

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cátedra de Adulto y Anciano
CENUR NO RESTE, SEDE RIVERA

Trabajo final de grado

Prevalencia de los factores de riesgo que contribuyen a las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 y el nivel de adherencia al tratamiento en personas mayores a 60 años que asisten a un centro público de atención primaria de salud en la ciudad de Rivera, Uruguay.

Autores:

Br. Bentos Aranda María Victoria C.I: 50520080-2
Br. Bonifasio Rebollo Alisson Noelia C.I:4750483-9
Br. Castro do Porto Camila C.I: 5.384.561-9
Br. Techera Rodriguez María Lorena C.I: 4755878-3
Br. Quincoses Leão Victoria C.I: 6.371.281-8

Tutores:

Tutor: Mag. Fernanda Salmentao
Tutor: Lic.Esp. Paula Pintos
Cotutor: Lic.Esp.Silvia Escobar

Rivera, Noviembre, 2025

Tabla de contenido

Lista de abreviaturas.....	3
1 Introducción.....	4
2 Antecedentes.....	5
3 Justificación.....	8
3.1 Pregunta problema.....	9
3.3 Palabras claves.....	9
4 Marco teórico.....	10
4.1 Atención Primaria De La Salud.....	11
4.2 Primer nivel de atención.....	13
4.3 Diabetes Mellitus tipo 2.....	13
4.4 Síntomas.....	14
4.5 Epidemiología.....	15
4.6 Persona Mayor.....	15
4.7 Enfermedades no transmisibles.....	16
4.8 Factores de riesgo.....	16
4.9 Pilares del tratamiento de la DMT2.....	17
4.9.1 Alimentación Saludable.....	17
4.9.2 Actividad física.....	17
4.9.3 Educación terapéutica.....	17
4.9.4 Tratamiento farmacológico.....	18
5 Metodología.....	18
5.1 Diseño del estudio.....	18
5.2 Recolección de datos.....	19
5.3 Datos sociodemográficos.....	19
5.4 Tabla de las variables.....	20
6 Proceso de recolección de información.....	25
7 Plan de análisis.....	26
8 Consideraciones éticas.....	27
9 Cronograma.....	28
10 Presupuesto del proyecto.....	30
11 Referencia bibliográficas.....	31
12 Anexo.....	34
12.1 Anexo 1. Permiso.....	34
12.2 Anexo 2. Consentimiento informado.....	35
12.3 Anexo 3. Encuesta a usuarios del centro público de atención primaria de salud...	36
12.4 Anexo 4. Tabla de antecedentes.....	41

Lista de abreviaturas

ASSE: Asociación de los Servicios de Salud del Estado

APS: Atención Primaria en Salud

COLIBRÍ: Conocimiento Libre Repositorio Institucional

DMT2: Diabetes Mellitus tipo 2

ENT: Enfermedades no Transmisibles

FENF: Facultad de Enfermería

FID: Federación Internacional de Diabetes

GPC: Guía de práctica clínica

HbA1C: Hemoglobina glucosilada

HC: Historia Clínica

HCE: Historia Clínica Electrónica

MSP: Ministerio Salud Pública

OMS: Organización mundial de la salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PNA: Primer Nivel de Atención

RAP: Red de Atención Primaria

RRFF: Recursos Financieros

RRHH: Recursos Humanos

RRMM: Recursos Materiales

SCIELO: Scientific Electronic Library Online

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

TFI: Trabajo Final de Investigación

TIMBÓ: Trama Interinstitucional Multidisciplinaria Bibliografía Online

UDELAR: Universidad de la República

1 Introducción

El presente protocolo fue elaborado por cinco estudiantes pertenecientes a la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, plan 2016, generación 2020, del Centro Universitario de Rivera. Este se encuentra actualmente enmarcado en la línea de investigación del departamento de Adulto y Anciano en la instancia del trabajo final de grado. La metodología que se llevará a cabo en esta investigación es cuantitativa, descriptiva de corte transversal, en un periodo de corte de 6 meses, que tendrá lugar en un centro público de atención primaria de salud en Rivera. Con el objetivo de determinar la prevalencia de los factores de riesgo que contribuyen a las complicaciones de la DMT2 (diabetes mellitus tipo II) y el nivel de adherencia al tratamiento en personas mayores a 60 años que asisten a un centro público de atención primaria de salud en la ciudad de Rivera. Según la 2^a Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (2013-2014), las Enfermedades No Transmisibles (ENT) son la principal causa de enfermedad, discapacidad y muerte en Uruguay, generando una alta demanda asistencial. En esta encuesta, se evidencia un aumento sostenido en la prevalencia de condiciones asociadas a la DMT2, especialmente en adultos mayores. Estos resultados subrayan la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles en la población.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) de Uruguay, a través del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), regula el acceso al tratamiento de la DMT2, garantizando cobertura universal y equitativa. Se estima que aproximadamente el 10 % de la población uruguaya padece diabetes, de los cuales el 90 % corresponde a DMT2. Asimismo, cerca del 21 % de la población nacional es mayor de 60 años, y se calcula que entre el 20 % y el 25 % de este grupo etario padece DMT2, lo que representa entre 147.000 y 184.000 personas (Ministerio de Salud Pública, 2024).

2 Antecedentes

La revisión bibliográfica se realizó a través de diferentes bases de datos: Scientific Electronic Library Online (Scielo), Ministerio de Salud Pública. Se utilizaron palabras claves como: (Diabetes mellitus tipo 2, personas mayores, atención primaria de salud , enfermedades crónicas no transmisibles) , realizando la búsqueda de las definiciones y conceptos en la Real Academia Española.

En la búsqueda bibliográfica se encontraron investigaciones nacionales como:

“Gestión de cuidados al usuario portador de Diabetes Mellitus tipo 2, desde la perspectiva del usuario. R.A.P–Rivera”

En esta Tesis de grado de la Universidad de la República (Batista et al., 2019). Se realizó una investigación descriptiva, cuantitativa de corte transversal, cuyo objetivo fue describir la gestión de cuidados que recibe el usuario portador de DMT2, mayor de 20 años. Desde su perspectiva, en las policlínicas de la Red de Atención Primaria (R.A.P), zona este, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), los usuarios portadores de DMT2 requieren que los equipos de salud de los diferentes servicios les brinden una gestión de cuidados adecuada a sus necesidades, ya que muchas veces por la fragmentación que existe en los mismos, se generan dificultades en el acceso de los usuarios a los distintos servicios, provocando la baja satisfacción de los usuarios. Como resultados se identificaron carencias en los diferentes servicios a la hora de llevar a cabo el Programa Nacional de Diabetes ya que no se cuenta con una licenciada en enfermería encargada del mismo, ni disponibilidad de turnos con los especialistas (oftalmólogo, podólogo, cardiólogo, endocrinólogo,) para que los usuarios reciban una adecuada gestión de cuidados con la frecuencia que se estipula en la guía de práctica clínica (GPC) para la atención de usuarios portadores de DMT2 en el ámbito ambulatorio.

