

# REVISTA PRISMA SOCIAL N° 32

## INVESTIGACIÓN SOCIAL SOBRE POLÍTICAS DEL CUIDADO Y LA DEPENDENCIA EN EUROPA E IBEROAMÉRICA

1<sup>ER</sup> TRIMESTRE, ENERO 2021 | SECCIÓN ABIERTA | PP. 446-475

RECIBIDO: 31/10/2020 – ACEPTADO: 12/1/2021

### DIFICULTADES EN LOS CUIDADOS DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

#### DIABETES MELLITUS TIPO 2: ESTADO DE LA CUESTIÓN

#### DIFFICULTIES IN THE CARE OF PEOPLE WITH CHRONIC DISEASES

#### TYPE 2 DIABETES MELLITUS: STATE OF PLAY

MARÍA-NERI IGLESIAS-FERNÁNDEZ / [MARIGL05@UCM.ES](mailto:MARIGL05@UCM.ES)

TRABAJADORA SOCIAL SANITARIA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CUIDADOS, HUMANIZACIÓN Y ATENCIÓN SOCIOSANITARIA. CONSEJERÍA DE SALUD. ASTURIAS. DOCTORANDA EN TRABAJO SOCIAL. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID (UCM). INVESTIGADORA DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (ISPA)



prisma  
social  
revista  
de ciencias  
sociales

## RESUMEN

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), uno de cada 20 fallecimientos en el mundo es atribuible a la diabetes. Las enfermedades crónicas son las principales causas de discapacidad y dependencia a medio y largo plazo. En este estudio se pretende conocer las evidencias científicas sobre los factores influyentes en el cumplimiento del tratamiento, los cuidados y el autocuidado en las personas con diabetes mellitus tipo 2. Se trata de una investigación documental cualitativa desde un enfoque metodológico hermenéutico. Se han considerado relevantes 52 documentos, en lengua castellana e inglesa. Como categorías de análisis se han considerado las enfermedades crónicas y la diabetes mellitus tipo 2, y 5 dimensiones: adherencia al tratamiento, cuidados y autocuidado, desigualdades sociales e inequidad, factores psicosociales y vulnerabilidad social. Mediante el estudio y análisis documental se ha encontrado que el cumplimiento del tratamiento, los cuidados y el autocuidado están influenciados por múltiples factores: individuales, familiares, socioeconómicos, medioambientales, ..., que dificultan enormemente el control de las enfermedades crónicas. Apesar de estas evidencias, se hace necesario iniciar nuevas investigaciones desde el enfoque de la vulnerabilidad social, que ayudaría a atender a las personas de acuerdo con su realidad social. Este vacío investigativo permite a la autora iniciar la elaboración y validación científica de un cuestionario autoadministrado que mida vulnerabilidad social individual en personas con diabetes mellitus tipo 2.

## PALABRAS CLAVE

*Adherencia al tratamiento; diabetes mellitus tipo 2; cuidados; desigualdades sociales; inequidad; factores psicosociales; vulnerabilidad social.*

## ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) estimates that one in 20 deaths worldwide is attributable to diabetes. Chronic diseases are the main causes of disability and dependence in the medium and long term. This study aims to identify the scientific evidence on factors influencing adherence to treatment, care and self-care in people with type 2 diabetes mellitus. It is a qualitative documentary research from a hermeneutic methodological approach. Fifty-two relevant documents in Spanish and English were considered for this study. Chronic diseases and type 2 diabetes mellitus were considered as categories for analysis, with five dimensions: adherence to treatment, care and self-care, social inequalities and inequity, psychosocial factors and social vulnerability. Through the study and documentary analysis it has been found that adherence to treatment, care and self-care are influenced by multiple factors: individual, family, socioeconomic, environmental, ..., that greatly hinder the control of chronic diseases. Despite this evidence, it is necessary to initiate new research from the approach of social vulnerability, which would help to look after people according to their social reality. This research gap allows the author to initiate the elaboration and scientific validation of a self-administered questionnaire which measures individual social vulnerability in people with type 2 diabetes mellitus.

## KEYWORDS

*Treatment adherence; type 2 diabetes mellitus; care; social inequalities; inequity; psychosocial factors; social vulnerability.*

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Conocer los factores que pueden influir en la adherencia al tratamiento<sup>1</sup> y el control de la enfermedad en las personas con enfermedades no transmisibles (ENT) en general, y con diabetes mellitus tipo 2 en particular, a través de la revisión de artículos científicos y otros documentos sobre la materia.

### 1.2. ANTECEDENTES

Las enfermedades no transmisibles (ENT) o enfermedades crónicas, son procesos de larga evolución que interfieren en el bienestar de las personas y pueden producir incapacidad para realizar actividades cotidianas, bien de manera puntual o continua. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016a), los principales tipos de ENT son las enfermedades cardiovasculares (ataques cardíacos, accidentes cardiovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.

Estas enfermedades, matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible reconoce que las ENT son un importante obstáculo al desarrollo sostenible. Las intervenciones de gestión de las ENT son esenciales para alcanzar la meta mundial de lograr una reducción relativa al riesgo de mortalidad prematura del 25% para 2025, y la meta de los ODS consistente en reducir las muertes prematuras por ENT en un 33% para 2030.

Una de las enfermedades crónicas más prevalentes es la diabetes. Según estimaciones de la OMS (2016b), uno de cada 20 fallecimientos en el mundo es atribuible a la diabetes, una proporción que se eleva a uno de cada 10, entre personas de 35 a 64 años, y las proyecciones apuntan a que sea la séptima causa de mortalidad mundial en 2030 (OMS, 2016 c).

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica que se caracteriza por niveles elevados de glucosa en sangre (azúcar en sangre). Se asocia con una deficiencia absoluta o relativa de la producción y/o de la acción de la insulina. Con el tiempo, la diabetes conduce a graves daños en el corazón, vasos sanguíneos, ojos riñones y nervios.

Hay tres tipos principales de diabetes. La más común es la diabetes tipo 2, representa entre el 85% y 90% de los casos y se manifiesta generalmente en personas adultas, cuando el cuerpo se vuelve resistente a la insulina o no produce suficiente insulina. Se relaciona con factores de riesgo modificables como la obesidad o sobrepeso, la inactividad física y las dietas con alto contenido calórico y bajo valor nutritivo.

Todos los tipos de diabetes pueden provocar complicaciones en muchas partes del cuerpo y aumentar el riesgo general de muerte prematura. Las posibles complicaciones incluyen insuficiencia renal, amputación de extremidades inferiores, pérdida de visión y daño a los nervios.

<sup>1</sup> En 2004, la OMS adoptó la definición de adherencia postulada por Haynes y Rand de 1979 y 1993, respectivamente: «la adherencia terapéutica es el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria».

Las personas adultas con diabetes también tienen un riesgo dos o tres veces mayor de sufrir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares.

Casi el 3% de la ceguera global se puede atribuir a la retinopatía diabética, que se produce como consecuencia del daño acumulado durante años en los vasos sanguíneos de la retina. La diabetes también se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal. La reducción del flujo sanguíneo y el daño a los nervios en los pies causados por la diabetes pueden provocar úlceras en los pies, y las infecciones y complicaciones asociadas pueden llevar a la amputación de una extremidad y a problemas de salud graves para toda la vida. Por ello, cabe destacar que la diabetes aboca a las personas que la padecen a la discapacidad y/o dependencia, a medio plazo.

En España, el Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), en 2011, llevó a cabo junto con la Sociedad Española de Diabetes (SED), el primer estudio de prevalencia de diabetes que permitió conocer que cerca del 14% de los españoles padece diabetes, y alrededor del 40% de ellos, ignora que padece la enfermedad. Al mismo tiempo, el estudio permitió establecer que unos siete millones de personas tenían alteraciones del metabolismo de la glucosa, es decir, estaban en una situación de prediabetes. La prevalencia de dicha patología en el año 2016 (OMS, 2016d) fue del 10.6% en hombres y del 8.2% en mujeres, cifras que siguen aumentando cada año; es la quinta causa de muerte, por detrás de enfermedades cardiovasculares, tumores, accidentes y patologías respiratorias crónicas.

Asimismo, la OMS (2017), entiende por inequidades sanitarias «las inequidades evitables en materia de salud entre grupos de población en un mismo país, o entre países. Esas inequidades son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades. Las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarla». A su vez, la OMS afirma que, «existe evidencia que el lugar que ocupa cada persona en la jerarquía social afecta a las condiciones de crecimiento, aprendizaje, vida, trabajo y envejecimiento, a su vulnerabilidad ante la mala salud y a las consecuencias de la enfermedad y a la adopción de hábitos de vida más o menos saludables».

En referencia a la vulnerabilidad, Fernández, Lorenzo y Vázquez (2012), la definen como: «Debilidad o susceptibilidad de un individuo, grupo o colectivo, que produce la percepción de un deterioro de los factores de protección y de bienestar. [...]» Por otro lado, según el Diccionario de la RAE, «es vulnerable quien puede ser herido o recibir lesión, física o moralmente»

### 1.3. OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio es profundizar en el análisis documental de los artículos científicos y documentos más relevantes sobre las posibles relaciones entre la vulnerabilidad social de las personas con enfermedades crónicas en general y, particularmente, con diabetes y su posible incidencia en la adherencia al tratamiento, los cuidados y el autocuidado.

Para conseguir dicho objetivo, se propusieron los siguientes objetivos específicos:

- 1.- Descubrir las evidencias científicas existentes sobre las dificultades en los cuidados y el autocuidado de las personas con enfermedad crónica.
- 2.- Estudiar los factores influyentes en el manejo y control de la enfermedad.
- 3.- Identificar posibles «vacíos» en las investigaciones analizadas que permitan iniciar nuevas investigaciones
- 4.- Determinar si es factible un nuevo enfoque metodológico que considere la vulnerabilidad social individual de las personas con diabetes mellitus tipo 2 o en situación de prediabetes.

## 2. DISEÑO Y MÉTODO

### 2.1. OBJETO FORMAL DE INVESTIGACIÓN

Este estudio describe las dificultades y factores influyentes en las enfermedades crónicas y en la diabetes mellitus tipo 2 y la complejidad de su abordaje, considerando los hallazgos de las publicaciones científicas analizadas.

### 2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es cualitativa de revisión bibliográfica mediante revisión sistemática. Se ha optado por el enfoque metodológico hermenéutico, desde el que se pueden contrastar los resultados de investigaciones científicas sobre la vulnerabilidad social y la diabetes y, a partir de este proceso, detectar posibles vacíos que permitan generar nuevas investigaciones científicas que contribuyan a crear nuevos conocimientos. Se caracteriza por la utilización de documentos que se recolectan, seleccionan y analizan para presentar resultados coherentes, utilizando los procedimientos lógicos y mentales de toda investigación: análisis, síntesis, deducción, inducción... Se han considerado publicaciones multidisciplinarias relacionadas con las enfermedades crónicas, la diabetes mellitus tipo 2 y factores asociados.

