Universidad del Aconcagua

Facultad de Ciencias Médicas

Maestría en Salud Pública y Seguridad Social

Tesis de maestría profesional

Adherencia al tratamiento y su relación con los determinantes sociales de la salud en pacientes con Diabetes tipo 2 que se atienden en el Primer Nivel de Atención de Puerto Madryn, en el periodo septiembre 2025 a febrero 2026

Estudiante: Lic. Alvarez Verónica

Director: Dra. Beceyro Ana Carolina

Co-director: Mag. Escudero Daniela

Mendoza, Julio 2026

DIDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia, en espacial a mi esposo Daniel, que me acompaña con su cariño cada día, con sus palabras de ánimo. Mi mamá y mis hermanas, que nunca dudaron de mi capacidad de poder realizar este trabajo de investigación. Por último, dedicar esta investigación a los colegas que trabajan con profesionalismo y dedicación, y anhelo que estos datos sean de utilidad como base para intervenciones de salud, así como futuras investigaciones.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer en primer lugar a mi Dios Jehová, que me da las fuerzas y la alegría todos los días, para realizar acciones que solo con sus fuerzas lo puedo lograr. Nuevamente mencionar a mi esposo que todos los días me brinda contención y amor.

Agradezco a toda mi familia, mis tíos, sobrinos y primos que conforman mi sostén familiar brindándome su cariño de distintas maneras.

Reconozco el apoyo de los compañeros de trabajo, colegas enfermeros, así como la jefatura del Primer Nivel de Atención de Puerto Madryn, que siempre mostraron interés por la realización de este trabajo. Así mismo, agradezco a los médicos coordinadores de los diferentes CAPS donde se efectuó la investigación, los diferentes profesionales como Trabajadoras Comunitaria en Salud en Terreno y personal de farmacia, que brindaron su colaboración de diferentes formas. Por último, valoro el trabajo del comité de investigación y docencia del Hospital Andrés Isola que aportó su aprobación y guía.

Un agradecimiento especial a mi directora Dra. Carolina Beceyro, por su guía y acompañamiento, así como sus palabras de ánimo, que junto con la codirectora Mag. Daniela Escudero guiaron este arduo trabajo, el cual dio como resultado una investigación de interés para la salud pública.

Finalmente quiero mencionar a la Universidad del Aconcagua que, al permitir esta maestría en su forma virtual, da la posibilidad a profesionales que vivimos en zonas muy lejanas, lo que nos permite obtener conocimiento de excelente calidad.

Muchas gracias…

RESUMEN

La diabetes es una problemática de salud pública que requiere intervenciones integrales basadas en determinantes sociales de la salud (DSS). El objetivo de este trabajo fue conocer la adherencia de los pacientes con diabetes tipo 2 y la relación con los DSS en tres CAPS ubicados en la zona Oeste de la ciudad de Puerto Madryn. Se utilizó un diseño observacional, descriptivo y trasversal (septiembre 2025 a febrero 2026). La muestra por conveniencia fue de 141 encuestas, aplicando la versión adaptada de adherencia SCI-R.ES (Jansà et al., 2013) y el instrumento de DSS basado en PREPARE, con preguntas equivalentes a las de la encuesta del INDEC 2018.

Los resultados mostraron una población predominante de adultos medios (51%), seguida por la de adultos mayores (28,4%), con vulnerabilidad socioeconómica: 31,2% trabaja de forma informal, y un 62% percibe hasta 2 salarios mínimos. Las barreras de acceso más prevalentes fueron costo de medicamento (45,4%) y falta de especialista (44,7%). El 44% fue no adherente al tratamiento. El 41% no realiza actividad física; la obesidad alcanza el 66%, y las complicaciones más frecuentes fueron neuropatías (24,8%) y pie diabético (24,1%). El 5% presentó hacinamiento crítico, por encima del promedio nacional del INDEC (1,8%).

El análisis estadístico (Chi-cuadrado) no halló asociaciones significativas entre la adherencia al tratamiento y los DSS; las barreras de acceso afectan de manera transversal a toda la población. Como intervención, se propone un proyecto interdisciplinario para fortalecer la adherencia al tratamiento, y en relación al acceso farmacológico su gestión debe ser evaluada por niveles superiores.

ABSTRACT

Diabetes is a public health problem that requires comprehensive interventions based on social determinants of health (SDH). The objective of this study was to determine the adherence of patients with type 2 diabetes and its relationship to SDH in three primary care centers (CAPS) located in the western part of the city of Puerto Madryn. An observational, descriptive, and cross-sectional design was used (September 2025 to February 2026). The convenience sample consisted of 141 surveys, using the adapted version of the SCI-R.ES adherence questionnaire (Jansà et al., 2013) and the SDH instrument based on PREPARE, with questions equivalent to those in the 2018 INDEC survey.

The results showed a predominantly middle-aged adult population (51%), followed by older adults (28.4%), with socioeconomic vulnerability: 31.2% work informally, and 62% earn up to two minimum wages. The most prevalent access barriers were medication cost (45.4%) and lack of specialists (44.7%). Forty-four percent were non-adherent to treatment. Forty-one percent did not engage in physical activity; obesity affected 66%, and the most frequent complications were neuropathies (24.8%) and diabetic foot (24.1%). Five percent experienced critical overcrowding, above the national average reported by INDEC (1.8%).

Statistical analysis (Chi-square) found no significant associations between treatment adherence and social determinants of health (SDH); access barriers affect the entire population across the board. As an intervention, an interdisciplinary project is proposed to strengthen treatment adherence, and the management of medication access should be evaluated at higher levels.

ABREVIATURAS

DM: Diabetes Mellitus

DM2: Diabetes Mellitus tipo 2

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos

IMC: Índice de Masa Corporal

TCST: trabajado comunitaria en salud en terreno

TABLA DE CONTENIDOS

CAPITULO I **13**

INTRODUCCIÓN **13**

Fundamentación **14**

Objetivo General **15**

Objetivos específicos **15**

Hipótesis **15**

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO **16**

Diabetes **16**

La importancia de un tratamiento integral en la diabetes tipo 2 **18**

La adherencia terapéutica como pilar fundamental **18**

Educación diabetológica **19**

Estilos de vida saludable **20**

Adherencia farmacológica **21**

Tratamiento de factores de riesgo **22**

Antecedentes sobre adherencia **23**

Determinantes sociales de la salud **24**

Determinantes estructurales de la salud **26**

Determinantes sociales de la salud intermedios **27**

Determinantes sociales desde un enfoque integral **28**

CAPITULO III. MATERIALES Y MÉTODOS **30**

Tipo de diseño **30**

Universo **30**

Muestra **30**

Criterios de inclusión **32**

Criterios de exclusión **33**

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES **33**

Procedimiento de recolección de datos **35**

Alcances **36**

Limitaciones **36**

Tratamiento estadístico **36**

Consideraciones éticas **37**

CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSION **38**

Distribución sociodemográfica **53**

Nivel educativo y situación laboral **53**

Condiciones de vivienda, servicios básicos y hacinamiento **54**

Condiciones familiares, psicosociales y seguridad de vivienda **55**

Cobertura médica y barreras de atención **56**

Adherencia al tratamiento **57**

Actividad física **58**

Alimentación **59**

Índice de masa corporal y valores de glucemias **61**

Complicaciones de salud **62**

Asociaciones **63**

Limitaciones **64**

CAPÍTULO V. CONCLUSION Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN **65**

CONCLUSION **65**

Propuesta de intervención **66**

Objetivo **67**

Objetivos específicos **68**

Destinatarios **68**

Recursos humanos y financiero **69**

Espacio físico **69**

Equipamiento **69**

Insumos **70**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS **73**

ANEXOS

Cartas de autorización

Consentimiento Informado

Instrumento de evaluación

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la muestra según grupo de edad y sexo de los pacientes con diabetes tipo2, del Primer Nivel de Atención en Puerto Madryn **38**

Tabla 2. Distribución de los paciente con diabetes tipo 2 según los CAPS donde reciben atención en Puerto Madryn **39**

Tabla 3. Nivel de educativo y situación laboral de los pacientes con diabetes tipo 2 del Primer Nivel de Atención en Puerto Madryn **40**

Tabla 4. Características sociodemográficas y condiciones de vivienda de los pacientes con diabetes tipo 2 del Primer Nivel de Atención en Puerto Madryn **41**

Tabla 5. Condiciones familiares, psicosociales y de vivienda en los pacientes con diabetes tipo 2 del Primer Nivel de Atención en Puerto Madryn **42**

Tabla 6. Distribución del tipo de cobertura médica, distancia a centros de salud y principales barreras de acceso de los pacientes con diabetes tipo 2 del Primer Nivel de Atención en Puerto Madryn **43**

Tabla 7. Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 del Primer Nivel de Atención en Puerto Madryn **44**

Tabla 8. Práctica de actividad física en los pacientes con diabetes tipo 2 del Primer Nivel de Atención en Puerto Madryn **46**

Tabla 9. Características de la alimentación en los pacientes con diabetes tipo 2 del Primer Nivel de Atención en Puerto Madryn **47**

Tabla 10. Consumo de alimentos ultraprocesados, bebidas y endulzantes en los pacientes con diabetes tipo 2 del Primer Nivel de Atención en Puerto Madryn **49**

Tabla 11. índice de Masa Corporal en los pacientes con diabetes tipo 2 del Primer Nivel de

Atención en Puerto Madryn **50**

Tabla 12. Valores de glucemia en los pacientes con diabetes tipo 2 del Primer Nivel de Atención en Puerto Madryn **51**

Tabla 13. Prevalencia de complicaciones crónicas asociadas en los pacientes con diabetes tipo 2 del Primer Nivel de Atención en Puerto Madryn **52**

Tabla 14. Actividades, responsables, recursos e indicadores de éxito del proyecto Activa-Diabetes **70**

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud **24**

Figura 2. Área de estudio y localización de los CAPS seleccionados **31**

Figura 3. Distribución de domicilios de los pacientes atendidos en los diferentes CAPS en el estudio **32**

Figura 4. Distribución de sexo de los pacientes atendidos en los diferentes CAPS **39**

Figura 5. Distribución de domicilios de los atendidos en los diferentes CAPS en estudio **44**

Figura 6. Nivel de adherencia de los pacientes atendidos en los diferentes CAPS en estudio **45**

Figura 7. Percepción respecto de su propia dieta en pacientes atendidos en los diferentes CAPS en estudio **48**

Figura 8. Distribución de IMC en pacientes atendidos en los diferentes CAPS en estudio **51**

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucemia en sangre (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023).

En las últimas décadas, la prevalencia de diabetes aumentó significativamente. Se estima que 112 millones de adultos (mayores de 18 años o más) viven con diabetes en las Américas (OPS, 2023).

Las condiciones como la pobreza y las carencias en el ámbito educativo siguen marcando la vulnerabilidad de este sector de la población, y como resultado el desarrollo de enfermedades como la diabetes tipo 2 (DM2) (Hernández-Teixidó et al., 2023).

Una investigación concluyó que la diabetes es el resultado de una combinación de factores biológicos y determinantes sociales de la salud, por lo que el progreso de la enfermedad puede verse afectado por factores como el nivel socioeconómico, la educación, el acceso a la atención médica y los entornos alimentarios (Davis-Carrillo et al. 2024).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que otro factor que afecta a las personas con DM2, es la falta de adherencia al tratamiento, siendo un desafío para la salud pública. Según la OMS, la adherencia es “El grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida) corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria˝ (OMS, 2003; Sección 1, p. 3).

Hay muchos factores que impactan en la adherencia al tratamiento: uno a destacar es el nivel educativo o de conocimiento, ya que influye en la capacidad para comprender diagnósticos de salud, y seguir un tratamiento adecuado. Los pacientes con menos educación pueden tener

dificultades para interpretar instrucciones médicas (Pagés-Puigdemont y Valverde-Merino, 2018).

Fundamentación

En Argentina se estima que 1 de cada 10 argentinos de 18 años o más tiene DM2 y dado que, por varios años permanece sin síntomas, aproximadamente 4 de cada 10 personas que la padecen desconocen su condición (Ministerio de Salud de la Nación, s.f.)

En Chubut, según el INDEC (2019), el 12.4% de personas mayores de 18 años padece DM2.

Las estrategias de educación en los pacientes diabéticos pueden tener un gran impacto, no sólo para los pacientes que están en tratamiento, sino para sus familias (considerando que el factor hereditario es muy fuerte en la diabetes) y de bajo costo (González Pedroso et al. 2020).

Una investigación sobre factores que influyen en la adherencia al tratamiento, destaca que las características sociodemográficas constituyen uno de los factores más relevantes, ya que el nivel de instrucción y la edad inciden directamente en el grado de conocimiento que el paciente tiene sobre su enfermedad. En la medida en que el paciente conozca acerca de la diabetes, así será su comportamiento (Guamán-Montero, et al. 2021).

Actualmente, la ciudad de Puerto Madryn posee once centros de salud distribuidos por la ciudad y unas 560 personas con diagnóstico de diabetes, buscan su medicación mensualmente, como parte del tratamiento. Poro la entrega de medicación es sólo una parte de las intervenciones posibles en los Sistemas de Salud.

Los pilares para un tratamiento adecuado incluyen: educación diabetológica, estilo de vida saludable, tratamiento farmacológico y tratamiento de sus factores de riesgo y enfermedades (Ministerio de salud de la Nación, s.f).

Por lo tanto, en este estudio se propone responder: ¿Cuál es la adherencia al tratamiento y su relación con los determinantes sociales de la salud en pacientes con diabetes tipo 2 que se atienden en el primer Nivel de Atención de Puerto Madryn?

Objetivo General

- Evaluar la adherencia al tratamiento y su relación con los determinantes sociales de la salud en pacientes con diabetes tipo 2, que se atienden en el Primer Nivel de Atención de Puerto Madryn.

Objetivos específicos

- Describir las características y nivel de adherencia al tratamiento que tienen los pacientes diabéticos tipo 2.
- Identificar qué determinantes de la salud pueden tener impacto en el nivel de adherencia al tratamiento en la población de pacientes con diabetes estudiados.

Hipótesis

Existe una relación significativa entre los determinantes sociales de la salud y el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2, que se atienden en el Primer Nivel de Atención de la zona oeste de Puerto Madryn en el periodo septiembre 2025 a febrero 2026.

Asimismo, se proponen las siguientes hipótesis específicas, que permiten profundizar el análisis de las posibles asociaciones:

Ha: Los pacientes con mayor nivel educativo presentan una mayor adherencia al tratamiento.

Hb: La baja accesibilidad a los servicios de salud se asocia con una menor adherencia al tratamiento.

Hc: Una mejor comprensión de la enfermedad se relaciona positivamente con la adherencia al tratamiento.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Diabetes

La diabetes es un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por la presencia de hiperglucemia cuando no está tratada. Aunque su etiopatogenia es diversa la característica fundamental es la disfunción o destrucción de las células beta pancreáticas. Actualmente, se conoce que existen muchos mecanismos que pueden ocasionar la disminución en la función de las células beta (predisposición genética, resistencia a la insulina, factores ambientales) o bien su destrucción total (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020)

Específicamente la DM2 se produce cuando el páncreas no secreta suficiente insulina o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce (OMS, 2024). Entre los factores de riesgo para el desarrollo de la DM2 se pueden encontrar el sobrepeso u obesidad, no realizar actividad física y la genética e historia familiar (Espinosa Pire et al., 2025). Debido a que la aparición de la DM2 suele ser lenta y asintomática, es posible que entre un tercio y la mitad de las personas con diabetes se encuentren sin diagnóstico, aumentando el riesgo de complicaciones e incluso muerte prematura.

A nivel mundial, se considera que la DM2 tiene un impacto creciente. La Federación Internacional de Diabetes estima que 589 millones de adultos (entre 20-79 años) viven con diabetes, lo que representa una de cada nueve personas. Sin embargo, se prevé que esta cifra aumente a 853 millones para 2050. En relación a las muertes ocasionadas por la diabetes, se estima que 3,4 millones de personas murieron por diabetes, lo que representa una muerte cada nueve segundos. Los gastos en salud relacionados a la enfermedad se calculan en al menos un billón de dólares, lo que representa un aumento del 338% en los últimos 17 años (Federación Internacional de Diabetes, 2021).

En la Región de las Américas, en 2019 la diabetes mellitus representó un factor preponderante en la mortalidad prematura. Se estima que cada 100.000 habitantes se perdieron 618 años de vida (OPS, 2023). El sobrepeso/obesidad y la inactividad física son dos grandes factores de riesgo, especialmente en la región de las américas que es considerada la zona con la mayor prevalencia de estos factores de riesgo del mundo (68% de los adultos tiene sobrepeso u obesidad). En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud hace énfasis en que la diabetes se puede tratar y sus consecuencias se pueden evitar o retrasar con dieta, actividad física, medicación y exámenes y tratamientos regulares para las complicaciones (OPS, 2023).

En Argentina, la prevalencia de DM2 alcanza al 12.7% de los adultos, lo que equivale a 4 millones de personas aproximadamente. Según la 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, en 2017, la DM fue responsable de 8893 muertes lo que equivale a 1 defunción cada 5000 habitantes y el grupo de edad con mayor porcentaje (72,4%) de defunciones por DM fue el de 55 y 84 años. Además, cuando se evaluó el riesgo de desarrollar diabetes a 10 años se contabilizó 19,8% para las opciones “alto riesgo y muy alto riesgo” de desarrollar diabetes. (INDEC, 2019).

En relación a las consecuencias que ocasiona la DM, los diabéticos tienen un riesgo 2 a 3 veces mayor de infarto de miocardio y accidentes cerebrovasculares. En Argentina, la retinopatía diabética es la segunda causa de ceguera. Además, se estima que entre un 20 y 40% de las personas con DM tienen un grado de enfermedad renal crónica, siendo la nefropatía diabética la principal causa de ingreso a diálisis. Se estima que uno de cada cuatro diabéticos desarrollará una úlcera de pie diabético (UPD) durante su vida y el 30 a 40% (que tuvieron úlceras) desarrollaran nuevamente úlceras dentro del primer año. Otra problemática para salud pública son las amputaciones no traumáticas de extremidades inferiores, en personas con diabetes van entre el 40 a 60% *(*INDEC, 2019).

Cabe señalar que según los datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS), presentados en el Anuario Estadístico del Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC] (2025), la tasa de mortalidad general por diabetes mellitus fue de 20,8 defunciones por cada 100.000 habitantes**,** de acuerdo con la tabla de principales causas de muerte en el año 2022.

En este sentido en Chubut, la prevalencia de glucemia elevada/diabetes por autorreporte en la población de 18 años y más fue de 9,4 (2005), 11,9 (2009), 9,9(2012) y de 12,4 (2018), mostrando un incremento considerable en el 2018 (INDEC, 2018).

La importancia de un tratamiento integral en la diabetes tipo 2

Considerando la carga que la diabetes representa para la persona y para la salud pública, se hace necesario un tratamiento integral que trascienda el simple control glucémico o la modificación de hábitos aislados. El objetivo del tratamiento es construir un enfoque sostenible que integre de manera equilibrada los aspectos físicos, emocionales, sociales y conductuales, adaptándose a las necesidades individuales para promover una mejora significativa tanto en los resultados de salud como en la calidad de vida. Este abordaje debe proporcionar las herramientas necesarias para que la persona comprenda su condición, maneje el estrés y tome decisiones informadas, logrando así un control sostenible de la enfermedad y la prevención de complicaciones (Commendatore et al., 2025)

La adherencia terapéutica como pilar fundamental

Para que este modelo integral sea efectivo, la adherencia terapéutica se rige como un componente fundamental. La OMS define adherencia como “el grado en el que la conducta de una persona, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” (OMS, 2004; Sección 1, p.3). En este sentido un aspecto para que la

adherencia sea efectiva y sostenible, es que se sitúe a la persona y su familia en el centro de la atención, respetando sus preferencias, valores y contexto cultural. Así la Educación Diabetológica para el Automanejo, es la herramienta clave para promover esta adherencia. Debe ser un proceso estructurado, participativo y adaptado, que empodere al paciente para tomar decisiones informadas y resolver problemas (Commendatore et al., 2025)

Por su parte, el Ministerio de Salud de Argentina, en relación al tratamiento de la diabetes, destaca cuatro pilares fundamentales: educación diabetológica, estilo de vida saludable, tratamiento farmacológico y tratamiento de factores de riesgo.