Esta investigación puede servir de base para contribuir al mejoramiento de los servicios de salud o para el desarrollo de otras investigaciones futuras de mayor envergadura.

“Percepción y conocimiento de Diabetes tipo 2 y riesgo de obesidad en adultos”

Vega & Ramirez (2024) son autores que desarrollan un concepto interesante sobre los conocimientos y las percepciones que los adultos tienen sobre la diabetes tipo 2 y su relación con la "diabesidad" (un concepto que combina la diabetes con la obesidad).

En este estudio se pone énfasis en el contexto de salud pública en la región fronteriza, donde las desigualdades sociales y los accesos limitados a servicios de salud son factores clave. Los autores exploran cómo el conocimiento de los usuarios sobre los factores de riesgo y la prevención de la diabetes tipo 2 influye en su comportamiento y en su actitud hacia el tratamiento de la enfermedad. Además, analizan la importancia de la educación en salud como un instrumento para mejorar la gestión de la diabetes y reducir los riesgos asociados a la obesidad y la enfermedad cardiovascular.

Las enfermedades crónicas no transmisibles se han convertido en un problema mundial debido a los altos índices de morbilidad y mortalidad, derivadas de estilos de vida inadecuados que incluyen una falta de una percepción y bajo conocimiento de estos padecimientos.

El resultado de este estudio mostró que el “ *78% fueron mujeres, con promedio de edad de 58 años, glicemia capilar 163.8, hemoglobina glucosilada 8.6, 88.5% ,tienen conocimiento de DT2 adecuado y el 50.5% una percepción de riesgo de DT2 alto. Existe una relación positiva y significativa entre el conocimiento y la percepción de riesgo de DT2 (p < .05)*”.

Este artículo puede proporcionar información clave sobre como el conocimiento de los usuarios sobre su propia enfermedad influye en su manejo, lo que te permitirá contextualizar la situación de las personas mayores en nuestro estudio.

Este artículo nos proporcionará una base teórica y contextual importante para nuestro informe.

“Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el paciente anciano”

El artículo de Sánchez & García (2018), aborda los tratamientos actuales para la DMT2 en personas mayores. Destaca la importancia de adaptar las terapias a las necesidades

individuales de los pacientes ancianos, considerando factores como la fragilidad, la esperanza de vida y la comorbilidad. También se exploran tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, subrayando el monitoreo constante y la personalización del tratamiento para minimizar riesgos y mejorar la calidad de vida.

Este artículo puede ser útil ya que proporciona recomendaciones sobre cómo adaptar las terapias según factores de edad, fragilidad y comorbilidades. Esto es valioso para desarrollar intervenciones de tratamiento individualizadas que consideren la salud integral y el bienestar de los pacientes ancianos. Además, sus conclusiones podrían ayudarte a fundamentar estrategias de manejo personalizadas y evaluar los riesgos asociados en poblaciones de edad avanzada.

"Epidemiología de la diabetes mellitus en Sudamérica: la experiencia de Colombia"

Este artículo tiene una gran relevancia por varias razones que justifican su importancia tanto en el ámbito académico como en la salud pública. La diabetes mellitus, especialmente la tipo 2, es una de las enfermedades crónicas más prevalentes a nivel mundial y un problema creciente en América Latina. Los autores Elsevier. Aschner et al., (2016), resaltan que la diabetes es responsable de una carga significativa para los sistemas de salud debido a sus complicaciones, como enfermedades cardiovasculares, insuficiencia renal y ceguera, que afectan la calidad de vida y la esperanza de vida de los usuarios. En Sudamérica, la prevalencia de la diabetes ha aumentado considerablemente en las últimas décadas debido a factores como el envejecimiento de la población, la urbanización, el sedentarismo y los hábitos alimentarios poco saludables.

La experiencia colombiana ofrece valiosos datos epidemiológicos, que pueden ayudar a comprender las tendencias y características de la enfermedad en la región. Este artículo proporciona información clave sobre la prevalencia, los factores de riesgo asociados y las políticas públicas implementadas en Colombia, lo que puede servir de modelo para otros países latinoamericanos con contextos socioeconómicos y culturales similares.

Este artículo, centrado en Colombia, ofrece una perspectiva local que puede inspirar investigaciones adicionales en otros países de la región, favoreciendo el desarrollo de enfoques más específicos y adecuados a las particularidades del continente.

3 Justificación

La elección del presente tema se fundamenta en la alta prevalencia de los factores de riesgo asociados a la DMT2 en la población de personas mayores de 60 años, siendo esta una condición que representa un factor significativo para el deterioro general de la salud.

Situación que afecta de forma considerable la calidad de vida de quienes la padecen.

Gran parte de las personas mayores que asisten al centro público de atención primaria de salud en Rivera, lo hacen para recibir consultas y tratamientos en el servicio de diabetología. En este contexto, los datos que se recaben serán fundamentales para describir las variables implicadas y evaluar la adherencia al tratamiento en esta población específica.

La DMT2, es una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles que afecta a una proporción creciente de la población mundial, especialmente entre las personas mayores. En Uruguay, la prevalencia de la diabetes ha aumentado en las últimas décadas debido a algunos factores como por ejemplo: el envejecimiento de la población, los hábitos alimenticios poco saludables, el sedentarismo y el aumento de la obesidad. En particular, las personas mayores de 60 años son un grupo de alto riesgo para desarrollar DMT2, lo que puede resultar en múltiples complicaciones de salud, como enfermedades cardiovasculares, neuropatías, insuficiencia renal y ceguera, que afectan significativamente su calidad de vida. Este grupo etario resulta especialmente vulnerable debido a los cambios fisiológicos propios del envejecimiento y a la presencia de comorbilidades que pueden dificultar el tratamiento y control de la enfermedad.

