior a 0,80, indicador que respalda su fiabilidad (14).

Adicionalmente, se recopiló información sociodemográfica mediante una ficha elaborada por la investigadora, que incluyó variables como edad, sexo, estado civil, nivel educativo, tiempo de diagnóstico, comorbilidades y tipo de tratamiento. Estos datos fueron complementados con la información registrada en el sistema PRASS (Plataforma de Registro de Atención en Salud), base oficial del Ministerio de Salud Pública del Ecuador para el seguimiento de enfermedades crónicas y controles clínicos.

La recolección de datos cuantitativos se desarrolló previa coordinación con los responsables del club de

adultos mayores y con la autorización del Centro de Salud Totoras Tipo B. Los participantes fueron convocados a sesiones informativas donde se explicó el propósito del estudio y se obtuvo su consentimiento informado. Posteriormente, los instrumentos fueron aplicados de manera individual, garantizando el anonimato, la confidencialidad y la privacidad en un espacio destinado exclusivamente para este fin.

El procesamiento de los datos se realizó mediante los programas SPSS y Microsoft Excel, empleando medidas de tendencia central, tablas de frecuencia y porcentajes para describir el comportamiento de las variables sociodemográficas y el puntaje de adherencia. Para el análisis inferencial se verificaron previamente los supuestos de normalidad y homogeneidad del puntaje de adherencia mediante las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Levene, respectivamente, cuyos valores de significancia fueron superiores a 0,05; por ello, se utilizaron pruebas paramétricas. La comparación de medias entre el puntaje de adherencia y las variables dicotómicas (sexo y etnia) se realizó

mediante la prueba t de Student, mientras que para las variables politómicas (edad, educación y estado civil) se aplicó un ANOVA de un factor. En todos los casos se estableció un nivel de significación de $p < 0,05$.

Los resultados mostraron que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de adherencia terapéutica y ninguna de las características sociodemográficas evaluadas (sexo: $p = 0,29$; etnia: $p = 0,47$; edad: $p = 0,92$; estado civil: $p = 0,86$; educación: $p = 0,51$). Esto sugiere que, dentro de esta población, las variables demográficas no se comportan como factores determinantes del puntaje de adherencia, lo que indica que otros elementos como factores familiares, emocionales o relacionados con el sistema de salud podrían tener un mayor peso en la adherencia terapéutica.

2.2. Etapa Cualitativa

La segunda fase del estudio correspondió a la etapa cualitativa, cuyo propósito fue profundizar en la comprensión de los obstáculos, facilitadores y percepciones que

influyen en la adherencia terapéutica de los adultos mayores con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) (15). Para esta etapa se empleó una entrevista semiestructurada, elaborada a partir de la literatura científica y alineada con el objetivo del estudio. Las preguntas fueron ajustadas para garantizar claridad, pertinencia y coherencia, en concordancia con el enfoque reflexivo del análisis cualitativo.

La recolección de los datos cualitativos se realizó de manera presencial, en un espacio privado y posterior a la obtención del consentimiento informado. Se explicó a cada participante el uso de grabación de audio, medida destinada a asegurar la fidelidad del registro. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 15 a 30 minutos y se continuó el proceso hasta alcanzar la saturación teórica, momento en el cual dejaron de emerger nuevas categorías, ideas o elementos relevantes para el análisis.

Las entrevistas fueron transcritas de forma textual y posteriormente organizadas mediante el software

Atlas.ti, herramienta que facilitó la segmentación, codificación y gestión sistemática de la información. Para preservar la confidencialidad, los participantes fueron identificados mediante un código alfanumérico (CSTAM001, CSTAM002, CSTAM003), mismos que son automáticamente generados del sistema PRAS al momento de su exportación, evitando así el uso de nombres reales.

El análisis de la información se realizó siguiendo el Análisis Temático Reflexivo propuesto por Braun y Clarke, mediante un proceso iterativo de seis fases (16). La primera fase consistió en la familiarización exhaustiva con los datos, lo que incluyó la lectura repetida de las transcripciones y la elaboración de notas analíticas preliminares. Posteriormente, se efectuó una codificación inductiva, identificando unidades de significado relacionadas con creencias, percepciones, prácticas cotidianas y experiencias de adherencia terapéutica.

Los códigos fueron agrupados progresivamente en temas y subtemas, siguiendo patrones de

significado compartido. Cada tema fue evaluado para asegurar su coherencia interna y su distinción respecto de otros, garantizando consistencia conceptual. Una vez definidos, los temas fueron delimitados y nombrados con precisión, estableciendo su aporte interpretativo dentro del fenómeno estudiado.

Finalmente, se elaboró una narrativa analítica que integró descripciones interpretativas y citas textuales breves, articulando los hallazgos con la literatura científica reciente para su contextualización y fortalecimiento teórico.

3. Resultados y discusión

Se utilizó el Test de Morisky-Green (MMAS-8), instrumento validado internacionalmente para medir el cumplimiento al tratamiento, y se evaluó a la población de 60 adultos mayores diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 2. Los resultados obtenidos revelaron una distribución desigual en los niveles de adherencia, entre los cuales predominó el (42) 70% de los participantes con una adherencia baja, mientras que el (17) 28,3%

presentó una adherencia moderada y tan solo (1) 1,7% se ubicó en el nivel alto.