### 2.3. MUESTRA

Cincuenta y dos (52) publicaciones sobre la diabetes mellitus tipo 2, las enfermedades crónicas y otros factores influyentes que abarcan 21 países, distribuidos en 39 artículos científicos, 1 reseña de libro, 1 nota de investigación, 2 publicaciones de prensa, 7 publicaciones de organismos internacionales, 1 resumen de artículo y 1 comunicación presentada en congresos, que han sido publicadas desde el año 1999 hasta el año 2019, en lenguas castellana e inglesa, tanto del ámbito nacional como internacional. Los países incluidos en el análisis son: España, Francia, Costa Rica, Europa (Austria, Bélgica, Dinamarca, Francia, Alemania, Grecia, Italia, España, Suecia, Suiza y Países Bajos), Ecuador, Cuba, Canadá, Chile, México, Colombia, Argentina, Uruguay y Paraguay.

## 2.4. CATEGORÍAS Y DIMENSIONES ANALIZADAS

Como categorías de análisis se han considerado las enfermedades crónicas no transmisibles, en general, y la diabetes mellitus tipo 2, en particular. Se han encontrado las siguientes dimensiones: 1) Adherencia al tratamiento; 2) cuidados y autocuidado; 3) desigualdades sociales, determinantes sociales e inequidad; 4) factores psicosociales y 5) vulnerabilidad social.

## 2.5. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Se ha elegido como técnica de investigación la revisión documental, ya que en los procesos investigativos, como afirma Mercado (2008, citado en Orozco y Díaz, 2018)) la revisión documental «permite el aprovechamiento de la información que puede estar disponible en documentos oficiales y personales, informes, cartas, prensa, diario, registros, revistas, folletos, actas, enciclopedias, cintas magnetofónicas u otras fuentes de información, además con la información obtenida se facilita el análisis de los datos relacionados con el tema de investigación».

El proceso de investigación se ha llevado a cabo en las siguientes fases: 1) Elección del tema; 2) acopio de la bibliografía básica sobre el tema a investigar; 3) elaboración de las fichas bibliográficas y hemerográficas; 4) lectura rápida de los materiales; 5) delimitación del tema; 6) elaboración del esquema de trabajo; 7) elaboración de las fichas de resumen y de contenido; 8) análisis de los contenidos; 9) redacción del borrador del informe de investigación y envío a personas expertas en la materia y 10) redacción final.

## 3. TRABAJO DE CAMPO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se han revisado documentos físicos, digitales e investigaciones científicas existentes sobre la materia objeto de estudio, tanto en bases de datos como en repositorios académicos institucionales donde se encontraron tesis doctorales y maestrías. Se ha acudido a estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la diabetes, enfermedades crónicas y desigualdades sociales. Tras la búsqueda inicial se encontraron 62 documentos relacionados con la materia de estudio; de ellos, resultaron relevantes para el objeto de esta revisión 52.

Entre los documentos consultados se encuentran ponencias y trabajos presentados en jornadas o en congresos, así como reflexiones críticas fundamentadas sobre el tema estudiado y artículos publicados en revistas científicas de reconocido prestigio. Todos los artículos revisados presentaban una estructura similar con los siguientes contenidos: el título, el resumen, las palabras clave, la introducción, material y métodos (metodología), los resultados, comentarios a los resultados, conclusiones y referencias bibliográficas.

### 3.1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo en diversas bases de datos como: Google Scholar, ReserarchGate, ProQuest, Medline, Mendeley, WOS, Dialnet, Scielo, DOAJ, ClinicalKey..., entre otras. También se buscaron documentos en repositorios institucionales (tesis, TFM). Para la búsqueda documental se han utilizado los siguientes descriptores: afrontamiento; cuidados; autocuidado; enfermedad crónica; diabetes; diabetes mellitus tipo 2; condiciones socioeconómicas; adherencia al tratamiento; apoyo familiar; apoyo social; determinantes sociales en salud; vulnerabilidad; vulnerabilidad social; resiliencia; factores psicosociales; educación; investigación cualitativa; investigación cuantitativa.

### 3.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Respecto a la revisión sistemática de documentos científicos, se aplicó como criterios de inclusión aquellos sobre las enfermedades crónicas, la diabetes mellitus, el cumplimiento terapéutico y aquellos factores que, directa o indirectamente, existen evidencias de su influencia en el manejo o control de la enfermedad y se excluyeron los que no contenían esa información. Se incluyeron en la literatura documentos que recogían experiencias, investigaciones y teorías probadas procedentes de organismos nacionales e internacionales, así como artículos o notas de prensa y notas de investigación. También se han considerado la metodología y las técnicas de investigación utilizadas, así como las palabras clave.

Para evaluar la calidad de los artículos y documentos, se elaboró una ficha de análisis para cada uno de los artículos, que se presenta en la Tabla 1, con los siguientes contenidos:

**Tabla 1. Ficha de análisis del artículo**

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1.- ¿Cuál es el propósito de leer este material?	Saber qué se ha investigado y conocer los hallazgos más significativos acerca de los factores que pueden influir en los cuidados, el autocuidado y la adherencia al tratamiento en las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Asimismo, conocer las posibles relaciones entre la vulnerabilidad social y la DM tipo 2.
2.- ¿Cuándo se hizo la investigación?	Interesó conocer un periodo largo de tiempo (1999-2019), para conocer no solamente los últimos hallazgos, sino para profundizar en la evolución de las investigaciones y del conocimiento generado.
3.- ¿Cuáles fueron los métodos de recogida de datos?	Se atendió a que la recogida de datos fuera sistemática o mediante procedimiento de muestreo aleatorio, con rigor técnico. También se consideraron otros documentos que, sin ser exactamente estudios de investigación, hacían referencia a otros estudios e investigaciones sobre el tema objeto de estudio (notas descriptivas y manuales de la OMS, ponencias en congresos, debates académicos...)
4.- ¿Están bien definidas las palabras clave?	Todas las palabras clave están bien definidas
5.- ¿Está construido claramente?	Todos los artículos revisados presentan una estructura similar: título, resumen y palabras clave (al menos en dos idiomas), introducción, metodología, resultados y análisis de los datos, conclusiones y referencias bibliográficas.
6.- ¿Cuál es el tema central del documento? ¿Por qué?	Se atendió a la correspondencia entre el título de los artículos y sus contenidos. También se consideraron las preguntas o hipótesis de investigación y las motivaciones para llevar a cabo las investigaciones.
7.- ¿Cómo puede ser relevante para mi trabajo actual?	Me han servido para la construcción del marco teórico referencial de mi tesis doctoral y para observar la ausencia de estudios que midan la vulnerabilidad social individual de las personas con DM tipo 2.

**Fuente: Elaboración propia (2020)**

### 3.3. RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

La recolección y el análisis de la información fue llevada a cabo en el periodo comprendido entre el 10 de enero de 2020 al 30 de mayo de 2020. El 5.8% de los documentos fueron publicados en el periodo comprendido entre 1999 y 2005, el 17.3% entre 2006 y 2010 y el 77% entre 2011 y 2019.

La información encontrada se organizó en cuadros, matrices, fichas temáticas y de contenido. Los documentos fueron clasificados de acuerdo con las similitudes de las temáticas. En la organización documental se fueron extrayendo apartados que se consideraron relevantes para la fase de análisis, considerando a su vez los resultados de las investigaciones y sus conclusiones.

Finalmente, se procedió al análisis documental, cruzando la información recogida al objeto de detectar la divergencia y la coincidencia en las investigaciones, realizando un proceso de confrontación de posiciones y resultados. En cada uno de los textos se evidencia el interés de los investigadores por conocer las dificultades sociales y las capacidades de afrontamiento de las personas diagnosticadas de diabetes, que inciden o pueden incidir en la adherencia terapéutica y el buen o mal control de la enfermedad.

La información analizada se estructuró en cinco dimensiones y se encontraron 79 palabras clave (Gráfico 1).

Gráfico 1. Nube de palabras



Fuente: Elaboración propia a partir de las palabras clave (2020)

## 4. RESULTADOS

Los resultados se estructuran en dos bloques. El primer bloque, recoge las dimensiones analizadas, expuestas en cinco tablas; el segundo bloque, hace referencia a la metodología empleada en la investigación y su enfoque.

En referencia a las dimensiones, se encontraron las siguientes:

- Primera dimensión: La adherencia al tratamiento (Tabla 2)
- Segunda dimensión: Cuidados y autocuidado (Tabla 3)
- Tercera dimensión: Desigualdades sociales, determinantes sociales e inequidad (Tabla 4)
- Cuarta dimensión: Los factores psicosociales influyentes (Tabla 5)
- Quinta dimensión: La vulnerabilidad social (Tabla 6)

A continuación, se presentan cinco tablas que recogen los resultados en referencia a las dimensiones de la diabetes mellitus tipo 2.

**Tabla 2. Primera dimensión: La adherencia al tratamiento**

Autoría y Documento	Palabras clave	N.º artículos
Troncoso, C., Delgado, D., y Rubilar, C. (2013) Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2.	Adherencia; Tratamiento; Diabetes mellitus tipo 2; Análisis cualitativo	11
Buitrago, F. (2011). Adherencia terapéutica. ¿Qué difícil es cumplir!	Adherencia terapéutica	
Mabel Maidana, G., Lugo, G., Vera, Z., Acosta, P., Morinigo, M., Isasi, D., y Mastroiani, P. (2016) Factores que determinan la falta de adherencia a la terapia medicamentosa.	Adherencia; Factores; Diabetes mellitus	
Moral de la Rubia, J., y María Teresa Alejandra, M. T. (2015). Predictores psicosociales de adherencia a la medicación en pacientes con diabetes tipo 2.	Diabetes; Adherencia al tratamiento; Apoyo social; Percepción de la enfermedad; Escolaridad	
Mediavilla Bravo, J. J. (2015). Factores asociados con la adherencia a la medicación en las personas con diabetes tipo 2.	Adherencia	
Rodríguez, M. R., Varela, M. T., Rincón, H., Velasco, M., Caicedo, D., Menéndez, F., y Gómez, O. (2015), Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad.	Cooperación del paciente; Estilo de vida; Hipertensión; Diabetes mellitus; Adherencia	
Tiv, M., Viel, J-F., Mauny, F., Eschwège, E., Weil, A., Fournier, C., Fagot-Campagna, A. y Penfornis, A. (2012). Medication Adherence in Tipe 2 Diabetes: The ENTRED Study, 2007, a French Population-Based Study.	Self-reported; Medication adherence, Factors linked with poor adherence; Patients with Tipe 2 Diabetes	
Conthe, P., Márquez, E., Aliaga, A., Barragán, B., Fernández del Cano, M. N., González, M., Ollero, M., y Pinto. J.L. (2014). Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro.	Adherencia terapéutica; Enfermedad crónica; Impacto clínico-sociosanitario; Incumplimiento	

