

Percepción de adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con DM tipo II, mayores de 45 años que residen en la Región Metropolitana de Santiago durante el año 2026

Por: Bárbara Llanos, Katia Portugal, Fernanda Gómez, Antonia Pizarro

Tesis presentada a la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo para optar al título profesional

Profesora guía: Giselle Riquelme

Mayo 2026
Santiago, Chile

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	4
3. Marco teórico	7
4. Pregunta de investigación	15
6. Objetivos específicos	16
7. Metodología	16
7.1 Criterios de inclusión y exclusión.....	19
7.2 Criterios de rigurosidad.....	19
7.3 Análisis de información.....	21
7.4 Limitaciones del estudio	23
7.5 Aspectos éticos	24
8. Resultados	25
9. Discusión	35
10. Conclusión	41
11. Referencias	43
12. Anexos	47

1. Resumen

Introducción: La Diabetes Mellitus tipo II (DM II) es una enfermedad crónica de alta prevalencia que requiere un manejo adecuado para prevenir complicaciones y favorecer el control metabólico. En este contexto, la adherencia terapéutica cumple un rol fundamental y está influida por múltiples factores. En Chile existe escasa evidencia cualitativa sobre la adherencia en usuarios con DM II. **Objetivo:** Explorar la percepción que tienen los usuarios mayores de 45 años que residen en la Región Metropolitana sobre la adherencia terapéutica a su tratamiento por DM II, considerando factores relacionados al paciente, al tratamiento y al equipo de salud durante el año 2026. **Metodología:** Se realizó un estudio cualitativo con diseño de estudio de caso. Participaron 10 usuarios mayores de 45 años con diagnóstico de DM II, seleccionados mediante muestreo intencional y reclutados por conveniencia a través de difusión abierta. Se recolectó la información mediante entrevistas semiestructuradas y se analizó con análisis de contenido cualitativo. **Resultados:** La adherencia fue percibida como un proceso multidimensional, influido por la complejidad del tratamiento, acceso a medicamentos, integración del tratamiento a la rutina, responsabilidad personal, apoyo familiar y relación con el equipo de salud. **Discusión:** Los hallazgos señalan que la adherencia no depende únicamente de la voluntad del usuario, sino de la interacción entre factores terapéuticos, personales y del equipo de salud, que actúan como barreras o facilitadores. **Conclusión:** El estudio aporta evidencia cualitativa sobre el fenómeno de estudio, reforzando la necesidad de desarrollar cuidados centrados en la persona, considerando su contexto y estilo de vida.

Palabras clave: Diabetes Mellitus tipo II, Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento, Determinantes Sociales de la Salud, Salud Pública, Percepción.

2. Introducción

La presente investigación se originó a partir de la necesidad de abordar un problema sanitario relevante, el cual radica en la baja adherencia terapéutica que existe en las personas con DM II. A nivel mundial, esta patología presenta una alta mortalidad, con 6.7 millones de muertes en el año 2021. Asimismo, presenta una elevada prevalencia, la cual continúa aumentando de manera exponencial. Además, existe una alta carga de complicaciones macrovasculares y microvasculares producidas por una hiperglucemia crónica y un control metabólico deficiente (Pirgaine et al., 2023). Por esta razón, la adherencia terapéutica cumple un rol fundamental para evitar la progresión de la enfermedad, disminuir hospitalizaciones y mejorar la calidad de vida. En base a este contexto, se decidió realizar la investigación en personas mayores de 45 años con diagnóstico de DM II, que residen en la Región Metropolitana, debido a la alta prevalencia y mortalidad a nivel global.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) la adherencia terapéutica se define como “el grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. Analizar cómo el tratamiento de la DM II influye en la adherencia terapéutica permite comprender que este representa un componente clave y un factor determinante del control metabólico. Cuando la adherencia es deficiente, se agravan diversos factores relacionados con la enfermedad, lo que dificulta su manejo.

De acuerdo con Martínez-Domínguez et al. (2014), múltiples estudios han demostrado que una mayor adherencia terapéutica se asocia con un mejor control metabólico, evidenciando una mejoría en los niveles de la hemoglobina glicosilada (HbA1c). Por ello, la presente investigación tiene como objetivo

explorar la percepción de adherencia terapéutica que poseen los usuarios con DM II, mayores de 45 años, que residen en la Región Metropolitana de Santiago durante el año 2026. De esta manera, se identificarán los factores que influyen en el cumplimiento terapéutico de esta población, profundizando en los elementos que favorecen o dificultan la adherencia al tratamiento.

Esta investigación tiene como propósito develar cómo los pacientes perciben y experimentan su adherencia al tratamiento, identificando los factores que la favorecen o dificultan, con el fin de aportar conocimiento útil para mejorar la calidad de vida y la atención en salud de este grupo de personas.

En este contexto, surge la necesidad de orientar el estudio hacia la comprensión de las experiencias y significados que los usuarios atribuyen a su proceso terapéutico. Por ello, esta investigación busca responder la siguiente pregunta: ¿Cómo perciben los usuarios mayores de 45 años con Diabetes Mellitus tipo II que residen en la Región Metropolitana de Santiago la adherencia terapéutica a su tratamiento, considerando factores relacionados al paciente, al tratamiento y al equipo de salud durante el año 2026? Esta formulación permite abordar el fenómeno desde una perspectiva integral, centrada en las vivencias y percepciones de los participantes.

La investigación se desarrolló bajo el paradigma cualitativo, ya que buscó comprender las percepciones y significados que los usuarios atribuyen a su experiencia con la adherencia terapéutica en el manejo de la Diabetes Mellitus tipo II, explorando el fenómeno desde su propia perspectiva y considerando dimensiones personales, del tratamiento y del equipo de salud. El diseño seleccionado correspondió a un estudio de caso cualitativo, cuyo grupo muestral estuvo conformado por entre 10 usuarios adultos mayores de 45 años, diagnosticados con DM II y residentes en la Región Metropolitana de Santiago.

Para su selección se empleó un muestreo intencional, complementado con un reclutamiento por conveniencia mediante difusión abierta. La recolección de datos se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas, y los datos obtenidos fueron analizados mediante un análisis de contenido, orientado a identificar categorías, patrones y significados emergentes en los discursos de los participantes.

El presente informe se estructura en diferentes secciones, las cuales permiten mantener un orden coherente y facilitar la comprensión del fenómeno investigado. En primer lugar, se presenta el resumen, donde se da a conocer el objetivo, la metodología y los principales resultados del estudio. Posteriormente, en la introducción, se expone el contexto del problema, su relevancia en el ámbito de la salud pública y la justificación que da origen a la investigación.

Luego, se encuentra el marco teórico, que aborda los conceptos fundamentales vinculados a la Diabetes Mellitus tipo II y su adherencia terapéutica, junto con las principales evidencias científicas que respaldan las dimensiones seleccionadas del estudio. Además, se incluye la pregunta de investigación, el objetivo general y los objetivos específicos, los cuales guiaron el desarrollo metodológico y analítico de esta investigación.

En la metodología se detalla el diseño de estudio, la población, la muestra, los criterios de inclusión y exclusión, las técnicas de recolección y análisis de datos, los criterios de rigurosidad y los aspectos éticos. Finalmente, se presentan las referencias bibliográficas y los anexos, donde se incluye el guión de entrevista y el consentimiento informado.

3. Marco teórico

El marco teórico se organiza de la siguiente manera. En primer lugar, se expone el problema a investigar. Posteriormente, se analiza la relevancia del tema, sustentando su importancia en el contexto chileno y en la práctica de Enfermería. En consecuencia, se desarrolla el estado del arte y se describe el vacío de conocimiento.

La Diabetes mellitus tipo II (DM II) es una enfermedad crónica no transmisible caracterizada por resistencia a la insulina y deterioro progresivo de las células beta pancreáticas, lo que provoca hiperglucemia persistente (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2023). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), más del 95% de los casos están asociados al exceso de peso y a la inactividad física. Su manejo requiere un abordaje integral que incluya cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico, siendo la adherencia terapéutica un componente clave para prevenir complicaciones graves.

La OMS para el año 2018 definió la adherencia terapéutica como “el grado en que el comportamiento de una persona -tomar medicamentos, seguir una dieta y realizar cambios en el estilo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas con un proveedor de atención médica” (Ortega Cerda et al., 2018). Este fenómeno es multidimensional y comprende cinco dimensiones principales:

Factores relacionados al tratamiento: La complejidad del régimen terapéutico, los efectos adversos, la duración y el acceso a medicamentos influyen en la adherencia (Ortega Cerda et al., 2018).

Factores personales: Influyen el nivel de conocimiento sobre la enfermedad, las creencias, la motivación, la percepción, la salud mental y el nivel de dependencia. (Ortega Cerda et al., 2018).

Factores relacionados a la enfermedad: Consideran el grado de discapacidad, la gravedad de los síntomas, el grado y la velocidad de progresión de la enfermedad. (Ortega Cerda et al., 2018).

Factores del sistema y equipo de salud: La relación con el equipo, la comunicación y la accesibilidad a los servicios influyen en el compromiso con el tratamiento. (Menezes et al., 2016).

Factores socioeconómicos: Incluyen el nivel de pobreza, el acceso a la atención de salud, las redes de apoyo efectivas y las creencias culturales (Ortega Cerda et al., 2018).

En el marco conceptual de la OMS, la adherencia terapéutica se entiende desde las cinco dimensiones, pero este estudio focaliza su análisis en tres de ellas: factores relacionados al paciente, factores relacionados al tratamiento y factores vinculados al equipo de salud. Esta selección responde a la necesidad de centrar la investigación en elementos operativos y modificables desde la atención clínica, donde es posible implementar intervenciones directas y efectivas.

Si bien los factores socioeconómicos y culturales influyen en la adherencia, su impacto suele expresarse indirectamente a través de las dimensiones seleccionadas, al afectar la percepción del paciente, su conducta terapéutica y su interacción con el equipo de salud. Además, estos factores presentan menor capacidad de intervención desde los programas habituales, pues dependen de determinantes estructurales que exceden el ámbito clínico.

La elección de estas tres dimensiones se sustenta en evidencia. En primer lugar, los factores relacionados al tratamiento son críticos para evitar hipoglucemias graves, complicaciones cardiovasculares y deterioro de la calidad de vida (Villar-Taibo, 2025). Sin embargo, los usuarios pueden interrumpir o modificar la medicación debido a efectos adversos, incompatibilidad con la rutina diaria, características o presentación de los medicamentos (Widayanti et al., 2021).

Por otro lado, los factores personales, tales como la variabilidad de la edad, el nivel educativo y la percepción de la enfermedad, influyen significativamente en el tratamiento. Asimismo, se ha evidenciado que el escaso conocimiento sobre la patología y sobre la importancia de seguir con el tratamiento indicado, la desmotivación por parte de los usuarios y las creencias personales influyen en la adherencia terapéutica (Peng et al., 2022; Tuobeniere et al., 2023). Estudios también han demostrado que un nivel educativo bajo y una edad avanzada inciden directamente en el nivel de conocimiento sobre la enfermedad. Según el estudio en la atención al afiliado de la unidad del Centro de Salud B del IESS en La Troncal, se evidencia que, en la medida en que el paciente tenga conocimientos acerca de la DM II, en esa misma medida será su comportamiento adherente (Guamán-Montero et al., 2021).

Por último, se escogieron los factores del sistema y equipo de salud debido a que estudios muestran que la formación del personal, la coordinación del equipo, la disponibilidad de tiempo en la consulta, la relación equipo de salud-paciente y el apoyo del entorno del paciente son factores clave para identificar y mejorar la adherencia al tratamiento (Orozco-Beltrán et al., 2016). A su vez, dentro de los factores relacionados al equipo de salud también se encuentran la falta de comunicación entre el paciente y el personal sanitario, el escaso apoyo percibido por los pacientes y la ausencia de atención centrada en las personas. Muchos

usuarios refieren que los profesionales no consideran sus contextos sociales y culturales, lo que genera desconfianza (Brundisini et al., 2015). En contraste, cuando la comunicación es cercana, clara y estructurada, los pacientes logran adaptarse mejor y fortalecer su capacidad de autogestión, lo que se asocia directamente con una disminución de la HbA1c, mejorando de los resultados clínicos y las conductas de autocuidado (Michiels et al., 2019).

En conjunto, la delimitación de las tres dimensiones elegidas permite un análisis más preciso y orientado a la acción, facilitando la generación de recomendaciones aplicables al contexto real de la atención en salud.

Comprender el fenómeno de la adherencia al tratamiento es esencial para la Enfermería y la Salud Pública, ya que una baja adherencia puede desencadenar complicaciones graves, aumentar la demanda asistencial y deteriorar la calidad de vida de los pacientes. En este contexto, el rol de la Enfermería adquiere especial relevancia, al ser responsable de educar al paciente, realizar seguimiento continuo del tratamiento y promover estilos de vida saludables.

Analizar este fenómeno en personas mayores de 45 años permite identificar barreras y facilitadores propios de este grupo etario, lo que favorece el diseño de intervenciones ajustadas a sus necesidades reales. De esta manera, se contribuye al fortalecimiento de los resultados en salud y a la optimización de la atención primaria.

La evidencia internacional muestra diversos estudios que han identificado múltiples factores influyentes en la adherencia al tratamiento. Un estudio realizado en Corea del Sur, publicado en *Journal of Preventive Medicine and Public Health* (Park et al., 2024), examinó la calidad del servicio sanitario en pacientes recién diagnosticados con DM II, considerando su nivel de ingreso. Sus resultados revelaron que los pacientes con menores ingresos tenían un control

deficiente en relación con sus chequeos, evidenciando que el nivel socioeconómico condiciona el acceso a un seguimiento adecuado, lo que afecta la adherencia y el control metabólico. De manera similar, en Nueva Zelanda se reportan dificultades en el autocuidado asociadas a limitaciones económicas (Chepulis et al., 2021). En contraste, en países africanos se ha observado un fortalecimiento del autocuidado relacionado al apoyo familiar (Suglo & Evans, 2020).