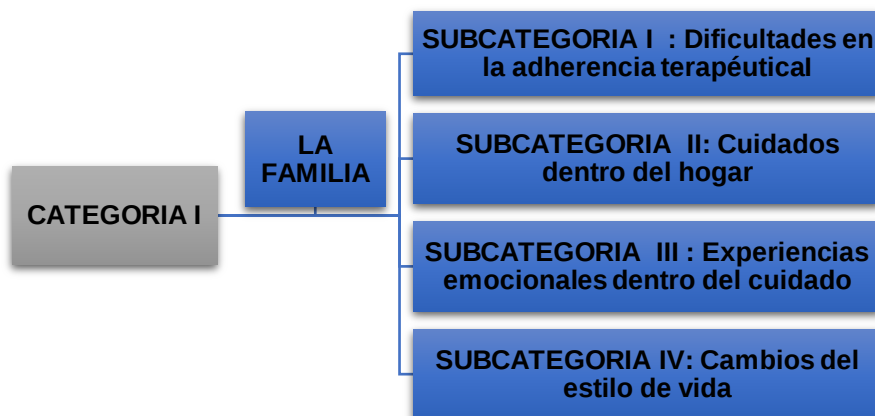
Esta tendencia sugirió una problemática significativa en el cumplimiento del tratamiento, particularmente en pacientes adultos mayores que enfrentaban múltiples barreras relacionadas con el olvido, la automedicación o la percepción subjetiva de mejoría. Los hallazgos concordaron con estudios previos desarrollados en poblaciones latinoamericanas que reportaron una adherencia subóptima en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente en el grupo etario de adultos mayores, donde influyeron factores como el bajo nivel educativo, la polifarmacia y la escasa supervisión familiar (10).

Resultados de la fase cualitativa

Dentro de la fase cualitativa se identificó 1 categoría, denominada la familia, y 4 subcategorías como dificultades en la adherencia terapéutica, cuidados dentro del hogar, experiencias emocionales dentro del cuidado y cambios del estilo de vida, estas nos permiten comprender las percepciones, las dificultades y los factores que

intervienen dentro de la adherencia terapéutica en la población de los adultos mayores.

Figura 1.



Fuente: Categoría/Subcategoría. Elaborado por: Autores

Categoría I: La familia

Subcategoría I: Dificultades en la adherencia terapéutica

Dentro de los relatos de los familiares, mediante la entrevista, se originaron respuestas donde uno algunos indicaron que el cumplimiento de los tratamientos médicos se ve afectado por varias dificultades que se presentan en el diario vivir. Entre lo más representativo está la cantidad de pastillas que deben tomar durante el día, el sabor amargo que estas tienen, las molestias físicas que sienten al tomar la medicina, el preferir tomar medicina natural, la

falta de recursos económicos y la ausencia de un familiar o cuidador permanente para recordar de la medicina que debe tomar. “ Ella se queja que las pastillas que debe tomar son muchas y que se cansa rápido, entonces para que se las tome debo molerlas y mezclarlas en la comida o en los jugos para que se las tome” (CSTAM002); otro familiar nos indicó que: “ el papa dice que las medicinas son amargas y que le caen mal, cuando siente eso ya no quiere tomar más la medicina y es necio” (CSTAM004); entre otro de los relatos de los cuidadores donde nos comenta que su mama siempre dice: “Prefiero tomar agua de plantas

porque esas no me hacen daño, esas me curaran, entonces deja de tomar la medicina que el doctor le manda, porque así le han criado antes” (CSTAM001); por otro lado uno de los familiares nos conversó “Cuando se queda sola a ella se le olvida tomar la medicina a la hora, yo soy la única que le cuidado y trabajo y no siempre puedo estar con ella para recordarle” (CSTAM002); una de las respuestas que también se presentaron fue la distancia en la cual se encuentran, donde mencionan: “Vivimos lejos y a veces no conseguimos camioneta para ir al centro de salud a retirar la medicina y hasta que podamos venir no la toma” (CSTAM006); y para finalizar uno de las partes más mencionadas por los familiares fue: “Hay días que no tenemos dinero para comprar la medicina o lo que falta de ella y hasta venir acá al centro de salud. Si no hay no la toma, y así ha pasado varias veces” (CSTAM001).

Estas narraciones nos demostraron que la adherencia terapéutica se condicionaba por diversos factores tanto económicos como geográficos y, sobre todo, por el apoyo familiar. Esto hizo que, en muchas ocasiones, se generaran interrupciones en la

continuación de su tratamiento médico (11). Entre los aspectos que se mencionaron con mayor frecuencia dentro del estudio de investigación estuvo el cansancio que provocaba la cantidad de medicamentos, el olvido de tomar la medicación, el malestar físico que sentía el adulto mayor, además de las preferencias por una alternativa natural y, asimismo, la falta de un familiar que le ayudara a supervisar de forma correcta la administración de la medicina.

Estas expresiones demostraron que la adherencia no dependía únicamente del conocimiento de la enfermedad; al contrario, también dependía de la combinación de limitaciones físicas, económicas, emocionales y sociales, que eran las que con mayor frecuencia enfrentaban los adultos mayores. Lo indicado por los participantes tuvo coincidencia con el estudio de Huang y Shiyanbola (2021), donde señalaron que los principales motivos por los que no se cumplía el tratamiento médico en los adultos mayores con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 eran la polifarmacia, los olvidos recurrentes, la falta de compañía por un familiar

y, además, los efectos adversos de los medicamentos (12).

Dentro de este estudio, los investigadores llegaron a la conclusión de que la adherencia terapéutica era un acontecimiento multifactorial influenciado por distintos aspectos, como el nivel educativo, los factores socioeconómicos y el apoyo del entorno, elementos que también se reflejaron en los datos obtenidos en su investigación.

