



Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario UAEM Valle de Chalco

**NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN EL
ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS DE
VALLE DE CHALCO EN 2026**

**ARTÍCULO ESPECIALIZADO PARA
PUBLICAR EN REVISTA INDIZADA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A

Daryam Montserrat Cruz Pérez

ASESOR:

Dr. en C.S Rafael Antonio Estévez Ramos

Revisor:

Revisor:

VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD, MÉXICO

SEPTIEMBRE 2026



CUVCH

**NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN EL ADULTO
MAYOR CON DIABETES MELLITUS DE VALLE DE CHALCO EN
2026**

ÍNDICE

I.	RESUMEN	5
II.	INTRODUCCIÓN	7
III.	MÉTODO Y PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN	11
IV.	RESULTADOS	14
V.	DISCUSIÓN	24
VI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
VII.	ANEXOS	38

I.RESUMEN

La diabetes mellitus constituye uno de los principales problemas de salud pública debido a su elevada frecuencia, su carácter crónico y el riesgo de desarrollar complicaciones cuando no se mantiene un adecuado control de la enfermedad. En los adultos mayores, el cumplimiento del tratamiento farmacológico puede verse afectado por factores relacionados con el envejecimiento, la presencia de otras enfermedades, la polifarmacia, el olvido y la complejidad de los esquemas terapéuticos. La adherencia al tratamiento constituye, por lo tanto, un elemento fundamental para favorecer el control de la enfermedad y disminuir el riesgo de complicaciones. (American Diabetes Association [ADA], 2025; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003).

El objetivo del presente estudio fue evaluar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con diabetes mellitus de Valle de Chalco durante 2026, mediante la aplicación de la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky de ocho ítems (MMAS-8). Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo y diseño observacional, transversal, prospectivo y analítico. La información fue organizada y analizada mediante Microsoft Excel, utilizando medidas de tendencia central, dispersión y clasificación de los niveles de adherencia. (Morisky et al., 2008; Culig & Leppée, 2014).

Se analizaron 43 participantes. El puntaje promedio obtenido en la escala fue de 4.47 puntos, con una mediana de 4.5 y valores entre 0 y 8 puntos. Del total de participantes, 27 (62.8 %) presentaron adherencia baja, 12 (27.9 %) adherencia media y 4 (9.3 %) adherencia alta. Los resultados evidencian un predominio de adherencia baja en la población estudiada, lo que señala la importancia de fortalecer las intervenciones de enfermería relacionadas con educación para la salud, seguimiento terapéutico, autocuidado y estrategias para favorecer el cumplimiento del tratamiento farmacológico.

Palabras clave: diabetes mellitus; adulto mayor; adherencia al tratamiento; tratamiento farmacológico; MMAS-8.

II.INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre y por alteraciones en la producción o utilización de la insulina. Su importancia como problema de salud pública se relaciona con el incremento sostenido de personas afectadas y con las complicaciones que pueden desarrollarse cuando no se logra un adecuado control metabólico. Entre las principales complicaciones se encuentran las enfermedades cardiovasculares, la enfermedad renal, la neuropatía, la retinopatía y otras alteraciones que pueden afectar la funcionalidad y la calidad de vida de las personas. (ADA, 2025; OMS, 2023).

La magnitud de la diabetes continúa aumentando a nivel mundial. La Federación Internacional de Diabetes reportó en su Atlas de Diabetes de 2025 que aproximadamente 589 millones de adultos de 20 a 79 años viven con diabetes a nivel mundial y que la cifra podría incrementarse considerablemente en las próximas décadas. Este panorama representa un desafío para los sistemas de salud, debido a la necesidad de garantizar diagnóstico oportuno, tratamiento continuo, educación para el autocuidado y seguimiento de las personas que viven con la enfermedad. (International Diabetes Federation [IDF], 2025).

La diabetes mellitus representa también un problema relevante para México, donde se encuentra entre las enfermedades crónicas de mayor importancia por su relación con la discapacidad, las complicaciones y la mortalidad. Las estadísticas nacionales han mostrado de manera constante la importancia de la diabetes entre las causas de defunción, mientras que los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición han permitido identificar la magnitud de las enfermedades crónicas y de los problemas relacionados con su control. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2024; Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2023).

El adulto mayor representa un grupo que requiere especial atención debido

a que el proceso de envejecimiento puede acompañarse de modificaciones fisiológicas, enfermedades crónicas concomitantes y cambios funcionales que incrementan la complejidad del tratamiento. La presencia simultánea de hipertensión arterial, enfermedad renal, alteraciones cardiovasculares y otras enfermedades puede conducir al uso de múltiples medicamentos y aumentar las dificultades relacionadas con el cumplimiento terapéutico. (ADA, 2025; American Geriatrics Society, 2023).

La polifarmacia, las alteraciones visuales, la disminución de la memoria, las dificultades para desplazarse y la dependencia funcional pueden constituir barreras para que el adulto mayor mantenga de manera adecuada las indicaciones relacionadas con su tratamiento. Por esta razón, la atención de la diabetes en esta población debe considerar no solamente el tratamiento farmacológico, sino también las características individuales, familiares y sociales que pueden influir en el autocuidado. (American Geriatrics Society, 2023; Jimmy & Jose, 2011).

La adherencia terapéutica se refiere al grado en que el comportamiento de una persona coincide con las recomendaciones acordadas con los profesionales de la salud. En el caso de las enfermedades crónicas, la adherencia comprende aspectos como la toma correcta de los medicamentos, el seguimiento de recomendaciones alimentarias y la realización de cambios en el estilo de vida. La OMS ha señalado que la falta de adherencia constituye un problema de gran importancia porque puede disminuir los beneficios esperados de los tratamientos y favorecer resultados desfavorables en las enfermedades crónicas. (OMS, 2003).

En las personas con diabetes mellitus, la adherencia al tratamiento farmacológico es particularmente importante porque el tratamiento requiere continuidad y seguimiento. La interrupción frecuente de los medicamentos, la omisión de dosis o el uso incorrecto de los mismos pueden dificultar el logro de los objetivos terapéuticos. Además, la falta de adherencia puede estar relacionada con diversos factores, por lo que no debe considerarse exclusivamente como una

conducta individual del paciente, sino como un fenómeno en el que intervienen características del tratamiento, del sistema de salud y del contexto familiar y social. (Polonsky & Henry, 2016; Jimmy & Jose, 2011).

Entre los factores que pueden favorecer el incumplimiento del tratamiento se encuentran el olvido, la complejidad del régimen terapéutico, los efectos secundarios, la falta de conocimiento sobre la enfermedad, las dificultades económicas, la baja alfabetización en salud y la falta de apoyo. En el adulto mayor, algunos de estos factores pueden intensificarse debido a los cambios asociados con el envejecimiento, haciendo necesario desarrollar estrategias individualizadas para favorecer la continuidad del tratamiento. (Polonsky & Henry, 2016).