Ramos, Y., Morejón, R., Cabreara, Y., Herranz, D., y Rodríguez, W. (2018). Adherencia terapéutica, nivel de conocimientos de la enfermedad y autoestima en pacientes diabéticos tipo 2.	Diabetes mellitus tipo 2; Cumplimiento y adherencia al tratamiento; Educación del paciente como asunto; Educación en salud
Domínguez, L.A., y Ortega, E. (2019). Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.	Adherencia terapéutica; Factores de riesgo; Diabetes mellitus
Bello, N. V., y Montoya, P.A. (2017). Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados.	Adherencia farmacológica; Adultos mayores; Diabetes mellitus tipo 2

**Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión documental (2020)**

**Tabla 3. Segunda dimensión: Cuidados y autocuidado**

Autoría y Documento	Palabras clave	N.º artículos
Galindo, M., Jansà, M., y Menéndez, E. (2015) Educación terapéutica y autocuidado: resultados del estudio observacional transversal Diabetes Attitudes, Wishes and Needs 2 (DAWN2) en España.	Diabetes mellitus; Enfermedad crónica; Educación en salud; Cuidadores; Autocuidado	3
Rodríguez, G J., Córdoba-Doña, J.A., Escolar-Pujolar, A., Aguilar-Diosdado, M., y Goicolea, I. (2018). Familia, economía y servicios sanitarios: claves en los cuidados en los pacientes con diabetes y amputación de miembros inferiores. Estudio cualitativo en Andalucía.	Diabetes mellitus; Pie diabético; Amputación; Autocuidados; Estudio cualitativo.	
Mar-García, J., Peñarrieta-de Córdoba, I., León-Hernández, R., Gutiérrez-Gómez, T., Banda-González, O., Rangel-Torres, S., y de León-Ramírez, M. (2018). Relación entre el automanejo y percepción de la funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2.	Autocuidado; Diabetes mellitus; Relaciones familiares; México	

**Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión documental (2020)**

**Tabla 4. Tercera dimensión: Desigualdades sociales, determinantes sociales e inequidad**

Autoría y Documento	Palabras clave	N.º artículos
Escolar Pujolar, A. (2009). Determinantes sociales frente a estilos de vida en la diabetes mellitus de tipo 2 en Andalucía: ¿la dificultad para llegar a fin de mes o la obesidad?.	Desigualdades en salud; Estilos de vida; Determinantes sociales; Obesidad; Diabetes mellitus tipo 2	
Espelt, A., Borrell, C., Palència, L., Goday, A., Spadea, T., Gnani, R., Font-Ribera, L. y Kunst, A.E. (2013). Socioeconomic inequalities in the incidence and prevalence of type 2 diabetes mellitus in Europe.	Socioeconomic factors; Diabetes mellitus tipe 2; Incidence; Prevalence, Europe.	
Escolar-Pujolar, A., Córdoba-Doña, J.A., Goicolea, I., Jesús, G., Santos, V., Mayoral, E., y Aguilar, M. (2018). El efecto del estado civil sobre las desigualdades sociales y de género en la mortalidad por diabetes mellitus en Andalucía.	Desigualdades; Mortalidad; Género; Nivel de estudios; Estado civil; Diabetes mellitus	
Pérez Rodríguez, A., y Berenguer Guarnaluses, M. (2015). Algunos determinantes sociales y su asociación con la diabetes mellitus de tipo 2.	Diabetes mellitus tipo 2; Determinante social; Enfermedad crónica no transmisible; Atención primaria de salud.	

Pérez-Hernández, B., García-Esquinas, E., Graciani, A., Guallar Castellón, P., López-García, E., León-Muñoz, L.M., Banegas, J.R., y Rodríguez-Artalejo, F. (2017). Social Inequalities in Cardiovascular Risk Factors Among Older Adults in Spain: The Seniors-ENRICA Study.	Cardiovascular risk factor; Social inequality; Education; Older adult	12
López Ramón, C., y Ávalos García, M. I. (2015) Diabetes mellitus, hacia una perspectiva social.	Diabetes mellitus; Determinantes sociales; Epidemiología; México	
Alter, D.A., y WeiYang Yu (2017). The rapid growth of socioeconomic inequalities in health: the effect of legacy.	Socioeconomic inequalities; Socioeconomic Position; Social Determinants of Health	
Domínguez Alonso, E. (2013) Desigualdades sociales y diabetes mellitus.	Inequidades en salud; Determinantes sociales de la salud; Desigualdades sociales; Diabetes mellitus.	
Ruiz-Ramos, M., Escolar-Pujolar, A., Mayoral-Sánchez, E., Corral-San Laureano, F., y Fernández-Fernández, I. (2006). La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades.	Diabetes mellitus; Incidencia; Prevalencia; Costes económicos; Desigualdades	
Ruiz-Ramos, M., Córdoba-Doña, J.A., Bacigalupe, A., Juárez, S., y Escolar-Pujolar, A. (2014). Crisis económica al inicio del siglo XXI y mortalidad en España. Tendencia e impacto sobre las desigualdades sociales. Informe SESPAS 2014.	Mortalidad general; Mortalidad por causas; Crisis económica; Tendencias; Desigualdades sociales	
Organización Mundial de la Salud/OMS, "10 datos sobre las inequidades sanitarias y sus causas". Nota Descriptiva, abril de 2017.	Inequidades sanitarias	

**Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión documental (2020)**

**Tabla 5. Cuarta dimensión: Los factores psicosociales influyentes**

Autoría y Documento	Palabras clave	N.º artículos
Arteaga, A., Cogollo, R., y Muñoz, D. (2017) Apoyo social y control metabólico en la diabetes mellitus tipo 2.	Apoyo social; Diabetes mellitus; Atención primaria de salud	
Teherán, A.A., Mejía, M. C., Álvarez, L.J., Muñoz, Y.J., Barrera, M.C., y González, V.C. (2007). Relación entre el apoyo social y las complicaciones agudas de la diabetes tipo 2: Un estudio de corte transversal.	Apoyo social; Diabetes mellitus tipo 2; Complicaciones de la diabetes	
Moral de la Rubia, J., y Alejandra Cerda, M. T. (2015). Predictores psicosociales de adherencia a la medicación en pacientes con diabetes tipo 2.	Diabetes; Adherencia al tratamiento; Apoyo social; Percepción de la enfermedad; Escolaridad	
Martos-Méndez, M. J. (2016). SELF-EFFICACY AND ADHERENCE TO TREATMENT: THE MEDIATING EFFECTS OF SOCIAL SUPPORT.	Self-efficacy; Social support; Adherence; Chronic patients.	
Rodríguez López, M.R., Varela A., M.T., Rincón H., H., Velasco P., M.M., Caicedo B., D.M., Menéndez P., F., y Gómez G., O.L. (2015), Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad.	Cooperación del paciente; Estilo de vida; Hipertensión; Diabetes mellitus; Adherencia	
Ariza, E., Camacho, N., Londoño, E., Niño, C., Sequeda, C., Solano, C., y Borda, M. (2005) Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2.	Diabetes mellitus; Control metabólico; Funcionamiento familiar.	

Vásquez-Illescas, J. y Zhuzhingo-Vásquez, C. (2018). Evaluación de adaptabilidad familiar y diabetes mellitus tipo 2 en el adulto mayor.	Funcionalidad familiar; Diabetes; Ancianos frágiles; Análisis factorial	13
Acosta López de Llergo, I.C., y Sánchez Araiza, Y.I. (2009). Manifestación de la resiliencia como factor de protección en enfermos crónicos terminales hospitalizados.	Enfermedad crónico terminal; Resiliencia; Orientación psicológica	
Colunga-Rodríguez, C., García de Alba, J.E., Ángel-González, M., y Salazar Estrada, J.G. (2008). Caracterización psicosocial de pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria, Nota de investigación.	Diabetes mellitus tipo 2; Factores psicosociales; Primer nivel de atención.	
García Cedillo, I., y Morales Antúnez, B.V. (2015). Eficacia de la entrevista motivacional en la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.	Diabetes mellitus tipo2; Adherencia terapéutica; Entrevista motivacional	
Grau Abalo, J.A. (2015). Enfermedades crónicas no transmisibles: Un abordaje desde los factores psicosociales.	Enfermedad crónica; Abordaje psicosocial; Psicología de la salud.	
Álvarez, L., Rueda, Z., González, L., y Acevedo, L. (2010). Promoción de actitudes y estrategias para el afrontamiento de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial en un grupo de enfermos crónicos de la ciudad de Bucamaranga.	Afrontamiento; Creencias; Hipertensión arterial; Diabetes mellitus	
Ortiz, M., Ortiz, E., Gatica, A., y Gómez, D. (2011). Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.	Diabetes mellitus tipo2; Adherencia al tratamiento; Estrés; Sintomatología depresiva; Estilos de afrontamiento	

**Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión documental (2020)**

**Tabla 6. Quinta dimensión: La vulnerabilidad social**

Autoría y Documento	Palabras clave	N.º artículos
Katzman, R. (2000). Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social, en Serie Documentos de Trabajo del IPES, Colección Aportes Conceptuales, N.º 2.	Vulnerabilidad social	7
Feito, L. (2007). Vulnerabilidad.	Vulnerabilidad; Reconocimiento; Cuidado; Solidaridad; Daño.	
Sánchez González, D., y Egea Jiménez, C. (2009). Vulnerabilidad sociodemográfica y ambiental, viejos y nuevos riesgos.	Vulnerabilidad social	
Sánchez González, D. y Egea Jiménez, C. (2010). Reflexión sobre la vulnerabilidad social: concepto, enfoques, métodos y líneas de investigación.	Vulnerabilidad social	
Sánchez-González, D., y Egea-Jiménez, C. (2011). Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales: Su aplicación en el estudio de los adultos mayores.	Vulnerabilidad social; Desventaja socioambiental; Adultos mayores; Planificación gerontológica	
González, L.M. (2009). Orientaciones de lectura sobre vulnerabilidad social.	Vulnerabilidad social; Desigualdad social.	
Guerra Osorno, I.C. (2012). Vulnerabilidad social. Posicionamientos y ángulos desde geografías diferentes.	Vulnerabilidad social	

**Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión documental (2020)**

La metodología empleada en la investigación y su enfoque se expone a continuación, recogida en cinco tablas:

- Tabla 7: Metodología cuantitativa y enfoque analítico.
- Tabla 8: Metodología cuantitativa y enfoque descriptivo.
- Tabla 9: Metodología cualitativa y enfoque fenomenológico.
- Tabla 10: Metodología cualitativa y enfoque hermenéutico.
- Tabla 11: Metodología mixta.