Asimismo, un estudio elaborado por Evans et al. (2022) indicó que la adherencia al tratamiento tendía a disminuir en los pacientes que tenían una comprensión baja de las indicaciones médicas o que no contaban con un apoyo familiar constante. Esta situación coincidió con varios de los discursos de los participantes entrevistados, quienes mencionaron dificultades para recordar la dosis de medicación, para comprender su tratamiento médico o para mantener una rutina estable en el consumo de su medicación (13).

Subcategoría II: Cuidados dentro del hogar

En base a los cuidados diarios que se realizaban a la población objeto de investigación, la responsabilidad recaía de manera principal en algún miembro de la familia, quien asumía el cuidado completo de su familiar, incluyendo la preparación de los alimentos adecuados que debía consumir el paciente, la vigilancia en la toma de la medicación y los horarios en que esta debía ser administrada. Sin embargo, esta responsabilidad requería mantener una organización constante y, en muchas ocasiones, ocasionaba sobrecarga emocional, estrés y agotamiento físico.

Entre los relatos mas mencionados nos encontramos con : “ Siempre que voy a dar la medicina, lo hago en la primera comida porque si no, después se olvida y ya no me quiere tomar la” (CSTAM001); otro mencionado fue: “ Yo siempre anoto la hora y el nombre de la medicina que debe tomar en un papelito y lo pego en la cocina para que no se me vaya a olvidar, eso hago todos los días” (CSTAM005); por otro lado nos mencionan: “Si ella no quiere tomar

la medicación, toca estar hablándole con calma y esperar hasta que la tome, muchas veces nos ha funcionado pero en otras ocasiones no.” (CSTAM0015); un cuidador nos indicó : “ No siempre hay quien vea por su cuidado, cuando nadie está en casita, no toma nada de medicamentos porque no se acuerda.” (CSTAM0022).

El cuidado de la familia representó un soporte fundamental para la adherencia al tratamiento, pero muchas veces la carga recaía en pocas personas del núcleo familiar, lo que podía repercutir en la eficacia del seguimiento correcto del tratamiento. Estos resultados coincidieron con lo descrito por el estudio de Kristaningrum ND et al. (2021), donde señalaron que la sobrecarga de los cuidadores afectaba de manera principal el seguimiento del tratamiento en los pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas (14). Otro estudio de Boateng EA et al. (2024) hizo referencia a que la supervisión familiar era una parte importante dentro de la adherencia al tratamiento, señalando que aún faltaba apoyo dentro de los hogares, lo cual incrementaba el riesgo de no

tomar las dosis exactas de los medicamentos. Esto coincidió con los relatos de nuestros participantes objeto de estudio (15).

Subcategoría III: Experiencias emocionales dentro del cuidado

Los resultados obtenidos en esta categoría revelan que el cuidado de un adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 constituye un proceso emocionalmente exigente, que combina sentimientos de amor, responsabilidad, desgaste físico y tensión psicológica. Los cuidadores experimentan una carga emocional compleja, marcada por el compromiso afectivo hacia su familiar y, al mismo tiempo, por las dificultades inherentes a manejar una enfermedad crónica.

El testimonio “Es duro hacerse cargo solo, pero nos toca hacerlo porque uno no quiere dejar tirando ni abandonando a nuestros papás” (CSTAM0048) evidencia un fuerte sentido de obligación filial. Esta percepción, arraigada en valores familiares y culturales, funciona como un motor que impulsa la continuidad del cuidado, pero simultáneamente se convierte en un elemento generador de presión

emocional. Este hallazgo refleja que el rol del cuidador no es asumido únicamente desde la responsabilidad práctica, sino desde un compromiso moral profundamente interiorizado.

Por otro lado, la expresión “A veces duele ver cómo se ponen flaquito...” (CSTAM0060) muestra sentimientos de impotencia, dolor y vulnerabilidad emocional ante el deterioro físico del adulto mayor, aun cuando el cuidador realiza todos los esfuerzos posibles. Esto sugiere que el proceso de cuidado implica un enfrentamiento constante con los límites del control personal, lo que intensifica la carga emocional y puede derivar en fatiga del rol.

A su vez, la cita “A veces nuestra mamá se enoja cuando se le insiste que tome la medicina...” (CSTAM008) pone en evidencia la existencia de conflictos relacionales generados por la resistencia del adulto mayor a cumplir con el tratamiento. Sin embargo, el vínculo afectivo y la preocupación por el bienestar de la persona cuidada sostienen la persistencia del cuidador, demostrando que el amor y el sentido de protección funcionan

como un mecanismo de resiliencia para enfrentar estas tensiones.

De forma integrada, estos relatos muestran que la adherencia terapéutica no se desarrolla de manera aislada, sino que está profundamente modulada por la dinámica familiar, las emociones del cuidador y las estrategias afectivas de acompañamiento. El cuidado se vive como una tarea que abarca emociones intensas amor, miedo, cansancio, frustración—que coexisten y se entrelazan en la vida cotidiana del cuidador.

Los hallazgos coinciden con lo reportado por Mamatsharaga et al. (2022), quienes señalaron que los cuidadores de adultos mayores con enfermedades crónicas enfrentan altos niveles de estrés y desgaste emocional derivados del rol que desempeñan. De igual manera, Martínez y Aranda (2022) evidenciaron que el compromiso sentimental hacia el familiar enfermo impulsa la continuidad del cuidado, incluso cuando este genera agotamiento físico y emocional. Estas investigaciones respaldan la idea de que el cuidado en el contexto de enfermedades crónicas es un

fenómeno multifacético que involucra tanto la gestión técnica como la dimensión afectiva del acompañamiento.

En conjunto, los resultados subrayan la necesidad de implementar intervenciones psicoeducativas y programas de apoyo dirigidos a los cuidadores, con el fin de fortalecer sus capacidades de afrontamiento, prevenir el desgaste emocional y promover prácticas saludables que contribuyan al manejo integral de la DM2 en el ámbito familiar.

