



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA



REVISIÓN SISTÉMICA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON DIABETES

TIPO 2

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA

JESUS ARNULFO LANDA ARREOLA

ASESORA

DRA. MA. DE JESÚS RUIZ RECÉNDIZ

COASESORA

DRA. VANESA JIMÉNEZ ARROYO

REVISORA

DRA. MA. LILIA ALICIA ALCÁNTAR ZAVALA

MORELIA, MICHOACÁN

DICIEMBRE 2020

Directivos

MSP. Julio César González Cabrera

Director de la Facultad de Enfermería

ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Secretaria Académica

LE Renato Hernández Campos

Secretario Administrativo

Mesa sinodal

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Presidenta

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

Vocal 1

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Vocal 2

Dedicatorias

El presente trabajo de grado va dedicado a Dios, quien como guía estuvo presente en el caminar de mi vida, bendiciéndome y dándome fuerzas para continuar con mis metas trazadas sin desfallecer. También doy gracias a Dios por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres Alma Rosa Arreola García y Arnulfo Landa Amezcua por ser el pilar más importante, quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más y demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones.

A mis hermanos Adriana Lanada Arreola e Irwin Gabriel Landa Arreola por su cariño y apoyo incondicional, por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral que me brindaron a lo largo de esta etapa de mi vida.

A mi tío Jorge Luis Landa Amezcua porque aun sin ser mi padre me brindo un apoyo incondicional en esta gran etapa de mi vida.

A mis abuelos Herminia Amezcua Méndez y José Landa Ortega por ser mis segundos padres y preocuparse por mí en cada momento, gracias por enseñarme muchas cosas vitales para la vida y encaminarme por el buen sendero.

Agradecimientos

Primero y antes que nada, doy gracias a Dios por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A las autoridades de la Facultad de enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo por haber compartido sus grandes conocimientos a lo largo de la preparación en nuestra profesión, por la paciencia y el cariño que nos tuvieron a lo largo de nuestra carrera.

En especial gracias a la Dra. Ma. De Jesús Ruiz Recéndiz por su paciencia, dedicación, motivación, cariño y aliento en cada momento de mi formación profesional. Usted ha hecho fácil lo difícil, gracias por ser nuestra maestra, gracias por llenarnos de grandes conocimientos, ha sido un privilegio poder trabajar con usted ya que es la mejor maestra, doctora y asesora que la facultad pueda tener.

A mis amigas que en tan poco tiempo se convirtieron en más que eso, a Yesenia Lemus Torres y Gabriela Beyza Quiroz por siempre estar en los momentos buenos y malos por los que pase, parece como si nunca hubiéramos estado en paz ya que éramos los más divertidos del salón, de la misma forma llegaron momentos en los que siempre luchábamos porque todo saliera bien, les agradezco no solo por estar presentes aportando buenas cosas a mi vida, si no por los grandes lotes de felicidad y de diversas emociones que siempre me dieron.

Gracias a las personas que, de una manera u otra forma, han sido claves en mi vida profesional.

Resumen

Introducción. La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica que se asocia con una deficiencia absoluta o relativa de la producción y/o de la acción de la insulina. **Objetivo.** Determinar el nivel y las características de la adherencia al tratamiento (AT) en personas con diabetes tipo 2. **Material y métodos.** El diseño que se utilizó en este estudio fue la revisión sistemática con cinco fases: I Formulación de la pregunta considerando el CPC (Concepto, Población y Contexto); II Búsqueda y localización de los estudios considerando los criterios de inclusión tener diagnóstico de diabetes tipo 2, edad de 30 a 50 años, estudios de los años 2000-2010, en idioma español y postgués; se determinaron términos de búsqueda Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) ((Cumplimiento y adherencia al tratamiento), (adherencia terapéutica), (adhesión al tratamiento), (diabetes), (diabetes mellitus) y (diabetes mellitus tipo 2), se emplearon los operadores booleanos AND, OR y NOT en las bases de datos Biblioteca Virtual de Salud, CUIDEN, Dialnet, Redalyc, Conricyt y Scielo además del buscador google Académico. III Revisión y selección de estudios con la metodología de Arksey y O'Malley y PRISMA-P 2015. Se incluyeron 9 artículos. IV. Extracción y valoración de la calidad metodológica con STROBE y AHQR. V. Análisis de los resultados. **Resultados.** Se revisaron 17 artículos, mayoría de 2019 (23.52%), realizados en México (29.41%), con muestras de 2 a 2.056 personas y diseños descriptivos; el instrumento más utilizado fue Medición de adherencia farmacológica (23.52%) junto con variables psicosociales, cognitivo-conductuales y somatométricas. La adherencia al tratamiento es variable, de 25 a 100%. **Conclusiones.** Se requiere que enfermería participe activamente en mejorar la adherencia al tratamiento de las personas que viven con diabetes tipo 2 para mejorar su calidad de vida y disminuir los costos económicos y de necesidad de recursos humanos y materiales para el sistema de salud.

Palabras clave. Diabetes tipo 2, enfermería, adherencia al tratamiento

Abstract

Introduction. Diabetes mellitus is a metabolic disease that is associated with an absolute or relative deficiency in the production and / or action of insulin. Objective. To determine the level and characteristics of adherence to treatment (TA) in people with type 2 diabetes.

Material and methods. The design used in this study was the systematic review with five phases: I Formulation of the question considering the CPC (Concept, Population and Context); II Search and location of the studies considering the inclusion criteria having a diagnosis of type 2 diabetes, age 30 to 50 years, studies from the years 2000-2010, in Spanish and post-Portuguese; Search terms were determined Health Sciences Descriptors (DeCS) ((Compliance and adherence to treatment), (therapeutic adherence), (adherence to treatment), (diabetes), (diabetes mellitus) and (type 2 diabetes mellitus), The Boolean operators AND, OR and NOT were used in the Virtual Health Library, CUIDEN, Dialnet, Redalyc, Conricyt and Scielo databases in addition to the Academic google search engine. III Review and selection of studies with the Arksey and O'Malley methodology and PRISMA-P 2015. 9 articles were included. IV. Extraction and assessment of methodological quality with STROBE and AHQR. V. Analysis of the results. **Results.** 17 articles were reviewed, most of 2019 (23.52%), carried out in Mexico (29.41%), with samples of 2 to 2,056 people and descriptive designs; the most widely used instrument was Measurement of pharmacological adherence (23.52%) together with psychosocial, cognitive-behavioral and somatometric variables. Adherence to treatment is variable. Ie, from 25 to 100%. **Conclusions.** Nursing is required to actively participate in improving adherence to treatment of people living with type 2 diabetes to improve their quality of life and reduce economic costs and the need for human and material resources for the health system.

Keywords. Type 2 diabetes, nursing, adherence to treatment

Índice de tablas

No. tabla	Título	No. de página
1	Identificación de artículos en la primera búsqueda	29
2	Segunda identificación por títulos y resumen	30
3	Selección final de artículos	32
4	Calificación perceptual para estudios transversales	36
5	Evaluación de los artículos seleccionados	37
6	Descripción de los artículos	40
7	Grado de recomendación	49
8	Clasificación de las recomendaciones en función del nivel de evidencia disponible	49
9	Búsqueda de artículos en base de datos	50

Índice

Introducción	1
I. Justificación	5
II. Planteamiento del problema	8
III. Objetivo.....	10
General	10
Específicos	10
IV. Marco teórico	12
4.1. Adherencia al tratamiento	12
4.1.1. Concepto	12
4.1.2. Tipos de adherencia al tratamiento.....	13
4.1.3. Incumplimientos de la adherencia al tratamiento.....	14
4.1.4. Importancias de la adherencia al tratamiento	17
4.1.5. Consecuencias	17
V. 4.2. Teoría de la Teoría de la trayectoria de la enfermedad.....	18
4.3. Diabetes tipo 2.....	22
4.3.1. Etiología.....	24
4.3.2. Cuadro clínico.....	24
4.3.3. Diagnóstico	25
4.3.4. Tratamiento.....	25
4.4. Revisión sistemática	26
4.4.1. Conceptos.....	27
4.4.2. Características.....	28
4.4.3. Fases	29
VI. Metodología	33
5.1. Tipo de estudio	33
5.2. Formulación del problema	33
5.3. Búsqueda y localización de estudios.....	34
5.3.1. Criterios de selección.....	34

5.3.2. Palabras clave y términos de búsqueda.....	34
5.3.3. Estrategia de búsqueda.....	35
5.3.4. Fuentes de información.....	35
5.4. Revisión y selección de estudios.....	35
5.4.1. Identificación y eliminación de estudios duplicados.....	36
5.4.2. Revisión de títulos y resúmenes.....	36
5.4.3. Lectura completa y búsqueda adicional.....	37
VII. Resultados.....	40
3.1. Extracción y valoración de la calidad metodológica.....	40
3.1.1. Extracción y lectura crítica.....	40
3.1.2. Valoración de la calidad metodológica.....	42
3.2. Diseño de cuadros y organización de los hallazgos.....	44
3.3. Análisis de los resultados.....	44
VIII. Conclusiones.....	53
IX. Sugerencias.....	55
X. Referencias bibliográficas.....	56
XI. Anexos.....	64
Anexo 1 Clasificación de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).....	64
I. Apéndices.....	65
Apéndice 1 Relación de artículos identificados en la primera búsqueda.....	65
Apéndice 2 Artículos localizados por el método de “bola de nieve”.....	71
Apéndice 3 Lista de verificación evaluación STROBE.....	72
Apéndice 4 Artículos evaluados con STROBE.....	73

Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por la glucosa en sangre elevada (hiperglucemia). Se asocia con una deficiencia absoluta o relativa de la producción y/o de la acción de la insulina (OMS, 2018, p. nota informativa).

De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2017, p. 13), hay 425 millones de personas con diabetes en el mundo y se espera que para el año 2045, se extienda la cifra a 629 millones de personas con diabetes en todo el mundo.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS 2012, p. nota informativa), había más de 347 millones de personas con diabetes en el mundo, donde más del 80 % de las muertes por esta enfermedad se registraron en países con ingresos medios y bajos.

La diabetes, como enfermedad sistémica que es, multifactorial y multiorgánica, requiere una visión global y una actuación integradora (Pérez et al, 2010, p.5). De manera especial, y desde esta perspectiva, es fundamental la implementación de estrategias dirigidas a la autoadministración de la enfermedad que incentiven el autocuidado.

El autocuidado debe ser entendido como un comportamiento aprendido y realizado por el individuo en su propio beneficio (De Mendoca et al, 2017, p. 2), que resulta fundamental en el caso de las personas que viven con diabetes tipo 2 (PVDT2), dado que la adherencia al tratamiento es un elemento fundamental para mantener un buen control glucémico.

Por eso el objetivo que se planteó para este trabajo fue evaluar la relación del autocuidado y la adherencia al tratamiento en PVDT2.

En el capítulo I del documento de la revisión sistemática se desarrolla la justificación que consta de la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad, factibilidad, así como los estudios

de intervención relacionados con el autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus 2. También se presenta el planteamiento del problema donde se indica el significado del problema, se realiza un fundamento, además se incluye la declaración del problema y con base a la información ya mencionada se plantea la pregunta de investigación. Además, se describe el objetivo general y los objetivos específicos de este protocolo de investigación. En el cuarto apartado se formula la hipótesis de investigación.

En el capítulo II se presenta el marco teórico donde se incluyen las variables de estudio, iniciando con las variables autocuidado, adherencia al tratamiento y su concepto. En seguida se abordará el problema presente que es la diabetes mellitus 2, dándole un concepto, etiología, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento. Además, se incluye la teoría de enfermería siendo una parte importante ya que es el sustento del protocolo de investigación.

El capítulo III se encuentra conformado por material y métodos donde se describe el tipo de enfoque y diseño especificando él porqué, al igual que los límites de tiempo-espacio, universo muestra y muestreo, variables, criterios de selección (criterios de inclusión, criterios de exclusión, criterios de eliminación), la descripción del instrumento a utilizar, el procedimiento a seguir, análisis estadístico, incluyendo los recursos (humanos, materiales y financieros) y el plan de difusión. En el siguiente apartado se encuentran las consideraciones éticas y legales.

Posteriormente se presentan las referencias bibliográficas que se abordaron para la realización de este protocolo de investigación y por último se encuentran los anexos que constan de los instrumentos que medirán las variables de estudio y los apéndices, que se refiere a los documentos elaborados por el investigador.

Los resultados obtenidos en este trabajo fortalecerán la Línea de Generación y Aplicación innovadora del Conocimiento Intervenciones integrales en condiciones crónicas del CA-UMSN-274.

Capítulo I

I. Justificación

La diabetes es definida como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce (OMS, 2016, p. nota informativa).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020, p. nota informativa), las enfermedades crónicas son la principal causa de mortalidad y representan más de 63% del total de las defunciones en el mundo.

La epidemia de la diabetes mellitus es reconocida por la OMS como una amenaza mundial. Se calcula que en el mundo existen más de 180 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble para 2030 (OMS, 2016, p. nota informativa).

De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2015, p.p. 13-17), en México existe un total de 11.5 millones de personas con diabetes, se calcula un total de 415 millones de adultos entre 20-79 años con diabetes en el mundo, de los cuales 193 millones están sin diagnosticar, se estima que para el año 2040 habrá 642 millones de personas viviendo con la enfermedad.

De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), la diabetes aumentó de un 9.2% a un 10.3% del año 2012 a 2018 en México (ENSANUT, 2018, p. 18).

En Michoacán, la Secretaría de Salud reportó que en 2012 la diabetes se ubicó dentro de las primeras diez causas de morbilidad y en el lugar nueve de las primeras causas de egresos hospitalarios (Secretaría de Salud de Michoacán, 2016).