Por consiguiente, la Educación diabetológica es esencial para que los pacientes incorporen conocimientos sobre la enfermedad, y su cuidado diario. El estilo de vida saludable incluye aspectos como la alimentación saludable, actividad física, y la recomendación de no fumar. El tercer pilar es el tratamiento farmacológico. El tratamiento de factores de riesgos incluye enfermedades asociadas a la diabetes, como la hipertensión, el sobrepeso, la obesidad y el colesterol alto (Ministerio de salud de la Nación, s.f).

Educación diabetológica

La Educación diabetológica para el automanejo de la DM2 es una herramienta positiva, en el control glucémico, permite la reducción de complicaciones, así como la mortalidad. Se basa en proveer educación e intervenciones de apoyo por parte del personal sanitario a fin de aumentar las habilidades y la confianza de los pacientes para gestionar su salud. Con respecto evaluar los progresos y problemas, se realiza valoraciones periódicas, finalizando con el establecimiento de metas y la resolución de los problemas (Ministerio de la Salud de la Nación, 2023).

En función de lo plateado un estudio realizado en Colombia, sobre educación diabetológica dirigida al automanejo demostró ser una intervención altamente positiva y viable

en pacientes con DM2 de bajo nivel socioeconómico y educativo. La intervención logró una eficacia preliminar significativa, en el conocimiento de la enfermedad y su tratamiento, en los hábitos alimenticios y en comportamientos de automanejo, disminución de índice corporal, respaldando que los programas educativos pueden promover cambios efectivos en poblaciones vulnerables (Segura Cortés y Moreno-Fergusson, 2023).

También Durán Raslán et al. (2025) hallaron que un programa de intervención educativa fue efectivo tanto para el conocimiento de la enfermedad como para el control glucémico, y otros estudios que incorporaron la educación en formato grupal y telemático también resultaron beneficiosos en varios aspectos entre los que se encontraba la calidad de vida (Rodríguez de Vera-Gómez et al., 2022).

Así mismo, la educación diabetológica puede ser en diversas modalidades, presencial, virtual, en grupos, individual, a través de aplicaciones móviles, entre otras, siempre con el objetivo de brindar mayores conocimientos para el manejo de la enfermedad (Parra Sánchez, 2023).

Estilos de vida saludable

En cuanto al estilo de vida saludable, este se define como una construcción multidimensional que involucra comportamientos relativos a la nutrición, actividad física, sueño, consumo de alcohol, tabaco/sustancias, manejo del estrés y el tiempo en pantalla. Según cita García-García (2022) “La función principal de los hábitos de vida saludables es reducir las causas de morbimortalidad y mejorar el nivel de salud y bienestar de las personas”. Estos aspectos son especialmente importantes en la adherencia al tratamiento de la DM2 (Grassi, 2024)

Unos de sus componentes importantes dentro del estilo de vida saludables, es la actividad física regular, ya que resulta fundamental en la prevención primaria y secundaria de

la Diabetes, actuando como un freno protector al controlar los niveles de azúcar en la sangre y reduce el riesgo de desarrollar complicaciones graves en órganos como el corazón, los riñones y los ojos. Además, factores como la edad avanzada y los antecedentes familiares de DM se asocian con menor actividad física, lo que resulta en la necesidad de evaluar estos grupos para realizar intervenciones (Arnold Domínguez et al., 2020)

Por otra parte, otro componente clave para estilo de vida saludables es la educación nutricional para que los cambios en la alimentación sean duraderos (Grassi, 2024). En este sentido existe evidencia que asocia la diabetes con la obesidad lo que lleva al término "diabesidad". Esta condición representa un desafío sanitario por el impacto que tiene en órganos como el hígado, corazón y músculos.

De manera similar la investigación de Panduro Vásquez et al. (2024) demostró que las intervenciones educativas a través de un programa nutricional, impactaron positivamente en el manejo de la dieta adecuada para pacientes DM2. En el caso de un estudio en adultos mayores con DM2 expuso que las intervenciones en educación nutricional resultaron efectivas para mejorar el control glucémico y el nivel de conocimiento de los pacientes (Arévalo Berrones et al., 2020)

En síntesis, el éxito en mantener una alimentación adecuada depende primeramente de la constancia del paciente, así como la educación terapéutica continua, el apoyo psicológico y finalmente de la simplificación de las pautas médicas (Mera-Flores et al., 2021).

Adherencia farmacológica

La adherencia farmacológica es importante como parte de la terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas y se define como la medida en que el paciente asume el comportamiento de tomar medicamentos de acuerdo con las recomendaciones médicas. La adherencia se relaciona con un adecuado control glucémico y menor riesgo de complicaciones.

La falta de adherencia se puede clasificar en no intencional, cuando no se puede acceder a la medicación y, por el contrario, la intencional es una decisión del paciente de no tomar la medicación por creencias y preferencias que motivan para iniciar y continuar un tratamiento (Briones et al., 2022).

La educación sobre el tratamiento farmacéutico demostró mejorar significativamente el conocimiento sobre el tratamiento y la adherencia al mismo en adultos (Vera-Rodríguez et al. 2023). De forma similar el estudio de Dimas-Altamirano et al. (2024), reveló que la adherencia al tratamiento farmacológico en un adulto mayor con DM2 fue un factor determinante para la salud del paciente, ya que no solo permitió establecer los niveles de glucemia en el transcurso de una semana, sino que también constituye la base para un control metabólico sostenido.

A su vez la investigación de Barrio-Deler et al. (2023) expuso que los pacientes sin tratamiento farmacológico presentaron malnutrición por exceso, insulinorresistencia, hiperglucemias postprandiales elevadas y alteraciones lipídicas, lo que implica complicaciones. Esto respalda la importancia de comenzar y sostener los tratamientos farmacológicos, para mejorar el pronóstico y la calidad de vida.

Tratamiento de factores de riesgo

En cuanto al tratamiento de factores de riesgo, los pacientes con DM2, pueden presentar otras enfermedades crónicas asociadas (hipertensión, colesterol alto, sobrepeso u obesidad, etc.), por lo que es fundamental un tratamiento integral que controle tanto la glucemia como otros factores de riesgo asociados (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, s.f.). Investigaciones como la de Serret López et al. (2024) identificaron precisamente a la hipertensión arterial, las enfermedades del corazón y la obesidad como las comorbilidades más frecuentes en pacientes con diabetes, lo que evidencia la relevancia clínica de abordarlas de manera simultánea para mejorar la salud.

En este sentido, la investigación de Rojas-Bonilla et al. (2023) muestra que las enfermedades asociadas a la diabetes, como la obesidad y las enfermedades arteriales periféricas, aumentan el riego de mortalidad. Las comorbilidades no solo son condiciones preexistentes, sino factores determinantes que aceleran el daño y empeoran el pronóstico de vida en pacientes diabéticos. Del mismo modo Benítez et al. (2024) evidenció que la DM2 suele acompañarse de hipertensión, sedentarismo y dislipidemia, comorbilidades que en conjunto elevan el riesgo de complicaciones como el pie diabético. En conclusión, esto refuerza el hecho que el tratamiento de la DM2 debe ser integral.

Antecedentes sobre adherencia

Con relación a adherencia al tratamiento el estudio de Briones et al. (2022) evaluó a 400 sujetos y hallaron que la adherencia farmacológica se asoció con la negativa a someterse a la prueba de glucemia en los hombres y con el consumo de plantas medicinales en las mujeres.

En cuanto al género y la adherencia el tratamiento para DM2, el estudio de Martínez Martínez y Estrella López (2025) encontraron que, aunque la bibliografía es heterogénea, en las mujeres la menor adherencia se relacionaba con limitaciones socioeconómicas, responsabilidades de cuidado y mayor prevalencia de depresión y ansiedad, mientras que en los hombres la menor adherencia se asociaba a percepciones de autosuficiencia y estereotipos de masculinidad.

Con respecto al tipo de medicación y las dosis prescriptas en pacientes DM2, Esquivel Prados el al. (2023) tras realizar una revisión sistemática para evaluar los factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento farmacológico, encontraron que, a mayor cantidad de medicamentos y mayor dosis, menor adherencia. Por otro lado, aquellos que tenían una o más comorbilidades presentaron mayor riesgo de falta de adherencia. A su vez la depresión también se asociaba con menor adherencia. Con respecto de la raza la evidencia no es concluyente. Y en

cuanto al estado civil, los casados tuvieron mayor adherencia y quienes tenían un sistema de copago tuvieron riesgo de falta de adherencia. Además, el uso de sustancias como el alcohol mostró ser un factor de riesgo

En cuanto a los factores sociodemográficos y conductuales, la investigación de Díaz Peñera et al. (2024) evaluó a 1091 personas a través de encuestas, observó que la adherencia fue de 70,7 %, siendo mayor en personas blancas, con escolaridad alta, sin otras comorbilidades y sin consumo de bebidas alcohólicas ni azucaradas.

Determinantes sociales de la salud

El concepto de salud se entiende desde una percepción amplia, lo que incluye los factores que la determinan. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana" (Organización Panamericana de la Salud**,** 2022).

En consecuencia, la capacidad de una persona para adherir al tratamiento está profundamente influenciada por los determinantes sociales de la salud. Por lo tanto, cualquier estrategia para mejorar la adherencia debe incorporar de manera explícita estos determinantes en el diseño de los programas, utilizando incluso modalidades como la telemedicina para superar barreras de acceso, con el objetivo último de lograr equidad en salud (Commendatore et al., 2025)

El modelo del "Arcoíris de la Salud", desarrollado por Dahlgren y Whitehead, explica de manera integral cómo las desigualdades surgen de la interacción de múltiples niveles. La clave del modelo es que estos niveles no son independientes, sino que interactúan constantemente (Caballero González et al. 2012).

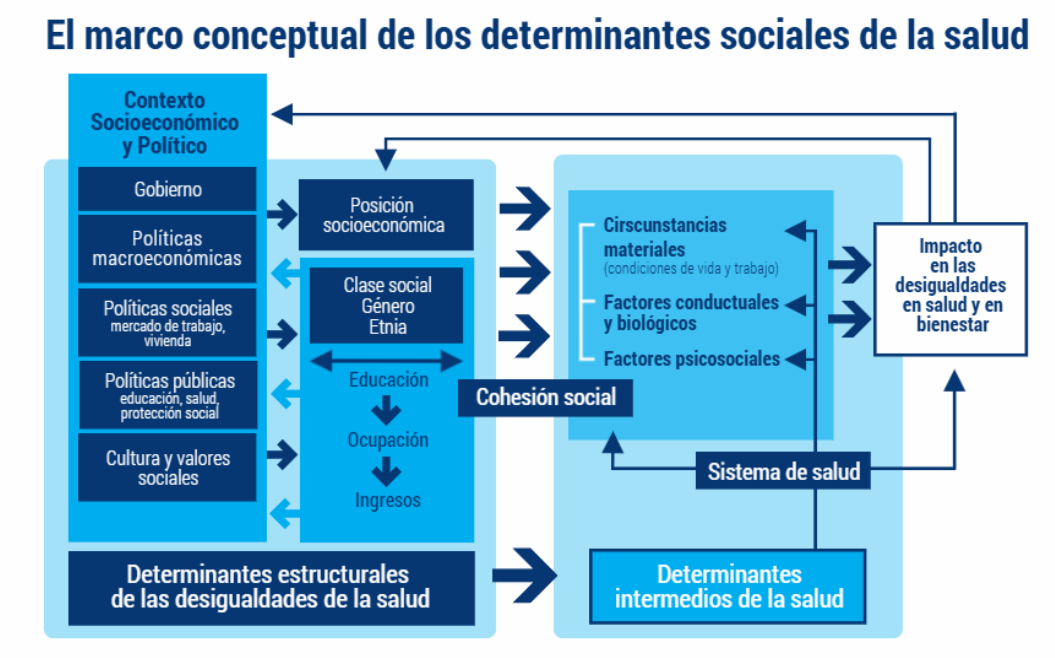
El modelo de Dahlgren y Whitehead (Graham y White, 20126) proporcionó una representación visual de este proceso complejo, donde la salud es el resultado de un conjunto de causas interrelacionadas, que abarcan desde factores sociales generales (condiciones socieconómicas, culturales y ambientales generales), hasta determinantes distales (condiciones de vida y trabajo) y proximales (factores individuales del estilo de vida). Esta definición sirvió de base para el concepto de riesgo relacionados con el estilo de vida y su estrecha relación con su origen social, es decir producido por las sociedades en las que vive las personas, dando lugar a políticas de salud pública a nivel mundial y nacional

El medio ambiente también se incluye en este modelo, sin embargo, las investigaciones y las políticas públicas se han centrado en el entorno social y no en el entorno biofísico en el que se inserta los individuos siendo un grave problema debido a la degradación rápida que está sufriendo por la actividad humana y que afecta directamente la salud. Esta preferencia por lo determinantes más proximales responde a que son más sencillos de intervenir, mientras que abordar los determinantes más distales, como los sistemas económicos y el cambio climático, implica una complejidad mayor, al requerir articular sectores y enfrentar los interese económicos (Graham y White, 2016).

Actualmente se sostiene con mayor fuerza que las condiciones sociales influyen en la salud. El modelo de OPS/OMS menciona dos grandes rubros de determinantes. Los factores **estructurales** (como la posición social, el género y el acceso a educación y empleo) definen la estratificación social y generan inequidades en salud. Estos determinan las condiciones **intermedias** de vida de las personas, como sus recursos materiales, entorno psicosocial, comportamientos y acceso al sistema de salud, que a su vez influyen directamente en su estado de salud.

FIGURA 1

Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud



Nota: Tomado de "Determinantes sociales de la salud", por Organización Panamericana de la Salud, 2019. https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

En respuesta a ello, la OPS aborda los determinantes sociales de la salud mediante estrategias intersectoriales y políticas orientadas a reducir inequidades con el fin último de avanzar hacia el acceso universal a la salud y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (OPS, 2023).

Determinantes estructurales de la salud

De acuerdo con la investigación de Coto-Ramirez et al. (2024), los determinantes estructurales identificados explican el contexto de vulnerabilidad: por un lado, las políticas de trabajo y de seguro inestables, acompañado de creencias culturales, donde la idea de masculinidad lleva a los hombres a pensar que cuidar su salud es una señal de debilidad, retrasando la búsqueda de atención. Según Arreola-Ornelas et al. (2023) en México las políticas sanitarias, los sistemas alimentarios y los entornos urbanos promueven el sobrepeso y la

obesidad, actuando como un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad crónicas como diabetes, hipertensión y cardiopatías. Lo que evidencia que factores estructurales condicionan indirectamente la carga de enfermedad y la mortalidad de la población.

Una revisión bibliográfica actualizada sobre el impacto de los determinantes sociales en la DM2, identificó que los determinantes estructurales con mayor impacto, incluyen el contexto sociopolítico y las políticas públicas. También destacaron las barreras administrativas en el acceso a controles médicos relacionándolo con el bajo nivel educacional, y las políticas macroeconómicas (con la caída del salario y alza de alimentos saludables), han favorecido la obesidad y la diabetes en México. Finalmente, la posición socioeconómica y etnia marca profundas desigualdades: la población latina, afrodescendientes y asiática en EEUU presenta mayor prevalencia de diabetes, peor control metabólico y más complicaciones que la población blanca, asociado a bajos ingresos, desempleo, y menor educación (Aguilar Donona et al., 2023).

Determinantes sociales de la salud intermedios

Los determinantes sociales como la educación y los ingresos económicos son fundamentales para la salud comunitaria, ya que "las familias con mayor nivel educativo e ingresos estables demuestran mayor capacidad para organizarse y mantener el bienestar colectivo" (Lise et al., 2023). A sí mismo, la investigación de Coto-Ramirez et al. (2024) evidenció que el bajo nivel educativo, limitó la comprensión de la enfermedad; a su vez la inestabilidad económica interrumpió el acceso a medicamentos, y las condiciones de vivienda precarias aumentaron el riesgo de complicaciones. Clínicamente, esto derivó en un pobre control metabólico tras 10-15 años de evolución diabética, con alta prevalencia de depresión y úlcera de pie diabético.

En relación a la problemática expuesta la revisión de Aguilar Donona et al. (2023) menciona como diversos estudios han identificado que las condiciones materiales de vida, como

vivir en zonas con áreas verdes y calles transitables, reducen el riesgo de diabetes, mientras que la contaminación, el desempleo, y los bajos ingresos aumentan las complicaciones. A nivel psicosocial, el estrés y la depresión son frecuentes en personas con diabetes, pero el apoyo social mejora el control glicémico. Es de destacar que en poblaciones latinas se agudiza la inactividad física, y el peor autocuidado en pacientes jóvenes en contraste con los mayores. Por otra parte, los sistemas de salud que implementan modelos de autocuidado crónicos logran reducir complicaciones (Aguilar Donona et al., 2023).

Determinantes sociales desde un enfoque integral

Hay que tener en cuenta que en lo relacionado a determinantes sociales hay que considerar un enfoque integral, este enfoque debe trascender lo individual y abordar las condiciones sociales que limitan la adopción de comportamientos protectores contra la diabetes. Al respecto un estudio sobre los determinantes sociales de salud en población con riesgo de desarrollar DM2, identificó que los patrones de actividad física y alimentación, están profundamente moldeados por determinantes sociales estructurales. Además, se observó que el nivel socioeconómico condiciona el acceso a alimentos nutritivos y oportunidades para realizar actividad física regular. Así mismo los roles de género y la ocupación limitaron el tiempo y la disponibilidad de las mujeres para mantener hábitos saludables, debido a las responsabilidades domésticas (Heredia-Morales y Gallegos Cabriales, 2022).

En el caso del estudio de Ortiz-Ruiz (2021) dio evidencia mediante relatos bibliográficos tres ámbitos que condicionan las desigualdades a lo largo de la vida y en las experiencias en el manejo y tratamiento de la diabetes. Destacando primeramente el ámbito de la salud (acceso y uso de servicios de salud y satisfacción de las necesidades), posteriormente el ámbito socioeconómico/cultural (incluye los espacios sociales, los capitales y los esquemas

socioculturales) y por último el ámbito del contexto (políticas y situaciones económicas, sociales y culturales del entorno).

Ahora bien, un estudio que indagó cómo el género y los ingresos afectan las experiencias de las mujeres que viven con bajos recursos (determinantes estructurales), al acceder a los servicios de salud, evidenció que las dificultades enfrentadas generan desconfianza y evitación de la atención médica. Aunque las mujeres son resilientes, enfrentan un sistema de salud que frecuentemente las ignora (Waite et al., 2022). Lo expuesto destaca la importancia de basar la atención en salud en el principio de calidad, con profesionales capacitados en trato digno y políticas inclusivas que garanticen equidad y respeto por los más vulnerables.

