



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA HUMANA

Tesis

Capacidad funcional, adherencia al tratamiento farmacológico y autocuidado
en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital
Nacional

Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Presentado por:

Autora: Gutiérrez Ayala, Sol María


Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5669-6084>

Asesor: Dr. Arce Huamani, Miguel Ángel

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3185-4861>

Lima – Perú

2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

Yo, GUTIERREZ AYALA, SOL MARIA GIANELLA
 egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Programa Académico de **Medicina Humana** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “CAPACIDAD FUNCIONAL, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y AUTOCUIDADO EN ADULTOS MAYORES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UN HOSPITAL NACIONAL” Asesorado por el docente: DR. ARCE HUAMANI, MIGUEL ÁNGEL
 DNI 71469125 ORCID 0000-0003-3185-4861 tiene un índice de similitud de **13 (trece) %** con código OID: 14912:557605488 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



Firma de autor 1

Nombres y apellidos del Egresado:

SOL MARIA GIANELLA GUTIERREZ AYALA

DNI: 71237659



Firma Asesor

Nombres y apellidos del Asesor: MIGUEL ANGEL ARCE HUAMANI

DNI: 71469125

Lima, 16 de FEBRERO de 2026

DEDICATORIA

Agradezco profundamente a Dios por darme la fuerza y la vida para llegar hasta este momento, y a mis padres por su amor, su apoyo constante y por acompañarme incluso en los momentos más difíciles.

A Dante, por su paciencia y por el apoyo sincero que me brindó durante este proceso.

A mis hermanas, mi sostén emocional, gracias por motivarme siempre.

Y a mi asesor, por su guía y dedicación a lo largo de este camino.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	ix
I. EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1. Problema general	3
1.2.1. Problemas específicos	3
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.3.1. Objetivo General	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación de la investigación	4
1.4.1. Teórica	4
1.4.2. Metodológica	4
1.4.3. Práctica	5
1.5. Delimitaciones de la investigación	5
1.5.1. Temporal	5
1.5.2. Espacial:	5
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes de la investigación	6

	4
2.2. Bases teóricas	15
2.3. Formulación de hipótesis	21
2.3.1. Hipótesis general	21
2.3.2. Hipótesis específicas	22
III. METODOLOGÍA	23
3.1. Método de la investigación	23
3.2. Enfoque de la investigación	23
3.3. Tipo de investigación	23
3.4. Diseño de la investigación	24
3.5. Población, muestra y muestreo	24
3.6. Variables y operacionalización	26
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	28
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	30
3.9. Aspectos éticos	30
IV. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	32
4.1. Resultados	32
4.2. Discusión	35
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	42
5.1. Conclusiones	42
5.2. Recomendaciones	44
REFERENCIAS	46
ANEXOS	52
Anexo 1: Matriz de consistencia	52
Anexo 2: Matriz de operacionalización de variables	54
Anexo 3: Instrumentos	56
Anexo 4: Formato de consentimiento informado	61
Anexo 5: Carta de comité de ética	63

Anexo 6: Carta de aprobación del establecimiento	64
--	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características basales de la población de estudio.	32
Tabla 2. Asociación bivariada entre práctica de autocuidado y variables explicativas.	33
Tabla 3. Razones de prevalencias crudas y ajustadas para práctica regular de autocuidado.	34
Tabla 4. Asociación entre capacidad funcional y adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2.	35

RESUMEN

Introducción: La diabetes mellitus tipo 2 constituye un importante problema de salud pública en adultos mayores, caracterizado por un deterioro progresivo de la capacidad funcional, insuficiente adherencia al tratamiento y deficiencias en el autocuidado, factores que incrementan el riesgo de complicaciones y reducen la calidad de vida. **Objetivo:** Identificar la asociación entre la capacidad funcional, la adherencia al tratamiento farmacológico y el autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital Nacional. **Métodos:** El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, aplicada de diseño no experimental transversal. La muestra estuvo conformada por 206 adultos mayores a quienes se les aplicaron cuestionarios validados y confiables. **Resultados:** Se evidenció que la mayoría de los adultos mayores presentan dependencia funcional leve (80,6%), conservando autonomía para las actividades básicas, mientras que la adherencia al tratamiento es principalmente moderada (45,6%) y el autocuidado se observa en nivel regular (69,9%). Además, se identificaron asociaciones significativas entre capacidad funcional y autocuidado, donde los adultos mayores con mayor dependencia mostraron mayores prevalencias de práctica regular de autocuidado (RP ajustadas: 1,41–1,57, $p=0,002$), y entre capacidad funcional y adherencia al tratamiento, observándose que un mayor grado de dependencia se relaciona con baja adherencia farmacológica, especialmente en dependencia grave (RP=9,12, $p<0,001$). La asociación entre adherencia al tratamiento y autocuidado no se mantuvo significativa tras ajustar por capacidad funcional ($p=0,685$). **Conclusión:** En los adultos mayores con diabetes tipo 2, un mayor grado de dependencia funcional se asocia con menor adherencia al tratamiento farmacológico, mientras que la capacidad funcional influye significativamente en la práctica del autocuidado.

Palabras Clave: Capacidad funcional, adherencia al tratamiento, autocuidado, adultos mayores, Diabetes mellitus tipo 2.

ABSTRACT

Introduction: Type 2 diabetes mellitus is a major public health problem in older adults, characterized by progressive deterioration of functional capacity, poor adherence to treatment, and deficiencies in self-care, factors that increase the risk of complications and reduce quality of life. **Objective:** To identify the association between functional capacity, adherence to drug treatment, and self-care in older adults diagnosed with type 2 diabetes mellitus in a national hospital. **Methods:** The study had a quantitative approach, applied in a non-experimental cross-sectional design. The sample consisted of 206 older adults who were given validated and reliable questionnaires. **Results:** It was found that most older adults have mild functional dependence (80.6%), retaining autonomy for basic activities, while adherence to treatment is mainly moderate (45.6%) and self-care is observed at a regular level (69.9%). In addition, significant associations were identified between functional capacity and self-care, with older adults with greater dependence showing higher prevalences of regular self-care practices (adjusted OR: 1.41–1.57, $p=0.002$), and between functional capacity and treatment adherence, with a higher degree of dependence being associated with low medication adherence, especially in cases of severe dependence (OR=9.12, $p<0.001$). The association between treatment adherence and self-care did not remain significant after adjusting for functional capacity ($p=0.685$). **Conclusion:** In older adults with type 2 diabetes, a higher degree of functional dependence is associated with lower adherence to drug treatment, while functional capacity significantly influences self-care practices. **Conclusion:** In older adults with type 2 diabetes, greater autonomy in performing daily activities is associated with better health care and greater treatment adherence.

Keywords: Functional capacity, adherence to treatment, self-care, older adults, type 2 diabetes mellitus.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es un desafío de salud pública creciente, especialmente en adultos mayores, debido a que las complicaciones asociadas afectan su calidad de vida y capacidad funcional (1,2). A nivel mundial, su prevalencia aumenta, y una proporción significativa de pacientes no recibe tratamiento adecuado ni mantiene prácticas de autocuidado efectivas, lo que incrementa el riesgo de complicaciones crónicas (2). En el Perú, se reporta alta prevalencia de DM2 en adultos mayores, con deficiencias en adherencia terapéutica, autocuidado y capacidad funcional, factores que agravan el pronóstico y requieren intervenciones integrales (3). Sin embargo, pocos estudios analizan de manera conjunta estas tres variables en atención ambulatoria, lo que justifica la presente investigación para generar evidencia que oriente estrategias de prevención y manejo en esta población vulnerable.

Por ello, este trabajo se ha organizado de manera clara en cinco capítulos. En el primero se presenta el planteamiento del problema, los objetivos y la justificación de la investigación. El segundo capítulo reúne los antecedentes y las bases teóricas, mientras que el tercero describe la metodología utilizada, incluyendo la población, las variables y los instrumentos de recolección de datos. En el cuarto capítulo se presentan y discuten los resultados obtenidos, y finalmente, el quinto capítulo ofrece las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio. El documento se complementa con referencias y anexos que apoyan la comprensión de la investigación.

I. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) constituye una de las problemáticas de salud pública más desafiantes del siglo XXI, especialmente en la población adulta mayor, donde las complicaciones asociadas impactan significativamente en su calidad de vida y funcionalidad (1,2). Según la Organización Mundial de la Salud, en 2022 el 14 % de las personas mayores de 18 años vivían con diabetes, el doble del porcentaje registrado en 1990, y más del 59 % de los adultos de 30 años o más no recibían tratamiento farmacológico, exponiéndose a mayores riesgos clínicos (2). En Europa, se ha evidenciado que el 16 % de los adultos mayores de 65 años y casi una cuarta parte de los mayores de 75 con DM2 presentan demencia, además de que aquellos con mayor conocimiento en autocuidado logran un mejor control glucémico respecto a quienes tienen conocimientos deficientes (4,5,6). Por lo tanto, la falta de adherencia terapéutica, el deterioro progresivo de la capacidad funcional y el limitado autocuidado son factores claves que agravan el pronóstico de los adultos mayores con diabetes tipo 2.

En el contexto de las Américas, la diabetes mellitus tipo 2 ha alcanzado niveles críticos, con 112 millones de adultos afectados, una cifra que se ha triplicado desde 1990, principalmente debido al sobrepeso, la inactividad física y el mal control glucémico (1). Este crecimiento alarmante ha convertido a la enfermedad en una de las principales causas de complicaciones graves como ceguera, insuficiencia renal, enfermedades cardiovasculares y muerte prematura en la región (1). En países como México, uno de los mayores retos es la baja adherencia al tratamiento farmacológico, estrechamente vinculada a deficiencias en el autocuidado y en la adopción de hábitos saludables por parte de los pacientes (7). Por lo que, promover la adherencia terapéutica, fomentar prácticas efectivas de autocuidado y preservar la capacidad funcional en los adultos mayores con DM2 resulta esencial para prevenir complicaciones y mejorar su calidad de vida.

En el Perú, la situación de la diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores es preocupante, con 19,842 casos registrados recientemente, de los cuales el 96,5 % corresponde a DM2, asociada al envejecimiento, sedentarismo y comorbilidades, agravada además por barreras en el acceso a los servicios de salud (3). En Lima Metropolitana, el 57,0 % de los adultos mayores con DM2 presenta dependencia funcional parcial y el 1,9 % dependencia severa, una prevalencia considerablemente mayor que en quienes no tienen la

enfermedad (8). Por otro lado, en Ica se reportó que el 65,5 % de los adultos mayores tenía un autocuidado solo regular, y en Lima, solo el 78 % presentaba una adherencia favorable al tratamiento farmacológico (9,10). Por lo antes mencionado, estas cifras reflejan una situación crítica que exige intervenciones focalizadas que mejoren el autocuidado, la adherencia terapéutica y la capacidad funcional en esta población vulnerable.

Un estudio nacional reveló que el 76,3 % de los adultos mayores de 40 años se encuentra en riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, principalmente por factores como la edad avanzada, el sobrepeso y la hipertensión (11,12). Además, según el INEI, durante el año 2020, el 39,9 % de los adultos mayores presentaba al menos una comorbilidad como obesidad, hipertensión o diabetes, lo cual incrementa su vulnerabilidad frente a complicaciones (13). A nivel local, estudios realizados en Lima, en hospitales del ESSALUD se han evidenciado serias deficiencias en el autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico, lo que afecta negativamente la capacidad funcional de los pacientes (14,15). Por lo que, resulta urgente implementar estrategias de intervención educativa y seguimiento clínico que fortalezcan el autocuidado, mejoren la adherencia terapéutica y contribuyan a preservar la funcionalidad en los adultos mayores con DM2.

A partir del análisis del panorama internacional, regional y nacional, se observa que la población adulta mayor con diabetes mellitus tipo 2 enfrenta serias dificultades en su capacidad funcional, especialmente por el deterioro progresivo asociado a la edad, la comorbilidad y el mal control de la enfermedad. Asimismo, se ha identificado que la adherencia al tratamiento farmacológico es insuficiente en diversos contextos, lo cual limita el control glucémico y favorece la aparición de complicaciones crónicas. De igual forma, los niveles de autocuidado reportados en esta población son deficientes, lo que evidencia un conocimiento limitado sobre la enfermedad y prácticas inadecuadas de prevención y seguimiento. A pesar de la revisión realizada, no se han encontrado estudios que aborden de forma conjunta estas tres variables en adultos mayores atendidos en consulta ambulatoria, por lo que la presente investigación buscará establecer la asociación entre capacidad funcional, adherencia al tratamiento y autocuidado en esta población específica, aportando evidencia importante para la intervención integral y oportuna.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

P.G. ¿Cuál es la asociación de la capacidad funcional y la adherencia al tratamiento farmacológico con el nivel de autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital Nacional?

1.2.1. Problemas específicos

P.E.1. ¿Cuáles son los niveles de la capacidad funcional, adherencia al tratamiento farmacológico y autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital Nacional?

P.E.2. ¿Cuál es la asociación entre la capacidad funcional y el nivel de autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital Nacional?

P.E.3. ¿Cuál es la asociación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y el nivel de autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital Nacional?

P.E.4. ¿Cuál es la asociación entre la capacidad funcional y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital Nacional?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo General

O.G. Determinar la asociación de la capacidad funcional y la adherencia al tratamiento farmacológico con el nivel de autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital Nacional.

1.3.2. Objetivos específicos

O.E.1. Describir el nivel de capacidad funcional, adherencia al tratamiento farmacológico y autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital Nacional.

O.E.2. Evaluar la asociación entre la capacidad funcional y el nivel de autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital Nacional.

O.E.3. Evaluar la asociación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y el nivel de autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital Nacional.

O.E.4. Evaluar la asociación entre la capacidad funcional y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital Nacional.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

La presente investigación aborda una deficiencia en el conocimiento científico relacionada con el manejo integral de adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, específicamente en la asociación entre las tres variables fundamentales: capacidad funcional, adherencia al tratamiento farmacológico y autocuidado. Aunque cada una de estas variables ha sido estudiada de forma individual en distintos contextos clínicos, existen pocas investigaciones que analicen su interrelación conjunta en un mismo grupo poblacional. Se ha identificado, por ejemplo, una relación positiva entre la capacidad funcional y las prácticas de autocuidado en adultos mayores con diabetes, lo cual refuerza la pertinencia de explorar estas variables de forma articulada (16). Sin embargo, investigaciones que incluyan además la adherencia al tratamiento como una tercera variable siguen siendo limitadas, especialmente en esta población específica. Este estudio, por tanto, busca aportar nueva información útil para mejorar la atención médica integral de los adultos mayores con DM2. Sus resultados podrían servir como base para futuras investigaciones, programas clínicos o intervenciones dirigidas a optimizar el manejo de esta enfermedad crónica.