**Tabla 7. Metodología cuantitativa y enfoque analítico**

Autores	N.º Artículos
Domínguez Gallardo, L. y Ortega Filártiga, E. (2010)	6
García Cedillo, I., y Morales Antúnez, B. V. (2015)	
Rodríguez López, M.R., Varela A., M.T., Rincón H., Velasco P., M., Caicedo B., D.M., Menéndez P., F., y Gómez G., O.L. (2015)	
Vásquez-Illescas, J. y Zhuzhingo-Vásquez, C. (2018)	
Álvarez, L., Rueda, Z., González, L., y Acevedo, L. (2010)	
Mabel Maidana, G., Lugo, G., Vera, Z., Acosta, P., Morinigo, M., Isasi, D., y Mastroianni, P. (2016)	

**Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión documental (2020)**

**Tabla 8. Metodología cuantitativa y enfoque descriptivo**

Autores	N.º Artículos
Ariza, E., Camacho, N., Londoño, E., Niño, C., Sequeda, C., Solano, C., y Borda, M. (2005)	21
Colunga-Rodríguez, C., García de Alba, J.E., Ángel-González, M., y Salazar Estrada, J. (2008)	
Escolar-Pujolar, A. (2009)	
Ortiz, M., Ortiz, E., Gatica, A., y Gómez, D. (2011)	
Tiv, M., Jean-François Viel, Frédéric Mauny, Eveline Eschwège, Alain Weil, Cecile Fournier, Anne Fagot-Campagna y Alfred Penfornis (2012)	
Espelt, A., Borrell, C., Palència, L., Goday, A., Spadea, T., Gnani, R., Font-Ribera, L. y Kunst, A.E. (2013)	
Lucía Figueroa, C., y Gamarra, G. (2013)	
Ruiz-Ramos, M., Córdoba-Doña, J.A., Bacigalupe, A., Juárez, S., y Escolar-Pujolar, A. (2014)	
Galindo Rubio, M., Jansà Morató, M., y Menéndez Torre, E. (2015)	
Moral de la Rubia, J., y Alejandra Cerda, M.T. (2015)	
Sánchez-Cruz, J.F., Hipólito-Lóenzo, A., Mugarregui-Sánchez, S.G., y Yáñez-González, R.M. (2016)	
Martos-Méndez, M.J. (2016)	
Mar-García, J., Peñarrieta-de Córdoba, I., León-Hernández, R., Gutiérrez-Gómez, T., Banda-González, O., Rangel-Torres, S., y León-Ramírez, M. (2017)	
Arteaga Noriega, A., Cogollo Jiménez, R., y Muñoz Monterroza, D. (2017)	
Pérez-Hernández, B., García-Esquinas, E., Graciani, A., Guallar Castillón, P., López-García, E., León-Muñoz, L.M., Banegas, J.R., y Rodríguez-Artalejo, F. (2017)	
Teherán Valderrama, A., Mejía Guatibonza, M.C., Álvarez Meza, L.J., Muñoz Ramírez, Y.J., Barrera Céspedes, M.C., y Cadavid González, V. (2017)	
Bello Escamilla, N.V., y Montoya Cáceres, P.A. (2017)	
Castillo Morejón, M., Martín Alonso, L., y Almenares Rodríguez, K. (2017)	
Ramos Rangel, Y., Morejón Suárez, R., Cabreara Macías, Y., Herranz Brito, D., y Rodríguez Ortega, W. (2018)	
Domínguez Gallardo, L.A., y Ortega Filártiga, E. (2019)	
Escolar-Pujolar, A., Córdoba-Doña, J.A., Goicolea Julián, I., Jesús Rodríguez, G., Santos Sánchez, V., Mayoral Sánchez, E., y Aguilar Diosdado, M. (2018)	

**Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión documental (2020)**

**Tabla 9. Metodología cualitativa y enfoque fenomenológico**

Autores	N.º Artículos
Acosta López de Llergo, I.C., y Sánchez Araiza, Y.I. (2009)	3
Troncoso Pantoja, C., Delgado Segura, D., y Rubilar Villalobos, C. (2013)	
Rodríguez, G J., Córdoba-Doña, J.A., Escolar-Pujolar, A., Aguilar-Diosdado, M., y Goicolea, I. (2018)	

**Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión documental (2020)**

**Tabla 10. Metodología cualitativa y enfoque hermenéutico**

Autores	N.º Artículos
Feito, L. (2007)	10
González, L.M. (2009)	
Sánchez- González, D. y Egea-Jiménez, C. (2009)	
Sánchez-González, D. y Egea-Jiménez, C. (2011)	
Domínguez Alonso, E. (2013)	
Conthe, P., Márquez Contreras, E., Aliaga Pérez, A., Barragán García, B., Fernández del Cano Martín, M.N., González Jurado, M., Ollero Baturone, M., y Pinto, J.L. (2014)	
Pérez Rodríguez, A., y Berenguer Gouarnaluses, M. (2015)	
López Ramón, C., y Ávalos García, M.I. (2015)	
Mediavilla Bravo, J.J. (2015)	
Grau Abalo, J.A. (2016)	

**Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión documental (2020)**

**Tabla 11. Metodología mixta**

Autores	N.º Artículos
Ruiz-Ramos, M., Escolar-Pujolar, A., Mayoral-Sánchez, E., Corral-San Laureano, F., y Fernández-Fernández, I. (2006)	1

**Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión documental (2020)**

A su vez, se exponen los principales hallazgos de la revisión bibliográfica atendiendo a las dimensiones propuestas y se analizan las coincidencias y divergencias encontradas.

#### 4.1. SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia terapéutica como, «el grado en el que el comportamiento de una persona – tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y realizar cambios en el estilo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria» (Sabaté, 2004 p.76).

Existen evidencias de que la falta de adherencia al tratamiento entre las personas diagnosticadas de diabetes es frecuente y está influida por múltiples factores. Sin embargo, no todos los investigadores coinciden en los factores influyentes. Buitrago (2011), Tiv *et al.* (2012), Conthe *et al.* (2014) y Mediavilla (2015), coinciden en afirmar que los factores asociados significativamente a la adherencia al tratamiento, básicamente, se relacionan con tres áreas: con el paciente, con factores médicos y el propio tratamiento y con los cuidados en salud. Para Mediavilla (2015), de todos ellos, «solo el estado mental, específicamente la depresión, y los costes de la medicación se asociaron consistentemente con la adhesión a través de múltiples estudios y diseños» (p.2).

Conthe *et al.* (2014, p. 342), aseguran no haber encontrado un perfil claro de paciente incumplidor; ponen el énfasis en los costes para el sistema sanitario, Ya que la falta de adherencia se sitúa en torno del 50% de las enfermedades crónicas. Esto, «supone un incremento en días y duración de las hospitalizaciones, visitas a urgencias y utilización de otros fármacos». A su vez, «la falta de adherencia terapéutica puede ocasionar valoraciones inadecuadas de la efectividad real de la medicación».

Tiv *et al.* (2012, pp. 3-5), manifiestan que sus resultados muestran la importancia de la «toma de decisiones compartida en la que se consideren las creencias y preferencias del/de la paciente. Este enfoque centrado en el/la paciente mejora la adherencia y los resultados». Para ello, los y las pacientes necesitan adquirir conocimientos y habilidades, pero también la capacidad de cambio de comportamiento que requiere una educación intensiva en salud, adaptadas a las peculiaridades del/de la paciente.

Sin embargo, para Mabel *et al.* (2016), «el olvido y la polimedicación son los factores más frecuentes por los que los pacientes no se adhieren al tratamiento farmacológico» (p.75); del mismo modo, Moral y Alejandra (2015), indican que «parece que una medicación pertinente y eficaz que genera mejoría percibida por el paciente es el factor que más contribuye con la adherencia» (p.26).

Ramos *et al.* (2018), señalan que «existen evidencias de relación entre la adherencia terapéutica y los niveles de conocimientos de la enfermedad y la autoestima: a mayor adherencia terapéutica se vinculan niveles más altos de autoestima y de conocimientos de la enfermedad» (p.23).

Domínguez y Ortega (2019) han encontrado una frecuencia alta de no adherencia al tratamiento y los «factores que se asociaron significativamente fueron la presencia de complicaciones crónicas, la monoterapia farmacológica, la presencia de efectos adversos medicamentosos, el tiempo de evolución superior a diez años y la mala relación médico-paciente» (p.72).

Troncoso *et al.* (2013, p. 12), afirman que «el tratamiento farmacológico fue percibido como necesario y las personas participantes en el estudio lo seguían de manera adecuada». Sin embargo, aunque la dieta se percibe como necesaria, no se realiza de forma adecuada. Han identificado como factores condicionantes de la falta de seguimiento dietético, «la situación económica y la limitada disponibilidad horaria para seguir su régimen. El ejercicio físico no es percibido como una parte de la terapia de la diabetes mellitus tipo 2».

Rodríguez-López *et al.* (2015), manifiestan que «los factores asociados positivamente con la adherencia fueron el sexo femenino, tener una ocupación diferente al hogar, diagnóstico de diabetes, una severa clasificación de la función renal y contar con apoyo del equipo de salud» (p.198).

Algunos autores aseguran que, para mejorar la adherencia a los tratamientos, se requiere una intervención multidisciplinar. Así, Tiv *et al.* (2012) refieren que «son más efectivas que cualquier intervención individual, en personas con diabetes mellitus tipo 2 e incumplimiento terapéutico». Sus hallazgos confirman «la necesidad de informar mejor a los pacientes sobre su enfermedad y tratamiento y adaptar individualmente las recomendaciones, [...] especialmente, porque existen evidencias que la educación permite al paciente adquirir conocimiento y comprensión de la diabetes, las habilidades de autocontrol y las competencias psicosociales».

Mediavilla (2015) manifiesta, «..., las estrategias de intervención deben actuar sobre una o varias de las causas de la falta de adherencia. Estas estrategias deben ser múltiples y se recomienda que sean repetidas y a largo plazo, ya que su eficacia disminuye con el tiempo». García y Morales (2015), enfatizan en motivar a los pacientes para el cambio.

## 4.2. SOBRE LOS CUIDADOS<sup>2</sup> Y EL AUTOCUIDADO<sup>3</sup>

En cualquier situación de pérdida de salud, tanto los cuidados como el autocuidado son de vital importancia para recuperar o estabilizar a la persona enferma. Sin embargo, tanto uno como otro, pueden verse influidos por una serie de circunstancias desfavorables. Así, los hallazgos más relevantes de Rodríguez *et al.* (2018) fueron: «la familia es la piedra angular de los cuidados; los aspectos socioeconómicos y laborales determinan la calidad de los autocuidados; la interacción paciente-personal de salud dinamiza los cuidados; limitaciones en la provisión de servicios sanitarios» (p.611).

