



**UNIVERSIDAD CENTRAL
VICERRECTORÍA ACADÉMICA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

TEMA DE LA INVESTIGACIÓN

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA FAVORECER LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO A UN GRUPO DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON EDADES ENTRE 30 Y 60 AÑOS QUE ASISTEN A LA ASOCIACIÓN DÍA VIDA, UBICADA EN PASO ANCHO, SAN JOSÉ.

MODALIDAD DE TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON ÉNFASIS EN MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

ESTUDIANTE

Judith Vanessa Batista Mora

TUTORA

M. Ps. Nancy Román González

SEDE ARANJUEZ
DICIEMBRE, 2025

Contenido

Tablas	5
Figuras	6
Dedicatoria y Agradecimiento	7
Resumen.....	8
Derechos de Propiedad Intelectual.....	9
Capítulo I: Problema	10
1.1 Planteamiento del Problema	10
Capítulo II: Marco Teórico.....	22
1.2 Diabetes Mellitus.....	22
2.1.1 Diabetes Mellitus Tipo 1	24
2.1.2 Diabetes Mellitus Tipo 2	24
2.1.3 Diabetes Gestacional	25
2.1.4 Síntomas	26
2.1.5 Prevención.....	27
2.1.6 Diagnóstico y Tratamiento Médico	27
2.2 Factores Emocionales Asociados a la Adherencia en Pacientes con Diabetes Tipo 2	28
2.2.1 Estrés, Ansiedad y Depresión como Obstáculos	29
2.2.2 La Falta de Autoeficacia como Factor Emocional en la Diabetes Tipo 2	30
2.2.3 Creencias Disfuncionales sobre la Enfermedad	31
2.2.4 Baja Tolerancia a la Frustración	32
2.2.5 Falta de Motivación	33
2.2.6 Falta de Apoyo Social y Entorno Desfavorable como Obstáculos para la Adherencia	34
2.3. Factores Conductuales Asociados a la Adherencia al Tratamiento	34
2.3.1 Respuesta Conductual del Paciente a la Medicación y Control Glucémico.	35
2.3.2 Respuesta Conductual del Paciente a la Dieta Prescrita.....	36
2.3.3 Respuesta Conductual del Paciente a la Actividad Física Prescrita	37
2.4 Adherencia al Tratamiento	38
2.4.1 Naturaleza de la Adherencia al Tratamiento	38
2.4.2 Adherencia al Tratamiento en la Diabetes Mellitus Tipo 2.....	39

2.4.3 Componentes Psicológicos y Conductuales de la Adherencia.....	40
2.4.4 Factores que Obstaculizan la Adherencia al Tratamiento	41
2.4.5 Consecuencias Psicosociales de la Falta de Adherencia a la Diabetes Mellitus Tipo 2	42
2.4.6 Estrategias Psicológicas para Favorecer la Adherencia	42
2.4.7 Tratamiento Psicológico para la Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2	43
2.5 Población objetivo: Personas de 30 a 60 años.....	44
2.6 Fundamentos Cognitivo-Conductuales para la Adherencia al Tratamiento en la Diabetes Mellitus Tipo 2.....	45
2.6.1 Modelo Cognitivo-Conductual.....	46
2.6.2 Teoría de la Autoeficacia	46
2.6.3 Modelo Transteórico del Cambio (TMC)	47
2.6.4 Aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual en Enfermedades Crónicas y Adherencia..	48
2.6.5 Modelos Complementarios.....	48
2.6.6 Conclusión de los Fundamentos Cognitivo-Conductuales.....	49
2.7 Técnicas de Intervención Cognitivo Conductual con Posible Aplicación para la Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.....	49
2.7.1 Evidencia Empírica de la Terapia Cognitivo Conductual en la Diabetes Mellitus Tipo 2.....	50
2.7.2 Psicoeducación.....	50
2.7.3 Reestructuración Cognitiva	51
2.7.4 Entrenamiento en Resolución de Problemas	51
2.7.5 Autocontrol.....	52
2.7.6 Autorregistro	52
2.7.7 Activación Conductual.....	53
2.7.8 Exposición Gradual	53
2.7.9 Prevención de Recaídas	53
2.9 Asociación Día Vida.....	54
3.2 Método de la Investigación.....	59
3.3 Fuentes de Información	59
3.3.1 Fuentes Primarias:.....	60
3.3.2 Fuentes Secundarias	60
3.3.3 Fuentes Terciarias:	60
3.3.4 Población.....	61
3.3.5 Muestra.....	61

3.3.6 Criterios de Inclusión.....	62
3.3.6 Criterios de Exclusión.....	62
3.4 Variables	63
3.5 Instrumentos.....	66
Capítulo IV: Análisis de Resultados.....	70
Capítulo V: Conclusiones Y Recomendaciones.....	93
5.1 Conclusiones	93
5.1.1 <i>Objetivo 1:</i> Identificar factores emocionales y conductuales asociados con la diabetes mellitus tipo 2 que afectan la adherencia al tratamiento en personas de entre 30 años y 60 años que asisten a la Asociación Día Vida.	93
5.1.2 <i>Objetivo 2:</i> Determinar las técnicas cognitivo-conductuales orientadas al abordaje terapéutico para la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.....	94
5.1.3 <i>Objetivo 3:</i> Elaborar un programa de intervención basado en un enfoque cognitivo-conductual, dirigido a mejorar la adherencia al tratamiento en personas de entre 30 años y 60 años con diabetes mellitus tipo 2 que asisten a la Asociación Día Vida.....	95
5.2 Recomendaciones	98
A las personas con diabetes tipo 2:	98
A la administración de la institución:	99
A la Universidad Central:	100
Referencias.....	102
Apéndices	109
Apéndice 1: Documento de aprobación del proyecto por parte de la institución.	109
Apéndice 2: Consentimiento informado	110
Apéndice 3: Instrumento	113

Tablas

Tabla 1 <i>Resumen de Aspectos Relevantes de la Asociación Día Vida</i>	56
Tabla 2 <i>Variable 1: Factores emocionales y conductuales asociados con la diabetes mellitus tipo 2</i>	63
Tabla 3 <i>Variable 2: Técnicas Cognitivo- Conductuales</i>	65
Tabla 4 <i>Variable 1: Factores emocionales y conductuales asociados con la diabetes mellitus tipo 2. Dimensión Conductuales (Cumplimiento Farmacológico)</i>	71
Tabla 5 <i>Variable 1: Factores emocionales y conductuales asociados con la diabetes mellitus tipo 2. Dimensión Conductuales (Autocuidado y Hábitos Saludables)</i>	73
Tabla 6 <i>Variable 1: Factores emocionales y conductuales asociados con la diabetes mellitus tipo 2. Dimensión Conductuales (Control Médico)</i>	76
Tabla 7 <i>Variable 1: Factores emocionales y conductuales asociados con la diabetes mellitus tipo 2. Dimensión Emocionales (Emocional)</i>	78
Tabla 8 <i>Variable 2: Técnicas Cognitivo- Conductuales. Dimensión Cognitiva (Psicoeducación)</i>	81
Tabla 9 <i>Variable 2: Técnicas Cognitivo- Conductuales. Dimensión Cognitiva (Reestructuración Cognitiva)</i>	83
Tabla 10 <i>Variable 2: Técnicas Cognitivo- Conductuales. Dimensión Conductual (Resolución de Problemas)</i>	85
Tabla 11 <i>2: Técnicas Cognitivo- Conductuales. Dimensión Conductual (Exposición Gradual)</i> 88	
Tabla 12 <i>Variable 2: Técnicas Cognitivo- Conductuales. Dimensión Conductual (Autocontrol)</i>	90
Tabla 13 <i>Propuesta</i>	95