Por otro lado, un estudio desarrollado en Arabia Saudita (Almulhim et al., 2024), evaluó la efectividad de una intervención de “health coaching” personalizada para mejorar el autocontrol de la DM II. Esta intervención consistió en sesiones individuales de coaching, donde los participantes trabajaban en metas específicas del autocuidado, incluyendo la modificación de la dieta, el aumento de la actividad física, el monitoreo de la circunferencia de cintura y el fortalecimiento de la autoeficacia del paciente. Asimismo, utilizaron el modelo COM-B (capability, opportunity, motivation-behaviour) para diseñar la intervención, identificar barreras y facilitadores específicos para el autocuidado, y combinarlo con la Behavior Change Technique Taxonomy v1 (BCTTv1) con la cual codificaron y estructuraron la metodología de coaching. Finalmente, los autores demostraron que las intervenciones adaptadas al contexto sociocultural pudieron alcanzar altos niveles de participación, siendo superiores al 80%, generando percepciones positivas en los pacientes para manejar la enfermedad. Este estudio evidencia que la adherencia no depende únicamente del manejo farmacológico, sino de un conjunto multifactorial de conductas, apoyo continuo, educación y estrategias.

Complementariamente, en una revisión sistemática publicada en 2025, que incluyó 22 estudios cualitativos realizados entre 2014 y 2024, se analizaron los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento farmacológico en

personas con DM II, utilizando el modelo COM-B. Los hallazgos mostraron que la falta de adherencia está asociada a limitaciones físicas (dificultad para usar medicamentos), cognitivas (escaso entendimiento de la enfermedad), barreras económicas y sociales (apoyo y comunicación con profesionales), además de factores motivacionales, especialmente la percepción de necesidad y eficacia del tratamiento. También se identificó la personalidad como un factor relevante no incluido originalmente en el modelo (Teo et al., 2025).

La literatura reciente ofrece evidencia consistente sobre la naturaleza multifactorial de la adherencia al tratamiento en personas con DM II. Un estudio cualitativo realizado en Fiji en 2017, basado en grupos focales con profesionales de la salud, identificó que la baja adherencia a la dieta y la actividad física, el escaso conocimiento sobre la enfermedad, la actitud del paciente hacia el autocuidado y ciertas prácticas culturales constituyen barreras relevantes; además, destacó el rol facilitador del apoyo familiar y de una relación terapéutica sólida (Romakin & Mohammadnezhad, 2019)

Por su parte, un estudio desarrollado en Irán en 2017, a partir de entrevistas con personas con DM II, evidenció dificultades relacionadas con la falta de instrucciones claras dentro del sistema sanitario, la presión social derivada de condiciones laborales y dinámicas familiares, y limitaciones personales como la edad avanzada, creencias religiosas y prácticas alimentarias (Mousavizadeh & Banazadeh, 2020).

Por otro lado, en Canadá se ha identificado que las personas con DM tipo II presentan diversos desafíos y barreras asociados a la adherencia. Se ha encontrado que los pacientes enfrentan dificultades para mantener una adherencia adecuada debido a factores emocionales, económicos y relacionados con el equipo de salud. Los autores señalan que los pacientes suelen tomar más

en consideración sus experiencias personales y percepciones sobre los tratamientos, por sobre las indicaciones médicas (Brundisini et al., 2015).

En China, se ha encontrado que los factores relacionados al paciente influyen en gran medida en la adherencia terapéutica. Se ha evidenciado que las principales barreras corresponden a un escaso conocimiento sobre la patología y sobre la importancia de seguir con el tratamiento indicado, factores emocionales como la desmotivación por parte de los usuarios y las percepciones y creencias personales (Peng et al., 2022).

En cambio en Ghana, se identificaron como principales barreras con respecto a la adherencia terapéutica: las dificultades económicas, la falta de disponibilidad de medicamentos, largas esperas en los centros de salud y escasa educación (Tuobeniyere et al., 2023).

En Latinoamérica, la adherencia al tratamiento de DM II también es baja. Estudios realizados por el Departamento de Endocrinología del Hospital Dr. Salvador en Chile y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán en México indican que solo entre un 25% y 55% de los pacientes alcanzan un control glucémico adecuado, definido como hemoglobina A1c menor a 7%. La adherencia farmacológica oscila entre un 38% y 93%, lo que refleja la heterogeneidad metodológica de los estudios. Esta situación repercute en un aumento de los costos del cuidado ambulatorio, visitas a urgencias, hospitalizaciones y manejo de complicaciones, y se asocia con un incremento en la mortalidad de los pacientes (Castillo & Aguilar, 2016).

En Perú, el cumplimiento del tratamiento es deficiente, afectando tanto la medicación (33-40%) como las actividades de autocuidado (dieta, ejercicio, control de la glucosa), con más del 50% de las personas que no las cumplen.

Factores como el bajo nivel de conocimientos sobre la enfermedad, las barreras socioeconómicas y el acceso limitado a la educación sanitaria contribuyen a un mal control glucémico y a la elevada prevalencia de complicaciones asociadas (Farías-Vilchez & Bardales Ruíz, 2021).

En Chile, la evidencia cualitativa sobre barreras que impacten la adherencia en DM II es limitada. La Tercera Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Salud, 2017) reporta que un 30,2% de los pacientes diagnosticados no sigue tratamiento. Entre los factores que influyen en este incumplimiento, el alfabetismo sanitario tiene un impacto significativo: un bajo nivel de comprensión del régimen farmacológico se asocia a mayor incumplimiento (Figueroa Saavedra et al., 2020). Además, en zonas como La Araucanía se han identificado barreras adicionales, como el olvido, la polifarmacia y dificultades económicas (Torres et al., 2021).

Si bien la evidencia internacional ha abordado las tres dimensiones que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes, como se expuso en el estado del arte, la situación en Chile contrasta significativamente con este panorama.

En Chile persiste un vacío de conocimiento importante respecto a la adherencia al tratamiento de la DM II cuando se aborda desde una perspectiva cualitativa. Aunque la enfermedad es altamente prevalente, aún no se comprende con suficiente profundidad cómo las experiencias y percepciones de las personas influyen en su adherencia. En la dimensión de los factores relacionados al tratamiento, falta mayor exploración sobre cómo la complejidad de los regímenes, los efectos adversos, la duración del tratamiento y las dificultades de acceso a medicamentos condicionan las decisiones de los pacientes. En cuanto a los factores personales, se requiere comprender mejor cómo el nivel de conocimiento sobre la enfermedad, las creencias, la motivación, la salud mental

y el grado de dependencia influyen en la interpretación que los pacientes hacen de su propio proceso de cuidado.

Finalmente, los factores vinculados al sistema y al equipo de salud representan otra área escasamente estudiada, especialmente en lo referente a la calidad de la comunicación, la relación terapéutica y la accesibilidad a los servicios, todos aspectos que pueden facilitar o dificultar la adherencia. En conjunto, estas brechas evidencian la necesidad de desarrollar estudios cualitativos que recogen la perspectiva directa de los pacientes, de manera culturalmente pertinente y adecuada al contexto chileno.

Por esta razón, el propósito de esta investigación se centra en explorar de forma detallada la percepción que tienen los usuarios con respecto a su adherencia terapéutica, considerando aquellas tres dimensiones específicas. Asimismo, se busca identificar las posibles barreras mencionadas en sus relatos que pueden obstaculizar un cumplimiento terapéutico adecuado. Mediante un enfoque cualitativo, se permitirá captar las experiencias subjetivas de los usuarios mayores de 45 años diagnosticados con DM II que residen en la Región Metropolitana de Santiago, Chile, durante el año 2026.

4. Pregunta de investigación

¿Cómo perciben los usuarios mayores de 45 años con DM II en la Región Metropolitana la adherencia terapéutica a su tratamiento, considerando factores relacionados al paciente, al tratamiento y al equipo de salud durante el año 2026?

5. Objetivo general

Explorar la percepción que tienen los usuarios mayores de 45 años en la Región Metropolitana sobre la adherencia terapéutica a su tratamiento por DM II,

considerando factores relacionados al paciente, al tratamiento y al equipo de salud durante el año 2026.

6. Objetivos específicos

1. Develar la percepción de usuarios con DM II respecto a el rol que cumplen los factores relacionados con el tratamiento sobre la adherencia terapéutica.
2. Indagar en la percepción de usuarios con DM II respecto a el rol que cumplen los factores relacionados al paciente sobre su adherencia terapéutica.
3. Develar la percepción de usuario con DM II respecto a el rol que cumplen los equipos de salud sobre su adherencia terapéutica.

7. Metodología

El presente estudio se situó dentro del paradigma cualitativo, con el objetivo de comprender la realidad desde el punto de vista de los propios usuarios. Este enfoque fue coherente con el objetivo de la investigación, debido a que buscó, mediante entrevistas, explorar y dar significado a las percepciones que tienen los usuarios con respecto a su adherencia al tratamiento de la DM II, comprendiendo sus barreras y facilitadores con este fenómeno.

El diseño de estudio utilizado para investigar este fenómeno fue un estudio de caso cualitativo. Patton menciona que este diseño es ideal para comprender y describir fenómenos complejos en un contexto específico, en este caso, personas que residen en la Región Metropolitana. Este diseño nos permitió explorar el fenómeno desde la visión interna del usuario, profundizando en su percepción y experiencias, sin interferir en su contexto real (Patton, 2015).

La técnica de recolección de información utilizada en este estudio fue la entrevista semiestructurada, seleccionada por su flexibilidad y pertinencia para explorar experiencias, significados y percepciones en profundidad (Patton, 2015). Esta técnica permitió abordar dimensiones previamente definidas, manteniendo la

posibilidad de profundizar en aspectos emergentes según las respuestas de los participantes. De esta manera, se generó un espacio abierto para que surgieran nuevos temas incluidos por los participantes, los cuales aportaron información relevante que no estuvo inicialmente contemplada dentro de las preguntas del guión de entrevista (Patton, 2015).

El guión de entrevista incluyó 12 preguntas abiertas, considerando preguntas principales y sub preguntas orientadas a explorar tres dimensiones previamente seleccionadas. Este número de preguntas se consideró pertinente, ya que permitió realizar las entrevistas en un tiempo adecuado (entre 30 a 40 minutos aproximadamente), obtener la saturación de datos y evitar la fatiga de los participantes (Guest et al., 2006).

La población participante estuvo conformada por adultos mayores de 45 años que residan en la Región Metropolitana, diagnosticados con DM II que se encuentren en control y tratamiento de su patología durante el año 2026. Esta población fue coherente con la pregunta de investigación, ya que este grupo etario presenta un gran desafío con respecto a la adherencia al tratamiento.

La muestra final estuvo conformada por 10 usuarios. Este número fue adecuado para el enfoque cualitativo, ya que en este tipo de estudios se prioriza la profundidad de la información por sobre la representatividad estadística. El tamaño final de la muestra fue determinado luego de alcanzar la saturación de datos, es decir, alcanzar el punto en que no se obtiene nueva información relevante, más que la representatividad estadística (Guest et al., 2006).

Para fundamentar técnicamente este punto, a medida que las entrevistas fueron transcritas mediante revisión cruzada y analizadas en la matriz de vaciado, donde se relacionaron las citas textuales con las categorías deductivas preestablecidas

y las subcategorías inductivas emergentes, como se menciona más adelante en el presente documento, el equipo registró la aparición de nuevas etiquetas analíticas. La saturación temática se hizo evidente entre el sexto y el séptimo participante, momento en el cual el volcado de los relatos en la codificación abierta y axial dejó de aportar nuevas subcategorías o patrones conceptuales respecto a los factores del paciente, del tratamiento y del equipo de salud, alcanzando una redundancia en los discursos. Con el propósito de confirmar dicho hallazgo y asegurar la exhaustividad analítica, se realizaron y analizaron las entrevistas de los participantes 8, 9 y 10, verificando en la discusión grupal del equipo que no surgieron elementos conceptuales novedosos.

Se empleó un muestreo intencional (muestreo por juicio), el cual corresponde a una técnica en la que los participantes fueron seleccionados de manera específica por el equipo investigador, con el objetivo de que estos brinden información rica y relevante sobre el fenómeno en estudio (Palinkas et al., 2015). Esta estrategia fue coherente con el objetivo de investigación, ya que permitió seleccionar participantes pertinentes, quienes aportaron información significativa sobre perspectivas, barreras y facilitadores asociados a la adherencia terapéutica, restringiendo la muestra únicamente a quienes cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión establecidos (Otzen & Manterola, 2017).

Inicialmente, la estrategia de reclutamiento contemplaba la captación de participantes mediante la difusión de un afiche digital en redes sociales, el cual contenía una descripción breve del estudio, los criterios de participación, el objetivo general y un correo de contacto para que los interesados pudieran manifestar su intención de participar. No obstante, se logró reclutar a solo un participante mediante este medio. Además, se intentó solicitar apoyo en la difusión a instituciones vinculadas a DM II, como ADICH, Fundación Mi Diabetes

y SOCHED, sin embargo, no se obtuvo respuesta. Esta modalidad correspondió a reclutamiento por conveniencia, ya que permitió incorporar participantes accesibles, interesados y dispuestos a participar, siempre que cumplieran con los criterios establecidos. Luego del contacto inicial, se verificó el cumplimiento de criterios, se explicó el estudio y se solicitó la firma del consentimiento informado.

Luego del contacto inicial, se verificó el cumplimiento de criterios, y solo quienes cumplieran con estos criterios pudieron continuar con el proceso. Una vez confirmados los participantes, se les entregó información detallada sobre el estudio y se solicitó la firma del consentimiento informado. De este modo, la selección de participantes garantizó la coherencia con el objetivo del estudio y la participación voluntaria.

7.1 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Usuarios diagnosticados con DM II.
- Usuarios mayores de 45 años.
- Usuarios que se encuentren recibiendo tratamiento para la DM II.
- Residan en la Región Metropolitana de Santiago

Criterios de exclusión:

- Usuarios que no comprendan el idioma español.
- Usuarios con deterioro cognitivo significativo que impida la participación en entrevistas semiestructuradas.

7.2 Criterios de rigurosidad

Para garantizar la calidad del estudio y la coherencia del proceso investigativo, se aplicaron criterios de rigurosidad propios de la investigación cualitativa. Estos permitieron que el proceso de diseño, recolección y análisis de datos se

desarrollara de manera sistemática, transparente y coherente con el fenómeno estudiado.

Adecuación teórico-metodológica:

La adecuación teórico-metodológica se resguardó mediante la coherencia entre el problema de investigación, la pregunta, los objetivos, el enfoque cualitativo, el diseño de estudio de caso, las entrevistas semi estructuradas y el análisis de contenido cualitativo. Dado que el propósito de la investigación fue explorar la percepción de usuarios mayores de 45 años con DM II respecto a su adherencia terapéutica, el enfoque cualitativo fue pertinente, ya que permitió comprender el fenómeno desde las experiencias, significados y relatos de los propios participantes.