Además de afectar a un gran número de personas en todo el mundo, la diabetes tiene también muchas complicaciones, la más grave de ellas es la muerte. En este sentido,

se calcula que 5 millones de personas murieron a causa de la diabetes en el mundo, de acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2015, p. 9).

En México, la mortalidad por diabetes se ha incrementado constantemente desde 1998 hasta 2014, llegando hasta las 94,029 defunciones, y se posicionó como la causa número uno de mortalidad a nivel nacional, según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Historia INEGI 2016 desde 2013 (Asumiendo el control de la Diabetes México, 2016, p.13).

Como ya se había señalado, la diabetes provoca en las personas múltiples complicaciones que son perjudiciales para la salud y ponen en peligro la vida; estas complicaciones pueden hacer agudas y crónicas, que dan como consecuencia un gran número de mortalidad y mala calidad de vida (OMS, 2016, p. nota informativa).

Las complicaciones reportadas por diabetes son múltiples; el “impacto benéfico de un tratamiento adecuado como la dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y evitar el consumo de tabaco” retrasan su aparición, actualmente no existe cura para la diabetes, pero los diferentes recursos que existen (medicamentos, equipo para detección, técnicas de educación y mejores procedimientos) ayudarán a lograr el cambio (OMS, 2018, p. nota informativa).

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (Orem, 2001, pág. 522).

Por lo tanto es importante realizar esta investigación para que enfermería tenga el conocimiento más amplios y de esta manera identificar estrategias para la mejorar del

autocuidado y mantenimiento de una adecuada adherencia al tratamiento, con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad en los pacientes diabéticos.

No mantener una adecuada adherencia al tratamiento resulta muy costoso, tanto para el paciente, la familia y los sistemas de salud. En Estados Unidos se ha estimado que la baja adherencia supone un coste anual de aproximadamente 177 millones de dólares en costes sanitarios directos e indirectos, y el coste derivado de la pérdida de productividad relacionada con la salud resulta aún mayor que los costes directos (Rodríguez, 2008, p. 9). La adherencia terapéutica generalmente se debe a olvido (58.8%) y la polimedicación (29.4%) y en está presente en mayor medida en hombres que en mujeres (Maidana et al, 2016, p. 74).

Respecto al autocuidado se encontraron estudios que refieren que las PVDT2 mantienen buen autocuidado [73.8%] (Herrera et al, 2012, p. 42).

En PVDt2, se encontró una investigación que determinó buena relación entre las variables, así como el buen cumplimiento de la alimentación y medidas de automonitoreo de glicemia (Víctor, Oliveira, y Trujillo, 2017, p. 24).

Es posible realizar esta investigación por que se tiene acceso a las personas adultas con diabetes mellitus 2, de la misma forma el investigador será el responsable de cubrir los gastos generados en esta investigación. Con esta investigación se fortalece el autocuidado y la adherencia al tratamiento en las PVDT2.

Para realizar este estudio se espera tener la autorización de los directivos de la institución de salud seleccionada para encuestar a las PVDT2. De la misma forma, todos los gastos que se requieren para esta investigación, serán absorbidos por el investigador principal, incluyendo transporte, material y equipo.

II. Planteamiento del problema

De acuerdo con la OMS (2016, p. nota informativa), la DT2 en la actualidad es un fenómeno que está afectando la salud de millones de personas, es una enfermedad que cada año aumenta el número de personas afectadas; la DT2 es una enfermedad prolongada (crónica) en la cual el cuerpo no puede regular la cantidad de azúcar en la sangre, la diabetes es catalogada como una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial.

La DT2 es un problema que afecta a millones de personas por lo cual las personas que padecen esta enfermedad tienen el riesgo de tener complicaciones como: lesión de ojos, riñones y nervios al igual que problemas cardiovasculares (Secretaría de Salud, 2010).

La DT2 es uno de los problemas más graves de salud pública que enfrenta México (Mídete Asumiendo Control Diabetes, 2016, p. 3), En el IMSS durante el período 2004-2009, la DT2 ha sido la primera causa de muerte con 21,096 defunciones en el año 2011 (Sistema Institucional de Mortalidad SISMOR, 2004-2011, p. 59)

En México existe gran variedad de grupos para personas con diabetes mellitus tipo dos como; MIDE (Manejo Integral de Diabetes por Etapas) y AMARTE VA, basado en siete comportamientos del autocuidado (ISSTE, 2016, p. nota informativa).

A pesar de existir varios programas para el apoyo de personas con diabetes mellitus la incidencia sigue aumentando considerablemente. Se estima que existen, en el mundo, 170 millones de personas afectadas por diabetes mellitus el cual se duplicaría para el año 2030 (Velázquez et al, 2013, p. 58).

Es necesario dar seguimiento al problema que está afectando a la población y así disminuir el número de morbilidad en personas con DT2, ya que las personas con esta enfermedad requieren de una buena capacitación para que lleven a cabo un buen

autocuidado y una adherencia al tratamiento adecuada, ya que es una actividad importante del personal de salud.

En el caso de las personas con DM2, las gestiones de enfermería para el autocuidado, están dirigidas a promover el proceso de adaptación y convivencia con la enfermedad; el cual, requiere del conocimiento y la práctica de acciones que permitan al individuo responder de manera constante a sus necesidades, para mantener un estado de bienestar, curar las enfermedades y/o heridas, y hacer frente a las complicaciones (Rojas et al, 2019, p. 53)

A pesar de ello, existen factores para la no adherencia al tratamiento que son modificables como serían los relacionados con el tratamiento farmacológico o la capacitación y motivación del equipo de salud, especialmente enfermería. Algunos de ellos son disminuir el número de medicamentos prescritos, reducir la frecuencia de administración diaria, mejorar la relación de confianza médico-paciente y facilitar la participación de otros profesionales de la salud como enfermería (Ibarra y Morillo, 2017, p.32).

Es decir, la participación de enfermería es fundamental para mejorar el autocuidado y la adherencia al tratamiento en las personas que viven con diabetes tipo 2.

Para esta revisión sistemática se decidió que la pregunta fuera la siguiente. ¿Cuál es el nivel y las características de la adherencia al tratamiento en personas con diabetes tipo 2?

III. Objetivo

General

Determinar el nivel y las características de la adherencia al tratamiento en personas con diabetes tipo 2.

Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de las personas con diabetes tipo 2.
2. Identificar el nivel de adherencia al tratamiento en personas con diabetes tipo 2.
3. Describir características de la adherencia al tratamiento en personas con diabetes tipo 2.

Capítulo II

IV. Marco teórico

En este capítulo se desarrolla la variable adherencia al tratamiento y la población de estudio, además de las características de la revisión sistemática.

4.1. Adherencia al tratamiento

4.1.1. Concepto

Existen diferentes términos para referirse al concepto de adherencia al tratamiento o terapéutica. En la literatura anglosajona los más utilizados son el de cumplimiento (compliance) y adherencia (adherence), aunque se han propuesto muchos otros como: cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia (Libertad, 2004).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define adherencia terapéutica como “el grado en que el comportamiento de una persona, tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (Ortega et al, 2018, p.227).

Según un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la falta de adherencia es un problema mundial de gran magnitud, ya que, a pesar de que la medicina ha avanzado de manera sorprendente en las últimas décadas, otorgando cada vez mayor conocimiento de las enfermedades y con ello la existencia de numerosos tratamientos médicos sumamente eficaces, la incidencia y prevalencia de muchos padecimientos continúa siendo alta y su tratamiento muestra una menor efectividad a la esperada, como resultado de que las tasas de adherencia a la medicación continúan siendo bajas, y no se han observado cambios significativos a través del tiempo (Ortega et al, 2018, p. 227).

Según la OMS conseguir la adherencia al tratamiento constituye actualmente un elemento clave en el buen control de las enfermedades crónicas como la diabetes y el incumplimiento representa un grave problema de salud que aumentará su prevalencia de la misma manera que aumentará la gravedad de las cifras de enfermedades crónicas en los próximos años (Aránzazu et al, 2019, p. 29).

4.1.2. Tipos de adherencia al tratamiento

Existen diferencias clasificaciones de la adherencia al tratamiento. La AT puede ser intencionada o no intencionada.

En la AT intencionada, hay una clara voluntad de no tomar la medicación por parte del paciente, mientras que la falta de adherencia no intencionada es el resultado de un olvido involuntario relacionado con la pérdida de memoria o autonomía del paciente, la complejidad del tratamiento, la falta de creación de rutinas y hábitos diarios, etc. (Ibarra y Morillo, 2017, p. 6).

La falta de adherencia no intencionada se ve influida por los mismos factores que la intencionada, es decir, las creencias del paciente sobre la medicación, especialmente la necesidad percibida de medicación y la percepción de medicación asequible económicamente (Ibarra y Morillo, 2017, p. 6).

También existe otra clasificación de la no adherencia al tratamiento, que es la adherencia primaria y secundaria. La adherencia primaria es la que ocurre cuando se le prescribe un nuevo tratamiento a un paciente y no llega ni tan siquiera a recoger la medicación en la farmacia (Ibarra y Morillo, 2017, p. 7).

La adherencia secundaria, por otra parte, sería la toma inadecuada de medicación una vez se recoge la medicación, que incluye tomar una dosis incorrecta, a horas incorrectas, olvidarse de tomar una o varias dosis (o aumentar la frecuencia de la dosis) y suspender el tratamiento demasiado pronto, bien dejando de tomarlo antes de la fecha

recomendada por el médico, bien no obteniendo una nueva prescripción (Ibarra y Morillo, 2017, p. 7).

4.1.3. Incumplimientos de la adherencia al tratamiento

Existe una clasificación del período de seguimiento de la adherencia cuantitativa.

1. Incumplimiento parcial. El paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos (Ibarra y Morillo, 2017, p.7).
2. Incumplimiento esporádico. Si el individuo incumple de forma ocasional (más habitual en los ancianos que olvidan tomas o toman dosis menores por miedo a efectos adversos), (Ibarra y Morillo, 2017, p.7).
3. Incumplimiento secuencial. El paciente deja el tratamiento durante períodos de tiempo en los que se encuentra bien, pero lo restaura cuando aparecen síntomas (similar al concepto «vacaciones terapéuticas»), (Ibarra y Morillo, 2017, p.7).
4. Cumplimiento de bata blanca. Si el paciente solo se adhiere cuando está cercana una visita médica. Esta actitud, junto con la anterior, se da en enfermedades crónicas como la hipertensión o la dislipemia (Ibarra y Morillo, 2017, p.7).
5. Incumplimiento completo. Si el abandono del tratamiento es de forma indefinida. Esta falta de adherencia es más frecuente en jóvenes con enfermedades crónicas, probablemente porque el beneficio del tratamiento se plantea a largo plazo y los gastos y posibles efectos adversos son inmediatos (Ibarra y Morillo, 2017, p.7).

Aunque factores de comportamiento tales como los patrones de consumo de alimentos, el tabaquismo o la actividad física influyen en el pronóstico de dichas enfermedades, la medicación es un factor clave para prevenir el avance de la enfermedad, por lo que se requiere adherencia continua (persistencia) al tratamiento médico (medicamentos, estilo de vida y dieta) para lograr un adecuado control a largo plazo,

prevenir las complicaciones y disminuir las tasas de morbilidad (Sánchez et al, 2018, p.227).

El Grupo de Cumplimiento de la SEH-LELHA19 indica que en la práctica clínica se han observado diferentes tipos de incumplimiento, que difieren de unos pacientes a otros, pudiendo en un mismo paciente darse diferentes tipos, e incluso se pueden encontrar cambios entre los diferentes tipos (Rodríguez, 2008, p.29).

Los tipos de incumplimiento observado son:

1. No llevarse la receta de la prescripción tras la consulta (Rodríguez, 2008, p.29).
2. No adquirir la medicación en la farmacia por diferentes motivos (Rodríguez, 2008, p.29).
3. No volver a la consulta para la adquisición de nuevas recetas (Rodríguez, 2008, p.29).
4. Tomar el medicamento a una dosis no recomendada, aumentando o disminuyendo el número de dosis diaria que se debería tomar (Rodríguez, 2008, p.29).
5. Tomar la medicación a horas diferentes a las prescritas, generalmente por retraso (Rodríguez, 2008, p.29).
6. Modificar el medicamento prescrito por otros diferentes (Rodríguez, 2008, p.p.29-30).
7. Falta de asistencia a las citas previstas (Rodríguez, 2008, p.p.29-30).

Finalmente, la SEH-LELHA19 ha desarrollado una nueva clasificación basada en la monitorización electrónica de la toma de la medicación (MEMS), (Rodríguez, 2008, p.30).

1. Cumplidor absoluto: paciente que toma el 100% de la medicación. Aunque esto es lo ideal, precisan que sucede en el 2-3% de los casos (Rodríguez, 2008, p.30).
2. Cumplidor enmascarado: el paciente que toma entre el 80 y 100% de sus comprimidos. Y, aunque pudiera ser calificado como buen cumplidor por muchos autores que aceptan este porcentaje como de cumplidor en sus estudios, el estudio de los MEMS permite observar que el número de días en los cuales toma la medicación es inferior al 80%, por tanto es incumplidor. Lo que ocurre es que hay días que toma 2 comprimidos y muchos días que no los toma, compensando ambos. Por tanto, al contar los comprimidos puede parecer un buen cumplidor, al no tener la medicación que ya ha tomado, pero la realidad es que esta enmascarando su incorrecto cumplimiento (Rodríguez, 2008, p.30).
3. Cumplidor con incumplimiento esporádico: es el patrón más frecuente y sucede casi en la mitad de los pacientes; es decir, se trata de pacientes cumplidores que toman entre el 80-100% de los comprimidos, pero a lo largo del mes suelen incumplir entre 1 y 6 tomas (Rodríguez, 2008, p.30).
4. Incumplimiento absoluto: define al incumplidor que, por cualquier circunstancia, abandona el tratamiento. Esta forma es considerada por este grupo de cumplimiento como la forma más grave de incumplimiento (Rodríguez, 2008, p.30).
5. Incumplimiento parcial: sucede cuando el paciente toma entre el 50 y el 80% de la medicación. La SEH-LELHA indica que es la forma más frecuente de incumplimiento (Rodríguez, 2008, p.30).
6. Incumplimiento previsto (Rodríguez, 2008, p.30).
7. Vacaciones farmacológicas: son pacientes que al menos durante 3 días seguidos no toman la medicación, coincidiendo con viajes, fines de semana, etc., lo que ocasiona bajas

Coberturas terapéuticas temporales. Este patrón es observado en el 40% de los pacientes hipertensos en un seguimiento de 6 meses (Rodríguez, 2008, p.p.30-31).