Figuras

Figura 1. Pirámide de Alimentación Saludable	37
Figura 2. Junta Directiva de la Asociación Día Vida.....	57
Figura 3. Pregunta 1 del cuestionario: ¿Toma sus medicamentos como lo receta su médico? ..	71
Figura 4. Pregunta 11 del cuestionario: ¿Olvida con frecuencia tomar su medicación?	72
Figura 5. Pregunta 3 del cuestionario: ¿Está siguiendo las recomendaciones de su plan de alimentación, incluyendo los horarios y restricciones indicadas?	74
Figura 6. Pregunta 13 del cuestionario: ¿Controla regularmente sus niveles de glucosa como parte de su autocuidado?	74
Figura 7. Pregunta 16 del cuestionario: ¿Realiza actividad física regularmente como parte de su tratamiento?	75
Figura 8. Pregunta 6 del cuestionario: ¿Asiste puntualmente a todas las citas médicas?.....	76
Figura 9. Pregunta 14 del cuestionario: ¿Realiza sus pruebas médicas prescritas (p. ej., glucosa o hemoglobina glucosilada)?	77
Figura 10. Pregunta 8 del cuestionario: ¿Acepta usted su enfermedad?	79
Figura 11. Pregunta 17 del cuestionario: ¿Se siente ansioso o desanimado por su tratamiento, especialmente cuando nota que su tratamiento actual no está funcionando y necesita cambiarlo (por ejemplo, de pastillas a insulina)?.....	79
Figura 12. Pregunta 2 del cuestionario: ¿La explicación que le dieron sobre su enfermedad le ayudó a comprender la importancia de tomar su medicación?	81
Figura 13. Pregunta 12 del cuestionario: ¿Le ha ayudado la psicoeducación a comprender mejor la importancia del tratamiento?.....	82
Figura 14. Pregunta 4 del cuestionario: ¿Reconoce pensamientos negativos, como “esto es inútil” o “nunca mejoraré”, que le dificultan seguir el tratamiento?	83
Figura 15. Pregunta 10 del cuestionario: ¿Utiliza alguna técnica para modificar las creencias irracionales que dificultan la adherencia al tratamiento?.....	84
Figura 16. Pregunta 5 del cuestionario: Cuando enfrentas dificultades para seguir tu tratamiento (por ejemplo: falta de tiempo, cansancio, olvido de tu medicación), ¿buscas soluciones fáciles para solucionarlo?	86
Figura 17. Pregunta 15 del cuestionario: ¿Ha recibido apoyo de alguien (familiares, profesionales de la salud, compañeros) para resolver problemas relacionados con su tratamiento?.....	86
Figura 18. Pregunta 7 del cuestionario: ¿Actualmente enfrenta mejor situaciones que antes evitaba, como chequeos médicos o seguir una dieta?	88
Figura 19. Pregunta 18 del cuestionario: ¿Le resulta difícil enfrentar procedimientos de su tratamiento que son incómodos para usted (por ejemplo, inyectarse insulina o someterse a controles médicos)?	89
Figura 20. Pregunta 9 del cuestionario: ¿Utiliza estrategias de autogestión, como llevar un registro de su glucemia o planificar sus comidas, para mantener su tratamiento de manera constante?	90
Figura 21. Pregunta 19 del cuestionario: ¿Puede mantener sus rutinas de autocuidado sin interrumpirlas?	91

Dedicatoria y Agradecimiento

A Dios y a la Virgen María, por el don de la vida, por acompañarme en todos los momentos de mi vida y por darme la oportunidad de estudiar esta carrera que tanto me apasiona.

A mi esposo Ernesto, por su apoyo incondicional, por creer en mí desde el principio y motivarme a seguir este camino académico. Gracias por ser mi mayor fortaleza, por comprenderme y estar a mi lado durante este proceso y a lo largo de nuestros más de veinte años de matrimonio.

A mis hijos Juan Pablo, Aarón y Elena, por su paciencia, amor y comprensión durante los momentos en que dediqué mi tiempo al estudio; su apoyo ha sido fundamental para lograr esta meta. A mis padres, por su constante apoyo, sus consejos y su amor incondicional, que han sido pilares en mi vida.

A mi tutora, la M. Ps. Nancy Román, por su guía, paciencia y dedicación a lo largo de este proyecto; su dedicación y vocación han marcado una diferencia invaluable en este proceso. A mi director de carrera, el Sr. Edwin Gómez, a mis profesores y compañeros de la Universidad Central de Costa Rica, por sus enseñanzas, apoyo y por enriquecer mi formación académica. A los expertos que generosamente ofrecieron su colaboración: la Dra. Cintia Vargas, el Dr. Mario González y la Lcda. Carina Pineda, por su compromiso y su invaluable ayuda.

A la Asociación Día Vida, especialmente a la Sra. Ana Ortega Pastor y a todos sus miembros, por abrir sus puertas, ofrecerme su tiempo y apoyo para hacer posible este proyecto.

Finalmente, a las personas que contribuyeron con su apoyo, ánimo y palabras de aliento, ayudándome a cumplir esta meta.

Resumen

Tema de investigación: Propuesta de intervención cognitivo conductual para favorecer la adherencia al tratamiento a un grupo de personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de entre 30 y 60 años que asisten a la Asociación Día Vida en Paso Ancho, San José.

Diseñar una propuesta de intervención cognitivo-conductual que promueva la adherencia al tratamiento en personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, de 30 a 60 años, que asisten a la Asociación Día Vida ubicada en Paso Ancho, San José, entre mayo y diciembre de 2025. Es un estudio con enfoque cuantitativo, de diseño no experimental y alcance descriptivo. La población está conformada por 30 personas y la muestra es de 53%. El instrumento realizado fue un cuestionario de 19 preguntas cerradas, aplicado mediante la técnica de encuesta. Se concluye que la psicoeducación es clave para fortalecer la comprensión y el compromiso con el tratamiento de la diabetes mellitus 2 (DM2), pero debe complementarse con apoyo psicológico continuo para fortalecer la motivación, la autoeficacia y la gestión emocional que sustentan la adherencia. Se recomienda a la Asociación Día Vida animar a sus miembros a buscar apoyo psicológico individual y, dentro de sus reuniones mensuales, crear un espacio grupal voluntario de apoyo emocional que permita compartir experiencias y reforzar hábitos de autocuidado, potenciando el impacto de la psicoeducación y promoviendo la adherencia a largo plazo.