De forma similar un estudio sobre obesidad femenina en zonas urbanas evidenció que su prevalencia, responde a una interacción de determinantes sociales estructurales (pobreza, sobrepoblación, inseguridad ciudadana y entorno con abundantes comidas chatarra) y determinantes intermedios (falta de tiempo para ejercitar, patrones que condicionan la alimentación, menor preocupación por comer saludable y ansiedad). Aunque las mujeres con menor ingreso presentaron mayor porcentaje de obesidad el otro grupo igualmente tenía un porcentaje elevado, lo que revela un fuerte componente cultural que transciende lo económico (Monteros-López et al. 2021). Por consiguiente, se proponen intervenciones integrales como política de regulación de publicidad de ultraprocesados, recuperación de espacios verdes, subsidios para alimentos saludables, educación nutricional con alcance universal.

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de diseño

El presente estudio adopta un diseño observacional, descriptivo y de corte transversal. Este enfoque permite analizar las variables de interés en un punto específico en el tiempo, sin realizar intervención alguna sobre los participantes. Su objetivo principal es describir el nivel de adherencia al tratamiento y, de manera analítica, explorar posibles asociaciones entre este resultado y los determinantes sociales de la salud en la población de estudio.

Universo

Puerto Madryn cuenta con once Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS), ubicados en diferentes zonas estratégicas. En total existen 657 (N) personas adultas con diagnóstico de diabetes que retiran su medicación mensualmente del sistema de salud, este dato se obtuvo de las historias clínicas digitales.

Muestra

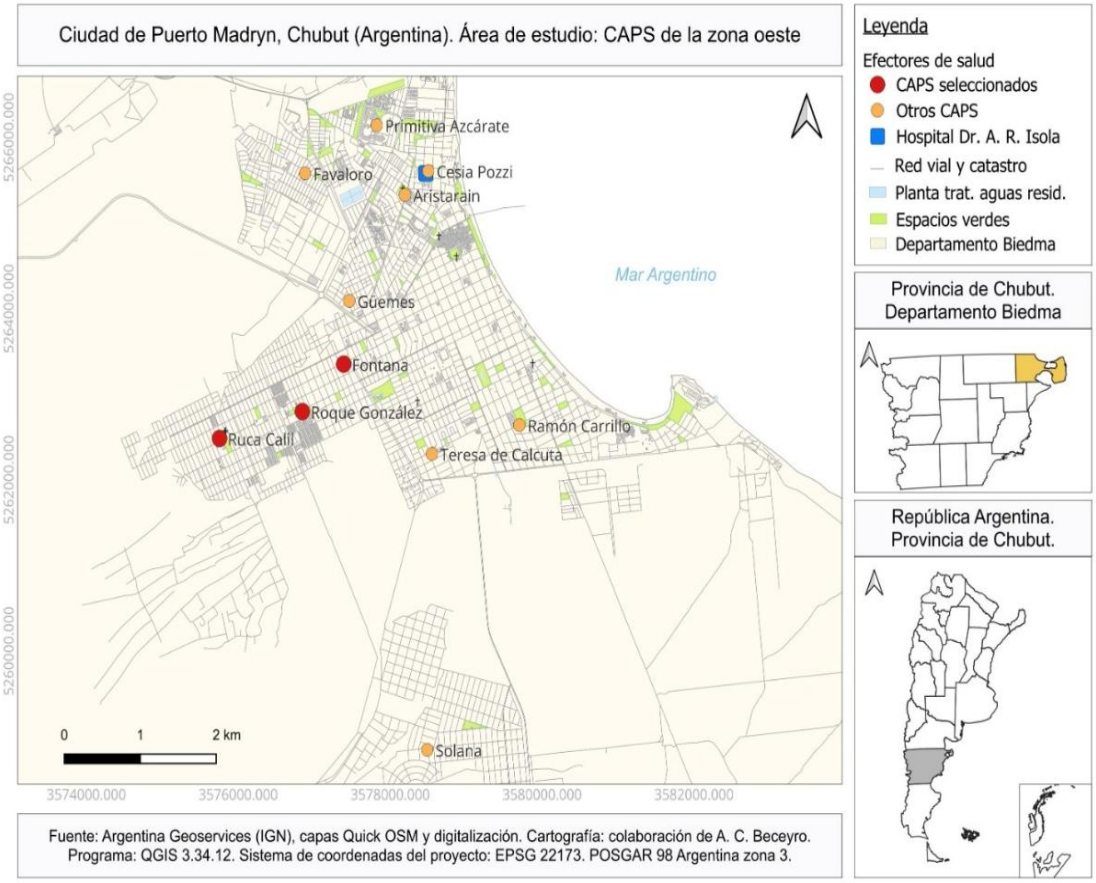
Para este estudio se incluirá a todos los pacientes adultos con diabetes tipo II, de la ciudad de Puerto Madryn que se atienden en los CAPS de la zona oeste (n=269), los centros de salud que se incluyen son el CAPS Gobernador Fontana, CAPS Ruca Calil y CAPS Roque González, y el período establecido para la realización de las encuestas es de septiembre 2025 a febrero 2026, el muestreo final será conformado por la disponibilidad de los pacientes que aceptan participar en el estudio.

La muestra final del estudio se conformó por 141 pacientes adultos con diabetes tipo II que aceptaron participar voluntariamente en la encuesta, resultando así un muestreo no probabilístico por conveniencia (disponibilidad de los pacientes).

A continuación, se muestra el mapa con la ubicación de la distribución de CAPS de Puerto Madryn y se observa en rojo los CAPS seleccionados para este estudio.

Figura 2

Área de estudio y localización de los CAPS seleccionados

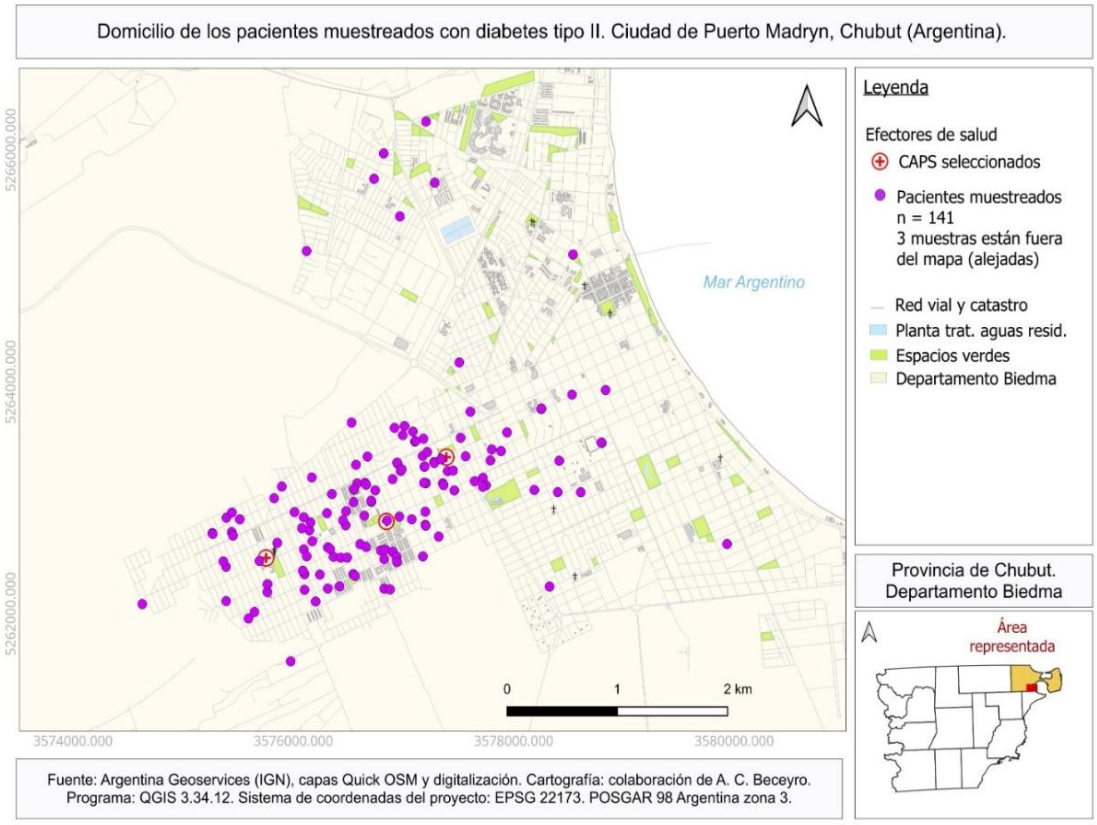


Como se aprecia en la Figura 2, los CAPS seleccionados para aplicar las encuestas se localizan geográficamente en el sector oeste de la ciudad de Puerto Madryn.

En el siguiente mapa se puede observar la ubicación geográfica de los encuestados, distribuidos según su domicilio real.

Figura 3

Distribución de domicilios de los pacientes atendidos en los diferentes CAPS en el estudio



La Figura 3, muestra la distribución de los pacientes encuestados según su domicilio real y se localiza geográficamente en el área de estudio.

Criterios de inclusión

- Pacientes que se atienden en los CAPS, Gobernador Fontana, Ruca Calil, y Roque González, durante el periodo de septiembre 2025 a febrero 2026.
- Mayores de 18 años.
- Que brindan su consentimiento informado para participar y que se encuentran lúcidos y con capacidad de responder al momento de aplicar la encuesta.

Criterios de exclusión

- Encuestas incompletas.
- Pacientes que tienen el diagnóstico hace menos de un mes.
- Pacientes que no desean participar.
- Pacientes con problemas graves de salud mental, que le dificulta comprender las preguntas.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Adherencia al tratamiento

Se considera adherencia al "grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida) corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria˝ (OMS, 2004; Sección 1, p.3). Para evaluar adherencia se utilizó una versión adaptada del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento - Diabetes SCI-R.ES (Jansà et al., 2013). Es una herramienta diseñada para evaluar el cumplimiento real del tratamiento en pacientes con diabetes, enfocándose específicamente en comportamientos prácticos más que en recomendaciones teóricas. Las versiones en español y catalán del cuestionario la destacan como una herramienta útil para evaluar el comportamiento de autocuidado en pacientes con diabetes tipo 1 o tipo 2 (Jansà et al., 2013). Siguiendo el procedimiento de adaptación propuesto por Khagram et al. (2013), se eliminaron los ítems específicos para diabetes tipo 1 y los relacionados con el automonitoreo de glucemia, ya que, en la población estudiada los pacientes no disponen (en su mayoría) de hemoglucotest. La versión adaptada quedó con 8 ítems, en escala de Likert de 5 puntos (desde Nunca=0 y *hasta* Siempre=5). Dicha versión fue sometida a una prueba piloto de 5 pacientes, quienes confirmaron su claridad. En cuanto a su puntuación en esta investigación se clasifico la adherencia en tres niveles (adherente,

adherente parcial y no adherente) siguiendo los puntos de corte basados en el estándar internacional para adherencia en enfermedades crónicas y en trabajo previos sobre diabetes tipo 2 (Esquivel-Prados et al., 2024)

Los determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud son entendidos como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen" (OPS, 2025), se evalúa cuestionario integrando por diversas fuentes validadas para el contexto local.

La Sección (Hábitos y Autocuidado), que indaga sobre aspectos de estilo de vida, fue desarrollada conjuntamente con la directora de tesis de la Universidad Aconcagua. Sus lineamientos metodológicos replican los de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (INDEC, 2018), garantizando la compatibilidad con este estándar nacional.

La Sección (Salud General y Bienestar Emocional) combina preguntas sobre bienestar emocional extraídas de la encuesta del INDEC (2018) con otras tomadas del cuestionario PRAPARE (Protocol for Responding to and Assessing Patients' Assets, Risks, and Experiences), que corresponde a un instrumento estandarizado a nivel internacional desarrollado por la Asociación Nacional de Centros de Salud Comunitarios (NACHC, 2016). Aunque su origen es estadounidense, PRAPARE está diseñado para aplicarse en comunidades latinas y se ha utilizado en múltiples estudios de salud pública en Estados Unidos. Así lo demuestra la investigación que analizó las necesidades de salud de pacientes hispanos durante la pandemia de COVID-19 (Luzius et al., 2022).

La Secciones 3 a 5 (Datos Socio-demográficos, Condiciones Económicas y Vivienda, y Acceso a Salud) replican módulos estandarizados de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (INDEC, 2018). De esta forma, se pueden evaluar el nivel educativo, la situación laboral, las condiciones habitacionales y las barreras de acceso a los servicios de salud de la población.

Este diseño integral, que articula instrumentos validados con adaptaciones específicas, posibilita tanto la comparación con datos poblacionales oficiales como la identificación de desigualdades en salud en la población usuaria de centros de salud.

Procedimiento de recolección de datos

La estrategia inicial consistió en que los pacientes completaran la encuesta de forma autoadministrada al momento de retirar su medicación en la ventanilla de farmacia de cada CAPS. Para ello, se programó una reunión con los coordinadores de los centros de salud informando sobre el estudio y se dispuso la entrega de encuestas en papel, así como un código QR visible en la misma ventanilla para su llenado mediante dispositivos móviles. Sin embargo, esta modalidad no pudo implementarse debido a razones operativas propias del trabajo de campo. A esta dificultad se sumó el cierre temporal del CAPS Ruca Calil por problemas de infraestructura durante el período de estudio, lo que obligó a la reubicación de su personal y dispersó a los pacientes habituales, dificultando su localización. Frente a este escenario, se implementaron estrategias alternativas: revisión de historias clínicas digitales, llamadas telefónicas y visitas domiciliarias con múltiples intentos en distintos horarios. Estas acciones se vieron limitadas en algunos casos por datos de contacto desactualizados o incompletos. Finalmente, se logró aplicar la encuesta a 141 pacientes lo que representa una muestra no probabilística por conveniencia.

Para garantizar la validez científica de las variables clínicas y evitar el sesgo, los datos correspondientes al último valor de glucemia, peso, talla, años de diagnóstico y complicaciones de la diabetes, en aquellos pacientes que no lo recordaban se realizó una búsqueda y revisión directa de las historias de salud integrada (HSI). Esto permitió registrar datos exactos, complementando de forma objetiva la información brindada por el paciente.

Alcances

El alcance de esta investigación es de carácter descriptivo y transversal. Al incluir tres CAPS de Puerto Madryn, el estudio logra un alcance territorial para evaluar la realidad de la zona oeste, durante el periodo septiembre 2025 a febrero 2026. El propósito principal es visibilizar la relación existente entre los determinantes sociales de la salud y la adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes tipo2. Permite identificar variables específicas como nivel educativo, accesibilidad a servicios de salud y alfabetización en salud de los pacientes. El estudio aporta datos locales valiosos que sirven como diagnostico estructural para el equipo de salud.

Limitaciones

Con respecto a las limitaciones del estudio, se reconoce que, al no aplicar el instrumento PRAPARE ni las encuestas del INDEC en su formato completo y literal, los resultados no pretenden estandarizar un puntaje de riesgo internacional o Nacional, lo que si pretende es mostrar datos de la población local. Al ser un diseño transversal que mide los datos en un solo momento, y se circunscribe a tres centros específicos ubicados en la zona oeste (CAPS Ruca Calil, Roque González y Gobernador Fontana), el estudio permite encontrar asociaciones y describir la situación actual, pero no establecer una relación de causa y efecto directa a largo plazo. La generalización de los resultados a otros contextos socieconómicas de la provincia o el país debe realizarse con cautela.

Tratamiento estadístico

Los datos serán tabulados en una planilla de Excel para su posterior análisis en el paquete estadístico SPSS. Se aplicará un análisis descriptivo con frecuencias y porcentajes y para evaluar asociación entre variables se usará la prueba Chi cuadrado de Pearson.

Consideraciones éticas

El presente trabajo incluye el Consentimiento informado de los participantes, el anonimato y confidencialidad de las encuestas y el tratamiento de los datos para el análisis. El trabajo de investigación fue evaluado por el comité de docencia e investigación del hospital Andrés Isola de Puerto Madryn, los cuales realizaron observaciones que se consideraron a la hora de llevar a cabo esta investigación.

Para la base de datos

Se utilizó SciELO, Redalyc, PudMed y Elsevier. Uso de DeepSeek-AI, 2026, para encontrar material bibliográfico más rápido siempre corroborando autenticidad y realizando una lectura profunda del artículo para poder citar con propiedad. Las fuentes más utilizadas fueron las OPS, OMS así como lo que establece la sociedad Argentina de diabetes y otras referencias Nacionales e internacionales.

CAPITULO IV.

RESULTADOS Y DISCUSION

A continuación, se presentan los resultados de los pacientes con diabetes tipo II que se atienden en el Primer Nivel de atención en Puerto Madryn.

Tabla 1

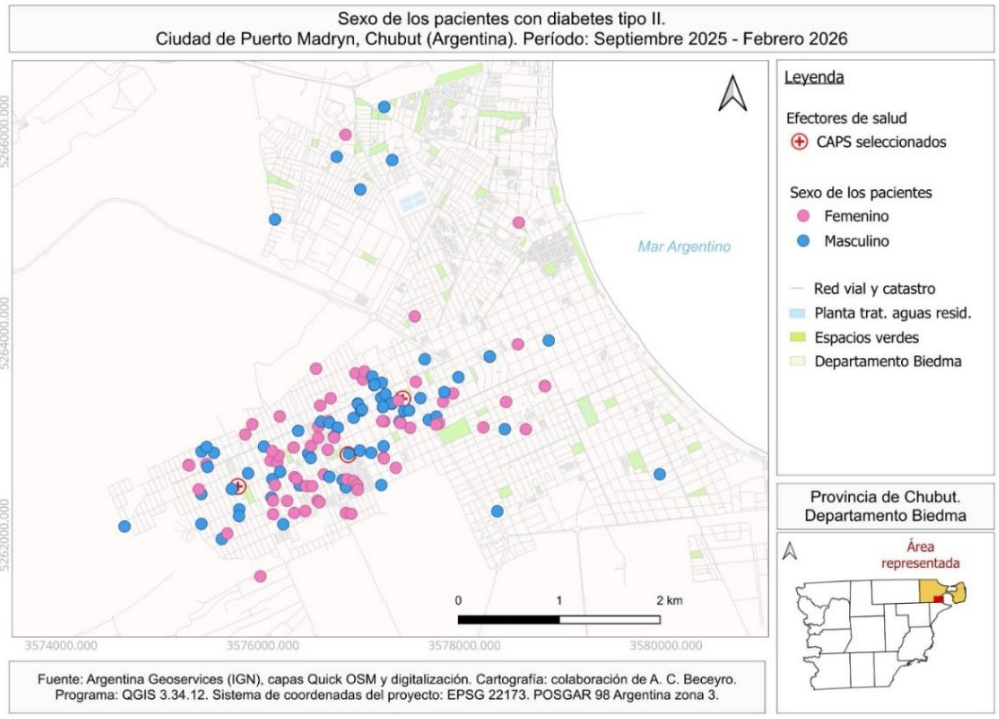
Distribución de la muestra según grupo de edad y sexo de los pacientes con diabetes tipo2 del Primer Nivel de Atención en Puerto Madryn

Característica demográficas	Frecuencia	Porcentaje
Grupo de edad		
Adulto Joven (18-44años)	20	14,2
Adulto Medio (45-59 años)	73	51,8
Adulto Mayor (60-74 años)	40	28,4
Anciano (75 o más años)	8	5,7
Sexo		
Femenino	71	50,4
Masculino	70	49,6
Edad	M 54	DS 11

Al evaluar la edad de los pacientes atendidos en los diferentes centros del Primer Nivel de atención de Puerto Madryn, se encontró el 51,8% corresponde a adultos medio (edad de 45 a59 años), seguido por adultos mayores de 28,4%, y un 14,2% correspondiente a adulto joven (18 a 44 años), en relación al sexo la distribución es muy similar entre hombres y mujeres. A continuación, se mostrará un mapa donde se puede observar esta distribución.