La educación para el autocuidado constituye una estrategia importante para fortalecer la participación de las personas con diabetes en el manejo de su enfermedad. Las intervenciones educativas pueden contribuir a mejorar los conocimientos, las habilidades y la capacidad de tomar decisiones relacionadas con el tratamiento, la alimentación, la actividad física y el monitoreo de la enfermedad. Por ello, la educación debe formar parte de una atención continua y centrada en las necesidades de cada paciente. (Powers et al., 2020).

Dentro del campo de enfermería, la evaluación de la adherencia permite identificar dificultades que pueden pasar inadvertidas durante la atención habitual. El profesional de enfermería puede participar en la educación del paciente, la identificación de barreras, el seguimiento de las indicaciones terapéuticas y la promoción de estrategias de autocuidado. Estas acciones son especialmente importantes en adultos mayores, quienes pueden requerir acompañamiento continuo y participación de la familia o cuidadores. (International Council of Nurses [ICN], 2021; Powers et al., 2020).

Para evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico existen diferentes instrumentos de medición. Entre ellos se encuentra la Morisky Medication

Adherence Scale de ocho ítems, conocida como MMAS-8, instrumento desarrollado para evaluar el comportamiento relacionado con la toma de medicamentos. El trabajo original de Morisky y colaboradores examinó las propiedades psicométricas y la validez predictiva de una medida estructurada de adherencia farmacológica, convirtiéndose posteriormente en una herramienta ampliamente utilizada en investigaciones sobre enfermedades crónicas. (Morisky et al., 2008).

La MMAS-8 permite obtener una puntuación relacionada con el comportamiento de adherencia y clasificar a los participantes en diferentes niveles. Las medidas de autorreporte presentan ventajas como su facilidad de aplicación, bajo costo y posibilidad de utilizarse en diferentes contextos; sin embargo, también deben considerarse sus limitaciones, entre ellas la posibilidad de sesgo en las respuestas. Por esta razón, los resultados deben interpretarse dentro del contexto clínico y metodológico del estudio. (Culig & Leppée, 2014).

En Valle de Chalco Solidaridad existe la necesidad de generar información específica sobre las condiciones de salud de la población adulta mayor y sobre los factores relacionados con el manejo de enfermedades crónicas. La obtención de información local puede contribuir a identificar necesidades particulares y proporcionar elementos para el diseño de estrategias de educación, seguimiento y atención de enfermería dirigidas a esta población. (INSP, 2023).

En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo evaluar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con diabetes mellitus de Valle de Chalco durante 2026 mediante la aplicación de la MMAS-8. El estudio busca aportar información sobre el comportamiento de adherencia de los participantes y generar elementos que permitan fortalecer las intervenciones de enfermería relacionadas con educación para la salud, autocuidado y seguimiento terapéutico. (Morisky et al., 2008; Powers et al., 2020)

III. MÉTODO Y PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

Diseño del estudio

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, de diseño observacional, transversal, prospectivo y analítico. El estudio se desarrolló con adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus y tuvo como finalidad identificar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico mediante la aplicación de la MMAS-8. El diseño corresponde al planteamiento metodológico establecido en el protocolo de investigación.

Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus residentes en Valle de Chalco. De acuerdo con los registros disponibles para el análisis, se contó con información de 43 participantes. Los criterios establecidos en el protocolo consideraron como población elegible a adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus de al menos un año y que se encontraran bajo tratamiento médico.

Se estableció como criterio de exclusión la presencia de deterioro cognitivo y como criterio de eliminación el abandono del estudio. Estos criterios fueron establecidos con la finalidad de delimitar las características de los participantes y favorecer la obtención de información relacionada con el cumplimiento del tratamiento farmacológico.

Instrumento

Para la evaluación de la adherencia al tratamiento farmacológico se utilizó la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky de ocho ítems (MMAS-8). El instrumento está integrado por ocho preguntas relacionadas con el comportamiento del paciente respecto a la toma de medicamentos y permite obtener una puntuación de adherencia. El instrumento fue desarrollado por Morisky y colaboradores como una medida estructurada de autorreporte para evaluar la adherencia a la medicación. (Morisky et al., 2008).

La escala considera siete preguntas con respuestas dicotómicas y una pregunta con respuesta tipo Likert. De acuerdo con la clasificación utilizada en el estudio, una puntuación de 8 corresponde a adherencia alta, de 6 a 7 puntos corresponde a adherencia media y una puntuación menor de 6 corresponde a adherencia baja. Esta clasificación fue la empleada para interpretar los resultados obtenidos en los participantes. (Morisky et al., 2008; Culig & Leppée, 2014). Es importante señalar que en el protocolo original se presentó una descripción incorrecta de la MMAS-8, al señalar que el instrumento evaluaba depresión. Para la versión final del trabajo se corrigió esta descripción, debido a que la MMAS-8 corresponde a una escala de adherencia a la medicación desarrollada por Donald E. Morisky y colaboradores. La corrección permite mantener coherencia entre el instrumento utilizado, el objetivo del estudio y las referencias científicas originales. (Morisky et al., 2008).

Procedimiento

La información obtenida de los participantes fue organizada en una base de datos de Microsoft Excel. La base contenía los identificadores de los participantes, variables sociodemográficas, respuestas correspondientes a los diferentes ítems de la escala, suma de puntuaciones y clasificación final del nivel de adherencia. La utilización de una base estructurada permitió organizar la información y realizar el análisis descriptivo de los resultados

Una vez organizada la información, se calcularon medidas de tendencia central y dispersión para describir los puntajes obtenidos en la escala. Se determinó la media, mediana, valor mínimo y valor máximo. Asimismo, se identificó la frecuencia de participantes pertenecientes a cada uno de los tres niveles de adherencia establecidos para el estudio.

Análisis de los datos

El análisis estadístico se realizó mediante Microsoft Excel. Para la variable principal se obtuvieron frecuencias absolutas y porcentajes para cada nivel de

adherencia. También se calcularon medidas de tendencia central y dispersión del puntaje total de la escala con la finalidad de describir el comportamiento general de los resultados.

El análisis permitió identificar la distribución de los participantes en las categorías de adherencia alta, media y baja. Los resultados fueron organizados en tablas para facilitar su presentación e interpretación y se utilizaron porcentajes para expresar la proporción correspondiente a cada categoría.

Consideraciones éticas

La investigación se desarrolló considerando los principios de respeto, confidencialidad y protección de la información de los participantes. Los datos fueron manejados mediante identificadores y se utilizaron exclusivamente para fines académicos y de investigación.

IV.RESULTADOS

En el presente estudio se analizaron los datos correspondientes a **43 adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus** que participaron en la investigación realizada en Valle de Chalco durante el año 2026. La finalidad de este análisis fue identificar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de los participantes mediante la aplicación de la escala **Morisky Medication Adherence Scale de ocho ítems (MMAS-8)**. La adherencia al tratamiento constituye un elemento relevante en el manejo de las enfermedades crónicas, debido a que el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas puede influir en la continuidad del tratamiento y en el aprovechamiento de los beneficios esperados de los medicamentos. La Organización Mundial de la Salud ha señalado que la adherencia a los tratamientos prolongados constituye un problema relevante de salud pública y que su comportamiento está relacionado con múltiples dimensiones del paciente, del tratamiento y del sistema sanitario (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003).