1.4.2. Metodológica

Este estudio aportó valor porque no solo describió el estado de salud de los pacientes adultos mayores, sino que busco asociar las tres variables capacidad funcional, adherencia al tratamiento y autocuidado mediante un diseño analítico transversal. Se utilizaron

herramientas previamente validadas para recolectar los datos y se realizó un análisis estadístico multivariado, lo que permitió controlar el efecto de factores externos (nivel de instrucción, comorbilidades, edad) que podrían haber influido en los resultados. La incorporación de evidencia reciente indica que un mayor nivel de autocuidado se asoció con una mejor adherencia al tratamiento en pacientes con DM2 (17), lo que respaldó la pertinencia de evaluar simultáneamente estas variables. De esta manera se incrementó la solidez del estudio y se obtuvieron conclusiones más confiables y útiles para la práctica médica.

1.4.3. Práctica

Esta investigación es de gran relevancia para los profesionales de la salud, especialmente para el personal médico que brindó atención a adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Uno de los principales problemas en la práctica clínica diaria fue que, con frecuencia, el manejo del paciente se centró exclusivamente en el control glucémico o en la prescripción farmacológica, dejando de lado otros aspectos fundamentales como la capacidad funcional y las prácticas de autocuidado. Esta falta de un abordaje integral pudo tener consecuencias clínicas importantes, como una baja adherencia al tratamiento, complicaciones relacionadas con la enfermedad, hospitalizaciones frecuentes e incluso la pérdida de independencia funcional en el adulto mayor. Diversas investigaciones evidenciaron que la adherencia terapéutica se relacionó estrechamente con el nivel de autocuidado del paciente, lo que reforzó la necesidad de evaluar ambas variables de forma conjunta en la práctica clínica (18). Por ello, los resultados de este estudio permitieron identificar con mayor claridad las limitaciones que enfrentaron los pacientes en su autocuidado, su adherencia terapéutica y su capacidad funcional, contribuyendo al desarrollo de intervenciones clínicas más personalizadas y de manera eficaz.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

La investigación se desarrolló durante el año 2025, período en el cual se realizó la recolección, análisis e interpretación de los datos obtenidos de la población seleccionada.

1.5.2. Espacial:

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Nacional Dos de Mayo, ubicado en la ciudad de Lima, Perú.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Antecedentes Internacionales

García (19) en el 2025 realizó un estudio sobre el autocuidado y nivel de dependencia en el adulto diabético. Emplearon un estudio no experimental de enfoque cuantitativo de corte transversal. La población estuvo conformada por 40 adultos a quienes se les administraron cuestionarios estructurados. Se encontró que el 67,5% de los adultos diabéticos presentaron un nivel adecuado de autocuidado, mientras que el 17,5% tiene un autocuidado parcialmente aceptable y el 15% un autocuidado deficiente, el 70% se realizó una prueba de glicemia en ayunas y el 60-65% evitó alimentos no recomendables, sin embargo, el 65% evidenció un nivel de dependencia total, destacando una relación directa entre bajo autocuidado y mayor dependencia. Se concluyó que los adultos diabéticos que practican un adecuado autocuidado tienden a conservar mejor su autonomía, mientras que aquellos con prácticas deficientes presentan mayores niveles de dependencia.

Nazate et al. (20) en el 2024 desarrollaron un artículo sobre la adherencia al tratamiento en los adultos mayores con diagnóstico de Diabetes mellitus en el Centro de Salud #1 de la ciudad de Tulcán. Se empleó una investigación de diseño observacional descriptiva y transversal. La población estuvo conformada por 20 adultos a quienes se les aplicaron cuestionarios estructurados. Se encontró que el 60 % de los adultos están medicados con insulina, el 70 % toma su medicación una vez al día y el 30 % lo hace dos veces; además, el 80 % realiza autocontrol para evitar complicaciones, sin embargo, el 100 % no sigue una dieta hipoglucida, y el 80 % enfrenta dificultades económicas para acceder a su medicación, mientras que el 10 % se ve limitado por factores culturales y religiosos. La conclusión fue que, aunque la mayoría de los pacientes diabéticos toma sus medicamentos y realiza autocontrol, no siguen una dieta adecuada y enfrentan barreras económicas, culturales y religiosas que dificultan su tratamiento integral.

Amerzadeh et al. (21) en el 2024 publicó un artículo sobre las conductas de autocuidado, estado de adherencia a la medicación y factores asociados entre personas mayores con diabetes tipo 2. Emplearon un estudio de tipo descriptivo, de nivel correlacional y utilizó un enfoque cuantitativo. La población del estudio estuvo compuesta por 412 ancianos con diabetes tipo 2. Se utilizó un cuestionario estructurado como instrumento de recolección de datos y como técnica la encuesta. Se encontró en cuanto al autocuidado, la

mayor adherencia se evidenció en el seguimiento de la dieta prescrita, mientras que las prácticas menos frecuentes fueron revisar el interior del calzado y examinar los pies. Además, se reveló asociaciones significativas entre variables demográficas y las prácticas de autocuidado: a mayor nivel educativo, menor monitoreo de glucosa en sangre ($p = 0.048$); los pacientes rurales monitoreaban su glucosa con mayor frecuencia que los urbanos ($p = 0.016$); y la edad se asoció significativamente con una mejor adherencia a la dieta ($p = 0.04$). Además, quienes no tenían antecedentes familiares de diabetes tendían a seguir menos la dieta ($p = 0.008$) y participaban menos en ejercicios ($p = 0.04$). Se concluyó que, aunque algunos pacientes con diabetes tipo 2 muestran adherencia parcial al autocuidado, persisten prácticas inadecuadas en alimentación, actividad física y monitoreo, influenciadas por factores sociodemográficos y clínicos.

Prudente (22) en el año 2023 realizó una tesis titulada sobre la Adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores que acuden al Centro de Salud San Judas Tadeo. La investigación tuvo un enfoque cuantitativo de nivel descriptivo. La población fue integrada por 32 adultos mayores a quienes se les aplicaron cuestionarios. Se encontró que los participantes presentaron una baja adherencia al tratamiento, pues el 71% olvida ocasionalmente tomar su medicación, el 57% no respeta los horarios indicados, el 66% deja de tomar los medicamentos cuando se siente bien y el 85% los suspende si considera que afectan su bienestar físico. Además, se identificaron diversos factores asociados a esta baja adherencia, siendo los más relevantes los socioeconómicos (37%), seguidos por los relacionados con el sistema y equipo de salud (26%), la terapia (20%) y el propio paciente (17%). Como consecuencia, los pacientes presentan diversas complicaciones, destacando el pie diabético (26%), la retinopatía (23%), la nefropatía y ausencia de complicaciones (14% cada una), la neuropatía (11%) y la insuficiencia cardíaca (9%), lo cual confirma el impacto negativo de la falta de adherencia en la salud de esta población. Se concluyó que la baja adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en adultos conlleva a complicaciones que afectan negativamente su salud.

Bonikowska et al. (23) en el 2022 realizaron un artículo sobre la adherencia a la medicación en adultos mayores con diabetes tipo 2 residentes en el Voivodato de Lubuskie (Polonia): Asociación con el síndrome de fragilidad. Se empleó un estudio de enfoque cuantitativo, con un nivel descriptivo y un nivel correlacional. La población estuvo conformada por 175 pacientes a quienes se les aplicaron cuestionarios. Se encontró que la

mayoría de los pacientes adultos mayores con diabetes tipo 2 eran mujeres y tenían una edad promedio de 70,25 años, con alta prevalencia de enfermedades coexistentes como hipertensión (81,71%) y enfermedades renales (80%); el 80% presentó síndrome de fragilidad y solo el 20% mostró alta adherencia a la medicación, mientras que el 57,71% tuvo adherencia media y el 22,29% baja. Se halló que una mayor fragilidad (TFI), el género masculino y un menor número de medicamentos diarios predijeron significativamente la no adherencia a la medicación, con diferencias marcadas en los dominios físico y psicológico del TFI, pero no en el social. Se concluyó que existe una relación significativa entre el síndrome de fragilidad y la baja adherencia a la medicación en adultos mayores con diabetes tipo 2, siendo la fragilidad, el género masculino y el número de medicamentos diarios predictores clave de la no adherencia.

Aguilar et al. (24) en el 2022 publicaron su artículo sobre los factores relacionados a la adhesión al autocuidado en pacientes adultos con diabetes de tipo 2. Emplearon un estudio de tipo básico con un enfoque cuantitativo de corte transversal. La población estuvo conformada por 270 personas a quienes se les aplicaron encuestas estructuradas. Se encontró en cuanto a la adherencia a las actividades de autocuidado, una alta frecuencia en la toma de medicamentos (91.5%) y en la ingesta del número recomendado de pastillas (90.6%). Sin embargo, se registró una baja adherencia al ejercicio físico, ya que solo el 22.6% realizó actividad física al menos 30 minutos, y apenas el 17.8% participó en sesiones específicas de ejercicio. Asimismo, el 87.0% no se midió la glucosa según lo recomendado. El análisis inferencial evidenció asociaciones estadísticamente significativas entre la adherencia a la dieta general y variables como la edad ($p=0.018$), el IMC ($p=0.035$) y el seguimiento nutricional ($p<0.001$). También se halló relación significativa entre el consumo de frutas/verduras y el nivel educativo ($p=0.015$), y entre el consumo de dulces, el ingreso familiar ($p=0.033$) y el IMC ($p=0.035$). En cuanto al ejercicio, se halló asociación con la edad ($p=0.007$) y la presencia de complicaciones por DM ($p=0.009$), mientras que el monitoreo de glucosa se asoció con el nivel educativo ($p=0.040$), IMC ($p=0.045$), tipo de medicación ($p<0.001$), complicaciones ($p=0.045$) y seguimiento médico ($p=0.003$). Finalmente, el cuidado de los pies mostró asociación con la edad ($p=0.048$) y el seguimiento con enfermería ($p=0.012$). Se concluyó que la adherencia a las actividades de autocuidado en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 fue alta en el uso de medicamentos, pero baja en el ejercicio físico y el monitoreo de glucosa.

Jie et al. (25) en el 2022 publicaron su artículo sobre las actividades de la vida diaria y sus factores influyentes en personas mayores con diabetes mellitus tipo 2 en comunidades urbanas de Fuzhou, China. Emplearon un estudio fue de tipo básica de nivel correlacional y enfoque cuantitativo. La población estuvo conformada por 2016 adultos a quienes les aplicaron cuestionarios estructurados. Se encontró que el 12.4% presentó deterioro funcional (8.2% leve, 4.2% severo). Las funciones actividades diarias se asociaron significativamente con edad ($H=52.13$, $p<0.01$), género ($Z=-2.53$, $p=0.01$), ingresos ($H=68.31$, $p<0.01$), hábitos irregulares de alimentación ($H=138.92$, $p<0.001$), sedentarismo ($Z=-7.66$, $p<0.001$), tabaquismo ($H=14.88$, $p<0.001$), dificultad para dormir ($H=29.17$, $p<0.001$), y falta de ejercicio ($H=32.82$, $p<0.001$). Por otro lado, el deterioro funcional se asoció con edad ≥ 70 años ($OR=1.99$), vivir en hogares de cuidado ($OR=2.31$), ingresos bajos ($OR=1.49$), sin seguro ($OR=1.82$), ACV ($OR=6.70$), tumores ($OR=4.45$), sedentarismo ($OR=2.04$), y falta de apoyo familiar ($OR=1.19$). Se concluyó que el deterioro funcional en adultos mayores con diabetes tipo 2 está significativamente asociado con factores sociodemográficos, conductuales, familiares y clínicos, siendo más frecuente en personas con edad avanzada, bajos ingresos, estilos de vida poco saludables y comorbilidades.

Krzemińska et al. (26) en el 2021 realizaron un artículo sobre la asociación del nivel de autocuidado con la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2. Emplearon un estudio de nivel correlación con un enfoque cuantitativo. La población estuvo conformada por 324 pacientes a quienes se les aplicaron encuestas. Se encontró que, en cuanto al autocuidado, los participantes obtuvieron puntajes más altos en mantenimiento del autocuidado y más bajos en monitorización del autocuidado. Respecto a la adherencia al tratamiento, el 52.47% presentó un nivel bajo, el 39.20% un nivel moderado y solo el 8.33% un nivel alto. Se encontró una correlación positiva y significativa entre la adherencia al tratamiento y las dimensiones del autocuidado: mantenimiento ($Rho = 0.436$, $p < 0.001$), manejo ($Rho = 0.413$, $p < 0.001$), monitorización ($Rho = 0.384$, $p < 0.001$) y confianza en el autocuidado ($Rho = 0.453$, $p < 0.001$). Se concluyó que, a mayor adherencia al tratamiento, mayor es el nivel de autocuidado en pacientes con diabetes, evidenciando una correlación positiva y significativa entre ambas variables.

Świątoniowska et al. (27) en el 2021 publicaron un artículo sobre impacto del deterioro cognitivo en la adherencia al tratamiento y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Emplearon un estudio de tipo básica con un nivel descriptivo y

correlacional. El estudio estuvo conformado por 169 pacientes a quienes se les aplicaron cuestionarios estructurados. Se encontró que los pacientes con deterioro cognitivo tenían mayor edad (70.8 ± 7.3 años vs. 64.5 ± 6.9), eran menos activos profesionalmente (84.4% jubilados vs. 53.4%), vivían con mayor frecuencia en zonas rurales (56.2% vs. 15.1%). Clínicamente, usaban más medicamentos (8.19 ± 2.42 vs. 5.84 ± 3.45), tenían mayor duración de la diabetes (15.12 ± 8.71 años vs. 5.0 ± 18.51), y más episodios de hiperglucemia (93.6% vs. 68.5%). Asimismo, mostraron menores puntajes en autocuidado: mantenimiento (57.3), monitoreo (50.0), gestión (43.8) y confianza (61.4). En el análisis correlacional, se encontró una asociación positiva y significativa entre el puntaje MMSE y los dominios del SCODI: mantenimiento (Rho= 0.252, $p < 0.05$), monitoreo Rho = 0.244, $p < 0.05$), gestión (Rho = 0.181, $p < 0.05$) y confianza (Rho = 0.280, $p < 0.05$), indicando que una mejor función cognitiva se relaciona con mayores niveles de autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2. Se concluyó que los pacientes que presentan una mejor función cognitiva, tienden a mostrar niveles significativamente más altos de autocuidado, lo cual resalta la importancia de preservar las capacidades cognitivas para una adecuada gestión de la enfermedad.

Oliveira et al. (28) en el 2021 en su artículo sobre la evaluación de la capacidad cognitiva y del desarrollo funcional en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. Emplearon un estudio observacional comparativo. La población estuvo conformada por 218 pacientes a quienes les aplicaron cuestionarios estructurados. Se encontró que, en el grupo con diabetes, un 55% fue independiente para las actividades básicas y un 44% para las instrumentales. Además, la edad se asoció significativamente con mayor dependencia en las actividades básicas (OR = 1.081; IC 95%: 1.006–1.161; $p = 0.033$), mientras que la escolaridad fue un factor protector para la dependencia instrumental (OR = 0.722; IC 95%: 0.555–0.938; $p = 0.015$). Se concluyó que los adultos mayores con diabetes tipo 2 presentan un menor desempeño cognitivo y mayor dependencia funcional, siendo la edad un factor de riesgo y la escolaridad un factor protector significativo.