Figura 4

Distribución de sexo de los pacientes atendidos en los diferentes CAPS en el estudio



La Figura N 4, muestra la distribución por sexo de los pacientes, la misma es homogénea, entre los tres CAPS, sin que se observe predominio de hombres o mujeres.

Tabla 2

Distribución de los pacientes con diabetes tipo 2 según los CAPS donde reciben atención en Puerto Madryn

Centro de Salud	Frecuencia	Porcentaje
CAPS Fontana	58	41,1
CAPS Roque González	43	30,5
CAPS Ruca Calil	40	28,4

La cantidad de pacientes con diabetes tipo 2 se distribuyen de manera similar en los diferentes CAPS, con predominio del CAPS Fontana seguido del Roque González.

Tabla 3

Nivel de educativo y situación laboral de los pacientes con diabetes tipo 2 del Primer Nivel de Atención en Puerto Madryn

Nivel de estudio y situación laboral	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de estudios más alto alcanzado		
Ninguno/ Sin estudio formal	19	13,5
Primaria completa	77	54,6
Secundaria completa	36	25,5
Terciario o universitario	9	6,4
Situación laboral		
Ama de casa	11	7,8
Desempleado	9	6,4
Empleo formal	24	17,0
Estudiante	1	0,7
Jubilado/pensionado	52	36,9
Trabajo informal/changas	44	31,2

En cuanto al nivel educativo alcanzado por los pacientes, se observa que la mayoría (54,6%) posee educación primaria completa, mientras que 31,9% tiene estudios secundarios o superiores. Un 13,5% declaró no tener estudios formales o no haber completado ningún nivel educativo.

En relación con la situación laboral, se destaca que el 36,9% de los pacientes es jubilado o pensionado y un 31,2% se desempeña en trabajo informal o changas. Sólo el 17,0% cuenta con empleo formal.

Tabla 4

Características sociodemográficas y condiciones de vivienda de los pacientes con diabetes tipo 2 del Primer Nivel de Atención en Puerto Madryn

Condiciones económicas y de vivienda	Frecuencia	Porcentaje
Ingreso mensual hogar		
Entre uno y dos salarios mínimo ($322.300 y 644.100)	60	42,6
Más de dos salarios mínimo (más de $644.400)	50	35,5
Menos de un salario mínimo ($322.200)	28	19,9
Prefiero no responder	3	2,1
Recibe ayuda social		
No	122	80,2
Si	18	8,0
Tipo de vivienda		
Alquilada	11	4,2
Asentamiento	4	1,0
Prestada	15	6,4
Propia	111	71,4
Servicios		
Agua Potable	139	95,5
Gas Natural	113	73,0
Luz eléctrica	140	96,7
Recolección de residuos	126	83,5
Cloacas	115	74,6
Hacinamiento Critico (según el INDEC)	7	4,9

Nota: Se definió "hacinamiento crítico" según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) como aquellos hogares que presentan más de tres personas por cuarto (INDEC, 2025, p. 6)

En relación a los ingresos mensuales del hogar, se observa que el 42,6% de los pacientes percibe entre uno y dos salarios mínimos y el 19,9% menos de un salario mínimo. El 8% de los pacientes refirió que recibe ayuda social.

Respecto al tipo de vivienda, el 71,4% de los pacientes vive en casa propia, mientras que el resto se distribuye entre vivienda prestada, alquila o asentamiento.

En cuanto a los servicios básicos, casi la totalidad cuenta con agua potable (95,5%), luz eléctrica (96,7%) y recolección de residuos (83,5%) y en menor medida cloacas (74,6%) y gas natural (73,0%).

Finalmente, en cuanto a las condiciones de hacinamiento crítico (INDEC, 2025), el 5% de los pacientes encuestados conviven con más de 3 personas por habitación.

Tabla 5

Condiciones familiares, psicosociales y de vivienda en los pacientes con diabetes tipo 2 del Primer Nivel de Atención en Puerto Madryn

Condiciones familiares, psicosociales y de vivienda	Frecuencia	Porcentaje
Antecedentes familiares con diabetes		
Con antecedentes	98	69,5
Ninguno	43	30,5
Nivel de estrés		
Mucho	29	20,6
Poco	80	56,7
Nada	31	22,0
Prefiero no responder	1	0,7
Frecuencia de contacto con familiares y amigos		
Más de una vez por semana (frecuentemente)	94	66,7
Menos de una vez por semana (ocasionalmente)	18	12,8
Menos de una vez por mes (esporádicamente)	22	15,6
Prefiero no responder	7	5,0
Sensación de seguridad física y emocional en su vivienda		
Siempre	119	84,4
A veces	12	8,5
Nunca	3	2,1
Prefiero no responder	7	5,0

El 69,5% de los pacientes refiere tener familiares directos con diabetes. En cuanto al nivel de estrés, más de la mitad (56,7%) reporta sentirse un poco estresado, mientras que un 20,6% que refiere mucho estrés.

En cuanto al contacto social, se observa que la mayoría de los pacientes (66,7%) refiere tener un trato frecuente con familiares o amigos, por el contrario, un 15,6% manifestó tener un contacto esporádico. El 84,4% de los pacientes atendidos en el Primer Nivel de atención declara sentirse siempre seguro física y emocionalmente en su vivienda.

Al evaluar una asociación entre la adherencia al tratamiento y los determinantes psicosociales evaluados (nivel de estrés, frecuencia de contacto con familiares/amigos y seguridad en la vivienda), se encontró que no se asociaron estadísticamente de forma significativa.

Tabla 6

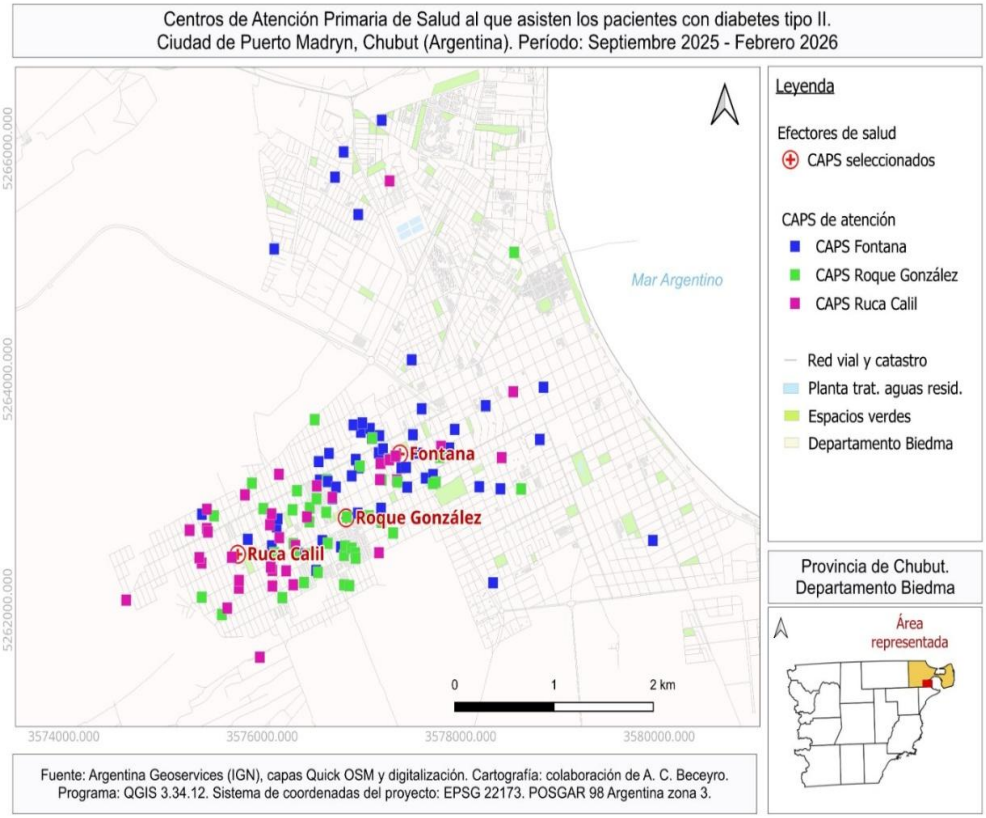
Distribución del tipo de cobertura médica, distancia a centros de salud y principales barreras de acceso de los pacientes con diabetes tipo 2 del Primer Nivel de Atención en Puerto Madryn

Cobertura médica y barreras de accesibilidad	Frecuencia	Porcentaje
Cobertura médica que posee		
Obra social	57	40,4
Salud pública	84	59,6
Distancia al centro de salud		
Menos de 5 cuadras	38	27,0
Entre 5 y 15 cuadras	62	44,0
Más de 15 cuadras	41	29,1
Barreras de acceso	77	54,6
Costo de medicamentos	64	45,4
Falta de especialistas	63	44,7
Horarios laborales	30	21,3
Transporte	26	18,4
Discriminación	13	9,2
Otro	7	5,0

En relación a la cobertura médica, el 59,6% de los encuestados depende exclusivamente del sistema público de salud. Respecto de la accesibilidad geográfica, el 73,1% de los casos reside a más de 5 cuadras de un centro de salud. Respecto a las barreras de acceso, las de mayor prevalencia fueron el costo de medicamentos (45,4%) y la falta de especialistas (44,7%). Los horarios laborales representaron una barrera en un 21,3% de los pacientes.

Figura 5

Distribución de domicilios de los atendidos en los diferentes CAPS en estudio



De acuerdo a la Figura 5, se puede observar que los pacientes atendidos en el CAPS Fontana provienen de una zona más amplia que los atendidos en los otros centros de salud.

Tabla 7

Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 del Primer Nivel de Atención en Puerto Madryn

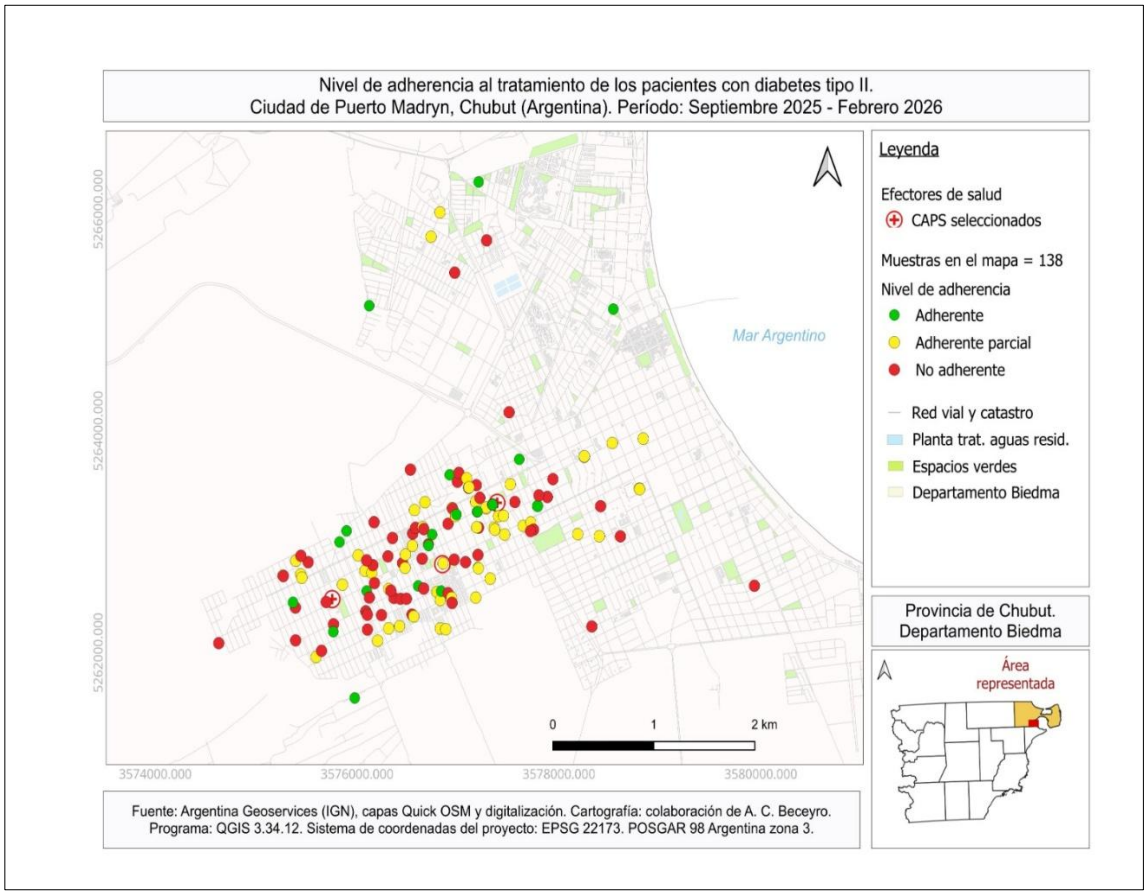
Nivel de adherencia	Frecuencia	Porcentaje
Adherente	23	16,3
Adherencia parcial	56	39,7
No adherente	62	44,0
Total	141	100,0

En cuanto a la adherencia al tratamiento (farmacológico y no farmacológico) se observó que el 44,0% de los pacientes fueron no adherentes, seguidos de los que tenían adherencia parcial (39,7%). Sólo el 16% de los pacientes fueron adherentes.

Al evaluar el nivel de educación y la adherencia se encontró que estas variables no se asociaron de manera significativa. De igual manera, la situación laboral no se asoció con la adherencia al tratamiento.

Figura 6

Nivel de adherencia de los pacientes atendidos en los diferentes CAPS en estudio



Como se aprecia en la figura 6, la adherencia al tratamiento se distribuye de manera homogénea entre los tres CAPS, sin diferencias geográficas relevantes.

Tabla 8

Práctica de actividad física en los pacientes con diabetes tipo 2 del Primer Nivel de Atención en Puerto Madryn

Actividad física	Frecuencia	Porcentaje
Motivo por el que realiza actividad física		
Por recomendación médica	16	11,3
Porque es saludable	34	24,1
Porque me gusta	27	19,1
Otro	6	4,3
No realiza AF	58	41,1
Tipo de actividad física que realiza		
Bicicleta	5	3,5
Caminar	47	33,3
Caminar + otra actividad	8	5,6
Deporte	7	4,9
Gimnasio + otra actividad	16	11,3
No realiza AF	58	41,1
Frecuencia en que realiza la actividad física		
1 vez por semana	8	5,7
1-2 veces por mes	10	7,1
2 veces por semana	19	13,5
Más de 2 veces por semana	46	32,6
No realiza AF	58	41,1
Horas de actividad física semanal		
Entre 2 y 6 horas semanales	33	23,4
Más de 6 horas semanales	36	25,5
Menos de 2 horas semanales	14	9,9
Tiempo realizando la actividad física		
Algunos meses	9	6,4
Más de un año	65	46,1
Menos de un año	9	6,4
Si no realiza, marque el motivo		
No me gusta	10	7,1
Otras enfermedades	21	14,9
Otros motivos	13	9,2
Por horarios laborales	12	8,5
Si realiza AF	85	60,3

Entre los pacientes que realizan actividad física (n=83; 58,9% del total), el principal motivo para realizar la actividad fue "porque es saludable" (24,1 %), seguido de “porque me gusta”. La práctica predominante es la caminata (33,3 %) y el gimnasio más otra actividad

(11%). El 32% realizó actividad física más de 2 veces por semana y dedicó más de 6 horas semanales para la práctica del ejercicio (25%). El 46% de los pacientes refirió que lleva más de un año realizando la actividad física.

Por otro lado, el 41,1% de los pacientes no realiza actividad física principalmente porque declara "otras enfermedades" (14,9%).

Tabla 9

Características de la alimentación en los pacientes con diabetes tipo 2 del Primer Nivel de Atención en Puerto Madryn

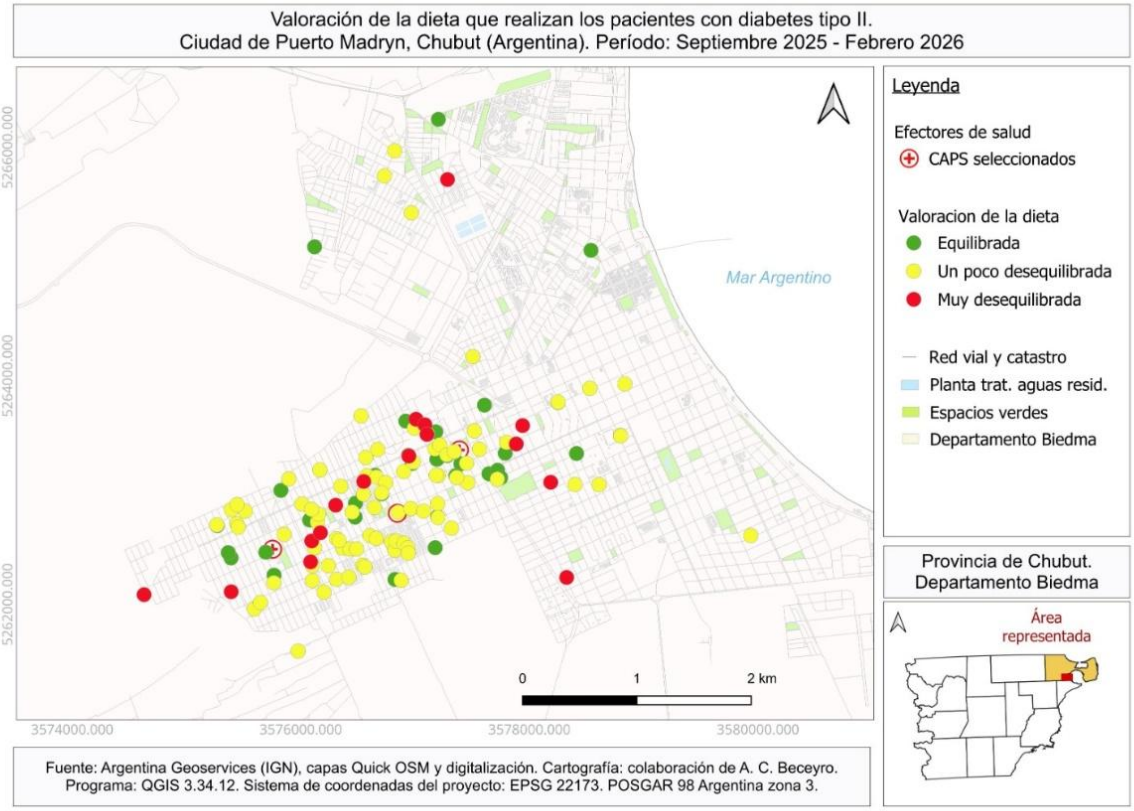
Característica de la alimentación	Frecuencia	Porcentaje
Comidas que realiza habitualmente		
Estructurado (Desayuno, Almuerzo, Merienda, Cena)	64	45,4
Otros patrones: Menos de cuatro comidas o más de 4 comidas	77	54,6
Alimentación predominante (marque hasta 3)		
Equilibrada: verduras más 2 grupos de alimentos	97	68,8
Un poco equilibrada: Verduras + 1 grupo de alimentos	14	9,9
Muy desequilibrada: no incluye verduras	30	21,3
Según su opinión, su dieta es:		
Equilibrada	36	25,5
Un poco desequilibrada	89	63,1
Muy desequilibrada	16	11,3
Tipo de alimentación:		
Omnívoro (come todo tipo de alimentos	141	100,0

Más de la mitad (54%) de los pacientes atendidos en los centros de salud demostró que no tiene una estructura de alimentación habitual, haciendo menos de cuatro comidas o más de cuatro. En relación al tipo de alimentación, el 68,8% fue “equilibrada” porque incluye verduras, más dos grupos de alimentos, mientras que el 31,2% restante presenta una alimentación incompleta o carenciada, ya sea por ausencia de verduras o de proteínas en su dieta habitual. Al evaluar el tipo de alimentación según la edad, se encontró que estas variables no se asociaron de manera significativa según la prueba de Chi Cuadrado.