8. Cumplimiento de bata blanca: se refiere a los pacientes que en los días anteriores a la consulta médica, toman la medicación correctamente, pero entre visita y visita presentan un importante incumplimiento, lo que da como resultado escasas coberturas antihipertensivas (Rodríguez, 2008, p.31).

9. Incumplimiento mixto (Rodríguez, 2008, p.31).

10. Incumplimiento por sobrecumplimiento: en esta forma se toma más medicación de la prescrita (Rodríguez, 2008, p.31)).

4.1.4. Importancias de la adherencia al tratamiento

La falta de adherencia tiene consecuencias clínicas, económicas y sociales importantes. Es un hecho que el incumplimiento afecta a la efectividad de los tratamientos, disminuyendo la probabilidad de éxito terapéutico, lo que puede propiciar un aumento de dosis o cambios a tratamientos más agresivos, de forma que se incrementan los riesgos y los costes. En esta línea, uno de los principios de la prescripción prudente nos alerta de este riesgo y afirma: «Ante un fracaso terapéutico se debe evitar prescribir más fármacos sin antes comprobar la adherencia del paciente al tratamiento (Ibarra y Morillo, 2017, p.8).

4.1.5. Consecuencias

La falta de adherencia constituye un problema del que es preciso conocer su prevalencia real para cada entidad o enfermedad con la finalidad, en último término, de combatirlo y mejorar el nivel de salud del paciente. La falta de adherencia o su baja presentación priva al paciente de obtener los beneficios que proporcionan los tratamientos médicos y por eso su determinación constituye una herramienta que permite hacer un pronóstico favorable o no de los resultados a esperar (Ramos, 2015, p. 179).

En las instituciones de salud, el incumplimiento ocasiona el almacenamiento de los medicamentos no utilizados en los botiquines caseros, pudiendo ocasionar intoxicaciones accidentales y automedicación irresponsable. Por otra parte, la hipercumplimentación va a representar un mayor riesgo de que aparezcan efectos secundarios, toxicidad, dependencia y tolerancia a la medicación. En general, la pobre adherencia a la medicación ha sido asociada con desarrollo de complicaciones, progresión de la enfermedad, hospitalizaciones evitables, incapacidad prematura y muerte de acuerdo con Pladevall et al citados por (Rodríguez, 2008, p. 84).

V. 4.2. Teoría de la Teoría de la trayectoria de la enfermedad

Para Wiener y Dodd, el hecho de estar enfermo representa una alteración de la vida normal que afecta a todos los aspectos de la vida, incluidos el funcionamiento fisiológico, las interacciones sociales y la concepción de uno mismo. Enfrentarse a ello es la respuesta a esta alteración. Puesto que los procesos que rodean la aparición de la enfermedad tienen lugar en el contexto de la vida, las respuestas de afrontamiento están situadas, de forma inherente, en las interacciones sociológicas con los otros y en los procesos biográficos de uno mismo (Kitko et al, 2018, p. 1272).

El afrontamiento con frecuencia se describe como un compendio de estrategias utilizadas para manejar la alteración, tratar de aislar respuestas específicas a un acontecimiento que se vive con la complejidad del contexto vital, o asignar etiquetas de valor (p. ej., bueno o malo) a los comportamientos de respuesta que se describen colectivamente como afrontamiento al problema. No obstante, la compleja interrelación entre la disrupción fisiológica, las interacciones con los otros y la construcción de las concepciones biográficas de uno mismo garantiza una perspectiva de afrontamiento más sofisticada (Kitko et al, 2018, pp. 1272-1273).

La teoría de la trayectoria de la enfermedad enmarca este fenómeno dentro de una perspectiva sociológica que hace hincapié en la experiencia de la alteración en relación con la enfermedad, dentro de los contextos cambiantes de los procesos interaccionales y sociológicos que, finalmente, influyen en la respuesta de la persona a dicha alteración. Por lo tanto, para esta teoría, afrontar no es un fenómeno simple de estímulo-respuesta que se pueda aislar del complejo contexto de la vida (Kitko et al, 2018, p.1273).

Debido a que la vida se centra en el cuerpo vivo, la alteración fisiológica de la enfermedad permite que otros contextos vitales creen una nueva forma de ser, un nuevo sentido de uno mismo. Las respuestas a estas alteraciones producidas por la enfermedad están entrelazadas en varios contextos que se encuentran en la vida de uno y en las interacciones con otros participantes en estas situaciones de la vida (Kitko et al, 2018, p.1273).

Dentro de este marco sociológico, Wiener y Dodd establecieron una serie de preocupaciones en lo que respecta a la sobre atribución conceptual del papel de la incertidumbre en el marco de las respuestas de comprensión para vivir con la alteración de la enfermedad. La vida está llena de incertidumbre, de forma que la enfermedad (especialmente la crónica) agrava esa incertidumbre de varias formas. Tener una enfermedad crónica aumenta la incertidumbre de vivir para quienes están afectados (es decir, por la enfermedad) en su capacidad de responder a estas incertidumbres. Por tanto, aunque el concepto de incertidumbre proporciona un punto de vista teóricamente útil para la comprensión de la trayectoria de la enfermedad, no se puede posicionar teóricamente de forma que ensombrezca conceptualmente el contexto dinámico de la vida con una enfermedad crónica (Kitko et al, 2018, p.1273).

En otras palabras, la trayectoria de la enfermedad es conducida por la experiencia de la enfermedad vivida en contextos que son inherentemente inciertos y que implican tanto

a uno mismo como a otros. El flujo dinámico de los contextos de la vida (tanto biográfico como sociológico) crea un flujo dinámico de incertidumbres que toman distintas formas, significados y combinaciones cuando se vive con una enfermedad crónica. Por tanto, la tolerancia de la incertidumbre es una parte teórica crítica en la trayectoria de la teoría de la enfermedad (Kitko et al, 2018, pp.1273-1274).

Los principales conceptos y definiciones de la teoría de Wiener y Dodd son los siguientes.

La vida está situada en un contexto biográfico. Las concepciones de uno mismo tienen sus raíces en el cuerpo físico y se formulan de acuerdo con la capacidad percibida para llevar a cabo actividades normales o esperadas para lograr los objetivos de roles variados. Las interacciones con otros tienen una influencia importante en el establecimiento de la concepción de uno mismo. Como se representan distintos papeles de comportamiento, la persona controla las reacciones de otros y el sentido de uno mismo en un proceso integrado de significado establecido (Kitko et al, 2018, p.1274).

Identidad: la concepción de uno mismo en un momento determinado, que unifica múltiples aspectos de uno mismo y se sitúa en el cuerpo (Kitko et al, 2018, p.1274).

Temporalidad: el momento biográfico reflejado en el flujo continuo de los acontecimientos del curso de la vida; las percepciones del pasado, presente y posiblemente del futuro se entremezclan en la concepción de uno mismo (Kitko et al, 2018, p.1274).

Cuerpo: las actividades de la vida y las percepciones derivadas se basan en el cuerpo (Kitko et al, 2018, p.1274).

Los estados de incertidumbre de la trayectoria de la enfermedad se observan en la tabla 1.

Tabla 1

Trayectoria de la enfermedad: estados de incertidumbre

Dominio	Fuentes de incertidumbre	Dimensiones de la incertidumbre
<p>INCERTIDUMBRE TEMPORAL Interrupción de las expectativas que dan por supuesto el flujo de los acontecimientos de la vida Disfunción temporal en la biografía</p> <p>INCERTIDUMBRE DEL CUERPO Cambios debidos a la enfermedad y al tratamiento, que se centran en la capacidad de uno para llevar a cabo las actividades normales, incluyendo el cuidado del aspecto, las funciones fisiológicas y la respuesta al tratamiento</p> <p>INCERTIDUMBRE DE IDENTIDAD La interpretación de uno mismo está distorsionada conforme el cuerpo no es capaz de comportarse de la forma habitual y las expectativas relacionadas con el flujo de los acontecimientos (temporalidad) están alteradas por la enfermedad y por el tratamiento.</p>	<p>La vida se percibe como en un constante estado de flujo relacionado con la enfermedad y con el tratamiento. El propio pasado se ve de forma diferente (p. ej., forma en la que solía ser) Las expectativas del yo presente están distorsionadas por la enfermedad y el tratamiento La anticipación del propio futuro está alterada. La confianza en el cuerpo se ve alterada (fallo del cuerpo) La concepción del cuerpo anterior (la forma en la que solía ser) se mezcla con el estado alterado del cuerpo en el momento actual y con el cambio de expectativas de cómo el cuerpo puede afrontar el futuro. El fallo del cuerpo y la dificultad para leer el nuevo cuerpo trastornan la concepción anterior del cuerpo La temporalidad sesgada altera el curso esperado de la vida</p>	<p>La pérdida de predicción temporal conlleva a las siguientes preocupaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Duración: cuánto tiempo • Ritmo: con qué rapidez • Frecuencia: con qué frecuencia se altera la experiencia del tiempo (es decir, su extensión, su obligación o su falta de limitación) Ambigüedad en la lectura de los signos del cuerpo. Preocupa lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Qué se le está haciendo al cuerpo • Poner en peligro la resistencia del cuerpo • Eficacia y riesgos del tratamiento • Recidiva de la enfermedad Se altera el curso esperado de la vida Las evidencias extraídas de la lectura del cuerpo no son interpretables dentro del marco habitual de la comprensión La esperanza se mantiene a pesar de las circunstancias cambiantes

Nota: Kitko et al, 2018, pp.1275-1276.

Las actividades de la vida y las de la vida con una enfermedad son formas de trabajo. La esfera de trabajo incluye a la persona y a las personas con las que ella interactúa, incluidas la familia y el personal sanitario. Esta red de participantes se denomina organización total. Los tipos de trabajo se organizan alrededor de las siguientes cuatro líneas de trayectoria de trabajo llevadas a cabo por el paciente y sus familiares: (Kitko et al, 2018, p.1276).

Trabajo relacionado con la enfermedad: diagnóstico, control de síntomas, régimen de cuidados y prevención de crisis. (Kitko et al, 2018, p.1276).

Trabajo diario: actividades de la vida diaria, tareas domésticas, mantener la ocupación, mantener las relaciones y entretenerse. (Kitko et al, 2018, p.1276).

Trabajo biográfico: intercambio de información, expresiones emocionales y división de tareas mediante las interacciones con la organización total. (Kitko et al, 2018, pp.1276-277).

Trabajo de reducción de la incertidumbre: actividades encaminadas a disminuir el impacto de la incertidumbre temporal, del cuerpo y de la identidad. (Kitko et al, 2018, pp.1276-277).

4.3. Diabetes tipo 2

Es una enfermedad que presenta una insuficiente acción de la insulina endógena producida por el páncreas, lo que resulta en una hiperglucemia; a su vez, la resistencia a la insulina genera alteraciones en el metabolismo de los lípidos séricos, causando finalmente

lesiones vasculares responsables del daño orgánico múltiple (Velasco y Brena, 2014, p. 13).

Tabla 2

Actividades realizadas para la disminución de la incertidumbre

Tipo de actividad	Manifestaciones del comportamiento
Ritmo	Descansar o cambiar las actividades habituales
Convertirse en pacientes «profesionales»	Usar terminología relacionada con la enfermedad y con el tratamiento Dirigir los cuidados Equilibrar la experiencia con la supe medicalización
Búsqueda de comparaciones de refuerzo	Compararse uno mismo con otras personas que están en una situación peor, para reafirmarse en que no es tan malo como podría ser.
Implicarse en revisiones	Volver la vista atrás para reinterpretar los síntomas emergentes y las interacciones con otros en la organización.
Buscar objetivos	Mirar hacia el futuro para lograr las actividades deseadas.
Cobertura	Enmascarar los signos de la enfermedad o las emociones relacionadas. Darse ánimos para evitar los estigmas o proteger a los otros.
Encontrar un sitio seguro en el que confiar	Establecer un lugar donde, o gente con la que, expresar los verdaderos sentimientos y emociones en una atmósfera de apoyo.
Elegir una red de apoyo	Compartir selectivamente con algunas personas que se consideran apoyos positivos.
Tomar las riendas	Reivindicar el derecho a determinar el curso del tratamiento

(Kitko et al, 2018, pp.1277-1278).

Se caracteriza por hiperglucemia causada por un defecto en la secreción de insulina, por lo común acompañado de resistencia a esta hormona. De ordinario los enfermos no necesitan insulina de por vida y pueden controlar la glucemia con dieta y ejercicio solamente, o en combinación con medicamentos orales o insulina suplementaria. Por lo general, aparece en la edad adulta, aunque está aumentando en niños y adolescentes, está relacionada con la obesidad, la inactividad física y la alimentación malsana. Al igual de lo que sucede con la diabetes de tipo 1, estos enfermos tienen un riesgo aumentado de padecer complicaciones micro y macro vasculares (OMS, 2016, p. nota informativa).