Galindo, Jansà y Menéndez (2015, p. 396), afirman que los resultados de su estudio con población española revelan que las personas con diabetes cumplen con el tratamiento farmacológico prescrito por su médico/a y siguen una dieta equilibrada; sin embargo, «son menos rigurosas en el seguimiento de los consejos sobre autocuidados referidos al ejercicio físico, cuidado de los pies y monitorización de la glucosa». El nivel de «participación en actividades educativas es aceptable», aunque sería necesario «mejorar el acceso a los programas de educación terapéutica». En cuanto a la participación de la familia en actividades educativas, «su asistencia es muy limitada». A su vez, la percepción de las personas con diabetes respecto al apoyo que reciben de su comunidad, solamente «un reducido porcentaje de pacientes manifiesta sentirse apoyado por los miembros de su comunidad», por lo que el rol comunitario tiene un amplio margen de mejora.

A su vez, Escolar-Pujolar (2009), afirma

*Las actuales estrategias de los servicios de salud en prevención primaria o secundaria de la DM, centradas en modificar los estilos de vida individuales, apenas contemplan el efecto de las variables socioeconómicas, el apoyo social o la situación familiar de los pacientes.* (citado en Escolar-Pujolar, 2018, p.27)

Mar-García *et al* (2018) indican en su estudio que la relación entre el automanejo y la percepción de funcionalidad familiar debería estudiarse con mayor detalle, pues podría ser un elemento de gran importancia en el diseño de estrategias para combatir la diabetes. (p. 155)

## 4.3. SOBRE LAS DESIGUALDADES SOCIALES, DETERMINANTES SOCIALES E INEQUIDAD

Se entienden por determinantes sociales de la salud «las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas» (OMS, 2008).

<sup>2</sup> El cuidado, según el diccionario de la Real Academia Española es «acción de cuidar (asistir, guardar, conservar)». <https://dle.rae.es/cuidado>

<sup>3</sup> El autocuidado es considerado por la Organización Mundial de la Salud (1982) como «la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica».

Diversos autores coinciden en señalar que existen evidencias de que la posición socioeconómica de las personas influye directamente en el autocuidado y manejo de la diabetes mellitus tipo 2. Bello y Montoya (2017) afirman que «en las personas con un nivel socioeconómico bajo, el autocuidado de la diabetes es peor que en los que tienen mayor nivel» (p. 76).

Ruiz-Ramos *et al.* (2006), señalan que, «la reducción de las desigualdades sociales debe ser una prioridad en las políticas de salud que pretendan disminuir la incidencia y controlar la morbilidad asociada a la diabetes mellitus». A su vez, las intervenciones con estas personas deberían centrarse en «acciones sociales y políticas que reduzcan las desigualdades y la injusticia social» (p. 22).

Escolar-Pujolar (2009, p. 431), ha encontrado en las mujeres de Andalucía que las dificultades para llegar a fin de mes reflejan un contexto socioeconómico favorecedor de obesidad y diabetes mellitus tipo 2. Señala que, «las desigualdades de clase social y género identificadas pueden contribuir a ampliar el actual marco explicativo de los determinantes de la diabetes mellitus tipo 2, excesivamente centrado en las conductas individuales». Afirma que, «la disponibilidad de ingresos económicos condiciona numerosas decisiones en el ámbito personal y familiar», ya que el acceso a la mayoría de los bienes y servicios está estrechamente ligado a la posición económica. A su vez, el hecho de que los riesgos de obesidad y diabetes mellitus de tipo 2 según la dificultad para llegar a fin de mes se observen solo en las mujeres del estudio, «puede ser consecuencia del mayor peso que en general tienen, respecto a los hombres, en la planificación y ejecución del gasto del hogar».

Domínguez (2013, pp. 209-210), manifiesta que los determinantes sociales de la salud (género, etnia, nivel de ingresos y educación) constituyen el pilar fundamental de las inequidades en salud. Refiere que, a pesar de que la mayoría de los países «han experimentado mejorías apreciables en algunos de sus indicadores de salud, paralelamente se ha observado un incremento de la brecha en materia de salud entre distintos estratos poblacionales». Asegura que el riesgo de desarrollar diabetes mellitus, así como de su evolución desfavorable, con complicaciones graves y/o muerte prematura «está estrechamente condicionado por los determinantes sociales», de tal forma que resulta imprescindible «tenerlos en cuenta en el planteamiento de políticas encaminadas a revertir la compleja situación actual de enfermedad a nivel global».

Ruiz-Ramos *et al.* (2014, pp. 93-94), estudiando la mortalidad y sus causas en España, durante el periodo 1999-2011 no observaron un cambio de tendencia en la mortalidad general ni por causas. Sin embargo, «un estudio más detallado con datos individuales muestra que, en Andalucía, aumentaron las desigualdades sociales en mortalidad para los hombres según el nivel educativo, con un incremento a partir de 2007». Este resultado les sugiere que «la crisis económica tiene un efecto diferencial en los grupos más vulnerables, profundizando las desigualdades sociales».

Pérez-Hernández *et al.* (2017), concluyen que

*La salud cardiovascular de los adultos mayores en España (2008-2010) es peor entre los que tienen estudios primarios o menos que entre los universitarios, y entre los trabajadores manuales que entre los no manuales. Estas desigualdades afectan a factores de riesgo cardiovascular conductuales (consumo de tabaco, alcohol, actividad física y sedentarismo) y biológicos (obesidad, síndrome metabólico, diabetes mellitus) y a la*

*propia enfermedad cardiovascular. Las desigualdades son mayores en las mujeres que en los varones.* (p. 153)

Espelt *et al.* (2013, p. 498), encontraron evidencias de que «existen desigualdades relacionadas con la posición socioeconómica en la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 tanto en hombres como en mujeres de 50 años o más». Al mismo tiempo, «el IMC (sobrepeso, obesidad) apareció como la principal variable mediadora que explica las desigualdades en la incidencia y prevalencia».

López y Ávalos (2015, p. 338), en referencia a la calidad de vida, manifiestan que es un concepto muy amplio y que, en la diabetes mellitus «está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los determinantes del entorno».

Alter y Yu (2017, pp. 138-139), en referencia a la posición socioeconómica que ocupaban las personas participantes en su estudio, afirman que existen evidencias de que «en esta población no solamente hay desigualdades significativas en los factores de riesgo cardiovascular (FCV), sino que el efecto del legado de los progenitores parece manifestarse en los gradientes de posición socioeconómica (PSE), en una fase posterior de la vida, en los hijos». A su vez, las desventajas «tienden a concentrarse en las mismas personas y sus efectos en la salud culminan cuando envejecen». Ello indica que «las raíces de dichas desventajas proceden de las desigualdades socioeconómicas que surgen durante la vida como consecuencia de múltiples exposiciones».

Pérez y Berenguer (2015, p. 1268), consideran que la diabetes mellitus es una «enfermedad social», afirman que

*los determinantes sociales de la salud, tales como los niveles de ingreso y educacional, la ocupación, la accesibilidad a los servicios de salud, las dietas hipocalóricas, la actividad física, las creencias sobre la belleza, el género, la funcionalidad familiar, están íntimamente relacionados y desempeñan un rol preponderante.*

#### **4.4. SOBRE LOS FACTORES PSICOSOCIALES<sup>4</sup> INFLUYENTES**

Los factores de riesgo son «aquellas características o situaciones propias de la persona o de su entorno que aumentan la posibilidad de desarrollar desajuste o desequilibrio psicosocial» como, por ejemplo, problemas familiares, pobreza, violencia, enfermedades, pérdidas, ... (Acosta y Sánchez, 2009, p.26).

Khern y Moreno (2007), afirman que «es importante no tomar estos factores de manera aislada sino también considerar su interacción y proceso de desarrollo, ya que co-ocurren con otros factores de riesgo usualmente sincronizados con una serie de secuencias de experiencias y no solo de un evento único» (citado en Acosta y Sánchez, 2009, p.26)

Para Masteu y Powel (2003); Place, Reynolds, Cousins y O'Neil (2002), el patrón de protección se define como «todas aquellas características o situaciones propias de la persona o de su en-

<sup>4</sup> Diversos autores/as e investigadores/as manifiestan que los factores psicosociales son tanto los elementos psíquicos como sociales implicados específicamente en el control y en el poder que las personas ejercemos sobre nosotras mismas y sobre nuestros entornos. También representan el conjunto de las percepciones y experiencias de las personas y sus interacciones sociales.

torno que elevan su capacidad para hacer frente a la adversidad o disminuyen la posibilidad de desarrollar desajuste psicosocial aún con la presencia de factores de riesgo». Estos factores de protección «se pueden agrupar en tres áreas: individuales, familiares y de la comunidad» (citado en Acosta y Sánchez, 2009, p.27).

Para Bradford (1997),

*La adaptación del paciente a la enfermedad crónica se da por medio de la relación entre los factores de riesgo y los de protección. En los factores de riesgo hay tres características esenciales: variables de la enfermedad (gravedad, visibilidad y problemas médicos asociados), nivel de funcionamiento independiente y estresores psicosociales que se relacionan con la enfermedad. Entre los factores de protección están las variables interpersonales (temperamento, habilidad para resolver problemas, etc.), ecología social (ambiente familiar, apoyo social, recursos de la comunidad) y habilidades en el procesamiento del estrés (evaluación cognitiva y estrategias de afrontamiento). (citado en Acosta y Sánchez, 2009, p. 27)*

Kabasa, Maddi y Khan (1982), hablan de «personalidad resiliente» en relación con la idea de protección frente a los factores que provocan estrés. Consideran la personalidad resiliente como «un constructo multifactorial con tres componentes principales: compromiso, control y reto». Kern y Moreno (2007), afirman que la resiliencia «puede ser fomentada, es decir, es una capacidad universal pero no es absoluta ni estable, por lo que una persona puede ser resiliente en un medio y no en otro». (citado en Acosta y Sánchez, 2009)

Acosta y Sánchez (2009), investigaron sobre la manifestación de la resiliencia en pacientes crónicos y han encontrado factores de protección individuales en las personas estudiadas,

*Una característica observada de manera constante en los enfermos fue la fortaleza reflejada en sus ganas de vivir y afrontar la situación adversa, así como la presencia de situaciones de crisis anteriores que resolvieron de forma satisfactoria. Estas vivencias anteriores contienen dos características importantes: las herramientas y los recursos utilizados y la resolución del conflicto en sí. [...], el entorno social en el que se desenvuelve el paciente juega un papel significativo en el desarrollo de los factores de protección resilientes, ya que las redes de apoyo alrededor de la persona, como son los amigos, el trabajo y la religión, se convierten en una fuente de apoyo durante el difícil proceso de la enfermedad. (pp. 29-30)*

Grau (2016), ha encontrado evidencias de que la adherencia al tratamiento,

*está influenciada por factores psicosociales como las creencias del paciente asociadas a la percepción de severidad de la enfermedad, a la estimación de su propio riesgo de enfermarse o vulnerabilidad percibida, la creencia personal de ser capaz de ejecutar la respuesta necesaria (autoeficacia) y, por la creencia de que la respuesta será más eficaz que los costos ocasionados por la conducta (utilidad percibida). (p. 153) [...] el componente psicológico o psicosocial está presente en las enfermedades crónicas, tanto en la vulnerabilidad para enfermar como en la protección y las acciones de prevención. Y también, puede retardar la progresión de la enfermedad y propiciar un mejor ajuste a la misma en el paciente, el cuidador familiar y los cuidadores profesionales. (p. 157)*

Colunga-Rodríguez *et al.* (2008), sobre las características psicosociales de las personas con diabetes mellitus tipo 2, encontraron «baja autoestima, estrés, depresión y un alto locus externo<sup>5</sup>». Álvarez *et al.* (2010), han encontrado evidencias de la «mejoría obtenida en personas incluidas en un programa de desarrollo de actitudes y estrategias para afrontar emocional e instrumentalmente las exigencias de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, favoreciendo su adaptación y mejorando su calidad de vida» (p. 279).