De acuerdo con el protocolo de investigación, para valorar la adherencia farmacológica se utilizó la escala MMAS-8, considerando la puntuación total obtenida por cada participante. La utilización de cuestionarios de autorreporte constituye una de las estrategias indirectas empleadas para valorar la adherencia a los medicamentos, debido a que permite recopilar información relacionada con conductas específicas de los pacientes respecto al cumplimiento de su tratamiento. Sin embargo, este tipo de medición debe interpretarse considerando que las respuestas corresponden a la información proporcionada por los propios participantes y, por lo tanto, representan una aproximación al comportamiento de adherencia (Jimmy & Jose, 2011).

La población analizada estuvo integrada por **43 participantes**, sin registros faltantes en las variables utilizadas para determinar el nivel de adherencia. La ausencia de datos perdidos permitió realizar el análisis de la totalidad de los registros disponibles, evitando la necesidad de excluir participantes por información

incompleta. La descripción inicial de la muestra es importante porque permite establecer el número de observaciones sobre las cuales se calcularon las frecuencias, porcentajes y medidas descriptivas presentadas posteriormente (Jimmy & Jose, 2011).

En cuanto a la variable género, la base de datos utilizada para el análisis registró dos categorías mediante códigos numéricos. Del total de 43 participantes, **34 correspondieron al código 1 y 9 al código 2**. Debido a que la base de datos empleó códigos numéricos y no se debe modificar la codificación original sin una definición explícita en el instrumento de recolección, los resultados se presentan respetando dichos códigos. Esta información permite describir la composición de la muestra y proporciona un elemento adicional para contextualizar los resultados obtenidos en la evaluación de la adherencia farmacológica.

En relación con el resultado principal de la investigación, se observó que el **puntaje total de adherencia presentó un valor mínimo de 0 puntos y un valor máximo de 8 puntos**. El promedio obtenido por los participantes fue de **4.47 puntos**, mientras que la mediana fue de **4.5 puntos**. La desviación estándar fue de **2.23 puntos**, lo que muestra que las puntuaciones presentaron variabilidad entre los participantes. La presentación conjunta de estas medidas permite describir tanto la tendencia central de los resultados como el grado de dispersión existente dentro de la muestra (Jimmy & Jose, 2011).

El promedio de **4.47 puntos** permite observar que, en términos generales, las puntuaciones obtenidas por los participantes se ubicaron por debajo de la puntuación máxima posible de la escala. Asimismo, la mediana de **4.5 puntos** indica que la mitad de las observaciones se ubicó por debajo de este valor y la otra mitad por encima. Estas medidas descriptivas permiten identificar el comportamiento general del puntaje de adherencia sin atribuir, por sí mismas, una causa específica a los resultados observados. En investigaciones sobre adherencia resulta importante distinguir entre la descripción estadística del fenómeno y la explicación de los factores que pueden influir en él (Jimmy & Jose, 2011).

La desviación estándar de **2.23 puntos** indica que existieron diferencias entre las puntuaciones individuales. Esta variabilidad se relaciona con el hecho de que algunos participantes obtuvieron puntuaciones considerablemente inferiores, mientras que otros alcanzaron valores superiores dentro del intervalo posible de la escala. Por lo tanto, aunque se identificó una tendencia general hacia puntuaciones bajas, los resultados no fueron idénticos para todos los participantes. La evaluación de la adherencia mediante instrumentos estructurados permite precisamente identificar diferencias individuales en las conductas relacionadas con el seguimiento de los tratamientos (Jimmy & Jose, 2011).

La distribución de los puntajes obtenidos muestra, por lo tanto, que dentro de la muestra existieron diferentes grados de adherencia al tratamiento farmacológico. Se identificaron participantes con puntuaciones cercanas al límite inferior de la escala y participantes que alcanzaron puntuaciones elevadas. Esta amplitud de resultados es consistente con la naturaleza multifactorial de la adherencia terapéutica, la cual puede variar entre personas incluso cuando comparten una misma enfermedad crónica. La OMS señala que los problemas de adherencia no deben entenderse únicamente como una conducta individual, sino como un fenómeno en el que intervienen diferentes elementos relacionados con el tratamiento, el paciente y los servicios de salud (OMS, 2003).

Al realizar la clasificación de los participantes de acuerdo con los puntos de corte establecidos en el protocolo de investigación, se identificó que **27 participantes presentaron un nivel de adherencia baja**, lo que corresponde al **62.8 %** de la muestra. Esta categoría fue la que presentó la mayor frecuencia de participantes. En otras palabras, aproximadamente seis de cada diez adultos mayores incluidos en el estudio se ubicaron en el nivel bajo de adherencia al tratamiento farmacológico. Este resultado constituye el principal hallazgo descriptivo de la investigación, ya que permite identificar cuál fue el nivel de adherencia predominante dentro de la población estudiada.

El predominio de la categoría de adherencia baja adquiere relevancia porque permite observar que las dificultades relacionadas con el cumplimiento del tratamiento no se distribuyeron de manera uniforme entre los participantes. La OMS ha señalado que la baja adherencia a tratamientos prolongados constituye un problema importante en enfermedades crónicas y que puede limitar los beneficios que los tratamientos farmacológicos pretenden proporcionar (OMS, 2003). Sin embargo, el resultado obtenido en esta investigación describe exclusivamente el comportamiento observado en los 43 participantes estudiados y no permite, por sí mismo, generalizar los resultados a toda la población adulta mayor con diabetes mellitus de Valle de Chalco.

Por otra parte, **12 participantes presentaron un nivel de adherencia media**, lo que representa el **27.9 %** del total de la muestra. Esta categoría constituyó el segundo grupo con mayor frecuencia. Los participantes clasificados en este nivel presentaron puntuaciones intermedias de acuerdo con los criterios utilizados para interpretar el instrumento. La existencia de este grupo permite observar que una parte de la población estudiada no se encontraba en el nivel más bajo de adherencia, pero tampoco alcanzaba la categoría considerada alta.

El grupo correspondiente a la adherencia media representa poco más de una cuarta parte de los participantes. Esta proporción resulta relevante porque muestra que el comportamiento de adherencia no estuvo concentrado exclusivamente en los extremos de la clasificación. La presencia de participantes en una categoría intermedia refleja la existencia de diferentes grados de cumplimiento terapéutico dentro de la misma población, situación que debe ser considerada al momento de plantear estrategias de seguimiento y educación para la salud (Jimmy & Jose, 2011).

Finalmente, **4 participantes presentaron un nivel de adherencia alta**, equivalente al **9.3 %** de la muestra. Esta fue la categoría con menor frecuencia. La proporción obtenida indica que menos de una décima parte de los participantes alcanzó el nivel alto de adherencia establecido en el instrumento. Este resultado

permite complementar la información proporcionada por las categorías baja y media, mostrando que los participantes con el nivel más favorable de adherencia representaron una proporción reducida dentro de la muestra estudiada.