4.3.1. Etiología

La incidencia de diabetes en personas con glucosa alterada en ayuno o intolerancia a la glucosa (prediabetes) varía de 5 a 10 %. Si el paciente tiene ambas anormalidades, el riesgo de desarrollar diabetes es de 4 a 20 %. Tener un índice de masa corporal (IMC) > 23 en las mujeres y > 25 en los varones, además de obesidad abdominal, aumenta 42.2 veces el riesgo de diabetes. Otros factores de riesgo relacionados con la prediabetes y la diabetes son los antecedentes de enfermedad cardiovascular, la dislipidemia o haber estado en tratamiento de esquizofrenia; en las mujeres, además, el síndrome de ovario poliquístico y haber tenido hijos con peso > 4 kg. (Velázquez et al, 2013, p.3).

4.3.2. Cuadro clínico

Los pacientes a veces no presentan manifestaciones clínicas o estas son mínimas durante varios años antes del diagnóstico (OMS, 2016, p. nota informativa).

Pueden presentar aumento de la frecuencia urinaria (poliuria), sed (polidipsia), hambre (polifagia) y baja de peso inexplicable (OMS, 2016, p. nota informativa).

También pueden padecer entumecimiento de las extremidades, dolores (disestesias) de los pies y visión borrosa (OMS, 2016, p. nota informativa).

Pueden sufrir infecciones recurrentes o graves (OMS, 2016, p. nota informativa).

A veces la enfermedad se manifiesta por pérdida de la conciencia o coma; pero esto es menos frecuente que en la diabetes de tipo 1 (OMS, 2016, p. nota informativa).

4.3.3. Diagnóstico

Los criterios bioquímicos de laboratorio convencionales para la confirmación del diagnóstico de diabetes son los siguientes (Velázquez et al, 2013, p.3).

- Hemoglobina glucosilada fracción A1c (HbA1c) ≥ 6.5 % (prueba estandarizada y realizada en el laboratorio), (Velázquez et al, 2013, p.3).
- Glucosa en ayunas ≥ 126 mg/dL (con ayuno de por lo menos ocho horas), (Velázquez et al, 2013, p.3).
- Glucosa en plasma a las dos horas ≥ 200 mg/dL luego de que se le haya aplicado una prueba de tolerancia oral a la glucosa al paciente (según la técnica descrita por la Organización Mundial de la Salud), por medio de la administración previa de una carga de glucosa anhidra de 75 g disuelta en agua (Velázquez et al, 2013, p.3).
- Hiperglucemia o glucemia ≥ 200 mg/dL (Velázquez et al, 2013, p.3).

4.3.4. Tratamiento

Tratamiento preventivo: múltiples ensayos clínicos aleatorizados recientes demuestran que personas con alto riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 (pacientes con antecedentes de diabetes mellitus en familiares primer grado, obesidad, hipertensión arterial, personas mayores de 45 años de edad, mujeres con hijos macrosómicos, con síndrome de ovario poliquístico, alteración de la glucosa en ayunas, así como, tolerancia a la glucosa alterada), pueden retrasar su aparición, a través de programas bien estructurados para modificar estilos de vida. En el 58% de estos pacientes, se logra reducir el debut de esta enfermedad durante 3 años, con el uso de los siguientes fármacos: metformina, acarbosa, repaglinida y roziglitazona que son también efectivos (Reyes et al, 2016, p. 101).

Tratamiento no farmacológico: el tratamiento no farmacológico (modificación del estilo de vida y en especial la reducción del peso corporal en el paciente sobrepeso) es el único tratamiento integral capaz de controlar simultáneamente la mayoría de los problemas metabólicos de las personas con diabetes, incluyendo la hiperglicemia, la resistencia a la insulina, la dislipoproteinemia y la hipertensión arterial. Además, comprende el plan de educación terapéutica, alimentación, ejercicios físicos y hábitos saludables (Reyes et al, 2016, p. 101).

Tratamiento farmacológico: debe considerarse su empleo en el paciente cuando con la dieta y el ejercicio físico no se consiga un adecuado control de la diabetes Mellitus, tras un período razonable (4-12 semanas) después del diagnóstico (Reyes et al, 2016, p. 104).

4.4. Revisión sistemática

Una revisión sistemática es una síntesis estructurada y exhaustiva de la literatura científica con el fin de determinar la mejor evidencia de la investigación disponible para abordar una pregunta o problema sobre la asistencia sanitaria. Para alcanzar la mejor evidencia de la investigación en un área específica de enfermería, los profesionales pueden utilizar investigación secundaria mediante diferentes procesos que incluyen: 1) revisión sistemática; 2) metaanálisis; 3) metasíntesis, y 4) revisión sistemática de métodos mixtos (Grove, Gray y Burns, 2016, p.68).

Las revisiones en general permiten aglutinar el conocimiento existente sobre una determinada cuestión, en una época en la que la proliferación y difusión de estudios en ciencias de la salud complica el análisis de lo que se publica sobre una determinada cuestión. La revisión sistemática en particular permite superar las limitaciones de las revisiones narrativas, limitaciones que son debidas al alto de grado de subjetividad con el

que se realizan, aportando una mayor transparencia al proceso de revisión (Del Pino, Frías y Palomino, 2014, p.25).

Esta metodología no es nueva y varios autores como Arksey y O'Malley, Levac, Colquhoun y O'Brien y el Instituto de Joanna Briggs en 2015 propusieron fases hasta que finalmente quedó en nueve fases. Al mismo tiempo, el grupo PRISMA publicó un diagrama de flujo para mostrar el proceso de selección de artículos para las RS, la cual se deriva de los elementos para las Revisiones Sistemáticas y los Metanálisis (Hernández-Sánchez, King y Enríquez-Hernández, 2020, p.89).

4.4.1. Conceptos

La revisión sistemática, como ya se ha comentado en la introducción, es un tipo de investigación secundaria que consiste en la búsqueda, localización, recuperación, análisis e integración del conocimiento científico sobre una determinada pregunta de investigación, utilizando para ello una aproximación sistemática que permite minimizar sesgos (1) y posibilitar la replicación de la revisión a cuantos investigadores les parezca oportuno (Del Pino, Frías y Palomino, 2014, p.25).

La RS es un proceso desarrollado para identificar lo medular de una revisión de la literatura de interés para la práctica, realizando la búsqueda y extracción de lo más relevante acorde a criterios que han sido evaluados y respetados por otros. Específicamente, es una investigación en sí misma, con métodos planeados con anticipación y con un ensamblaje de los estudios originales considerados como sus sujetos (Urra y Barría, 2010, p. 2).

Las revisiones sistemáticas, dado su rigor metodológico, son el estándar de referencia para sintetizar la evidencia relativa a la asistencia sanitaria. Se utilizan para

respaldar la elaboración de guías de práctica clínica y para la toma de decisiones clínicas informadas (Moher et al, 2016, p.149).

Es una revisión en la que la evidencia sobre un tema ha sido sistemáticamente identificada, criticada y resumida de acuerdo con unos criterios predeterminados (Balagué 2002, p. 38)

La revisión sistemática se considera un tipo especial de artículo o documento científico que, sin llegar a ser original, resume el estado actual de la investigación sobre un tema en particular, mediante un proceso sistemático, riguroso y reproducible (Sobrido y Rumbo 2018, p. 388).

4.4.2. Características

La RS es caracterizada por un sistema claramente establecido de objetivos con criterios de elegibilidad predefinidos para los estudios; una metodología explícita y reproducible; una búsqueda sistemática que intenta identificar todos los estudios que se ajustarían a los criterios de elegibilidad; una evaluación de la validez de los resultados de los estudios incluidos y una presentación sistemática, y síntesis, de las características y de los resultados de los estudios incluidos (Urra y Barría 2010, p.3)

Es muy importante que la revisión contenga una descripción detallada de la manera en que se realizó la búsqueda para que se tenga la seguridad de que se han incluido todos los estudios relevantes. Por tanto, la revisión debe proporcionar información sobre las bases de datos consultadas, las eventuales restricciones de idioma, la realización o no de una búsqueda manual y la consulta de expertos (Balagué, 2002, p.39).

La revisión sistemática en particular permite superar las limitaciones de las revisiones narrativas, limitaciones que son debidas al alto grado de subjetividad con el que se realizan, aportando una mayor transparencia al proceso de revisión. Además, la

revisión sistemática posibilita la superación de las limitaciones de los estudios originales, que pocas veces son capaces de dar respuestas adecuadas y definitivas a las cuestiones que analizan, y que frecuentemente arrojan resultados contradictorios (Del Pino, Frías y Palomino, 2014, p. 25).

4.4.3. Fases

1. Formulación de un problema: el problema debe ser importante o que se haya presentado con mucha frecuencia y que haya tenido trascendencia y la investigación aportara resultados de interés para la formulación de teorías o marcos conceptuales, la práctica clínica y/o la investigación. Cuando se tiene como objetivo una intervención se propone el sistema PICO que consta de los siguientes elementos:

- Pacientes: que pacientes se van a estudiar
- Intervención: cuál será la intervención u objeto de estudio
- Comparación: con que se va a comparar esa intervención, con la técnica o con el procedimiento e intervención que se está utilizando en la actualidad, el estándar de la práctica clínica, con todas las técnicas que se pueden utilizar para esa indicación.
- Outcomes/Resultado: qué resultados se van a analizar. Se analizará si la intervención es efectiva a corto plazo, si disminuye la mortalidad o si aumenta la supervivencia a largo plazo.

Otros autores como Arksey y O'Malley (citados por (Hernández Sánchez *et al*, 2020, p.90) proponen cinco fase para desarrollar una revisión sistemática exploratoria. Las fases consisten en: a) identificación de la pregunta de investigación; b) búsqueda sistematizada de la evidencia científica; c) selección de los estudios; d) extracción de los datos; y e) recopilación, resumen y difusión de los resultados.

Fase I Elaboración de la pregunta. Consiste en a) Elaborar la pregunta de investigación en relación con el/los objetivo(s) de la RSE; y b) Detallar el cuerpo de literatura que se va a resumir y para quién se está resumiendo.

Fase II Establecimiento de los criterios de inclusión y exclusión y búsqueda sistemática. Esta fase contempla los siguientes puntos: a) establecer los criterios de inclusión (por ejemplo, años, idiomas, tipo de evidencia); b) Seleccionar las palabras clave y los términos de búsqueda. Consultar los páginas MeSH y/o DeCS; c) Elaborar una estrategia de búsqueda para cada fuente de información; y, d) Describir todas las fuentes de información en la búsqueda (bases de datos electrónicas en la búsqueda).

Fase III Revisión y selección de estudios. En esta fase se debe realizar lo siguiente: Identificar y eliminar estudios que sean duplicados; b) Revisar títulos y resúmenes. Dos revisores de manera independiente realizan este paso utilizando los criterios de inclusión y exclusión; c) De los artículos restantes se hace la lectura del artículo completo. Dos revisores de manera independiente realizan este paso utilizando los criterios de inclusión y exclusión; y, d) De los artículos que se incluirán en el análisis, se hace una búsqueda de las listas de referencias para detectar estudios relevantes que no fueron capturados en la búsqueda en las bases de datos (se pueden utilizar programas como RefWorks, EndNote, Covidence, etc).

Fase IV Extracción de datos. Los pasos a seguir en esta fase son: a) Realizar la extracción de los datos de acuerdo con las necesidades de cada RS (objetivo, diseño, muestra, contexto, resultados relevantes); b) La extracción la puede realizar un revisor y un segundo lo confirma; o bien, dos revisores extraen los datos y posteriormente la comparan.

Fase V Análisis y reporte de los resultados. a) Los resultados de estudios cuantitativos se analizan de manera numérica, mientras los hallazgos de los estudios cualitativos se analizan utilizando el análisis temático.

Autores como Del Pino *et al* (2014, p. 26) proponen en cambio otro método que consiste en definir la población de estudio (por ejemplo, personas cuidadoras de familiares mayores dependientes), el problema de estudio (por ejemplo, sobrecarga subjetiva) y la cuestión concreta que se quiere estudiar (por ejemplo, la relación entre afrontamiento disfuncional y sobrecarga subjetiva).

1. Búsqueda y localización de estudios: para seleccionar las fuentes de investigación se tiene que analizar la pregunta y analizar qué es lo que se pretende responder, analizar si se tienen los medios suficientes para utilizar algunas de las fuentes que existan y también ver qué tipo de intervención es el que se utiliza. Siempre se debe tener en cuenta que debe de haber unas fuentes generales y unas fuentes específicas de revisiones sistemáticas, las cuales sirven para ver si existe algún tipo de estudios ya hechos

2. Selección de estudios: la aplicación de los criterios de inclusión ha de realizarse por, al menos, dos observadores., debiendo estar prevista la estrategia para resolver desacuerdos (consenso, 3er revisor, etc). Es una buena práctica documentar el proceso de inclusión-exclusión para poder detallar el informe de la investigación el número de estudios excluidos por cada motivo de exclusión.

3. Recuperación de la información: una vez que ha finalizado la inclusión de estudios, el siguiente paso consiste en definir la información a extraer de los distintos estudios y realizar dicha extracción. Todo el proceso debe plasmarse en un protocolo donde aparezcan instrucciones para conseguir una adecuada extracción, codificación y registro de datos. También se recomienda la elaboración de una hoja de extracción de datos a tal efecto, preferiblemente en formato electrónico de hoja calculo, lo cual facilita la gestión de datos. En dicha hoja, los estudios suelen identificarse mediante el apellido del primer autor y el año. Se recomienda además que la extracción se realice por al menos dos personas,

con las mismas condiciones de observación por pares establecidas para la valoración de la calidad metodológica (resolución de desacuerdos y cegamiento).

4. Análisis de la información: el diseño es fundamental en una revisión sistemática, ya que hay una jerarquía, un ensayo clínico aleatorizado que incluye pacientes consecutivos, tiene una validez y una calidad muy superior a otros estudios, tales como series de casos, cohortes, casos y control, etc.