3.1 Pregunta problema

¿Cuál es la prevalencia de los factores de riesgo que contribuyen a las complicaciones de la diabetes mellitus tipo II y el nivel de adherencia al tratamiento en personas mayores a 60 años que asisten a un centro público de atención primaria de salud en la ciudad de Rivera, Uruguay?

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de los factores de riesgo que contribuyen a las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 y el nivel de adherencia al tratamiento en personas mayores de 60 años asisten en un centro público de atención primaria de salud en Rivera, Uruguay.

3.2.2 Objetivos específicos

Identificar los principales factores de riesgo que contribuyen a las complicaciones de DMT2 en personas mayores de 60 años.

Caracterizar el perfil sociodemográfico de la población estudiada.

Cuantificar el nivel de glucemia capilar y adherencia al tratamiento en los usuarios diagnosticados con DMT2 dentro de la población estudiada.

3.3 Palabras claves

Adherencia al tratamiento, atención primaria de salud, diabetes mellitus tipo 2, factores de riesgo, personas mayores, prevalencia.

4 Marco teórico

La DMT2 es una enfermedad crónica no transmisible cada vez más frecuente a nivel mundial, regional y local. Tiene un gran impacto sanitario por la alta prevalencia de complicaciones tardías y de patologías asociadas: como las nefropatías, cardiopatías y retinopatías que afectan severamente el normal funcionamiento del organismo. La diabetes afecta a cerca de 371 millones de personas en el mundo, 43 millones de personas en América Latina y el Caribe, la prevalencia de diabetes varía entre países, siendo Perú el que registra la cifra más baja (4,3%) y Puerto Rico la más alta (15,4%), en Argentina, Chile, Colombia y México, los porcentajes son del 6,0%, el 10,3%, el 7,2% y el 11,7%, respectivamente. En Uruguay más de 280.000 personas padecen diabetes, un 8,2 % de la población. Sin embargo, los estudios de prevalencia sitúan en un 16,2 % el porcentaje de uruguayos con diabetes, probablemente unos 534.600 uruguayos, ya que muchos desconocen que son diabéticos, según el Ministerio de Salud Pública.

Según la Federación Internacional de Diabetes (FID) en 2040 una de cada 10 personas la padecerá. Se estima que las personas que viven con diabetes aumentarán a 642 millones para 2040, afectando principalmente a personas en países de media y baja renta y mayores de 60 años. La Diabetes es una de las mayores emergencias de la salud del siglo XXI. La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que, en el mundo, la glucosa en sangre alta es el tercer factor de riesgo principal para la mortalidad prematura, después de la presión arterial alta y el consumo de tabaco.

Esta enfermedad produce desordenes metabólicos de múltiples causas y puede afectar al ser humano de todas las edades y grupos étnicos por lo cual es fundamental brindar a la población acciones de promoción de la salud con respecto a la patología y los factores de riesgo, destacando la importancia de la prevención, detección precoz, confirmación del diagnóstico y tratamiento de la misma, según la OMS. Con este fin, en Uruguay se creó el Programa Nacional de Diabetes, contando con la decisión del Poder Legislativo; se

obtuvieron recursos financieros para el estudio de prevalencia y puesta en marcha de un registro Nacional de Diabetes. Según Ferrero y García (2004) en la Encuesta de prevalencia de Diabetes en Uruguay, los resultados superaron las estimaciones previas, destacando que el 20 % de los diabéticos no estaban diagnosticados. De acuerdo a la OMS (2016) en su Informe Mundial sobre la Diabetes, esta patología determina elevada morbimortalidad por lo cual es un problema de salud pública serio, creciente y costoso para todos los servicios de salud, exigiendo la necesidad de un trabajo integral y seguimiento de los usuarios a través de las redes de los servicios de salud, utilizando herramientas válidas y confiables para evaluar su desempeño.

4.1 Atención Primaria De La Salud

Es una estrategia definida en la conferencia de Alma Ata en 1978, donde se estableció un avance para superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad que privilegian servicios curativos, caros, basados en establecimientos de segundo y tercer nivel por modelos basados en la promoción de salud y preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población. La APS fue definida como: “la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”. La APS no es atención de segunda clase destinada a comunidades vulnerables socioeconómicamente, sino que es una estrategia dirigida a todos los sectores sociales sin distinción.

Se destacan como elementos esenciales de la APS: el suministro de alimentos y nutrición adecuada, agua potable y saneamiento básico, la asistencia materno-infantil, la planificación familiar, inmunizaciones, la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales, el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento apropiado de las enfermedades

y traumatismos comunes. Refiere la estrategia como líneas de acción para su implementación las siguientes: reorientación del personal de salud hacia la APS, participación de la comunidad, coordinación intersectorial e interinstitucional, centralización normativa y descentralización ejecutiva, enfoque de riesgo, coordinación docente asistencial y cooperación internacional.

Desde 1978 han existido importantes cambios en el contexto mundial, así como en la conceptualización y práctica de la APS. En tal sentido, a partir del año 2005, se elaboró en Montevideo un documento aprobado posteriormente por la OPS/OMS de Renovación de la APS. En éste la APS se centra en el sistema de salud en su conjunto, incluyendo todos los sectores. Distingue entre valores, principios y elementos. Los valores son los principios sociales, objetivos o estándares apoyados o aceptados por un individuo, clase o sociedad, como, por ejemplo, el derecho al mayor nivel de salud y la equidad. Los principios son los fundamentos, leyes, doctrina o fuerza generadora sobre la cual se soportan los demás elementos. Por ej: dar respuesta a las necesidades de salud de la población, con orientación hacia la calidad. Los elementos son parte o condición de un componente que generalmente es básico o esencial por ejemplo; atención integral e integrada, orientación familiar y comunitaria, énfasis en la promoción y prevención.

La participación convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas. A título individual, las personas deben ser capaces de tomar decisiones de forma libre y han de estar plenamente informadas en lo que respecta a su salud y la de sus familias, con un espíritu de autodeterminación y confianza. A nivel social, la participación en el ámbito de la salud es una faceta de la participación cívica en general, garantiza que el sistema de salud refleje los valores sociales, y proporciona un medio de control social y responsabilidad respecto a las acciones públicas y privadas que repercuten en la sociedad”

4.2 Primer nivel de atención

Es el nivel más cercano a la población, es decir, se considera el primer contacto del individuo con el sistema de salud. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permiten resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Dentro de este nivel se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes, permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.