Subcategoría IV: Cambios del estilo de vida

Los hallazgos muestran que la adherencia terapéutica en adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 es un proceso que trasciende el cumplimiento individual del tratamiento farmacológico y se transforma en una dinámica familiar, cultural y estructural. Los testimonios analizados revelan que el manejo de la enfermedad afecta de manera integral la cotidianidad de los hogares, obligando a los cuidadores a reorganizar rutinas, modificar prácticas alimentarias tradicionales y negociar constantemente entre los

recursos disponibles y las demandas del tratamiento.

El relato “Es difícil dejar de seguir las costumbres que nos dejan, a veces hay para la comida, otras no...” (CSTAM032) evidencia cómo las limitaciones económicas y los patrones culturales alimentarios condicionan la implementación de dietas adecuadas para la DM2. La familia se encuentra en una tensión permanente entre lo que debe hacer para cumplir con el tratamiento y lo que realmente le es posible hacer desde sus realidades socioeconómicas. Esta tensión genera sentimientos de frustración y preocupación, y muestra que la adherencia terapéutica se encuentra atravesada por inequidades estructurales relativas al acceso a alimentos saludables.

De forma similar, la expresión “Cuando se presentó la enfermedad, todo cambió para todos...” (CSTAM048) refleja que el diagnóstico de DM2 implica una reorganización del sistema familiar, donde las restricciones nutricionales y las nuevas rutinas se adoptan de manera colectiva. El tratamiento deja de ser una responsabilidad individual del paciente y se convierte en una

tarea compartida, que exige cambios difíciles, especialmente cuando implica abandonar hábitos alimentarios considerados parte de la identidad y tradición familiar.

Ambos testimonios coinciden en que la adherencia terapéutica genera una especie de “ecosistema de ajuste” dentro del hogar, donde la familia no solo es un apoyo fundamental sino también un espacio donde emergen las principales barreras. Las decisiones alimentarias, los recursos económicos, la organización del hogar y la carga emocional se entrelazan, configurando un proceso multidimensional que influye directamente en el éxito o fracaso del tratamiento.

Esta interpretación se alinea con lo reportado por Kolarić et al. (2023), quienes sostienen que el manejo de la DM2 requiere transformaciones significativas en los patrones alimentarios y en la dinámica doméstica, así como con Schmidt et al. (2020), que identificaron que tales cambios suelen generar presión emocional y dificultades de adaptación dentro de los hogares. La evidencia científica internacional

coincide con los hallazgos de este estudio: la adherencia terapéutica no es una conducta aislada, sino un fenómeno profundamente condicionado por el contexto familiar, económico y cultural.

En conjunto, los resultados indican que cualquier intervención destinada a mejorar la adherencia terapéutica debe incorporar un enfoque familiar, comunitario y socioeconómico, promoviendo educación alimentaria contextualizada, acompañamiento emocional a cuidadores y estrategias de apoyo para hogares con limitaciones económicas. Solo así será posible favorecer la adopción de estilos de vida saludables y sostenibles en el tiempo.

Resultados de la fase cuantitativa

Características demográficas. Tabla 1 describe las frecuencias absolutas y relativas de las variables demográficas de los 60 adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 que asisten a la unidad operativa Centro de Salud Totoras.

Tabla 1. Características demográficas

Variables	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Edad	60-69	35	58,3
	70-70	15	25,0
	>80	10	16,7
Sexo	Femenino	35	58,3
	Masculino	25	41,7
Estado civil	Casado	40	66,7
	Soltero	15	25,0
	Viudo/a	5	8,3
Educación	Sin estudios	47	78,3
	Primaria	11	18,3
	Secundaria	2	3,3
Etnia	Indígena	33	55,0
	Mestizo	27	45,0

Resultados por ítem. Tabla 2 se detalla las frecuencia y porcentajes obtenidos en cada ítem. Además, se detalla los resultados del ítem 8

sobre de la frecuencia con que el paciente olvida tomar sus medicamentos, en la cual se observa que el 16,7 % lo olvida siempre.

Tabla 2. Escala de Morisky (MMAS_8)

Ítems	Si		No	
	f	%	f	%
P1- Olvida tomar la medicación	19	31,7	41	68,3
P2- Deja de tomar sin indicación médica	12	20	48	80
P3- Suspende dosis cuando se siente mejor	15	25	45	75
P4- Olvida llevar la medicación fuera de casa	17	28,3	43	71,7
P5- Tomó su medicación el día de ayer	14	23,3	46	76,7
P6- Suspende tratamiento cuando se siente bien	22	36,7	38	63,3
P7- Considera fastidioso el tratamiento	22	36,7	38	63,3
P8- Frecuencia de olvido de la medicación	Nunca		8	13,3
	De vez en cuando		15	25,0
	A veces		24	40,0
	Normalmente		3	5,0
	Siempre		10	16,7

Descriptivos. La puntuación mínima que se obtuvo en la aplicación de la escala Morisky (MMA-8) de adherencia fue de 1,5, máxima de 8,0, con una media de 4,96, y una desviación estándar de 1,39.

Nivel de adherencia. Tabla 4 se describe el nivel de adherencia al

tratamiento que presentan los pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Tabla 3. Nivel de adherencia

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Baja	42	70,00
Moderada	17	28,3
Alta	1	1,67
Total	60	100,0

Contraste de hipótesis. Con el 95 % de confianza y margen de error del 0,5 %, la hipótesis de investigación fue: existe diferencia de medias entre los puntajes de adherencia y las características demográficas de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, mientras que la hipótesis nula planteó: no existe diferencia de medias entre los puntajes de adherencia y las características demográficas de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2.