Cuanto mayor sea el número de pacientes mayor será la precisión de los estudios, pero aun para estudios de gran calidad es importante ir un poco más allá y analizar exactamente que incluyen, son muy frecuentes los ensayos clínicos.

5. Interpretación de los resultados: debe incluir el análisis de las limitaciones de la revisión sistemática, la valoración de la fuerza de la evidencia que aportan sus conclusiones, la aplicabilidad de las mismas, el ámbito de la generalización de las conclusiones y las implicaciones para las futuras investigaciones.

VI. Metodología

Esa revisión sistemática fue elaborada con base en los pasos propuestos por Arksey y O'Malley (Hernández Sánchez *et al*, 2020, p.90) y los elementos de la declaración PRISMA-P 2015 (Moher, Shamseer, Clarke, Gherzi, Liberati, Petticrew, Shekelle, Stewart, y PRISMA-P Group, 2016).

5.1. Tipo de estudio

Este estudio fue una revisión sistemática, que es considerada una investigación secundaria (Del Pino *et al*, 2014, p. 25) y definida como “una síntesis estructurada y exhaustiva de la literatura científica con el fin de determinar la mejor evidencia de la investigación disponible para abordar una pregunta o problema sobre la asistencia sanitaria” (Grove y Gray, 2019, p. 912) que se realiza mediante “procedimientos cuidadosos de muestreo y colección de datos” definidos previamente por el investigador (Polit y Beck, 2018, p. 3109).

5.2. Formulación del problema

Se decidió efectuar una revisión sistemática a la adherencia al tratamiento en personas con diabetes tipo 2 ya que es una enfermedad que va en aumento mundialmente y se considera un gran problema de salud pública.

Por ello, como establece la Fase I, se elaboró la pregunta de investigación ya presentada en el capítulo I con el formato CPC (Concepto, Población y Contexto) propuesto por el Instituto de Joanna Briggs (Hernández Sánchez *et al*, 2020, p.90), donde

C = Adherencia al tratamiento

P = personas con diabetes tipo 2

C = unidades de salud

¿Cuál es el nivel y las características de la adherencia al tratamiento en personas con diabetes tipo 2?

5.3. Búsqueda y localización de estudios

La fase II establece los criterios de inclusión y exclusión y la realización de la búsqueda sistemática y se detallan en seguida.

5.3.1. Criterios de selección

Los criterios de inclusión para los participantes fueron los siguientes: tener diagnóstico de diabetes tipo 2, con edad de 30 a 50 años, sin distingo de sexo, tiempo de diagnóstico o complicaciones; respecto a la variable adherencia al tratamiento, se incluyeron también estudios sobre adherencia terapéutica y apego al tratamiento (término libre), se definió el período de 2010 a 2020 para la búsqueda de artículos que emplearan enfoque cuantitativo y en idiomas español y portugués.

Se excluyeron de la revisión sistemática los manuales, guías de práctica clínica y tesis de licenciatura.

5.3.2. Palabras clave y términos de búsqueda.

Las palabras clave que se utilizaron en esta revisión sistemática se derivan del objetivo de investigación considerando los términos Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) creado por BIREME.

Se inició con la definición de los términos DeCS (Cumplimiento y adherencia al tratamiento), (adherencia terapéutica), (adhesión al tratamiento), (diabetes), (diabetes mellitus) y (diabetes mellitus tipo 2).

Se emplearon los operadores booleanos AND, OR y NOT.

5.3.3. Estrategia de búsqueda.

Las estrategias de búsqueda fueron las siguientes para cada base de datos, como se observa en la tabla 1.

Tabla 1

Estrategias de búsqueda por base de datos

Base de datos	Algoritmo de búsqueda
BVS	(Cumplimiento y adherencia al tratamiento)OR(adherencia terapéutica)OR(adhesión al tratamiento)AND(diabetes)OR(diabetes mellitus)OR(diabetes mellitus tipo 2)
Cuiden	(Cumplimiento y adherencia al tratamiento) OR (adherencia terapéutica)OR(adhesión al tratamiento)AND(diabetes)OR(diabetes mellitus)OR(diabetes mellitus tipo 2)
Dialnet	(Cumplimiento y adherencia al tratamiento)OR(adherencia terapéutica)OR(adhesión al tratamiento)AND(diabetes)OR(diabetes mellitus)OR(diabetes mellitus tipo 2)
Redalyc	(Cumplimiento y adherencia al tratamiento)OR(adherencia terapéutica)OR(adhesión al tratamiento)AND(diabetes)OR(diabetes mellitus)OR(diabetes mellitus tipo 2)
Google académico	(Cumplimiento y adherencia al tratamiento)OR(adherencia terapéutica)OR(adhesión al tratamiento)AND(diabetes)OR(diabetes mellitus)OR(diabetes mellitus tipo 2)
Scielo	(Cumplimiento y adherencia al tratamiento) OR (adherencia terapéutica) OR (adhesión al tratamiento) AND (diabetes) OR (diabetes mellitus) OR (diabetes mellitus tipo 2)

5.3.4. Fuentes de información.

La búsqueda se efectuó en bases de datos Google académico, Scielo, Conricyt, Redalyc, Dialnet, Cuiden y Biblioteca Virtual de Salud.

5.4. Revisión y selección de estudios

Siguiendo a Arksey y O'Malley (citados por Hernández Sánchez *et al*, 2020, p.90), la Fase III se efectúa en tres pasos que se desarrollan en seguida.

5.4.1. Identificación y eliminación de estudios duplicados.

Después de realizar la búsqueda, en el paso 1 se identificaron en todas las bases de datos mencionadas los artículos que se muestran en la tabla 2. Se observa que varios artículos se duplican en las diferentes bases de datos consultadas y que fueron excluidos. Los artículos encontrados en esta primera búsqueda se muestran en el apéndice 1.

Tabla 2

Identificación de artículos en la primera búsqueda

Base de datos	Artículos			
	Identificados	Seleccionados	Duplicados	Eliminados
BVS	9	2	0	7
Cuiden	256	7	1	249
Dialnet	247	4	0	243
Redalyc	1816	4	3	1, 812
Google académico	1450	5	10	1, 445
Scielo	49	1	3	48
Total	3, 827	23	17	3, 804

Nota: elaborado por Landa (2020).

5.4.2. Revisión de títulos y resúmenes.

En el paso 2, y una vez identificados los artículos, dos personas realizaron la revisión de manera independiente considerando los criterios de inclusión y exclusión y para ello analizaron los títulos y resúmenes. Con base en esta revisión se identificaron los siguientes artículos para considerarlos en la siguiente etapa de la Fase III, como se observa en la tabla 3.

Tabla 3

Segunda identificación de artículos por títulos y resumen. Paso 2.

Base de datos	Artículos		
	Identificados	Eliminados	Seleccionados
BVS	2	1	1
CUIDEN	7	4	3
Dialnet	4	3	1
Redalyc	4	1	3
Google académico	5	1	4
Scielo	1	0	1
Total	23	10	13

Nota: elaborado por Landa (2020).

5.4.3. Lectura completa y búsqueda adicional.

Con los artículos seleccionados, en el paso 3 los revisores independientes efectuaron la lectura completa verificando nuevamente los criterios de selección y definiendo los artículos que serán considerados para evaluación definitiva.

En seguida el investigador utilizó la estrategia de “bola de nieve” e inspeccionó el apartado de referencias bibliográficas de los artículos que ya fueron seleccionados, para efectuar una búsqueda manual en las bases de datos consultadas, De esta manera, la selección final de artículos se presenta en la tabla 4 y el nombre de los artículos en el apéndice 2.

Adicionalmente, para la selección de artículos en la revisión sistemática se consideraron las directrices de presentación de la información de PRISMA-P 2015 (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-analyses for Protocols* 2015)

(Moher, Shamseer, Clarke, Gherzi, Liberati, Peticrew, Shekelle, Stewart y PRISMA-P Group, 2016).

Tabla 4

Selección final de artículos

Base de datos	Artículos		
	Seleccionados	Nuevos	Total
BVS	1	0	1
CUIDEN	3	2	7
Dialnet	1	0	1
Redalyc	3	1	4
Google académico	4	1	6
Scielo	1	0	1
Total	13	4	17

Nota: elaborada por Landa (2020).

Capítulo III

VII. Resultados

Los resultados de las Fases IV y V atendiendo la propuesta de Arksey y O'Malley (Hernández Sánchez *et al*, 2020, p.90) se presentan en este capítulo.

3.1. Extracción y valoración de la calidad metodológica

Los estudios que cumplieron los criterios de inclusión en la Fase III se observan en el diagrama de flujo de la figura 1.

Con los artículos finalmente seleccionados, se efectúa lo establecido en la Fase IV de acuerdo a Arksey y O'Malley (Hernández Sánchez *et al*, 2020, p.90). Esta fase incluye la extracción de los datos y la valoración de la calidad metodológica de los hallazgos (Del Pino *et al* (2014, pp. 25-26).

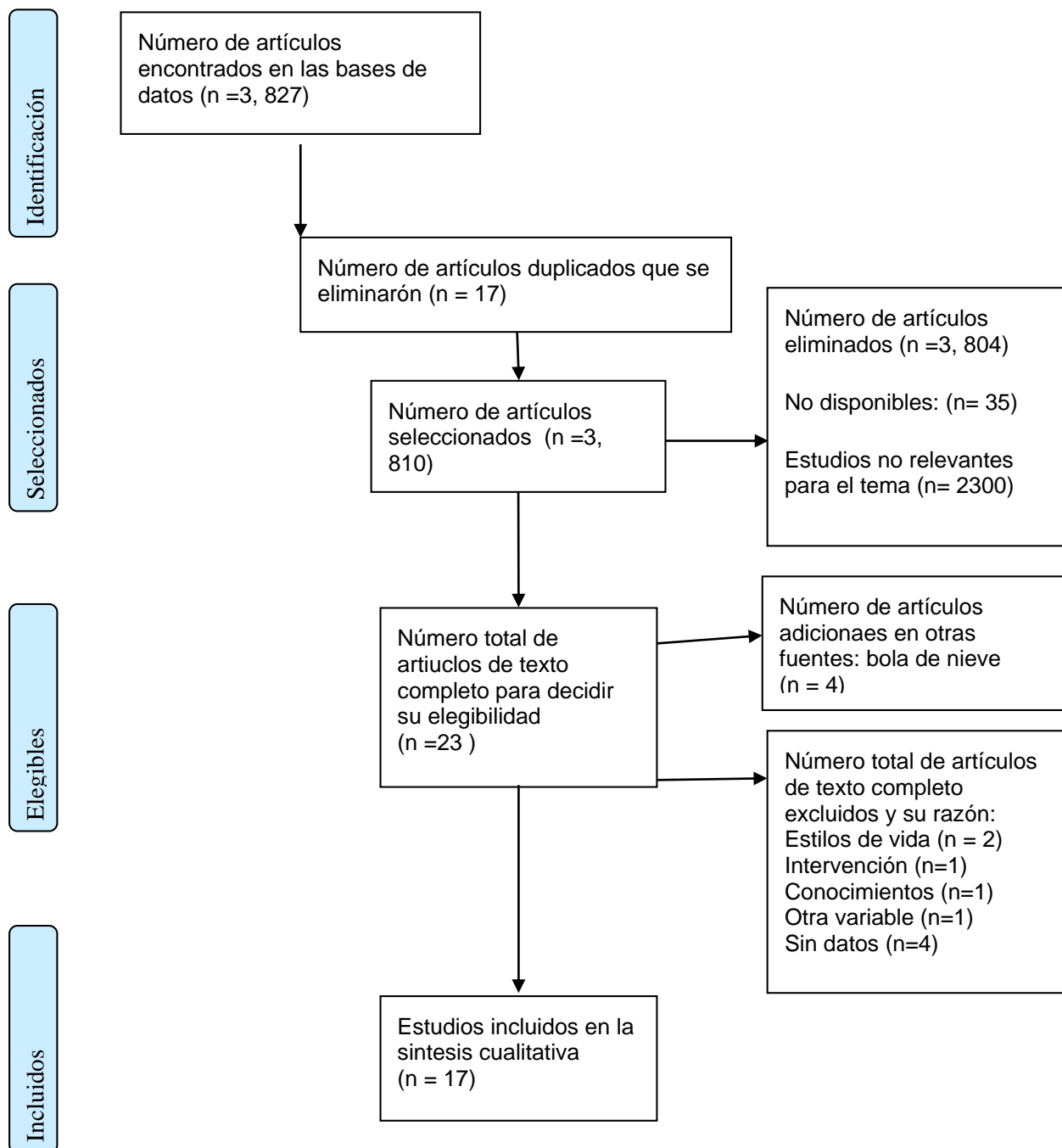
3.1.1. Extracción y lectura crítica.

En esta etapa se definió la información que se extrajo de cada artículo y que se efectuó por dos personas de manera independiente considerando la recomendación establecida por Del Pino *et al* (2014). Se decidió que los observadores fueran la investigadora principal y la asesora de la tesis, quienes realizaron la lectura completa del artículo para calificarlos de manera independiente.

Puesto que todos los artículos localizados fueron de diseño transversal, se utilizó la Declaración STROBE (Vandenbroucke *et al*, 2009) que fue reconvertida a una lista de cotejo con opciones de sí cumple o no cumple y observaciones (apéndice 3). Cada observador cumplimentó la lista de manera individual y emitió una calificación de acuerdo con la propuesta de Llanos, Rivas y López (2017) en los siguientes elementos: título y resumen, introducción, métodos, resultados y discusión (apéndice 4). Una vez revisados los artículos, los observadores se reunieron para acordar la calificación final de manera cualitativa por consenso (tabla 5).