La distribución de los tres niveles de adherencia permite establecer una diferencia clara entre las categorías. Mientras que 27 participantes se ubicaron en el nivel bajo, 12 se encontraron en el nivel medio y únicamente 4 alcanzaron el nivel alto. Por lo tanto, la mayor concentración de participantes se encontró en los niveles que no corresponden a la categoría alta. Esta distribución proporciona evidencia descriptiva suficiente para afirmar que, dentro de la muestra analizada, el nivel predominante fue el bajo.

En términos porcentuales, la distribución general quedó conformada de la siguiente manera: **62.8 % de los participantes presentó adherencia baja, 27.9 % presentó adherencia media y 9.3 % presentó adherencia alta.** La suma de estos porcentajes corresponde al **100 % de la muestra**, integrada por 43 participantes. La presentación de frecuencias absolutas junto con porcentajes permite apreciar tanto el número real de participantes en cada categoría como el peso relativo de cada nivel dentro del total de la población estudiada.

Tabla 1. Distribución de los participantes según nivel de adherencia al tratamiento farmacológico

Nivel de adherencia	Frecuencia	Porcentaje
Baja	27	62.8 %
Media	12	27.9 %
Alta	4	9.3 %
Total	43	100 %

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados obtenidos mediante la aplicación de la

Los resultados presentados en la Tabla 1 permiten observar que la categoría baja concentró la mayor cantidad de participantes, representando casi dos terceras partes de la muestra. La categoría media ocupó el segundo lugar y la categoría alta presentó la menor frecuencia. Esta distribución facilita la identificación del nivel de adherencia predominante y permite responder directamente al objetivo principal del estudio, relacionado con determinar el nivel de adherencia al tratamiento en adultos mayores con diabetes mellitus.

Al agrupar las categorías baja y media se identificó que **39 de los 43 participantes**, equivalentes al **90.7 %**, se encontraban en alguno de estos dos niveles. En contraste, únicamente **4 participantes, equivalentes al 9.3 %**, se ubicaron en la categoría alta. Este resultado muestra una diferencia importante en la distribución de los niveles de adherencia, ya que la gran mayoría de los participantes no se concentró en la categoría alta. La importancia de evaluar esta situación radica en que la adherencia constituye un componente fundamental del manejo de enfermedades crónicas y requiere seguimiento continuo por parte de los profesionales de salud (OMS, 2003).

La diferencia entre las categorías también puede observarse al comparar directamente las frecuencias. El número de participantes con adherencia baja fue **6.75 veces mayor** que el número de participantes con adherencia alta. Asimismo, la cantidad de participantes con adherencia media fue tres veces superior a la registrada en el nivel alto. Estas diferencias permiten visualizar con mayor claridad la concentración de los resultados hacia las categorías baja y media.

Desde el punto de vista descriptivo, los resultados muestran que la adherencia farmacológica presentó un comportamiento heterogéneo dentro de la muestra, pero con una marcada concentración en niveles bajos. Esta característica debe considerarse como uno de los principales resultados del estudio y constituye un punto de partida para analizar posteriormente las posibles implicaciones para el

cuidado de enfermería. La literatura sobre adherencia destaca que la identificación de las dificultades específicas de cada paciente es importante para orientar intervenciones que permitan mejorar el seguimiento de los tratamientos (Jimmy & Jose, 2011).

La aplicación del instrumento también permitió recopilar información sobre diferentes conductas relacionadas con el consumo de medicamentos. Los reactivos incluidos en una escala de adherencia permiten explorar comportamientos que pueden contribuir al resultado global obtenido por cada participante. La utilización de varios reactivos proporciona una aproximación más amplia que una pregunta aislada, aunque continúa siendo una medición indirecta basada en las respuestas proporcionadas por los participantes (Jimmy & Jose, 2011).

En este sentido, las respuestas individuales permitieron identificar que el comportamiento relacionado con la toma de medicamentos no fue uniforme entre los participantes. Las diferencias en las respuestas de los reactivos contribuyeron a que las puntuaciones finales se distribuyeran entre los valores de 0 a 8 puntos. Esta variabilidad individual es importante porque evidencia que la adherencia no puede considerarse como una característica idéntica para todos los pacientes, sino como un comportamiento que puede presentar diferentes niveles de cumplimiento (OMS, 2003).

Es importante señalar que los resultados obtenidos mediante la escala permiten identificar **niveles de adherencia**, pero no permiten determinar por sí solos las causas específicas que originaron las puntuaciones bajas o medias. Por esta razón, en este apartado no se establece que factores como la edad, el género, la cantidad de medicamentos, el olvido, los efectos secundarios, las dificultades económicas o las características familiares sean responsables directos de los resultados encontrados, a menos que dichas relaciones hayan sido analizadas estadísticamente. La adherencia es considerada un fenómeno multifactorial y su explicación requiere valorar diferentes dimensiones del paciente y del contexto

terapéutico (OMS, 2003; Jimmy & Jose, 2011).

La concentración de participantes en los niveles bajo y medio también permite señalar la importancia de continuar con el análisis de las respuestas obtenidas en los diferentes reactivos del instrumento. El análisis individual de cada ítem puede contribuir a identificar cuáles conductas relacionadas con la toma de medicamentos fueron reportadas con mayor frecuencia por los participantes. De esta manera, el resultado global de la escala puede complementarse con una descripción más detallada de las respuestas obtenidas en cada pregunta (Jimmy & Jose, 2011).

De acuerdo con los resultados generales, el promedio de **4.47 puntos**, la mediana de **4.5 puntos** y la desviación estándar de **2.23 puntos** complementan la información proporcionada por la distribución categórica. Mientras las frecuencias y porcentajes permiten conocer cuántos participantes se ubicaron en cada nivel, las medidas descriptivas permiten observar el comportamiento general de las puntuaciones obtenidas. La utilización conjunta de estos indicadores proporciona una descripción estadística más completa de la variable estudiada.

Los resultados obtenidos muestran que el nivel de adherencia baja fue predominante en la población analizada. La identificación de este patrón resulta especialmente relevante en el contexto de una enfermedad crónica como la diabetes mellitus, debido a que el tratamiento requiere continuidad y participación activa del paciente. La OMS reconoce que la adherencia a los tratamientos prolongados representa un desafío importante y que las intervenciones destinadas a mejorarla requieren considerar tanto al paciente como al equipo de salud y al sistema sanitario (OMS, 2003).

Asimismo, el hecho de que únicamente cuatro participantes se encontraran en el nivel alto indica que la proporción de personas con el nivel más favorable de adherencia fue reducida. No obstante, este resultado no permite establecer por qué

estos participantes obtuvieron mejores puntuaciones ni identificar características particulares que los diferencien del resto de la muestra. Para establecer posibles asociaciones sería necesario realizar análisis adicionales y contar con variables que permitan evaluar estadísticamente dichas relaciones.

La información obtenida constituye una base para el desarrollo de la sección de **Discusión**, en la cual podrán compararse estos resultados con investigaciones previas sobre adherencia al tratamiento farmacológico en personas con diabetes mellitus y adultos mayores. En dicha sección será posible analizar las posibles explicaciones de los hallazgos, sus coincidencias o diferencias con otros estudios y sus implicaciones para la práctica profesional de enfermería. En cambio, el presente apartado se mantiene centrado principalmente en la presentación objetiva de los datos obtenidos.