Palabras Claves: *Diabetes Mellitus tipo 2, Adherencia al tratamiento, Terapia cognitivo-conductual, Factores emocionales y conductuales.*

Derechos de Propiedad Intelectual

La información cumplida en este estudio puede ser utilizada como referencia para otros estudios, actividades académicas o de acción social- laboral, tomando la autoría de la persona estudiante Judith Vanessa Batista Mora con el uso correcto de la cita bibliográfica. Por tanto, se recomienda utilizar:

Batista, J. (2025). ***“Propuesta de intervención cognitivo -conductual para favorecer la adherencia al tratamiento a un grupo de personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 con edades entre 30 y 60 años que asisten a la Asociación Día Vida, ubicada en Paso Ancho, San José. Proyecto comprendido entre los meses de mayo a diciembre del 2025”*** [Tesis Licenciatura en Psicología]. Universidad Central de Costa Rica.

Capítulo I: Problema

Según Hernández Sampieri y Mendoza (2020), “el planteamiento del problema implica delimitar claramente lo que se va a investigar, justificando su relevancia y viabilidad en un contexto específico” (p. 102). En esta investigación, este enfoque se orienta a comprender los factores psicológicos y conductuales que influyen en la adherencia al tratamiento de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, de entre 30 y 60 años, que asisten a la Asociación Día Vida, lo que permite que el estudio se centre en un problema específico y relevante para esta población.

1.1 Planteamiento del Problema

La diabetes mellitus tipo 2 es un problema de salud pública que requiere atención urgente debido a su alta prevalencia e impacto en la calidad de vida. Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2024), en 2022, el 14% de los adultos tenía diabetes, frente al 7% en 1990, y más del 59% de las personas mayores de 30 años no recibían tratamiento (párr. 1-2). Estos datos reflejan la magnitud del problema y justifican la necesidad de intervenciones para fortalecer la adherencia terapéutica, especialmente en la población adulta de 30 a 60 años, población objetivo de esta investigación.

En el contexto nacional, la diabetes mellitus tipo 2 también representa una carga significativa para el sistema de salud. El Ministerio de Salud de Costa Rica (2024) informó que en una sola semana de septiembre se diagnosticaron 9606 nuevos casos de DM2, con un promedio de 35 por día, mientras que en 2023 se registraron 10.546 casos, siendo San José la provincia con mayor incidencia, alcanzando 229 por cada 100.000 habitantes (párr. 2). Esta realidad resalta la importancia de desarrollar programas específicos en entornos comunitarios,

como la Asociación Día Vida, dirigidos a promover la adherencia al tratamiento en adultos de 30 a 60 años.

Desde una perspectiva psicológica, la adherencia al tratamiento depende no solo de factores médicos, sino también de variables emocionales y conductuales. Bailón y Alvarado (2023) señalan que los adultos enfrentan barreras como el estrés, la baja motivación y una percepción negativa de la enfermedad, factores que inciden en la adherencia al régimen terapéutico (p. 174). Los autores encontraron que la baja adherencia afectó al 38,4 % de los adultos jóvenes y al 22,3 % de los adultos mayores (p. 175), lo que confirma la necesidad de abordar un rango de edad más amplio, como el considerado en este estudio (de 30 a 60 años).

El enfoque cognitivo-conductual ha demostrado ser eficaz para abordar los factores emocionales y conductuales relacionados con la diabetes. Rosas (2018) y Segura Peña (2016) indican que la aplicación de estrategias cognitivo-conductuales fortalece la motivación y el autocuidado, facilitando la adherencia al tratamiento (p. 63). Esta evidencia respalda la relevancia de diseñar una propuesta de intervención para la población adulta de 30 a 60 años con diabetes mellitus tipo 2 que asiste a la Asociación Día Vida, promoviendo tanto la salud física como el bienestar psicológico de los participantes.

Con base en lo anterior, se plantea la siguiente pregunta:

¿Cómo debe ser la intervención cognitivo-conductual para favorecer la adherencia al tratamiento de un grupo de personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 con edades entre 30 y 60 años que asisten a la Asociación Día Vida ubicada en Paso Ancho, San José?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Diseñar una propuesta de intervención cognitivo-conductual que promueve la adherencia al tratamiento en personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, de 30 años a 60 años, que asisten a la Asociación Día Vida, ubicada en Paso Ancho, San José, entre mayo y diciembre de 2025.

1.2.2 Objetivos Específicos

1. Identificar factores emocionales y conductuales asociados con la diabetes mellitus tipo 2 que afectan la adherencia al tratamiento en personas de entre 30 y 60 años que asisten a la Asociación Día Vida.
2. Determinar las técnicas cognitivo-conductuales orientadas al abordaje terapéutico para la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.
3. Elaborar un programa de intervención basado en un enfoque cognitivo-conductual, dirigido a mejorar la adherencia al tratamiento en personas de entre 30 años a 60 años con diabetes mellitus tipo 2 que asisten a la Asociación Día Vida.

1.3 Justificación

La justificación de un estudio de investigación debe explicar su importancia y los beneficios que puede aportar a la población objetivo. Según Hernández Sampieri y Mendoza (2020), la justificación debe explicar las razones para realizar el estudio, destacando su relevancia científica, práctica y social (p. 39). Este trabajo se basa en la necesidad de diseñar una intervención cognitivo-conductual centrada en modificar la conducta para fortalecer la adhesión

al tratamiento en personas con DM2 de entre 30 y 60 años, que enfrentan barreras conductuales y emocionales que limitan la continuidad terapéutica.

La DM2 constituye un problema de salud pública creciente que requiere no solo atención médica, sino también intervenciones dirigidas a modificar las conductas de autocuidado. La OMS (2024) advierte que la prevalencia de esta enfermedad continúa aumentando y que el éxito de los tratamientos depende en gran medida de la capacidad de los pacientes para mantener hábitos saludables a lo largo del tiempo (párr. 1). En este sentido, la relevancia de esta investigación radica en que, al apoyarse en la terapia cognitivo-conductual mediante la modificación de conducta, busca influir directamente en los patrones de comportamiento que limitan la adherencia, promoviendo cambios prácticos y sostenibles en la población adulta de 30 a 60 años.

En el contexto costarricense, la Asociación Día Vida se ha consolidado como un espacio de apoyo integral para personas con diabetes tipo 2. Sin embargo, persisten dificultades en la adherencia al tratamiento. García Sandoval, Rodríguez y Turga Chocontá (2025) señalan que factores como el estrés, las responsabilidades laborales y familiares, así como los síntomas depresivos, afectan directamente la adherencia de los pacientes al autocuidado (p. 27). Estos hallazgos refuerzan la relevancia de diseñar una intervención cognitivo-conductual que, mediante la modificación de conducta, aborde las necesidades de los adultos en diferentes etapas de la vida (de 30 a 60 años) y responda a las barreras emocionales y sociales que enfrentan en su entorno cotidiano.

La evidencia internacional también subraya la magnitud de la baja adherencia. Ge, Heng y Yap (2023) informan que el 38,4 % de los adultos jóvenes con DM2 presenta una baja

adherencia al tratamiento, en comparación con el 22,3 % de los adultos mayores (p. 8). Estos datos muestran que, si bien la adherencia tiende a mejorar con la edad, las dificultades persisten durante la adultez. Esta perspectiva respalda ampliar la edad de este estudio a 30-60 años, ya que permite incluir perfiles de adultos que requieren apoyo psicológico y conductual para mantener la continuidad terapéutica.