Figura 1

Diagrama de flujo del proceso de selección de los estudios



Nota: Adaptado del modelo PRISMA-P 2015 (Moher *et al*, 2016)

Tabla 5*Calificación perceptual para estudios transversales*

Denominación	Calificación	Características
A	Bueno	Cumple todos los aspectos de estructura y contenido que la guía Strobe solicita
B	Promedio	No cumple todos los aspectos de estructura y contenido de la guía Strobe, pero no compromete de forma importante la calidad de los resultados
C	Pobre	No cumple todos los aspectos de estructura y contenido de la guía, y compromete de forma importante la calidad de los resultados
D	-	No medible, no encontrado

Nota: elaborado por Ceja, Valdovinos y Ruiz (2020) con base en Llanos *et al* (2017) derivado de la propuesta de la Declaración STROBE (Vandenbroucke *et al*, 2009).

3.1.2. Valoración de la calidad metodológica.

Además de la evaluación a los artículos seleccionados mediante STROBE, se procedió a efectuar en esta etapa la clasificación de acuerdo con la propuesta de AHQR (*Agency for Healthcare Research and Quality* de acuerdo con sus siglas en inglés) para definir el nivel de evidencia (tabla 6). La clasificación de AHQR se encuentra en el anexo 1 (Marzo y Zulaica).

Tabla 6

Evaluación de los artículos seleccionados para el nivel de evidencia y grado de recomendación.

Autor (año)	Calificación cualitativa por consenso					Nivel de evidencia / Grado de recomendación
	Título/resumen	Introducción	Métodos	Resultados	Discusión	
Linares et al. (2019)	A	A	A	A	A	III
Lozano et al. (2013)	A	A	A	A	A	III
Gomes, soares y pace. (2014)	A	A	A	A	A	III
Fortea. (2017)	A	A	A	A	A	III
Gomes et al. (2018)	A	A	A	A	A	III
Vergara et al. (2017)	A	A	A	A	A	III
Rey. (2018)	A	A	A	A	A	III
Pomares et al. (2019)	A	A	A	A	A	III
Domínguez y ortega. (2019)	A	A	A	A	A	III
Ramírez,Alehu y rodríguez. (2019)	A	A	A	A	A	III
Zenteno et al. (2016)	A	A	A	A	A	III
Hermoza et al. (2017)	A	A	A	A	A	III
Del castillo et al. (2013)	A	A	A	A	A	III
Márquez. (2012)	A	A	B	B	B	III
Moral y cerda. (2014)	A	A	A	A	A	III
Pascacio et al. (2016)	A	A	A	A	A	III
Ramos et al. (2016)	A	A	A	A	A	III

Nota. Landa, 2020.

3.2. Diseño de cuadros y organización de los hallazgos

Finalmente, los artículos seleccionados y evaluados se presentan en la tabla 7, describiendo las características de cada estudio.

3.3. Análisis de los resultados

En esta revisión se analizaron 17 artículos, de los cuales 23.52% fueron del año 2019 (Linares et al, 2019; Pomares et al, 2019; Domínguez y Ortega, 2019; Ramírez, Alehu y Rodríguez, 2019), seguido de 17.64% de artículos de los años 2017 (Fortea, 2017; Vergara et al, 2017; Hermoza et al, 2017); se presentó el mismo porcentaje de 17.64% de artículos en el año 2016 (Zenteno et al, 2016; Pascacio et al, 2016; Ramos et al, 2016), también se encontró que 11.76% de artículos fueron del año 2018 (Gomes et al, 2018; Rey, 2018), seguido con 11.76% de artículos que fueron publicados en el año 2014 (Gomes, Soares y Pace, 2014; Moral y Cerda, 2014), de la misma forma se presentó 11.76% de artículos del año 2013 (Lozano et al, 2013; Del Castillo et al, 2013), encontrándose también 5.88% de artículos del año 2012 (Márquez, 2012).

Los países de la revisión sistemática donde se evaluó la adherencia al tratamiento fueron varios. La mayoría de artículos de México [29.41%] (Vergara et al; Ramírez et al, 2019; Zenteno et al, 2016; Pascacio et al, 2016; Moral y Cerda, 2014), seguido de España con 29.41% de artículos (Lozano et al, 2013; f Fortea, 2017; Pomares et al, 2019; Del Castillo et al, 2013; Márquez, 2012), e 11.76 de artículos fueron de Brasil (Gomes, Soares y Pace y Gomes et al, 2018), posteriormente Cuba con 5.88% de artículos (Ramos et al, 2016), de la misma forma Perú con 5.88% de artículos (Hermoza et al, 2017), seguido de Argentina con 5.88% de artículos (Linares et al, 2019), también se presentó 5.88% de artículos

realizados en Colombia (Rey, 2018), en Paraguay se presentó 5.88% de artículos (Domínguez y Ortega, 2019).

En esta revisión sistemática, los autores utilizaron tamaños de muestra diversas, la mayor fue de 2, 056 personas (Fortea, 2017), la menor fue de 2 personas (Zenteno et al, 2016), dando una media de 363.05% de personas en esta revisión sistemática.

En relación con el diseño metodológico, el más utilizado de acuerdo con la manipulación de la variable fue el diseño no experimental en el 82.35% de los artículos estudiados y 17.64% presentaron un diseño experimental.

Al analizar los instrumentos utilizados en esta revisión sistemática, se encontró que existe una gran diversidad, entre ellos el instrumento Medición de adherencia farmacológica de Morisky Green que fue utilizado 23.52% de los artículos revisados (Rey, 2018; Domínguez y Ortega, 2019; Moral y Cerda, 2014; Pascacio et al, 2016); aunque también se ha utilizado el instrumento *Knowledge Questionnaire* en 11.76% de los artículos (Gomes et al, 2018; Ramírez et al, 2019); también en 11.76% de los artículos utilizaron el instrumento Escala de adhesión terapéutica (Zenteno et al, 2016; Vergara et al, 2017). En 5.88% de artículos se utilizaron instrumentos diversos, entre ellos se encuentran: SDSCA (Linares et al, 2019), MAT (Gomes, Soares y Pace, 2014), Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica (Martín, Bayarre y Grau, 2008), Escala reducida de bienestar subjetivo (Pomares et al, 2019), CFA y CENAN (Hermoza et al, 2017), OMI-AP (Del Castillo et al, 2013), Incumplimiento del tratamiento antidiabético oral [ADO] (Márquez, 2012), DKQ24 (Pascacio et al, 2016). De igual manera se emplearon otras formas para medir adherencia al tratamiento como: métodos directos, como control de glucemia basal y HbAc1 y métodos indirectos como las entrevistas estructuradas a partir de encuestas

consensuadas por los investigadores (Lozano et al, 2013) donde se le aplica un programa educativo consistente en el envío de un tríptico informativo sobre la enfermedad e importancia de un buen control de la misma (Fortea, 2017); también se ha realizado análisis de documentos, la historia de la enfermedad, el estado clínico actual, tratamiento médico indicado y su cumplimiento, cuestionario de adherencia terapéutica y cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 abreviado, entrevista clínica centrada en la enfermedad y las características del régimen terapéutico (Ramos et al, 2016).

Además de la AT, los investigadores han estudiado la relación con variables como regulación autonómica (Rondón et al, 2018), estilo de vida (Rey, 2018), factores relacionados al cuidado de la diabetes (Linares et al, 2019), bienestar subjetivo (Pomares et al, 2019), factores que influyen en el comportamiento (Ramírez et al, 2019), uso de lenguaje enfermero (Del Castillo et al, 2013), predictores psicosociales (Moral y Cerda, 2014) y conocimiento de la enfermedad (Pascacio et al, 2016). Además se han propuesto diversas intervenciones para mejorar la AT, entre ellas las de tipo educativo (Fortea, 2017), intervenciones enfermeras (Lozano et al, 2013) e intervenciones cognitivo-conductual (Vergara et al, 2017). Además de todo lo anterior, también se considera en los estudios de AT, el estudio de la validación de instrumentos para antidiabéticos orales y insulina (Gomes, Soares y Pace, 2014).

Respecto a la AT, existen diferentes resultados. En los estudios descriptivos se encontró que el mayor porcentaje de AT se encontró en el estudio de Pomares et al (2019) quien encontró 100% en adherencia, seguido del resultado de Gomes et al (2018) quien encontró adherencia en 90.8% de sus participantes. La menor AT se reportó en el estudio de Márquez et al (2012), quien encontró 25.25% de incumplimiento en el tratamiento de la

diabetes mellitus tipo 2. Finalmente, la media de AT de los estudios analizados fue de 54.87%.

No tener buena adherencia al tratamiento tiene un gran coste individual para las personas que viven con diabetes tipo 2, sino que además generan costos económicos y de necesidad de recursos humanos y materiales para el sistema de salud.

Tabla 7

Descripción de los artículos

Título	Autores	Año	País	Muestra	Diseño metodológico	Instrumento	Resultados
Efecto de los factores relacionados al cuidado de la diabetes mellitus tipo 2 y motivos de no adhesión en argentina	Linares et al.	2019	Argentina	1, 520	Transversal	Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA)	61,71% presentaron adherencia
Eficacia de la intervención enfermera en la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2	Lozano et al.	2013	España	232	Cuasiexperimental	Métodos directos, como control de glucemia basal y HbAc1, y métodos indirectos, como las entrevistas estructuradas, a partir de una encuesta consensuada por los investigadores	Se produjo un cambio de mala a buena adherencia en el 10.9 de los pacientes con tratamiento de insulina, en el 49.3% de los que tomaban antidiabéticos orales y en 17,2% (25) de los que tenían tratamiento con hipolipemiantes.
Adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus: validación de instrumentos para antidiabéticos orales y insulina	Gomes, Soares y Pace	2014	Brasil	90	Transversal y metodológico	instrumento Medida de Adhesión a los Tratamientos (MAT)	Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes finales de las dos formas del instrumento, indicando mayor adhesión al uso de la insulina con un (53,3%) que a los antidiabéticos orales.
Impacto de un programa educativo en el control de la diabetes mellitus tipo 2	Fortea	2017	España	2056	Análítico, experimental y comparativo	Se le aplica un programa educativo consistente en el envío de un tríptico informativo sobre la enfermedad e importancia de un buen	La prevalencia de DM2 en la población de 49,6%.

						control de la misma.	
Prevalencia de adhesión al tratamiento farmacológico de personas con Diabetes Mellitus	Gomes et al.	2018	Brasil	141	cuantitativo, observacional, analítico y transversal	Cuestionario sociodemográfico y clínico, Diabetes Knowledge Questionnaire, Diabetes Attitude Questionnaire, Medida de Adhesión a Tratamientos	La prevalencia de adhesión al tratamiento farmacológico fue del 90.8% de los participantes
Intervención cognitivo-conductual para promover adherencia terapéutica y regulación autonómica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2	Vergara et al.	2017	México	16	Cuasiexperimental	Escala de Adherencia Terapéutica, el Cuestionario de Regulación Emocional, la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y el Cuestionario de Apoyo Social	La reevaluación cognitiva aumentó, la adherencia al tratamiento con un 46.15% y resultó estadísticamente significativa de la reevaluación a la postevaluación ($Z = -1.960$, $p = 0.050$).
Diabetes Mellitus Tipo 2: estilos de vida y adherencia farmacológica en personas de Granada, Meta.	Rey	2018	Colombia	513	Transversal	Test Fantástico (Medición de estilos de vida) y Morisky Green (Medición de adherencia farmacológica)	Se encontró una prevalencia de adherencia farmacológica al tratamiento de la DM2 del 46.4% y se estimaron estilos de vida excelentes en 42%, buenos 48%, regulares/malos/ con riesgo 10%.
Adherencia terapéutica y bienestar subjetivo en pacientes con diabetes mellitus tipo II	Pomares et al.	2019	España	30	Transversal descriptivo	Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica Martín, Bayarre y Grau y la Escala reducida de bienestar subjetivo	Se encontró que el 100% de los pacientes con bajo bienestar subjetivo se adherieron parcialmente al tratamiento.
Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento	Domínguez y Ortega	2019	Paraguay	338	observacional, descriptivo, prospectivo	Adherencia farmacológica (Morisky-Green) y no	La frecuencia de falta de adherencia al tratamiento fue 70%, los

en pacientes con diabetes mellitus tipo 2						farmacológica (IMEVID).	factores fueron: la complicaciones crónicas (53%), la monoterapia farmacológica (35%), efectos adversos de medicamentos (17%), el tiempo de evolución mayor a diez años (16%) y la mala relación médico-paciente (16%)
Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2	Ramírez, Alehu y Rodríguez	2019	México	106	cuantitativo, observacional, corte transversal y prospectivo	Instrumento Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ-24) y el de Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.	En cuanto al comportamiento de adherencia, 47% refieren tener ventaja para adherencia, 41 % en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia y el nivel de conocimientos de los pacientes, fue intermedio en 49.1 %.
Continuidad de cuidados para la adherencia terapéutica en la persona con diabetes tipo 2	Zenteno et al.	2016	México	2	Transversal	Escala de Adherencia Terapéutica en Diabetes Tipo II versión III	Se encontró que en el pretest de adherencia terapéutica se obtuvieron percentiles bajos del 33% y medios del 66%. Después de las intervenciones se encontró un incremento respecto al ejercicio físico (70 y 75%), valoración de la condición física (23 y 75%) y dieta (86 y 87%), evidenciada por la mejora en sus niveles glucémicos
Adherencia a terapia médica nutricional en pacientes con diabetes	Hermoza et al.	2017	Perú	163	Descriptivo, transversal	Cuestionario de Frecuencia de Alimentos (CFA). La valoración calórica y de	El 35.6% de los encuestados fueron adherentes a Terapia medico nutricional.

mellitus tipo 2, de un hospital nacional de nivel III en Lima, Perú						macronutrientes fue realizada con valores de referencia del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN).	
Valoración de la adherencia en el seguimiento del paciente diabético y uso de lenguaje enfermero	Del Castillo et al.	2013	España	465	Descriptivo, transversal	OMI-AP	De los 465 pacientes que acudieron a la consulta de enfermería se valoró la adherencia a 336, lo que supone el 72.2%
El incumplimiento en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2	Márquez	2012	España	103	Descriptivo transversal	incumplimiento del tratamiento antidiabético oral (ADO)	incumplidores del tratamiento con insulina en la DM2 del 25,25%, La magnitud del incumplimiento en la diabetes con antidiabéticos orales ronda entre el 6,7% y el 55%
Predictores psicossociales de adherencia a la medicación en pacientes con diabetes tipo 2	Moral y Cerda	2014	México	289	Descriptivo transversal	Se utilizó la escalas de autoinforme para evaluar la adherencia al tratamiento medicamentos o destaca de Morisky, Green y Levine (1986)	Desde la puntuación total de la escala de adherencia a la medicación, el 55,4% de los participantes no reportaron ningún problema a la adherencia al tratamiento.
Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2	Pascacio et al	2016	México	80	descriptivo transversal	Instrumento DKQ24 (24 ítems) y el Test de Moriskey Green (8 ítems).	72.5% de los pacientes presenta buena adherencia al tratamiento farmacológico.
Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes	Ramos et al	2016	Cuba	30	descriptivo de corte transversal	análisis de documentos, la historia de la enfermedad,	Un 63 % de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 no cumple con las

mellitus tipo 2						<p>el estado clínico actual, tratamiento médico indicado y su cumplimiento, cuestionario de adherencia terapéutica y cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 abreviado, entrevista clínica centrada en la enfermedad, las características del régimen terapéutico.</p>	<p>recomendaciones terapéuticas, son las representantes del sexo femenino las mayores cumplidoras del tratamiento (73 %),</p>
-----------------	--	--	--	--	--	---	---

Nota: elaborado por Landa (2020).