Al indagar sobre la autopercepción de su dieta, sólo el 25% percibe que tiene una dieta equilibrada, mientras que la mayoría (63,1%) la percibe como un “poco desequilibrada” y “muy desequilibrada” (11,3%). A continuación, se puede observar la distribución geográfica de los encuestados sobre la autopercepción de su dieta.

Figura 7

Percepción respecto de su propia dieta en pacientes atendidos en los diferentes CAPS en estudio



En la Figura 7, se observa una distribución uniforme de las tres categorías de autopercepción de la dieta (muy desequilibrada, un poco desequilibrada y equilibrada), entre los tres CAPS.

Tabla 10

Consumo de alimentos ultraprocesados, bebidas y endulzantes en los pacientes con diabetes tipo 2 del Primer Nivel de Atención en Puerto Madryn

Consumo de ultraprocesados	Frecuencia	Porcentaje
Frecuencia en que consume comidas rápidas/panadería		
A diario	6	4,3
Frecuentemente (una o dos veces por semana)	40	28,4
Ocasionalmente (menos de una vez al mes)	71	50,4
Nunca	24	17,0
Bebidas que consume		
Adecuado: agua	51	36,2
Un poco adecuado: (Agua + Jugos naturales + saborizados + light + dietéticos)	51	36,2
Muy inadecuado: (Bebidas azucaradas + alcohol)	39	27,7
Frecuencia en que consume bebidas diferentes a agua		
Todos los días	5	3,5
Frecuentemente	31	22,0
Ocasionalmente	62	44,0
Nunca	43	30,5
Endulzantes que usa (marque todos los que utiliza)		
No usa o usa endulzante	101	71,6
Usa azúcar y/o miel	40	28,4

En cuanto al consumo de comidas rápidas y productos de panadería, el 32,7% lo consume de forma frecuente o a diario y el 50% de manera ocasional. El consumo de comidas rápidas no se asoció de manera significativa con la edad según la prueba de Chi cuadrado de Pearson.

Sobre el consumo de bebidas, 3 de 10 pacientes consume solo agua, mientras que el resto consume aguas más productos dietéticos y el 27% consume líquidos no adecuados para la persona diabética. Así mismo, se encontró que ese consumo era ocasional y frecuentemente (44 y 22% respectivamente).

En cuanto al uso de endulzantes, el 71,6% no usa ningún tipo o utiliza endulzante no calórico, mientras que el 28,4% usa azúcar o miel.

Tabla 11

Índice de Masa Corporal en los pacientes con diabetes tipo 2 del Primer Nivel de Atención en Puerto Madryn

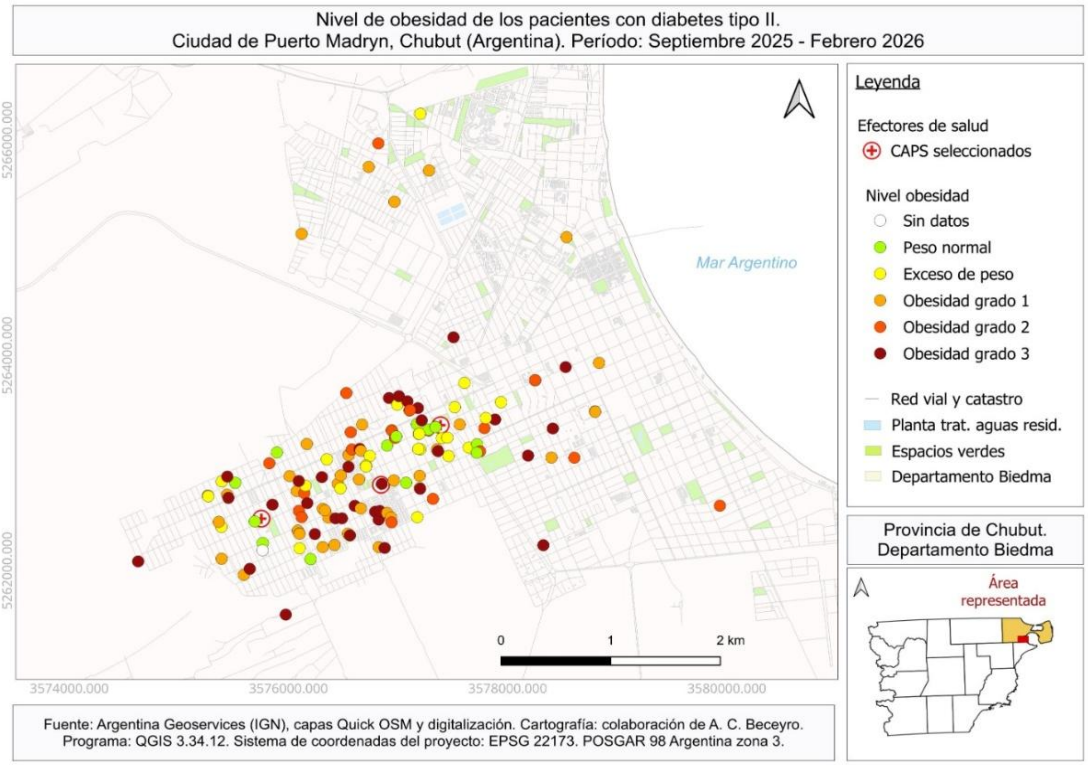
Índice de masa corporal	Frecuencia	Porcentaje
Normal	15	10,6
Exceso de peso	31	22,0
Obesidad Grado 1	39	27,7
Obesidad Grado 2	21	14,9
Obesidad Grado 3	34	24,1
Total	140	99,3
Sin dato	1	0,7
Total	41	100,0

Nota: *Índice de masa corporal*, *adaptado de Guías de práctica clínica para el manejo del sobrepeso y la obesidad en adultos, adolescentes y niños en Australia, por National Health and Medical Research Council, 2013.*

En la distribución del índice de masa corporal (IMC), se observó que la mayoría de la población presenta algún tipo de obesidad (66,7%) seguido del exceso de peso 22%. Aunque los adultos jóvenes fueron los que presentaron el mayor porcentaje de obesidad (90%), el IMC no se asoció de manera significativa con la categoría de edad (según la prueba de Chi cuadrado de Pearson).

Figura 8

Distribución de IMC en pacientes atendidos en los diferentes CAPS en estudio



En la Figura 8, se observa que los diferentes niveles de IMC se distribuyen de manera equilibrada y homogénea entre los tres CAPS.

Tabla 12

Valores de glucemia en los pacientes con diabetes tipo 2 del Primer Nivel de Atención en Puerto Madryn

Glucemia	Frecuencia	Porcentaje
Glucemia controlada (Menor o igual a 130 mg/dl)	80	59.26
Glucemia no controlada (Mayor a 131mg/dl)	55	40,74
Total	135	100,0

Nota. Valor según meta terapéutica de la Guía Nacional de Diabetes tipo2 (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2021)

Al estudiar los valores de glucemia, se encontró que seis personas no tenían el dato en su historia clínica, por ese motivo, la tabla 10 se compone de un total de 135 pacientes. De los pacientes que contaban con registro de glucemia, casi el 60% se clasificaron dentro de la categoría de glucemia controlada y 40%, fueron clasificados como glucemia no controlada.

Tabla 13

Prevalencia de complicaciones crónicas asociadas, en los pacientes con diabetes tipo 2 del Primer Nivel de Atención en Puerto Madryn

Complicación	Frecuencia	Porcentaje
Pie Diabético	34	24,1
Neuropatía	35	24,8
Enfermedad Renal	13	9,2
Retinopatía	27	19,1
Eventos Cardiovasculares	17	12,1

Entre las complicaciones crónicas asociadas a diabetes, la neuropatía fue la más prevalente (24,8%), seguida por el pie diabético (24,1%) y la retinopatía (19,1%). Los eventos cardiovasculares afectaron al 12,1% de los pacientes mientras que la enfermedad renal presentó la menor prevalencia (9,2%).

DISCUSIÓN

Distribución sociodemográfica

En el presente estudio, se incluyeron 141 pacientes de tres Centros de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Puerto Madryn. Se encontró una mayor prevalencia (51%) de pacientes diabéticos tipo II entre 45 y 59 años. Así mismo un dato sobresaliente es que un 14% corresponde a adultos jóvenes, lo que está alineado con investigaciones recientes (Nadeau et al., 2025) que señalan que la diabetes tipo 2 se ha convertido en una enfermedad emergente en la población joven, con un preocupante aumento de su incidencia. Además, los autores señalan que para 2050 anticipan un aumento impulsado por la epidemia de obesidad y los cambios demográficos, lo que evidencia que la diabetes tipo 2 ya no es una enfermedad exclusiva del adulto mayor. En nuestro estudio, los adultos mayores de 60 años no fueron el porcentaje mayoritario como suele suceder en estudios con pacientes diabéticos (Ruso et al., 2023; CDC, 2026) lo cual podría explicarse ya que en la ciudad de Puerto Madryn los adultos mayores (generalmente) se atienden en consultorios particulares asignados según su obra social (PAMI) y no en el sistema público de salud.

Nivel educativo y situación laboral

En cuanto al nivel educativo alcanzado por los encuestados, se observa que la mayoría (54,6%) posee educación primaria completa, mientras que 31,9% tiene estudios secundarios o superiores y un 13,5% manifestó tener nivel primario incompleto o inferior. Al relacionarlos con adherencia al tratamiento no se encontró asociaciones significativas en esta investigación, sin embargo, la baja escolaridad es un marcador de vulnerabilidad social. Así lo demuestra un estudio que establece que el nivel educativo es un determinante social significativo que influye en los resultados de salud, ya que los conocimientos y habilidades adquiridos influyen en la función cognitiva de una persona, hacerla más receptiva a la educación sanitaria y la

capacidad de acceso y comunicación con los servicios de salud (Lee et al., 2024). Po su parte un estudio realizado por Liao et al. (2023) demostraron que el nivel educativo influye en el tiempo de diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2 y en el riesgo de mortalidad de los pacientes que participaron en el programa de pago por desempeño. Por lo que un mayor nivel educativo conduje a un mejor conocimiento y compresión de salud, fomentando la detección temprana de problemas relacionado con la enfermedad, lo que reduce la incidencia de complicaciones.

En relación con la situación laboral, se destaca que el 36,9% de los pacientes es jubilado o pensionado y un 31,2% se desempeña en trabajo informal o changas. Sólo el 17,0% cuenta con empleo formal. Por otro lado, en relación a los ingresos mensuales del hogar, se observa que el 42,6% de los pacientes percibe entre uno y dos salarios mínimos y el 19,9% menos de un salario mínimo. El 8% de los pacientes refirió que recibe ayuda social. Aunque no se encontró relación significativa entre situación laboral e ingreso mensual con la adherencia al tratamiento, no es un dato menor que esta población muestra grandes desventajas estructurales para enfrentar enfermedades crónicas como la diabetes. Así lo respalda la investigación de Martínez-Ramírez et al. (2024) que destaca que en pacientes con DM2 el gasto de bolsillo impacta negativamente la economía familiar, situación que resulta más crítica en hogares con ingresos reducidos.

Condiciones de vivienda, servicios básicos y hacinamiento

Respecto al tipo de vivienda, un porcentaje elevado (71,4%) de los pacientes vive en casa propia, mientras que el resto se distribuye entre vivienda prestada, alquila o asentamiento. En cuanto a los servicios básicos, casi la totalidad cuenta con agua potable (95,5%), luz eléctrica (96,7%) y recolección de residuos (83,5%) y en menor medida cloacas (74,6%) y gas natural (73,0%). Contar con estas condiciones habitacionales funciona como un

factor protector; sin embargo, las carencias materiales profundizan las desigualdades sociales, esto configura un estado de vulnerabilidad que perjudica a las clases más pobres, reduciendo su esperanza de vida y modifica el curso de la diabetes más allá de la voluntad del paciente (Hernández Teixidó, 2024). En relación a las condiciones de habitabilidad los resultados de las encuestas arrojaron que un 5% tenían hacinamiento crítico, según la definición del INDEC (2025), define al hacinamiento crítico como aquellos hogares en los que conviven más de tres personas por cuarto. Esta condición según el INDEC (2025), afecta la privacidad, el descanso y la posibilidad de generar entornos adecuados para el estudio y la socialización, implica riesgo de salud física y mental de todos los miembros del hogar. Este porcentaje es significativamente superior al reportado por el INDEC para el total de 31 aglomerados urbanos del país en el primer semestre de 2025 (1,8%), lo que evidencia que el hacinamiento critico en la población analizada es más elevada.

Condiciones familiares, psicosociales y seguridad de vivienda

En relación a las condiciones familiares el 69,5% de los pacientes refiere tener familiares directos con diabetes, confirmando una fuerte predisposición genética. Al respecto, se sabe que la genética de la diabetes tipo 2 es compleja y difícil de clasificar en la práctica médica diaria (Laakso y Fernandes Silva, 2022). Sin embargo, los investigadores señalan que combinar estos antecedentes familiares con las características físicas del paciente (como peso y hábitos) es el mejor camino para entender cómo se comporta la enfermedad en cada persona y mejorar su atención clínica.

En cuanto al nivel de estrés, más de la mitad (56,7%) reporta sentirse un poco estresado, mientras que un 20,6% que refiere mucho estrés. A nivel clínico, se sabe que el estrés crónico aumenta los niveles de glucemia en sangre y alterar el control de la enfermedad a largo plazo (Juárez, 2020). Como limitación se reconoce que no se profundizó en las causas

del estrés, a este respecto, estudios como el de Cardozo-Ángulo et al. (2025) menciona que existen numerosas razones para que la población general, en Venezuela y otros países latinoamericanos, mantengan un nivel de estrés elevado, en su estudio más de la mitad de los participantes manifestaron tener alto estrés. Por lo que es importante implementar intervenciones con el fin de aprender a gestionar las emociones, la motivación, el aprendizaje sobre la enfermedad, así como desarrollar confianza en el equipo de salud, junto con el apoyo social, los cuales son pilares fundamentales en el manejo de la diabetes.

En cuanto al contacto social, se observa que la mayoría de los pacientes (66,7%) refiere tener un trato frecuente con familiares o amigos, por el contrario, un 15,6% manifestó tener un contacto esporádico. El 84,4% de los pacientes atendidos en el Primer Nivel de atención declara sentirse siempre seguro física y emocionalmente en su vivienda. Estos altos niveles de soporte social y seguridad de la vivienda, es un recurso de adaptación y factores de protección para amortiguar el impacto de estrés crónico en las personas con diabetes (Vijayakumar, 2025). Es de destacar que no se encontró una asociación estadística significativa, entre la adherencia al tratamiento y los determinantes psicosociales evaluados (nivel de estrés, frecuencia de contacto con familiares/amigos y seguridad en la vivienda).

Cobertura médica y barreras de atención

En relación a la cobertura médica, el 59,6% de los encuestados depende exclusivamente del sistema público de salud, y el 73% reside a más de 5 cuadras de un centro de salud. Las barreras de acceso más prevalente fueron el costo de medicamentos (45,4%) y la falta de especialistas (44,7%) mientras que los horarios laborales afectaron a un 21,3%. Estas dificultades se presentaron de forma homogénea independientemente de la cobertura médica del paciente. Es de destacar que en los CAPS de Puerto Madryn se atiende a una gran proporción de pacientes que poseen obra social. Este fenómeno ocurre, por un lado, debido a

que las obras sociales suspenden sus servicios por falta de pago y, por el otro, a que exigen el cobro de un coseguro para brindar atención. Esto eleva el gasto de bolsillo del paciente y provoca que migren hacia el sistema público.

Estos conjuntos de barreras trasversales reflejan fragmentación estructural del sistema de salud argentino, donde los subsectores públicos y de la seguridad social operan de forma desarticulada. Al respecto, investigaciones como las de Nieves et al. (2021) y Maceira (2023) coinciden en que las inequidades en el acceso y el impacto del gasto de bolsillo en tratamientos para la diabetes son realidades compartidas en el interior del país que exponen las fallas de coordinación de los subsistemas.

Adherencia al tratamiento

En cuanto a la adherencia al tratamiento (farmacológico y no farmacológico) se observó que el 44,0% de los pacientes fueron no adherentes, seguidos de los que tenían adherencia parcial (39%). Sólo el 16% de los pacientes fueron adherentes. Esto es un verdadero desafío para salud pública, así lo demuestra un estudio sobre el impacto del tratamiento multidisciplinario en la adherencia de pacientes con DM2 (Rodríguez y Pérez, 2025) en donde se realizaron intervenciones que permitieron una mejoría en la adherencia, al comienzo del estudio se midió la adherencia y tras un año de intervención multidisciplinaria hubo mejorías sobre a algunos pilares (alimentación, toma de medicación y cuidados de los pies), pero no se obtuvieron mejorías en adherencia a la actividad física, automonitoreo y hábito tabáquico. Por lo que la adherencia es multicausal y el enfoque multidisciplinario es el camino a seguir.

Por su parte Mora Romo (2022) destacó que las intervenciones de modalidad grupal representan una mejor medida costo-eficacia, ya que la convivencia influye de manera positiva en la adherencia al tratamiento. Establece que contar con facilitadores de

intervención de ambos sexos puede brindar la sensación de estar en un espacio de convivencia abierto a la diversidad en cuanto a experiencias de la enfermedad.

Actividad física

En este estudio, más de la mitad de las personas atendidas en los CAPS realiza actividad física (58%) siendo la caminata la actividad de preferencia (33%), con una frecuencia de dos veces por semana (32%), aunque estas caminatas se debían principalmente a no poseer otro medio de transporte. Igualmente, el 24% de los pacientes refirió que realiza la actividad física porque la considera saludable y un 41% no realiza ningún tipo de actividad física. La investigación de Cunha et al. (2024) en personas en la sexta década de la vida, reveló baja adherencia al autocuidado, especialmente con respecto a la actividad física (88,9%) la mayoría declaro ser sedentario. En este estudio no se encontró resultados estadísticos significativos en relación con la educación, sin embargo, se observó que más del 40% presentaba bajos niveles educativos. Este resultado es similar a la investigación realizada, en la que el 54% contaba con primaria completa y un 13,5% no tiene estudios formales, lo que podría comprometer su comprensión de la enfermedad, perjudicando el desarrollo de habilidades necesarias para el autocuidado. Estos hallazgos demuestran la importancia de intervenciones no farmacológicas, ya que, a pesar de su influencia en el control glucémico y su promoción de la disciplina y la autonomía en el proceso de autocuidado, la adherencia a dichas prácticas representa un desafío en esta población

Considerando que, el ejercicio físico es una potente estrategia no farmacológica para la prevención y el tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes tipo 2 (Fuentes-Barría et al., 2025) es importante buscar estrategias que favorezcan esta práctica de salud. Al respecto, Parada Flores et al. (2023) destacan que organizar correctamente la frecuencia, duración, volumen e intensidad del ejercicio es clave para

mejorar el control de la glucosa y la composición corporal en adultos con DM2. Esta planificación de la actividad física sería muy recomendable en los pacientes atendidos para que aquellos que no realizan actividad comiencen con el hábito y, aquellos que hoy realizan caminata puedan incrementar la actividad física a otra actividad más intensa.