Credibilidad

La credibilidad del estudio se resguardó mediante un proceso de validación con los participantes. Para ello, una vez finalizado el análisis de la información, se enviaron los principales resultados obtenidos a todos los participantes, con el fin de verificar que las interpretaciones realizadas representaran adecuadamente sus experiencias. Este criterio se cumplió parcialmente, debido a que solo 5 de los 10 entrevistados respondieron al proceso de validación, manifestando su conformidad con la interpretación de los hallazgos. Por lo tanto, si bien se contó con una instancia de validación por los participantes, esta no se pudo realizar por la totalidad de la muestra.

Por su parte, se realizó triangulación por investigadores, dado que las entrevistas fueron desarrolladas en pares, mediante la transcripción y análisis cruzado, y los hallazgos fueron discutidos de manera colectiva entre las investigadoras. También se realizó triangulación de datos, en donde se compararon los relatos de los participantes, identificando similitudes y diferencias entre ellos. Por último,

se efectuó una triangulación teórica al considerar el marco teórico y las dimensiones relacionadas con la adherencia al momento de interpretar los hallazgos.

Asimismo, durante el proceso investigativo se mantuvo una revisión constante entre las investigadoras, permitiendo contrastar las interpretaciones y favorecer la coherencia entre los datos obtenidos y los resultados finales.

Transferibilidad

La transferibilidad se favoreció mediante la descripción del contexto, características de la muestra, criterios de selección, técnica de recolección y análisis de contenido, permitiendo que otros investigadores valoren la aplicabilidad de los hallazgos en contextos similares.

Reflexividad

La reflexividad se resguardó al reconocer que la formación en salud de las investigadoras podía influir en la interpretación de los datos. Para disminuir este riesgo, se realizaron transcripciones textuales de las entrevistas, se revisaron los relatos de manera cruzada y se contrastaron las interpretaciones en equipo, considerando además la evidencia disponible en la literatura.

Relevancia:

La relevancia se resguardó mediante la concordancia entre justificación, objetivos y resultados, aportando conocimiento útil para Enfermería y salud pública respecto a barreras y facilitadores de la adherencia terapéutica en DM II.

7.3 Análisis de información

El análisis de la información fue realizado mediante un análisis de contenido cualitativo, el cual permitió explorar de manera sistemática el contenido de los

relatos obtenidos en las entrevistas, organizando, clasificando e interpretando la información entregada por los usuarios. (Braun & Clarke, 2006).

El proceso fue flexible, sistemático e iterativo. En primer lugar, las entrevistas fueron transcritas de manera textual mediante transcripción cruzada; es decir, cada investigadora transcribió entrevistas en las que no participó directamente. Posteriormente, cada investigadora leyó de forma reiterada las transcripciones, identificando fragmentos significativos relacionados con los objetivos del estudio.

En esta primera etapa se realizó una codificación abierta, lo que permitió identificar unidades de significado sin forzar las entrevistas a una estructura cerrada, manteniendo apertura frente a elementos emergentes desde la experiencia de los participantes. La lectura abierta de los discursos permitió identificar otros elementos que no fueron definidos anteriormente, además de reconocer experiencias, percepciones, barreras y facilitadores expresados por los usuarios. Luego, se identificaron elementos comunes en los relatos de los participantes, a partir de los cuales emergieron las subcategorías.

Los fragmentos fueron organizados en una matriz de vaciado con citas textuales anonimizadas, categorías, subcategorías y definiciones. Esta matriz permitió ordenar la información, vincular los fragmentos significativos extraídos de las entrevistas con las dimensiones del estudio y comparar los relatos entre participantes. La codificación abierta se respaldó mediante la trazabilidad entre cita textual, etiqueta analítica inicial y subcategoría emergente.

Posteriormente, se empleó una codificación axial, la cual buscó relacionar elementos entre sí, generar comparaciones y agrupar subcategorías. En esta etapa, las investigadoras compararon los relatos entre participantes, identificando similitudes y diferencias entre ellos, reconociendo patrones recurrentes, y

agrupando las subcategorías según su relación con las categorías previamente definidas.

Las categorías se generaron de manera deductiva, vinculadas a los objetivos específicos y a la literatura existente sobre el fenómeno de estudio. Estas corresponden a factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con el paciente y factores relacionados con el equipo de salud. Por su parte, las subcategorías surgieron de manera inductiva desde los relatos, considerando experiencias, percepciones, barreras y facilitadores. Finalmente, en una reunión grupal por Zoom, el equipo discutió los hallazgos finales y comparó las interpretaciones de manera conjunta.

7.4 Limitaciones del estudio

Durante la realización del proyecto, se presentó una limitación de acceso en el proceso de reclutamiento de participantes y una modificación del escenario de estudio. Inicialmente, el estudio contemplaba la captación de participantes de forma presencial en un Centro de Salud Familiar, considerado como el escenario de investigación. Sin embargo, debido a la ausencia de respuesta institucional por parte del establecimiento, no fue posible llevar a cabo el reclutamiento según lo planificado. Esta situación hizo necesario modificar la estrategia metodológica, optando por un proceso de difusión mediante un afiche publicado en redes sociales, dirigido a personas con DM II residentes en la Región Metropolitana. Adicionalmente, se intentó establecer contacto con diversas asociaciones de personas con diabetes con el propósito de ampliar la difusión de la convocatoria; no obstante, dichas gestiones tampoco obtuvieron respuesta. Como consecuencia, el reclutamiento se realizó exclusivamente a través de medios digitales.

7.5 Aspectos éticos

Principio de autonomía: En este estudio, se envió a los participantes un consentimiento informado que debía ser firmado. Esto aseguró la comprensión de los objetivos, procedimientos, posibles riesgos y beneficios de la investigación. Los participantes pudieron decidir su participación de manera voluntaria y tener derecho a retirarse en cualquier momento, sin perjuicio en su atención médica. Este principio aseguró que las decisiones individuales se adoptarán de manera informada, libre y voluntaria (Rodríguez & Rodríguez, 2009).

Principio de beneficencia: Este principio menciona que las acciones del investigador deben orientarse hacia la obtención del mayor beneficio posible para los participantes y para la comunidad (Rodríguez & Rodríguez, 2009). En esta investigación, se buscó generar conocimiento que permitiera comprender los factores que influyen en la adherencia terapéutica, contribuyendo al avance del conocimiento en salud. Además, el beneficio de esta investigación corresponde a aumentar el conocimiento sobre la adherencia terapéutica en pacientes con DM II, para generar estrategias futuras que ayuden a mejorar la calidad de vida de estos usuarios.

Principio de no maleficencia: Establece la obligación moral de evitar cualquier tipo de daño físico, psicológico o social a los participantes (Rodríguez & Rodríguez, 2009). En esta investigación, no se realizaron intervenciones que impliquen algún riesgo para los participantes, ya que la técnica utilizada consistió en entrevistas semiestructuradas en un entorno seguro y confidencial. Asimismo, la información entregada por los participantes fue resguardada de manera confidencial, por lo que los datos fueron codificados mediante una asignación aleatoria con números. Además, todo el material recopilado fue almacenado en archivos digitales protegidos con contraseña, como OneDrive de Microsoft 365, siendo accesible únicamente para quienes integran el equipo de investigación.

Principio de justicia: Este busca asegurar la equidad en la selección y el trato de los participantes (Rodríguez & Rodríguez, 2009). . En este estudio, se aplicaron criterios de inclusión y exclusión basados en consideraciones científicas. El trato hacia los participantes fue igualitario y no existió discriminación en base al sexo, edad y factores socioeconomicos.

8. Resultados

La muestra del estudio estuvo compuesta por un total de 10 participantes, quienes se encontraban en tratamiento por DM II, con una distribución de género de 8 hombres y 2 mujeres, con edades entre 51 hasta los 65 años. Los resultados expuestos a continuación se organizan en tres categorías centrales, congruentes con los objetivos planteados: factores relacionados al tratamiento, al paciente y al equipo de salud.

Esquema de emergencia de categorías centrales y subcategorías:

Factores relacionados al tratamiento	Factores relacionados al paciente	Factores relacionados al equipo de salud
Tratamiento farmacológico - Complejidad del esquema - Carga terapéutica - Tolerancia	Comprensión e integración de la información entregada	Seguimiento del sistema de salud
Acceso a medicamentos - Disponibilidad - Costo - GES	Red de apoyo familiar	Actitud del personal de salud
Tratamiento no farmacológico - Alimentación - Actividad física - Cambios de hábitos	Responsabilidad personal	

1. Factores relacionados al tratamiento:

El primer objetivo específico buscó develar la percepción de los usuarios con Diabetes Mellitus tipo II respecto a los factores relacionados al tratamiento en la adherencia terapéutica. Los relatos permiten comprender que el tratamiento

farmacológico se vuelve más fácil de sostener cuando es compatible con la rutina, la tolerancia del usuario y la accesibilidad. En contraste, la presencia de efectos adversos y los gastos asociados a insumos para el autocuidado incrementan la carga terapéutica, lo que implica modificaciones en la rutina diaria y un gasto económico adicional percibido como una barrera para la continuidad del tratamiento. Estos hallazgos revelan que la adherencia depende del grado en el que una indicación puede integrarse a la rutina del usuario. Así también, la carga terapéutica es un elemento central en la adherencia dado que mientras mayores sean las exigencias prácticas asociadas a las indicaciones entregadas, existe una mayor dificultad para sostener el tratamiento.

La cita a continuación se incluye en la subcategoría “tratamiento farmacológico”, ya que muestra la percepción del usuario respecto a la frecuencia de administración en la adherencia terapéutica. En este caso, se observa que una menor frecuencia facilita la integración del medicamento en la vida cotidiana, disminuye así la carga terapéutica percibida y favorece su continuidad. Este relato revela que un esquema terapéutico simple y fácil de integrar, disminuye la dificultad para adherir a este. De esta forma, la adherencia se fortalece cuando el tratamiento requiere una menor adaptación con respecto a las actividades cotidianas del usuario. El entrevistado 5 comenta:

***E5:** “Pasamos de un tipo de inyección diaria a una semanal, lo que fue bastante bueno, porque francamente estar inyectando todos los días era más complicado... para mí era un rollo andar trayendo la jeringa diaria”*

En contraste con el relato anterior, el aumento en la dosis y el número de medicamentos es percibido por el usuario como una mayor carga terapéutica, generando una sensación de mayor exigencia en el manejo del tratamiento, lo que puede verse afectar su motivación y disposición para mantener su adherencia terapéutica. Este hallazgo revela que la complejidad farmacológica

adquiere relevancia no solo por la cantidad o frecuencia de las dosis, sino por el significado que el usuario le atribuye a tener que intensificar su tratamiento.

Tal y como se observa en el relato del entrevistado 2:

E2: *“Pero cuando me dice oye sabes que no te ha ido muy bien, te vamos a sumar un un remedio más o una dosis más de algo, ya no va a ser solo una, sino que va a ser una en la mañana y la tarde, ahí igual como que me da lata si tampoco no sé, estar tomando remedio, tanto no no es tan bueno..”*

La siguiente cita se enmarca en la subcategoría “tratamiento farmacológico”, ya que permite interpretar desde la experiencia del usuario los efectos adversos y su impacto en la adherencia terapéutica. Esto revela que la experiencia negativa con el tratamiento influye en la toma de decisiones del usuario, lo que lo lleva a comunicar su malestar y modificar el esquema terapéutico. Este proceso resulta en una mejor tolerancia y adherencia, lo que refleja que el tratamiento farmacológico no solo depende únicamente de la indicación médica, sino también de la experiencia subjetiva del usuario, la que puede influir en la continuidad o modificación del tratamiento. El relato revela que el usuario evalúa los efectos que el tratamiento posee sobre su bienestar, por lo que la posibilidad de modificar un tratamiento mal tolerado puede favorecer su continuidad. El entrevistado 6 relata:

E6: *“Los remedios también apuntaban hacia la hipertensión, pero me hacían mal. Tuve que informarle al doctor que ese remedio no me servía. Después pasó el tiempo y encontré doctores mejores; el tratamiento fue mucho mejor....me dio otro medicamento que me mantiene súper bien”*

La siguiente cita se presenta en la subcategoría “acceso a medicamentos” y muestra la percepción de los usuarios respecto al rol de la cobertura institucional GES como facilitador del acceso a los medicamentos. Este beneficio disminuye

la carga económica y favorece la continuidad terapéutica. En contraste, los costos asociados a la adquisición de medicamentos o insumos no cubiertos pueden constituir una barrera parcial para la continuidad del tratamiento. Este hallazgo expone que la adherencia también se encuentra condicionada por ciertos factores que no dependen de la voluntad individual. La cobertura financiera funciona como un mecanismo que disminuye las barreras de acceso siendo un facilitador para sostener el tratamiento. Según el entrevistado 1:

E1: *“Los medicamentos de la canasta son de buena calidad y están a mi alcance porque están por el GES y tienen descuento.”*

La cita presentada a continuación se presenta en la subcategoría “tratamiento no farmacológico” y muestra la percepción del usuario respecto a las dificultades de sostener las indicaciones relacionadas con el estilo de vida, tales como la alimentación, actividad física y cambio de hábitos. Esto requiere una reorganización de la rutina tanto a nivel individual como familiar. En este caso, la dificultad no radica en la falta de comprensión, si no en la incompatibilidad entre las exigencias del tratamiento y la vida laboral del usuario. Este hallazgo permite identificar que existe una brecha entre el conocimiento del usuario y la capacidad para poder integrar el tratamiento, dado que las condiciones de vida del usuario pueden interferir en su aplicación. Por lo que cuando las indicaciones terapéuticas logran integrarse al contexto del usuario, se reconoce como un facilitador de la adherencia y viceversa. Tal y como se observa en el relato del entrevistado 8:

E8: *“yo sé lo que debo comer pero no lo hago, por las condiciones que te digo, mi condición laboral”*

Al igual que la cita anterior, este relato se enmarca en la misma subcategoría. El usuario señala que la actividad física no siempre es percibida como una práctica motivante o beneficiosa, ya que cuando se asocia a desgaste, reduce la

probabilidad de sostenerla. Esto permite interpretar que la adherencia al tratamiento está mediada por significados corporales y emocionales asociados a la experiencia del usuario. En respecto a el entrevistado 5:

E5: “Yo nunca he tenido la sensación de disfrute después de hacer ejercicio, de bienestar... A mi no me energiza. Es como que me sacara la pila.”