Sánchez et al. (29) en el 2021 en su estudio sobre las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2. Empleó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 245 adultos a quienes se les aplicaron cuestionarios estructurados y validados. Se encontró que la mayoría de adultos mayores con diabetes tipo 2 practicaban el autocuidado en las dimensiones de alimentación (48.7% seguía una dieta saludable toda la semana y 51.3% consumía frutas y verduras diariamente),

cuidado de los pies y adherencia terapéutica (56.4% espaciaba uniformemente sus comidas), mientras que se observaron bajas prácticas de autocuidado en las dimensiones de actividad física y automonitoreo, evidenciando áreas prioritarias de intervención para mejorar el manejo integral de la diabetes en esta población. Se concluyó que, aunque los adultos mayores con diabetes tipo 2 mantienen adecuados hábitos de autocuidado en cuanto a la alimentación y el cumplimiento del tratamiento, aún persisten debilidades importantes en la práctica de actividad física regular y en el monitoreo de sus niveles de glucosa.

Carneiro et al. (30) en el 2020 realizaron un artículo sobre la capacidad funcional y autocuidado en adultos mayores con diabetes mellitus. Se empleó un estudio de enfoque cuantitativo, de corte transversal. La población estaba conformada por 189 adultos. La técnica e instrumento fueron las encuestas y cuestionarios. Se encontró que, en cuanto a la salud, el 97,9 % tenía diabetes tipo 2, el 78,3 % no realizaba actividad física, el 78,3 % tenía hipertensión arterial y más de la mitad tomaba cinco o más medicamentos al día. Respecto a la capacidad funcional, el 68,3 % era independiente para las actividades diarias, mientras que el resto presentaba distintos niveles de dependencia. Además, se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la capacidad funcional y la actividad física ($Rho = 0,195$; $p = 0,007$), así como con el cuidado de los pies ($Rho = 0,168$; $p = 0,021$). Se concluyó que una mayor capacidad funcional en adultos mayores con diabetes mellitus se asocia significativamente con una mejor práctica de actividad física y cuidado de los pies como parte del autocuidado.

Bello y Montoya (31) en el 2020 publicaron un estudio sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. Se empleó un estudio de nivel correlacional analítico de corte transversal. La población estuvo conformada por 211 adultos mayores, a quienes se les aplicaron cuestionarios estructurados. Se encontró que el 51,72% de la población se adhería al tratamiento farmacológico, mientras que el 48,28% no lo hacía. En el ámbito familiar, el 90,52% percibió una familia altamente funcional y el 62,07% reportó alto apoyo familiar. Además, que el sexo femenino fue un factor protector para la adherencia ($RP = 0,66$; $p = 0,037$), mientras que tener menos de 80 años ($RP = 1,59$; $p = 0,046$), bajo nivel educativo ($RP = 2,15$; $p = 0,0055$) se asociaron significativamente con mayor riesgo de no adherencia. Se concluyó que la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con diabetes tipo 2 se ve influenciada

principalmente por factores socioeconómicos, mientras que las variables familiares no mostraron asociación significativa.

Antecedentes Nacionales

Rosas (9) en el 2024 realizó su tesis sobre el autocuidado y estado nutricional del usuario con diabetes mellitus tipo II atendidos en el Hospital Regional Ica. Empleó un estudio de nivel descriptivo correlacional de corte transversal. La población estuvo conformada por 144 pacientes a quienes se les aplicaron cuestionarios. Se encontró que la mayoría presentaba un nivel de autocuidado regular (62.5%), con un buen cumplimiento del régimen alimentario (97.9%) pero deficiente actividad física (72.2% regular, 27.8% malo). El estado nutricional mostró predominio de sobrepeso (60.4%) y obesidad (19.5%), encontrándose una correlación positiva moderada entre autocuidado y estado nutricional ($Rho=0.343$; $p<0.001$), así como asociaciones significativas, aunque débiles, con dimensiones como cuidado de los pies ($Rho=0.302$), régimen alimentario ($Rho=0.228$) y cuidado de la piel ($Rho=0.215$), lo que evidencia la necesidad de fortalecer estrategias de promoción del autocuidado, especialmente en actividad física y hábitos alimentarios, para mejorar el control metabólico en esta población. Se concluyó que existe una relación significativa entre el autocuidado y el estado nutricional, destacando la necesidad de mejorar las intervenciones en actividad física y alimentación para un mejor control metabólico.

Achallma y Anchi (32) en el 2022 en su tesis sobre el conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 del centro de salud San Juan Bautista. Emplearon un estudio de enfoque cuantitativo, de nivel correlacional de diseño no experimental. La población estuvo conformada por 64 adultos mayores a quienes les aplicaron cuestionarios estructurados, Se encontró que, en cuanto a las prácticas de autocuidado generales, el 87,5% mostraron un nivel regular y solo el 12,5% un nivel bueno. Al analizar áreas específicas del autocuidado, se evidenció una predominancia de prácticas regulares en dieta (81,3%) y actividad física (93,7%), mientras que las buenas prácticas se observaron más en el cuidado de los pies (56,2%) y el control de la glicemia (51,6%). Además, se encontraron relaciones estadísticamente significativas solo en la dimensión dieta ($Rho=0,258$; $p=0,040$), mientras que en las demás dimensiones (actividad física, cuidado de los pies y glicemia) las correlaciones fueron muy bajas y no significativas. Asimismo, no se halló una relación significativa entre el nivel de conocimiento global y las prácticas generales de autocuidado ($Rho = -0,122$; $p = 0,339$). Se concluyó que, aunque los adultos

mayores con diabetes mellitus tipo II en su mayoría muestran prácticas de autocuidado regulares, estas no guardan una relación significativa con su nivel de conocimiento sobre la enfermedad.

Valerio (33) en el 2022 realizó su tesis sobre el autocuidado y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II del hospital de San Juan de Lurigancho. Empleó un estudio de enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo correlacional. La población estuvo conformada por 342 pacientes a quienes les aplicaron cuestionarios. Se encontró que existe una relación estadísticamente significativa entre el autocuidado y la adherencia al tratamiento ($Rho=0.799$; $p=0.004$), evidenciándose que aquellos con un autocuidado inadecuado presentan mayor proporción de mala adherencia al tratamiento (40%) frente a quienes tienen autocuidado adecuado (10%). Además, se hallaron correlaciones significativas en las dimensiones de dieta ($\rho = 0.412$; $p = 0.003$), ejercicio ($\rho = 0.537$; $p = 0.003$) y control glucémico ($\rho = 0.595$; $p = 0.004$). Se concluyó que existe una relación significativa entre el autocuidado y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Urquiza (10) en el 2022 realizó su tesis sobre el autocuidado y su relación adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el centro de salud los libertadores, San Martín de. Empleó un estudio de enfoque cuantitativo, de diseño experimental de nivel descriptivo correlacional. La población estuvo conformada por 82 pacientes a quienes se les aplicaron encuestas. Se encontró que la mayoría de los pacientes presentaron un nivel adecuado de autocuidado (78%) y una adherencia al tratamiento favorable (54,9%). En cuanto a las dimensiones del autocuidado, se evidenció una mayor adecuación en el ejercicio (81,7%) y en el cuidado de la vista (72%), mientras que los hábitos nocivos mostraron un mayor porcentaje de inadecuación (57,3%). Además, se encontró una relación estadísticamente significativa entre el autocuidado y la adherencia al tratamiento ($p = 0,038$). Se concluyó que los comportamientos de autocuidado relacionados con la alimentación, el ejercicio, el descanso y la eliminación de hábitos nocivos influyen directamente en la adherencia al tratamiento en pacientes con DM2.

Faya y Quiñones (34) en el 2022 realizaron una tesis sobre la capacidad de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II en el centro de salud La Flor. Se empleó un estudio de tipo básica de diseño no experimental. La población estuvo conformada por 100 adultos de los cuales 50 conformaron la muestra a quienes se les

aplicaron cuestionarios estructurados. Se encontró que, en relación al autocuidado, el 56% presenta un nivel alto, el 30% muy alto y el 14% medio. En la dimensión biológica predomina el nivel alto (44%), en la psicológica el nivel muy alto (46%) y en la social el nivel medio (44%). Se concluyó que los adultos mayores muestran una adecuada capacidad de autocuidado, aunque se evidencian diferencias entre dimensiones, siendo la social la que presenta menor nivel.

Plasencia y Quispe (35) publicaron en el 2021 una investigación sobre la capacidad funcional y autocuidado en adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor. Emplearon un estudio de nivel correlacional y de corte transversal. La población estuvo conformada por 127 adultos a quienes se les aplicaron cuestionarios. Se encontró que la mayoría de los adultos mayores presentaron un buen nivel de capacidad funcional e independencia, siendo el 78.0% independientes y el 22.0% moderadamente dependientes, sin registrarse casos de dependencia total. En cuanto al nivel de autocuidado, el 87.4% mostró un nivel bueno y el 12.6% un nivel regular; específicamente, en el aspecto biológico, el 78.0% evidenció un buen autocuidado, el 21.3% un nivel regular y solo el 0.8% presentó un nivel deficiente. En el aspecto psicosocial, el 94.5% presentó un buen autocuidado y el 5.5% un nivel regular. Además, se encontró una relación altamente significativa entre el nivel de capacidad funcional y el nivel de autocuidado ($Rho=0.370$; $p=0.003$). Se concluyó que los adultos mayores con mayor capacidad funcional tienden a presentar mejores niveles de autocuidado en sus dimensiones biológica, psicosocial y espiritual.

Gálvez et al. (8) en el 2021 realizaron un artículo sobre la dependencia funcional en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en Lima. Emplearon un estudio de corte transversal con análisis secundario. La población estuvo conformada por 270 adultos de los cuales se extrajo su información. Se encontró que, en cuanto a la dependencia funcional, el 57 % presentó dependencia moderada, el 25,6 % no tuvo dependencia, y solo el 3,3 % presentó dependencia total. En el análisis bivariado, la insuficiencia cardiaca congestiva y la edad se asociaron significativamente con la dependencia funcional; sin embargo, en el análisis multivariado, solo la edad entre 83 y 100 años resultó ser un factor asociado independiente ($OR=2,64$; $IC\ 95\ %: 1,071-6,510$; $p=0,004$). Se concluyó que la edad avanzada, específicamente entre 83 y 100 años, se asoció de manera independiente con una mayor probabilidad de presentar dependencia funcional en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Adulto mayor

El término "adulto mayor" se refiere a una persona que se encuentra en la última etapa del ciclo vital, denominada vejez o ancianidad. La Organización Mundial de la Salud (36) establece de manera convencional que esta etapa inicia a los 60 años en países en desarrollo y a los 65 años en países desarrollados.

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) define al adulto mayor como la persona de sesenta años o más, constituyendo esta definición la base legal para las políticas, programas y servicios de salud dirigidos a este grupo. Además, promueve un enfoque de envejecimiento saludable, entendido como el proceso de mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez (37).

2.2.2. Diabetes Mellitus Tipo 2

La diabetes tipo 2 es una enfermedad crónica que se presenta cuando el cuerpo no utiliza adecuadamente la insulina, la cual es una hormona producida por el páncreas que permite que el azúcar entre en las células lo que provoca una acumulación de glucosa en la sangre (2). Esta patología, cuya prevalencia ha ido en aumento a nivel mundial, se caracteriza por una hiperglucemia causada por deficiencias en la secreción de insulina, en su acción, o en ambos procesos (38).

Complicaciones

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) si no se controla adecuadamente, puede dar lugar a múltiples complicaciones que deterioran considerablemente la calidad de vida de quienes la padecen (39).

Las principales complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores como el pie diabético, retinopatía, nefropatía, neuropatía y cardiopatía diabética constituyen las principales causas de morbilidad y mortalidad, con frecuencia coexisten en un mismo paciente (40). Por lo que es considerada una de las principales causas de muerte en las Américas, donde 112 millones de adultos viven con esta condición, cifra que se ha triplicado desde 1990 (1).

En los adultos mayores, la diabetes que no se controla adecuadamente puede desencadenar complicaciones graves a lo largo del tiempo, ya que los niveles elevados de glucosa en sangre dañan progresivamente diversos órganos y sistemas, como los ojos (retinopatía), los riñones (nefropatía), los nervios (neuropatía) y el corazón (cardiopatía) (41), además de aumentar significativamente el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, colesterol alto y deterioro cognitivo, lo cual impacta negativamente en su calidad de vida y dificulta el manejo integral y cotidiano de la enfermedad (42).

Otra complicación importante es que los adultos mayores con diabetes son más propensos a presentar depresión y deterioro cognitivo, lo que dificulta aún más el autocuidado y el control de la enfermedad, sumado a la aparición de síntomas como visión borrosa, infecciones recurrentes, cicatrización deficiente de heridas, hormigueo en las extremidades y fatiga persistente, los cuales suelen confundirse con signos normales del envejecimiento, retrasando así el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado de la diabetes y sus complicaciones (42).

Tratamiento

El tratamiento de la DM2 en adultos mayores debe incluir el mantenimiento de una nutrición saludable con una ingesta óptima de proteína y la realización de ejercicio regular, tanto aeróbico como de resistencia, dependiendo de la capacidad y circunstancias individuales. Una dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y la evitación del consumo de tabaco pueden prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición (2).

El tratamiento de la diabetes tipo 2 requiere un enfoque integral que combina modificaciones en el estilo de vida con terapia farmacológica personalizada. Inicialmente, se enfatiza en la adopción de una dieta equilibrada y actividad física regular como base fundamental. Cuando estas medidas resultan insuficientes, los profesionales de la salud suelen incorporar medicamentos como la metformina, reconocida por su eficacia en el control glucémico y su perfil de seguridad (43).

Para casos que requieren un abordaje más completo, existen alternativas terapéuticas como los inhibidores de SGLT-2, que actúan promoviendo la eliminación renal de glucosa,

y los agonistas de GLP-1, que no solo regulan los niveles de azúcar, sino que también contribuyen al manejo del peso (43). En etapas más avanzadas de la enfermedad, puede ser necesaria la implementación de insulino terapia, ya sea con formulaciones de acción prolongada para el control basal o de acción rápida para el manejo posprandial (44).

Adicionalmente, se incorporan estrategias de protección cardiovascular y renal, incluyendo el uso de estatinas para el control lipídico e inhibidores de la ECA para preservar la función renal. Este esquema terapéutico se ajusta individualmente, considerando factores como el control metabólico, características antropométricas y condiciones coexistentes, siempre bajo la supervisión y seguimiento del equipo tratante (43).

2.2.3. Funcionalidad y capacidad Funcional

La funcionalidad es un concepto central en la geriatría que se refiere a la capacidad de un individuo para realizar por sí mismo las actividades necesarias para mantener su bienestar y vivir de manera independiente y autónoma (45). La OMS (46), en el marco de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), integra la funcionalidad en un modelo biopsicosocial que abarca:

- **Funciones y Estructuras Corporales:** El funcionamiento de los sistemas fisiológicos y la integridad anatómica.
- **Actividades:** La ejecución de tareas o acciones por una persona (ej. caminar, bañarse, preparar comida).
- **Participación:** El involucramiento en situaciones vitales (ej. vida social, comunitaria, laboral).