Por otro lado, un 41% no realiza actividad física, atribuyéndolo a “otras enfermedades”. Los resultados indican la importancia de realizar prescripciones terapéuticas específicas adaptadas a las limitaciones propias de cada paciente (Sanz Vela, 2022). Esta acción puede modificar la percepción de que las comorbilidades (neuropatía, enfermedades cardiovasculares, entre otras) impiden todo tipo de actividad física. De no realizar este tipo de abordaje, se fomenta un círculo de inactividad que agrava tanto las enfermedades concomitantes como el control glucémico. Una intervención oportuna en el grupo de pacientes atendidos en los CAPS es fortalecer la enseñanza de que el ejercicio produce pequeños cambios en las células y en los genes, los cuales ayudan al cuerpo a regular mejor la energía a largo plazo (Fuentes-Barría et al., 2025), de manera que las personas que se encuentran en etapa de contemplación, pasen a la preparación para la acción según el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (Raihan y Cogburn, 2026).

Alimentación

Los resultados sobre alimentación en esta población de pacientes con diabetes tipo 2 muestran patrones que, a la luz de los determinantes sociales identificados previamente, adquieren una explicación estructural. Más de la mitad (54%) presenta una estructura de comidas irregular, lo que podría responder a la disponibilidad intermitente de alimentos, propia de hogares con ingresos bajos, o a falta de conocimiento o buenos hábitos de alimentación.

Por otro lado, el 68% tiene una dieta “equilibrada” por incluir verduras y más de dos grupos de alimentos, un gran porcentaje (74%) la percibe como “desequilibrada”, lo que evidencia falta de conocimiento o una conciencia crítica que podría aprovecharse educativamente. El 31% tiene una alimentación incompleta o carenciada (ausencia de verduras o proteínas), el 32% consume comidas rápidas o panadería a diario o con frecuencia, y el 27% ingiere líquidos no adecuados (gaseosas, jugos azucarados), mayoritariamente de forma ocasional o frecuente. Al respecto, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FOA) et al. (2019) advierte que el sobrepeso y la obesidad constituyen un problema creciente que aqueja a todos los grupos de edad a nivel regional (América Latina y el Caribe). Esto resalta la necesidad urgente de intervenir sobre entornos alimentarios para garantizar una alimentación sana, diversificada y que se ajuste a la individualidad de la persona, tal como lo indican los estándares de atención en diabetes (Comité de Práctica Profesional de la Asociación Americana de Diabetes, 2024).

La alimentación es un practica compleja (Palomo et al., 2022), donde deben considerarse factores de carácter individual, la familia, la comunidad, las políticas públicas, la cultura, el sistema económico, el medio ambiente, entre otros. Por ello, se requieren estrategias que sean sostenibles en el tiempo que contrarresten la fuerte influencia de estos factores en la selección y consumo de alimentos no saludables. Lo anterior evidencia la necesidad urgente de emprender estrategias de promoción de patrones alimenticios a través de programas educativos. Así lo demostró el programa educativo: Meta Salud Diabetes (Palomo et al., 2022), que obtuvo resultados positivos al basarse en la formación entre pares y el seguimiento de metas, teniendo en cuenta las necesidades y posibilidades de las personas.

Índice de masa corporal y valores de glucemias

Si bien en este estudio evaluamos uno de los parámetros nutricionales por medio del IMC, éste es una guía general y es recomendable realizar una evaluación individualizada de la persona por medio de otras medidas antropométricas y los indicadores de bienestar metabólicos, físicos y psicológicos (Comité de Práctica Profesional de la Asociación Americana de Diabetes, 2024). En la distribución del IMC, se observó que la mayoría de la población presenta algún tipo de obesidad (66,7%) seguido del exceso de peso 22%. Aunque los adultos jóvenes fueron los que presentaron el mayor porcentaje de obesidad (90%), el IMC no se asoció de manera significativa con la categoría de edad.

En relación a los valores de glucemias, el 60% se clasificaron dentro de la categoría de glucemia controlada y el 40 %, fueron clasificadas como glucemia no controlada (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2021). Entre los pacientes encuestados que no tenían el registro de glucemia, se buscó el dato en la historia clínica digital, debido a que muchos no realizan el monitoreo diario, y no recordaban sus valores del ultimo laboratorio.

Al respecto, Comité de Practicas Profesional de la Asociación Americana de diabetes (2024) destaca que las personas con diabetes y sobrepeso u obesidad pueden beneficiarse ampliamente con la pérdida de peso. Una perdida entre 3 al 7% en el inicio el tratamiento mejora la glucemia y los factores de riesgo cardiovasculares, por otro lado, una pérdida de más del 10% del peso corporal confiere mayores beneficios, como la posible remisión de la diabetes tipo2.

Es de destacar que las personas con diabetes tipo 2 en las primeras etapas de la enfermedad pueden mejora, al reducir el peso, realizar actividad física y cumplir con el tratamiento farmacológico, pero rara vez se normaliza. Po otro lado, intervenciones recientes con dieta, la realización de ejercicios intensivos y nuevos fármacos (ej. antagonistas del

receptor del péptido similar al glucagón tipo 1) o la pérdida de peso por tratamiento quirúrgico, resultaron en la remisión de la diabetes (Comité de Práctica Profesional de la Asociación Americana de Diabetes, 2024). Esto destaca la importancia de individualizar los enfoques de tratamiento, en función del historial médico, las circunstancias de vida del paciente, sus preferencias y la motivación individual.

Complicaciones de salud

Entre las complicaciones asociadas a la diabetes, la neuropatía fue la más prevalente (24,8%), seguida por el pie diabético (24,1%) y la retinopatía (19,1%). Los eventos cardiovasculares afectaron al 12,1% de los pacientes mientras que la enfermedad renal presentó la menor prevalencia (9,2%). Esto concuerda con el estudio de Díaz Greene et al. (2024), donde establecieron que la neuropatía diabética es la complicación más común, se calcula que el 16% de los diabéticos la padecen, uno de los principales síntomas es el dolor (quemante o apuñalante), se puede llegar a resolver o empeorar afectando la movilidad. Destacaron que el método número uno para el manejo de la neuropatía diabética es la prevención, el control de la glucosa y la modificación del estilo de vida. Otro estudio sobre complicaciones de la diabetes (Saldarriaga et al., 2023), estableció que el ejercicio es considerado como una estrategia de primera línea, incluso en la neuropatía autonómica cardiovascular, y debe ir acompañada de consideraciones clínicas, para prescribir de forma segura y efectiva el ejercicio, así como estructurar un programa individualizado. Las terapias de ejercicios, puede incluir aeróbicos de moderada intensidad, lo que favorecieron el control de síntomas y disminuyeron el riesgo de mortalidad. Otros ejercicios como el de fuerza y el aeróbico intermitente de alta intensidad, demostraron mejoría, pero la evidencia en su uso es limitada.

Por su parte el pie diabético representa la segunda causa de complicaciones en esta investigación, por lo que las medidas de prevención deben incluir, intervenciones como las técnicas del cuidado meticuloso de los pies (autoexamen)y del calzado apropiado. El enfoque interdisciplinario en los CAPS, la instrucción de los familiares sobre estos cuidados (Arias-Rodríguez et al., 2023).

Asociaciones

Los resultados obtenidos en este estudio no establecieron asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo alcanzado y la adherencia, ni entre la situación laboral o los ingresos económicos y el cumplimiento terapéutico. Del mismo modo, los determinantes psicosociales evaluados (nivel de estrés, frecuencia de contacto social y seguridad en la vivienda), los valores e glucemia, IMC. La alimentación y la actividad física, es decir los resultados se distribuyeron de forma similar en todos los grupos poblacionales. El contexto local, se caracterizó por dificultades operativas comunes (acceso a medicamentos, falta de especialistas, horarios laborales), y afectó de manera transversal a toda la población, diluyendo las diferencias esperadas. Por último, el bajo porcentaje de adherencia total reflejan un perfil de riesgo compartido

Los hallazgos de esta investigación, requieren de intervenciones de un equipo de salud comprometido con la población a su cargo. En este escenario el trabajo interdisciplinario debe ser la base de las intervenciones, con el fin de abordar las barreras estructurales evaluando determinantes sociales de la salud, adaptando la educación sanitaria a cada usuario/paciente que se atienden en el primer nivel, simplificando tratamientos, y articulando con trabajadores sociales y recursos comunitarios. La homogeneidad de los resultados en esta investigación, nos indica que las intervenciones más adecuadas para esta población son acciones coordinadas, con un enfoque interdisciplinario.

Limitaciones

Las limitaciones de este estudio estuvieron dadas por el tiempo para la realización de esta investigación, otras razones fueron la falta de accesibilidad a los pacientes, algunos no aceptaron participar, y otro no se localizaron. Otras limitaciones relacionadas con lo metodológico es su diseño transversal, y su muestro no probabilística (por conveniencia del investigador), lo que no permite generalizar los resultados a otras poblaciones.

En cuanto a la utilización de la herramienta de recolección de datos, se utilizó en primer lugar el Cuestionario de Adherencia al Tratamiento - Diabetes SCI-R.ES (Jansà et al., 2013) para medir adherencia en pacientes con diabetes tipo 2, y la segunda con el fin de evaluar determinantes sociales de la salud se utilizaron herramientas reconocidas y se realizaron adaptaciones para la población estudiada PREPARE (NACHC, 2016) y INDEC (2018),

Por otro lado, las encuestas contaban con preguntas con opciones, por los que no se obtuvieron detalles para evaluar a profundidad datos sobre situación psicosocial. Estas limitaciones, no afecta su relevancia, la cual se puede utilizar como base para investigaciones futuras.

CAPÍTULO V

CONCLUSION

Esta investigación demuestra que la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 de la zona oeste de Puerto Madryn es críticamente baja, un 44% es no adherente. Los aspectos como de la actividad física demostraron datos alarmantes, un 41% no realiza, en relación con la alimentación más de la mitad (54%) presenta una estructura de comidas irregular, lo que podría responder a la disponibilidad intermitente de alimentos, propia de hogares con ingresos bajos, o a falta de conocimiento o buenos hábitos de alimentación.

En relación con la distribución de los pacientes fue homogénea entre los tres CAPS, compartiendo las mismas barreras de accesibilidad (costo de medicamentos, falta de especialistas, distancia al CAPS). Un 66,7% presenta obesidad y un 74,4% percibe que su dieta es desequilibrada. No se encontraron diferencias significativas por nivel educativo, ingresos o cobertura médica, lo que demuestra una vulnerabilidad compartida.

Esta investigación es transversal y no probabilista por conveniencia del investigador lo que resulta en limitaciones. Sin embargo, los datos obtenidos son valiosos y pueden resultar de base para futuras investigaciones.

Conocer esta realidad permite diseñar intervenciones específicas que promuevan estilos de vida saludables, orientado a fortalecer la educación diabetológica con el objetivo que los pacientes con diabetes puedan ser actores de su propio cuidado. Por esto se propone un proyecto de intervención, con un enfoque multidisciplinario y acciones integrales de protección para la población.

Propuesta de intervención

La diabetes es uno de los mayores desafíos que enfrenta la salud púbica a nivel mundial (Federación Internacional de Diabetes, 2025), y la ciudad de Puerto Madryn no es la excepción. Tanto la prevalencia de la diabetes como la mortalidad y la discapacidad han aumentado en los últimos años. El impacto de la diabetes genera gastos económicos, un empeoramiento de la calidad de vida de los que viven con esta enfermedad (Federación Internacional de Diabetes, 2025). Esta carga asistencial creciente, requiere que los equipos del Primer Nivel de Atención asuman este desafío con acciones concretas.

A continuación, se destacan dos propuestas de proyectos en otras provincias dentro de Argentina que sirven de sustento para la presente propuesta de intervención.

En primer lugar, el proyecto *ActivaT2* (Sainz-Prado et al., 2025) desarrollado desde la práctica de enfermería dirigido a reducir el sedentarismo en personas con diabetes tipo2 de la ciudad de La Rioja. La intervención combina reuniones grupales presenciales y seguimientos telefónico individualizado, con el objetivo de disminuir las horas de sedentarismo, fomentando la movilidad y la mejorar la calidad de vida, disponer de más energía, facilitar la incorporación de más movimientos en la rutina y ofrecer apoyo y acompañamiento durante el proceso. Dirigida a personas mayores de 18 años. La participación les permitirá beneficiarse de la intervención, al tiempo que contribuirán activamente a la generación de conocimiento científico en un ámbito de gran relevancia para la salud pública.

Y el segundo es el proyecto internacional para combatir la epidemia de la diabetes, a través del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS, s.f.), que busca mejorar la atención de los pacientes con diabetes en Corrientes. El proyecto permite brindar cuidado de alta calidad y su financiación a cargo del IECS, el mismo incluye la creación de un registro informatizado de pacientes con diabetes a nivel provincial que busca optimizar el seguimiento

y la evaluación de la calidad de atención, también utilizaran los mensajes de texto, para recordar cita médica, fechas para retirar medicamentos, mensajes educativos sobre detalles de su enfermedad y conocimientos sobre cuidados.

En función de las propuestas mencionadas y destacando la importancia de realizar intervenciones de salud, se presenta el siguiente proyecto destinado a la comunidad con diabetes tipo 2, se priorizará el CAPS donde el investigador está desempañando sus funciones como personal de enfermería. Se estipula una duración de 6 meses y se evaluará su posible continuidad al finalizar este tiempo.

El proyecto se llamará: Activa-Diabetes**,** Juntos aprendemos. El mismo consiste en conformar un grupo interdisciplinario de profesionales de la salud, que ofrecerá sus actividades (talleres educativos y actividades físicas) a pacientes con diabetes tipo 2 y sus familiares o cuidadores, destacando la importancia de brindar cuidados de calidad e integral, tomando relevancia la formación de un grupo de pares, para el seguimiento de las metas (Palomo et. al, 2023)

Para la realización de este proyecto se siguen los lineamientos de la OPS (2026) específicamente, módulo 6 de su curso virtual, donde establece las pautas para el tratamiento no farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2, en el Primer Nivel de Atención. Asimismo, se utilizó como referencia las investigaciones de Gómez Vivas et al. (2025), que destacan la importancia de la estrategia educativa, el fortalecimiento en el seguimiento clínico, capacitación profesional y participación comunitaria.

Objetivo

Diseñar estrategias educativas e interdisciplinarias en el cuidado de las personas con diabetes tipo 2 y sus cuidadores, con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento (farmacológica y no farmacológica) a través de un grupo de pertenencia.

Objetivos específicos

- Fortalecer los conocimientos y los hábitos de cuidado personal mediante talleres educativos adaptados a la comunidad, que aborden la enfermedad, el tratamiento y la prevención de las complicaciones.
- Incrementar la participación y el apoyo de familiares o cuidadores en el tratamiento de los pacientes mediante sesiones de orientación y capacitación que fomenten hábitos saludables y acompañamiento activo en el cumplimiento terapéutico.
- Promover estilos de vida saludable de los pacientes con diabetes a través de actividades comunitarias que sensibilicen y motiven a los pacientes para mantener hábitos protectores de la salud.
- Consolidar un grupo de pertenencia con el fin de fomentar cambios, así como contención social.
- Fortalecer el trabajo interdisciplinario en el equipo de salud con el fin de proponer metas con una visión de cuidado integral.

Destinatarios

Usuarios con diabetes tipo2, mayores de 18 años, que reciben su atención en los Centros del Primer nivel de Atención, y sus cuidadores, acompañantes o familiares, que desean participar activamente.

La implementación se iniciará en el CAPS donde la coordinadora del proyecto, Lic. Verónica Alvarez maestranda de la Maestría de Salud pública y seguridad Social de la Universidad Aconcagua, sea destinada al momento del comienzo de la intervención. Dicho centro será uno de los tres que participaron en la etapa de recolección de datos de esta investigación.

Recursos humanos y financiero

El equipo interdisciplinario estará coordinado por la Lic. Álvarez, responsable de la investigación, e integrará a profesionales del CAPS correspondiente que manifiesten interés en participar como: médico/a clínico con orientación comunitaria, psicólogo/a con conocimiento de la población, trabajadora comunitaria en salud en terreno (TCST), enfermeras/os, trabajador/a social y profesor de actividad física. Previamente, se mantendrán reuniones para acordar su disponibilidad y definir sus roles.

Para la implementación del proyecto, se gestionará ante las autoridades de Primer Nivel de Atención la asignación de horas extras para el personal del equipo de salud, destinadas a la elaboración de material educativo y al seguimiento de los participantes. Como alternativa de contraprestación no remunerada, las actividades podrán enmarcarse dentro de las tareas en terreno (ítem que perciben los profesionales del Primer Nivel de Atención), sin generar gastos adicionales a la institución.

Espacio físico

Se utilizará la sala de espera del CAPS para realizar las actividades educativas. Para la actividad física, se coordinará con la junta vecinal el uso de su salón comunitario como espacio principal, teniendo en cuenta en los días de buen clima se podrá utilizar la plaza cercana para realizar actividad física al aire libre.

Equipamiento

Para el desarrollo de las actividades, se contará con los siguientes recursos del CAPS, un proyector para realizar exposición educativa diabetológica. Se realizará folletería con información como recordatorio para lo cual se utilizará las computadoras y servicios de internet del CAPS. También se utilizará dispositivos médicos como el medidor de glucosa en

sangre, tensiómetro digital, balanzas o cualquier otro dispositivo medico necesario, perteneciente al CAPS.

Insumos

Se solicitarán materiales de librería (marcadores, lapiceras, carpetas, plasticola, cinta adhesiva), papelería, cartuchos de tinta para impresora, e insumos médicos descartables: tiras reactivas y agujas para el medidor de glucosa, algodón, guantes y descartables. La gestión de estos insumos estará a cargo de la coordinadora del proyecto.

La implementación y desarrollo del proyecto requiriere la formación de un equipo de salud interdisciplinario, fomentando la participación activa de todos los miembros del equipo con los que cuenta los CAPS. Este abordaje integral permite dar una respuesta amplia a las necesidades de los pacientes con diabetes tipo 2 y sus familias. El proyecto busca consolidar un grupo de pertenencia que participe semanalmente de actividades adaptadas, complementados con sesiones de educación diabetológica cada dos meses. Se realizarán registros periódicos para evaluar los resultados y ajustar las estrategias según sea necesario.

Tabla 14.

Actividades, responsables, recursos e indicadores de éxito del proyecto Activa-Diabetes.

Actividad	Descripción de la actividad	Responsable	Tiempo de actuación	Recursos	Indicador del éxito
Diseñar y realizar talleres educativos, adaptados a la población (cultural)	Se realizarán talleres educativos, adaptados a la cultura y nivel educativo para fortalecer sus conocimientos y manejo de la enfermedad. Implementación de la actividad física.	Equipo de salud que participan, médico, el coordinador del proyecto (licencia en enfermería), TCST.	Se realizará cada dos meses	Utilización de computadoras, material didáctico, proyector, fichas impresas para actividades, utilización del hemoglucotes.	% de pacientes que responden en forma correcta al finalizar el taller una evaluación realizada por el equipo de salud.
Creación de un grupo de pertenencia con pacientes que tengan diabetes.	Se realizarán encuentros grupales para actividades físicas, comenzando con caminatas, movimientos articulares, y con la ayuda el profesor de educación física progresar con otras actividades.	Equipo de salud que participan el proyecto, se solicitará la ayuda del profesor de educación física del PNA.	Se comenzará por un día semanal, y se progresará a 2 días. Luego de los 6 meses se evaluará su continuidad	Utilización de botellas de agua, protector solar, gorras, elementos de fuerza (pesas, colchonetas, ropa adecuada)	% De pacientes que participan de los encuentros.