2. Factores relacionados al paciente:

El segundo objetivo específico indagó en la percepción de los usuarios respecto del rol que cumplen los factores propios del paciente. Los relatos permiten comprender que, desde la percepción de los participantes, comprender las indicaciones constituye un requisito para la adherencia, aunque por sí solo resulta insuficiente. Los usuarios consideran que mantener el tratamiento implica transformar esa información en decisiones concretas y sostenibles dentro de la vida diaria. De esta forma, los resultados revela que los factores propios del usuario no poseen características aisladas, si no como capacidades que se expresan en la interacción entre el contexto de vida en el que el usuario se integra

En la subcategoría de comprensión e integración de la información, se evidenció que la claridad comunicacional facilita la apropiación inicial de las indicaciones. No obstante, este hallazgo no debe interpretarse como una garantía de adherencia, sino como una condición que, según los participantes, favorece la toma de decisiones respecto a su tratamiento. Este hallazgo expresa que la comprensión corresponde al punto de partida del proceso de adherencia, permitiendo al usuario conocer qué debe hacer, pero posteriormente requiere de condiciones personales y contextuales que posibiliten transformar ese conocimiento en acciones. Según el entrevistado 10:

E10: “Toda la información me la dan ellos los médicos allá, pero me la dan súper bien, yo entiendo al tiro lo que me están comunicando”

En concordancia con el relato anterior, la siguiente cita muestra que la comprensión debe ir acompañada de indicaciones percibidas como comprensibles y de baja complejidad. De este modo, el participante percibe que la posibilidad de incorporar las indicaciones a su rutina depende de que estas sean comprensibles y poco complejas. Este hallazgo sugiere que cuando las indicaciones son percibidas como manejables, disminuye el esfuerzo para poder incorporarlas, facilitando sostener el tratamiento. El entrevista 6 refiere:

E6: “No he tenido dificultades, tampoco han sido cosas muy complejas, así que he podido seguir las indicaciones sin mayores problemas.”

El siguiente relato profundiza la categoría al mostrar que comprender una instrucción no equivale a poder aplicarla. La información pierde efectividad cuando se formula en términos poco traducibles a la vida cotidiana; por eso, la adherencia depende de indicaciones claras, personalizadas y operativas. En este sentido, el entrevistado 8 señala:

E8: “Nunca he tenido problemas de comprensión... para mí lo más difícil es lo que te dice el nutricionista... Porque te dice elija tantas onzas de esto... cuando tú le das una segunda vuelta al análisis y es imposible que una las siga.”

La red de apoyo familiar se presenta como un facilitador transversal relevante para mantener la adherencia terapéutica. Los usuarios describen recordatorios, acompañamiento a controles, preocupación por exámenes y adaptación de la alimentación del hogar. En este sentido, la adherencia deja de ser una tarea exclusivamente individual y se convierte en una práctica compartida. Este hallazgo sugiere que el entorno puede disminuir o incrementar el esfuerzo que supone mantener las recomendaciones terapéuticas, dependiendo de las dinámicas familiares y sociales que posee el usuario.

La cita a continuación se vincula con la subcategoría red de apoyo porque muestra un apoyo práctico, no solo emocional. Cuando la familia adapta sus propias conductas favorece que el tratamiento sea percibido como una práctica compartida y, por ello, más fácil de sostener. En palabras del entrevistado 3:

E3: "Afortunadamente mi familia se ha comprometido hartito con el tema de la alimentación, entonces, todo lo que yo consumo ellos también lo han hecho parte de su dieta, todo."

Junto con el apoyo externo, emerge una fuerte valoración de la responsabilidad personal. Los usuarios reconocen que su autocuidado requiere disciplina, vigilancia y toma de decisiones permanentes. No obstante, esta responsabilidad no debe leerse como independencia absoluta, ya que se fortalece o debilita según el acceso, el apoyo familiar y el vínculo con el equipo de salud.

El siguiente relato se inserta en la subcategoría responsabilidad personal porque expresa agencia y apropiación del cuidado. Al mismo tiempo, muestra que el participante percibe que la responsabilidad sobre el tratamiento recae principalmente en sí mismo, aunque reconoce que esta se apoya en las orientaciones entregadas por los profesionales. Como se aprecia en el relato del entrevistado 1:

E1: *"Yo me cuido sola, sigo las sugerencias profesionales, pero el cuidado es mío".*

La adherencia es comprendida por los usuarios como una decisión individual sustentada en la motivación y el compromiso con la propia salud. Los participantes atribuyeron la adopción de conductas de autocuidado a la voluntad personal, estableciendo una relación entre responsabilidad individual y la

capacidad de sostener cambios en el estilo de vida. Por ello, la motivación aparece como un componente necesario, pero no suficiente, para explicar la adherencia. Según el entrevistado 7:

E7: “En el fondo si uno se quiere, y quiere estar bien, uno va a asumir los cambios y va a hacer los ejercicios, va a cambiar la alimentación a conciencia”.

3. Factores relacionados al equipo de salud:

El tercer objetivo específico buscó develar la percepción de los usuarios con respecto al rol de los equipos de salud en su adherencia terapéutica. Los relatos permiten interpretar que el seguimiento y la actitud del personal influyen de manera significativa, pudiendo actuar como facilitadores o como barreras. Desde la perspectiva de los usuarios, se interpreta que el equipo de salud cumple un rol esencial de acompañamiento, apoyo, motivación y orientación durante todo su tratamiento terapéutico. Los resultados permiten comprender que el equipo interfiere en la forma en que el usuario experimenta el tratamiento. Por lo que la continuidad del contacto y la calidad del vínculo profesional pueden contribuir a que el paciente perciba su cuidado como acompañado y sostenido en el tiempo, mientras que su ausencia puede aumentar la sensación de enfrentar el tratamiento de manera individual.

El fragmento expuesto a continuación se encuentra en la subcategoría “Seguimiento del sistema de salud” y devela que el seguimiento activo mediante llamadas, mensajes o correos es percibido como un facilitador para la adherencia. Estos recordatorios no solo ayudan a evitar el olvido de controles, sino que también son interpretados como una forma de acompañamiento y preocupación por parte del equipo de salud, fortaleciendo la confianza y el compromiso del usuario con su tratamiento. Esto permite comprender que la

adherencia se ve favorecida cuando el sistema mantiene una presencia activa durante su proceso terapéutico. El entrevistado 7 refiere:

E7: *“Lo facilita porque habitualmente están en contacto, te mandan mensajes, te llaman por teléfono, te envían correo... están detrás de uno prestándole el apoyo para que tú no olvides que debes controlarte”.*

El siguiente relato también se encuentra en la subcategoría “Seguimiento del sistema de salud” y, en contraste con el anterior, este expone que la discontinuidad del seguimiento es percibida como una barrera. Esta ausencia de seguimiento puede generar en el usuario sensación de abandono, desmotivación, y menor confianza en el equipo de salud. Más allá de la ausencia de recordatorios, el relato evidencia una ruptura en la percepción de continuidad asistencial. Esto sugiere que un seguimiento irregular puede debilitar la percepción de acompañamiento atribuida al sistema de salud y generar una mayor carga durante el manejo de la enfermedad. Según el entrevistado 3:

E3: *“me llamaron en diciembre dos veces, y de ahí nunca más me han llamado. Entonces el seguimiento del sistema de salud para mí no ha sido práctico”.*

Ambos relatos permiten comprender que el seguimiento del equipo de salud puede facilitar la adherencia cuando es continuo y cercano, pero también, puede verse afectada cuando es irregular o ausente.

La cita expuesta a continuación se encuentra inserta en la subcategoría “Actitud del personal de salud”, y muestra que la empatía es percibida como un facilitador en la adherencia. La ausencia de juicio favorece una relación cercana y de confianza entre el usuario y el equipo de salud, permitiendo que el primero pueda expresar con mayor libertad sus dificultades, dudas o incumplimientos sin miedo

a ser juzgado, logrando construir un plan terapéutico más ajustado a sus necesidades. El entrevistado 5 manifestó:

E5: *“Mi diabetóloga ha sido muy importante. Ella es empática, entiende, conversa de cómo está mi vida... no quiere retarme, me quiere entender también qué está pasando...”*

El relato a continuación también se encuentra inserto dentro de la subcategoría “Actitud del personal de salud” y expone que la actitud del profesional influye en la motivación del usuario para seguir con su tratamiento. Se percibe que una atención inadecuada en relación con las necesidades del usuario, puede generar desinterés en cumplir con el tratamiento. En cambio, una atención cercana y comprensiva favorece la motivación para cuidarse y seguir indicaciones. Por ende, el vínculo entre el usuario y el personal de salud se percibe como un elemento fundamental en la adherencia terapéutica. El contraste entre ambas experiencias muestra que la relación asistencial puede modificar el significado que el usuario le atribuye al propio tratamiento. En respecto a el entrevistado 3:

E3: *“El primer doctor yo la verdad fue como... Estoy yendo a puro tontear al consultorio... y ahora con este otro doctor, dan ganas de seguir el tratamiento, de cuidarse, de todo”.*

La interacción entre los resultados permite identificar que las categorías no actúan de manera independiente. En ese sentido, se observan tres relaciones relevantes entre categorías. En primer lugar, la complejidad del tratamiento interactúa con la responsabilidad personal debido a que cuando el esquema incrementa su carga terapéutica o produce efectos adversos, la disciplina individual puede verse disminuida. En segundo lugar, el tratamiento no farmacológico se relaciona directamente con la red de apoyo, porque los cambios alimentarios y de actividad física son más viables cuando el entorno familiar participa. En tercer lugar, la comprensión de la información se conecta con la

actitud del equipo de salud de modo que las indicaciones claras, empáticas y contextualizadas facilitan que el usuario haga preguntas y transforme la información en acciones posibles.

9. Discusión

La presente investigación permitió comprender que la adherencia terapéutica en personas mayores de 45 años con Diabetes Mellitus tipo II constituye un fenómeno complejo y multidimensional, determinado por la interacción entre factores relacionados con el tratamiento, el paciente y el equipo de salud. Los hallazgos permiten interpretar que la adherencia terapéutica no depende únicamente de la voluntad del usuario, sino también de las características del tratamiento, las condiciones de vida, las redes de apoyo y la relación establecida con los profesionales de salud. De esta forma, los resultados exponen que la adherencia se construye a partir de la posibilidad real que tiene cada usuario de integrar las exigencias terapéuticas dentro de su vida cotidiana, por lo que una misma indicación puede ser experimentada como viable de integrar, mientras que otros pacientes pueden percibirlo como una carga difícil de mantener.

Respecto al primer objetivo específico, los resultados muestran que la adherencia mejora cuando el tratamiento farmacológico es compatible con la vida cotidiana del usuario, sus tiempos, su estilo de vida y su rutina diaria. En cambio, cuando el tratamiento posee una mayor carga terapéutica y dificulta o interfiere en las actividades cotidianas del usuario, disminuye la motivación para sostener el tratamiento. Este hallazgo podría explicarse porque cada nueva dosis, medicamento o administración implica incorporar nuevas tareas a la rutina, aumentando el esfuerzo necesario para cumplir diariamente con el tratamiento. Por lo que el aumento de complejidad terapéutica puede convertirse en una carga práctica para el usuario. Estos hallazgos coinciden con lo planteado por Kendall Gow et al. (2024), señalan que cuando el esquema terapéutico se logra

incorporar a la rutina diaria, los usuarios presentan una mayor adherencia a este. También, se menciona que la complejidad del tratamiento y la polifarmacia aumentan la carga terapéutica, constituyendo una barrera con respecto a la adherencia.

En contraste, Kvarnström et al. (2021) refieren que algunos usuarios a pesar de tener esquemas terapéuticos complejos, logran adherir si es que existe motivación, actitud responsable y una mayor percepción de control sobre su autocuidado. Esta diferencia sugiere que la complejidad del tratamiento no necesariamente genera falta de adherencia de manera independiente, dado que su efecto también puede estar condicionado por los recursos que posee el usuario para organizar y asumir las exigencias terapéuticas. De esta forma, la carga del tratamiento y la capacidad individual para afrontarla deben comprenderse de forma interrelacionada y no como factores independientes.

Los participantes también reconocen la importancia de la cobertura otorgada por el sistema GES para acceder a los medicamentos, favoreciendo la continuidad de su tratamiento. No obstante, aún persisten barreras económicas relacionadas con los insumos para el autocuidado que no cuentan con financiamiento. Este hallazgo podría explicarse porque la existencia de cobertura farmacológica disminuye una parte importante del gasto asociado a la enfermedad, pero no elimina todos los costos derivados del autocuidado. De esta manera, el acceso debe entenderse de forma más amplia, dado que también requiere también contar con los recursos necesarios para implementar las indicaciones en el tiempo. Esto se relaciona con lo descrito por Castillo y Aguilar (2016) como un limitante para la adherencia en enfermedades crónicas. A su vez, Cabieses et al. (2016) señalan que los determinantes sociales continúan influyendo incluso cuando existen mecanismos de cobertura sanitaria.

En relación con el tratamiento no farmacológico, los usuarios manifiestan conocer las recomendaciones sobre la alimentación saludable y actividad física, sin embargo, presentan dificultades para mantenerlas debido a la jornada laboral, organización familiar y los hábitos adquiridos durante años. Este hallazgo podría explicarse por la brecha entre comprender una indicación y disponer de condiciones aptas para ejecutarla. El conocimiento proporciona orientación sobre las conductas recomendadas, pero su aplicación requiere tiempo, organización, recursos y compatibilidad con las responsabilidades cotidianas.

Estos resultados son consistentes con Chepulís et al. (2021), quienes señalan que los cambios del estilo de vida representan uno de los principales desafíos para las personas con DM II. Así mismo, estos hallazgos también coinciden con Vilafranca-Cartagena et al. (2024), quienes identificaron que sostener la actividad física corresponde a uno de los principales desafíos en los usuarios con DM II, debido a las demandas laborales, responsabilidades familiares y dificultad para incorporar estas conductas en la rutina diaria. Desde Enfermería, esto refuerza la necesidad de planificar intervenciones individualizadas y ajustadas al contexto sociocultural del usuario para favorecer el mantenimiento de conductas de autocuidado. Pese a ello, Kvarnström et al. (2021) plantean que las barreras asociadas al tratamiento no farmacológico, no dependen únicamente de factores externos como la jornada laboral o responsabilidades familiares, sino también de factores personales asociadas a las creencias y motivación del usuario.