Antes de elegir la prueba estadística adecuada para la comparación de medias entre el puntaje de adherencia con las variables demográficas, se determinó los supuestos de normalidad y homogeneidad de la variable numérica (puntaje de adherencia) mediante la prueba de normalidad de kolmogorov Smirnov (>50 casos) y la prueba de Levene respectivamente, cuyos valores de significancia arrojaron $p > 0,05$, por lo tanto se ejecutó las pruebas paramétricas: t de student para comparar las medias entre el puntaje de adherencia con las variables dicotómicas (sexo y etnia) y ANOVA de un factor para comparar las medias entre el puntaje

de adherencia con las variables politómicas (edad, educación y estado civil)

Tabla 4 indica los resultados de las pruebas estadísticas aplicadas para la comparación de la medias entre el puntaje de adherencia recogido mediante la escala Morisky (MMAS-8) y las características demográficas. Los valores de significancia $< 0,05$ indican que no existe diferencia de medias entre el puntaje de adherencia con ninguna de las características demográficas de los adultos mayores.

Tabla 4. Contraste de hipótesis

Variables	t de student	ANOVA
Sexo	0,29	
Etnia	0,47	
Edad		0,92
Estado civil		0,86
Educación		0,51

Discusión

Los resultados del estudio evidencian una adherencia terapéutica predominantemente baja en adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), con un 70 % de los participantes ubicados en este nivel según el MMAS-8. Esta prevalencia coincide con investigaciones recientes desarrolladas en América Latina y

otras regiones, donde se ha documentado que la adherencia en adultos mayores con DM2 rara vez supera el 50 %, especialmente en poblaciones con bajos recursos y polifarmacia (16,17). En particular, Suárez et al. (2021) reportaron que el 68 % de adultos mayores con DM2 presentaban adherencia baja, porcentaje similar al encontrado en este estudio. De igual forma, Ayele et al. (2022) identificaron que los olvidos frecuentes, los efectos adversos de los fármacos y la percepción subjetiva de mejoría se encontraban entre las principales causas de baja adherencia, factores que coinciden plenamente con los discursos de los cuidadores analizados durante la fase cualitativa (18,19).

Los resultados del ítem 8 del MMAS-8 muestran que el 16,7 % de los adultos mayores “siempre” olvida tomar su medicación. Este hallazgo es consistente con estudios recientes que indican que el deterioro cognitivo leve, frecuente en este grupo etario, incrementa la probabilidad de olvidos y disminuye la adherencia terapéutica. La literatura coincide en que el olvido constituye el principal obstáculo en la

adherencia farmacológica en adultos mayores, especialmente en quienes no cuentan con acompañamiento familiar o viven solos (20).

En la fase cualitativa, la categoría central “La familia” y sus subcategorías evidencian que la adherencia no depende únicamente del paciente, sino de una red de apoyo familiar emocional, económico y organizativo (21). Estudios recientes corroboran que el apoyo familiar se asocia significativamente con mejores niveles de adherencia, disminución del estrés y mejor control metabólico en pacientes con DM2. De acuerdo con Kristaningrum et al. (2021), la sobrecarga del cuidador afecta directamente el cumplimiento del tratamiento. Esto coincide con los relatos de los cuidadores del presente estudio, quienes manifestaron agotamiento, estrés y dificultades para organizar la administración correcta de los medicamentos (22).

Otro hallazgo relevante es que no se encontraron diferencias estadísticas significativas entre los puntajes de adherencia y las variables demográficas (edad, sexo, educación, estado civil y etnia) (23).

Resultados similares han sido reportados en investigaciones recientes que indican que, aunque estas variables pueden influir en el perfil sociocultural del paciente, no son necesariamente predictoras directas de la adherencia terapéutica (24). Por ejemplo, Buawangpong et al. (2020) demostraron que, aunque los pacientes con menor escolaridad tienden a tener dificultades de comprensión del tratamiento, la adherencia depende más de factores conductuales, sistemas de apoyo y creencias culturales que de las características demográficas en sí (25).

La alta proporción de participantes sin escolaridad (78,3 %), combinada con el predominio de la etnia indígena (55 %), sugiere una posible influencia de determinantes sociales de la salud (26). Estudios recientes en contextos indígenas latinoamericanos han identificado que las creencias tradicionales, la preferencia por medicina natural y la desconfianza en los sistemas biomédicos afectan la continuidad terapéutica. Esto se reflejó claramente en los relatos de los cuidadores, quienes señalaron que los adultos mayores preferían

tratamientos naturales, suspendían la medicación por malestar, o evitaban consumirla cuando no sentían síntomas (27).

Asimismo, los obstáculos económicos y geográficos emergieron como limitantes significativas. Investigaciones recientes destacan que la inseguridad alimentaria, el costo del transporte y la distancia al centro de salud influyen directamente en el acceso y continuidad del tratamiento en adultos mayores con DM2 . La imposibilidad de retirar medicamentos por falta de movilidad o recursos fue un factor recurrente en los testimonios analizados (28).

Por otro lado, los análisis cualitativos revelaron que el cuidado del paciente genera desgaste emocional, tensiones familiares y necesidad de reorganización del estilo de vida, elementos plenamente respaldados por estudios recientes que exploran la carga emocional del cuidador (29). Esta carga puede impactar negativamente tanto en la calidad del cuidado como en la adherencia del paciente, reforzando la importancia de incluir intervenciones psicoeducativas

dirigidas no solo al paciente sino también a los cuidadores (30).