García y Morales (2015) evaluaron la eficacia de la intervención basada en la entrevista motivacional para incrementar la adherencia al tratamiento en una muestra de personas con diabetes mellitus tipo 2, y comprobaron que en el grupo experimental al que aplicaron la entrevista motivacional, «empezaron a comer más saludable y a realizar actividad física». En el plano emocional, manifestaron «contar con nuevas expectativas de futuro, mostrando más ánimo y optimismo». En cuanto a los niveles de glucosa, «también disminuyeron en comparación con el grupo de control».

Castillo, Martín y Almenares (2017), encontraron que «la mayor contribución a la adherencia terapéutica deficitaria la aportó el componente implicación personal». A su vez, refieren que las principales variables de influencia en la adherencia terapéutica fueron «los conocimientos sobre la dieta y la motivación hacia el tratamiento».

Ortiz *et al.* (2011, p. 10), han encontrado que los/las pacientes con altos niveles de estrés «se centraron en el estilo de afrontamiento evitativo», que no les ayudó a superar la situación estresante, por el contrario, les generó mayores niveles de estrés. A su vez, no han encontrado asociación estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento «de las variables apoyo social percibido y sintomatología depresiva». Sin embargo, «estas variables sí se vinculan de forma significativa con el estrés y entre sí, pudiendo asociarse indirectamente con los niveles de hemoglobina glicosilada, por medio del efecto que ejercen sobre el estrés».

A su vez, Moral y Alejandra (2015, p. 25) esperaban que el apoyo social, especialmente el de la familia «estuviese relacionado y fuese un predictor de adherencia a la medicación, sin embargo, resultó independiente», aunque el «apoyo social se relacionó con menor estrés y menor depresión». Ello parece indicar que «el apoyo es esencialmente una estrategia de afrontamiento del afecto negativo, teniendo un efecto indirecto en la adherencia al tratamiento».

Sin embargo, Arteaga, Cogollo y Muñoz (2017, p. 1673), en su estudio han encontrado que «existen diferencias significativas entre los dos grupos estudiados, donde los y las pacientes que reportaron apoyo social positivo tienen mayor compensación metabólica».

La autoeficacia es la creencia de una persona en su capacidad de tener éxito en una situación particular<sup>6</sup>. Martos-Méndez (2016), ha investigado el papel mediador del apoyo social percibido en relación con la autoeficacia percibida y la adherencia al tratamiento. Sus resultados muestran que, «la autoeficacia tiene un efecto directo significativo y un efecto indirecto (a través

<sup>5</sup> Locus externo se refiere a la percepción de la persona de que los eventos ocurren como resultado del azar, el destino, la suerte o el poder y las decisiones de otros, es decir, la percepción de que lo que sucede no tiene relación con el propio desempeño (esfuerzo y dedicación personal). [https://es.wikipedia.org/wiki/Locus\\_\(psicolog%C3%ADa\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Locus_(psicolog%C3%ADa)).

<sup>6</sup> Bandura (1977) describe estas creencias como determinantes de la forma de pensar, de comportarse y de sentir.

del apoyo social y la satisfacción con el apoyo) sobre la adherencia del/de la paciente, específicamente con la dieta y el ejercicio». Asimismo, la autoeficacia percibida, es decir, «la creencia en la capacidad de organizar e implementar las acciones requeridas para manejar situaciones futuras (en este caso, que pueden hacer algo para controlar su comportamiento de adherencia y, hábitos saludables), es modificado por variables relacionadas con el apoyo social, que es clave para futuras intervenciones» (pp. 19-29)

En referencia a la funcionalidad familiar<sup>7</sup> y al papel de la familia en las personas con diabetes mellitus tipo 2, Vásquez-Illescas y Zhuzhingo-Vásquez (2018) encontraron que, «los adultos mayores con familias no adaptadas tienen una mayor probabilidad de no controlar la diabetes en comparación con aquellos adultos mayores que tienen familias adaptadas» (p.11).

Mar-García *et al.* (2018), encontraron evidencias de que

*[...], la relación entre la percepción de funcionalidad familiar y automanejo (manejo de signos y síntomas, y adherencia) en los pacientes con diabetes mellitus es de gran relevancia, e indica que la familia es una entidad de suma importancia en el manejo de dicha enfermedad y más específicamente en el automanejo. (p.160)*

Ariza *et al.* (2005, p. 39), encontraron evidencias de que el apoyo que recibe el paciente diabético por parte de su familia «se convierte en un factor fundamental para lograr el adecuado control de su enfermedad, ya que la familia representa la fuente principal de soporte social, afectivo, económico, educativo y cultural los y las pacientes»

#### 4.5. SOBRE LA VULNERABILIDAD SOCIAL

La vulnerabilidad social viene siendo estudiada por múltiples investigadores. Según González (2009),

*surgió con fuerza en la década de los noventa del siglo pasado en América Latina, por su mayor exposición a las consecuencias no deseadas de la globalización, poniendo de manifiesto la persistencia de la desigualdad estructural del escenario internacional. Lo más relevante fue la irrupción de los llamados «nuevos pobres», los segmentos de clase media que, a pesar de su capital educativo y los esfuerzos por insertarse en el mercado laboral, quedaron al margen de la distribución de los recursos societales y experimentaron la ruptura del ideal meritocrático. (p.13)*

Kaztman (2000, p.13; citado en González, 2009), propone como primer concepto sobre la vulnerabilidad social, «estado de los hogares que varía en relación inversa a su capacidad para controlar las fuerzas que modelan su propio destino, o para contrarrestar sus efectos sobre el bienestar». Más adelante formula una definición y afirma, por vulnerabilidad social «entendemos la incapacidad de una persona o de un hogar para aprovechar las oportunidades, disponibles en distintos ámbitos socioeconómicos, para mejorar su situación o impedir su deterioro».

<sup>7</sup> La adaptabilidad familiar se define como la habilidad de una familia para ajustarse en cuanto a la estructura de poder, los roles y las relaciones con las distintas situaciones estresantes del exterior. Los cuatro niveles de adaptabilidad familiar son: rígido, estructurado, flexible y caótico. (Adaptación Familiar y Escalas de Cohesión: FACES).

La condición de vulnerabilidad (CELADE, 2002, p.7; citado en González, 2009) «se relaciona con la probabilidad de producirse un evento potencialmente adverso (un riesgo exógeno o endógeno), una incapacidad de respuesta frente a tal contingencia (por ausencia de defensas idóneas o carencia de fuentes de apoyo externas) y una inhabilidad para adaptarse al nuevo escenario general por la materialización del riesgo». Entre las diversas fuentes de vulnerabilidad social se encuentran el mercado de trabajo (precariedad laboral), la volatilidad de los ingresos, la inequidad en la distribución de los activos y el debilitamiento de instituciones sociales (familia, Estado, partidos políticos, sindicatos, gremios).

En el informe final elaborado por CELADE en abril de 2002 (p.17, citado en González: 2009), se define resumidamente la vulnerabilidad social como la suma de la exposición a riesgos, la incapacidad de enfrentarlos y la inhabilidad de adaptarse activamente a las consecuencias. Fabre Platas *et al.* (2009, citado en Sánchez y Egea, 2011), sugieren modificar esta «ecuación de vulnerabilidad» (CEPAL), en sentido propositivo, es decir, la ecuación sería «la suma de tres componentes: la exposición a riesgos, capacidad para enfrentarlos y habilidad para adaptarse activamente, de las personas, grupos y comunidades».

Feito (2007), reflexiona sobre la vulnerabilidad y sus relaciones con la bioética y el cuidado y afirma que el ser humano, «es vulnerable y frágil por su misma condición corporal y mortal, pero también por su capacidad de sentir y de pensar, de ser con otros y de desarrollar una conciencia moral» (p.10). Sostiene que «la vulnerabilidad tiene una dimensión de susceptibilidad al daño, condicionada por factores intrínsecos y extrínsecos, anclada en la fragilidad del ser humano, pero sin duda atribuible en buena medida a elementos sociales y ambientales». Apunta que «la vulnerabilidad, aun siendo intrínseca al ser humano, no es una característica estable e inmutable, sino dependiente, al menos en parte, de factores que pueden cambiarse, sobre los que se puede intervenir». Esta es la clave que sustenta «la obligación moral de una acción preventiva, curativa, social, económica o de cualquier otra índole, que pueda minimizar, paliar o evitar estas condiciones favorables al daño, estos espacios de vulnerabilidad» (p.11)

Algunos autores como Cardona (2003) y Warner (2007), «defienden examinar los factores de la vulnerabilidad desde un nuevo enfoque, favoreciendo la urgente discusión sobre la necesidad de conceptualizar el riesgo y la vulnerabilidad desde una perspectiva holística», (citado en Sánchez y Egea, 2010, p.4). Birkmann (2006; citado en Sánchez y Egea, 2010) afirma, «la importancia de diseñar nuevas políticas sociales implica la necesidad, no solo de seguir realizando investigaciones interdisciplinarias, [...], sino, sobre todo, ir más allá en la comprensión y análisis de la vulnerabilidad social». Sánchez y Egea (2011), sobre el «enfoque de la vulnerabilidad social», afirman que «un aspecto de gran trascendencia es que el concepto de vulnerabilidad se desliga de otros próximos como la pobreza, al considerar y analizar la capacidad de las personas para enfrentar situaciones de desfavorecimiento».