En relación con el segundo objetivo, los resultados permiten comprender que los aspectos propios del paciente desempeñan un papel determinante en la adherencia terapéutica. Si bien la mayoría de los participantes refiere comprender las indicaciones entregadas por los profesionales de salud, su cumplimiento depende de la posibilidad de adaptar estas indicaciones a la vida

cotidiana, laboral y familiar de cada usuario. Estos resultados concuerdan con Farías-Vílchez y Bardales Ruíz (2021) quienes señalan que un mayor conocimiento sobre la DM II favorece el autocuidado, pero resulta insuficiente cuando no existen condiciones personales que permitan mantener las conductas recomendadas. Del mismo modo, Huang et al. (2020) describen que incluso pacientes con adecuados niveles de alfabetización en salud presentan dificultades para adherir cuando las indicaciones no consideran su contexto cotidiano.

Otro hallazgo relevante corresponde al apoyo familiar. Identificando como un importante facilitador mediante recordatorios, apoyo emocional y adaptación de los hábitos familiares. Esto podría explicarse porque una parte fundamental del autocuidado de la DM II ocurre dentro del hogar y no necesariamente durante el contacto con los profesionales de salud. Cuando los miembros de la familia modifican su alimentación, recuerdan controles o participan del cuidado, disminuye el esfuerzo individual para mantener el plan terapéutico. En este sentido, la adherencia no se evidencia como una responsabilidad estrictamente individual, si no como una práctica parcialmente compartida.

Estos resultados coinciden con Archibald et al. (2017), quienes destacan que las redes de apoyo favorecen el mantenimiento de conductas de autocuidado y la continuidad del tratamiento. A pesar de que las redes de apoyo pueden favorecer la adherencia, Brundisini et al. (2015) refieren que ciertas dinámicas familiares pueden transformarse en barreras cuando generan presión, desacuerdos o una sensación de dependencia. Así mismo, Debussche et al. (2022), refieren que cuando el apoyo familiar limita la autonomía del usuario, puede interferir en el desarrollo de conductas de autocuidado, por lo que se observa que el apoyo familiar no siempre favorece la adherencia terapéutica. Por tanto, los hallazgos permiten interpretar que el apoyo familiar favorece la adherencia especialmente

cuando acompaña y facilita las decisiones del usuario sin reemplazar su autonomía. Esta distinción resulta relevante para Enfermería, ya que permite entender la importancia de incorporar a la familia al cuidado, pero sin traspasar el control del tratamiento a los familiares, sino fortalecer una red que apoye al usuario en sostener su tratamiento en el tiempo.

Por otro lado, los participantes destacan la responsabilidad personal, disciplina y compromiso individual como facilitadores de la adherencia. Sin embargo, estos aspectos interactúan con el apoyo familiar, con el entorno del individuo y su rutina. Desde Enfermería, estos hallazgos refuerzan la importancia de desarrollar estrategias educativas centradas en el individuo y adaptadas a su realidad cotidiana.

Respecto al tercer objetivo específico, los resultados permiten comprender que la relación establecida entre los usuarios y el equipo de salud es uno de los principales facilitadores de la adherencia terapéutica. Los participantes describen que la continuidad del seguimiento, la disponibilidad de los profesionales y la empatía actúan como un motivador para la continuidad de su tratamiento. Este hallazgo sugiere que una relación terapéutica cercana con el equipo disminuye la distancia entre el profesional y el usuario, favoreciendo que este último comunique dudas, dificultades, efectos adversos o incumplimientos sin miedo a ser juzgado. Estos resultados coinciden con Brundisini et al. (2015), quienes destacan la importancia de la comunicación efectiva para favorecer el compromiso terapéutico.

Así también, los relatos muestran que el seguimiento realizado por parte del sistema de salud mediante controles y llamados telefónicos es percibido positivamente como muestra de acompañamiento y preocupación institucional, favoreciendo la continuidad del tratamiento. Estos resultados son consistentes

con la evidencia de Michiels et al. (2019) que plantearon que teniendo una comunicación cercana y estructurada con el equipo de salud favorece el manejo de la enfermedad, mejora las conductas de autocuidado y favorece la adherencia terapéutica. Así mismo existe evidencia cualitativa más reciente que sustenta estos hallazgos. Matrook et al. (2024) señalaron que la comunicación empática y la continuidad del seguimiento generan mayor confianza en el usuario, favoreciendo la adherencia.

Pese a ello, Menezes et al. (2016) señalan que una relación positiva con el equipo de salud y un seguimiento adecuado, no siempre produce cambios en la conducta de los usuarios con respecto a su adherencia terapéutica, dado que las creencias personales sobre la enfermedad también influyen en el comportamiento. Desde esta perspectiva, un seguimiento activo podría resultar insuficiente si es que las estrategias implementadas no consideran las experiencias y percepciones individuales de cada usuario.

Desde el rol de Enfermería, estos hallazgos destacan la relevancia del seguimiento longitudinal, la educación continua y la construcción de relaciones terapéuticas basadas en la confianza, la empatía, la comunicación efectiva, considerando las experiencias y percepciones de los usuarios, ayuda a contribuir a un mejor manejo de la enfermedad.

Finalmente, al integrar las tres dimensiones analizadas, se interpreta que la adherencia terapéutica corresponde a un proceso dinámico que surge de la interacción profesional-usuario, los factores relacionados al tratamiento y las características personales del usuario. Ninguno de estos elementos funciona de manera aislada. Por el contrario, se potencian o se limitan mutuamente, dificultando o facilitando la adherencia al tratamiento. Esta comprensión resulta especialmente relevante para Enfermería, ya que evidencia la necesidad de

seguir desarrollando los cuidados integrales, individualizados y centrados en la persona, considerando no sólo los aspectos clínicos de la diabetes, sino también las condiciones sociales, familiares y emocionales que influyen en la adherencia terapéutica.

10. Conclusión

La presente investigación permitió explorar la percepción de usuarios mayores de 45 años con Diabetes Mellitus tipo II sobre su adherencia terapéutica, respondiendo al objetivo general del estudio. El principal hallazgo fue comprender que la adherencia no es percibida únicamente como el cumplimiento del tratamiento, sino como un proceso complejo y multidimensional, construido a partir de la interacción entre factores relacionados con el tratamiento, el paciente y el equipo de salud, los cuales se entrelazan y forman parte de la experiencia cotidiana de cada usuario.

Respecto a los principales facilitadores, los participantes destacaron la integración del tratamiento a su rutina diaria, el acceso a medicamentos, el apoyo familiar y el acompañamiento continuo del equipo de salud, como elementos que facilitan la continuidad del tratamiento y fortalecen el autocuidado.

En relación con las principales barreras, se identificaron las dificultades para mantener la alimentación saludable y la actividad física, la carga terapéutica y la discontinuidad del seguimiento por parte del sistema de salud. Asimismo, se observó que comprender las indicaciones no siempre determina su cumplimiento, ya que su aplicación depende de las condiciones, experiencias y realidad cotidiana de cada usuario.

El estudio contribuye a abordar el vacío de conocimiento identificado durante la revisión de la literatura, relacionado con la escasez de investigaciones cualitativas que exploren la adherencia terapéutica desde las experiencias y

percepciones de los propios usuarios con Diabetes Mellitus tipo II. En este sentido, la presente investigación permitió comprender el fenómeno desde la perspectiva de quienes conviven con la enfermedad, otorgando valor a sus relatos y experiencias respecto a los factores que influyen en su adherencia terapéutica.

Como aporte del estudio, los hallazgos amplían la comprensión cualitativa de la adherencia terapéutica en el contexto chileno, evidenciando que esta se construye a partir de la interacción entre las características del tratamiento, las experiencias personales, el apoyo familiar y la relación establecida con el equipo de salud. Desde la disciplina de Enfermería, estos resultados refuerzan la importancia de desarrollar cuidados integrales, individualizados y centrados en la persona, considerando su realidad cotidiana y fortaleciendo el seguimiento continuo, la comunicación efectiva y las relaciones terapéuticas basadas en la empatía y la confianza.

En cuanto a las limitaciones del estudio, las dificultades en el proceso de reclutamiento, lo que hizo necesario modificar el escenario inicialmente planificado y realizar la captación principalmente mediante medios digitales. Esto pudo limitar la participación de personas con menor alfabetización digital o menor acceso a redes sociales.

Finalmente, los hallazgos obtenidos abren nuevas líneas de investigación orientadas a explorar otras dimensiones de la adherencia terapéutica, especialmente los factores socioeconómicos y aquellos relacionados con la enfermedad. Profundizar en estas dimensiones permitirá ampliar la comprensión del fenómeno y generar evidencia que contribuya al diseño de estrategias e intervenciones más integrales para favorecer la adherencia terapéutica en personas con Diabetes Mellitus tipo II.

11. Referencias

Almulhim, A. N., Alhowaish, A., Madani, A., AlQaddan, M., Altuwalah, A. S., & Goyder, E. (2024). Feasibility and acceptability of a tailored health coaching intervention to improve type 2 diabetes self-management in Saudi Arabia: A mixed-methods randomised feasibility trial. *BMJ Open*, 14(5), e078631. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-078631>

Archibald, I., Maluenda, C., Miranda, M., & Pérez, R. (2017). *Factores que influyen en la adherencia terapéutica de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, pertenecientes al CESFAM La Granja durante el año 2017* [Tesis de pregrado, Universidad del Desarrollo]. <http://hdl.handle.net/11447/2242>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Castillo, Y., & Aguilar, C. (2016). Pobre adherencia a la medicación en la diabetes mellitus tipo 2: Un problema en Latinoamérica. Asociación Latinoamericana de Diabetes. https://www.revistaalad.com/files/alad_v6_n3_108-110.pdf

Chepulis, L. M., Morison, B., Cassim, S., Norman, K., Keenan, R., Paul, R. G., & Lawrenson, R. (2021). Barriers to diabetes self-management in a subset of New Zealand adults with Type 2 diabetes and poor glycaemic control. *Journal of Diabetes Research*, 2021, Article 5531146. <https://doi.org/10.1155/2021/5531146>

Debussche, X., Balcou-Debussche, M., Ballet, D., & Caroupin-Soupoutevin, J. (2022). Health literacy in context: struggling to self-

manage diabetes – a longitudinal qualitative study. *BMJ Open*, 12(6), e046759. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046759>

Figueroa Saavedra, C. S., Otzen Hernández, T. F., Figueroa Delgado, V., Sanhueza, P., & Candia, J. (2020). Alfabetización en salud y adherencia farmacológica en adultos mayores con enfermedades crónicas, de la ciudad de Temuco. *Revista Médica de Chile*, 148(5), 653–656. <https://doi.org/10.4067/S0034-988720200005000653>

Guamán-Montero, N. A., Mesa-Cano, I. C., Peña-Cordero, S. J., & Ramírez-Coronel, A. A. (2021). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus II. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(3), 290–297. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5039487>

Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? *Field Methods*, 18(1), 59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>

Huang, Y.-M., Pecanac, K. E., & Shiyanbola, O. O. (2020). “Why am I not taking medications?” Barriers and facilitators of diabetes medication adherence across different health literacy levels. *Qualitative Health Research*, 30(14), 2331–2342. <https://doi.org/10.1177/1049732320945296>

Kendall Gow, A., Rashidi, A., & Whitehead, L. (2024). Factors influencing medication adherence among adults living with diabetes and comorbidities: A qualitative systematic review. *Current Diabetes Reports*, 24, 19–25. <https://doi.org/10.1007/s11892-023-01532-0>

Kvarnström, K., Westerholm, A., Airaksinen, M., & Liira, H. (2021). Factors contributing to medication adherence in patients with a chronic

condition: A scoping review of qualitative research. *Pharmaceutics*, 13(7), 1100. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics13071100>

Matrook, K. A., Cowman, S., Pertl, M., & Whitford, D. (2024). Nurse-led family-based approach in primary health care for patients with type 2 diabetes mellitus: A qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 19(1), 2323060. <https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2323060>

Martínez-Domínguez, G. I., Martínez-Sánchez, L. M., Rodríguez-Gázquez, M. Á., Agudelo-Vélez, C. A., Jiménez-Jiménez, J. G., Vargas-Grisales, N., & Lopera-Valle, J. S. (2014). Adherencia terapéutica y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 14(1), 44–50. <https://doi.org/10.30554/archmed.14.1.240.2014>

Martínez Hernández, N. J., Hervert Hernández, I., Soler Huerta, E., Chávez del Valle, J. R., & Mota Velasco, G. (2008). Apoyo social en la diabetes tipo 2. *Atención Primaria*, 40(8), 429–430. <https://doi.org/10.1157/13125414>

Menezes, A. S., Camargo, B. V., & Nascimento-Schulze, C. M. (2016). Representaciones sociales y adherencia al tratamiento de la diabetes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(2), 79–87.

Michiels, Y., Bugnon, O., Chicoye, A., Dejager, S., Moisan, C., Allaert, F.-A., Hunault, C., Romengas, L., Méchin, H., & Vergès, B. (2019). Impact of a community pharmacist-delivered information program on the follow-up of type-2 diabetic patients: A cluster randomized controlled study. *Advances in Therapy*, 36(6), 1291–1303. <https://doi.org/10.1007/s12325-019-00957-y>

Ministerio de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Salud 2016–2017: Primeros resultados*. Departamento de Epidemiología, Subsecretaría de Salud Pública, Gobierno de Chile. ENS 2016–2017: Primeros resultados.

Mousavizadeh, S. N., & Banazadeh, Z. (2020). Loss of time in the treatment adherence process: A qualitative study in a sample of Iranian people with diabetes. *Journal of Medicine and Life*, 13(3), 293–299. <https://doi.org/10.25122/jml-2019-0110>

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2023). *Type 2 diabetes*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/diabetes/overview/what-is-diabetes/type-2-diabetes>

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/41182>

Organización Mundial de la Salud. (2024, 14 de noviembre). *Diabetes*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Orozco-Beltrán, D., Mata-Cases, M., Artola, S., Conthe, P., Mediavilla, J., & Miranda, C. (2016). Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: Situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Atención Primaria*, 48(6), 406–420. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.09.001>

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?pid=S1870-72032018000300226&script=sci_arttext

Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227–232. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>

Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(5), 533–544. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y>

Park, E. J., Ji, N. J., You, C. H., & Lee, W. Y. (2024). Healthcare utilization and discrepancies by income level among patients with newly diagnosed type 2 diabetes in Korea: An analysis of National Health Insurance sample cohort data. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 57(5), 471–479. <https://doi.org/10.3961/jpmph.24.165>

Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods* (4th ed.). SAGE Publications.