En síntesis, los resultados de los **43 participantes** evaluados muestran que **27 (62.8 %) presentaron adherencia baja, 12 (27.9 %) presentaron adherencia media y 4 (9.3 %) presentaron adherencia alta**. El puntaje global presentó un rango de **0 a 8 puntos**, con una media de **4.47**, una mediana de **4.5** y una desviación estándar de **2.23**. En consecuencia, el nivel de adherencia predominante dentro de la muestra fue el **bajo**, mientras que el nivel alto fue el menos frecuente. Estos resultados permiten cumplir con el objetivo de identificar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en los adultos mayores con diabetes mellitus incluidos en el estudio y proporcionan la base cuantitativa para el análisis posterior de sus implicaciones (OMS, 2003; Jimmy & Jose, 2011).

Finalmente, los hallazgos deben interpretarse dentro de las características y el tamaño de la muestra estudiada. Los datos corresponden a 43 participantes y describen el comportamiento observado en este grupo durante el periodo de estudio. Por ello, los resultados permiten caracterizar la muestra analizada, pero no deben interpretarse automáticamente como una estimación representativa de todos los adultos mayores con diabetes mellitus de Valle de Chalco. Esta precisión

metodológica es importante para mantener una interpretación científica adecuada de los resultados y evitar conclusiones que excedan la información realmente obtenida mediante el instrumento aplicado.

VI.DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran que la adherencia al tratamiento farmacológico constituye un aspecto relevante en los adultos mayores con diabetes mellitus evaluados en Valle de Chalco. De los 43 participantes incluidos en el análisis, 27 presentaron un nivel de adherencia baja, equivalente al 62.8 % de la población; 12 participantes presentaron adherencia media, correspondiente al 27.9 %, y únicamente 4 participantes alcanzaron un nivel de adherencia alta, equivalente al 9.3 %. Esta distribución permite identificar un predominio claro de dificultades para mantener de manera adecuada el tratamiento farmacológico, situación que adquiere especial importancia debido a que la diabetes mellitus es una enfermedad crónica que requiere un manejo continuo y sostenido en el tiempo (World Health Organization [WHO], 2003; Polonsky & Henry, 2016).

El predominio de la adherencia baja encontrado en este estudio debe interpretarse considerando que la adherencia terapéutica es un fenómeno complejo y no exclusivamente relacionado con la voluntad del paciente. La Organización Mundial de la Salud señala que el cumplimiento de los tratamientos de larga duración puede estar condicionado por diversos factores relacionados con el paciente, la enfermedad, el tratamiento, el sistema de atención sanitaria y el entorno social. Desde esta perspectiva, los resultados encontrados en los adultos mayores estudiados deben entenderse como una expresión de un problema multifactorial y no como una conducta atribuible únicamente a la responsabilidad individual de cada participante (WHO, 2003).

La puntuación promedio de 4.47 puntos obtenida mediante la escala utilizada en el estudio es congruente con la distribución observada en los niveles de adherencia. El promedio se encuentra próximo a los valores inferiores de la escala y refleja que, de manera general, los participantes presentaron dificultades para mantener un cumplimiento adecuado del tratamiento farmacológico. Asimismo, la mediana de 4.5 puntos permite observar que el comportamiento central de las

puntuaciones se ubicó en un nivel bajo-intermedio. En conjunto, estas medidas respaldan el hallazgo principal de que la adherencia insuficiente fue predominante en la población estudiada (Morisky et al., 2008).

La variabilidad observada también debe considerarse dentro de la interpretación de los resultados. Las puntuaciones obtenidas oscilaron entre 0 y 8 puntos, con una desviación estándar de 2.23 puntos. Esto indica que, aunque la mayoría de los participantes presentó niveles bajos, no todos mostraron el mismo comportamiento frente al tratamiento. La existencia de participantes con puntuaciones elevadas y otros con puntuaciones muy bajas demuestra que la adherencia presenta diferencias individuales y que las necesidades de intervención pueden variar entre los pacientes. La evaluación individual resulta, por tanto, importante para identificar las barreras específicas que afectan a cada persona (Jimmy & Jose, 2011).

La presencia de una mayoría de participantes con adherencia baja también puede relacionarse con las dificultades propias del manejo de las enfermedades crónicas. A diferencia de los tratamientos de corta duración, el tratamiento de la diabetes mellitus debe mantenerse durante periodos prolongados y requiere que el paciente incorpore diversas actividades de autocuidado a su vida cotidiana. Esta continuidad puede representar una carga importante para algunas personas, particularmente cuando el tratamiento es complejo o se acompaña de otras enfermedades y medicamentos (WHO, 2003; Polonsky & Henry, 2016).

En el caso de los adultos mayores, esta situación adquiere mayor relevancia debido a que la diabetes puede coexistir con otras enfermedades crónicas. La American Diabetes Association señala que los adultos mayores con diabetes constituyen una población heterogénea y pueden presentar comorbilidades, deterioro funcional, fragilidad, alteraciones cognitivas y polifarmacia, factores que pueden modificar su capacidad para realizar adecuadamente las actividades relacionadas con el autocuidado y el tratamiento (American Diabetes Association

Professional Practice Committee for Diabetes [ADA], 2026).

La polifarmacia representa un aspecto particularmente importante en la población adulta mayor. Cuando una persona utiliza varios medicamentos, debe recordar diferentes horarios, dosis y condiciones de administración, lo que puede incrementar la complejidad de su régimen terapéutico. La ADA recomienda evaluar la polifarmacia y la carga del tratamiento en los adultos mayores con diabetes, así como simplificar los esquemas cuando la complejidad pueda representar un problema para el paciente. Sin embargo, en el presente estudio no se recopiló información suficiente para establecer una relación estadística entre el número de medicamentos y la adherencia, por lo que este aspecto debe considerarse únicamente como un posible factor relacionado y no como una causa demostrada por los resultados (ADA, 2026).

Otro elemento importante es el olvido de la medicación. Las dificultades para recordar la administración de los medicamentos pueden presentarse en el contexto de las actividades cotidianas, especialmente cuando existen varios horarios o cuando la rutina diaria cambia. Las medidas de adherencia basadas en el autorreporte buscan identificar precisamente algunos de estos comportamientos, ya que el incumplimiento puede presentarse de manera ocasional o repetida y puede pasar desapercibido durante una consulta si no se pregunta directamente al paciente (Jimmy & Jose, 2011; Morisky et al., 2008).

La percepción que el paciente tiene sobre su enfermedad y su tratamiento también puede influir en el cumplimiento terapéutico. En enfermedades crónicas, algunas personas pueden experimentar una disminución de la percepción de riesgo cuando no presentan síntomas o cuando consideran que su estado de salud ha mejorado. Esta situación puede favorecer la interrupción o modificación del tratamiento. Por ello, la educación en diabetes debe explicar que el control de la enfermedad requiere continuidad y que la ausencia de síntomas no necesariamente significa que la enfermedad esté controlada (Polonsky & Henry, 2016).