Finalmente, los resultados integrados resaltan que la adherencia terapéutica en adultos mayores con DM2 es un fenómeno multidimensional influenciado por factores conductuales, emocionales, familiares y estructurales (31). Por ello, se sugiere que las intervenciones futuras incluyan estrategias comunitarias, fortalecimiento del apoyo familiar, educación contextualizada y acompañamiento a cuidadores, tal como recomiendan modelos de atención centrados en el paciente y la familia propuestos en publicaciones recientes (32).

4. Conclusiones

La adherencia terapéutica en los adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Centro de Salud Totoras es mayoritariamente baja, evidenciando que el 70 % presenta dificultades significativas para cumplir con su tratamiento, principalmente por olvidos, suspensión de la medicación y falta de constancia. Esta situación confirma una problemática

estructural en el manejo de la enfermedad dentro de este grupo etario.

La adherencia no depende únicamente del paciente, sino de un entramado multifactorial donde influyen de manera determinante el apoyo familiar, las limitaciones económicas, las creencias culturales, la sobrecarga del cuidador y la organización del cuidado en el hogar. Estos factores, identificados en la fase cualitativa, explican las barreras que dificultan la continuidad del tratamiento farmacológico y del autocuidado.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la adherencia y las características demográficas, lo que demuestra que el cumplimiento terapéutico es un fenómeno complejo que trasciende la edad, el sexo, la educación o el estado civil. En consecuencia, se requieren intervenciones integrales centradas en la familia, la educación sanitaria y el apoyo comunitario, capaces de fortalecer la adherencia y mejorar el control de la DM2 en esta población.

Recomendaciones

Implementar programas de educación sanitaria dirigidos a adultos mayores y cuidadores, utilizando materiales accesibles y estrategias de acompañamiento que fortalezcan el conocimiento del tratamiento, reduzcan los olvidos y promuevan la correcta administración de los medicamentos dentro del hogar.

Desarrollar intervenciones familiares y comunitarias que aborden las barreras económicas, culturales y organizativas, incorporando enfoques interculturales, apoyo psicoemocional al cuidador y mecanismos de seguimiento (recordatorios, visitas domiciliarias y control continuo), con el fin de mejorar la adherencia y el autocuidado.

Fortalecer el sistema de apoyo del centro de salud mediante políticas que aseguren la disponibilidad oportuna de medicamentos, el seguimiento periódico y la coordinación con líderes comunitarios, garantizando un acompañamiento integral que permita sostener la adherencia

terapéutica a largo plazo en la población adulta mayor con DM2.

Agradecimientos

La presente Investigación está adscrita al proyecto de investigación ESCENARIO DE REALIDAD VIRTUAL PARA LA FORMACIÓN DE ENFERMERÍA” aprobado según Resolución Nro. UTA-CONIN-2023-0322-R y al Grupo de Investigación Tecnología, Educación y Salud para el cuidado en enfermería (GITESCE)

Bibliografía

1. Xi Lu QXXPRZXZGPYZSS+NT. Type 2 diabetes mellitus in adults: pathogenesis, prevention and therapy. Signal Transduction and Targeted Therapy. [Revista de internet]. 2024 October. [citado 11 de Noviembre del 2025]; 9(1): p. 262. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41392-024-01951-9>.
2. International Diabetes Federation (IDF). IDF Diabetes Atlas. 10th Edition. Atlas epidemiológico / Informe mundial. Brussels: International Diabetes Federation (IDF), IDF Epidemiology and Public

- Health Research Division; 2021. Report No.: 978-2-930229-93-4.
3. Andrea M Russell LO,EYSCBMOMSW. Association between medication regimen complexity and glycemic control among patients with type 2 diabetes. Journal of the American Pharmacists Association. [Revista de internet]. 2023 May-June. [citado 4 de noviembre del 2025]; 63(3): p. 769-777. Disponible en: [https://www.japha.org/article/S1544-3191\(22\)00458-7/abstract](https://www.japha.org/article/S1544-3191(22)00458-7/abstract).
 4. Organización Panamericana de la Salud. Panorama de la diabetes en la Región de las Américas. Informe Técnico. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Organización Panamericana de la Salud OPS - Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental (NMH).; 2023. Report No.: 978-92-75-32633-6.
 5. International Diabetes Federation (IDF). IDF Diabetes Atlas. 10th Edition. Atlas epidemiológico / reporte mundial. Brussels, Bélgica: International Diabetes Federation, IDF Epidemiology and Public Health Research Division; 2021. Report No.: 978-2-930229-93-4.
 6. Alicia Zavala-Calahorrano EF. Diabetes mellitus tipo 2 en el Ecuador:revisión epidemiológica. Medicencias UTA. [Revista de internet]. 2018 Diciembre. [citado 11 de Noviembre del 2025]; 2(4): p. 3-9. Disponible en: <https://www.erevista.bibliolatin.com/index.php/medi/article/view/1219>.
 7. Miranda DNEP, Orellana DOPC, Vera DMEB, Intriago DGIZ, Cantos DCAC, Mera DJGZ. Factores Asociados a la no Adherencia Terapéutica en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Ciencia Latina Revista Multidisciplinar. [Revista de internet]. 2024 Septiembre-Octubre. [citado 11 de Noviembre del 2025]; 8(5). Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/14064>.
 8. Luo Z-N LKCAQQYCYXXLZWLJHWY BCJY. The influence of family health on self-efficacy in patients with chronic diseases: the mediating role of perceived social support and the moderating role of health literacy. BMC Public Health. [Revista de internet]. 2024 December. [citado 11 de Noviembre del 2025]; 24(1). Disponible en:

- <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-024-20906-x>.
9. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Política Nacional para la Atención Integral de Enfermedades No Transmisibles. Política Pública Nacional. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Subsecretaría de Promoción, Prevención y Control de la Salud – Dirección Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles (ENT); 2023.
 10. Peñafiel BDG, Merino GYJ, Celi NJM, Chamba CND. Estilos de vida en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus. Revista InveCom. [Revista de internet]. 2025 Noviembre. [citado 11 de Noviembre del 2025]; 15(1). Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2739-00632025000102010.
 11. Amudha Kadirvelu SSSHN. Apoyo social en la atención de la diabetes tipo II: un caso de insuficiente y tardío. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews. [Revista de internet]. 2012 November. [citado 11 de Noviembre del 2025]; 5(5): p. 407-417. Disponible en: <https://www.dovepress.com/article/download/11577>.
 12. Huang YM, Shiyanbola OO. Investigation of Barriers and Facilitators to Medication Adherence in Patients With Type 2 Diabetes Across Different Health Literacy Levels: An Explanatory Sequential Mixed Methods Study. Frontiers in Pharmacology. [Revista de internet]. 2021 October. [citado 12 de Noviembre del 2025]; 12(745749): p. 745-749. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/pharmacology/articles/10.3389/fphar.2021.745749/full>.
 13. Evans M, Engberg S, Faurby M, Polonsky WH. Adherence to and persistence with antidiabetic medications and associations with clinical and economic outcomes in people with type 2 diabetes mellitus: A systematic literature review. Diabetes, Obesity and Metabolism. [Revista de internet]. 2022 March. [citado 12 de Noviembre del 2025]; 24(3): p. 377-390. Disponible en: <https://dom-pubs.pericles-prod.literatumonline.com/doi/10.1111/dom.14603>.
 14. Niko Dima Kristaningrum DARYSHS. Correlación entre la carga de los cuidadores familiares y el estado de salud de las personas con diabetes mellitus. Journal of Public Health Research. [Revista de internet]. 2021 April. [citado 11

- de Noviembre del 2025]; 10(2): p. 2227. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8129740/>.
15. Edward Appiah Boateng RAI VMD LOP. Perspectives of Family Caregivers on Healthcare Provided to Older Adults With Hypertension and/or Diabetes Mellitus in Ghana. *Gerontology and Geriatric Medicine*. [Revista de internet]. 2024 June. [citado 12 de Noviembre del 2025]; 10. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11186387/>.
 16. Suárez M CRAC. Adherencia al tratamiento en adultos mayores con enfermedades crónicas. *Rev Salud Pública*. [Revista de internet]. 2021.; 23(2).
 17. Guerrero M PL. Terapias en DM2 y adherencia en población rural. *Rev Méd Chile*. [Revista de internet]. 2020.; 148(5).
 18. Ayele A. Medication adherence among older adults with chronic diseases: A systematic review. *BMC Geriatr*. [Revista de internet]. 2022.; 22.
 19. Caruso R. Cognitive impairment and treatment adherence in diabetes. *Aging Ment Health*. [Revista de internet]. 2020 24.; 3: p. 417 - 424.
 20. Gómez J. Mild cognitive impairment and medication management in older adults. *J Diabetes Complications*. [Revista de internet]. 2021 35.; 4: p. 107-115.
 21. Lee M. Factors affecting adherence in older adults with type 2 diabetes. *Patient Prefer Adherence*. [Revista de internet]. 2019.; 13.
 22. Kristaningrum N. Family caregiver burden and adherence in older adults. *Int J Nurs Stud*. [Revista de internet]. 2021.; 118: p. 103-110.
 23. Boateng E. Family support and adherence to diabetes treatment. *BMC Endocr Disord*. [Revista de internet]. 2024.; 24.
 24. Soto A. Sociodemographic factors and treatment adherence in chronic diseases. *Int J Environ Res Public Health*. [Revista de internet]. 2019.; 16(23).
 25. Buawangpong N. Medication adherence and health literacy in T2DM. *Diabetes Metab Syndr*. [Revista de internet]. 2020.; 14(5).
 26. Llamas A. Cultural beliefs and diabetes care in indigenous communities. *J Transcult Nurs*. [Revista de internet]. 2021.; 32(4): p. 389-398.

27. Cahua J. Adherencia y prácticas tradicionales en poblaciones indígenas. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. [Revista de internet]. 2020.; 37(4): p. 650-657.
28. Martínez B. Socioeconomic barriers to diabetes care in low-income settings. *Lancet Diabetes Endocrinol*. [Revista de internet]. 2022.; 10(3): p. 175-183.
29. Mamatsharaga F. Emotional stress in caregivers of older adults. *Gerontologist*. [Revista de internet]. 2022.; 62(4): p. 569-578.
30. Aranda M. Emotional dynamics in caregiving roles. *J Aging Health*. [Revista de internet]. 2022.; 34(1).
31. Schmidt E. Family-centered diabetes interventions. *Diabetes Spectr*. [Revista de internet]. 2020.; 33(4): p. 346-354.
32. Kolarić B. Lifestyle changes and diabetes management in older adults. *Nutrients*. [Revista de internet]. 2023.; 15.
33. Plakas S. MDMMATFGBATCMD. Validation of the 8-Item Morisky Medication Adherence Scale in Chronically Ill Ambulatory Patients in Rural Greece. *Open Journal of Nursing*. [Revista de internet]. 2016 March. [citado 11 de Noviembre del 2025]; 6(3): p. 158–169. Disponible en: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=64445>.
34. Francisco Pérez Peña MCISVP,RA. Aspectos generales del uso de métodos mixtos para investigación en salud. *Medwave*. [Revista de internet]. 2023 Noviembre. [citado 11 de Noviembre del 2025]; 23(10): p. 2767. Disponible en: https://www.medwave.cl/medios/revisiones/metodoinvestigacion/2767/medwave_2023_2767a.pdf.
35. Alicia Sarahy Martin del Campo Navarro PMQRIHPSECVSLPPMRV. Grado de Sobrecarga y Caracterización de Cuidadores de Personas Adultas Mayores con Diabetes Mellitus tipo 2. *Enfermería Global*. [Revista de internet]. 2019 Octubre. [citado 11 de Noviembre del 2025]; 18(56): p. 57–67. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000400003.
36. MARTÍNEZ-ROYERT JC, GUZMÁN JLL, ARISTA SAR, MENA SCM, PÁJARO-MARTÍNEZ MC, GÓMEZ KEP. Calidad de vida en el