El enfoque cognitivo conductual aplicado a la modificación de la conducta representa una herramienta eficaz para intervenir en el manejo de la diabetes. Rincón-Romero, Torres-Contreras, y Corredor-Pardo (2017) destacan que este modelo permite identificar y reemplazar conductas desadaptativas, a la vez que refuerza las conductas de autocuidado y las estrategias para mantener la motivación a largo plazo (p. 13). En este sentido, la relevancia de esta investigación radica en proponer un programa que no solo aborde las emociones asociadas con la enfermedad, sino que también promueva cambios conductuales sostenidos en adultos de 30 a 60 años con DM2.

Varios estudios respaldan la eficacia de este enfoque en el manejo de enfermedades crónicas. Rosas (2018) y Segura Peña (2016) demostraron que las intervenciones cognitivo-conductuales reducen el estrés y promueven la autogestión de la salud (pp. 80, 85), mientras que Rojas-Rojas (2022) enfatiza que los estados emocionales impactan directamente en la adherencia terapéutica y, por lo tanto, recomienda estrategias interdisciplinarias centradas en la persona (p. 70). Estas contribuciones respaldan la relevancia de diseñar una propuesta de intervención basada en la modificación de conducta que se adapte a las características y necesidades de los adultos de 30 a 60 años.

Finalmente, fortalecer la psicología de la salud en el manejo de enfermedades crónicas es esencial en Costa Rica. Fernández (2011) enfatiza que este campo debe consolidarse mediante prácticas basadas en la evidencia que respondan a los desafíos actuales de la salud pública (p. 99). Desde esta perspectiva, esta investigación no solo busca promover el autocuidado y la calidad de vida de las personas atendidas en la Asociación Día Vida, sino también ofrecer un modelo de intervención replicable que contribuya a la salud pública costarricense. En este sentido, el estudio se justifica tanto por su relevancia social como por su contribución al campo de la modificación de conducta mediante un enfoque cognitivo-conductual.

1.4 Antecedentes

Según Hernández Sampieri y Mendoza (2020), los antecedentes permiten conocer investigaciones previas relacionadas con la problemática en estudio, identificando vacíos y orientando el enfoque de los nuevos trabajos (p. 73). En la presente investigación los antecedentes permitirán identificar la falta de intervenciones psicológicas específicas para mejorar la adherencia al tratamiento en personas con DM2 de entre 30 y 60 años.

1.4.1 Internacionales

Rincón-Romero, M., Torres-Contreras, C., Y Corredor-Pardo, K. (2017) realizaron un estudio en una institución de salud en Colombia como parte de una tesis de maestría en Enfermería en la Universidad Nacional de Colombia, titulada “Adherencia Terapéutica en Personas con Diabetes Mellitus Tipo 2”. El objetivo fue evaluar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con DM2. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, con una muestra de 178 pacientes. Se utilizó una escala NOC y se recolectaron datos sociodemográficos y del estado mental. El puntaje promedio de adherencia fue de 3.68, con baja adherencia en actividad física. El 37,1% fueron hombres con educación básica y 11.5 años desde

el diagnóstico. Se concluye que la adherencia depende de factores individuales, lo que justifica intervenciones conductuales.

Rosas Romelia (2018) realizó su tesis de maestría en Psicología Clínica en la Universidad de Panamá, titulada “Efecto del tratamiento cognitivo-conductual en los niveles de estrés y factores que influyen en la adherencia al tratamiento médico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”. El objetivo fue evaluar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual para reducir el estrés y mejorar la adherencia terapéutica. Se utilizó un diseño preexperimental con pretest y posttest, y una muestra de 11 pacientes que participaron en 12 sesiones semanales. Se aplicaron dos escalas específicas y la prueba t de Student. Los resultados mostraron mejoras significativas en la adherencia y la reducción del estrés. El estudio concluye que la terapia cognitivo-conductual (TCC) es efectiva para intervenir en los factores psicosociales que afectan la adherencia en personas con DM2.

Segura Peña (2016) presentó su tesis de licenciatura en Psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), titulada “Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2: Propuesta de Intervención Cognitivo-Conductual”. El estudio se realizó en el Hospital Juárez de la Ciudad de México con 12 pacientes de entre 20 y 60 años. La intervención incluyó de 10 a 12 sesiones individuales basadas en el enfoque cognitivo-conductual. Se administraron pruebas previas y posteriores utilizando la Escala de Adherencia Terapéutica (citada en Soria et al., 2009) y autoinformes conductuales. Los resultados mostraron mejoras significativas en la dieta y la actividad física. Se concluyó que la TCC es efectiva, factible y económica para mejorar el autocuidado en pacientes con DM2, y es aplicable en entornos institucionales.

García Sandoval, M., Rodríguez, A., y Turga Chocontá, E. (2023) completaron su tesis en Bogotá, Colombia, titulada “Efectividad de las intervenciones psicológicas para mejorar la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (20-80 años)”, para obtener su título de licenciado en Psicología. El estudio adoptó un enfoque mixto y utilizó el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) en las pruebas previas y posteriores. La muestra incluyó a dos mujeres con diabetes mellitus tipo 2. Los resultados mostraron mejoras significativas en las dimensiones emocional y social, identificando factores como el estrés, la tristeza, la negación y el aislamiento. Se concluyó que el enfoque cognitivo-conductual fue eficaz para mejorar el bienestar y promover el autocuidado. Los autores recomiendan integrar herramientas psicológicas en el modelo de atención para promover la adherencia terapéutica desde una perspectiva integral.

Azami, G., Soh, KL, Sazlina, SG., Salmiah., MS., Khosravi, A., Aazami, S., y Valizadeh, R. (2019), en su artículo “El efecto de la depresión en el mal control glucémico en adultos con diabetes tipo 2: el papel mediador de la autoeficacia y las conductas de autogestión”, publicado en el International Journal of Diabetes and Metabolism, investigaron en Ilam, Irán, cómo la depresión influye en el control glucémico a través de la autoeficacia y la autogestión. El estudio incluyó a 142 adultos con DM2 y aplicó modelos de ecuaciones estructurales y regresión jerárquica. Se encontró que la depresión reduce la autoeficacia y las conductas de autogestión, lo que impacta negativamente en la HbA1c. La autoeficacia medió la relación entre la depresión y la autogestión. Se concluye que los programas deben abordar tanto la depresión como las habilidades de autogestión para mejorar el control glucémico.

1.4.2 Nacionales

Calleja, N., Moncada, J., y Díaz, J. (2024) realizaron un estudio en el Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica titulado “Nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y adherencia al tratamiento en la población hondureña”. El objetivo fue describir el nivel de conocimiento y su relación con la adherencia al tratamiento. Se aplicó un diseño transversal, correlacional y no experimental en el Instituto Nacional de Diabetes de Honduras, con una muestra de 378 pacientes. Se utilizaron los instrumentos DKQ-24 y la escala de Morisky-Green. Los resultados indicaron que el 51,1% presentó una adherencia inadecuada. Se concluyó que el bajo conocimiento sobre la enfermedad afecta negativamente la conducta terapéutica, lo que resalta la necesidad de fortalecer la educación diabetológica para mejorar la adherencia.