Peng, X., Guo, X., Li, H., Wang, D., Liu, C., & Du, Y. (2022). A qualitative exploration of self-management behaviors and influencing factors in patients with type 2 diabetes. *Frontiers in Endocrinology*, 13, 771293. <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.771293>

Rodríguez, A., & Rodríguez, J. (2009). Principios éticos en la investigación en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400016

Romakin, P., & Mohammadnezhad, M. (2019). Patient-related factors associated with poor glycaemic control among patients with type 2

diabetes mellitus. *Australian Journal of General Practice*, 48(8), 557–563.
<https://doi.org/10.31128/AJGP-02-19-4859>

Suglo, J. N., & Evans, C. (2020). Factors influencing self-management in relation to type 2 diabetes in Africa: A qualitative systematic review. *PLoS ONE*, 15(10), e0240938. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240938>

Teo, V., Weinman, J., & Yap, K. Z. (2025). Best fit framework synthesis of qualitative studies on factors associated with medication nonadherence in people with type 2 diabetes using the COM-B model. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 91(6), 1675–1691.
<https://doi.org/10.1002/bcp.70059>

Torres, G., Villagrán, M., & Loncón, M. (2021). Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en personas mayores en la Región de La Araucanía. *Horizonte de Enfermería*, 32(1), 45–52.

Tuobenjiere, J., Mensah, G. P., & Korsah, K. A. (2023). Patient perspective on barriers in type 2 diabetes self-management: A qualitative study. *Nursing Open*, 10(10), 7003–7013.
<https://doi.org/10.1002/nop2.1956>

Vilafranca-Cartagena, M., Bonet-Augè, A., Colillas-Malet, E., Puiggrós-Binefa, A., & Tort-Nasarre, G. (2024). Physical Activity Interventions in People with Diabetes: A Systematic Review of The Qualitative Evidence. *Healthcare*, 12(14), 1373. <https://doi.org/10.3390/healthcare12141373>

Villar-Taibo, R. (2025, March 20). Impacto de la falta de adherencia terapéutica en diabetes y estrategias para su mejora. *Revista Diabetes*.
<https://www.revistadiabetes.org/wp-content/uploads/Impacto-de-la-falta-de-adherencia-terapeutica-en-diabetes-y-estrategias-para-su.pdf>

Widayanti, A. W., Sigalingging, K. K., Dewi, F. P., & Widyakusuma, N. N. (2021). Issues Affecting Medication-Taking Behavior of People with Type 2 Diabetes in Indonesia: A Qualitative Study. *Patient Preference and Adherence*, 15, 989–998. <https://doi.org/10.2147/PPA.S301501>

12. Anexos

Anexo 1: Autoevaluación del grupo

Cambios protocolo

Cambio realizado	Situación inicialmente planteada	Modificación y justificación
Modalidad de ejecución del estudio	Inicialmente, el proyecto de tesis fue concebido para llevarse a cabo de manera presencial en un Centro de Salud Familiar (CESFAM), lo que implicaba la realización de entrevistas presenciales con los participantes.	Pese a las gestiones realizadas para desarrollar la investigación en dicho establecimiento, no se obtuvo respuesta por parte del CESFAM, lo que imposibilitó concretar la ejecución del estudio en ese contexto. Debido a esta situación, fue necesario adaptar la metodología del proyecto hacia un formato en línea. Este cambio implicó

		reestructurar diversos aspectos del diseño metodológico, entre ellos, la estrategia de reclutamiento, la población y muestra, los criterios de inclusión y el proceso de recolección de datos.
Estrategia de reclutamiento	Inicialmente, se estableció contacto con ADICH, Fundación Mi Diabetes y SOCHED, con el propósito de difundir el estudio y facilitar la captación de participantes. Posteriormente, se implementó una estrategia de difusión mediante redes sociales.	No se obtuvo respuesta por parte de las organizaciones contactadas y, mediante la difusión en redes sociales, solo fue posible reclutar a un participante. Debido a la baja captación obtenida, fue necesario modificar nuevamente la estrategia de reclutamiento, optando por un reclutamiento por conveniencia mediante difusión abierta. Esta modificación permitió incorporar nueve participantes adicionales

		y alcanzar un total de diez participantes, lo que permitió obtener información suficiente para el desarrollo del estudio y alcanzar la saturación de los datos.
Número de participantes	Inicialmente, se había establecido un número de participantes menor al finalmente incorporado al estudio. Durante la realización de las entrevistas, se observó que algunas de ellas no alcanzaban la profundidad esperada para responder adecuadamente a la pregunta de investigación.	Debido a la necesidad de obtener información más amplia y profunda sobre el fenómeno estudiado, se decidió aumentar el número de entrevistados inicialmente previsto. Esta modificación tuvo como propósito enriquecer la información obtenida, fortalecer la comprensión del fenómeno estudiado y favorecer la saturación de los datos.
Enfoque de análisis de datos	Inicialmente, el protocolo contemplaba la realización de un análisis narrativo-temático de la	Durante el proceso de análisis y tras revisar las características del material recopilado, se

	información obtenida mediante las entrevistas.	determinó que el análisis narrativo-temático no se ajustaba de manera óptima a la información obtenida. Por este motivo, se modificó el enfoque hacia un análisis de contenido, debido a que permitía organizar, clasificar e interpretar de manera más sistemática la información recopilada. Este cambio favoreció una comprensión más profunda de los significados y experiencias expresados por los participantes.
Conformación del equipo investigador	En la documentación presentada al Comité de Ética figuraba Esperanza Gómez como integrante del equipo investigador.	Durante el desarrollo del estudio se produjo el retiro de la integrante Esperanza Gómez del equipo investigador. Sin embargo, su nombre continúa figurando en la documentación previamente presentada

		al Comité de Ética, debido a que este cambio ocurrió con posterioridad a la aprobación de dichos documentos.
--	--	--

Fortalezas del trabajo grupal

A lo largo de la experiencia del curso, como grupo hemos tenido una dinámica de trabajo colaborativo, sólida, basada en el respeto mutuo y la complementariedad de las habilidades. Cada integrante, posee distintas destrezas y fortalezas individuales, en las cuales aportan en el trabajo, tales como la capacidad de redacción, revisión crítica de los contenidos, organización. Esto nos ha permitido trabajar de manera eficiente en las tareas, de manera autónoma y cumplir con los plazos establecidos. Además, hacemos una buena gestión del tiempo, manteniendo un horario común de trabajo, lo que ha favorecido la coordinación y avance constante en los proyectos. La comunicación fluida y la disposición han sido claves en la calidad de los trabajos entregados.

Debilidades del trabajo grupal

Una de las principales debilidades que hemos identificado como grupo, ha sido en la necesidad de profundizar más en los contenidos, especialmente al momento de redactar los conceptos metodológicos. En algunas ocasiones se han presentado dificultades para discernir de forma clara los términos propios cualitativos, confundidos por los cuantitativos.

Aspectos a mejorar

Los aspectos a mejorar en un futuro como grupo, es establecer horarios fijos y específicos para avanzar y finalizar las tareas, lo que permitiría una mejor distribución del tiempo y evitaría entregas cercanas a los plazos límites. También es fundamental reforzar el estudio y comprensión de los enfoques cuantitativos y cualitativos para no volver a errar en los conceptos. Para así, identificar y corregir a tiempo posibles errores en la estructura o profundidad del contenido.

Anexo 2

Evidencia uso de gestor bibliográfico Mendeley

Mendeley Reference Manager File Edit Tools Help

+ Add references

- All References
- Recently Added
- Recently Read
- Favorites
- My Publications
- Unsorted
- Duplicates
- Trash

COLLECTIONS

- OFFICIAL Informe Tesis
 - Create collection

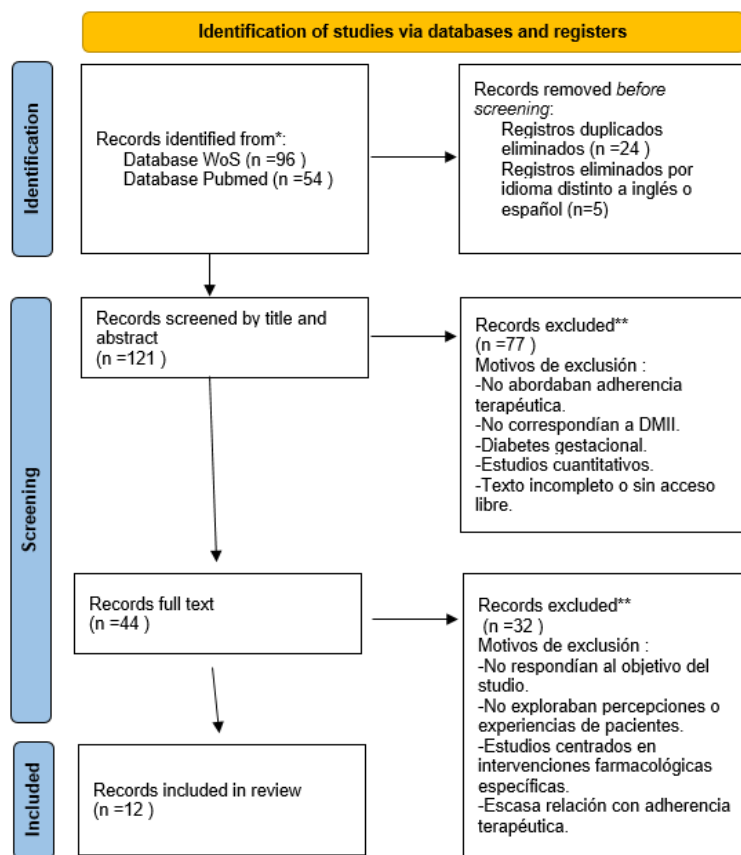
GROUPS

- Tesis
 - Create group

All References / OFFICIAL Informe Tesis

	AUTHORS	YEAR	TITLE	SOURCE	ADDED ▲	FILE
☐	☆ Mostafavi-Darani, Firoozeh; Zamani-Alavijeh,...	2020	Exploring the barriers of adherence to dietary recommendations among patients with type 2 diabetes: A qualitative stu...	Nursing open	23/6/2025	
☐	☆ Huang, Yen-Ming; Pecanac, Kristen E; Shiyankola, Olayinka O	2020	"Why Am I Not Taking Medications?" Barriers and Facilitators of Diabetes Medication Adherence Across Different Health...	Qualitative health research	23/6/2025	
☐	☆ Kvarnström, Kirsi; Westerholm, Aleks; Airaksinen,...	2021	Factors Contributing to Medication Adherence in Patients with a Chronic Condition: A Scoping Review of Qualitative...	Pharmaceutic s	23/6/2025	
☐	☆ Guest, Greg; Bunce, Arwen; Johnson, Laura	2006	How Many Interviews Are Enough?	Field Methods	23/6/2025	
☐	☆ Archibald, Isidora; Maluenda, Camila; Miranda,...	2017	Factores que influyen en la adherencia terapéutica de pacientes con diabetes tipo 2 en la comuna de Santiago		23/6/2025	
☐	☆ Ministerio de Salud	2017	Tercera Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Informe Diabetes Mellitus		27/8/2025	

Anexo 3



Anexo 4

Tabla resumen de artículos seleccionados (Según modelo de Burns and Grove, cap. 4)

Autor (es) y año	Propósito	Muestra	Mediciones	Tratamiento	Resultados cuantitativos	Resultados cualitativos (hallazgos)

Abdulah N., Atheer A., Alaa M., Munirah A., Abdulaziz S., Elizabeth G. (2024)	Evaluar factibilidad y aceptabilidad de una intervención de health coaching personalizado destinada a mejorar el autocuidado en personas con DM II en Arabia Saudita	Participaron 29 adultos con DM II: 14 en el grupo intervención y 15 en el grupo control	Se recogieron percepciones de los participantes de la intervención: experiencia, motivación, entendimiento del autocuidado y relación con el coach	Health coaching personalizado: sesiones individuales con objetivos específicos del autocuidado, estilo de vida, etc.	Hubo una reducción promedio de un 1.83 puntos de HbA1c en el grupo intervención con el health coaching personalizado, mejorando significativamente el control de la glucosa en comparación con el grupo control que no hubo mejora, incluso hubo un aumento de glucosa.	Los participantes manifestaron mayor motivación y un mejor entendimiento de la diabetes.
Eunjee Park, Nam Ju Ji, Chang Hoon You, Weon Young Lee(2024)	Evaluar la utilización de servicios de calidad y como el nivel de ingresos influye en la desigualdad del cuidado entre pacientes recién diagnosticados con DM II en Corea	Cohorte retrospectiva de 7.590 pacientes recién diagnosticados con DM II	Variable de exposición: nivel de ingreso medido según la prima mensual del seguro /5 clases: clase 1 - menor ingreso, clase 5 - mayor		Pacientes con menores ingresos tenían entre un 20 a 40% menos probabilidad de recibir exámenes de control recomendados (HbA1c, exámenes oftalmológico	El control deficiente afecta la adherencia y el control metabólico. Aportando información para interpretar las barreras contextuales y sociales.

			ingreso). Más los indicadores de calidad del cuidado de diabetes con los exámenes: control de HbA1c, examen oftalmológico o anual, examen lípidos anual.		s y perfil lípidos) durante los primeros 3 años tras el diagnóstico)	
Yves M., Olivier B., Annie C., Sylvie D., Christine M., François- André A., Catherine H., Laura R., Hubert M.,	Evaluar si un programa educativo de farmacéuticos mejora la adherencia, HbA1c y conocimiento en DM II	377 pacientes con DM II	Se midió la adherencia al tratamiento con medication possession ratio, control glucémico con los valores de HbA1c y autogestión y conocimiento del paciente.	3 sesiones educativas de 30 minutos sobre: tratamiento, dieta y enfermedad	HbA1c bajó más en la intervención, mejorando la autogestión y conocimiento. En cambio la adherencia alta no hubo un cambio significativo	La experiencia del paciente con la intervención educativa, hizo que tenga una experiencia significativa, con apoyo y guía individualizada.