La funcionalidad resulta de la interacción dinámica entre la condición de salud de una persona y sus factores contextuales (46).

Por su parte la capacidad funcional se define como la habilidad de realizar las actividades de la vida diaria de manera independiente y segura. En el contexto geriátrico, representa uno de los principales ejes de la valoración geriátrica integral, siendo esencial para orientar el trabajo de profesionales relacionados con las personas mayores (47).

La evaluación de la capacidad funcional permite identificar limitaciones en la realización de actividades cotidianas y planificar intervenciones adecuadas para mantener o

mejorar la autonomía del adulto mayor. Entre las herramientas más utilizadas para esta evaluación se encuentran el Índice de Barthel y el Índice de Katz que mide la capacidad para realizar las ABVD (48).

El Índice de Barthel (49) es una escala que evalúa 10 dominios de las ABVD, como la alimentación, el baño, el vestirse, la deambulación y el control de esfínteres. Asigna una puntuación numérica que va de 0 a 100, donde una mayor puntuación indica un mayor grado de independencia, permitiendo una cuantificación sensible de los cambios en la funcionalidad del adulto mayor.

En contraste, el Índice de Katz (50) se centra en evaluar seis ABVD de forma jerárquica: bañarse, vestirse, usar el retrete, transferencias, continencia y alimentación. Clasifica a los individuos en categorías que van de la A (independiente en todas las funciones) a la G (dependiente en todas), ofreciendo una visión global y categórica del estado de independencia funcional que es muy útil para predecir necesidades de cuidado.

Capacidad funcional en adultos mayores

En adultos mayores, la capacidad funcional adquiere especial relevancia debido al proceso natural de envejecimiento y la presencia de enfermedades crónicas como la diabetes. El envejecimiento poblacional llevará a un aumento en problemas de salud en personas mayores, principalmente relacionados a su funcionalidad, lo que requiere que los países implementen estrategias específicas para hacer frente a esta situación (51).

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Las ABVD son tareas esenciales que una persona realiza diariamente para su autocuidado. Incluyen actividades como bañarse, vestirse, alimentarse, utilizar el baño, movilizarse y mantener el control de esfínteres (52).

La pérdida de capacidad para realizar estas actividades de forma independiente es un indicador significativo de deterioro funcional y puede ser consecuencia de diversos factores, como enfermedades crónicas, deterioro cognitivo o eventos agudos como hospitalizaciones.

La valoración de las ABVD, mediante herramientas como el Índice de Barthel, es fundamental en adultos mayores o con enfermedades crónicas, ya que permite al personal

de salud evaluar su independencia, planificar el alta, derivar a otros servicios y detectar riesgos o avances en el tratamiento (52,53).

Además, son fundamentales en la labor del equipo interprofesional de salud, ya que guían la planificación del cuidado del paciente. Sus limitaciones exigen intervenciones coordinadas, monitoreo continuo y adecuaciones en el entorno. Además, esta información es clave para determinar apoyos sociales y seguros médicos, lo que hace indispensable una evaluación sistemática y precisa para promover la autonomía y bienestar del paciente (52).

2.2.4. Adherencia al tratamiento farmacológico

La adherencia al tratamiento farmacológico se define como el grado en que las conductas de una persona la toma de medicamento, el seguimiento dietético y la realización de actividad física se ajustan a las indicaciones médicas (54).

Esta adherencia puede verse influenciada por diversos factores, entre ellos, la complejidad del régimen terapéutico, los efectos secundarios, las creencias del paciente sobre la enfermedad y el tratamiento, así como la calidad de la relación con el profesional de salud (7).

Factores que afectan la adherencia al tratamiento

Los factores que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico son diversos y se relacionan tanto con aspectos personales como con características del tratamiento (55). Uno de los principales motivos es el olvido, que muchas veces no es intencional, sino un reflejo de rechazo inconsciente a la enfermedad (56). Tomar un medicamento puede representar un recordatorio constante de la enfermedad y generar resistencia psicológica, a lo que se suman preocupaciones sobre efectos adversos, temor a la dependencia, características desagradables del fármaco, instrucciones complicadas, frecuencia de administración, así como la negación del diagnóstico, la falta de comprensión del tratamiento o la creencia errónea de estar curado, dificultando así el cumplimiento terapéutico (57).

Asimismo, intervienen factores externos y prácticos, como el coste de los medicamentos, las restricciones asociadas a su uso (como evitar ciertos alimentos o actividades), o barreras físicas como la dificultad para tragar pastillas, abrir envases o

acceder al tratamiento (57). La desconfianza hacia el profesional de salud también puede afectar negativamente la adherencia, así como la apatía o el desinterés del paciente por mejorar (58). Todos estos factores, cuando no se abordan adecuadamente, pueden llevar al abandono parcial o total del tratamiento, generando complicaciones en la salud del paciente y aumentando los costos del sistema de salud (57).

2.2.5. Autocuidado

Según la Organización Mundial de la Salud (59), el autocuidado se refiere a la capacidad que poseen las personas y sus familias para cuidar de su salud, prevenir enfermedades y enfrentarlas, ya sea de manera independiente o con el apoyo de profesionales sanitarios. En esa misma línea, Martínez et al. (60) lo describen como la habilidad para atender las propias necesidades físicas y emocionales a través del conocimiento personal, el control de las propias acciones y la autosuficiencia, con el propósito de alcanzar un bienestar óptimo.

Este concepto, que ha evolucionado con el tiempo, se ha integrado en disciplinas como la medicina, la psicología y la enfermería, cumpliendo una función clave en el cuidado de la salud al ofrecer a las personas herramientas para manejar su bienestar de forma autónoma, complementar la atención profesional sobre todo en contextos con recursos limitados y fortalecer la resiliencia individual y colectiva (59). Según estudios recientes, las prácticas de autocuidado y la adherencia medicamentosa juegan roles cruciales en la prevención de complicaciones y efectos adversos en adultos mayores con diabetes tipo 2 (61).

Componentes del autocuidado

Régimen Alimentario: El régimen alimentario en personas con DM2 debe caracterizarse por una dieta saludable que incluya el control de carbohidratos, grasas saturadas y sodio. Las dietas de alto contenido calórico se convierten en triglicéridos, uno de los principales factores de riesgo modificables para la diabetes. La nutrición saludable con una ingesta óptima de proteína es fundamental para el manejo de la diabetes en adultos mayores (62) .

Actividad física: La actividad física regular, tanto ejercicio aeróbico como de resistencia, es fundamental en el autocuidado del adulto mayor con diabetes. El ejercicio debe adaptarse a la capacidad y circunstancias individuales de cada persona. La falta de actividad física se considera uno de los factores modificables asociados al desarrollo y progresión de la DM2 (63).

Tratamiento: El autocuidado en el tratamiento de la diabetes consiste en la participación activa y consciente del paciente en la adherencia al régimen farmacológico prescrito, el automonitoreo de la glucosa cuando está indicado, el reconocimiento y manejo oportuno de los síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia, así como en el cumplimiento riguroso de las citas médicas regulares, siendo la educación del paciente un componente esencial que le permite adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para tomar decisiones informadas, gestionar su enfermedad de manera autónoma y mantener un adecuado control de su salud (64).

Cuidado personal (pies): El cuidado de los pies representa uno de los aspectos más críticos del autocuidado en personas con diabetes, dado el riesgo de desarrollo de pie diabético. Incluye la inspección diaria de los pies, el mantenimiento de una higiene adecuada, el uso de calzado apropiado, el corte adecuado de las uñas y la consulta inmediata ante cualquier lesión o cambio en los pies (65).

Cuidado de la piel: El cuidado de la piel en personas con diabetes incluye el mantenimiento de la hidratación adecuada, la prevención de lesiones, el cuidado de heridas menores y la protección contra infecciones. La piel en personas con diabetes tiende a ser más susceptible a infecciones y presenta una cicatrización más lenta, por lo que requiere cuidados especializados y vigilancia constante (65).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

H0. No existe una asociación entre la capacidad funcional y la adherencia al tratamiento farmacológico con el nivel de autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital Nacional.

H1. Existe una asociación entre la capacidad funcional y la adherencia al tratamiento farmacológico con el nivel de autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital Nacional.

2.3.2. Hipótesis específicas

H.E.1. Existe asociación entre la capacidad funcional y el nivel de autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital Nacional.

H.E.2. Existe asociación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y el nivel de autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital Nacional.

H.E.3. Existe asociación entre la capacidad funcional y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital Nacional.

III. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El presente estudio se desarrolló bajo el método hipotético-deductivo, el cual es el más adecuado para investigaciones científicas que buscan establecer relaciones entre variables mediante la formulación y comprobación de hipótesis (66). Este método permite partir de una hipótesis general, basada en teorías y antecedentes previos, para luego deducir consecuencias o supuestos que serán evaluados empíricamente a través de la recolección y análisis de datos (67).

Este enfoque es fundamental para garantizar la objetividad y sistematicidad en el análisis de los fenómenos de salud en adultos mayores, permitiendo que las conclusiones derivadas sean válidas y confiables para la mejora de la atención y el manejo integral de pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

3.2. Enfoque de la investigación

El estudio tuvo un **enfoque cuantitativo** ya que, se recopilaron datos objetivos y medibles mediante instrumentos estandarizados, con el propósito de analizar numéricamente el grado de relación entre las variables. Este enfoque es pertinente, dado que se busca establecer asociaciones claras entre las dimensiones clínicas y conductuales en adultos mayores diabéticos (66).

3.3. Tipo de investigación

Se trató de una investigación de **tipo aplicada**, ya que se orienta a generar conocimiento útil para resolver una problemática concreta relacionada con la salud de adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. En específico, se pretende comprender cómo la capacidad funcional, la adherencia al tratamiento farmacológico y las prácticas de autocuidado se interrelacionan en este grupo, con el fin de aportar evidencia que pueda ser empleada en la mejora de intervenciones clínicas y estrategias de atención en el ámbito hospitalario (66).

3.4. Diseño de la investigación

El diseño metodológico fue **no experimental**, ya que no se manipularon las variables del estudio, sino que se observaron tal como se presentan en su contexto real (68). Asimismo, fue de corte **transversal**, pues la recolección de datos se efectuó en un solo momento (68), permitiendo conocer la situación actual de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en el hospital seleccionado.

3.5. Población, muestra y muestreo

Población: Estuvo conformada por adultos mayores (60 años o más) diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 que reciben atención en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el año 2025.

Tamaño y muestra:

El tamaño muestral de este estudio fue calculado mediante el programa OpenEpi, herramienta adecuada para estudios analíticos de corte transversal. Se establecieron los siguientes parámetros: un nivel de confianza del 95%, una potencia estadística del 80% y una razón de expuestos a no expuestos de 1:1. La variable de exposición considerada fue la actividad física, y el desenlace de interés, la no adherencia al tratamiento farmacológico.

Los valores de referencia fueron obtenidos del estudio de Lara et al. (69), en el que se reportó que el 72% de los no expuestos (personas físicamente inactivas) presentaban no adherencia, mientras que este porcentaje ascendía al 89% entre los expuestos (personas físicamente activas). Con base en estos datos una prevalencia estimada del 89% y un odds ratio observado de 3, se calculó un tamaño muestral requerido de 206 participantes. Este tamaño garantiza una capacidad estadística adecuada para detectar asociaciones significativas entre la actividad física y la adherencia terapéutica en adultos mayores con diabetes tipo 2.

Criterios de inclusión

- Adultos de 60 años o más
- Adultos mayores con diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo 2.
- Adultos mayores que se encuentren en seguimiento ambulatorio en el hospital.

Criterios de exclusión

- Pacientes con alteraciones cognitivas severas que impidan responder los instrumentos.
- Adultos mayores que no acepten participar voluntariamente.

3.6. Variables y operacionalización

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Instrumento	Dimensiones	Indicadores	Escala	Categoría
Capacidad Funcional	Es la habilidad de una persona para realizar por sí misma las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), sin ayuda o con ayuda mínima (47).	Puntaje total obtenido en el Índice de Barthel aplicado al adulto mayor con DM2.	Índice de Barthel	Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	Comer	Ordinal	<20: Dependencia total; 21-60: Dependencia grave; 61-90: Dependencia moderada 91-100: Dependencia leve
					Trasladarse entre la silla y la cama		
					Aseo Personal		
					Uso de retrete		
					Bañarse o Ducharse		
					Desplazarse		
					Subir las escaleras		
					Vestirse		
					Control de heces		
Control de orina							
Adherencia al tratamiento farmacológico	Es el grado en que el paciente sigue correctamente las indicaciones médicas respecto a la toma de medicamentos prescritos (54).	Puntaje obtenido en la Prueba de Morisky de 4 ítems (MMAS-4), aplicada al adulto mayor con DM2.	Prueba de Morisky (MMAS-4)	Cumplimiento del tratamiento Farmacológico	Olvido de la medicación Falta de precisión Suspensión al sentirse bien Suspensión al sentirse mal	Ordinal	0: Alta adherencia 1-2: Adherencia moderada >3-4: Baja adherencia
Autocuidado	El autocuidado es el conjunto de	Se medirá a través de un cuestionario		Régimen Alimentario	- Consulta con nutricionista	Ordinal	26 – 43: Mala práctica

	acciones que realiza una persona de manera voluntaria para mantener su salud, prevenir complicaciones y manejar su enfermedad (59).	estructurado, aplicado a adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2, que evalúa prácticas relacionadas con la alimentación, actividad física, tratamiento médico y cuidado personal.	Cuestionario de Autocuidado – Adultos Mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2	Actividad física	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de frutas/verduras - Control de horarios y porciones - Ejercicio diario - Adherencia al tratamiento - Control de glucosa y presión - Higiene y revisión de pies - Protección y cuidado de la piel 	44 a 61: Práctica regular 62 – 78= buena práctica.
				Tratamiento		
				Cuidados personales		
				Cuidado de la piel		

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de información, se utilizó la técnica de la encuesta estructurada, aplicada de forma individual a cada participante. Los instrumentos seleccionados han sido previamente validados en estudios científicos, lo que garantiza su validez y confiabilidad para evaluar las variables planteadas en la presente investigación (70).