4.3 Diabetes Mellitus tipo 2

La DMT2 es una patología metabólica crónica que se caracteriza por la resistencia a la insulina y/o la disminución de la secreción de insulina, en la que los niveles de glucosa o azúcar en la sangre son demasiado altos. La glucosa es su principal fuente de energía. Proviene de los alimentos que consume. Una hormona llamada insulina ayuda a que la glucosa ingrese a las células para brindarles energía.

En general, la DMT2 comienza con resistencia a la insulina. Esta es una afección en la que sus células no responden normalmente a la insulina. Como resultado, su cuerpo necesita más insulina para ayudar a que la glucosa ingrese a las células. Al principio, el cuerpo produce más insulina para tratar de que las células respondan. Pero con el tiempo, su cuerpo no puede producir suficiente insulina y sus niveles de glucosa en la sangre aumentan. Su prevalencia en adultos mayores es preocupante, debido a los múltiples factores de riesgo asociados a esta población, como la obesidad, la inactividad física, y las comorbilidades. El manejo adecuado de la DMT2 es fundamental para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de los usuarios.

4.4 Síntomas

Muchas personas con DMT2 no presentan ningún síntoma. Si los tiene, los síntomas se desarrollan lentamente durante varios años. Pueden ser tan leves que no los note. Los síntomas pueden incluir: aumento de la sed y la micción, aumento del hambre, sensación de cansancio, visión borrosa, entumecimiento u hormigueo en los pies o las manos, llagas que no cicatrizan, pérdida de peso sin causa aparente.

Cómo diagnosticar: Mediante análisis de sangre para diagnosticar la DMT2. Los análisis de sangre incluyen: Prueba de A1c: Mide su nivel promedio de azúcar en sangre durante los últimos 3 meses. Prueba de glucosa plasmática en ayunas: Mide su nivel actual de azúcar en sangre. Debe ayunar (no comer ni beber nada excepto agua) durante al menos 8 horas antes de la prueba. Prueba aleatoria de glucosa en plasma: Mide su nivel actual de azúcar en sangre. Se utiliza en presencia de síntomas compatibles con diabetes cuando no es posible esperar el período de ayuno previo para realizar la determinación.

El tratamiento para la DMT2 implica controlar sus niveles de azúcar en sangre. Muchas personas pueden lograrlo con un estilo de vida saludable. Es posible que algunas personas también necesitan tomar medicamentos. Un estilo de vida saludable incluye seguir un plan de alimentación saludable y realizar actividad física con regularidad. Debe aprender a equilibrar lo que come y bebe con la actividad física y los medicamentos para la diabetes, si los toma. Los medicamentos para la diabetes incluyen medicinas orales, insulina y otros medicamentos inyectables. Con el tiempo, algunas personas necesitarán tomar más de un tipo de fármaco para controlar su diabetes, deberá controlar su nivel de azúcar en sangre con regularidad. El profesional de la salud le dirá con qué frecuencia debe hacerlo, también es importante mantener la presión arterial y los niveles de colesterol en el rango establecido por su médico para usted. Asegúrese de hacerse las pruebas de detección con regularidad.

4.5 Epidemiología

La DMT2 es una de las enfermedades crónicas más comunes en personas mayores y su prevalencia ha ido aumentando a nivel global, incluyendo en Uruguay. En nuestro país, aproximadamente, se estima que la prevalencia de diabetes, incluyendo DMT2, en personas mayores, puede rondar entre el 10% y el 15%. Sin embargo, las cifras exactas pueden variar según diferentes estudios y fuentes. La progresión de la enfermedad puede estar relacionada con factores genéticos, estilos de vida y condiciones socioeconómicas.

La prevalencia tiende a aumentar con la edad y está asociada a factores de riesgo como la obesidad, el sedentarismo, el consumo excesivo de sal y el tabaquismo.

Por lo tanto, es fundamental que las personas que padecen DMT2 sean monitoreadas regularmente para detectar y manejar la patología así como para implementar cambios en el estilo de vida que ayuden a controlar ambas condiciones.

4.6 Persona Mayor

La OMS define a las personas mayores como personas de 60 años o más en los países en desarrollo y de 65 años o más en los países desarrollados. Esta diferenciación se debe a las variaciones en la esperanza de vida y la calidad de vida en distintos contextos socioeconómicos (OMS, 2015).

Según autores como C. Phillipson (2013) en "Ageing" y otros expertos en gerontología, la edad cronológica no es la única medida del envejecimiento. Factores como la edad funcional, que evalúa las capacidades físicas y cognitivas, y la edad biológica, que considera el estado de salud del individuo, también son importantes para entender el envejecimiento y definir al adulto mayor (Phillipson, 2013).

Según la "Enciclopedia de Salud Pública" de Breslow (2002), la definición de adulto mayor en salud pública varía, pero usualmente se hace referencia a personas de 65 años en adelante. Esta edad se ha considerado convencionalmente como el inicio de la vejez en

muchas políticas de salud, ya que es comúnmente la edad de jubilación en varios países, momento en que comienzan a aparecer las primeras condiciones de salud relacionadas con el envejecimiento (Breslow, 2002).

4.7 Enfermedades no transmisibles

Las enfermedades crónicas, no transmisibles (ENT) son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. El término, enfermedades no transmisibles se refiere a un grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo. Estas condiciones incluyen cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. Muchas enfermedades no transmisibles se pueden prevenir mediante la reducción de los factores de riesgo comunes, tales como el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la inactividad física y comer alimentos poco saludables. Muchas otras condiciones importantes también se consideran enfermedades no transmisibles, incluyendo lesiones y trastornos de salud mental.

4.8 Factores de riesgo

Son condiciones o hábitos que aumentan la probabilidad de desarrollar o agravar una enfermedad. En relación con la DMT2, los factores más relevantes a la vulnerabilidad a esta patología incluyen la edad avanzada, sedentarismo, obesidad, hipertensión arterial, malos hábitos alimentarios, consumo excesivo de alcohol, estrés crónico, antecedentes familiares y tabaquismo.

4.9 Pilares del tratamiento de la DMT2

4.9.1 Alimentación Saludable

La alimentación saludable es un componente esencial del manejo de la DMT2. El objetivo es lograr un adecuado control glucémico, mantener un peso corporal saludable y prevenir complicaciones. La dieta debe ser equilibrada y personalizada. Se recomienda priorizar el consumo de alimentos naturales como frutas, verduras, legumbres, cereales integrales y proteínas magras, así como reducir la ingesta de azúcares simples, grasas saturadas, ultraprocesados y bebidas azucaradas. Es fundamental seguir una dieta saludable para el control de la enfermedad.