Los resultados de este estudio son relevantes porque muestran que la dificultad para mantener el tratamiento no se presenta solamente en una pequeña proporción de participantes. El hecho de que 62.8 % de los adultos mayores evaluados se ubicara en el nivel bajo permite identificar una situación que requiere atención desde los servicios de salud. La OMS ha señalado que la baja adherencia a los tratamientos de enfermedades crónicas constituye un problema de gran magnitud y que mejorarla puede contribuir a obtener mayores beneficios de las intervenciones terapéuticas disponibles (WHO, 2003).

El grupo de participantes con adherencia media también merece especial atención. Los 12 adultos mayores que representaron el 27.9 % de la muestra no se encontraron en el nivel más bajo, pero tampoco alcanzaron una adherencia alta. Este grupo puede representar una población susceptible de beneficiarse de intervenciones preventivas orientadas a evitar un deterioro posterior del cumplimiento. La identificación temprana de las dificultades permite que el personal de salud intervenga antes de que los problemas de adherencia se vuelvan más frecuentes o persistentes (Jimmy & Jose, 2011).

Por otra parte, solamente 4 participantes, equivalentes al 9.3 %, presentaron adherencia alta. La proporción reducida de este grupo indica que el cumplimiento óptimo fue menos frecuente en comparación con los niveles bajo y medio. Aunque estos participantes no representan la mayoría, su presencia demuestra que existen adultos mayores capaces de mantener un comportamiento terapéutico adecuado. En futuras investigaciones sería conveniente analizar las características y estrategias utilizadas por este grupo, siempre que se cuente con variables adicionales que permitan realizar dicha comparación (WHO, 2003).

La diferencia entre los niveles de adherencia también permite observar una oportunidad para las intervenciones de enfermería. Si se consideran conjuntamente los niveles medio y alto, 16 participantes, equivalentes al 37.2 %, presentaron una

adherencia superior al nivel bajo. Sin embargo, el grupo de adherencia baja continúa siendo considerablemente mayor. Esta distribución sugiere que las acciones de promoción y educación no deberían limitarse a los participantes con problemas más evidentes, sino que pueden desarrollarse estrategias diferenciadas de acuerdo con el nivel de adherencia identificado (Jimmy & Jose, 2011).

Desde la perspectiva de enfermería, la evaluación de la adherencia puede constituir una herramienta útil para orientar el seguimiento del paciente. El personal de enfermería mantiene un contacto frecuente con las personas que viven con enfermedades crónicas y puede identificar dificultades relacionadas con la administración de medicamentos, comprensión de las indicaciones, organización de los horarios y continuidad de las consultas. La literatura reconoce que los profesionales de la salud, incluyendo enfermería, tienen un papel importante en la identificación de barreras y en la implementación de estrategias destinadas a mejorar la adherencia (Jimmy & Jose, 2011).

La educación para la salud debe ocupar un lugar central dentro de estas intervenciones. Una orientación efectiva no consiste únicamente en indicarle al paciente que debe tomar sus medicamentos, sino en ayudarlo a comprender la finalidad del tratamiento y la importancia de mantenerlo de acuerdo con las indicaciones profesionales. La educación debe adaptarse al nivel de comprensión, características funcionales y necesidades particulares del adulto mayor, favoreciendo que pueda participar activamente en las decisiones relacionadas con su autocuidado (ADA, 2026).

En los adultos mayores es particularmente importante valorar la capacidad funcional y cognitiva para realizar las actividades relacionadas con el tratamiento. La ADA recomienda una evaluación integral de aspectos médicos, psicológicos, funcionales y sociales para establecer objetivos y estrategias de manejo de la diabetes. Esto resulta pertinente para los hallazgos del presente estudio, debido a que una baja adherencia podría estar relacionada con dificultades que no

necesariamente son evidentes durante una valoración exclusivamente clínica (ADA, 2026).

El apoyo familiar puede representar otro elemento de importancia en el manejo del adulto mayor con diabetes mellitus. La familia puede contribuir a la organización de los medicamentos, recordar horarios, acompañar a consultas y apoyar la adopción de hábitos saludables. Sin embargo, el apoyo debe favorecer la autonomía del adulto mayor y no sustituir completamente su capacidad de participar en su propio tratamiento. La necesidad de considerar los sistemas de apoyo del paciente forma parte del enfoque integral recomendado para el manejo de los adultos mayores con diabetes (ADA, 2026).

También debe considerarse que las barreras económicas y de acceso pueden afectar la continuidad del tratamiento. Los costos asociados con medicamentos, consultas, transporte y otros elementos del cuidado pueden representar dificultades para algunas personas. La ADA reconoce la importancia de considerar los costos de atención y la cobertura al desarrollar planes terapéuticos, debido a que las barreras económicas pueden afectar la toma de medicamentos y otras conductas de autocuidado (ADA, 2026).

En este sentido, la baja adherencia observada en el presente estudio no debe interpretarse únicamente como incumplimiento voluntario. Una persona puede tener dificultades para seguir su tratamiento debido a factores relacionados con el acceso, el costo, la comprensión de las indicaciones, la complejidad del esquema terapéutico o la disponibilidad de apoyo. Esta interpretación es consistente con el enfoque de la OMS, que plantea que la adherencia resulta de la interacción de múltiples dimensiones y requiere intervenciones que consideren tanto al paciente como al sistema de atención (WHO, 2003).

Otro aspecto importante es la carga que puede representar el tratamiento de una enfermedad crónica. En algunos pacientes, las indicaciones pueden involucrar

medicamentos, cambios en la alimentación, actividad física, vigilancia de glucosa, consultas periódicas y otras recomendaciones. Cuando las demandas del tratamiento superan las posibilidades del paciente, puede disminuir la capacidad para mantener todas las indicaciones de manera constante. Por esta razón, las estrategias terapéuticas deben buscar un equilibrio entre los beneficios esperados y la capacidad real del adulto mayor para llevarlas a cabo (ADA, 2026).

La literatura especializada en diabetes ha señalado que la baja adherencia farmacológica constituye un problema frecuente y que puede relacionarse con un control glucémico insuficiente y con mayores dificultades en el manejo de la enfermedad. Polonsky y Henry (2016) señalan que entre los factores relacionados con la adherencia pueden encontrarse la complejidad del tratamiento, los costos, las creencias acerca de los medicamentos y la carga percibida por el paciente. Estos elementos permiten contextualizar los resultados encontrados en Valle de Chalco, aunque no es posible afirmar que todos estos factores estuvieron presentes en los participantes debido a que no fueron evaluados de manera específica.

La interpretación de los resultados debe realizarse también considerando las características del instrumento utilizado. La escala MMAS-8 fue desarrollada como una medida estructurada de autorreporte para valorar comportamientos relacionados con la adherencia. Este tipo de instrumentos permite obtener información de manera relativamente sencilla, pero las respuestas dependen de la percepción y memoria del participante. Por ello, los resultados deben interpretarse como una estimación del comportamiento de adherencia y complementarse, cuando sea posible, con información clínica y entrevistas de seguimiento (Jimmy & Jose, 2011; Morisky et al., 2008).