Guerra (2012), afirma que

*diversos autores coinciden en que todos los seres humanos y las sociedades en general, son más o menos vulnerables, sin embargo, lo interesante de este enfoque radica en conocer el grado de vulnerabilidad en que se encuentra un grupo, hogar o individuo con respecto al resto; identificar las causas que originan el estado de indefensión; pero más importante aún es determinar y señalar los activos o capitales humanos, físicos y*

*sociales de los que dispone para mitigar los efectos adversos. Es decir, ante la incapacidad del Estado para asegurar el bienestar de su población o de algunos sectores de ella, los individuos se ven obligados a poner en práctica una serie de estrategias que les permitan adaptarse y mantener su calidad de vida. (p.248)*

En resumen, los resultados más relevantes del análisis documental efectuado son los siguientes:

- Cumplir con el tratamiento prescrito no resulta fácil, en términos generales.
- Variables socioeconómicas, culturales, educativas, así como el lugar de residencia influyen en el control y manejo de la enfermedad.
- Los cuidados y el autocuidado están influenciados por las variables anteriores y por el género, pues mayoritariamente, las tareas de cuidado recaen en las mujeres.
- El apoyo familiar y social ayudan en el manejo de la enfermedad.
- La personalidad, el nivel de estrés, las capacidades de afrontamiento y otras características individuales de las personas, también influyen en el abordaje del autocuidado y de los cuidados.
- Por último, la educación para la salud que pretende ayudar a las personas a prevenir y/o controlar su enfermedad, no está centrada en la persona destinataria atendiendo a su contexto social.

## 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como puede observarse, la evidencia científica nos indica que la adherencia a los tratamientos, incluidos el autocuidado y los cuidados, en la diabetes mellitus tipo 2 y en las enfermedades crónicas es muy compleja porque está influenciada por multitud de factores. Aunque cada artículo muestra un tema central de investigación, en el desarrollo de los diferentes estudios, van apareciendo factores que se interrelacionan, y que resultan influyentes en el autocuidado y los cuidados de las personas diabéticas.

Así, se conoce que los factores influyentes en la adherencia al tratamiento se relacionan básicamente con el/la paciente, con factores médicos y el propio tratamiento y con los cuidados en salud. A su vez, el/la paciente se ve influido por los denominados factores de riesgo psicosocial que son características o situaciones propias de la persona o de su entorno que aumentan la posibilidad de generar desajuste psicosocial. En los factores de riesgo hay tres características esenciales: variables de la enfermedad (gravedad, visibilidad y problemas médicos asociados), nivel de funcionamiento independiente y estresores que se relacionan con la enfermedad. Pero también existen los denominados factores de protección que son aquellas características o situaciones propias de la persona o su entorno que incrementan su capacidad para hacer frente a la adversidad o disminuyen la posibilidad de desarrollar desajuste psicosocial. Entre los factores protectores se encuentran las variables interpersonales (temperamento, habilidad para resolver problemas...), ecología social (ambiente familiar, apoyo social, recursos de la comunidad) y habilidades en el procesamiento del estrés (estrategias de afrontamiento, ...). El ajuste psicosocial de las personas se produce cuando existe equilibrio entre los factores de riesgo y los de protección. Pero este equilibrio es una línea tan fina, que cualquier incidencia sobrenvenida puede inclinar la balanza hacia la «zona de riesgo».

A su vez, se ha visto como la atención médica y del personal de salud, ellos y ellas, es muy importante en la motivación y la generación de confianza en los y las pacientes. Así, se ha comprobado que mejoran los resultados en la adherencia cuando la toma de decisiones es compartida con el/la paciente y se consideran sus creencias y preferencias. Cuando a las personas diabéticas se les hace partícipes de sus cuidados y compromisos adquiridos, en general, cumplen y mejoran su situación de salud.

Además, diferentes autores han encontrado en el apoyo familiar un pilar fundamental en los cuidados de las personas diabéticas; en algunos estudios, se ha comprobado la relación entre el apoyo social percibido, la adherencia al tratamiento y una mayor compensación metabólica (medida mediante analítica en sangre). Sin embargo, no todas las familias están en una situación idónea para prestar estos apoyos, ya que la estabilidad familiar depende de múltiples factores: económicos, laborales, medioambientales, educativos, ...

Otros factores que se han mostrado influyentes en el autocuidado y los cuidados de las personas diabéticas son los que tienen que ver con la posición socioeconómica y la desigualdad. La posición socioeconómica, muchas veces heredada, así como el desempleo y/o la precariedad laboral, producen estrés en la persona afectada y en su familia, y existen evidencias científicas de que el estrés perjudica el buen control de la diabetes mellitus tipo 2, al alterar los resultados de la hemoglobina glicosilada, un parámetro analítico relevante en el control de la enfermedad.

Cabe destacar que para que las personas diabéticas asuman cambios de calado en sus vidas, como son tomar la medicación, la administración de insulina, realizar ejercicio físico regular y seguir una dieta alimenticia baja en hidratos de carbono y rica en proteínas de calidad, se necesita más que resiliencia, motivación para el cambio, conocimientos acerca de la enfermedad, educación para la salud, ... Requiere una intervención multidisciplinar, centrada en la persona diabética y su entorno, que comprenda la situación particular de cada persona, su historia de vida, sus posibilidades y limitaciones, que «no juzgue» sino que acompañe,..., además de un cambio sustancial en las políticas públicas que mejoren las condiciones de vida de muchas familias y de las personas con enfermedades crónicas, que les permitan mejorar o estabilizar su situación de salud, y dejar de ser vulnerables.

Se hace imprescindible investigar y actuar desde un nuevo enfoque, es decir, desde el enfoque de la vulnerabilidad social, si se quiere trabajar desde la prevención con las personas diagnosticadas de enfermedades crónicas, entendiendo la vulnerabilidad social, no solamente como la posibilidad de sufrir un daño, sino como la suma de la exposición a un riesgo, la capacidad para enfrentarlo y la habilidad para adaptarse activamente a los cambios, tanto de las personas diabéticas como de su entorno próximo y de la comunidad de la que forman parte, sin olvidar que la vulnerabilidad no es una característica permanente sino dependiente, en mayor o menor medida, de otros muchos factores coadyuvantes que pueden y deben modificarse.

Por último, para concluir, además de conocer las evidencias demostradas por otros/as investigadores/as sobre la diabetes mellitus tipo 2 y estudiar los factores influyentes, que se corresponden con los primeros dos objetivos a alcanzar, esta investigación permite a la autora establecer el marco teórico referencial e iniciar una nueva investigación desde el enfoque de la vulnerabilidad social en las personas con diabetes.

Se trata de diseñar y validar científicamente un cuestionario que mida vulnerabilidad social individual en las personas diagnosticadas de diabetes mellitus tipo 2. Dado que la diabetes presenta una o varias enfermedades crónicas asociadas (comorbilidad), el mismo cuestionario permitiría medir también la vulnerabilidad social en cualquier persona con enfermedad crónica, ello se corresponde con los otros dos objetivos propuestos en este estudio.

Este conocimiento sería novedoso y permitiría no solo adecuar los tratamientos y los cuidados a la realidad social de cada persona con enfermedad crónica, sino también actuar desde la prevención secundaria con personas prediabéticas (con niveles de glucosa en sangre elevados, pero sin alcanzar las cifras estimadas para ser diagnosticadas de DM tipo 2).

## 6. REFERENCIAS

- Acosta, I.C. y Sánchez, Y.I. (2009). Manifestación de la resiliencia como factor de protección en enfermos crónicos terminales hospitalizados. *Psicología Iberoamericana*, 17(2), Universidad Iberoamericana, Ciudad de México, pp.24-32. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133912609004>
- Alter, David A. y Yu, W. (2017). The rapid growth of socioeconomic inequalities in health: the effect of legacy. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 70(3), pp.138-139. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2016.08.005>
- Álvarez, L., Rueda, Z., González, L., y Acevedo, L. (2010). Promoción de actitudes y estrategias para el afrontamiento de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial en un grupo de enfermos crónicos de la ciudad de Bucamaranga. *Psicoperspectivas*, 9 (2), pp.279-290. <https://www.psicoperspectivas.cl>
- Ariza, E., Camacho, N., Londoño, E., Niño, C., Sequeda, C., Solano, C., y Borda, M. (2005). Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. *Salud Uninorte*, (21), pp. 28-40. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81702104>
- Arteaga, A., Cogollo, R., y Muñoz, D. (2017). Apoyo social y control metabólico en la diabetes mellitus tipo 2. *Revista CUIDARTE*, 8(2); pp. 1668-1676. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.405>
- Bello, N.V., y Montoya, P.A. (2017). Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. *Gerokomos*, 28(2), pp.73-77. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2017000200073&lng=es&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000200073&lng=es&tlng=en)
- Buitrago, F. (2011). Adherencia terapéutica. ¿Qué difícil es cumplir!". *Atención Primaria*, 43(7), pp.343-344. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2011.05.002>
- Castillo, M., Martín, L., y Almenares, K. (2017). Adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(4). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252017000400006&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000400006&nrm=iso)
- Colunga-Rodríguez, C, García de Alba, J. E., Ángel-González, M., y Salazar, J. G. (2008). Caracterización psicosocial de pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria. Nota de investigación. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(4). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000400005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400005)
- Conthe, P., Márquez Contreras, E., Aliaga Pérez, A., Barragán García, B., Fernández del Cano Martín, M.N., González Jurado, M., Ollero Baturone, M., y Pinto, J.L. (2014). Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. *Revista Clínica Española*, 214 (6), pp. 336-344. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2014.03.008>
- Domínguez, E. (2013). Desigualdades sociales y diabetes mellitus. *Revista Cubana de Endocrinología*, 24, pp.200-213. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S156129532013000200009&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156129532013000200009&nrm=iso)

Domínguez, L.A., y Ortega, E. (2019). Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 6(1), pp. 63-74. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6868055>

Escolar Pujolar, A. (2009). Determinantes sociales frente a estilos de vida en la diabetes mellitus de tipo 2 en Andalucía: ¿la dificultad para llegar a fin de mes o la obesidad? *Gaceta Sanitaria*, 23, pp. 427-432. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112009000500012&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000500012&nrm=iso)

Escolar-Pujolar, A., Córdoba-Doña, J. A., Goicolea Julián, I., Jesús, G., Santos, V., Mayoral, E. y Aguilar, M. (2018). El efecto del estado civil sobre las desigualdades sociales y de género en la mortalidad por diabetes mellitus en Andalucía. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 65(1), pp. 21-29. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2017.10.006>

Espelt., A., Borrell, C., Palència, L., Goday, A., Spadea, T., Gnani, R., Font-Ribera, L., y E. Kunst, A. (2013). Socioeconomic inequalities in the incidence and prevalence of type 2 diabetes mellitus in Europe. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), pp. 494-501 <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.03.002>

Feito, L. (2007). Vulnerabilidad. *Anales Sistema Sanitario de Navarra*, 30(Supl3), pp. 07-22. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272007000600002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600002&lng=es)

Fernández, T., de Lorenzo, R., y Vázquez, O. (eds., 2012), *Diccionario de Trabajo Social*, Alianza Editorial, S. A. ISBN: 978-84-206-7380-6, 588 páginas.