4.9.2 Actividad física

La actividad física regular ayuda a controlar los niveles de azúcar en la sangre y a mantener un peso saludable y reduce el riesgo cardiovascular. Se recomienda realizar al menos 150 minutos semanales de actividad aeróbica moderada, como caminar, nadar, o andar en bicicleta, distribuidos en al menos tres días por semana. La actividad física debe adaptarse a las condiciones de cada usuario. En casos de complicaciones crónicas, se requiere una evaluación médica previa para ajustar el tipo e intensidad del ejercicio.

4.9.3 Educación terapéutica

La educación es el pilar fundamental del tratamiento de la DMT2. El usuario debe comprender la enfermedad, los objetivos del tratamiento y la importancia de su participación activa en el control. Aprender sobre la enfermedad es crucial para manejar eficazmente y prevenir futuras complicaciones. La educación continua permite mejorar la adherencia al tratamiento y favorece la toma de decisiones informadas en el manejo diario de la enfermedad.

4.9.4 Tratamiento farmacológico

Cuando las modificaciones del estilo de vida como: dieta y ejercicio físico no logran alcanzar las metas glucémicas, se debe iniciar tratamiento farmacológico. La elección del fármaco depende del perfil metabólico, las comorbilidades y las preferencias del usuario. Estos medicamentos pueden mejorar la sensibilidad del cuerpo a la insulina o potenciar sus efectos.

5 Metodología

5.1 Diseño del estudio

Tipo de estudio: Cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

Área de Cobertura: El estudio se desarrollará en un centro público de atención primaria de salud, ubicado en el departamento de Rivera, Uruguay.

Población del estudio: La población estará conformada por personas mayores de 60 años diagnosticadas con DMT2, que concurren regularmente al servicio de diabetología de un centro público de atención primaria de salud, con una frecuencia mínima de tres veces por semana para controles, seguimiento o tratamiento.

Muestra: La muestra estará compuesta por usuarios mayores de 60 años con diagnóstico confirmado de DMT2 que asisten a un centro público de atención primaria de salud, durante el período de recolección de datos. Se empleará un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando la disponibilidad y la accesibilidad de los usuarios durante la investigación.

Criterios de inclusión: Persona mayores a 60 años con diagnóstico confirmado de DMT2 que reciben atención en un centro público de atención primaria de salud.

Criterios de exclusión: Usuarios que concurren a un Centro público de atención primaria de salud por otros motivos de consulta, usuarios que no cumplan con la edad mencionada, usuarios cuyas facultades mentales u orgánicas se encuentren alteradas.

5.2 Recolección de datos

La recolección de datos será mediante historias clínicas y una encuesta que se realizará a los usuarios que concurren al servicio de diabetología, durante los días a definir al llevar a cabo la investigación. Se aplicará una encuesta presencial y anónima en formato de papel, la encuesta (Anexo 3) cuenta con 10 preguntas, con una duración de unos 10 minutos aproximadamente por personas, la cual incluirá preguntas estructuradas sobre: Datos sociodemográficos, factores de riesgo (antecedentes familiares, hábitos de vida, hipertensión, sedentarismo, alimentación), tratamiento recibido y nivel de adherencia al tratamiento. Para poder realizar dicha encuesta se brindará un consentimiento informado (Anexo 2), en formato de papel. Los datos obtenidos en la encuesta serán confidenciales y manejados solamente por el equipo de investigación.

5.3 Datos sociodemográficos

Factores de riesgo: (antecedentes familiares, hábitos de vida, hipertensión, sedentarismo, alimentación)

Tratamiento recibido: Farmacológico, dieta diabética, actividad física

Nivel de adherencia al tratamiento: Farmacológico, dieta diabética, actividad física

Variable cuantitativa: Edad, tiempo de diagnóstico de la diabetes, cantidad de usuarios con adherencia al tratamiento, glucemia capilar del día

Variable cualitativa: Género.

Instrumentos: La herramienta que se utilizará para la recopilación de datos se realizará a través de encuestas dirigidas a los usuarios.

5.4 Tabla de las variables

Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones de la variable	Indicadores de medición
Edad	Cuantitativa Discreta	La edad es el tiempo que ha vivido una persona, animal o vegetal desde su nacimiento hasta un momento determinado. Se suele medir en años.	Edad se definirá como el número exacto de años completos transcurridos desde el nacimiento de un usuario hasta la fecha de recolección de los datos en el centro público de atención primaria de salud. La edad será calculada a partir de la fecha de nacimiento registrada de cada usuarios y la fecha de la consulta.	Categoría etaria: Grupo 1: Adultos mayores jóvenes (60-74 años). Grupo 2: Adultos mayores (75-84 años). Grupo 3: Adultos mayores avanzados (85 años y más).	-Edad cronológica (Número exacto de años completos desde la fecha de nacimiento hasta la fecha de la consulta.) -Grupo etario Clasificación en uno de los tres grupos de edad (60-74 años, 75-84 años, 85+ años).
Género	Cualitativa nominal	El género se refiere a los	Género se definirá como la	-Masculino -Femenino	Masculino: Usuario de

		<p>conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.</p>	<p>clasificación del usuario en una de las dos categorías tradicionales: masculino o femenino. En este estudio, se usará la información del expediente médico o de la entrevista para registrar el género de cada usuario.</p>		<p>sexo masculino, identificado en el expediente médico.</p> <p>Femenino: Usuaria de sexo femenino, identificado en el expediente médico.</p>
Tiempo de diagnóstico de la diabetes	Cuantitativa Continua	<p>Se refiere al periodo transcurrido desde el inicio de los síntomas o la aparición de factores de riesgo relacionados con la diabetes tipo 2 hasta el momento en que se establece un</p>	<p>Tiempo de diagnóstico se calcula como el número de años o meses transcurridos desde la fecha del diagnóstico registrado en el expediente médico del usuario hasta la</p>	<p>Menos de 5 años: Usuarios diagnosticados con DMT2 en los últimos 5 años.</p> <p>De 5 a 10 años: Usuarios diagnosticados entre 5 y 10 años atrás.</p>	<p>Tiempo de diagnóstico (en años o meses): Número de años o meses desde el diagnóstico hasta la fecha de la consulta.</p> <p>Categoría de</p>