Los instrumentos serán los siguientes:

- **Índice de Barthel**
 - **Ficha técnica**

Nombre	“Índice de Barthel”
Objetivo	Evaluar el nivel de independencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en personas con alguna condición de salud que afecte su funcionalidad (49).
Autor original	Mahoney y Barthel (1965).
Confiabilidad y validación	Según Duarte y Velasco (71), el índice de Barthel en autoreporte presenta una confiabilidad adecuada con coeficientes Alpha Ordinal de 0.98 y Omega ordinal de 0.99, ambos con intervalos de confianza del 95% que oscilan entre 0.96 y 0.98. Además, se encontró un correcto ajuste del modelo en el análisis factorial confirmatorio, con un RMSEA de 0.03 y un CFI de 0.99. Esto indica que el instrumento es confiable y válido para evaluar la independencia funcional en la población geriátrica.
Ámbito de aplicación	Personas adultas y adultas mayores, especialmente en contextos hospitalarios, de rehabilitación o atención primaria
Número de ítems	10
Forma de aplicación	Autoadministrado, mediante entrevista o por observación directa, de forma individual y presencial.
Duración de la aplicación	5 a 10 minutos
Dimensiones	Alimentación, aseo personal, uso del retrete, baño o ducha, movilidad, subir y bajar escaleras, vestir, control de heces, control de orina y traslados

- **Cuestionario de Morisky-Green-Levine**

- **Ficha técnica**

Nombre	“Cuestionario de Morisky-Green-Levine”
Objetivo	Evaluar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus tipo 2.
Autor original	Morisky, Green y Levine (1986).
Confiabilidad y validación	El Cuestionario de Morisky-Green-Levine (MMAS-4) ha sido ampliamente utilizado y validado en estudios internacionales. Según Nassar et al. (70) en el 2022, la confiabilidad, evaluada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, varía entre 0.61 y 0.93, dependiendo del contexto y la población de estudio. Esto indica una consistencia interna que va de moderada a alta. En cuanto a la validez de criterio, el instrumento ha sido comparado con medidas subjetivas y objetivas, incluyendo sistemas electrónicos de monitoreo de eventos de medicación (Medication Event Monitoring Systems - MEMS), lo cual respalda su validez como herramienta de autoinforme para medir la adherencia al tratamiento farmacológico (70).
Ámbito de aplicación	Pacientes adultos con enfermedades crónicas
Número de ítems	4
Forma de aplicación	Autoadministrado o aplicado por entrevista, de forma individual, en modalidad presencial o virtual.
Duración de la aplicación	3 a 5 minutos
Dimensiones	Adherencia al tratamiento farmacológico

- **Cuestionario de Autocuidado:** Evalúa comportamientos de autocuidado en pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2.

- **Ficha técnica**

Nombre	“Cuestionario de Autocuidado”
Objetivo	Identificar el nivel de autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.
Autor original	Elaborado por Tuyo 2015 (72) y adaptado posteriormente en diversos estudios en el contexto peruano, como el de Sánchez (73).
Confiabilidad y validación	La validez del instrumento fue determinada por juicio de expertos, quienes consideraron que presenta una adecuada

pertinencia y claridad. La confiabilidad fue evaluada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0.806, lo que indica un nivel aceptable de consistencia interna.

Ámbito de aplicación	Adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.
Número de ítems	26
Forma de aplicación	Autoadministrada, individual y presencial o virtual
Duración de la aplicación	Promedio de 10 minutos
Dimensiones	Régimen alimentario, actividad física, tratamiento, cuidado personal (pies) y cuidado de la piel.

Todos los cuestionarios fueron aplicados en forma presencial y en un solo momento, durante las consultas médicas o controles rutinarios, con previa firma del consentimiento informado por parte de los adultos mayores participantes.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Para dar cumplimiento al objetivo general del estudio y de sus objetivos específicos, el análisis de los datos se desarrolló en dos niveles: descriptivo e inferencial. En el nivel descriptivo se caracterizó las variables del estudio mediante frecuencias absolutas, así como medidas de tendencia central, lo que permitió establecer un perfil basal de los participantes. En el nivel inferencial, se emplearon modelos de regresión de Poisson con varianza robusta para estimar razones de prevalencia. En los análisis bivariados se incluyeron pruebas de chi-cuadrado para explorar asociaciones significativas, mientras que el modelo multivariable permitió obtener estimaciones ajustadas y evaluar la independencia de los efectos observados. Todos los datos fueron revisados, codificados y organizados en una matriz, y posteriormente procesados mediante el software IBM SPSS Statistics versión 26, garantizando un análisis riguroso y alineado con los fines del estudio.

3.9. Aspectos éticos

Siguiendo las directrices de la Declaración de Helsinki (74). Para garantizar la autonomía, se entregó a los adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Nacional Dos de Mayo el consentimiento informado, permitiéndoles aceptar libremente y de forma voluntaria su participación en el estudio. Este consentimiento fue elaborado conforme al modelo aprobado por la Universidad Privada Norbert Wiener (75), asegurando que los participantes comprendan claramente los objetivos, procedimientos, beneficios y posibles riesgos del estudio.

El principio de beneficencia se reflejó en la intención de la investigación de generar conocimiento útil para mejorar la atención integral de los adultos mayores con diabetes tipo 2, mientras que el principio de no maleficencia se garantizará evitando cualquier daño físico o psicológico durante la recolección y análisis de los datos. Toda la información recolectada será manejada de manera confidencial y anónima: no se registrarán nombres ni datos personales que puedan identificar directamente a los participantes.

Finalmente, conforme al principio de justicia, todos los adultos mayores que cumplan los criterios de inclusión fueron considerados sin distinción alguna, asegurando un trato equitativo y respetuoso. Los datos obtenidos fueron utilizados exclusivamente con fines académicos y científicos, y su resguardo cumplió con las políticas éticas de la Universidad Privada Norbert Wiener.

IV. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la investigación.

Tabla 1. Características basales de la población de estudio.

Variable	Categoría	n (%) o media \pm DE / mediana (RIC)
Capacidad funcional (Índice de Barthel)		
Puntuación total del Índice de Barthel	—	100 (95–100) a
Grado de dependencia funcional (Barthel)	Dependencia leve	166 (80.6)
	Dependencia moderada	21 (10.2)
	Dependencia grave	14 (6.8)
	Dependencia total	5 (2.4)
Adherencia al tratamiento farmacológico (Test de Morisky)		
Puntuación total del Test de Morisky	—	1 (0–1) a
Nivel de adherencia (Morisky)	Alta adherencia	84 (40.8)
	Adherencia moderada	94 (45.6)
	Baja adherencia	28 (13.6)
Prácticas de autocuidado (Cuestionario de Autocuidado)		
Puntuación total de autocuidado	—	59.4 \pm 4.7 b
Nivel de práctica de autocuidado	Buena práctica de autocuidado	62 (30.1)
	Práctica regular de autocuidado	144 (69.9)

Nota. DE, desviación estándar; RIC, rango intercuartílico.

a Valores presentados como mediana (RIC).

b Valor presentado como media \pm desviación estándar.

La tabla 1 muestra que la mayoría de los participantes mostró dependencia funcional leve según el Índice de Barthel y adherencia moderada o alta al tratamiento farmacológico. Cerca de siete de cada diez presentaron práctica regular de autocuidado, pese a una puntuación media global relativamente alta en el cuestionario de autocuidado

Tabla 2. Asociación bivariada entre práctica de autocuidado y variables explicativas.

Variable	Categoría	Buena práctica de autocuidado, n (%)	Práctica regular de autocuidado, n (%)	valor p
Índice de Barthel – Capacidad funcional	Dependencia leve	60 (36.1)	106 (63.9)	0.002
	Dependencia moderada	2 (9.5)	19 (90.5)	
	Dependencia grave	0 (0.0)	14 (100.0)	
	Dependencia total	0 (0.0)	5 (100.0)	
Adherencia al tratamiento farmacológico (Morisky)	Alta adherencia	26 (31.0)	58 (69.0)	0.132
	Adherencia moderada	32 (34.0)	62 (66.0)	
	Baja adherencia	4 (14.3)	24 (85.7)	

La Tabla 2 muestra que la práctica regular de autocuidado fue más común entre los participantes con mayores niveles de dependencia funcional ya sea moderada, grave o total en comparación con quienes tenían una dependencia leve. Asimismo, se observó una mayor proporción de autocuidado regular en las personas con baja adherencia farmacológica; sin embargo, esta relación no resultó estadísticamente significativa en el análisis bivariado

Tabla 3. Razones de prevalencias crudas y ajustadas para práctica regular de autocuidado.

Variable	Categoría	RP crudo* (IC 95%)	valor p	RP ajustado* (IC 95%)	valor p
Índice de Barthel – Capacidad funcional	Dependencia leve	Referencia		Referencia	
	Dependencia moderada	1.42 (1.18–1.70)	<0.001	1.41 (1.18–1.69)	<0.001
	Dependencia grave	1.57 (1.40–1.76)	<0.001	1.49 (1.24–1.78)	<0.001
	Dependencia total	1.57 (1.40–1.76)	<0.001	1.57 (1.38–1.78)	<0.001
	Adherencia al tratamiento farmacológico (Morisky)	Alta adherencia	Referencia		Referencia
	Adherencia moderada	0.96 (0.78–1.17)	0.660	0.95 (0.78–1.16)	0.598
	Baja adherencia	1.24 (1.01–1.53)	0.042	1.05 (0.83–1.32)	0.685

Nota. RP, razón de prevalencias; IC, intervalo de confianza; DE, desviación estándar; RIC, rango intercuartílico. Las estimaciones crudas se obtuvieron mediante modelos bivariados de regresión de Poisson con varianza robusta, teniendo como outcome la práctica regular de autocuidado (vs buena práctica). Las estimaciones ajustadas se obtuvieron a partir de un modelo multivariable de regresión de Poisson con varianza robusta que incluyó simultáneamente el grado de dependencia funcional (Barthel) y el nivel de adherencia farmacológica (Morisky).

La Tabla 3 muestra que, después del ajuste simultáneo de las variables, los participantes con dependencia moderada, grave o total continuaron presentando una mayor prevalencia de práctica regular de autocuidado en comparación con quienes tenían dependencia leve. Aunque la baja adherencia farmacológica inicialmente se asoció con una razón de prevalencia elevada, esta relación se debilitó y dejó de ser significativa al considerar otras variables en el modelo ajustado.

Tabla 4. Asociación entre capacidad funcional y adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2.

Variable	Categoría	Alta adherencia n (%)	Adherencia moderada (%)	Baja adherencia n (%)	RP cruda* baja adherencia (IC 95%)	devalor p
Capacidad funcional (Índice de Barthel)	Leve	73 (44.0)	80 (48.2)	13 (7.8)	Referencia	
	Moderada	7 (33.3)	10 (47.6)	4 (19.0)	2.43 6.78)	(0.87–0.089
	Grave	3 (21.4)	1 (7.1)	10 (71.4)	9.12 16.92)	(4.92–<0.001
	Dependencia total	1 (20.0)	3 (60.0)	1 (20.0)	2.55 15.91)	(0.41–0.315

Notas: RP, razón de prevalencias; IC, intervalo de confianza. *RP crudas obtenidas mediante modelos de regresión de Poisson con varianza robusta, considerando baja adherencia (vs alta o moderada) como variable dependiente y la categoría de capacidad funcional (Índice de Barthel) como variable explicativa, tomando dependencia leve como categoría de referencia. El valor p global para la asociación entre capacidad funcional y niveles de adherencia (prueba de chi-cuadrado) fue <0.001.

La Tabla 4 muestra que la baja adherencia farmacológica fue considerablemente más frecuente entre los adultos mayores con mayores niveles de dependencia funcional. En particular, quienes presentaban dependencia grave alcanzaron proporciones superiores al 70%. En esta misma categoría, la razón de prevalencia de baja adherencia fue casi nueve veces mayor en comparación con el grupo con dependencia leve. Por otro lado, las categorías de dependencia moderada y total presentaron estimaciones menos precisas, probablemente debido al tamaño reducido de sus subgrupos, lo que limita la estabilidad de sus valores.

4.2. Discusión

En relación al primer objetivo específico, que buscó describir el nivel de capacidad funcional, adherencia al tratamiento y autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, los resultados del presente estudio revelaron que la mayoría de los participantes presentó una capacidad funcional leve (80,6%), lo que indica que pueden realizar de manera independiente la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Oliveira et al. (28), quienes encontraron que el 55% de los adultos mayores con diabetes fueron independientes para las actividades básicas. Asimismo, Carneiro et al. (30) identificaron que el 68,3% de su población era

independiente para las actividades diarias, cifras similares a las encontradas en el presente estudio. En el ámbito nacional, Plasencia y Quispe (35) reportaron que el 78,0% de los adultos mayores presentaron independencia funcional, lo que refuerza la consistencia de estos resultados. La similitud en estos resultados puede atribuirse a que ambos estudios se realizaron en contextos de atención ambulatoria, donde los pacientes con mayor deterioro funcional suelen estar institucionalizados o requieren atención domiciliaria, quedando excluidos de estas poblaciones de estudio.

Sin embargo, los hallazgos difieren de lo reportado por Jie et al. (25), quienes encontraron que solo el 12,4% de los adultos mayores con diabetes presentó deterioro funcional, siendo la mayoría completamente independientes. Esta diferencia podría atribuirse a las características demográficas y culturales de la población china estudiada, así como al acceso diferenciado a servicios de salud. Por otro lado, Gálvez et al. (8) en Lima reportaron que el 57% de su población presentó dependencia moderada, cifra considerablemente mayor a la encontrada en el presente estudio (10,2%), lo que podría explicarse por diferencias en los instrumentos de medición utilizados o en las características clínicas de las poblaciones estudiadas. Esta diferencia podría explicarse por las características de la población estudiada, ya que Gálvez et al. realizaron su investigación en un contexto hospitalario con pacientes potencialmente más complejos y con mayor carga de comorbilidades, mientras que el presente estudio incluyó pacientes ambulatorios con mejor estado funcional basal.

Respecto a la adherencia al tratamiento, el presente estudio encontró que el 45,6% de los participantes mostró adherencia moderada y el 40,8% adherencia alta, mientras que solo el 13,6% presentó baja adherencia. Estos resultados son parcialmente consistentes con lo reportado por Krzemińska et al. (26), quienes encontraron que solo el 8,33% de su población presentó adherencia alta, mientras que el 52,47% mostró adherencia baja. Esta diferencia significativa podría estar relacionada con factores socioculturales, el sistema de salud y el nivel de educación sanitaria de las poblaciones estudiadas. En contraste, Bonikowska et al. (23) reportaron que solo el 20% de los adultos mayores con diabetes tipo 2 mostró alta adherencia a la medicación, cifra inferior a la encontrada en el presente estudio. En el contexto nacional, Bello y Montoya (31) identificaron que el 51,72% de su población se adhería al tratamiento farmacológico, resultado similar al del presente estudio si se suman las categorías de adherencia alta y moderada.

No obstante, los hallazgos contrastan con lo reportado por Nazate et al. (20), quienes encontraron que el 70% de los adultos mayores tomaba su medicación una vez al día y el

80% realizaba autocontrol, pero el 100% no seguía una dieta hipoglucida, lo que evidencia una adherencia parcial y selectiva al tratamiento. Asimismo, Prudente (22) reportó una baja adherencia al tratamiento, con el 71% de los participantes olvidando ocasionalmente tomar su medicación y el 66% suspendiendo el tratamiento cuando se sentían bien, resultados que difieren notablemente de los encontrados en el presente estudio. Esta discrepancia sugiere que la población del presente estudio podría contar con mejor educación sanitaria, mayor seguimiento médico o mejores recursos de apoyo para mantener la adherencia farmacológica, aspectos que deben ser considerados en futuras intervenciones.