- adulto mayor con diabetes mellitus tipo II. *Revista Salud Uninorte*. [Revista de internet]. 2021 Abril. [citado 11 de Noviembre del 2025]; 37(2): p. 302-315. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522021000200302.
37. Covarrubias MMF, Valdes RES, Ortega FJG. DETERMINANTES DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CONDIABETES TIPO 2 IDENTIFICADOS EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA CIUDAD DE CIUDAD DE VERACRUZ. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. [Revista de internet]. 2025 Julio- Agosto. [citado 14 de Noviembre del 2025]; 9(4): p.. 7013-7029. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/19298>.
 38. Sharma LR, Bidari S, Bidari D, Neupane S, Sapkota R. Exploring the Mixed Methods Research Design: Types, Purposes, Strengths, Challenges, and Criticisms. *Global Academic Journal of Linguistics and Literature*. [Revista de internet]. 2023 January. [citado 11 de Noviembre del 2025]; 5(1): p. 3–12. Disponible en: https://www.gajrc.com/media/articles/GAJLL_51_3-12.pdf.
 39. Lay Hoon Goh ASCJRSMALSTJMV&DYLY . Patient perspectives of diabetes care in primary care networks in Singapore: a mixed-methods study. *BMC Health Services Research*. [Revista de internet]. 2023 December. [citado 11 de Noviembre del 2025]; 23(1445). Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-023-10310-3>.
 40. Delara Laghousi FRMAMAJ. The eight-item Morisky Medication Adherence Scale: validation of its Persian version in diabetic adults. *Caspian Journal Of Internal Medicine*. [Revista de internet]. 2021. [citado 11 de Noviembre del 2025]; 12(1): p. 77-83. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7919181/>.
 41. Braun V, Clarke V. Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative Psychology*. [Revista de internet]. 2022 May. [citado 11 de Noviembre del 2025]; 9(1): p. 3-26. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fqap000196>.
 42. Mamatsharaga IP, Mashau NS, Damian JU. I lack 'me-

- time': The experiences of family caregivers of elders with Diabetes Mellitus in a selected village in South Africa. HEALTH SA GESONDHEID. [Revista de internet]. 2022 Noviembre. [citado 11 de Noviembre del 2025]; 10(27). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9724022/>.
43. Catalán-Gómez CAGVMCRÁLCVVMPMMdlÁ. Caregivers experiences about elderly with type 2 diabetes mellitus during the COVID-19 pandemic. Sanus. [Revista de internet]. 2022 August. [citado 12 de Noviembre del 2025]; 7: p. 1-14. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-60942022000100203&script=sci_arttext&tlng=en.
44. Kolarić V, Rahelić V, Šakić Z. The Quality of Life of Caregivers of People with Type 2 Diabetes Estimated Using the WHOQOL-BREF Questionnaire. Diabetology. [Revista de internet]. 2023 October. [citado 12 de Noviembre del 2025]; 4(4): p. 430-439. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2673-4540/4/4/37>.
45. Schmidt SK, Hemmestad L, MacDonald CS, Langberg H, Valentiner LS. Motivation and Barriers to Maintaining Lifestyle Changes in Patients with Type 2 Diabetes after an Intensive Lifestyle Intervention (The U-TURN Trial): A Longitudinal Qualitative Study. International Journal of Environmental Research and Public Health. [Revista de internet]. 2020 October. [citado 12 de Noviembre del 2025]; 17(20): p. 7454. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33066239/>.
46. CS FS, TF O, V FD, P S, J. C. [Association between health literacy and adherence to medications among older adults]. Revista Médica de Chile. [Revista de internet]. 2020 May. [citado 12 de Noviembre del 2025]; 148(5): p. 653-656. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33399758/>.
47. Y W, H L, S W, C C. Factors Associated With Medication Compliance in Elderly Patients With Type 2 Diabetes Mellitus: A Cross-Sectional Study. Frontiers in Public Health. [Revista de internet]. 2022 January. [citado 12 de Noviembre del 2025]; 9(771593): p. 1-9. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2021.771593/full>.

48. Al-Azayzih A KRASQWSS. Medication Adherence and Its Associated Determinants in Older Adults with Type 2 Diabetes and Cardiovascular Comorbidities. Patient Preference and Adherence. [Revista de internet]. 2023 Noviembre. [citado 12 de Noviembre del 2025]; 17: p. 3107-3118. Disponible en: <https://www.dovepress.com/medication-adherence-and-its-associated-determinants-in-older-adults-w-peer-reviewed-fulltext-article-PPA>.
49. Iza JEC, Sillo JNP, Gahona RSC. Cuidados de enfermería en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. REINCISOL – Revista de Investigación Científica y Social. [Revista de internet]. 2025 Septiembre. [citado 11 de Noviembre del 2025]; 4(8): p. 2526–2548. Disponible en: <https://www.reincisol.com/ojs/index.php/reincisol/article/view/965>.