VIII. Conclusiones

La adherencia al tratamiento resulta de gran importancia por lo que representa en el control glicémico y en el riesgo de enfermedad cardiovascular de la persona que vive con diabetes. A pesar de que existen diversas iniciativas a nivel mundial y nacional, en esta revisión sistemática se encontró en los estudios revisados que aun las personas no se adhieren correctamente al tratamiento farmacológico y no farmacológico. No hacerlo le genera costos que pueden llegar a ser catastróficos al sistema de salud de un país y que además le provocan a la persona complicaciones micro y macro vasculares que afectarán a su calidad de vida. Aunque cabe resaltar que existen países donde sus poblaciones de personas que viven con diabetes tipo 2 tienen una adherencia muy buena al tratamiento.

Además, en esta revisión sistemática se encontró que no sólo se evalúa la adherencia al tratamiento, si no otras variables que al igual son importantes para la profesión de enfermería. Autoras como Wiener y Dodd, señalan que el hecho de estar enfermo representa una alteración de la vida normal que afecta a todos los aspectos de la vida, incluidos el funcionamiento fisiológico, las interacciones sociales y la concepción de uno mismo. Enfrentarse a ello es la respuesta a esta alteración (Kitko et al, 2018, p. 1272). De esta manera, la persona que vive con diabetes presenta una alteración en su vida cuando son diagnosticados con la enfermedad.

Puesto que los procesos que rodean la aparición de la diabetes tienen lugar en el contexto de la vida, las respuestas de afrontamiento están situadas, de forma inherente, en las interacciones sociológicas con los otros y en los procesos biográficos de uno mismo (Kitko et al, 2018, p. 1272). Por eso, la adherencia al tratamiento de la persona que vive con diabetes requiere apoyo en el proceso que se vive con la enfermedad y eso contempla el apoyo familiar y social para asistir a control médico, para realizar ejercicio, para lograr una nutrición correcta, para efectuar acciones de autocuidado e higiene.

Aunque algunos de los estudios con la temática de adherencia al tratamiento sólo tomaban la adherencia al tratamiento en general, otros fueron más específicos y además se dirigían a factores que determinan el control glucémico de las personas que viven con diabetes. Para enfermería esto resulta fundamental dado que es un facilitador del conocimiento y se convierte en un actor que permite a las personas adoptar conductas para mejorar la adherencia al tratamiento y por lo tanto, el control glucémico

Enfermería es una profesión que necesita proponer intervenciones específicas para las personas con condiciones crónicas como la diabetes tipo 2. Intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia al tratamiento que incidan en el control metabólico y que se orienten a incrementar los conocimientos de las personas que viven con diabetes en temas tan diversos como la enfermedad, sus complicaciones, tipos de alimentación, acciones de autocuidado, entre otros.

Realizar investigaciones como la revisión sistemática permite a los profesionales de enfermería identificar la información más relevante para crear e implementar intervenciones educativas de enfermería que mejoren la calidad de vida de las personas que viven con diabetes tipo 2

IX. Sugerencias

Se sugiere que durante la carrera se fomente la realización de investigaciones en esta población de estudio y que se aborden la temática de adherencia al tratamiento en personas diabéticas.

Igualmente se sugiere que desde séptimo semestre se incrementen las revisiones sistemáticas, para fortalecer la búsqueda de información que permita enriquecer el marco teórico de los protocolos de investigación.

De la misma forma se sugiere que el personal de enfermería esté relacionado con la investigación ya que es muy necesario realizar investigaciones referentes al tema de salud, con énfasis en el primer nivel de atención ya que es donde se tiene el primer contacto con las personas y existe la oportunidad de prevenir enfermedades y de orientar a las personas sobre los temas de salud.

X. Referencias bibliográficas

- Aránzazu-Meneses LM, Anarte-Ruiz C, Masoliver-Forés A, Barreda-Forés E. (2019). Adherencia al tratamiento y estilos de vida saludable de los diabéticos tipo II de Benicasim (Castellón). *RqR Enfermería Comunitaria*, 7 (2): 27-38. file:///E:/RS%20JL/4_Diabetes%20V7%20N2.pdf
- Aránzazu, L., M. (2019). Adherencia al tratamiento y estilos de vida saludable de los diabéticos tipo II de Benicasim .*Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*. Castellón, España 7(2) 27-38. [file:///E:/RS%20JL/RS%20en%20proceso/Art%C3%ADculos/CUIDENT/2019_Meneses_Adherencia%20al%20tratamiento%20y%20estilos%20de%20vida%20saludable%20de%20los%20diab%C3%A9ticos%20tipo%202%20de%20Benicasim%20\(CasteII%C3%B3n\).pdf](file:///E:/RS%20JL/RS%20en%20proceso/Art%C3%ADculos/CUIDENT/2019_Meneses_Adherencia%20al%20tratamiento%20y%20estilos%20de%20vida%20saludable%20de%20los%20diab%C3%A9ticos%20tipo%202%20de%20Benicasim%20(CasteII%C3%B3n).pdf)
- Arteaga, E. Martínez, M., V. y Romero, G., M. (2019). Prácticas de autocuidado de los pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 27(1) 52-59. <file:///E:/RS%20JL/eim191g.pdf>
- Avalos, P. (2019). Adherencia terapéutica y bienestar subjetivo en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Revista Finlay*, 9(3), 1 - 4. <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/672>
- Bailey, D. E., y Stewart, J.L. (2018). Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. En Alligood, M.R. *Modelos y teorías en enfermería*. (pág. 1190-1230). Elsevier
- Barría, S., R., J. y Leyva J., A. (2019). Relación entre dependencia, salud cognitiva y síntomas depresivos con adherencia farmacológica en adultos mayores diabéticos. *Gerokomos*, 30(1) 18 - 22. file:///E:/RS%20JL/RS%20en%20proceso/Art%C3%ADculos/DIALNET/2019_Ruiz_R

[elaci%C3%B3n%20entre%20dependencia,%20salud%20cognitiva%20y%20s%C3%ADntomas%20depresivos%20con%20adherencia%20farmacol%C3%B3gica%20en%20adultos%20mayores%20diab%C3%A9ticos.pdf](#)

Bello, N.V., y Montoya, P.A. (2016). Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. Departamento de Enfermería. Universidad del Bío-Bío. Chillán, Chile, 28(2) 73-77.

[file:///E:/RS%20JL/RS%20en%20proceso/Art%C3%ADculos/CUIDENT/2017_Escamilla_Adherencia%20al%20tratamiento%20farmacol%C3%B3gico%20en%20adultos%20mayores%20diab%C3%A9ticos%20tipo%202%20y%20sus%20factores%20asociados.pdf](#)

Boas, L. C. G.-V., Lima, M. L. S. A. P. . d. e., & Pace, A. E. (2014). Adherence to treatment for diabetes mellitus: validation of instruments for oral antidiabetics and insulin. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(1), 11-18.

<https://doi.org/10.1590/0104-1169.3155.2386>

Calvo, J. et al. (2014). Experiencias negativas previas a un tratamiento farmacológico pueden influir en la adherencia terapéutica. *Farmacéuticos Comunitarios*, 16(6) 228-231.

[file:///E:/RS%20JL/RS%20en%20proceso/Art%C3%ADculos/DIALNET/2014_Calvo_Experiencias%20negativas%20previas%20a%20un%20tratamiento%20farmacol%C3%B3gico%20pueden%20influir%20en%20la%20adherencia%20terap%C3%A9utica.pdf](#)

Del castillo, F.et al. (2013). Valoración de la adherencia en el seguimiento del paciente diabético y uso de lenguaje enfermero. *Revista electrónica trimestral de enfermería*, 30, 18-27

[file:///E:/RS%20JL/RS%20en%20proceso/Art%C3%ADculos/SCIELO/2013_del%20c](#)

[astillo_Valoraci%C3%B3n%20de%20la%20adherencia%20en%20el%20seguimient
o%20del%20paciente%20diab%C3%A9tico.pdf](#)

Domínguez, L., A. y Ortega, E. (2019). Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Centro Médico Nacional. Hospital Nacional. Dpto. de Medicina Interna. Itauguá, Paraguay, 6 (1) 63-74.
[file:///E:/RS%20JL/RS%20en%20proceso/Art%C3%ADculos/GOOGLE%20ACADE
MICO/2019_Gallardo_Factores%20asociados%20a%20la%20falta%20de%20adher
encia%20al%20tratamiento%20en%20pacientes%20con%20diabetes%20mellitus%
20tipo%202.pdf](#)

Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la diabetes. (2015). Séptima edición.
[http://fmdiabetes.org/wp-content/uploads/2017/08/IDF_Atlas_2015_SP_WEB-3.pdf](#)

Federación Internacional de Diabetes. (2019). Diabetes Atlas de la FID. Novena edición.
[https://diabetesatlas.org/upload/resources/2019/IDF_Atlas_9th_Edition_2019.pdf](#)

Fortea, M. (2017). Impacto de un programa educativo en el control de la diabetes mellitus tipo 2. [Tesis Doctoral, Universitat Jaume I, Castellón, España].
[file:///E:/RS%20JL/RS%20en%20proceso/Art%C3%ADculos/CUIDENT/2017_Altava
_IMPACTO%20DE%20UN%20PROGRAMA%20EDUCATIVO%20EN%20EL%20C
ONTROL%20DE%20LA%20DIABETES%20MELLITUS%20TIPO%20II.pdf](#)

Gil, L., E. et al. (2013). Perspectiva de la diabetes mellitus tipo 2 en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 51(1) 58-67.
[file:///E:/RS%20JL/1015-5334-1-PB.pdf](#)

Gil, L., E. et al. (2013). Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 51(1) 104-19.
[file:///E:/RS%20JL/im131o%20velazquez.pdf](#)

- Gómez, N. et al. (2018). Prevalencia de adhesión al tratamiento medicamentoso de personas con Diabetes Mellitus. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.302481>
- Grove, S.K., Gray, J.R. y Burns, N. (2016). Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. Elsevier.
- Hermoza, R., D. et al (2017) .Adherencia a terapia médica nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, de un hospital nacional de nivel III en Lima, Perú. *Revista Médica Herediana*, 28, 150-156. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338052970003>
- Hernández-Sánchez, H., King, K. y Enríquez-Hernández, C.B. (2020). Revisiones sistemáticas exploratorias como metodología para la síntesis del conocimiento científico. *Enfermería Universitaria*, 17(1), 88-94. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.1.697>
- Herrera, A. et al. (2012). Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. *Av.enferm*, 2, 39-46. <file:///E:/RS%20JL/v30n2a03.pdf>
- Ibarra, O. y Morillo, R. (2017). Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento. [file:///E:/RS%20JL/libro_ADHERENCIA%20\(1\).pdf](file:///E:/RS%20JL/libro_ADHERENCIA%20(1).pdf)
- Linari et al. (2019). Efecto de los factores relacionados al cuidado de la diabetes mellitus tipo 2 y motivos de no adhesión en argentina. *Actualización en Nutrición*, 20(2) 34-42. file:///E:/RS%20JL/RS%20en%20proceso/Art%C3%ADculos/BVS/2019_Linari_Efecto%20de%20los%20factores%20relacionados%20al%20cuidado%20de%20la%20diabetes%20mellitus%20tipo%202%20y%20motivos%20de%20no%20adhesi%C3%B3n%20en%20Argentina.pdf