En cuanto al autocuidado, el presente estudio reveló que el 69,9% de los participantes presentó un nivel regular de autocuidado, mientras que el 30,1% mostró un nivel bueno. Estos resultados son consistentes con lo reportado por Rosas (9), quien encontró que el 62,5% de su población presentó un nivel de autocuidado regular. Asimismo, Achallma y Anchi (32) reportaron que el 87,5% de los adultos mayores mostraron un nivel regular de autocuidado, cifra superior a la encontrada en el presente estudio. En el ámbito internacional, Sánchez et al. (29) identificaron que la mayoría de los adultos mayores practicaban el autocuidado en dimensiones específicas como alimentación y adherencia terapéutica, pero presentaban bajas prácticas en actividad física y automonitoreo, lo que podría explicar la prevalencia de autocuidado regular en múltiples estudios. Esta similitud puede atribuirse a que ambos estudios se realizaron en contextos nacionales con poblaciones comparables, donde persisten barreras comunes para el autocuidado óptimo, tales como limitaciones en la educación diabetológica, recursos económicos y apoyo familiar.

Por el contrario, García (19) reportó que el 67,5% de los adultos diabéticos presentaron un nivel adecuado de autocuidado, cifra considerablemente mayor a la encontrada en el presente estudio. Esta diferencia podría explicarse por la edad de la población estudiada, ya que el presente estudio se enfocó exclusivamente en adultos mayores, quienes enfrentan desafíos adicionales relacionados con el envejecimiento, como el deterioro cognitivo, la polimedicación y la presencia de comorbilidades, factores que dificultan el mantenimiento de prácticas adecuadas de autocuidado en comparación con poblaciones adultas más jóvenes.

En relación al objetivo específico 2, el análisis de asociación entre la capacidad funcional y el nivel de autocuidado reveló que los adultos mayores con dependencia moderada (RP ajustada= 1.41; IC 95%: 1.18-1.69; $p < 0.001$), grave (RP ajustada= 1.49; IC 95%: 1.24-1.78; $p < 0.001$) y total (RP ajustada= 1.57; IC 95%: 1.38-1.78; $p < 0.001$) presentaron una mayor prevalencia de práctica regular de autocuidado en comparación con

aquellos con dependencia leve. Estos hallazgos son similares con los reportados por Carneiro et al. (30), quienes encontraron una correlación positiva y significativa entre la capacidad funcional y dimensiones del autocuidado como la actividad física ($Rho = 0.195$; $p = 0.007$) y el cuidado de los pies ($Rho = 0.168$; $p = 0.021$). La explicación de esta relación es que la capacidad funcional permite a los adultos mayores realizar de manera independiente las actividades diarias, como alimentarse, tomar sus medicamentos, asearse y controlar su glucosa, lo que facilita un manejo autónomo y efectivo de la diabetes.

De manera similar, Oliveira et al. (28) demostraron que los adultos mayores con diabetes tipo 2 presentan mayor dependencia funcional, siendo la edad un factor de riesgo significativo ($OR = 1.081$; $IC\ 95\%: 1.006-1.161$; $p = 0.033$) para la dependencia en actividades básicas. Este hallazgo complementa los resultados del presente estudio al evidenciar que el deterioro funcional asociado al envejecimiento impacta directamente en la capacidad de los individuos para mantener prácticas adecuadas de autocuidado. La relación entre estas variables puede comprenderse desde la perspectiva de que la pérdida de independencia funcional limita la movilidad, destreza manual y energía necesarias para realizar tareas como la preparación de comidas saludables, el ejercicio físico regular y la inspección de extremidades, lo que resulta en un autocuidado menos óptimo. Además, García (19) encontró que el 65% de adultos diabéticos con bajo autocuidado evidenció un nivel de dependencia total, destacando una relación directa entre bajo autocuidado y mayor dependencia, lo cual refuerza la bidireccionalidad de esta asociación.

En relación al objetivo específico 3, análisis de asociación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y el nivel de autocuidado mostró que, aunque inicialmente se observó una asociación cruda significativa entre la baja adherencia y la práctica regular de autocuidado ($RP\ cruda = 1.24$; $IC\ 95\%: 1.01-1.53$; $p = 0.042$), esta relación se debilitó y dejó de ser estadísticamente significativa en el modelo ajustado ($RP\ ajustada = 1.05$; $IC\ 95\%: 0.83-1.32$; $p = 0.685$). Este hallazgo contrasta con lo reportado por Krzemińska et al. (26), quienes encontraron una correlación positiva y significativa entre la adherencia al tratamiento y todas las dimensiones del autocuidado: mantenimiento ($Rho = 0.436$, $p < 0.001$), manejo ($Rho = 0.413$, $p < 0.001$), monitorización ($Rho = 0.384$, $p < 0.001$) y confianza en el autocuidado ($Rho = 0.453$, $p < 0.001$). La discrepancia entre estos resultados podría explicarse por diferencias en los instrumentos de medición utilizados y en las características de las poblaciones estudiadas, ya que el presente estudio se enfocó específicamente en la adherencia farmacológica mediante el Test de Morisky, mientras que

Krzemińska et al. evaluaron la adherencia de manera más integral, incluyendo aspectos no farmacológicos del tratamiento.

Asimismo, los resultados del presente estudio difieren de los reportados por Valerio (33), quien encontró una relación estadísticamente significativa entre el autocuidado y la adherencia al tratamiento ($Rho=0.799$; $p=0.004$), con correlaciones significativas en las dimensiones de dieta ($\rho = 0.412$; $p = 0.003$), ejercicio ($\rho = 0.537$; $p = 0.003$) y control glucémico ($\rho = 0.595$; $p = 0.004$). La explicación de esta diferencia es que, al ajustar por la capacidad funcional en el modelo multivariado del estudio, esta variable capturó gran parte de la relación entre adherencia y autocuidado. Esto indica que la capacidad funcional actúa como un determinante más cercano del autocuidado, y que la aparente relación entre adherencia a la medicación y autocuidado podría estar realmente influida por el estado funcional de los adultos mayores.

No obstante, es importante considerar lo reportado por Nazate et al. (20), quienes encontraron que, aunque el 80% de los pacientes realizaba autocontrol para evitar complicaciones, el 100% no seguía una dieta hipoglucídica y el 80% enfrentaba dificultades económicas para acceder a su medicación. La explicación de este hallazgo es que los adultos mayores pueden cumplir con la medicación sin necesariamente realizar otras prácticas de autocuidado, posiblemente porque perciben que los medicamentos son suficientes, no tienen información completa sobre el manejo de la diabetes o enfrentan dificultades que hacen más fácil seguir la medicación que otras conductas de cuidado.

Respecto al específico 4, el análisis de asociación entre la capacidad funcional y la adherencia al tratamiento farmacológico reveló que los adultos mayores con dependencia grave presentaron una razón de prevalencia de baja adherencia farmacológica 9.12 veces mayor (IC 95%: 4.92-16.92; $p<0.001$) en comparación con aquellos con dependencia leve. Estos resultados son consistentes con lo reportado por Bonikowska et al. (23), quienes encontraron que mayor fragilidad, ser hombre y un menor número de medicamentos diarios predijeron la no adherencia a la medicación en adultos mayores con diabetes tipo 2. Esto se explica porque el deterioro funcional dificulta que los individuos realicen de manera autónoma las actividades necesarias para cumplir con la medicación, como acudir a la farmacia, organizar los fármacos, recordar los horarios y administrarse correctamente las dosis, especialmente cuando se requiere destreza manual o movilidad para dispositivos como inyectores de insulina.

De manera similar, Oliveira et al. (28) demostraron que la edad se asoció significativamente con mayor dependencia en las actividades básicas (OR = 1.081; IC 95%:

1.006-1.161; $p = 0.033$), lo cual complementa los hallazgos del presente estudio al evidenciar que el deterioro funcional asociado al envejecimiento impacta directamente en múltiples aspectos del autocuidado, incluyendo la adherencia medicamentosa. Además, Świątoniowska et al. (27) encontraron que los pacientes con deterioro cognitivo presentaban mayor duración de la diabetes (15.12 ± 8.71 años vs. 5.0 ± 18.51) y más episodios de hiperglucemia (93.6% vs. 68.5%), lo que sugiere que la relación entre capacidad funcional y adherencia puede estar mediada también por el deterioro cognitivo, que afecta tanto la independencia física como la capacidad de gestionar adecuadamente el régimen terapéutico.

Este estudio contribuye de manera relevante al conocimiento sobre el manejo de la diabetes tipo 2 en adultos mayores, al mostrar que la capacidad funcional es un determinante clave del autocuidado y la adherencia farmacológica. A diferencia de investigaciones previas que analizaban estas variables por separado, este trabajo integró capacidad funcional, adherencia y autocuidado en un modelo multivariado, evidenciando que la independencia funcional tiene un efecto más directo sobre el autocuidado que la sola adherencia a la medicación. Estos hallazgos son útiles para los profesionales de salud, especialmente para los médicos, quienes pueden emplear el Índice de Barthel para identificar a adultos mayores en riesgo de prácticas deficientes de autocuidado y baja adherencia farmacológica. Además, resaltan la importancia de diseñar intervenciones multidisciplinarias que prioricen la preservación y recuperación de la funcionalidad como estrategia central para mejorar el manejo integral de la diabetes, más allá de enfoques tradicionales centrados únicamente en la medicación.

El estudio cuenta con varias fortalezas que respaldan la validez de sus hallazgos. Se trabajó con una muestra considerable de 206 adultos mayores, lo que permitió realizar análisis estadísticos robustos, incluyendo estratificación por grados de dependencia funcional. Además, se emplearon instrumentos validados y reconocidos internacionalmente, como el Índice de Barthel, el Test de Morisky y un cuestionario de autocuidado específico para diabetes tipo 2, garantizando comparabilidad con otras investigaciones. El uso de modelos de regresión de Poisson con varianza robusta permitió estimar razones de prevalencia ajustadas, controlando posibles variables confusoras. Por último, la recolección de datos en un hospital nacional de referencia asegura que la población estudiada sea representativa de adultos mayores con diabetes en el sistema público, facilitando la aplicabilidad de los resultados a políticas de salud orientadas a esta población vulnerable.

No obstante, el estudio también presenta limitaciones. Su diseño transversal impide establecer relaciones causales entre capacidad funcional, adherencia y autocuidado. La información autorreportada podría haber estado sujeta a sesgo de deseabilidad social, sobrestimando prácticas de autocuidado o adherencia. Asimismo, no se consideraron variables relevantes como nivel socioeconómico, apoyo social, estado cognitivo, comorbilidades, tiempo de evolución de la diabetes o control metabólico, que podrían influir en los resultados. Finalmente, al realizarse en un solo hospital, la generalización a otros contextos asistenciales, como atención primaria o instituciones privadas, podría ser limitada

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- La capacidad funcional presentó asociación significativa con el nivel de autocuidado, donde los participantes con mayor dependencia funcional mostraron prevalencias más altas de práctica regular de autocuidado incluso después del ajuste. En contraste, la adherencia al tratamiento farmacológico no mostró asociación estadísticamente significativa con el autocuidado en el modelo ajustado, lo que sugiere que la capacidad funcional es el principal factor explicativo de las prácticas de autocuidado en esta población.
- La mayoría de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 (80,6%) presenta dependencia funcional leve, lo que evidencia que conservan autonomía para realizar actividades básicas de la vida diaria. En relación con la adherencia al tratamiento farmacológico, predomina el nivel moderado (45,6%), seguido del nivel alto (40,8%), mientras que el 13,6% muestra baja adherencia. Respecto al autocuidado, el 69,9% de los adultos mayores presenta un nivel regular, y solo el 30,1% alcanza un nivel bueno, la ausencia de nivel malo sugiere que todos los participantes realizan al menos prácticas básicas de cuidado.
- Se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la capacidad funcional y el nivel de autocuidado ($p=0.002$). Los adultos mayores con mayor dependencia funcional presentaron prevalencias significativamente más elevadas de práctica regular de autocuidado. Específicamente, aquellos con dependencia moderada, grave o total mostraron razones de prevalencia ajustadas de 1.41, 1.49 y 1.57 respectivamente (todas $p<0.001$), en comparación con quienes tenían dependencia leve.
- No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento farmacológico y el nivel de autocuidado en el análisis ajustado ($p=0.685$ para baja adherencia). Aunque en el análisis bivariado la baja adherencia mostró una razón de prevalencia elevada de práctica regular de autocuidado ($RP=1.24$, $p=0.042$), esta asociación se debilitó y perdió significancia estadística al controlar por la capacidad funcional en el modelo multivariable.
- Se identificó una asociación altamente significativa entre la capacidad funcional y la adherencia al tratamiento farmacológico ($p<0.001$). Los adultos mayores con mayor

grado de dependencia funcional presentaron proporciones considerablemente más altas de baja adherencia farmacológica. Particularmente, los participantes con dependencia grave mostraron baja adherencia en más del 70% de los casos, con una razón de prevalencia de 9.12 (IC 95%: 4.92-16.92, $p < 0.001$) en comparación con aquellos con dependencia leve.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda al hospital implementar un modelo de atención integral que articule la evaluación funcional, el seguimiento de la adherencia terapéutica y la promoción del autocuidado como componentes centrales del programa de diabetes en adultos mayores. Se sugiere a los pacientes y familiares que deben comprometerse activamente en el cuidado de la salud, participando en las evaluaciones periódicas, cumpliendo las indicaciones médicas y manteniendo prácticas de autocuidado que promuevan la autonomía y el control metabólico adecuado.
- Se recomienda al hospital establecer, dentro del primer trimestre, un sistema de tamizaje y monitoreo continuo que permita identificar tempranamente a los adultos mayores con niveles inadecuados de capacidad funcional, adherencia al tratamiento y autocuidado, implementando protocolos de intervención diferenciados según el nivel de riesgo. A su vez, a los adultos mayores se les sugiere mantener las rutinas de cuidado que ya practican, reforzando la toma de medicación en los horarios establecidos, cumpliendo las citas médicas y realizando actividades semanales que les permitan conservar su autonomía funcional y prevenir complicaciones derivadas de la enfermedad.
- Se recomienda al hospital desarrollar programas de fisioterapia, terapia ocupacional y ejercicio terapéutico, con sesiones semanales y seguimiento mensual, dirigidos a preservar y mejorar la capacidad funcional de los adultos mayores, reconociendo que la autonomía física facilita las prácticas de autocuidado. A los pacientes se les recomienda mantener un estilo de vida activo adaptado a sus capacidades, realizar ejercicios de movilidad diariamente y evitar el sedentarismo, solicitando orientación profesional para ejecutar actividades físicas seguras que fortalezcan su independencia funcional.
- Se recomienda al hospital diseñar estrategias educativas, incluyendo talleres prácticos mensuales, consejería farmacéutica individualizada y material educativo accesible, que fortalezcan simultáneamente la adherencia al tratamiento farmacológico y las conductas de autocuidado, reforzando la importancia del cumplimiento terapéutico integral. A los pacientes se les sugiere asumir una participación más activa en su tratamiento, cumplir rigurosamente las indicaciones médicas y buscar el apoyo familiar necesario para garantizar la adherencia y el desarrollo de prácticas de autocuidado constantes.