Fernández (2011) desarrolló su tesis de maestría en Psicología Clínica en la Universidad de Costa Rica, titulada “¿Cuál es el aporte de la psicología a la atención médica en Costa Rica?”. El estudio reflexiona sobre la evolución del rol de la psicología en el sistema de salud costarricense hacia un modelo más integral. Se trata de una investigación teórica y reflexiva, basada en el análisis documental e histórico. La autora destaca los aportes de la Psicología Clínica y menciona hitos como la creación de la Maestría en Psicología de la Salud en 2006, así como el modelo de Matarazzo (1982). La autora concluye que la psicología debe participar activamente en la promoción, prevención y tratamiento integrales. Este estudio apoya la inclusión del enfoque cognitivo-conductual en intervenciones centradas en el autocuidado y la salud emocional.

Rojas-Rojas (2022), como parte de su formación en Medicina Familiar y Comunitaria en la Universidad de Costa Rica, desarrolló el estudio titulado “Relación entre el trastorno depresivo

y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 no controlada”. El objetivo fue analizar la influencia de la depresión en la adherencia al tratamiento. Se realizó una revisión sistemática utilizando la metodología PRISMA, analizando 31 guías clínicas publicadas entre 2011 y 2021 en bases de datos como Pubmed, Scielo y Cochrane. Los resultados mostraron un impacto negativo de los trastornos depresivos en la adherencia, se recomiendan enfoques interdisciplinarios, educación terapéutica y entrevistas motivacionales. Se concluye que el estado emocional afecta directamente el compromiso terapéutico, lo que respalda la inclusión de estrategias psicológicas en las intervenciones para el manejo integral de la diabetes mellitus tipo 2.

Chavarría (2024), en su tesis de maestría en Psicología Clínica de la Universidad de Costa Rica titulada “Intervenciones psicológicas efectivas para el abordaje de la hipertensión arterial en la población adulta: Una revisión sistemática”, analizó la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en adultos con hipertensión arterial. Realizó una revisión sistemática de seis estudios, que incluyeron a 8187 pacientes, de bases de datos como Cochrane, Medline y Nice. Las intervenciones incluyeron reestructuración cognitiva, técnicas de relajación y control emocional. Los resultados mostraron mejoras significativas en la presión arterial, la ansiedad, la depresión y la adherencia terapéutica. La conclusión es que la TCC es efectiva en el manejo integral de enfermedades crónicas y respalda su aplicación en casos como la diabetes mellitus tipo 2.

Rondón Bernard y Angelucci Bastidas (2021), en su artículo “Relación entre la depresión y la adherencia al tratamiento en la diabetes tipo 2, considerando la red de apoyo social, las estrategias de afrontamiento y el sexo”, publicado en la *Revista Costarricense de Psicología*, analizaron qué modelo explicativo presentaba el mejor ajuste: si la adherencia predice la

depresión o viceversa. El estudio se realizó en Costa Rica, con un diseño causal-transversal y una muestra de 278 personas con una edad promedio de 59 años. Se aplicaron instrumentos como el Cuestionario Tridimensional de Depresión y la Escala de Redes Sociales y Apoyo. Ambos modelos mostraron un buen ajuste. Se concluyó que una red de apoyo más amplia, una menor evitación y una mejor adherencia se relacionan con niveles más bajos de depresión, lo que respalda el diseño de intervenciones psicológicas centradas en estos factores.

1.5 Proyecciones

Las proyecciones de investigación permiten anticipar las posibles contribuciones y aplicaciones prácticas de los resultados. Según Hernández Sampieri y Mendoza (2020), las proyecciones deben destacar los efectos positivos que el estudio podría tener en el futuro, tanto en contextos similares como en la mejora de las prácticas existentes, además de identificar nuevas líneas de investigación (p. 41). En este sentido, se prevé que este estudio contribuya a la psicología de la salud y a la modificación de la conducta, al proponer un modelo de intervención cognitivo-conductual que promueve la adherencia terapéutica en adultos de 30 a 60 años con diabetes mellitus tipo 2.

Esta investigación se centra en identificar los factores conductuales y psicosociales que influyen en la falta de adherencia al tratamiento en la población adulta con DM2. Ge, Heng y Yap (2023) muestran que la baja adherencia se presenta en diferentes rangos de edad, aunque con mayor incidencia en adultos jóvenes (p. 8). La conexión con el presente estudio es directa, ya que considera a personas de entre 30 y 60 años lo cual abarca un espectro más amplio de la adultez, lo que refuerza el alcance y la aplicabilidad de la intervención propuesta mediante la terapia cognitivo-conductual y la modificación de hábitos de autocuidado.

Cabe destacar que la intervención propuesta no se implementará ni validará clínicamente en el marco de este estudio, lo que implica que sus efectos deberán explorarse en investigaciones posteriores. Hernández Sampieri y Mendoza (2020) enfatizan que las proyecciones también deben reconocer limitaciones, como la imposibilidad de generalizar los resultados o el control parcial de las variables externas (p. 42). En consonancia con lo anterior, esta investigación se limita a los adultos que asisten a la Asociación Día Vida, no abarca a toda la población costarricense con DM2 y no controla factores como la educación o la presencia de comorbilidades.

A pesar de estas limitaciones, el estudio representa una contribución significativa al análisis de la adherencia terapéutica desde una perspectiva de modificación de conducta. Rosas (2018) y Segura Peña (2016) demostraron que las estrategias cognitivo-conductuales fortalecen la motivación y la autogestión de la salud (pp. 80, 85), mientras que Rojas-Rojas (2022) enfatiza la necesidad de intervenciones interdisciplinarias para mejorar la adherencia en enfermedades crónicas (p. 70). Estos hallazgos respaldan la proyección de que la investigación proporcionará una base sólida para el diseño de futuras intervenciones, que pueden aplicarse tanto en la Asociación Día Vida como en otros entornos comunitarios con características similares.

Capítulo II: Marco Teórico

1.2 Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus tipo 2 es una de las principales enfermedades no transmisibles (ENT) a nivel mundial. Según Alcívar (2024), esta enfermedad representa entre el 90% y el 95% de los casos de diabetes, afecta a más de 422 millones de personas y causa aproximadamente 1,5 millones de muertes al año, con mayor impacto en países de ingresos bajos y medios (p. 12). En el marco de esta investigación, estas cifras reflejan la urgencia de diseñar estrategias integrales que incluyan componentes psicológicos y conductuales para promover la adherencia terapéutica en adultos.

La Organización Mundial de la Salud (2024) define la DM2 como una enfermedad metabólica crónica no transmisible caracterizada por hiperglucemia persistente, causada por una deficiencia en la producción de insulina o resistencia a su acción en los tejidos (párr. 3). También señala que esta afección puede provocar complicaciones graves como enfermedad cardiovascular, insuficiencia renal y discapacidad visual (párr.7). Esta perspectiva clínica, vinculada a la investigación, subraya la necesidad de combinar el seguimiento médico con intervenciones psicológicas que ayuden a los pacientes a mantener cambios sostenidos en su estilo de vida.