Elaboración de material educativo, accesible (folletería, carteles, videos)	Se producirá material educativo, adaptado, tanto para el paciente y familia	El coordinador del proyecto, nutricionista y TCST.	Durante el primer mes. Se actualizará si corresponde cada dos meses.	Computadoras, equipo de impresión, diseño gráfico. Utilización de celulares para crear videos informativos.	N° de materiales creados y producidos para utilizar en el proyecto.
Capacitar al personal que participar en estas actividades, para unificar criterios	Se capacitará al personal, para unificar objetivos y criterios.	Equipo de salud conformado por los profesionales que participan del proyecto	Durante los dos primeros meses, y se reforzará en caso de que más profesiones quieran participar.	Sala para realizar la capacitación, material audiovisual etc.	% de los integrantes del equipo de salud que participan del proyecto
Organizar sesiones con la familia o los cuidadores.	Durante la actividad, se fomentará a el entorno (familia/cuidadores) para que dé su apoyo y si lo desea participar activamente de los encuentros.	El coordinador del proyecto, psicóloga y TCST.	Cada dos meses, se aprovecharán las sesiones para trabajar de forma conjunta con el paciente y su red de apoyo	Material adaptado para trabajar con los familiares y cuidadores.	% de pacientes con familiares/ cuidadores capacitados, a través de un cuestionario
Implementar un registro pacientes con diabetes y de los familiares/ cuidadores.	Realización de registro de familiar/cuidador para el seguimiento y refuerzo.	Coordinador del proyecto (Licenciada en enfermería)	Permanente, para contar con datos actualizados.	Registros actualizados, base de dato operativo.	N° de familiares/cuidadores actualizados
Diseñar registros de indicadores de adherencia.	Se realizarán reuniones para analizar datos sobre adherencia de los participantes, retroalimentación para evaluar adherencia.	El equipo de salud y si fuera necesario el informático.	Durante el proyecto, con un una continuidad bimensual, para evaluar adherencia	Computadora con la herramienta a utilizar, cuadernos con registros claros.	Sistema utilizado y operativo.
Coordinar con organizaciones locales para el apoyo logístico	Se coordinará con las organizaciones para apoyo logístico a las actividades del programa (ej. Uso de junta vecinal) para dar continuidad a los encuentros y no suspender por mal tiempo.	El equipo e salud y coordinador comunitario	Desde el comienzo del proyecto	Contactos con el presidente barrial, y la justa vecinal	N° de alianzas o convenios con las instituciones

La enfermera en conjunto con el médico, evaluará rápidamente comorbilidades limitantes (neuropatía, dolor, cardiopatía) y prescribirá ejercicio (ejercicios sentado para neuropatía, caminata corta progresiva para cardiopatía). Los talleres de educación tendrán entre sus objetivos, además de los mencionados, educar para prevenir complicaciones en pacientes, la conformación del grupo de pares (encuentro semanal y grupo de WhatsApp), dado que la bibliografía respalda que los grupos de pertenencia favorecen la adherencia a largo plazo.

La implementación de un sistema de monitoreo y retroalimentación continua, permitirá la evaluación de indicadores, con el fin de realizar ajustes (si fuera necesario) en las intervenciones.

Para la evaluación de la calidad se utiliza el modelo de Donabedian (Colegio Oficial de Enfermería de Lugo, 2021). Este modelo establece el análisis de estructura, proceso y resultado.

Los indicadores estructurales nos permiten evaluar factibilidad midiendo las herramientas y recursos para la realización del proyecto, en este proyecto se medirá el material educativo elaborados en el primer mes, el correcto funcionamiento del registro de pacientes y cuidadores, el diseño del sistema para medir adherencia y el acuerdo con la junta vecinal para usar sus instalaciones. Condiciones necesarias para la realización del proyecto y su desarrollo con calidad.

Los indicadores de proceso se evaluarán midiendo el porcentaje de profesionales del CAPS que asisten a las capacitaciones, así como la cantidad de pacientes y familiares que participan activamente en el grupo.

Por último, los indicadores de resultados permitirán medir el impacto real del proyecto, se medirán mediante el porcentaje de respuestas correctas del paciente y sus familiares/cuidadores al finalizar los talleres educativos, la realización la encuesta sobre adherencia pre y post talleres, lo que demuestra si realmente se logró mejorar el autocuidado y la adherencia al tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar Danona, J., Pedraza Lobos, J., Contreras Morales, B., Montenegro Rossa, P., & Astorga Rocha, C. (2023). Impacto de los determinantes sociales en la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Confluencia*, *6*(2), 115-120. https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/1048

American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2024). 2. Diagnosis and classification of diabetes: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*, *47*(Suppl. 1), S20-S42. https://doi.org/10.2337/dc24-S002

American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2024). 8. Obesity and weight management for the prevention and treatment of type 2 diabetes: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*, *47*(Suppl. 1), S145-S157. https://doi.org/10.2337/dc24-S008

Arévalo Berrones, J. G., Cevallos Paredes, K. A., & Rodríguez Cevallos, M. de los Á. (2020). Intervención nutricional en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 para lograr el control glucémico. *Revista Cubana de Medicina Militar*, *49*(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572020000300010&lang=en https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=101994

Arias-Rodríguez, F. D., Jiménez-Valdiviezo, M. A., Ríos-Criollo, K. D. C., Murillo-Araujo, G. P., Toapanta-Allauca, D. S., Rubio-Laverde, K. A., Barreno-Yandún, Y. P., Moposita-Alvarado, M. M., & Trejo-Pincay, M. B. (2023). Pie diabético. Actualización en diagnóstico y tratamiento. Revisión bibliográfica. *Angiología*, *75*(4). https://doi.org/10.20960/angiologia.00474

Arnold Domínguez, Y., Chirino Cruz, E., Cabrera Rode, E., & Hernández Rodríguez, J. (2020). Nivel de actividad física y su relación con factores clínicos y complicaciones crónicas en personas con diabetes mellitus. *Revista Cubana de Endocrinología*, *31*(3), 1–12.

Arreola-Ornelas, H., Merino-Juárez, G. A., Contreras-Loya, D., Méndez-Carniado, O., Morales-Juárez, L., Bernal-Serrano, D., Arizmendi-Barrera, K. A., Vargas-Martínez, C., Razo, C., Knaul, F. M., Gakidou, E., Dai, X., Cogen, R., & Ahmad, N. S. (2023). La carga del sobrepeso y la obesidad en México de 1990 a 2021. *Gaceta Médica de México*, *159*(6), 560–573. https://doi.org/10.24875/GMM.23000397

Balanzá-Martínez, V., Kapczinski, F., De Azevedo-Cardoso, T., Atienza-Carbonell, B., Rosa, A. R., Mota, J. C., & De Boni, R. B. (2021). La evaluación de los cambios en el estilo de vida durante la pandemia de COVID-19 mediante una escala multidimensional. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *14*(1), 16-26. https://doi.org/10.1016/J.RPSM.2020.07.003

Barrio-Deler, R., López-Galán, E., & Fornaris-Lias, Y. (2023). Características clínicas, epidemiológicas y bioquímicas de los pacientes diabéticos tipo 2 sin tratamiento farmacológico. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *39*(4), e2576. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10020357

Benítez, C., Sánchez Lovera, L., & Jarolín Montiel, M. (2024). Características clínicas de pacientes con enfermedad del pie relacionado a la diabetes mellitus que acudieron al Hospital Nacional 2022-2023. *Revista Del Nacional (Itauguá)*, *16*(2), 094–101. https://www.revistadelnacional.com.py/index.php/inicio/article/view/163

Briones, A., Wong, L. I., Flores, D. M., Guzmán, M., Castellanos, M., & Albavera, C. (2022). Falta de adherencia al tratamiento farmacológico y factores asociados en pacientes

mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Revista médica de Chile*, *150*(8), 985-993. https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872022000800985

Caballero González, E., Moreno Gelis, M., Sosa Cruz, M. E., Mitchell Figueroa, E., Vega Hernández, M., & Columbié Pérez, L. de A. (2012). Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. *INFODIR*, *8*(15), 1-10. https://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifd-2012/ifd1215d.pdf

Cardozo-Angulo, R. A., Núñez-Escorche, C., Núñez-Sandoval, Y., Ojeda-Rodríguez, M., & Ojeda-Herrera, O. (2025). Factores de riesgo para diabetes mellitus tipo 2 en estudiantes de medicina. *Acta Médica Costarricense*, *67*(1). https://doi.org/10.51481/amc.v67i1.1427

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2026). *Informe Nacional de Estadísticas de Diabetes*. https://usdss.cdc.gov/diabetes/report.html

Colegio Oficial de Enfermería de Lugo. (2021). *Calidad en el Sistema Nacional de Salud* [Archivo PDF]. https://www.enfermerialugo.org/wp-content/uploads/2021/02/Tema-2-Calidad-en-el-Sistema-Nacional-de-Salud.pdf

Commendatore, V., de Dios, A., Elbert, A., Faingold, M. C., Frechtel, G., Fuente, G., Gorban de Lapertosa, S., Litwak, L., Musso, C., Rodríguez, M., Rovira, G., Salzberg, S., Sanabria, H., Sinay, I., Yuma, M., & Morejón, A. (2025). Guía para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el adulto. *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes*, *59*(1), 29-66. https://doi.org/10.47196/diab.v59i1.1167

Coto-Ramirez, D., Rojas-Bonilla, J. M., Sáenz-Madrigal, R., Gómez-Duarte, I., & Miranda-Loría, G. (2024). Determinantes sociales de la salud, desigualdades y políticas públicas: factores para el pie diabético. *Horizonte Sanitario*, *23*(2). https://doi.org/10.19136/hs.a23n2.5837

Cunha, I. A., Lima, A. C. O., Silva, L. R. B., Oliveira, J. C. M. de, & Pacheco, G. C. B. (2024). Clinical profile and analysis of adherence to self-care in patients with type 2 diabetes: A cross-sectional study, Goiânia, Goiás, Brazil, 2024. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, *35*. https://doi.org/10.1590/S2237-96222026v35e20250161.en

Davis-Carrillo, W. J., Alburqueque-Dávila, A. J., & Quito-Esteves, A. C. (2024). Control en salud y determinantes sociales en diabetes tipo 2. *Revista Interdisciplinaria de Humanidades, Educación, Ciencia y Tecnología*, *10*(19), 81-94. https://doi.org/10.35381/cm.v10i19.1351

Díaz Greene, E. J., Sánchez Arreguín, R., & Santibáñez Silva, V. (2024). Tratamiento farmacológico en la neuropatía diabética. ¿Fantasía o realidad? *Acta médica Grupo Ángeles*, *22*(4), 290-295. https://doi.org/10.35366/117518

Díaz Piñera, A. M., Rodríguez Salvá, A., Achiong Estupiñán, F. J., Cardona Garbey, D. L., Maldonado Cantillo, G., Londoño Agudelo, E. A., & Stuyft, P. V. d. (2024). Adherencia terapéutica de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en cuatro áreas de salud del país. *Revista Finlay*, *14*(1).

Dimas-Altamirano, B., Dimas-Altamirano, C. R., Santana-González, C. C., Gómez-Ortega, M., Bobadilla-Serrano, M. E., & Maciel-Vilchis, A. C. (2024). Estudio de caso: Educación terapéutica a adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 y osteoporosis. *Sanus*, *9*. https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.408

Duran Raslan, M., Durán Viveros, N., & Roca Edelman, S. G. (2025). Efectividad del Programa de Educación para Control Glicémico en Pacientes. *Revista Científica De Salud Y Desarrollo Humano*, *6*(1), 1007–1025. https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v6i1.521

Esquivel-Prados, E., Pareja-Martínez, E., & García-Corpas, J. P. (2024). Relationship between adherence to oral antidiabetic drugs and control of type 2 diabetes mellitus. *Journal*

of Healthcare Quality Research, *39*(6), 346–355. https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2024.06.007

Espinosa Pire, L. N., Alfonso González, I., Calvache Vargas, M. A., & Lozano Ati, H. A. (2025). La diabetes mellitus tipo 2 y su relación con la obesidad. *Revista Finlay*, *15*, e1428. https://doi.org/10.5281/zenodo.14679695

Federación Internacional de Diabetes. (2021). *IDF Diabetes Atlas* (11.ª ed.). https://diabetesatlas.org/

Fuentes-Barría, H., Aguilera-Eguía, R., Alarcón-Rivera, M., López-Soto, O., Aristizabal-Hoyos, J. A., Roco-Videla, Á., Caviedes-Olmos, M., & Rojas-Gómez, D. (2025). Exercise-Induced Molecular Adaptations in Chronic Non-Communicable Diseases-Narrative Review. *International Journal of Molecular Sciences*, *26*(24), 12096. https://doi.org/10.3390/ijms262412096

García-García, J. A., Garza-Sánchez, R. I., & Cabello-Garza, M. L. (2022). Dimensiones de los estilos de vida saludable durante el confinamiento por COVID-19 en la población mexicana. *Prospectiva*, (34), 249-270. https://doi.org/10.25100/prts.v0i34.11671

Giménez, J. F., Horna, M. E., Torres Rodeles, A. S., Falivene, M. A., & Mierez, M. L. (2022). Factores determinantes de la adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en usuarios de un servicio de medicina familiar. Corrientes, Argentina. En M. C. Auchter (Comp.), *Libro de Artículos Científicos en Salud 2022* (pp. 85-89). Universidad Nacional del Nordeste. Facultad de Medicina. https://med.unne.edu.ar/wp-content/uploads/2022/06/2022_19.pdf

Gómez Vivas, E., Revilla Cahuana, W. H., & Ticona Aguilar, O. (2025). *Plan de acción para fortalecer la adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores de un establecimiento de salud en Puno, 2026* [Tesis de maestría,

Universidad Continental]. Repositorio Institucional Continental. https://hdl.handle.net/20.500.12394/19655

González Pedroso, M. T., Torres Rodríguez, M. de L., Ferrer Arrocha, M., Alonso Martínez, M. I., & Pérez Assef, H. (2020). Prevalencia de alteraciones del metabolismo glucídico en familiares de primer grado de pacientes diabéticos tipo 2. *Revista Cubana de Medicina*, *59*(2). https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=97320

Graham, H., & White, P. C. L. (2016). Social determinants and lifestyles: Integrating environmental and public health perspectives. *Public Health*, *141*, 270–278. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.09.019

Grassi, L. C. (2024). *Adherencia al estilo de vida saludable en adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2* [Tesis de grado, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud – Fundación Barceló]. https://repositorio.barcelo.edu.ar/handle/123456789/502

Guamán-Montero, N., Pérez, R., & Soto, J. (2021). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, *40*(3), 282-283. https://doi.org/10.5281/zenodo.5039487

Heredia-Morales, M., & Gallegos Cabriales, E. C. (2022). Riesgo de diabetes mellitus tipo 2 y sus determinantes. *Enfermería Global*, *21*(65), 179-202. https://doi.org/10.6018/eglobal.482971

Hernández-Teixidó, C., López-Simarro, F., Arranz Martínez, E., Escobar Lavado, F. J., & Miravet Jiménez, S. (2023). Vulnerabilidad y determinantes sociales en diabetes. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, *49*(8), 102044. https://doi.org/10.1016/j.semerg.2023.102044

Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. (s.f.). *Proyecto internacional llega a Corrientes para ayudar a combatir la epidemia de diabetes*. https://iecs.org.ar/proyecto-internacional-llega-a-corrientes-para-ayudar-a-combatir-la-epidemia-de-diabetes/

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2019). *4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos*. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2022). *Estadísticas vitales*. https://www.indec.gob.ar

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2025). *Indicadores de condiciones de vida de los hogares en 31 aglomerados urbanos. Primer semestre de 2025* (Informes técnicos, Vol. 9, N° 268, pp. 1-28). https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_indicadores_hogares_11_2514558E0A45.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2025). *Defunciones, tasa de mortalidad general por 100.000 habitantes y distribución porcentual, según principales causas de muerte Años 2013-2022* [Conjunto de datos]. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/030302_2023.xlsx

Jansà, M., Vidal, M., Giménez, M., Conget, I., Galindo, M., Roca, D., Colungo, C., Esmatjes, E., & Salamero, M. (2013). Psychometric analysis of the Spanish and Catalan versions of the Diabetes Self-Care Inventory-Revised version questionnaire. *Patient Preference and Adherence*, *7*, 997–1005. https://doi.org/10.2147/PPA.S50271

Khagram, L., Martin, C. R., Davies, M. J., & Speight, J. (2013). Psychometric validation of the Revised Self-Care Inventory (SCI-R) in UK adults with type 2 diabetes using data from

the AT.LANTUS Follow-on study. *Health and Quality of Life Outcomes*, *11*, 24. https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-24

Laakso, M., & Fernandes Silva, L. (2022). Genética de la diabetes tipo 2: pasado, presente y futuro. *Nutrients*, *14*(15), Artículo 3201. https://doi.org/10.3390/nu14153201

Lee, M.-J., Seo, B.-J., & Kim, Y.-S. (2024). Impacto de la educación como determinante social en el riesgo de diabetes mellitus tipo 2 en adultos coreanos. *Healthcare*, *12*(14), 1446. https://doi.org/10.3390/healthcare12141446

Liao, Y. S., Tsai, W. C., Chiu, L. T., & Kung, P. T. (2023). Educational level influences the time of diagnosis of type 2 diabetes mellitus and mortality risk among participants of the diabetes pay-for-performance program. *Health Policy*, *138*, Article 104917. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104917

Lise, F., Schwartz, E., De-Lima-Spagnolo, L. M., & Stacciarini, J. M. (2023). Influencia de los determinantes sociales de la salud en la eficacia familiar. *Revista Cuidarte*, *14*(1). https://doi.org/10.15649/cuidarte.2805

Luzius, A., Dobbs, P. D., Hammig, B., Kirkish, R., & Mojica, M. (2022). Using the PRAPARE Tool to Examine Those Tested and Testing Positive for COVID-19 at a Community Health Center. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, *9*(4), 1528–1535. https://doi.org/10.1007/s40615-021-01091-8

Maceira, D. (2020). Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano. *Revista Estado y Políticas Públicas*, (14), 155-179. http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4536

Martínez-Ramírez, J. C., Villarreal-Ríos, E., García-Díaz, B. I., & Galicia-Rodríguez, L. (2024). Gasto de bolsillo familiar en atención de la diabetes mellitus tipo 2 y porcentaje que

representa en el ingreso familiar. *Gaceta Médica de México*, *160*(2), 205-211. https://doi.org/10.24875/gmm.24000024

Martínez Martinez, R., & Estrella López, B. C. (2025). Influencia del género en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, *24*(0). https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10483914

Mera-Flores, R., Colamarco-Delgado, D. C., Rivadeneira-Mendoza, Y., & Fernández-Bowen, M. (2021). Aspectos generales sobre la diabesidad: fisiopatología y tratamiento. *Revista Cubana de Endocrinología*, *32*(1), 1-15. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532021000100010&lang=es#B30

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2021). *Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2). Versión breve para el equipo de salud*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-01/guia-nacional-practica-clinica-diabetes-mellitius-tipo2_version-abreviada.pdf

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2023). *Manual de educación diabetológica para el automanejo de personas con diabetes mellitus: Dirigido a equipos de salud* [PDF]. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/10/06-25-manual-de-educacion-diabetologica-2025.pdf

Ministerio de Salud de la Nación. (s.f.). *Diabetes Mellitus*. Gobierno de Argentina. https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/diabetes