		<p>diagnóstico formal de la enfermedad por un profesional de la salud. Este tiempo puede incluir etapas como la aparición de síntomas, la realización de pruebas diagnósticas (como la medición de glucosa en sangre, hemoglobina A1c, entre otras) y la confirmación del diagnóstico.</p>	<p>fecha de la consulta.</p>	<p>Más de 10 años: Usuarios diagnosticados hace más de 10 años.</p>	<p>tiempo de diagnóstico:</p> <p>Menos de 5 años.</p> <p>De 5 a 10 años</p> <p>Más de 10 años.</p>
Niveles de glucemia capilar.	Cuantitativa Continua.	<p>Concentración de glucosa en sangre medida en una muestra capilar (gota de sangre periférica) que refleja la glucemia</p>	<p>Niveles de glucosa en sangre se definirán como la cantidad de glucosa medida en una gota de sangre capilar</p>	<p>Niveles de glucosa en sangre.</p> <p>-Normal</p> <p>Glucosa en ayunas: < 100 mg/dL.</p>	<p>-Medición de glucosa en ayunas.</p> <p>-Medición de glucosa postprandial.</p>

		<p>inmediata del individuo y sirve para evaluar el control glicémico y detectar hiper o hipoglucemias</p>	<p>del usuario en un momento determinado. Los valores se obtendrán mediante pruebas de glucosa en ayunas, utilizando un glucómetro. El valor obtenido en cualquiera de estas pruebas será utilizado para clasificar los niveles de glucosa y analizar su relación con los factores de riesgo de la DMT2.</p>	<p>-Prediabetes Glucosa en ayunas: 100-125 mg/dL..</p> <p>Diabetes controlada: Glucosa en ayunas: 80-130 mg/dL.</p> <p>Diabetes descontrolada Glucosa en ayunas: > 130 mg/dL..</p>	
Cantidad de usuarios con adherencia al tratamiento.	Cuantitativa Discreta.	Grado en el que una persona sigue las recomendaciones de un profesional	Cantidad de usuarios con adherencia al tratamiento se refiere al número	<p>Adherentes: Usuarios que siguen las pautas del tratamiento en</p>	<p>Porcentaje de adherencia al tratamiento: Porcentaje de seguimiento de</p>

		<p>de la salud en cuanto a la toma de medicamentos, dieta y cambios en el estilo de vida.</p>	<p>de usuarios, personas mayores con DMT2 que siguen las recomendaciones médicas en al menos un 80% de las pautas del tratamiento durante el período de tiempo observado. La adherencia será medida mediante encuestas de seguimiento y registros médicos.</p>	<p>al menos un 80%.</p> <p>No adherentes: Usuarios que siguen las pautas del tratamiento en menos del 80%.</p>	<p>las pautas médicas, considerando ingesta de medicamentos, dieta, ejercicio, y controles médicos.</p> <p>Categorías de adherencia:</p> <p>Adherentes: Usuarios con adherencia \geq 80%.</p> <p>No adherentes: Usuarios con adherencia $<$ 80%.</p>
Prevalencia de los factores de riesgo que contribuyen a las	Cuantitativa, descriptiva, de tipo epidemiológica.	<p>se refiere a la proporción de individuos dentro de una población que presentan</p>	<p>Porcentaje de personas diagnosticadas con DMT2 que presentan uno o</p>	<p>Factores biológicos: hipertensión, obesidad.</p>	<p>Presencia de hipertensión arterial (sí/no). Índice de masa corporal (IMC \geq</p>

complicaciones de la DMT2.		una determinada característica o condición en un momento o período específico.	más factores de riesgo que pueden contribuir al desarrollo de complicaciones crónicas, obtenidos a partir de registros clínicos y encuestas.	conductuales: Malos hábitos alimenticios, sedentarismo, consumo excesivo de tabaco/alcohol, antecedentes familiares y estrés crónico. Factores socioeconómicos: nivel educativo, acceso a controles médicos.	25 kg/m ²). Nivel de glucemia en ayunas y nivel de actividad física semanal. Consumo de tabaco o alcohol. Frecuencia de controles médicos.
----------------------------	--	--	--	--	--

6 Proceso de recolección de información

En primera instancia se solicitará un permiso a la dirección de la RAP para poder realizar la recolección de datos e información de la población a ser estudiada. Luego de la aceptación del permiso, se coordinará con las Licenciadas referentes de un centro público de atención primaria de salud la recaudación de datos en su Unidad Operativa Asistencial.

Posteriormente se entrará en contacto con los usuarios consultando si desean participar del estudio, coordinando fecha, hora y lugar para las encuestas. La encuesta será de carácter anónimo y respetando los principios éticos de la confidencialidad, se realizará en un

ambiente que permita al usuario tener la intimidad necesaria para este tipo de estudio, solicitando previamente la lectura y firma del consentimiento informado (Anexo 2).

7 Plan de análisis

Se procederá a la tabulación de los datos recabados a través de historias clínicas de los usuarios, y encuestas de la población que haga parte de la investigación. Luego de obtenidos los datos, se utilizará el programa Microsoft Excel, donde se transcribirá la información obtenida, para realizar las gráficas necesarias; según las variables cuantitativas (Edad, tiempo de diagnóstico de la diabetes, cantidad de usuarios con adherencia al tratamiento, glucemia capilar del día). Posteriormente se procederá a la exploración de los datos, los cuales serán analizados por cada variable de estudio. Luego se realizará un análisis descriptivo de las variables mediante el cálculo de medidas de tendencia central (medias y medianas) y dispersión (rango y desviación estándar) para las variables cuantitativas.

Al finalizar se dispondrán los resultados los cuales serán presentados a través de tablas y gráficas, que faciliten la interpretación visual y la comparación entre categorías. Dichos resultados permitirán dar respuesta a los objetivos específicos propuestos, identificando la prevalencia de los factores de riesgo asociados a las complicaciones que contribuyen a la DMT2 y el nivel de adherencia al tratamiento en la población de personas mayores.

Todo el proceso de análisis se llevará a cabo respetando los principios éticos de confidencialidad y anonimato, asegurando el uso exclusivo de la información con fines académicos.

8 Consideraciones éticas

El presente estudio se regirá por los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y en las normas nacionales del Ministerio de Salud Pública de Uruguay (Decreto N.º 379/008), que regulan las investigaciones con seres humanos.