Bruno V. (2019)						
Bruno V. (2019)	Analizar las diferencias entre pacientes y profesionales sobre las percepciones de salud y las causas de no adherencia terapéutica en pacientes con DM II.	Metasíntesis cualitativa de 86 estudios realizados en distintos países con pacientes adultos con DM II y sus proveedores de salud	Revisión y análisis de estudios cualitativos	Análisis comparativo de las perspectivas	No aplica	Se identificó una diferencia entre las percepciones de los pacientes y de los profesionales. Los pacientes refieren tomarle una mayor importancia a los efectos de las medicaciones y sus propias percepciones, mientras el equipo de salud se centra en el cumplimiento de las indicaciones

						médicas
Peng, X., Guo, X., Li, H., Wang, D., Liu, C., & Du, Y. (2022)	Explorar los factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes con DM tipo II	28 pacientes adultos con DM II en China.	Entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido.	No se aplicó tratamiento al ser un estudio exploratorio sobre autocuidado.	No aplica	Se identificó que las principales barreras relacionadas al nivel de adherencia fueron: falta de información, el estrés emocional y la complejidad del régimen terapéutico.
Tuobenyer, J., Addai, J. B., Amankwaa, H. M., Adomah-Afari, A., & Afaya, A. (2023)	Identificar las barreras percibidas por los pacientes para el manejo de la Diabetes Mellitus tipo II en el sistema de salud de Ghana.	15 pacientes entre 42-72 años diagnosticados con DM II en Ghana	Entrevistas individuales grabadas y analizadas	No aplica, ya que se analizaron las percepciones sobre adherencia	No aplica	Se identificaron como principales barreras: dificultades económicas, falta de disponibilidad de medicamentos, largas esperas en los centros de salud y escasa educación.
Chepus et al., 2021	Identificar barreras para el automanejo de adultos con DM II y mal control	Adultos con DM II y HbA1c elevada; subgrupo	Entrevista semiestructurada, guía temática, análisis	No aplica.	No aplica.	Barreras: baja alfabetización en salud, estrés, apoyo social insuficiente,

	glicémico en Nueva Zelanda.	con mal control.	inductivo.			dificultades económicas, problemas para cambios en estilo de vida y adherencia.
Wida yanti et al., 2021	Explorar factores que influyen en la conducta de toma de medicamentos en DM II.	24 adultos con DM II en tratamiento; muestreo intencional.	Entrevistas en profundidad, guía semiestructurada	No aplica.	No aplica.	Factores que influyen: creencias negativas sobre medicamentos, miedo a efectos adversos, uso de medicina tradicional, apoyo familiar, costos, olvidos, rutinas complejas.
Suglo & Evans, 2020	Identificar factores influyentes en el automanejo de DM II en África mediante síntesis cualitativa.	23 estudios cualitativos incluidos de diversos países africanos.	Análisis temático transversal.	No aplica, síntesis cualitativa.	No aplica.	Factores influyentes: pobreza, baja alfabetización, creencias culturales, falta de apoyo social, deficiencias en acceso a salud y medicamentos, estigma, dificultades para seguir dieta y ejercicio.
Teo, V. et al.,	Se analizaron los factores que influyen en la no	22 estudios cualitativos realizados	Revisión	No Aplica.	No aplica.	Factores agrupados dentro del

2025	adherencia al tratamiento farmacológico en personas con DM II, utilizando el modelo COM-B (capacidad, oportunidad y motivación).	entre 2014 y 2024.				esquema COM-B: 1. Capacidad física, dificultad de inyección de insulina. 2. Capacidad psicológica, buen entendimiento de DM II, olvidos frecuentes. 3. Oportunidad física, acceso, disponibilidad y costo. 4. Oportunidad social, relación con profesionales. 5. Motivación.
------	--	--------------------	--	--	--	---

						ión, formaci ón del hábito.
Rom akin, P. et al., 2019	identificar qué factores atribuibles al paciente son percibidos por el personal sanitario como responsables del inadecuado control glucémico.	3 grupos focales que incluyeron a 19 profesional es de la salud	Diseño cualitativo exploratorio, basado en teoría fundamenta da. Se realizaron 3 discusiones de grupos focales.	No aplica	No aplica	Los profesionales identificaron cinco factores principales. 1. Adhere ncia a tratami ento y plan de manejo 2. Actitud es del pacient e hacia el autocui dado. 3. Conoci miento sobre la diabete s. 4. Cultura / creenci as. 5. Apoyo social.
Mous aviza	explorar las experiencias y	28 participante	Muestreo Intencionado	No aplica.	No aplica.	Retos identificados

deh, S. N. et al., 2020	percepciones de individuos con DM II, con el fin de identificar desafíos que enfrentan en el proceso de adherencia.	s de zonas urbanas y rurales.	mediante entrevistas de 40 a 120 minutos.			dentro de 3 categorías: 1. Sistem a sanitari o ineficaz . 2. Presion es sociale s y condici ones de vida. 3. Incapac idades person ales, creenci as y hábitos.
----------------------------------	--	-------------------------------------	--	--	--	---

Anexo 5

Percepción de adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con DM tipo II, mayores que residen en la Región Metropolitana de Santiago durante el año 2026.

CONSENTIMIENTO INFORMADO - INFORMACIÓN A LOS PARTICIPANTES

Nombre de los Investigadores y Tutor responsables de la investigación/estudio

Katia Portuguese, Bárbara Llanos, Fernanda Gómez, Esperanza Gómez, Antonia Pizarro

Carrera de Enfermería, Universidad del Desarrollo

Tutor responsable: Giselle Riquelme

Introducción / Objetivo

El presente estudio de paradigma cualitativo con diseño de estudio de caso tiene como propósito explorar los diversos determinantes que influyen en el cumplimiento terapéutico —también conocido como adherencia— en personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II. En particular, se investigarán tres dimensiones clave: los factores relacionados al tratamiento (como la complejidad del régimen terapéutico), los elementos vinculados al propio paciente (como creencias o red de apoyo) y los aspectos asociados al equipo de salud (como el vínculo con profesionales). La investigación se enfocará en usuarios mayores de 45 años que residen en la Región Metropolitana de Santiago.

¿Quiénes pueden participar en este estudio?

Pueden participar personas mayores de 45 años que padezcan DM II y se encuentren bajo tratamiento de DM II. Además, que se encuentren actualmente residiendo en la Región Metropolitana de Santiago.

Procedimientos del estudio

El proceso comenzará tras el contacto voluntario por parte de los usuarios manifestando interés en participar en el estudio mediante las vías de comunicación incluidas en el afiche de invitación a participar de la investigación. Luego se verificará que estos cumplan con los criterios de inclusión y exclusión preestablecidos. Las personas que cumplan con estos criterios, se les hará llegar un correo electrónico, el cual explicará a mayor profundidad los objetivos del estudio, los procedimientos que se realizarán durante este, los beneficios y posibles riesgos, junto con el consentimiento informado. El consentimiento informado deberá ser revisado detalladamente, firmado y enviado devuelto al mismo correo electrónico desde el cual se estableció el contacto inicial.

Luego de recibir el consentimiento informado firmado, se coordinará con cada participante la fecha y hora de la entrevista por el mismo medio de comunicación con el que se realizó el contacto inicial. La entrevista se realizará mediante una videollamada por la aplicación Zoom y tendrá una duración de 30 minutos aproximadamente, será realizada en una única ocasión.

La entrevista será registrada con una grabación de audio, con el fin de recabar toda la información. Las grabaciones serán eliminadas una vez transcritas.

Riesgos y beneficios

Posibles riesgos y beneficios directamente asociados a la participación en el estudio:

Riesgos: La participación de este estudio no implica riesgos físicos ni emocionales significativos para el participante.

Beneficios: La información recopilada podría ser de utilidad para futuras investigaciones, contribuyendo al desarrollo del conocimiento científico en torno a la adherencia al tratamiento de la DM II. Además, la participación del usuario podría ayudar indirectamente a mejorar las estrategias de adherencia en la comunidad.

Costos para el participante

La participación en este estudio no implicará ningún costo económico para los participantes. Asimismo, no se contempla la entrega de incentivos o compensaciones por su participación.

Participación voluntaria y confidencialidad

Su participación es libre y voluntaria. La negativa a participar o su retiro del estudio en cualquier etapa no altera sus atenciones médicas.

Toda la información que se proporcione será tratada resguardando la confidencialidad y el anonimato. Para lograr esto, al pasar los datos a un documento digital, se asignará a cada participante un número aleatorio único. Este número será el que se usará en todos los registros y análisis, en lugar de sus datos personales.

Así, los investigadores solo verán esos números y no tendrán acceso a la información que pueda identificar a cada persona. De esta forma, se protegerá la privacidad de todos los participantes durante todo el proceso.

No obstante, si usted desea recibir información sobre los resultados una vez finalizado el estudio, se le solicitarán algunos datos de contacto, como nombre y correo electrónico. Estos datos se usarán exclusivamente para el envío de resultados y no se asociará a la información de su entrevista. Debe tener presente que al proporcionar estos datos, compromete el anonimato de su participación.

Toda la información recopilada será transcrita en un documento electrónico al cual sólo tendrán acceso los investigadores responsables del estudio. Esta información será almacenada por un período de 5 años posterior a la finalización del estudio, luego serán eliminados de manera definitiva.

Más información

Para cualquier consulta relacionada con este estudio, puede comunicarse con Fernanda Gómez (Alumna tesista), correo: fegomez@udd.cl. O con el de Ética Científico de Pre grado UDD, Sra. Alejandra Valdés, correo: cecpg@udd.cl

Aprobación: Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética Científico de Pregrado de la Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo (CEC PG)

Esta información es para que usted, guárdela una vez leída.

 **INVESTIGACION DE PRE GRADO: Percepción de adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con DM tipo II, mayores que residen en la Región Metropolitana de Santiago durante el año 2026**

REGISTRO EXPRESIÓN DE VOLUNTAD - CONSENTIMIENTO INFORMADO

Reconocimiento del Participante (o su Representante) en la investigación:

- He leído y comprendido la información contenida en el presente formulario de consentimiento informado correspondiente al proyecto de investigación titulado "Percepción de adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo II"
- He tenido la oportunidad de formular preguntas respecto a esta investigación las cuales han sido respondidas de manera clara y satisfactoria.
- Entiendo que recibiré una copia firmada y fechada de este formulario de consentimiento informado.
- Autorizo el uso y divulgación de la información recolectada durante el estudio, de acuerdo a lo descrito en el documento. La información de carácter sensible será utilizada de manera estrictamente confidencial y no será utilizada con fines ajenos a esta investigación sin mi consentimiento.
- Manifiesto mi consentimiento para que la entrevista sea grabada en formato de audio, exclusivamente para su transcripción y análisis en el contexto de la presente investigación.
- Comprendo que tengo el derecho a rechazar o retirar mi participación en cualquier momento del estudio, sin que ello me afecte en la atención de salud o implique sanciones o pérdida de beneficios a los que tendría acceso en otras circunstancias.
- He sido informado que, en el caso de no participar en este estudio, dicha decisión no afectará de ninguna manera la calidad ni continuidad de la atención de salud que se me brinda.

Declaro que libremente mi decisión es (marque su decisión):

☐ Acepto participar en este proyecto de investigación

☐ Rechazo participar en este proyecto de investigación

Nombre y Firma Participante: _____

Fecha: ____/____/____

Declaración del Investigador:

El suscrito declara que ha explicado en forma total y cuidadosa la naturaleza, propósito, riesgos y beneficios de esta investigación al participante que está firmando este formulario de consentimiento y que ha contestado las preguntas y dudas de manera satisfactoria.

Nombre y firma del investigador que toma CI: _____

Fecha de la firma: ____/____/____

Autoridad institucional que autoriza: _____

Anexo 6

Guión de Entrevista

1. ¿Cómo describiría su experiencia en relación al tratamiento farmacológico que le indicaron para manejar la DM II?

Además, ¿cómo ha vivido el cumplir con los hábitos recomendados, como la dieta, la actividad física y el cuidado de los pies?

2. ¿Qué pensamientos surgen en usted cuando el tratamiento no produce los resultados esperados o cuando hay que modificarlo?

3. ¿Cómo es para usted el acceso a los medicamentos que necesita para controlar su diabetes?

3.1. ¿Qué tan accesibles son para usted los insumos necesarios para monitorear su diabetes, como el glucómetro, las tiras reactivas, lancetas u otros materiales que usa regularmente?

3.2. ¿Cómo describiría su acceso a una alimentación adecuada para el manejo de su diabetes? Por ejemplo, alimentos frescos, integrales, bajos en azúcares y grasas. ¿Cómo le resulta conseguirlos o incluirlos en su dieta diaria?

3.3. En general, ¿de qué manera cree que el acceso que tiene a los medicamentos, insumos y alimentos influye en su capacidad para seguir el tratamiento indicado por su equipo de salud?

4. ¿Cómo ha influido su comprensión de las indicaciones médicas en la forma en que sigue su tratamiento?

5. ¿Qué aspectos de la información entregada le han facilitado o dificultado cumplir con su tratamiento tal como fue indicado?

6. ¿De qué manera su red de apoyo (amigos, familia), influye en su capacidad para adherir al tratamiento?

7. ¿Cómo se ha sentido al momento de hacer preguntas o contar sus dudas en la consulta? ¿Eso le ha ayudado o dificultado seguir el tratamiento y por qué?

8. ¿De qué manera el seguimiento que ha recibido por parte del sistema de salud ha facilitado o dificultado que usted mantenga su tratamiento de forma constante?

9. ¿Cómo cree que la actitud y empatía del personal de salud han impactado en su compromiso o motivación para seguir con su tratamiento?

Anexo 7

Acta aprobación Comité de Ética

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO – CLÍNICA
ALEMANA COMITE DE ETICA CIENTÍFICO
PROYECTO DE PRE-GRADO 7

ACTA DE APROBACIÓN

PG_2025-89

Santiago, 23 de enero de 2026

Autoras responsables: Katia Portuguez, Esperanza Gómez, Fernanda Gómez, Bárbara Llanos, Antonia Pizarro

Tutora: Giselle Riquelme

Institución: Carrera de Enfermería, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.

- 1) Proyecto de Investigación: "Percepción de adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con DM tipo II, mayores de 45 años que residen en la Región Metropolitana de Santiago durante el año 2026".
- 2) Currículum vitae de las investigadoras y su Tutora
- 3) Compromiso de su Tutora y colaboradoras directas de la investigación.
- 4) Consentimiento Informado
- 5) Material que se utilizará como, por ejemplo: encuestas, métodos de reclutamiento de participantes, material que se entregará a los participantes, entre otros.