A nivel nacional, el Ministerio de Salud (2024) reportó 9606 nuevos diagnósticos de DM2 en una sola semana de septiembre (párr. 1). Estos datos demuestran el aumento sostenido de la enfermedad en Costa Rica, lo que convierte la adherencia terapéutica en un reto prioritario para el sistema de salud. Para esta investigación, esta realidad justifica la aplicación de un enfoque cognitivo -conductual dirigido a fortalecer la responsabilidad del autocuidado y mejorar

la consistencia del tratamiento en la población de 30 a 60 años que asiste a la Asociación Día Vida.

Desde una perspectiva psicosocial, Amado, Amado, Morey, Gómez e Iglesias (2015) argumentan que la diabetes mellitus requiere un estilo de vida disciplinado y consciente, lo cual puede generar desequilibrios psicológicos y sociales que afectan la adherencia (p. 1). Esto se suma a los hallazgos de Mookpaksacharoen, Choksakunwong y Lertwattanarak (2024), quienes documentan que incluso en las etapas iniciales de la DM2, pueden presentarse complicaciones agudas como la cetoacidosis diabética, con un fuerte impacto emocional en los pacientes (p. 2). En este estudio, ambas contribuciones respaldan la relevancia de la terapia cognitivo conductual como estrategia para ayudar a los participantes a gestionar las demandas médicas y emocionales asociadas con la enfermedad.

Finalmente, es necesario destacar el papel de los espacios de apoyo comunitario en el abordaje de la DM2. La Asociación Día Vida, ubicada en Paso Ancho, San José, ofrece un entorno que combina educación, apoyo y seguimiento psicosocial. Este contexto ofrece una oportunidad ideal para implementar programas cognitivo-conductuales centrados en la psicoeducación, la reestructuración de creencias disfuncionales y el fortalecimiento del autocontrol. Por lo tanto, la investigación encuentra un entorno adecuado para promover la adherencia al tratamiento y contribuir al bienestar general de la población estudiada.

En síntesis, la DM2 es una enfermedad crónica no transmisible de alta prevalencia y complejidad, cuyo manejo no puede limitarse al ámbito médico. Su abordaje requiere estrategias interdisciplinarias que integren componentes cognitivos y conductuales, siendo la terapia cognitivo conductual una herramienta clave para mejorar la adherencia terapéutica y asegurar la sostenibilidad del tratamiento en adultos.

2.1.1 Diabetes Mellitus Tipo 1

La OMS (2024) describe la diabetes mellitus tipo 1, también conocida como diabetes juvenil o insulino dependiente, como una enfermedad crónica causada por la destrucción autoinmune de las células beta pancreáticas, lo que resulta en una producción insuficiente o nula de insulina (párr. 17). Esta afección requiere la administración continua de insulina para mantener niveles adecuados de glucemia y prevenir complicaciones tanto agudas como crónicas.

En cuanto a su prevalencia, la OMS (2024) estima que aproximadamente 9 millones de personas en todo el mundo padecían este tipo de diabetes en 2017, siendo más común en países de altos ingresos (párr. 17). Sin embargo, su etiología específica y los mecanismos de prevención aún no están del todo claros.

Si bien el presente estudio se centra en personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2, comprender las especificidades de la diabetes mellitus tipo 1 es clave para definir la población objetivo. Esta diferenciación conceptual permite evitar la aplicación de estrategias que no serían relevantes para este subtipo y refuerza el rigor metodológico del trabajo.

2.1.2 Diabetes Mellitus Tipo 2

De acuerdo con Reyes Sanamé, Pérez Álvarez, Alfonso Figueredo, Ramírez Estupiñán y Jiménez Rizo (2016) se define la diabetes mellitus tipo 2 como un síndrome multifactorial resultante de la interacción entre factores genéticos y ambientales (p. 1). Se caracteriza por hiperglucemia crónica causada por deficiencias en la secreción o acción de la insulina, que puede conducir a complicaciones agudas como cetoacidosis y coma hiperosmolar, así como complicaciones crónicas microvasculares (retinopatías y neuropatías) y macrovasculares (enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares).

Asimismo, la OMS (2024), indica que la diabetes mellitus tipo 2 es prevenible en la mayoría de los casos; sin embargo, el sobrepeso, el sedentarismo, la mala alimentación y la predisposición genética son factores decisivos en su aparición (párr. 14). En esta investigación, la diabetes tipo 2 es el foco de análisis, ya que los pacientes a menudo enfrentan barreras cognitivas y conductuales que dificultan la adherencia al tratamiento.

Esto resalta la necesidad de intervenciones psicológicas, en particular aquellas con un enfoque cognitivo- conductual, que promuevan la modificación de creencias disfuncionales, fortalezcan el autocuidado y aumenten la autoeficacia. En conclusión, la intervención cognitivo conductual propuesta busca promover la adherencia mediante la implementación de técnicas dirigidas a modificar conductas de riesgo, aumentar la motivación y proporcionar herramientas eficaces de afrontamiento. Con esto se pretende contribuir a mejorar el control glucémico y la calidad de vida de los adultos con diagnóstico de DM2.

2.1.3 Diabetes Gestacional

La Organización Mundial de la Salud (2024) define la diabetes gestacional como una forma específica de hiperglucemia presentada durante el embarazo y caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre sin los criterios de diabetes tipo 1 o tipo 2 (párr. 26). Aunque suele ser asintomática, se detecta principalmente durante las pruebas prenatales de rutina (párr. 27). Sus riesgos incluyen complicaciones obstétricas como preeclampsia, parto prematuro o macrosomía fetal, así como una mayor probabilidad de que la madre desarrolle diabetes mellitus tipo 2 en etapas posteriores de la vida. Asimismo, los hijos de mujeres con diabetes gestacional también presentan un mayor riesgo de obesidad y trastornos metabólicos en la edad adulta.

Si bien la diabetes gestacional no es el grupo objetivo de este estudio, su inclusión en el marco teórico proporciona una visión integral del espectro de la enfermedad. También subraya la importancia de factores comunes como la dieta, la actividad física y el seguimiento médico, que pueden abordarse desde una perspectiva cognitivo conductual para cualquier subtipo de diabetes.

Finalmente, la posibilidad de que la diabetes gestacional progrese a diabetes mellitus tipo 2, refuerza la urgencia de implementar estrategias preventivas que aborden los aspectos emocionales, conductuales y educativos. Esta perspectiva resalta la importancia de implementar programas basados en la terapia cognitivo-conductual como recurso para fortalecer la adherencia al tratamiento y mejorar la calidad de vida de la población en riesgo metabólico.

2.1.4 Síntomas

Según la Organización Mundial de la Salud (2024, párr. 11), los síntomas de la diabetes pueden aparecer repentinamente. En el caso de la diabetes mellitus tipo 2, estos síntomas suelen ser más leves, por lo que pueden pasar varios años antes de que se manifiesten.