Montero-López, M., Santamaría-Ulloa, C., Bekelman, T., Arias-Quesada, J., Corrales-Calderón, J., Jackson-Gómez, M., & Granados-Obando, G. (2021). Determinantes sociales de la

salud y prevalencia de sobrepeso-obesidad en mujeres urbanas, según nivel socioeconómico. *Hacia la Promoción de la Salud*, *26*(2), 192-207. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9368606

Mora Romo, J. F. (2022). Adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 en México: Estudio de metaanálisis. *Psicumex*, *12*(1), 1-20. https://doi.org/10.36793/psicumex.v12i1.493

Nadeau, K. J., Mayer-Davis, E. J., Gubitosi-Klug, R., Zeitler, P. S., Kahn, S. E., Dabelea, D., & los Grupos de estudio SEARCH, TODAY, RISE y DISCOVERY. (2025). Diabetes tipo 2 de inicio juvenil: lo que hemos aprendido de los estudios clave sobre la diabetes tipo 2 de inicio juvenil, lo que aún desconocemos y por qué es importante. *Diabetes Care*, *48*(7), 1136-1149. https://doi.org/10.2337/dc25-0001

National Association of Community Health Centers. (2016). *PRAPARE: Protocol for Responding to and Assessing Patients' Assets, Risks, and Experiences*. https://www.nachc.org/research-and-data/prapare

National Health and Medical Research Council. (2013). *Guías de práctica clínica para el manejo del sobrepeso y la obesidad en adultos, adolescentes y niños en Australia*. https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/clinical-practice-guidelines-management-overweight-and-obesity

Nievas, C. M., Gandini, J. B., & Tapia, A. (2021). Desigualdades en el acceso a medicamentos y gasto de bolsillo, realidades del subsistema público de salud en el interior argentino. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba*, *78*(2). https://doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n2.30652

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Programa Mundial de Alimentos, Organización Panamericana de la Salud, & UNICEF. (2019). *Panorama*

de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe: Hacia entornos alimentarios más saludables que hagan frente a todas las formas de malnutrición. FAO; PMA; OPS; UNICEF. https://doi.org/10.4060/ca6967es

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Diagnóstico y manejo de la diabetes de tipo 2 (HEARTS-D)* (Versión oficial en español). Organización Panamericana de la Salud. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53007/OPSWNMHNV200043_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/41182/adherencia-largo-plazo.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2023, 5 de abril). Diabetes. *Organización Mundial de la Salud*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

Organización Mundial de la Salud. (2024). Diabetes. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Determinantes sociales de la salud*. https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Diagnóstico y manejo de la diabetes de tipo 2 (HEARTS-D)* (OPS-W/NMH/NV/20-0043). https://iris.paho.org/handle/10665.2/53007

Organización Panamericana de la Salud (2023). *Diabetes*. https://www.paho.org/es/temas/diabetes

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Diabetes* [Carga de enfermedad]. https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedad-por-diabetes

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Determinantes sociales de la salud*. https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

Organización Panamericana de la Salud. (2025). *Determinantes sociales de la salud*. https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

Organización Panamericana de la Salud. (2026). *Cuidado de las personas con diabetes mellitus tipo 2 en Atención Primaria de Salud* [Curso en línea de autoaprendizaje]. Campus Virtual de Salud Pública.

Ortiz-Ruiz, N. (2021). Análisis de desigualdades en salud. Una propuesta cualitativa. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, *39*(1), e339563. https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/339563

Pagès-Puigdemont, N., & Valverde-Merino, M. I. (2018). Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharmaceutica*, *59*(4). https://doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357

Palomo, C., Denman, C. A., Cornejo-Vucovich, E. C., Landeros-Flores, P. E., & Rodríguez-Ibarra, S. (2022). Barreras y facilitadores para una alimentación saludable entre participantes de Meta Salud Diabetes en Sonora, México. *Estudios Sociales. Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*, *32*(59). https://doi.org/10.24836/es.v32i59.1220

Panduro Vásquez, G. N., Dextre, M. L., Antezana Alzamora, S., Silva Robledo, J., & Aguirre Sosa, J. (2024). Efecto de una intervención de educación alimentaria en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sobre su conocimiento de las porciones de alimentos. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, *44*(4). https://doi.org/10.12873/444aguirre

Parada Flores, B., Luna-Villouta, P., Martínez Salazar, C., Flández Valderrama, J., Valenzuela Contreras, L., Flores-Rivera, C., & Vargas-Vitoria, R. (2023). Physical Exercise Methods and Their Effects on Glycemic Control and Body Composition in Adults with Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM): A Systematic Review. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, *13*(11), 2529–2545. https://doi.org/10.3390/ejihpe13110176

Parra Sánchez, O. (2023). *Educación diabetológica mediante aplicaciones digitales en el control de complicaciones crónicas a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria* [Tesis de maestría, Universidad Miguel Hernández]. Repositorio Institucional de la Universidad Miguel Hernández. https://hdl.handle.net/11000/32323

Raihan, N., & Cogburn, M. (2026). Teoría de las etapas del cambio. *StatPearls*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556005/

Rodríguez de Vera-Gómez, P., Mateo-Rodríguez, C., Vivas-López, C., Serrano-Olmedo, I., Méndez-Muros, M., Morales-Portillo, C., Sevillano Jiménez, M., Hernández-Herrero, C., & Martínez-Brocca, M. A. (2022). Efectividad de un programa de implantación de sistemas de monitorización flash de glucosa a través de una intervención educativa grupal y telemática en adultos con diabetes tipo 1. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, *69*(9), 657-668. https://doi.org/10.1016/j.endinu.2021.09.008

Rodríguez, G. B., & Pérez, M. R. (2025). Impacto del tratamiento multidisciplinario en la adherencia de pacientes con diabetes tipo 2 en la Unidad de Pronta Atención 15, José Clemente Paz. *Trabajos científicos COSAPRO 2025*, *1*(1), 253. https://doi.org/10.5281/sp.v1i.253

Rodriguez-Rada, C., Celada-Rodriguez, Á., Celada-Roldán, C., Tárraga-Marcos, M. L., Romero-de Ávila, M., & Tárraga-López, P. J. (2021). Análisis de la relación entre diabetes mellitus tipo 2 y la obesidad con los factores de riesgo cardiovascular. *Journal of Negative and No Positive Results*, *6*(2), 411-433. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2021000200012

Rojas-Bonilla, J. M., Camacho-Álvarez, Y., Campos-Zamora, K., Román-González, T., Alvarado-Prado, R., & Romero-Zúñiga, J. J. (2023). Mortalidad de pacientes internados por pie diabético en un hospital de Costa Rica (2017-2019). *Horizonte Sanitario*, *22*(2). https://doi.org/10.19136/hs.a22n2.5293

Russo, M. P., Grande-Ratti, M. F., Burgos, M. A., Molaro, A. A., & Bonella, M. B. (2023). Prevalencia de diabetes, características epidemiológicas y complicaciones vasculares. *Archivos de cardiología de México*, *93*(1), 30-36. https://doi.org/10.24875/acm.21000410

Sainz-Prado, R., Sainz-Prado, A., Andrade-Gómez, E., & Rodríguez-Roca, B. (2025). Quasi-experimental controlled study protocol to reduce sedentary lifestyle in patients with type 2 diabetes. *PLOS One*, *20*(9), e0330393. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0330393

Saldarriaga, J., Duque-Ramírez, M., Velásquez, J., & Palacio-Uribe, J. I. (2023). Impacto del ejercicio en la neuropatía autonómica cardiovascular. *Revista Colombiana de Cardiología*, *30*(5), 295-305. https://doi.org/10.24875/RCCAR.21000106

Sanz Vela, N. (2022). Diabetes práctica. Actualización y habilidades en Atención Primaria [Resumen de congreso]. *XXXIII Congreso de la Sociedad Española de Diabetes (SED)*,

Las Palmas de Gran Canaria,

España. https://www.diabetespractica.com/files/103/13-2-art6.pdf

Segura Cortes, J. C., & Moreno-Fergusson, M. E. (2023). Automanejo de la diabetes en personas socioeconómicamente vulnerables: estudio de factibilidad. *Revista Cuidarte*, *14*(3), e15. https://doi.org/10.15649/cuidarte.3102

Serret López, D., Rodríguez Salvá, A., Díaz Piñera, A. M., & Maldonado Cantillo, G. (2024). Principales comorbilidades y complicaciones en pacientes diabéticos tipo 2 desde dos miradas diferentes. *Finlay: Revista de Enfermedades no Transmisibles*, *14*(3), 276–287. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9884492

Vera-Rodríguez, P., Mastroianni, P., Samaniego-Silva, L. R., Lugo, G. B., Maciel, O. Y., & Maidana, G. M. (2023). Evaluación del conocimiento y cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos y diabéticos tipo 2 en una unidad de salud de la familia. *Pharmaceutical Care España*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2794-11402023000400002&lang=pt#B30

Vijayakumar, S. (2025). *Social networks of care: A qualitative study on the role of social support in managing diabetes while facing economic and housing insecurity* [Tesis de maestría, Yale University].

EliScholar. https://elischolar.library.yale.edu/ysphtdl/2559/

Waite, J., Sparringa, M., Duhn, L., & Camargo-Plazas, P. (2022). No me doblegaron, voy a salir adelante: Un estudio participativo que explora el acceso a los servicios de salud y sociales en mujeres de bajos ingresos en Ontario, Canadá. *New Trends in Qualitative Research*, *13*, e674. https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e674

Wan, W., Li, V., Chin, M. H., Faldmo, D. N., Hoefling, E., Proser, M., & Weir, R. C. (2022). Development of PRAPARE Social Determinants of Health Clusters and Correlation with Diabetes and Hypertension Outcomes. *Journal of the American Board of Family Medicine*, *35*(4), 668–679. https://doi.org/10.3122/jabfm.2022.04.200462

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. https://iris.who.int/handle/10665/42682

ANEXOS

Cartas de autorización

Consentimiento Informado

Instrumento de evaluación

Puerto Madryn, 18 de Agosto 2025

Al Comité Interdisciplinario de docencia e investigación

Presente:

Asunto: Solicitud de evaluación del comité Interdisciplinario de docencia e investigación.

De mi mayor consideración:

Me dirijo a ustedes como maestrando en Salud Pública de la Universidad de Aconcagua, con el fin de solicitar la evaluación y aprobación del proyecto de investigación titulado:

"Adherencia al tratamiento y su relación con los determinantes de salud en pacientes diabéticos tipo II que se atienden en el Primer Nivel de Atención de Puerto Madryn, durante el trimestre Julio-septiembre de 2025."

El estudio propone un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal con componente analítico, y tiene como objetivo conocer el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo II y su posible asociación con determinados factores sociales de salud, como nivel educativo, situación económica y accesibilidad al sistema de salud.

La población objetivo incluye pacientes mayores de edad que se atienden en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la zona oeste de la ciudad de Puerto Madryn. La muestra estará conformada por todos aquellos que acepten participar voluntariamente durante el período de recolección de datos. Se utilizará un cuestionario, el cual será auto-administrado o aplicado por entrevista, según necesidad del participante. Se solicitará consentimiento informado, garantizando el anonimato, confidencialidad y el derecho de los pacientes a no participar o retirarse en cualquier momento, sin que ello afecte su atención médica. No se recolectarán datos clínicos sensibles ni se realizarán intervenciones.

Adjunto a la presente:

Quedo a su disposición para brindar cualquier aclaración o documento adicional que el comité considere pertinente. Sin otro particular, agradezco su atención y quedo a la espera de su evaluación.

Atentamente, Alvarez Veronica Malvina.

Maestrando en Salud Pública. Universidad de Aconcagua.

DNI: 29229640.

Teléfono: 2804181275.

Correo electrónico:veroalvares2012@gmail.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El objetivo de esta encuesta es conocer el grado de adherencia al tratamiento y su relación con determinantes sociales de la salud, tales como accesibilidad, nivel educativo y situación económica, en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo II que asisten a los Centro de Atención Primaria de la Salud.

Los resultados de esta investigación forman parte de la tesis de maestría de Verónica Alvarez y serán socializados con el personal del Primer Nivel de Atención de Puerto Madryn Chubut, con el fin de fortalecer la consejería de prevención de todos aquellos factores modificables en los usuarios.

El equipo investigador se compromete a mantener la confidencialidad de la información resultante de las encuestas y del cuestionario además los datos obtenidos no serán asociados a su identidad, ni se compartirá información confidencial y que solamente se compartirá los resultados con fines educativos en lo referente a la investigación desarrollada.

Declaro que me fue leído y explicado los objetivos, el procedimiento a realizar y los posibles beneficios a obtener con el estudio, de forma clara y suficiente.

Por lo tanto, en mi condición de participante declaro estar de acuerdo en colaborar de forma voluntaria en esta investigación, y no responder alguna pregunta de la encuesta, sin que esto tenga consecuencias negativas a mi persona.

Si tengo dudas o consultas puedo contactarme con Verónica Alvarez. Cel. 2804181275.

Lugar y Fecha: _____

Firma del investigador: _____

Firma o huella Firma del participante: _____

ENCUESTA N°

CENTRO DE SALUD:

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

DOMICILIO DEL ENCUESTADO/A:

ENCUESTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Esta encuesta forma parte de un estudio sobre la adherencia al tratamiento y los determinantes sociales en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en Centros de Salud de Primer Nivel de Puerto Madryn.

La información recolectada será confidencial y anónima, utilizada únicamente con fines académicos.

Su participación es voluntaria.

Cuestionario de adherencia al tratamiento - diabetes (sci-r.es Adaptado). Este cuestionario mide lo que usted realmente hace (no lo que le han recomendado). Marque con una **X** la respuesta que más se parece a su realidad.

Le pedimos por favor que responda todas las preguntas.

	COMPORTAMIENTO	**NUNCA (1)**	**CASI NUNCA (2)**	**ALGUNAS VECES (3)**	**CASI SIEMPRE (4)**	**SIEMPRE (5)**
1	Toma la dosis indicada de pastillas o insulina					
2	Toma la medicación en los horarios indicadas					
3	Sigue las cantidades de comida recomendadas					
4	Registra los alimentos que consume					
5	Revisa etiquetas nutricionales en alimentos					
6	Lleva azúcar/carbohidratos para hipoglucemias					
7	Asiste a sus consultas médicas programadas					
8	Realiza actividad física regularmente					

ENCUESTA DETERMINANTES SOCIALES

SECCIÓN 1: HÁBITOS Y AUTOCUIDADO. ACTIVIDAD FÍSICA

1. **¿Realiza actividad física?**

   ☐ **Sí** *(contestar 2-6)* ☐ **No** *(ir a pregunta 7)*

2. **Motivo:**

   ☐ Porque me gusta ☐ Porque es saludable ☐ Recomendación médica ☐ Otro:

3. **Tipo:**

   ☐ Caminar ☐ Bicicleta ☐ Gimnasio/Yoga ☐ Deporte en club

4. **Frecuencia:**

   ☐ 1-2 veces/mes ☐ 1 vez/semana ☐ 2 veces/semana ☐ Más de 2 veces/semana

5. **Horas/semana:**

   ☐ Menos de 2hs ☐ 2-6hs ☐ Más de 6hs

6. **Tiempo realizándola:**

   ☐ Más de 1 año ☐ Menos de 1 año ☐ Algunos meses

7. **Si no realiza, motivo:** *(solo si respondió "No")*

   ☐ No me gusta ☐ No hay lugares cercanos ☐ Horarios laborales ☐ Motivos económicos

   ☐ Otras enfermedades ☐ Otro:

ALIMENTACIÓN

8. **Comidas habituales:** *(marque todas)*

   ☐ Desayuno ☐ Almuerzo ☐ Merienda ☐ Cena ☐ Picoteo ☐ Otro:

9. **Alimentos predominantes:** *(marque hasta 3)*

   ☐ Verduras ☐ Frutas ☐ Harinas ☐ Carnes rojas ☐ Carnes blancas

   ☐Lácteos ☐ Legumbres

10. **Su dieta es:**

    ☐ Equilibrada ☐ Un poco desequilibrada ☐ Muy desequilibrada

11. **Tipo de alimentación:**

    ☐ Vegetariano/a ☐ Omnívoro ☐ Vegano/a

12. **Frecuencia de consumo de comida rápida/panadería:**

    ☐ Nunca ☐ Ocasional (menos de 1 vez al mes) ☐ Frecuente (1-2 por semana) ☐ Diario

13. **Bebidas que consume:** *(marque todas)*

    ☐ Agua ☐ Gaseosas azucaradas ☐ Aguas saborizadas ☐ Gaseosas light

    ☐ Jugos naturales ☐ Alcohol ☐ Jugos dietéticos ☐ Otras:

14. **Frecuencia de bebidas no agua:**

    ☐ Nunca ☐ Ocasional ☐ Frecuente ☐ Diario

15. **Endulzantes que usa (marque las que utiliza)**

    ☐ Azúcar ☐ Miel ☐ Edulcorante ☐ Ninguno

SECCIÓN 2: SALUD GENERAL Y BIENESTAR

16. **Último valor de glucemia:** _____ % *(si lo recuerda)*
17. **Peso:** _____ kg | **Talla:** _____ cm ☐ No recuerdo
18. **Años desde diagnóstico de diabetes:**
19. **Complicaciones de salud en el último año:** *(marque todas las que corresponda)*

    ☐ Pie diabético ☐ Neuropatía ☐ Enfermedad renal ☐ Evento cardiovascular

    ☐ Retinopatía ☐ Ninguna

20. **Antecedentes familiares con diabetes:**

    ☐ Madre/padre ☐ Hermano ☐ Abuelo ☐ Ninguno

21. **Nivel de estrés** (manifestado por tensión, nerviosismo, dificultad para dormir)

    ☐ Nada ☐ Un poco ☐ Mucho ☐ Prefiero no responder

22. **Frecuencia de contacto con familiares/amigos:**

    ☐ Menos de 1 vez/mes ☐ Más de 1 vez/semana ☐ menos de 1 vez/semana

    ☐ Prefiero no responder

23. **Seguridad en su vivienda:** ¿se siente seguro física y emocionalmente donde vive?

    ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Siempre ☐ Prefiero no responder

SECCIÓN 3: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

24. **Educación:**

    ☐ Sin estudios ☐ Primaria incompleta ☐ Primaria completa ☐ Secundaria completa

    ☐ Terciaria/Universitaria

25. **Situación laboral:**

☐ Empleo formal ☐ Jubilado/Pensionado ☐ Trabajo informal (changas) ☐ Estudiante

☐ Ama de casa ☐ Desempleado

SECCIÓN 4: CONDICIONES ECONÓMICAS Y VIVIENDA

26. **Ingresos mensuales del hogar:**

☐ Menos de 1 salario mínimo ☐ 1-2 salarios ☐>2 salarios

27. **Recibe ayuda social:** ☐ Sí *(¿Cuál?* _____*)* ☐ No
28. **Tipo de vivienda:**

☐ Propia ☐ Prestada ☐ Alquilada ☐ Asentamiento

29. **Servicios básicos:** *(marque todos)*

☐ Agua potable ☐ Gas natural ☐ Luz eléctrica ☐ Recolección de residuos ☐ Cloacas

30. **N° personas en el hogar:**
31. **N° habitaciones:**

SECCIÓN 5: ACCESO A SALUD

32. **Cobertura médica:**

☐ Salud Pública ☐ Privado ☐ Obra social ☐ Ninguna

33. **Distancia al centro de salud:**

☐ Menos 5 cuadras ☐ 5-15 cuadras ☐ Más de15 cuadras

34. **Barreras para el cuidado:** *(marque todas)*

☐ Costo de medicamentos ☐ Discriminación ☐ Falta de especialistas ☐ Transporte

☐ Horarios laborales ☐ Otros: _____

Muchas gracias por su participación.

Observaciones……
……
……