Cada participante será informado sobre los objetivos, procedimientos, beneficios y posibles riesgos del estudio, recibiendo una explicación clara y comprensible antes de firmar el consentimiento informado. La participación será voluntaria, y los sujetos podrán retirarse en cualquier momento sin que esto afecte su atención en salud ni su relación con el centro asistencial.

Se garantizará la confidencialidad y el anonimato de los datos obtenidos, utilizando códigos numéricos para la identificación de los participantes y evitando el registro de información personal que permita su reconocimiento. Los resultados serán analizados y presentados en forma global, sin exponer datos individuales.

La investigación no implica procedimientos invasivos ni riesgos físicos o psicológicos para los participantes. Los resultados podrán aportar beneficios indirectos, al contribuir a mejorar la comprensión de los factores de riesgo y la adherencia terapéutica en personas mayores con DMT2.

Se asegurará la equidad y justicia en la selección de los participantes, sin discriminación por sexo, nivel socioeconómico, religión, etnia o situación social.

El protocolo contará con la autorización del centro público de atención primaria de salud donde se desarrollará y será sometido a evaluación y aprobación por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República (Udelar).

Los datos recolectados se utilizarán exclusivamente con fines académicos y científicos, y serán almacenados en un entorno seguro hasta la finalización del estudio, respetando las normas institucionales de resguardo de información.

9 Cronograma

10 Presupuesto del proyecto

Recursos	Cantidad	Valor unitario	Valor total
RRHH	5	0	0
RRMM	1000 hojas A4	\$185	\$370
RRMM	10 lapiceras	\$28	\$280
RRMM	5 correctores	\$35	\$175
RRMM	5 tablas para hojas A4	\$60	\$300
RRMM	3 sobres para hojas A4	\$10	\$30
RRMM	250 impresiones	\$4	\$1000
RRMM	5 notebook	\$0	\$0
RRFF			\$2155

11 Referencia bibliográficas

Agudelo-Botero, M., & Dávila-Cervantes, C. A. (2015). *Carga de la mortalidad por diabetes mellitus en América Latina 2000–2011: Los casos de Argentina, Chile, Colombia y México*. *Gaceta Sanitaria*, 29(3), 172–177.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.01.015>

Batista, K., Benítez, G., Curbelo, C., & Ferreira, V. (2019). *Gestión de cuidados al usuario portador de diabetes mellitus tipo 2, desde la perspectiva del usuario*. *R.A.P.–Rivera 2019*. [Tesis de Grado de la Universidad de la República] Colibrí.

<https://hdl.handle.net/20.500.12008/45123>

Clínica Universidad de Navarra. (n.d.). *Edad*.

<https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/edad>

Epidemiología de la diabetes mellitus en Sudamérica: la experiencia de Colombia. (2016). *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 28(5), 245–256.

<https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-articulo-epidemiologia-diabetes-mellitus-sudamerica-experiencia-S0214916816000176>

Elsevier. (n.d.). *Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el paciente anciano*. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*.

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-tratamiento-diabetes-mellitus-tipo-2-S0211139X18300064>

Infobae. (2023, junio 22). *Los casos de diabetes en América Latina crecerán el 180 % para 2050, según un estudio en The Lancet*.

<https://www.infobae.com/america/ciencia-america/2023/06/22/los-casos-de-diabetes-en-america-latina-creceran-el-180-para-2050-segun-un-estudio-en-the-lancet/>

Mayo Clinic. (2025, 10 de mayo). Diabetes de tipo 2: Diagnóstico y tratamiento. Mayo Clinic.

<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/type-2-diabetes/diagnosis-treatment/drc-20351199>

MedlinePlus. (n.d.). *Diabetes tipo 2. MedlinePlus: Información de salud para usted.*

<https://medlineplus.gov/spanish/diabetestype2.html>

Ministerio de Salud Pública. (2024). Informe sobre la situación de la diabetes en Uruguay 2024. Montevideo, Uruguay: MSP.

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/>

Ministerio de Salud Pública. (n.d.). *2da encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles.*

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/2da-encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo-de-enfermedades-no>

Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. (n.d.). SciELO - Scientific Electronic Library Online.

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003

Ortega Cerda, J. J., Sánchez Herrera, D., Rodríguez Miranda, Ó. A., & Ortega Legaspi, J. M. (2018). *Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta Médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226–232.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226

Organización Panamericana de la Salud. (n.d.). *Enfermedades no transmisibles*. OPS.

<https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>

Organización Mundial de la Salud. (n.d.). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*.

OMS.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf

SciELO. (n.d.). *Percepción y conocimiento de diabetes tipo 2 y riesgo de diabetes en adultos*. SciELO - Scientific Electronic Library Online.

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-03712024000101203

12 Anexo

12.1 Anexo 1. Permiso

SEDE
RIVERACENUR
NORESTEFacultad de
EnfermeríaUNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Rivera.....de.....del 2025

Tutores:

Tutor: Mag. Fernanda Salmentao

Tutor: Esp en Enfermería Paula Pintos

Cotutor: Esp en Enfermería Silvia Escobar

Información al participante:

Somos un grupo de estudiantes de la Licenciatura de Enfermería de la Universidad de la República (UdelaR) que estamos realizando el Trabajo Final de Investigación titulado:

"Prevalencia de los factores de riesgo que contribuyen a las complicaciones de la diabetes mellitus tipo II y el nivel de adherencia al tratamiento en personas mayores a 60 años que asisten a un centro público de atención primaria de salud en la ciudad de Rivera, Uruguay".

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de los factores de riesgo que contribuyen a las complicaciones de diabetes mellitus tipo II y evaluar el nivel de adherencia al tratamiento en personas mayores de 60 años que reciben atención en un centro público de salud de Rivera, desde la perspectiva de los usuarios.

Para lograr este objetivo, se realizará una encuesta mediante un cuestionario que incluye preguntas relacionadas con su salud y tratamiento. Su participación es completamente voluntaria y anónima: ninguna información que permita identificarlo será registrada ni divulgada.

Usted podrá decidir en cualquier momento no continuar con la encuesta sin que ello afecte la atención que reciba. Los resultados obtenidos serán analizados exclusivamente para fines académicos y serán publicados en un informe final, el cual estará a disposición de todos los participantes que deseen consultararlo.