Los principales síntomas de la enfermedad incluyen:

1. Poliuria (micción frecuente),
2. Polidipsia (sed excesiva),
3. Hambre constante/poca hambre,
4. Pérdida de peso inexplicable,
5. Visión borrosa,
6. Fatiga generalizada,
7. Infecciones frecuentes,
8. Cicatrización lenta.

2.1.5 Prevención

Según lo establecido por la OMS (2024), la prevención de la diabetes mellitus tipo 2 se basa en la adopción de hábitos de vida saludables, estrategia eficaz para evitar o retrasar la aparición de la enfermedad (párr. 28). Según esta organización, realizar cambios sostenidos en el estilo de vida no solo reduce el riesgo de desarrollar diabetes, sino que también ayuda a prevenir complicaciones asociadas en personas con factores de riesgo.

Entre las acciones preventivas recomendadas por la OMS (2024) se encuentran alcanzar y mantener un peso corporal saludable, realizar un mínimo de 150 minutos de actividad física moderada a la semana, seguir una dieta equilibrada que limite el consumo de azúcares y grasas saturadas y evitar el consumo de tabaco (párr. 29). Integrar estas prácticas en la vida diaria promueve la salud metabólica y mejora la capacidad del organismo para regular eficazmente los niveles de glucosa en sangre.

2.1.6 Diagnóstico y Tratamiento Médico

Considerando la relevancia del tema, la Organización Mundial de la Salud (2024) indica que el diagnóstico temprano de la diabetes mellitus puede lograrse midiendo los niveles de glucemia mediante pruebas accesibles y de bajo costo. En la diabetes tipo 1, la insulina es esencial para sobrevivir, mientras que en la diabetes tipo 2, el tratamiento más eficaz combina hábitos de vida saludables con medicamentos específicos como la metformina, las sulfonilureas y los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2, que controlan los niveles de glucemia (párr. 30-31). Esta información respalda el presente estudio, ya que demuestra la importancia de estrategias integrales que, además del enfoque médico, incluyan intervenciones psicológicas para promover la adherencia terapéutica.

De este modo, el diagnóstico y el tratamiento de la diabetes requieren un enfoque integral que combine el control glucémico con la prevención y el manejo de las complicaciones asociadas. La OMS (2024) destaca que, además de los medicamentos para regular la glucosa, muchas personas con diabetes requieren antihipertensivos y estatinas para reducir el riesgo cardiovascular (párr. 32-35), así como intervenciones específicas para tratar las úlceras del pie, detectar y controlar la insuficiencia renal y realizar exámenes oftalmológicos para prevenir la retinopatía.

En síntesis, este enfoque multidimensional no solo mejora la calidad de vida de los pacientes, sino que también refuerza la importancia de integrar componentes médicos y psicológicos en las estrategias terapéuticas que promueven la adherencia al tratamiento.

2.2 Factores Emocionales Asociados a la Adherencia en Pacientes con Diabetes Tipo 2

Como señalan Ramírez García, Anlehu Tello y Rodríguez León (2019), las personas con DM2 tienen un mayor riesgo de experimentar depresión y ansiedad, lo que incide directamente en la adherencia al dificultar la toma de decisiones saludables, la planificación y la constancia del tratamiento (p. 4), por ello se ha documentado una relación bidireccional entre la diabetes y los trastornos del estado de ánimo.

Estos hallazgos son especialmente relevantes para esta investigación, ya que los pacientes de entre 30 y 60 años, como los tratados por la Asociación Día Vida, enfrentan mayores niveles de estrés, frustración y agotamiento, lo que interfiere con la implicación terapéutica.

Asimismo, como indican Rincón-Romero, Torres-Contreras y Corredor-Pardo (2017), la adherencia debe concebirse como la consistencia de comportamientos sostenidos y no como una

acción puntual, ya que requiere disciplina, autocontrol, refuerzo positivo y apoyo emocional (p. 50). Por lo tanto, los factores conductuales desempeñan un papel fundamental en la adherencia, ya que abarcan decisiones cotidianas como la dieta, la actividad física, la medicación y el control glucémico. Cabe resaltar que las variables como la falta de autoeficacia, las creencias disfuncionales, la baja tolerancia a la frustración y la falta de motivación influyen directamente en la continuidad del tratamiento, lo que refuerza la relevancia de una intervención basada en la modificación de conducta.

Así, se puede afirmar que identificar y abordar estos factores es clave para diseñar una intervención cognitivo conductual adaptada a la población objetivo. El análisis de estas variables permitirá que las intervenciones aborden patrones desadaptativos y promuevan un compromiso terapéutico mayor y sostenible en el tiempo.

2.2.1 Estrés, Ansiedad y Depresión como Obstáculos

El manejo de la DM2 requiere un compromiso constante que puede generar una carga emocional considerable. Rosas (2018) señala que los altos niveles de estrés afectan directamente la capacidad de cumplir con las prescripciones médicas, aumentando la fatiga emocional y reduciendo la motivación para el autocuidado (p. 19). Esta relación muestra cómo el estrés, la ansiedad y la depresión se convierten en obstáculos importantes para la adherencia terapéutica, lo que refuerza la importancia de incorporar intervenciones psicológicas en el manejo de la enfermedad.

De igual manera, Rojas-Rojas (2022) enfatiza que el estado emocional impacta directamente en la adherencia al tratamiento, ya que la depresión y la ansiedad afectan la toma de decisiones cotidianas, como la nutrición, el uso adecuado de la medicación y la actividad física

(p. 70). Estos efectos son especialmente críticos en adultos de 30 a 60 años, quienes, además de los desafíos inherentes a la enfermedad, enfrentan presiones laborales y familiares que intensifican el malestar emocional.

Por lo tanto, la detección temprana de los síntomas emocionales es esencial para prevenir el deterioro de la salud general y la calidad de vida. Rosas (2018) destaca que la terapia cognitivo conductual ha demostrado eficacia en la reducción de la ansiedad y la depresión, a la vez que promueve habilidades de afrontamiento y modifica los pensamientos disfuncionales asociados a la enfermedad (p. 22). Por ello, esta investigación propone una intervención en la Asociación Día Vida, para fortalecer la adherencia terapéutica y promover un compromiso sostenido con el autocuidado en adultos.

2.2.2 La Falta de Autoeficacia como Factor Emocional en la Diabetes Tipo 2

La falta de autoeficacia constituye un obstáculo emocional importante en el manejo de la DM2, ya que disminuye la percepción de la capacidad personal para satisfacer las demandas del tratamiento y mantener hábitos de autocuidado. Vergara y Almagiá (2014) señalan que los pacientes con mayores niveles de autoeficacia presentan mejor estado de ánimo, menor distrés psicológico, mayor adherencia a las prescripciones médicas y una compensación metabólica más estable (p. 171). En el marco de esta investigación, esta evidencia permite comprender cómo la falta de confianza en las propias capacidades puede interferir con la adherencia, lo que justifica la necesidad de intervenciones cognitivo- conductuales que fortalezcan la autoeficacia.