Un aspecto metodológico que debe señalarse es que la publicación original de Morisky et al. (2008), frecuentemente citada en relación con la MMAS-8, fue posteriormente retractada en 2023. Por ello, para la versión final del trabajo académico es importante verificar la procedencia exacta del cuestionario que se

aplicó, la autorización correspondiente y la fuente que debe citarse para la versión utilizada. Esta situación no modifica los datos obtenidos en la aplicación realizada, pero sí debe ser considerada cuidadosamente en la presentación metodológica y bibliográfica del estudio (Morisky et al., 2008).

En cuanto a la interpretación de los resultados, es importante señalar que el presente estudio identifica niveles de adherencia, pero no permite establecer relaciones causales. Por ejemplo, no puede afirmarse que el olvido de medicamentos, la edad, el número de medicamentos, el apoyo familiar o las condiciones económicas hayan causado directamente la baja adherencia, debido a que el diseño y las variables disponibles no permiten comprobar esas relaciones. Esta distinción es fundamental para mantener una interpretación científica adecuada de los resultados (WHO, 2003).

Asimismo, los resultados corresponden a una muestra de 43 participantes. Por esta razón, los porcentajes obtenidos permiten describir el comportamiento observado en el grupo estudiado, pero deben interpretarse con precaución al intentar extrapolarlos a toda la población adulta mayor con diabetes mellitus de Valle de Chalco. La realización de estudios con muestras mayores y diseños que permitan analizar asociaciones específicas contribuiría a obtener evidencia más amplia sobre los factores relacionados con la adherencia en esta población (Jimmy & Jose, 2011).

Otra limitación se relaciona con el carácter autorreportado de la información. Los participantes pueden no recordar exactamente sus conductas relacionadas con la toma de medicamentos o pueden responder de acuerdo con lo que consideran socialmente aceptable. Por ello, las escalas de autorreporte pueden complementarse con otras estrategias de evaluación, como revisión de registros, entrevistas clínicas, seguimiento de dispensación o indicadores bioquímicos, cuando estos recursos se encuentren disponibles y sean pertinentes para el objetivo del estudio (Jimmy & Jose, 2011).

A pesar de estas limitaciones, los resultados tienen utilidad para la práctica de enfermería porque permiten identificar un grupo importante de adultos mayores que podría beneficiarse de acciones específicas de seguimiento. La identificación de 27 participantes con adherencia baja proporciona una señal para fortalecer las estrategias de educación, acompañamiento y detección de barreras. La evaluación sistemática de la adherencia puede convertirse en un componente complementario de la atención de personas con enfermedades crónicas (Jimmy & Jose, 2011).

Una intervención de enfermería orientada a mejorar la adherencia puede incluir educación individualizada, revisión de la comprensión del tratamiento, identificación de dificultades para recordar los medicamentos, orientación sobre la organización de horarios y participación de familiares o cuidadores cuando sea necesario. Estas estrategias deben adaptarse a las características de cada paciente, debido a que las barreras pueden ser diferentes entre una persona y otra (ADA, 2026; Jimmy & Jose, 2011).

También resulta importante evitar que las intervenciones se enfoquen exclusivamente en proporcionar información. El conocimiento es necesario, pero no siempre garantiza un cambio de conducta. La adherencia puede estar determinada por factores emocionales, económicos, sociales, funcionales y relacionados con las características del tratamiento. Por ello, la educación debe combinarse con seguimiento, comunicación efectiva y resolución de problemas específicos identificados durante la valoración del paciente (Polonsky & Henry, 2016).

El seguimiento continuo adquiere especial importancia en una enfermedad como la diabetes mellitus, debido a que el tratamiento se desarrolla a largo plazo. Una persona que actualmente presenta adherencia adecuada puede experimentar dificultades posteriormente como consecuencia de cambios en su tratamiento, estado de salud, situación familiar o condiciones económicas. Por esta razón, la adherencia debe considerarse un aspecto dinámico que puede modificarse con el tiempo y que requiere valoración periódica (WHO, 2003).

Los resultados también permiten destacar la importancia de individualizar el tratamiento en los adultos mayores. La ADA recomienda que las decisiones relacionadas con el manejo de la diabetes consideren la situación clínica, funcional, psicológica y social de cada persona. Esta recomendación es especialmente relevante cuando se identifican dificultades de adherencia, debido a que un esquema terapéutico demasiado complejo puede representar una carga que dificulte su cumplimiento (ADA, 2026).

En este contexto, simplificar el tratamiento cuando sea clínicamente apropiado puede ser una estrategia relevante. La ADA señala que en los adultos mayores deben considerarse la polifarmacia y la carga terapéutica, y que pueden simplificarse determinados esquemas cuando la complejidad representa un problema. Esta decisión, sin embargo, corresponde al equipo de salud y debe realizarse de acuerdo con las características clínicas y objetivos individualizados del paciente, por lo que no debe interpretarse como una recomendación para suspender o modificar medicamentos por cuenta propia (ADA, 2026).

Desde una perspectiva de promoción de la salud, los resultados sugieren que las acciones de enfermería deben orientarse no solamente a atender las consecuencias de la baja adherencia, sino también a prevenirla. La educación desde las primeras etapas del tratamiento, la identificación de barreras y el establecimiento de estrategias de autocuidado pueden favorecer una relación más activa entre el paciente y su tratamiento. Este enfoque resulta congruente con la necesidad de abordar las enfermedades crónicas mediante intervenciones continuas y centradas en la persona (WHO, 2003).

La adherencia también debe considerarse dentro del concepto de autocuidado. En el adulto mayor con diabetes mellitus, tomar los medicamentos correctamente forma parte de un conjunto más amplio de comportamientos destinados a mantener la salud y prevenir complicaciones. Por ello, el personal de

enfermería puede aprovechar las consultas y actividades educativas para reforzar de manera integral el autocuidado, incluyendo alimentación, actividad física, vigilancia de signos y síntomas, asistencia a consultas y cumplimiento del tratamiento farmacológico (ADA, 2026).

En términos de investigación, los resultados obtenidos pueden servir como punto de partida para estudios posteriores en la población adulta mayor de Valle de Chalco. Sería conveniente incorporar variables que permitan explorar con mayor profundidad los factores asociados con la adherencia, como tiempo de evolución de la diabetes, número de medicamentos utilizados, presencia de comorbilidades, nivel de conocimiento de la enfermedad, apoyo familiar, acceso a medicamentos y características socioeconómicas. El estudio de estas variables permitiría complementar los resultados descriptivos obtenidos en la presente investigación (Polonsky & Henry, 2016).

También sería pertinente desarrollar investigaciones que comparen la adherencia antes y después de una intervención de enfermería. Un diseño de este tipo permitiría valorar si determinadas estrategias educativas o de seguimiento producen cambios en el nivel de adherencia. De esta manera, la investigación podría avanzar desde la identificación del problema hacia la evaluación de intervenciones concretas destinadas a mejorar el autocuidado y el cumplimiento terapéutico (Jimmy & Jose, 2011).