- Lozano et al. (2013). Eficacia de la intervención enfermera en la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2. *Metas Enferm*, 16(6) 21-26. file:///E:/RS%20JL/RS%20en%20proceso/Art%C3%ADculos/CUIDENT/2013_Lozano_Eficacia%20de%20la%20intervenci%C3%B3n%20enfermera%20en%20la%20adherencia%20al%20tratamiento%20en%20pacientes%20diab%C3%A9ticos%20tipo%202.pdf
- Maidana, G., M. et al. (2016). Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 14(1) 70-77. [https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2016.014\(01\)70-077](https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2016.014(01)70-077)
- Marzo, M. y Zulaica, C., V. calidad de la evidencia y grado de recomendación. Elaboración y diseño de una GPC, síntesis de evidencia. file:///E:/RS%20JL/Calidad%20de%20la%20evidencia_2011.pdf
- Marquez, E. (2012). El incumplimiento en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en España. Medicina Familiar, Unidad de Gestión Clínica La Orden, Huelva, España, Grupo de Trabajo sobre Cumplimiento e Inercia de la Sociedad Española de HTA (SEH-LELHA), 1 8-13. file:///E:/RS%20JL/RS%20en%20proceso/Art%C3%ADculos/Bola%20de%20nieve/2012_Marquez_El%20incumplimiento%20en%20el%20tratamiento%20de%20la%20diabetes%20mellitus%20tipo%202%20en%20Espa%C3%B1a.pdf
- Martínez, G., I. et al. (2016). La importancia de la adherencia terapéutica. *Rev Venez Endocrinol Metab*, 14(2) 107-116. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375546666003>
- Moral, J. y Cerda, M., T., A. (2015). Predictores psicosociales de adherencia a la medicación en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6

19-27.

file:///E:/RS%20JL/RS%20en%20proceso/Art%C3%ADculos/Bola%20de%20nieve/2015_Moral_Predictores%20psicosociales%20de%20adherencia%20a%20la%20medicaci%C3%B3n%20en%20pacientes%20con%20diabetes%20tipo%202.pdf

Ortega, J., J. et al. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta Médica Grupo Ángeles. *Artículo de revisión*. <http://www.medigraphic.com/actamedica>

Pascacio, G., D. et al. (2016). Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en tabasco*. <http://salud.tabasco.gob.mx/content/revista>

Ramos, M. L. E. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología Cirugía Vascul*. 16 (2) 175-189. file:///E:/RS%20JL/RS%20en%20proceso/Art%C3%ADculos/CUIDENT/2015_Morales_La%20adherencia%20al%20tratamiento%20en%20las%20enfermedades%20crónicas.pdf

Ramos, Y. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Finlay*. 7(2), 1-9 <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/474>

Ramírez, M., C. et al. (2019). Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Horizonte sanitario*. <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte>

Rey, S., C. (2019). Diabetes Mellitus Tipo 2: estilos de vida y adherencia farmacológica en personas de Granada, Meta. (Tesis maestría). Villavicencio, Meta – Colombia. file:///E:/RS%20JL/RS%20en%20proceso/Art%C3%ADculos/GOOGLE%20ACADEMICO/2018_Gonzalez_Diabetes%20Mellitus%20Tipo%202%20estilos%20de%20vid

[a%20y%20adherencia%20farmacologica%20en%20personas%20de%20Granada.pdf](#)

Reyes, F., A. et al.(2016). Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. *Correo Científico Médico de Holguín*. 20 (1) 98-121. <file:///E:/RS%20JL/ccm09116%20tratamiento.pdf>

Rodríguez, M., G. (2008). Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular. [Tesis doctoral, Granada, España] <file:///E:/RS%20JL/miguel-angel-rodriguez-chamorro.pdf>

Rondón, J. E., Cardozo, I., & Lacasella, R. (2018). Influencia de la depresión, los estilos de comunicación y la adhesión al tratamiento sobre los niveles de glucosa en personas con diabetes. *Acta Colombiana de Psicología*, 21(2), 39-67. <https://doi.org/10.14718/acp.2018.21.2.3>

Velazco, B., J. y Brena, V., M. (2014). Diabetes Mellitus Tipo 2: Epidemiología y Emergencia en Salud. *Artículo de revisión*, 2, 11-16 file:///E:/RS%20JL/A2_Diabetes_Mellitus%20%20velazco%20y%20Brena.pdf

Vergara, S., N. et al. (2019). Intervención cognitivo-conductual para promover adherencia terapéutica y regulación autonómica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud*, 2, 207-217. file:///E:/RS%20JL/RS%20en%20proceso/Art%C3%ADculos/GOOGLE%20ACADEMICO/2017_Aquirre_Intervenci%C3%B3n%20cognitivo-conductual%20para%20promover%20adherencia%20terapeutica%20y%20regulacion%20autonomica%20en%20pacientes%20con%20diabetes%20mellitus%20tipo%202.pdf

Zamora, C., F. et al. (2019). Evaluación de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 de un hospital de Lima, Perú y su asociación con la adherencia al tratamiento. *Acta Med Peru*, 36(2) 96-103.

file:///E:/RS%20JL/RS%20en%20proceso/Art%C3%ADculos/DIALNET/2019_Ni%C3%B1o_Evaluaci%C3%B3n%20de%20conocimientos%20sobre%20su%20enfermedad%20en%20pacientes%20con%20diabetes%20tipo%202%20de%20un%20hospital%20de%20Lima,%20Per%C3%BA%20y%20su%20asociaci%C3%B3n%20con%20la%20adherencia%20al%20tratamiento.pdf

Zenteno, M., A. et al. (2016). Continuidad de cuidados para la adherencia terapéutica en la persona con diabetes tipo 2. *Enfermería Universitaria*, Núm.2 130-137.

<https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.02.001>

XI. Anexos

Anexo 1 Clasificación de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

Tabla 8

Clasificación de las recomendaciones en función del nivel de evidencia disponible

la	La evidencia científica procede a partir de meta-análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados.
lb	La evidencia científica procede de al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado.
lia	La evidencia científica procede de al menos un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y aleatorizado.
lib	La evidencia científica procede de al menos un estudio cuasiexperimental bien diseñado.
III	La evidencia científica procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados como estudios comparativos, de correlación o de casos o controles.
IV	La evidencia científica procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio.
A	Recoge los niveles de evidencia la y lb.
B	Recoge los niveles de evidencia lia, lib y III.
C	Recoge los niveles de evidencia IV

Grado de recomendación

A	Existe buena evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación.
B	Existe moderada evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación.
C	La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso.
X	Existe evidencia de riesgo para esta intervención.

I. Apéndices

Apéndice 1 Relación de artículos identificados en la primera búsqueda

Tabla 9

Búsqueda de artículos en bases de datos (con estos resultados se elabora la tabla 2 de Material y métodos)

Base de datos	Encontrados	Seleccionados	Duplicados	Eliminados	Artículo	Motivo de eliminación
BVS	9	2	0	7		
(Cumplimiento y adherencia al tratamiento)OR(adherencia terapéutica)OR(adhesión al tratamiento)AND(diabetes)OR(diabetes mellitus)OR(diabetes mellitus tipo 2)	9	2	-	7	Efecto de los factores relacionados al cuidado de la diabetes mellitus tipo 2 y motivos de no adhesión en Argentina	
					Influencia de la depresión, los estilos de comunicación y la adhesión al tratamiento sobre los niveles de glucosa en personas con diabetes	Es de estilo de vida
CUIDEN	256	7	1	249		
(Cumplimiento y adherencia al tratamiento) OR (adherencia terapéutica)OR(adhesión al	256	7	1	249	Adherencia al tratamiento y estilos	Estilos de vida

tratamiento)AND(diabetes)OR(diabetes mellitus)OR(diabetes mellitus tipo 2)					de vida saludable de los diabéticos tipo 2 de Benicasim (Castellón)	
					Beneficios que aportan los grupos de intervención diabetológica: Pacientes con Diabetes Mellitus tipo II a través de una revisión de la literatura	Intervenciones diabetológicas
					Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados	
					Factores asociados a la adhesión al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus	
					Eficacia de la intervención enfermera en la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2	

					La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas	
Dialnet	247	4	0	443		
(Cumplimiento y adherencia al tratamiento)OR(adherencia terapéutica)OR(adhesión al tratamiento)AND(diabetes)OR(diabetes mellitus)OR(diabetes mellitus tipo 2)	247	4	-	443	Prevalencia de adhesión al tratamiento medicamentoso de personas con Diabetes Mellitus	
					Evaluación de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 de un hospital de Lima, Perú y su asociación con la adherencia al tratamiento	Evaluación de conocimientos de la enfermedad
					Relación entre dependencia, salud cognitiva y síntomas depresivos con adherencia farmacológica en adultos mayores diabéticos	Relación
					Experiencias negativas previas a un tratamiento farmacológico pueden influir en la	

					adherencia terapéutica	
Redalyc	1816	4	3	1812		
(Cumplimiento y adherencia al tratamiento)OR(adherencia terapéutica)OR(adhesión al tratamiento)AND(diabetes)OR(diabetes mellitus)OR(diabetes mellitus tipo 2)	1816	4	3	1812	Estilo de vida y adherencia al tratamiento de la población canaria con diabetes mellitus tipo 2	
					Adherencia a terapia médica nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, de un hospital nacional de nivel III en Lima, Perú	
					Continuidad de cuidados para la adherencia terapéutica en la persona con diabetes tipo 2	
					La importancia de la adherencia terapéutica	
Google académico	1450	5	10	1445		
(Cumplimiento y adherencia al tratamiento)OR(adherencia terapéutica)OR(adhesión al tratamiento)AND(diabetes)OR(diabetes mellitus)OR(diabetes mellitus tipo 2)	1450	5	10	1445	Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2	

					Adherencia terapéutica y bienestar subjetivo en pacientes con diabetes mellitus tipo II	
					Intervención cognitivo-conductual para promover adherencia terapéutica y regulación autonómica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2	
					Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2.	
					Diabetes Mellitus Tipo 2: estilos de vida y adherencia farmacológica en personas de Granada, Meta	
Scielo	49	1	3	48		
(Cumplimiento y adherencia al tratamiento) OR (adherencia	49	1	3	48	Valoración de la adherencia en el	

terapéutica) OR (adhesión al tratamiento) AND (diabetes) OR (diabetes mellitus) OR (diabetes mellitus tipo 2)						seguimiento del paciente diabético y uso de lenguaje enfermero	
---	--	--	--	--	--	--	--

Apéndice 2 Artículos localizados por el método de “bola de nieve”

Base de datos	Encontrados	Título
Cuiden	2	El incumplimiento en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en España
		Predictores psicosociales de adherencia a la medicación en pacientes con diabetes tipo 2
Redalyc	1	Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2
Google académico	1	Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Apéndice 3 Lista de verificación evaluación STROBE

Cuadro 1

Lista de verificación para evaluación de artículos

Elemento	Sí	No	Observaciones
Título			
Introducción - Contexto/fundamentos - Objetivos			
Métodos - Diseño del estudio - Contexto - Participantes - Variables - Fuentes de datos/ medidas - Sesgos - Tamaño muestral - Variables cuantitativas - Métodos estadísticos			
Resultados - Participantes - Datos descriptivos - Datos de las variables de resultado - Resultados principales - Otros análisis			
Discusión - Resultados clave - Limitaciones - Interpretación - Generabilidad			

Nota: elaborada por Ceja, Valdovinos y Ruiz (2020) con base en la Declaración STROBE

(Vandenbroucke et al, 2009)

Apéndice 4 Artículos evaluados con STROBE

Cuadro 2

Lista de verificación para evaluación de artículos

Artículo	Evaluador	Título		Introducción		Métodos		Resultados		Discusión		Total	Observaciones
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No		
1) Efecto de los factores relacionados al cuidado de la diabetes mellitus tipo 2 y motivos de no adhesión en argentina	1	x		x		x		x		x		5	
	2	x		x		x		x		x		5	
2) Eficacia de la intervención enfermera en la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2	1	x		x		x		x		x		5	
	2	x		x		x		x		x		5	
3) Adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus: validación de instrumentos para antidiabéticos orales y insulina	1	x		x		x		x		x		5	
	2	x		x		x		x		X		5	
	1	x		x		x		x		X		5	

4) Impacto de un programa educativo en el control de la diabetes mellitus tipo 2	2	x		x		x		x		x		5	
5) Prevalencia de adhesión al tratamiento medicamentoso de personas con Diabetes Mellitus	1	x		x		x		x		x		5	
	2	x		x		x		x		x		5	
6) Intervención cognitivo-conductual para promover adherencia terapéutica y regulación autonómica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2	1	x		x		x		x		x		5	
	2	x		x		x		x		x		5	
7) Diabetes Mellitus Tipo 2: estilos de vida y adherencia farmacológica en personas de Granada, Meta.	1	x		x		x		x		x		5	
	2	x		x		x		x		x		5	
8) Adherencia terapéutica y bienestar subjetivo en	1	x		x		x		x		x		5	
	2	x		x		x		x		x		5	

pacientes con diabetes mellitus tipo II												
9) Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2	1	x		x		x		x		x		5
	2	x		x		x		x		x		5
10) Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2	1	x		x		x		x		x		5
	2	x		x		x		x		x		5
11) Estilo de vida y adherencia al tratamiento de la población canaria con diabetes mellitus tipo 2	1	x		x		x		x		x		5
	2	x		x		x		x		x		5
12) Continuidad de cuidados para la adherencia terapéutica en la persona con diabetes tipo 2	1	x		x		x		x		x		5
	2	x		x		x		x		x		5
13) Adherencia a terapia médica nutricional en pacientes con	1	x		x		x		x		x		5
	2	x		x		x		x		x		5

diabetes mellitus tipo 2, de un hospital nacional de nivel III en Lima, 5Perú												
14) Valoración de la adherencia en el seguimiento del paciente diabético y uso de lenguaje enfermero	1	x		x		x		x		x		5
	2	x		x		x		x		x		5
15) Predictores psicosociales de adherencia a la medicación en pacientes con diabetes tipo 2	1	x		x		x		x		x		5
	2	x		x		x		x		x		5
16) Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2	1	x		x		x		x		x		5
	2	x		x		x		x		x		5
17) Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2	1	x		x		x		x		x		5
	2	x		x		x		x		x		5