Sobre la base de esta información, el Comité se ha pronunciado de la siguiente manera sobre los siguientes aspectos éticos:

- Justificación Social: contribuir a la comprensión de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento por parte de personas con Diabetes Mellitus Tipo II. • Evaluación riesgo/beneficio: no superior al mínimo.
- Existe protección a los participantes en cuanto a:
 - a. Población vulnerable.
 - b. Libertad para participar.
 - c. Confidencialidad.
 - d. Cobertura de costos del estudio.
 - e. Cobertura de eventuales eventos adversos serios.

Por lo tanto, el Comité de Ética considera que el estudio está bien justificado, que no hay objeciones para la realización del estudio propuesto y por ende otorga su aprobación.

Conjuntamente, el comité recuerda al investigador que debe:

- Utilizar el formulario de consentimiento informado con timbre y fecha de aprobación del comité.
- Reportar los eventos adversos serios en un plazo inferior a 48 horas de ocurrido. • Entregar oportunamente las enmiendas que se deseen incorporar al protocolo.
- Entregar un informe con los resultados, una vez finalizado el proyecto o en caso de suspensión anticipada.

Alejandra Valdés



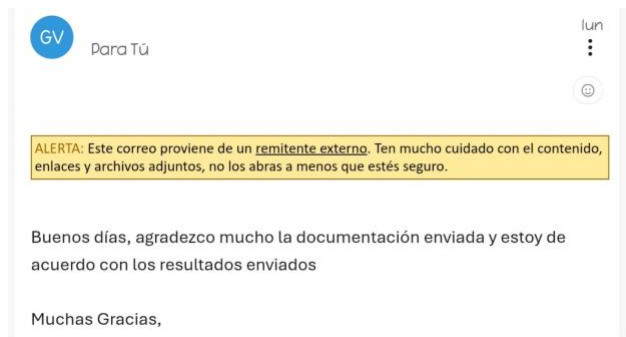
Digitally signed by ALEJANDRA VICTORIA VALDÉS VALDÉS
 DN: c=CL, st=R-Metropolitana, r=Santiago, o=e-Digital, ou=e-Digital, cn=ALEJANDRA VICTORIA VALDÉS VALDÉS, email=avaldesv@udd.cl
 Reason: Sign CEDULA:7842508-3 - 6aa44-8599048
 Location: e-Digital App
 Date: 25.01.2026 17:02:49 -0300

Sra. Alejandra Valdés V.
 Vicepresidenta Comité de Ética Científico

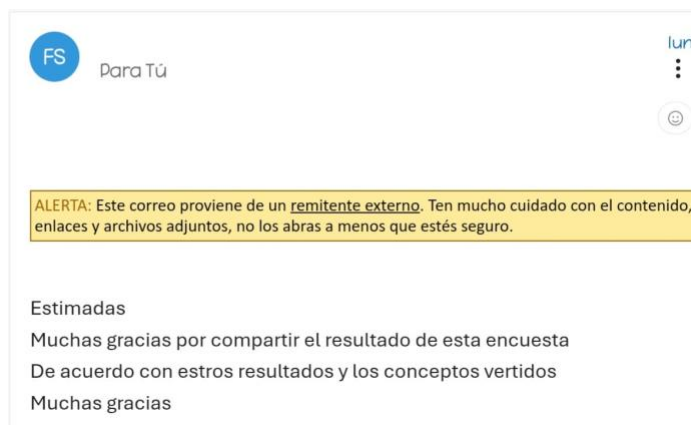
Facultad de Medicina Clínica Alemana

Anexo 8

Evidencia del proceso de validación por participantes



Re: Resultados Investigacioin DM2



Anexo 9

<i>Categoría</i>	<i>Subcategoría</i>	<i>Definición</i>	<i>Cita</i>
Factor relacionado al tratamiento	Experiencia en relación al tratamiento farmacológico	Factores intrínsecos del régimen farmacológico prescrito. La complejidad del esquema, considerando número de medicamentos, frecuencia de dosis, especificidad de instrucciones, aparición de efectos secundarios y la duración de la terapia. Lo anterior considerando la capacidad del individuo para integrar el tratamiento en su propia realidad.	E5: “pasamos de un tipo de inyección diaria a una semanal, lo que fue bastante bueno, porque francamente estar inyectando todos los días era más complicado... para mi era un rollo obviamente andar trayendo cierto, la jeringa diaria...” E6: “Los remedios también apuntaban hacia la hipertensión, pero me hacían mal. Tuve que informarle al doctor que ese remedio no me servía. Después pasó el tiempo y encontré doctores mejores; el tratamiento fue mucho mejor. Luego me contacté con una endocrinóloga de la Clínica Alemana; ella es experta y me dio otro medicamento que me mantiene súper bien”

			E9: “Bueno, yo ahí con la experiencia uno ve que estos remedios te van también causando otros tipos de problemas que van involucrados, te sirven para una cosa pero también te conlleva que te den otras dolencias...” E2: “Igual soy un poco desordenado, hubo un par de años que me mantuve bien, pero ahora de nuevo como que... Me he ido arrancando” “Pero cuando me dice oye sabes que no te ha ido muy bien, te vamos a sumar un un remedio más o una dosis más de algo, ya no va a ser solo una, sino que va a ser una en la mañana y la tarde, ahí igual como que me da lata si tampoco no sé, estar tomando remedio, tanto no no es tan bueno, pero igual me siento... no me siento muy bien” E8: “yo.. cuando estoy regular con la ... con la ... con mis pastillas de
--	--	--	---

			mañana y de noche, y.. y mis.. yo también me inyectó dos veces en el día, y no tengo problema con eso" E10: "para mi fue mejor la insulina que en realidad la pastilla" "a veces me caían mal... y sobre todo la metformina" E3: "Uno de los remedios que me dieron me hizo mal, me sentía muy mal, me despertaba a las dos, tres de la mañana, tiritando... tenía que comer algo porque me bajaba mucho el azúcar..."
	Acceso a medicamentos	Facilidad o dificultad para obtener los medicamentos necesarios para el tratamiento, considerando disponibilidad y costo.	E1: "Los medicamentos de la canasta son de buena calidad y están a mi alcance porque están por el GES y tienen descuento" E8: "no tengo problemas porque como es GES, yo en el consultorio de arriba me lo entregan" E 9: "A mí no tengo problema de eso porque hay que dejar de parte el presupuesto para la

			compra de ellos.” “Yo voy a Salcobrand y ahí (...) te hacen un pequeño descuento” E 5: “A mi en una situación económica relativamente digamos cómoda, sin embargo, me resulta caro, osea sin embargo, me impacta el presupuesto” E 7: “Al menos se puede encontrar en la farmacia, no es muy difícil hallarlo y en el caso mío está dentro de un programa GES, lo que también me permite un ahorro de costo” E2 “No tengo problema. En la isapre, yo tengo isapre. Me incluyeron en el GES, pero algunos me cubre el GES que me lo regalan que en la atorvastatina y glifortex y lo otros los compro, pero tengo seguro en el trabajo, así que igual se me hace como más o menos asequible poder comprarlo” E10: “me los
--	--	--	--

			entrega el consultorio” E3: "Originalmente las farmacias tradicionales... los medicamentos me salían 220.000 pesos y un poquito más... tuve que buscar, buscar, buscar... encontré... en las farmacias solidarias... de 200.000 baje a 80.000" E6: “Está dentro de un programa GES, lo que también me permite un ahorro de costo, que no es menor”
	Tratamiento no farmacológico	Incluye la alimentación y la actividad física, considerando los cambios de hábitos, las dificultades para seguir las recomendaciones y la capacidad del usuario para integrarlas en su vida diaria.	E1: “Hice un cambio radical... dejar el cigarrillo, dejar el alcohol, dejar las masas y todo lo que se transforme en azúcar” E8: “yo sé lo que debo comer pero no lo hago, por las condiciones que te digo, mi condición laboral” “Me cuesta mucho controlar el consumo de carbohidratos, el del pan, ya.. como más pan de lo que debería comer”

			E5: “Yo nunca he tenido la sensación de disfrute después de hacer ejercicio, de bienestar... A mi no me energiza. Es como que me sacara la pila” E6: “Uno va a asumir los cambios y va a hacer los ejercicios, va a cambiar la alimentación a conciencia” E2: “en el tema de la alimentación es donde soy más o menos desordenado...no soy como muy riguroso...” “pero por el acceso a los alimentos, no hay problema” “no tengo problema, porque si hago deporte y estoy en el gimnasio, así que en esa parte ando bien”
Factores relacionados al paciente	Comprensión e integración de la información entregada	Forma en que el usuario comprende y aplica las indicaciones entregadas por el personal de salud, considerando la claridad de la información y cómo esta influye en la adherencia al tratamiento.	E10: “toda la información me la dan ellos los médicos allá, pero me la dan súper bien, yo entiendo al tiro lo que me están comunicando” E6: “No, no he tenido dificultades, tampoco han sido

			cosas muy complejas, así que he podido seguir las indicaciones sin mayores problemas” E7: “La verdad son bien pocas las recomendaciones que uno recibe. No siempre los médicos te indican todo lo que debes hacer. A veces están un poco apurados o a lo mejor están con algún otro paciente esperando.” // “Yo creo que el hecho de que te digan que continuar sin hacerse el tratamiento significa afectar tu vida y a los que te rodean eso te hace razonar rápidamente que debes hacerlo” E2: “las indicaciones están claras, quizás yo lo tengo claro lo que tengo que hacer y lo que no tengo que hacer también lo tengo claro” E8: nunca he tenido problemas de comprensión... para mí lo más difícil es lo que te dice el nutricionista nutriólogo, ¿por qué es más difícil? Porque te dice elija tantas onzas de
--	--	--	--

			esto... de adonde, o te dan una sugerencia, que tú deci uy, debería resultar, cuando tú de las una segunda vuelta al análisis y es imposible que una las siga”
	Red de apoyo	Percepción del usuario sobre la capacidad que tiene su red de apoyo, como amigos o familia, para brindar apoyo emocional o práctico al usuario con DM II.	E6: “La familia te está preguntando, te tomaste el remedio, cómo te has sentido... siempre hay una preocupación detrás de las amistades, de la familia” E10: “mi familia influye hartoo... ellos son los que más me apoyan” “Porque también están comiendo casi lo mismo que como yo” E3: “Afortunadamente mi familia se ha comprometido hartoo con el tema de la alimentación, entonces, todo lo que yo consumo ellos también lo han hecho parte de su dieta, todo” E5: “Mi mujer me ayuda mucho. Mi mujer osea, como que me pregunta cada vez que voy al médico como

			estuvo” E7: “Algunas veces se me olvida cierto horario, tengo que tomarme el medicamento y mi señora estaba detrás mío...”// “Habitualmente la familia te está preguntando te tomaste el remedio, cómo te has sentido, estas haciendo ejercicio, los amigos también...” E2: "El lado de la familia sí, está siempre y siempre pendiente siempre, quizá cuando voy, revisamos los exámenes, todos les cuento, pero eso en la familia no hay problema, la amistad ahí no mucho, no hay mucho apoyo, es más desorden”
	Responsabilidad personal	Experiencia sobre el compromiso y participación que posee el usuario con respecto a su autocuidado, integrando las indicaciones de salud en su vida diaria y asumiendo decisiones para enfrentar su enfermedad.	E1: “Yo me cuido sola, sigo las sugerencias profesionales, pero el cuidado es mío” E8: “eso es tema de mi disciplina” “soy yo el porfiado” E10: “si no lo hago yo, nadie lo va a hacer” “es lo que más tengo presente

			es eso. De cuidarme los pies, no hacerme ninguna herida” E3: "Yo tengo que buscar las alternativas para poder salir de esta situación... por iniciativa, por yo estar bien, por darle la seguridad a mis familiares" E7: "En el fondo si uno se quiere, y quiere estar bien, uno va a asumir los cambios y va a hacer los ejercicios, va a cambiar la alimentación a conciencia. Así que no he tenido grandes dificultades en el tema de adoptar medidas que vayan de acuerdo a las indicaciones del médico con respecto a la diabetes" E9 : "Uno ya tiene que cuidarse y entrar en este tratamiento y seguir al pie de la letra lo que te ha indicado el nutricionista"
Factores relacionados al equipo de salud	Seguimiento por parte del sistema de salud	Experiencias de los usuarios con el seguimiento por parte del sistema de salud, dificultades o facilidades en este proceso;	E6: "lo facilita porque habitualmente están en contacto, te mandan mensajes, te llaman por teléfono, te envían

		acompañamiento, monitoreo durante tratamiento, continuidad de la atención.	correo" E10: "me empiezan a llamar por teléfono" "no dejan que pierda la hora" E3 : "Me llamaron en diciembre dos veces, y de ahí nunca más me han llamado. Entonces el seguimiento del sistema de salud para mí no ha sido práctico" E5: "A mi nadie me derivó, digamos a la clínica Alemana, nadie me mandó a un podólogo, sino que me dijeron, tienes que cuidarte" E7: "Lo facilita porque habitualmente están en contacto, te mandan mensajes, te llaman por teléfono, te envían correo... Habitualmente están detrás de uno prestándole el apoyo para que tu no olvides que debes controlarte..." E2: "estoy incluido como en el GES, pero no me atiende con el médico de cabecera de Isapre que me dan, porque como me lo cambian
--	--	--	---

			a cada rato me chorie y sí que me atiende como en forma particular.”
	Actitud del personal de salud	Percepción del usuario sobre el trato, empatía, apoyo y disposición del personal de salud, y cómo esto influye en su confianza y adherencia al tratamiento.	E1: “Cuando hay empatía, llevas mejor la enfermedad y te haces amiga de ella, porque sientes más confianza y apoyo por parte de los profesionales” E3: "El primer doctor yo la verdad fue como... Estoy yendo a puro tontear al consultorio... y ahora con este otro doctor, dan ganas de seguir el tratamiento, de cuidarse, de todo" E5: “mi diabetóloga ha sido muy importante. Ella es empática, entiende, conversa de cómo está mi vida... No quiere retarme, me quiere entender también qué está pasando... Yo he sentido que hay una empatía, una preocupación” E2: “siempre ha sido clara... bastante

			amena la conversación o las instrucciones que me da ella”
--	--	--	--