En conjunto, los resultados obtenidos muestran una situación que merece atención dentro de la población estudiada. El hecho de que 62.8 % de los participantes presentara adherencia baja, frente a 27.9 % con adherencia media y solamente 9.3 % con adherencia alta, evidencia que la dificultad para mantener el tratamiento farmacológico es un fenómeno frecuente en el grupo analizado. Esta distribución coincide con la importancia que la literatura internacional ha otorgado a la adherencia como uno de los desafíos principales en el manejo de las enfermedades crónicas (WHO, 2003; Polonsky & Henry, 2016).

El promedio de 4.47 puntos y la mediana de 4.5 puntos complementan esta interpretación al mostrar que la tendencia central de la población se encuentra en valores relativamente bajos. La variabilidad de las puntuaciones, que oscilaron entre 0 y 8 puntos, demuestra simultáneamente que existen diferencias individuales importantes. Por ello, la respuesta ante la baja adherencia debe combinar acciones generales de educación con intervenciones individualizadas dirigidas a las necesidades específicas de cada adulto mayor (Jimmy & Jose, 2011).

Finalmente, los hallazgos permiten resaltar que mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico debe considerarse una responsabilidad compartida entre el paciente, la familia y el equipo de salud. El adulto mayor requiere información comprensible, acompañamiento y un tratamiento que sea compatible con sus condiciones clínicas y funcionales. El personal de enfermería puede desempeñar un papel fundamental mediante la valoración continua, educación para la salud, identificación de barreras y seguimiento de las conductas de autocuidado (ADA, 2026; Jimmy & Jose, 2011).

La presente investigación evidencia un predominio de adherencia baja al tratamiento farmacológico entre los adultos mayores con diabetes mellitus estudiados en Valle de Chalco. Los resultados muestran la necesidad de fortalecer las acciones de enfermería relacionadas con educación, seguimiento, autocuidado y detección de barreras. Aunque los resultados no permiten establecer causas específicas de la baja adherencia, sí proporcionan evidencia suficiente para considerar el cumplimiento terapéutico como un área prioritaria de atención dentro de la población estudiada y como una línea pertinente para futuras investigaciones (WHO, 2003; ADA, 2026).

V.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Cordero-Sánchez, C., Alba-Alba, C., Muñoz-Covarrubias, M., Guzmán-Ortiz, E., & Ramírez-Girón, N. (2022).** Características sociodemográficas asociadas a la adherencia del tratamiento en adultos con diabetes tipo 2. *Horizonte Sanitario*, 21(2), 276–281.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S200774592022000200276&script=sci_arttext&utm_source=
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2026).** *Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2024*. INEGI.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2026/enasem/ENASEM_24.pdf?utm_source=
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2022).** *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2022*. INSP.
https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2022/documentos_analiticos.php?utm_source=
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2020).** *Diabetes mellitus en personas mayores*. Gobierno de México.
[Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores | Gobierno | gob.mx](https://www.gob.mx/inapam)
- Mora-Romo, J. F. (2022).** Adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 en México: Estudio de meta-análisis. *Psicumex*, 12(1), 1–20, e493.
<https://doi.org/10.36793/psicumex.v12i1.493>
- Organización Mundial de la Salud. (2024).** *Diabetes*. OMS.
https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes?utm_source=
- Organización Panamericana de la Salud. (s. f.).** *Diabetes*. OPS/OMS.
https://www.paho.org/es/temas/diabetes?utm_source=
- Ramírez García, M. C., Anlehu Tello, A., & Rodríguez León, A. (2019).** Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Horizonte Sanitario*, 18(3), 383–392. <https://doi.org/10.19136/hs.a18n3.2888>
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S200774592019000300383&script=sci_arttext&utm_source=
- Ramírez-Girón, N., Cortés-Barragán, B., & Galicia-Aguilar, R. M. (2016).** Continuidad del cuidado: adulto mayor con diabetes tipo 2 y su cuidador. *Enfermería Universitaria*, 13(1), 61–68. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.12.002>

[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S166570632016000100061&script=sci_ar
ttext&utm_source=](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S166570632016000100061&script=sci_ar
ttext&utm_source=)

Secretaría de Salud. (2010). *Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.* Gobierno de México.

https://sidof.segob.gob.mx/notas/docFuente/5168074?utm_source=

Secretaría de Salud. (2015). *Protocolo clínico para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes.* Gobierno de México.

[https://www.gob.mx/salud/documentos/protocolo-clinico-para-el-diagnostico-y-
tratamiento-de-la-diabetes?utm_source=](https://www.gob.mx/salud/documentos/protocolo-clinico-para-el-diagnostico-y-
tratamiento-de-la-diabetes?utm_source=)

Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades. (2018). *Guía clínica para el médico de primer nivel de atención de adherencia terapéutica.* Secretaría de Salud.

[https://www.gob.mx/salud/cenaprece/documentos/guia-clinica-para-el-medico-de-
primer-nivel-de-atencion-de-adherencia-terapeutica?utm_source=](https://www.gob.mx/salud/cenaprece/documentos/guia-clinica-para-el-medico-de-
primer-nivel-de-atencion-de-adherencia-terapeutica?utm_source=)

Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades. (2019). *Guía de atención de adherencia terapéutica.* Secretaría de Salud.

[https://www.gob.mx/salud%7Ccenaprece/documentos/guia-de-atencion-de-
adherenciaterapeutica?utm_source=](https://www.gob.mx/salud%7Ccenaprece/documentos/guia-de-atencion-de-
adherenciaterapeutica?utm_source=)

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción.* Organización Mundial de la Salud.

[Adherence to long-term therapies : evidence for action](#)

Organización Panamericana de la Salud. (2024). *La OPS impulsa el programa Diabfrail LatAm para mejorar el bienestar de las personas mayores con diabetes.* OPS/OMS.

[https://www.paho.org/es/noticias/14-11-2024-ops-impulsa-programa-diabfrail-latam-
reunion-tecnica-para-mejorar-bienestar?utm_source=](https://www.paho.org/es/noticias/14-11-2024-ops-impulsa-programa-diabfrail-latam-
reunion-tecnica-para-mejorar-bienestar?utm_source=)

Instituto Mexicano del Seguro Social. (s. f.). *Guía de cuidado del adulto mayor.* IMSS.

https://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/guia-cuidado-adultomayor?utm_source=

Secretaría de Salud. (2023). *Programa de acción específico: Atención al envejecimiento.* Gobierno de México.

https://www.gob.mx/salud?utm_source=

Instituto Nacional de Salud Pública. (2023). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022: resultados nacionales.* INSP.

https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2022/documentos_analiticos.php

[?utm_source=](#)

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Envejecimiento y salud*. OMS.

https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health?utm_source=

VII. Anexos

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos

Escala de adherencia al tratamiento farmacológico MMAS-8

Instrumento utilizado para evaluar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de los adultos mayores con diabetes mellitus participantes en el estudio.

Fuente: Morisky, Ang, Krousel-Wood y Ward (2008).