Galindo, M., Jansà, M., y Menéndez, E. (2015). Educación terapéutica y autocuidado: resultados del estudio observacional transversal Diabetes Attitudes, Wishes and Needs 2(DAWN2) en España. *Endocrinología y Nutrición*, 62(8), pp. 391-399. <http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2015.05.013>

García, I. y Morales, B.V. (2015). Eficacia de la entrevista motivacional en la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, *Universitas Psychologica*, 14(2), pp. 511-522. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-2.eemp>

González, L.M. (2009). Orientaciones de lectura sobre vulnerabilidad social, En LM González (Comp.), *Lecturas sobre vulnerabilidad y desigualdad social*, 2009, pp.13-29, Centro de Estudios Avanzados (UNC)-CONICET <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/orientaciones-de-lectura-sobre-vulnerabilidad-social.pdf>

Grau, J.A. (2016). Enfermedades crónicas no transmisibles: Un abordaje desde los factores psicosociales. *Salud & Sociedad*, 7(2), pp. 138-166. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2016.0002.00002>

Guerra, I.C. (2012). Vulnerabilidad social. Posicionamientos y ángulos desde geografías diferentes. (Reseña del libro del mismo título de los autores: Carmen Egea, Diego Sánchez y Javier I Soledad, editado por la Universidad de Granada), *Cuadernos Geográficos de la Universidad de Granada*, 50(1), pp. 247-250. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=515641>

Íñiguez, L. (1999). Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Atención Primaria*, Vol. 23, pp. 496-502. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2893032>

- Kaztman, R. (2000). Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social, En *Serie Documentos de Trabajo del IPES, Colección Aportes Conceptuales, N.º 2*. Universidad Católica de Uruguay, 40 pp. [https://ucu.edu.uy/sites/default/files/facultad/dccsp/vulnerabilidad\\_social.pdf](https://ucu.edu.uy/sites/default/files/facultad/dccsp/vulnerabilidad_social.pdf)
- López, C. y Ávalos, M. I. (2015). Diabetes mellitus, hacia una perspectiva social. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(2), pp. 331-345. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=43754>
- Lucía, C. y Gamarra, G. (2013). Factores asociados con no control metabólico en diabéticos pertenecientes a un programa de riesgo cardiovascular. *Acta Médica Colombiana*, 38(4), pp.213-221. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-24482013000400006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482013000400006)
- Mabel, G., Lugo, G., Vera, Z., Acosta, P., Morinigo, M., Isasi, D., y Mastroianni, P. (2016). Factores que determinan la falta de adherencia a la terapia medicamentosa. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 14(1), pp. 7-77. <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v14n1/v14n1a11.pdf>
- Mar-García, J., Peñarrieta-de Córdoba, I., León-Hernández, R., Gutiérrez-Gómez, T., Banda-González, O., Rangel-Torres, S. y León-Ramírez, M. (2018). "Relación entre el automanejo y percepción de la funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2", *Enfermería Universitaria*, 14(3), México, pp.155-161. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.005>
- Martos-Méndez, M.J. (2016). SELF-EFFICACY AND ADHERENCE TO TREATMENT: THE MEDIATING EFFECTS OF SOCIAL SUPPORT, *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 7(2), pp. 19-29. <http://dx.doi.org/10.5460/jbhsi.v7.2.52889>
- Mediavilla, J.J. (2015). Factores asociados con la adherencia a la medicación en las personas con diabetes tipo 2. Resumen del artículo de I. Krast, P. Schieback y T. Dhippayom Adherence to diabetes medication: a systematic review, *Diabet Med*, 32(6), 2015; pp.725-37. <http://www.redgdps.org/gestor/upload/file/UPDATE%202015/Update%20en%20diabetes%206-2-2-2015%20.pdf>
- Montonya, E. (2018, en prensa), *Director Científico de CIBERDEM, La investigación en diabetes en España*. <https://www.fundaciondiabetes.org/prensa/297/la-diabetes-en-espana>
- Moral de la Rubia, J. y Alejandra, M.T. (2015) "Predictores psicosociales de adherencia a la medicación en pacientes con diabetes tipo 2", *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6 (1), pp.19-27. [https://doi.org/10.1016/S2171-2069\(15\)70003-7](https://doi.org/10.1016/S2171-2069(15)70003-7).
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016a). *Informe Mundial sobre la Diabetes: Resumen de orientación*, pp. 1-4. <https://www.who.int/diabetes/global-report/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016c), *Perfiles de los países para la diabetes, Informe*. <https://www.who.int/diabetes/country-profiles/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017). *10 datos sobre las inequidades sanitarias y sus causas*. Nota Descriptiva. [https://www.who.int/features/factfiles/health\\_inequities/es/](https://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/es/)
- Organización Mundial de la Salud/OMS (2008), *Informe de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud*. [https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/key\\_concepts/es/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/es/)

Organización Mundial de la Salud/OMS (2016b). *Campañas mundiales de salud pública de la OMS*. <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2016/event/es/>

Orozco Alvarado, J.C. y Díaz Pérez, A.A. (2018). ¿Cómo redactar los antecedentes de una investigación cualitativa? *Revista Electrónica de Conocimientos, Saberes y Prácticas*, 1(2), pp. 66-82, <https://doi.org/10.30698/recsp.v1i2.13>

Ortiz, M., Ortiz, E., Gatica, A., y Gómez, D. (2011). Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, *Terapia Psicológica*, 29(1), pp. 5-11. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100001>

Pérez, A. y Berenguer, M. (2015). Algunos determinantes sociales y su asociación con la diabetes mellitus de tipo 2, *MEDISAN*, 19(10), pp.1268-1271. [http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/rt/printerFriendly/110/html\\_161](http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/rt/printerFriendly/110/html_161)

Pérez-Hernández, B., García-Esquinas, E., Graciani, A., Guallar Castillón, P., López-García, E., León-Muñoz, L. M., Banegas, J. R., y Rodríguez-Artalejo, F. (2016) Social Inequalities in Cardiovascular Risk Factors Among Older Adults in Spain: The Seniors-ENRICA Study., *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 70(3), pp. 145-154. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2016.05.010>

Ramos, Y., Morejón, R., Cabreara, Y., Herranz, D., y Rodríguez, W. (2018). Adherencia terapéutica, nivel de conocimientos de la enfermedad y autoestima en pacientes diabéticos tipo 2, *Gaceta Médica Espirituana*, 20(3), pp. 13-23. <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1498>

Rodríguez, G.J., Córdoba-Doña, J.A., Escolar-Pujolar, A., Aguilar-Diosdado, M., y Goicolea, I. (2018). Familia, economía y servicios sanitarios: claves en los cuidados en los pacientes con diabetes y amputación de miembros inferiores. Estudio cualitativo en Andalucía. *Atención Primaria*, 50(10), pp.611-620. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.011>

Rodríguez, M.R., Varela, M.T., Rincón, H., Velasco, M.M., Caicedo, D.M., Menéndez, F., y Gómez, O.L. (2015). Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33, Cali – Colombia, pp. 192-199. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n2a06>

Ruiz-Ramos, M., Córdoba-Doña, J.A., Bacigalupe, A., Juárez, S., y Escolar-Pujolar, A. (2014). Crisis económica al inicio del siglo XXI y mortalidad en España. Tendencia e impacto sobre las desigualdades sociales. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, pp. 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.01.005>

Ruiz-Ramos, M., Escolar-Pujolar, A., Mayoral-Sánchez, E., Corral-San Laureano, F., y Fernández-Fernández, I. (2006). La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades, *Gaceta Sanitaria*, 20 (1), pp. 15-24. ISSN 0213-9111. <https://doi.org/10.1157/13086022>.

Sabaté, E. (2004), *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*, Organización Mundial de la Salud/OMS; traducción de la OPS.<https://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>

Sánchez, D. y Egea, C. (2009). Vulnerabilidad sociodemográfica y ambiental, viejos y nuevos riesgos. *Cuadernos Geográficos*, 45 (2), Universidad de Granada. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17111905001>

Sánchez, D. y Egea, C. (2010). Reflexión sobre la vulnerabilidad social: concepto, enfoques, métodos y líneas de investigación. Trabajo presentado en el *IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población*, La Habana- Cuba, 16-19 noviembre de 2010. [http://www.alapop.org/Congreso2010/DOCSFINAIS\\_PDF/ALAP\\_2010\\_FINAL141.pdf](http://www.alapop.org/Congreso2010/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2010_FINAL141.pdf)

Sánchez-Cruz, J.F., Hipólito-Lóenzo, A., Mugártegui-Sánchez, S.G., y Yáñez-González, R.M. (2016). Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2, *Atención Familiar*, 23(2), pp.43-47. <https://doi.org/10.1016/j.af.2016.03.003>

Sánchez-González, D. y Egea-Jiménez, C. (2011). Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales: Su aplicación en el estudio de los adultos mayores. *Papeles de población*, 17(69), pp. 151-185. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252011000300006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252011000300006)

Teherán, A. A., Mejía, M. C., Álvarez, L. J., Muñoz, Y. J., Barrera, M. C., y Cadavid, V (2017). Relación entre el apoyo social y las complicaciones agudas de la diabetes tipo 2: Un estudio de corte transversal. *Revista Ciencias de la Salud*, 15(2), pp. 211-222. CINAHL Complete. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5757>

Tiv, M., Viel, J-F., Mauny, F., Eschwège, E., Weil, A., Fournier, C., Anne Fagot-Campagna, A., y Penfornis, A. (2012). Medication Adherence in Tipe 2 Diabetes: The ENTRED Study, 2007, a French Population-Based Study, *PLoS ONE* 7(3): e32412. <https://doi.org/10.1371/journal.pone-0032412>

Troncoso, C., Delgado, D., y Rubilar, C. (2013). Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2, *Revista Costarricense de Salud Pública*, 22 (1), pp.9-13. [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-14292013000100003](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292013000100003)

Vásquez-Illescas, J. y Zhuzhingo-Vásquez, C. (2018). Evaluación de adaptabilidad familiar y diabetes mellitus tipo 2 en el adulto mayor, *Revista Psicología UNEMI*, 2(2), pp. 7-13. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol2iss2.2018pp7-13p>

WHO Quality of Life Assessment Group, (1996) ¿Qué calidad de vida? / Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *Foro mundial de la salud 1996*; 17(4), pp. 385-387 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>