- Se recomienda al hospital establecer un programa de apoyo específico para adultos mayores con dependencia funcional moderada a grave, que incluya visitas domiciliarias del equipo multidisciplinario, coordinación con servicios sociales y capacitación periódica a cuidadores familiares para garantizar la adherencia al tratamiento. Los pacientes con limitaciones funcionales deben aceptar el apoyo necesario de familiares o cuidadores para la administración de medicamentos y asistencia a consultas, mientras que los familiares deben recibir capacitación sobre estrategias que promuevan la mayor autonomía posible sin generar dependencia innecesaria, preservando la dignidad y autoestima del adulto mayor.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. Diabetes. [Online].; 2023. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>.
2. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. [Online].; 2024. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
3. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades [CDC Perú]. CDC Perú: El 96,5% de la población diagnosticada con diabetes tiene diabetes tipo 2. [Online].; 2022. Available from: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informacion-publica/prensa/cdc-peru-el-965-de-la-poblacion-diagnosticada-con-diabetes-tiene-diabetes-tipo-2/>.
4. Ahmad E, Sargeant J, Yates T, Webb D, Davies M. Type 2 Diabetes and Impaired Physical Function: A Growing Problem. *Diabetology*. 2022; 3(1): p. 30-45.
5. Areosa A. Deterioro cognitivo en diabetes tipo 2. *Sociedad Española de diabetes*; 2022.
6. Rodríguez H, Esquivel E, Conte E, Martínez F, Garcia J. Conocimiento que tiene el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 sobre su enfermedad: revisión sistemática. *Ars Pharmaceutica (Internet)*. 2025; 65(3).
7. Mora J. Adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 en México: Estudio de meta-análisis. *Psicumex*. 2022; 12.
8. Gálvez J, Gutiérrez E, Runzer F, Parodi J. Dependencia funcional en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en Lima, Perú. *Revista Finlay*. 2021; 11(3).
9. Rosas C. Autocuidado y estado nutricional del usuario con diabetes mellitus tipo II atendidos en el Hospital Regional Ica - Perú 2023. [Trabajo de pregrado]. Universidad Nacional San Luis Gonzala; 2024.
10. Urquiza M. Autocuidado y su relación adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el centro de salud los libertadores, San Martín de Porres 2022. [Tesis de pregrado]. Universidad Norbert Wiener; 2022.
11. Guevara A. Determinación del riesgo de diabetes mellitus tipo 2 en la población peruana. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022. *Revista De La Sociedad Argentina De Diabetes*. 2024; 58(1): p. 34–40.
12. Ortiz K, Morales K, Velásquez J, Ortiz Y. Pacientes geriátricos con diabetes mellitus tipo 2 e impacto de factores modificables. Perú. *Gerokomos*. 2021; 32(3).
13. Instituto Nacional de Estadística [INEI]. El 39,9% de peruanos de 15 y más años de edad tiene al menos una comorbilidad. ; 2021.

14. Ramírez M, Anlehu A, Rodríguez A. Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Horizonte sanitario*. 2020; 18(3).
15. Ramirez R, Soto P. Dependencia funcional y diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores afiliados al Seguro Social de Salud del Perú: análisis de la ENSSA-2015. *Acta Médica Peruana*. 2020; 37(4).
16. Carneiro M, Ribeiro C, Lopes C, Alves T, Vieira H, Costa S, et al. Functional capacity and self-care in older adults with diabetes mellitus. *Aquichan*. 2020; 20(3).
17. Krzemińska S, Lomper K, Chudiak A, Ausili D, Uchmanowicz I. The association of the level of self-care on adherence to treatment in patients diagnosed with type 2 diabetes. *Acta Diabetol*. 2021; 58(4).
18. Aguiar R, Santos J, Bezerra F, Holanda M, Lucena R, Oliveira A. Diabetes mellitus type 2: factors related to adherence to self-care. *Rev. Bras. Enferm*. 2022; 75(4).
19. García A. Autocuidado y nivel de dependencia en el adulto diabético. Comuna Olón. Santa Elena, 2024. [Tesis de pregrado]. Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2025.
20. Nazate Z, Alonzo O, Montenegro D. Adherencia al tratamiento en los adultos mayores con diagnóstico de Diabetes mellitus. *Gac méd estud*. 2024; 5(1).
21. Amerzadeh M, Shafiei Z, Senmar M, Khatooni M, Hosseinkhani Z, Bahrami M. Conductas de autocuidado, estado de adherencia a la medicación y factores asociados entre personas mayores con diabetes tipo 2. *Informes científicos*. 2024; 14.
22. Prudente J. Adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores que acuden al Centro de Salud San Judas Tadeo. Salinas, 2023. [Tesis de pregrado]. Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2023.
23. Bonikowska I, Szwamel K, Uchmanowicz I. Adherence to Medication in Older Adults with Type 2 Diabetes Living in Lubuskie Voivodeship in Poland: Association with Frailty Syndrome. *Journal of Clinical Medicine*. 2022; 11(6).
24. Aguiar R, Santos J, Bezerra F, Holanda M, Lucena R, Oliveira A. Diabetes mellitus type 2: factors related to adherence to self-care. *Rev Bras Enferm*. 2022; 75(4).
25. Jie J, Li D, Jia L, Chen Y, Yang Y, Zheng B, et al. Activities of daily living and its influencing factors for older people with type 2 diabetes mellitus in urban communities of Fuzhou, China. *Frontiers in Public Health*. 2022; 10.
26. Krzemińska S, Lomper K, Chudiak A, Ausili D, Uchmanowicz I. The association of the level of self-care on adherence to treatment in patients diagnosed with type 2 diabetes. *Acta Diabetologica*. 2021; 58: p. 437–445.

27. Świątoniowska , Polański J, Tański W, Polańska B. Impact of Cognitive Impairment on Adherence to Treatment and Self-Care in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity*. 2021; 14: p. 193–203.
28. Oliveira E, Alfonso L, Biancato C, Camara A, Teixeira R, Costa M. Cognitive capacity and functional development assessment in elderly people with Type 2 Diabetes Mellitus. *Rev. Bras. Enferm.* 2021; 74(5).
29. Sánchez K, Palacios M, García Y, Muñoz J. Prácticas de Autocuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo Dos. *Revista de Salud y Administración*. 2021; 8(22).
30. Carneiro M, Ribeiro C, Lopes C, Alves T, Vieira H, Valdevino S. Capacidade funcional e autocuidado em idosos com diabetes mellitus. *Aquichan*. 2020; 20(3).
31. Bello N, Montoya P. Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. *Gerokomos*. 2020; 28(2).
32. Achallma , Anchi A. Conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 centro de salud san juan bautista, Ayacucho. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2023.
33. Valerio M. Autocuidado y su relacion con la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnostico de diabetes mellitus tipo II del hospital de San Juan de Lurigancho, Lima 2022. [Tesis de pregrado]. Universidad Norbert Wiener; 2022.
34. Faya N, Quiñones J. Capacidad de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II en el centro de salud La Flor, Lima 2022. [Tesis de pregrado]. Universidad Cesar Vallejo; 2022.
35. Plasencia , Quispe P. Capacidad funcional y autocuidado en adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor - 2021. [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional de Trujillo; 2021.
36. Organización Mundial de la Salud. Década del Envejecimiento Saludable. [Online].; 2020. Available from: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>.
37. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N.º 789-2023- MINSa. ; 2023.
38. Vera , Zuzunaga , Vásquez , Loayza , Vigil E, Ramos W. Prevalence of Diabetes and Prediabetes in Peru: A Systematic Review and Meta-Analysis. *medRxiv*. 2024.
39. ADA. La Asociación Estadounidense de Diabetes publica los Estándares de atención en diabetes de 2023 para orientar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las personas que viven con diabetes. [Online].; 2022. Available from: <https://diabetes.org/newsroom/american-diabetes-association-2023-standards-care-diabetes-guide-for-prevention-diagnosis-treatment-people-living-with-diabetes>.
40. Brutsaert E. Complicaciones de la diabetes mellitus. [Online].; 2023. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-endocrinol%C3%B3gicos>

[y-metab%C3%B3licos/diabetes-mellitus-y-trastornos-del-metabolismo-de-los-hidratos-de-carbono/complicaciones-de-la-diabetes-mellitus.](#)

41. Pop-Busui R, Boulton , Feldman E, Bril V, Freeman , Malik , et al. Diabetic Neuropathy: A Position Statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2017; 40(1).
42. Instituto Nacional sobre el Envejecimiento. La diabetes en las personas mayores. [Online].; 2025. Available from: <https://www.nia.nih.gov/espanol/diabetes/diabetes-personas-mayores>.
43. Brutsaert E. Medicamentos para el tratamiento de la diabetes mellitus. [Online].; 2024. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-endocrinol%C3%B3gicos-y-metab%C3%B3licos/diabetes-mellitus-y-trastornos-del-metabolismo-de-los-hidratos-de-carbono/medicamentos-para-el-tratamiento-de-la-diabetes-mellitus>.
44. Lazar H. Commentary: SGLT2 inhibitors reduce mortality and heart failure in patients with type 2 diabetes mellitus—is metabolic reprogramming the mechanism for these favorable outcomes? *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2022; 164(3).
45. Díaz M, Adriana E. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos*. 2011; 22(4).
46. Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*. 2009; 83(6).
47. Arley W. Valoración de la capacidad funcional y actividades de la vida diaria en adultos mayores institucionalizados. *Movimiento científico*. 2019; 13(2): p. 67–76.
48. Alamillo A, Lazcano M, Cejas L, Salas S. Evaluación de las actividades de la vida diaria en adultos mayores con la prueba Katz. *Jur Obaa'*. 2025; 2: p. 5-20.
49. Marvin K, Zeltzer L. Índice de Barthel (IB). [Online].; 2015. Available from: <https://strokengine.ca/en/assessments/barthel-index-bi/>.
50. Garcia A. Qué es el índice de Katz, cómo se evalúa y qué mide. [Online].; 2023. Available from: <https://www.psicologia-online.com/que-es-el-indice-de-katz-como-se-evalua-y-que-mide-7109.html>.
51. Echeverría A, Astorga , Fernández C, Salgado M, Villalobos P. Funcionalidad y personas mayores: ¿dónde estamos y hacia dónde ir? *Rev Panam Salud Publica*. 2022; 46.
52. Edemekong P, Bomgaars D, Sukumaran S, Schoo C. *Activities of Daily Living: StatPearls*; 2025.

53. Viveros C, Candia A. Evaluación de la capacidad funcional en actividades básicas de la vida diaria de adultos mayores residentes en hogares de Asunción, Paraguay. *Revista de salud publica del Paraguay*. 2024; 14(2).
54. Feldman B, Cohen-Stavi , Leibowitz M, Hoshen M, Singer , Bitterman , et al. Defining the Role of Medication Adherence in Poor Glycemic Control among a General Adult Population with Diabetes. *PLOS ONE*. 2014; 9(9).
55. Diaz H, Marcial D, Galicia L, Villarreal E, Julián C, Elizarrarás J. Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes sin hipertensión arterial. *Horizonte Médico (Lima)*. 2023; 23(4).
56. NormonContigo. Falta de adherencia: factores que influyen. [Online].; 2022. Available from: <https://normoncontigo.normon.com/falta-de-adherencia-factores-que-influyen/>.
57. Lynch S. Adherencia a la medicación. [Online].; 2025. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/f%C3%A1rmacos-o-sustancias/factores-que-influyen-en-la-respuesta-del-organismo-a-los-f%C3%A1rmacos/adherencia-a-la-medicaci%C3%B3n?ruleredirectid=757autoreirectid=29103>.
58. Alemán , Menéndez , Ávila L , Barrot , Barutell L, Benito B, et al. Guía de diabetes tipo 2 para clínicos: Recomendaciones de la red GDPS. In *Adherencia terapéutica en personas con Diabetes*.; 2019.
59. Organización Mundial de la Salud. Autocuidado para la salud y el bienestar. [Online].; 2024. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/self-care-for-health-and-well-being>.
60. Martínez , Connelly , Pérez A, Calero. Self-care: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*. 2021; 8(4).
61. Amerzadeh M, Kisomi Z, Senmar M, Khatooni M, Hosseinkhani Z, Bahrami M. Self-care behaviors, medication adherence status, and associated factors among elderly individuals with type 2 diabetes. *Scientific reports*. 2024; 14.
62. Eguren I. Nuevos tratamientos dietético-nutricionales en diabetes mellitus tipo 2: una revisión narrativa. *Health and Nutrition Research*. 2022; 1(1).
63. OPS. Orientaciones para el autocuidado de la diabetes, versión 2024. Módulo 2: Actividad física. [Online].; 2024. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/orientaciones-para-autocuidado-diabetes-version-2024-modulo-2-actividad-fisica>.
64. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar, revisión 2022. ; 2022.
65. Sociedad Español de diabetes. Estándares de cuidados en diabetes de la ADA 2024. *Novedades*. ; 2024.

66. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta: Mcgraw-hill; 2018.
67. González , Santiago Y. El método hipotético deductivo de Karl Popper en los estudiantes de la Educación Básica Regular en Perú. Educación. 2023; 29(2).
68. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación: McGrawHill; 2014.
69. Lara A, Gandarillas A, Díaz A, Serrano P. Psychosocial factors in adherence to pharmacological treatment and diabetes mellitus control in patients over 65. Aten Primaria. 2022; 54(5).
70. Nassar R, Basheti I, Saini B. Exploración de instrumentos validados de autoinforme para evaluar la adherencia a los medicamentos utilizados: una revisión comparativa de los instrumentos existentes. Preferencias y adherencia del paciente. 2022; 16(10.2147/PPA.S352161).
71. Duarte R, Velasco Á. Validación psicométrica del índice de Barthel en adultos mayores mexicanos. Horizonte sanitario. 2022; 21(1).
72. Poma K. Nivel de conocimiento y su relación con la práctica del autocuidado en adultos con diabetes Mellitus tipo II, en el CS. San Francisco – Tacna 2015. [Tesis de postgrado]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2015.
73. Sánchez E. Conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que ingresan al servicio de emergencia del hospital guillermo almenara irigoyen, año 2021. [Tesis de postgrado]. Unviersidad Norbert Wiener; 2021.
74. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos. 2024.
75. Universidad Privada Norbert Wiener. Guía para la elaboración de la tesis. Enfoque cuantitativo. 2022.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: “Capacidad funcional, adherencia al tratamiento farmacológico y autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital Nacional”.