12.2 Anexo 2. Consentimiento informadoSEDE
RIVERA**CENUR
NORESTE**Facultad de
EnfermeríaUNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Rivera..... de..... del 2025

Yo..... declaro haber recibido información clara y suficiente acerca del estudio denominado: "Prevalencia de los factores de riesgo que contribuyen a las complicaciones de la diabetes mellitus tipo II y el nivel de adherencia al tratamiento en personas mayores a 60 años que asisten a un centro público de atención primaria de salud en la ciudad de Rivera, Uruguay."

He tenido la oportunidad de realizar todas las consultas necesarias sobre el propósito, procedimiento, beneficios y posibles riesgos del estudio. Se me ha proporcionado información escrita y comprensible, y se me ha informado que mi participación es voluntaria, que puedo retirarme en cualquier momento sin sufrir ningún tipo de perjuicio o consecuencia negativa en la atención que recibo.

Por lo tanto, doy mi consentimiento libre y voluntario para participar en esta investigación, comprendiendo que los datos recogidos serán tratados con confidencialidad y que mi identidad no será revelada.

Participante de la investigación:

Firma.....

Adaración.....

CI.....

Investigador responsable

Firma.....

Adaración.....

CI.....



12.3 Anexo 3. Encuesta a usuarios del centro público de atención primaria de salud

1. ¿Cuál es su edad?

Entre 60-74 años	
75-84 años	
85 años y más	

2. ¿Con cuál género se identifica?

Femenino	
Maculino	
Otro	

3. ¿Cuál es su nivel de instrucción y socioeconómico?

Nivel de instrucción

Primaria incompleta	
Primaria completa	
Secundaria incompleta	
Secundaria completa	

Nivel terciario o universitario incompleto	
Nivel terciario o universitario completo	

Socioeconómico

Bajo: ingresos insuficientes para cubrir necesidades básicas.	
Medio: ingresos suficientes para cubrir necesidades básicas.	
Alto: ingresos que permiten ahorro o gastos no esenciales.	

4. ¿Cómo está compuesto su núcleo familiar?

Familia nuclear (padres e hijos)	
Familia monoparental (madre o padre con hijos)	
Familia extendida (incluye abuelos, tíos, etc.)	
Familia ensamblada (integrada por hijos de uniones anteriores)	
Vive solo/a	

5. ¿Cuenta con una red de apoyo?

No cuenta con red de apoyo	
Cuenta con red de apoyo familiar	
Cuenta con red de apoyo de amigos/vecinos	
Cuenta con red de apoyo de alguna Institución de salud	
Otro (especifique)	

6. ¿Cuál es su lugar de procedencia?

Rivera chico	
Lagunon	
La estiba	
Tres cruces	
Cuartel	
Otros	

7. ¿Usted se adhiere al tratamiento adecuadamente?

Sí	
No	

Tratamiento:

Farmacológico, dieta, ejercicio y controles	
Farmacológico, dieta y ejercicios	
Farmacológico y controles	
Farmacológico	
Ninguno	

8. ¿Presenta algún factor de riesgo asociado a la DMT2?

Obesidad	
Antecedentes familiares	
Sedentarismo	
Malos hábitos alimenticios	
Hipertensión arterial	
Tabaquismo	
Consumo excesivo de alcohol	
Estrés crónico	

Otros	<input type="text"/>
-------	----------------------

9. ¿Con qué frecuencia realiza los controles de glucemia capilar ?

Antes de cada comida y antes de dormir	<input type="text"/>
Una vez al día (en ayunas)	<input type="text"/>
2 a 3 veces por semana	<input type="text"/>
Una vez por semana	<input type="text"/>
Solo cuando me siento mal	<input type="text"/>
No realiza controles de glucemia	<input type="text"/>

10. ¿Hace cuánto tiempo usted fue diagnosticado?

Menos de 5 años	<input type="text"/>
Entre 5 a 10 años	<input type="text"/>
Más de 10 años	<input type="text"/>

12.4 Anexo 4. Tabla de antecedentes

Autor y año	Título	Lugar de la investigación	Objetivo	Diseño / Población / Muestra	Instrumento	Resultados clave	Conclusiones	Aporte al proyecto
Batista et al., 2019.	Gestión de cuidados al usuario portador de Diabetes Mellitus tipo 2, desde la perspectiva del usuario. R.A.P-Rivera.	Rivera, Uruguay.	Describir la gestión de cuidados recibida por usuarios portadores de DMT2 mayores de 20 años.	Investigación descriptiva, de usuarios de policlínicas del SNIS.	Cuestionario s, entrevistas.	Se identificaron carencias en atención y falta de especialistas adecuados.	Fragmentación afecta acceso y satisfacción; urge mejor gestión y recursos.	Base para mejorar servicios y desarrollar nuevas investigaciones.
Vega & Ramirez, 2024.	Percepción y conocimiento de Diabetes tipo 2 y riesgo de obesidad en adultos.	Región fronteriza, Perú.	Analizar conocimiento y percepción de riesgo en adultos con DMT2 y obesidad.	Encuestas y entrevistas, adultos con DMT2.	Instrumentos cualitativos y cuantitativos	78% mujeres, edad promedio 58; sólida relación entre conocimiento y percepción de riesgo.	Educación autogestión y actitud hacia el tratamiento.	Contextualiza factores socioculturales para mejorar intervenciones educativas.
Sánchez & García, 2018.	Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el paciente anciano.	Latinoamérica.	Revisar tratamientos para diabetes tipo 2 en adultos mayores.	Revisión sistemática de estudios.	Ánalisis bibliográfico.	Adaptar tratamiento a fragilidad y comorbilidades es crucial.	Personalización del tratamiento minimiza riesgos y mejora calidad de vida.	Fundamenta estrategias para manejo individualizado en población anciana.

Aschner et al., 2016 (Elsevier).	Epidemiología de la diabetes mellitus en Sudamérica: la experiencia de Colombia.	Colombia.	Presentar datos epidemiológicos y políticas públicas en diabetes.	Datos epidemiológico s y clínicos.	Revisión de literatura y análisis de políticas.	Prevalencia en aumento por envejecimiento, urbanización y hábitos no saludables.	La diabetes es una carga importante; políticas adecuadas pueden mejorar la gestión.	Ofrece marco regional y modelo para políticas en países latinoamericanos con contextos similares.
----------------------------------	--	-----------	---	------------------------------------	---	--	---	---