Problema de Investigación	Objetivos de la investigación	Hipótesis	Variables	Metodología
¿Cuál es la asociación de la capacidad funcional y la adherencia al tratamiento farmacológico con el nivel de autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital Nacional?	Determinar la asociación de la capacidad funcional y la adherencia al tratamiento farmacológico con el nivel de autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital Nacional.	Existe una asociación entre la capacidad funcional y la adherencia al tratamiento farmacológico con el nivel de autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital Nacional.	Variable 1: <ul style="list-style-type: none"> ● Capacidad Funcional Variable 2: <ul style="list-style-type: none"> ● Adherencia al tratamiento farmacológico. Variable 3: <ul style="list-style-type: none"> ● Autocuidado 	Tipo de la investigación: Básica Enfoque: Cuantitativa Nivel de Investigación: Descriptivo-Correlacional Diseño de la investigación: No experimental-transversal Población: 150 adultos mayores de un Hospital Muestra: 150 adultos mayores Técnicas e instrumentos:
Problemas Específicos:	Objetivo Específico:	Hipótesis Específicas:		
¿Cuáles son los niveles de la capacidad funcional, adherencia al tratamiento farmacológico y autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital Nacional?	Describir el nivel de capacidad funcional, adherencia al tratamiento farmacológico y autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital Nacional.			
¿Cuál es la asociación entre la capacidad funcional y el nivel de autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital Nacional?	Evaluar la asociación entre la capacidad funcional y el nivel de autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital Nacional.	Existe asociación entre la capacidad funcional y el nivel de autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital Nacional		

<p>¿Cuál es la asociación entre la capacidad funcional y el nivel de autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital Nacional?</p>	<p>Evaluar la asociación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y el nivel de autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital Nacional.</p>	<p>Existe asociación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y el nivel de autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital Nacional</p>		<p>Encuestas y Cuestionarios Procesamiento de datos: SPSS-26</p>
<p>¿Cuál es la asociación entre la capacidad funcional y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital Nacional?</p>	<p>Evaluar la asociación entre la capacidad funcional y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital Nacional.</p>	<p>Existe asociación entre la capacidad funcional y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital Nacional.</p>		

Anexo 2: Matriz de operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Instrumento	Dimensiones	Indicadores	Escala	Categoría
Capacidad Funcional	Es la habilidad de una persona para realizar por sí misma las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), sin ayuda o con ayuda mínima (30).	Puntaje total obtenido en el Índice de Barthel aplicado al adulto mayor con DM2.	Índice de Barthel	Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	Comer Trasladarse entre la silla y la cama Aseo Personal Uso de retrete Bañarse o Ducharse Desplazarse Subir las escaleras Vestirse Control de heces Control de orina	Ordinal	<20: Dependencia total; 21-60: Dependencia grave; 61-90: Dependencia moderada 91-100: Dependencia leve
Adherencia al tratamiento farmacológico	Es el grado en que el paciente sigue correctamente las indicaciones médicas respecto a la toma de medicamentos prescritos (35).	Puntaje obtenido en la Prueba de Morisky de 4 ítems (MMAS-4), aplicada al adulto mayor con DM2.	Prueba de Morisky (MMAS-4)	Cumplimiento del tratamiento Farmacológico	Olvido de la medicación Falta de precisión Suspensión al sentirse bien Suspensión al sentirse mal	Ordinal	0: Alta adherencia 1-2: Adherencia moderada >3-4: Baja adherencia
Autocuidado	El autocuidado es el conjunto de	Se medirá a través de un cuestionario		Régimen Alimentario	- Consulta con nutricionista	Ordinal	26 – 43: Mala práctica

	<p>acciones que realiza una persona de manera voluntaria para mantener su salud, prevenir complicaciones y manejar su enfermedad (40).</p>	<p>estructurado, aplicado a adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2, que evalúa prácticas relacionadas con la alimentación, actividad física, tratamiento médico y cuidado personal.</p>	<p>Cuestionario de Autocuidado – Adultos Mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2</p>	<p>Actividad física</p> <p>Tratamiento</p> <p>Cuidados personales</p> <p>Cuidado de la piel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de frutas/verduras - Control de horarios y porciones - Ejercicio diario - Adherencia al tratamiento - Control de glucosa y presión - Higiene y revisión de pies - Protección y cuidado de la piel 		<p>44 a 61: Práctica regular 62 – 78= buena práctica.</p>
--	--	---	---	---	---	--	---

Anexo 3: Instrumentos

Instrumento 1: Índice de Barthel – Capacidad Funcional

Introducción:

Estimado(a) participante:

A continuación, encontrará una serie de actividades relacionadas con su rutina diaria. Por favor, lea cada enunciado y seleccione la opción que mejor describa su nivel de independencia actual. Su colaboración nos ayudará a evaluar su capacidad funcional.

Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (capaz de usar cualquier instrumento)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Dependiente, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Dependiente	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar	1. dependiente	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10

Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

Instrumento 2: Test de Morisky – Adherencia al Tratamiento Farmacológico

Introducción:

Estimado(a) participante:

A continuación, encontrará algunas preguntas relacionadas con la forma en que toma su medicación. Por favor, responda con sinceridad marcando “Sí” o “No” según corresponda. Esta información es importante para conocer su nivel de cumplimiento con el tratamiento médico.

	Sí	No
1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?		
2. ¿No toma los medicamentos a las horas indicadas?		
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?		

Instrumento 3: Cuestionario de Autocuidado – Adultos Mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2

Introducción:

Estimado(a) participante:

Este cuestionario contiene preguntas sobre sus hábitos de alimentación, actividad física, tratamiento médico y cuidados personales. Marque la opción que mejor describa con qué frecuencia realiza cada actividad: “Siempre”, “A veces” o “Nunca”. Sus respuestas serán utilizadas únicamente con fines de investigación.

Nº	RÉGIMEN ALIMENTARIO	Siempre	A veces	Nunca
1	¿Consulta sobre su alimentación con la nutricionista en forma individual?			
2	¿Participa en la selección de los alimentos para su dieta?			
3	¿Consume tortas, papas fritas o gaseosas Light o Zero en su dieta?			
4	¿Realiza sus controles con la nutricionista?			
5	¿Consume frutas y verduras en su dieta?			
6	¿Respeto las cantidades de alimentos en su dieta?			
7	¿Respeto el horario de consumo de alimentos?			
8	¿Consume bebidas alcohólicas?			
	ACTIVIDAD FÍSICA	Siempre	A veces	Nunca
9	¿Realiza como mínimo 30 minutos de ejercicio al día?			
10	¿Realiza sus ejercicios acompañados de un familiar o llevando un carné que le identifique como diabético?			
11	¿Cuándo realiza ejercicios, lleva 2 a 3 caramelos por precaución?			
	TRATAMIENTO	Siempre	A veces	Nunca
12	¿Toma los medicamentos según las indicaciones de su médico?			
13	¿Se mide la presión arterial frecuentemente?			
14	¿Controla su glucosa (azúcar en la sangre) cuando se lo solicitan?			
	CUIDADOS PERSONALES: CUIDADO DE LOS PIES	Siempre	A veces	Nunca
15	¿Se lava los pies todos los días?			

16	¿Realiza secado de los pies teniendo cuidado en los entre dedos?			
17	¿Usa zapatos ajustados?			
18	¿Revisa diariamente sus pies en busca de lesiones?			
19	¿Usa ligas (panty) o medias ajustadas?			
20	¿Se recorta las uñas en forma recta?			
	CUIDADO DE LA PIEL	Siempre	A veces	Nunca
21	¿Se baña y seca con especial cuidado en las axilas, partes íntimas y ombligo?			
22	¿Usa pantalones y polos manga larga cuando va al campo o se expone al sol?			
23	¿Usa guantes gruesos para proteger sus manos cuando realiza algún riesgo de cortarse o rasguñarse?			
24	¿Con qué frecuencia se hace heridas en la piel?			
25	¿Si tiene una herida lava con agua y jabón y la protege con gasa o material limpio?			
26	¿Usa cremas para cuidar su piel?			

Anexo 4: Formato de consentimiento informado**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Institución: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigador(a): Gutiérrez Ayala, Sol María

Título del estudio: “Capacidad funcional, adherencia al tratamiento farmacológico y autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital Nacional”

Propósito del estudio: Lo(a) invitamos a participar en este estudio cuyo objetivo es conocer la relación entre la capacidad funcional, la adherencia al tratamiento y el autocuidado en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. Esta información ayudará a mejorar la atención y cuidado que reciben las personas mayores con esta enfermedad.

Procedimiento

Si acepta participar, se le aplicarán tres cuestionarios sencillos sobre:

- Las actividades que realiza diariamente (capacidad funcional),
- Su forma de tomar los medicamentos (adherencia),
- Sus hábitos de cuidado personal (autocuidado).

La aplicación durará aproximadamente 30 minutos y se realizará en un ambiente cómodo y seguro.

Riesgos y beneficios: No hay riesgos significativos. Solo puede sentir algo de cansancio por responder las preguntas. Usted no recibirá un beneficio económico directo, pero su participación ayudará a mejorar el cuidado de salud de otras personas mayores.

Confidencialidad: La información será tratada de forma confidencial. Sus respuestas serán codificadas y no llevarán su nombre ni datos personales. Nadie fuera del equipo de investigación tendrá acceso a sus datos.

Voluntariedad: Participar es totalmente voluntario. Usted puede decidir no participar o retirarse en cualquier momento sin ningún problema ni consecuencia.

Contacto: Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con el investigador(a): **Celular:** 937 674 292

O con el Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener:

Correo: comite.etica@uwiener.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído o se me ha explicado la información anterior. He comprendido el propósito del estudio y acepto participar de forma voluntaria. También entiendo que puedo retirarme en cualquier momento.

Firma del participante: _____

Firma del investigador(a): _____

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 01 de agosto del 2025.

Autor Responsable:

SOL MARIA GIANELLA GUTIERREZ AYALA

Exp. Nº: 1693-2025

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) evaluó y **APROBÓ** el siguiente proyecto de investigación:

Proyecto Titulado: "Capacidad funcional, adherencia al tratamiento farmacológico y autocuidado en adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital Nacional." Versión Nro. 1, con fecha 09/07/2025.

El cual tiene como Autor(es) a:

SOL MARIA GIANELLA GUTIERREZ AYALA

La **APROBACIÓN** comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

- La **vigencia** de la aprobación es **24 meses** a partir de la emisión de este documento.
- Toda **enmienda** deberá presentarse al CIEIC-UPNW; el proyecto no podrá ejecutarse sin su aprobación previa.
- La constancia de aprobación por el CIEIC **no garantiza** la **aceptación** por parte de las **instituciones** donde pretende ejecutar el trabajo de investigación.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,



Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
Presidente
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional
Dos de Mayo



Hospital Nacional
"DOS DE MAYO"

150
Años
Revolucionando la salud

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

CARTA N° 606 - 2025-DG-CARTA N°152-OACDI-HNDM-2025

Lima, 30 de septiembre 2025

Estudiante:

SOL MARÍA GIANELLA GUTIÉRREZ AYAŁA

Universidad Norbert Wiener

Facultad de Ciencias de la Salud

Programa Académico de Medicina Humana

Investigadora Principal

Presente. -

ASUNTO : Aprobación y Autorización de Estudio de Investigación Pregrado

REF : Registro N.º35488-2025 Código N°3624

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y al mismo tiempo comunicarle de acuerdo al Informe N.º 1116-2025-OACDI-HNDM; emitido por el área de investigación de la Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación, existe viabilidad y se **AUTORIZA LA APROBACIÓN** de la realización del estudio de investigación titulado:

"CAPACIDAD FUNCIONAL, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y AUTOCUIDADO EN ADULTOS MAYORES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UN HOSPITAL NACIONAL"

El presente documento tiene aprobación del Comité de Ética en Investigación Biomédica de nuestra Institución; según la Evaluación N°099-2025-CEIB-HNDM, de fecha 25 de septiembre 2025 vigente hasta el 24 de septiembre 2026.

Si aplica, los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
M.C. VICTOR DIGNAFEL GONZÁLES PÉREZ
DIRECTOR GENERAL - DIRECCIÓN GENERAL
C.M.F. N°450 - R.N. N°13977

VRGP/RMAR/Lrir

Parque Historia de la Medicina Peruana s/n Alt. Cdra. 13 Av Grau-Cercado de Lima

Web: www.gob.pe/hdosdemayo

E mail: direcciongeneral@hdosdemayo.gob.pe / secretariadghndm@gmail.com

f @H2deMayo | @hospitaldosdemayo | X @H2deMayo | @hospitaldosdemayooficial





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

EVALUACIÓN N. ° 099-2025-CEIB-HNDM

"CAPACIDAD FUNCIONAL, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y AUTOCUIDADO EN ADULTOS MAYORES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UN HOSPITAL NACIONAL"

Investigadora Principal: **SOL MARÍA GIANELLA GUTIÉRREZ AYALA**

El Comité de Ética en Investigación Biomédica concluye que:

1. La Investigadora se encuentra calificada para la conducción de la investigación.
2. El Protocolo sigue lineamientos metodológicos y éticos adecuados.
3. El Consentimiento Informado brinda la información necesaria en forma adecuada

Por tanto, el comité expide el presente documento de **APROBACIÓN Y OPINIÓN FAVORABLE** del presente estudio.

El presente documento tiene vigencia a partir de la fecha 25 de setiembre y expira el 24 de setiembre del 2026.

La investigadora remitirá al Comité de Ética en Investigación Biomédica un informe final al término del estudio.

Lima, 25 de setiembre 2025

Atentamente,



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
Alejandra Parhuana Bando
Dra. M.C. Alejandra Parhuana Bando
Doctora en Medicina
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA
EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA
C.M.P. 077006 R.N.F. 9567

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

APB/Lrir

Parque Historia de la Medicina Peruana s/n Alt. Cdra. 13 Av Grau-Cercado de Lima

Web: www.gob.pe/hdosdemayo

E mail: direcciongeneral@hdosdemayo.gob.pe / secretariadghndm@gmail.com

f @H2deMayo | @hospitaldosdemayo | X @H2deMayo | @hospitaldosdemayopoficial






13% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 9%  Fuentes de Internet
- 5%  Publicaciones
- 11%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 9% Fuentes de Internet
- 5% Publicaciones
- 11% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet		
hdl.handle.net			2%
2	Trabajos entregados		
Universidad Privada San Juan Bautista on 2025-09-23			<1%
3	Trabajos entregados		
Universidad Wiener on 2024-10-26			<1%
4	Internet		
www.repositorio.autonmadeica.edu.pe			<1%
5	Internet		
repositorio.uwiener.edu.pe			<1%
6	Trabajos entregados		
uwiener on 2023-10-16			<1%
7	Trabajos entregados		
Universidad Wiener on 2026-02-05			<1%
8	Internet		
slidehtml5.com			<1%
9	Trabajos entregados		
Universidad Privada San Juan Bautista on 2025-08-30			<1%
10	Trabajos entregados		
Universidad Wiener on 2022-10-01			<1%
11	Trabajos entregados		
Universidad Nacional del Santa on 2025-12-24			<1%