En síntesis, la autoeficacia actúa como mediadora entre las creencias sobre la enfermedad y las conductas de autocuidado. Para Vergara y Almagiá (2014), cuando las personas confían en su capacidad para seguir las instrucciones médicas (como mantener una dieta, hacer ejercicio y

administrar correctamente la medicación) desarrollan rutinas consistentes que promueven la salud (p. 171). Para esta investigación, este hallazgo confirma la importancia de trabajar en el fortalecimiento de la autoeficacia para lograr que los cambios de comportamiento sean sostenibles y efectivos en el tiempo.

2.2.3 Creencias Disfuncionales sobre la Enfermedad

Las creencias disfuncionales constituyen una de las principales barreras para la adherencia al tratamiento, ya que influyen en la interpretación de la enfermedad por parte de los pacientes y en su disposición a adoptar cambios en el estilo de vida. Angelucci-Bastidas y Rondón-Bernard (2021) explican que las percepciones erróneas sobre la gravedad de la diabetes o la subestimación de sus consecuencias generan resistencia a la adherencia al tratamiento y dificultan la incorporación de hábitos saludables (p. 32). En el marco de esta investigación, comprender estas distorsiones cognitivas es esencial para diseñar estrategias cognitivo-conductuales que promuevan un cambio de comportamiento sostenido.

Además, estas creencias inciden directamente en la motivación de los pacientes para cumplir con las prescripciones médicas. Angelucci-Bastidas y Rondón-Bernard (2021) señalan que cuando las personas consideran innecesario el control glucémico o los cambios en la dieta, aumenta la probabilidad de abandono del tratamiento (p. 34). Esto se relaciona con el presente estudio, ya que subraya la necesidad de intervenciones que aborden no solo los factores individuales, sino también los sociales y familiares que influyen en la adherencia.

Finalmente, el apoyo social constituye un factor protector contra estas creencias disfuncionales. Angelucci-Bastidas y Rondón-Bernard (2021) destacan que la presencia de familiares que fomentan rutinas de autocuidado aumenta la probabilidad de mantener prácticas

de salud a largo plazo (p. 35). Este hallazgo respalda la relevancia de una intervención cognitivo-conductual dirigida a fortalecer tanto al paciente como a su red de apoyo, promoviendo la sostenibilidad de la adherencia terapéutica.

2.2.4 Baja Tolerancia a la Frustración

La baja tolerancia a la frustración aumenta el malestar emocional en personas con diabetes mellitus tipo 2 y dificulta el uso de estrategias adaptativas. Téllez (2012) indica que las restricciones dietéticas o la necesidad de medicación constante pueden provocar reacciones intensas, como ansiedad, ira o desánimo, que afectan la capacidad de mantener conductas de autocuidado (p. 43). En este estudio, este fenómeno se entiende como un factor que interfiere con la adherencia al tratamiento, ya que puede conducir al abandono o a una modificación inadecuada de este.

Además, la baja tolerancia favorece las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones, como la evitación o el desahogo emocional, en lugar de la resolución de problemas. Téllez (2012) argumenta que este patrón aumenta el riesgo de descompensación metabólica al dificultar la gestión de los retos diarios (p. 44). En la investigación, este hallazgo subraya la relevancia de incorporar técnicas cognitivo conductuales que promuevan la resiliencia emocional y la gestión adecuada de la frustración.

En conclusión, esta característica dificulta la capacidad de mantener cambios conductuales a largo plazo. Téllez (2012) advierte que los pacientes con baja tolerancia abandonan rápidamente el tratamiento al percibir obstáculos, lo que reduce la adherencia (p. 45). Por consiguiente, la intervención propuesta integra componentes de reestructuración cognitiva y

resolución de problemas que permiten a los participantes adoptar una visión más realista de las exigencias del tratamiento.

2.2.5 Falta de Motivación

La falta de motivación se asocia directamente con una menor participación en conductas de autocuidado y, en consecuencia, con un control glucémico deficiente. Téllez (2012) explica que los pacientes que perciben las exigencias del tratamiento como excesivas o irrelevantes tienden a reducir su adherencia a la medicación, la dieta y la actividad física (p. 58). En el contexto de esta investigación, este aspecto cobra importancia porque la falta de motivación aumenta el riesgo de complicaciones y compromete la sostenibilidad del tratamiento.

Asimismo, la falta de motivación suele estar vinculada a una percepción de ineficacia personal, lo que disminuye la adopción de estrategias de afrontamiento para la resolución de problemas. Según Téllez (2012), en estos casos, los pacientes recurren con mayor frecuencia a mecanismos de evitación que afectan negativamente a la adherencia (p. 59). Este hallazgo justifica la inclusión del fortalecimiento de la autoeficacia como estrategia clave para contrarrestar la falta de motivación en la intervención cognitivo- conductual propuesta.

Finalmente, sin una motivación sostenida, los pacientes tienden a abandonar las rutinas saludables incluso después de lograr mejoras metabólicas. Téllez (2012) advierte que esto provoca recaídas y dificulta el control estable de la enfermedad (p. 60). En este estudio, este aspecto refuerza la necesidad de trabajar la motivación de forma estructurada para promover la constancia en el autocuidado y asegurar resultados sostenibles.

2.2.6 Falta de Apoyo Social y Entorno Desfavorable como Obstáculos para la Adherencia

Un apoyo social insuficiente y un entorno desfavorable limitan la adopción y el mantenimiento de hábitos saludables en pacientes con DM2. Toala-León, León-Baque y Pin-Pin (2023) argumentan que los mensajes y actitudes transmitidos por el entorno familiar y comunitario pueden reforzar conductas no saludables o minimizar la importancia del autocuidado, reduciendo así el compromiso con el tratamiento (p. 7). En esta investigación, este aspecto es esencial, ya que destaca cómo las dinámicas sociales influyen en la adherencia.

Desde una perspectiva de modificación de conducta, estas actitudes determinan la interpretación del paciente sobre la necesidad de tratamiento. Toala-León, León-Baque y Pin-Pin (2023) afirman que cuando el entorno transmite que la enfermedad no es grave, el paciente puede resistirse o abandonar las prescripciones médicas (p. 8).

En este estudio, este hallazgo refuerza la importancia de aplicar técnicas cognitivo-conductuales para modificar estos patrones de pensamiento. De este modo, fortalecer las redes de apoyo es un factor protector fundamental. Según Toala-León, León-Baque y Pin-Pin (2023), el apoyo familiar y social aumenta la probabilidad de que los pacientes mantengan hábitos saludables a largo plazo (p. 9). Este enfoque apoya directamente la intervención cognitivo-conductual propuesta, que busca empoderar tanto al paciente como a su comunidad para asegurar la continuidad del tratamiento.

2.3. Factores Conductuales Asociados a la Adherencia al Tratamiento

En el ámbito de la modificación de conducta, es fundamental analizar los factores que influyen directamente en la adherencia al tratamiento en personas con DM2. Insuasti, Zambrano y Giler (2020) señalan que estos comportamientos no se mantienen únicamente por conveniencia

o hábito, sino también por desconocimiento de sus efectos sobre el control glucémico (p. 51). Esto implica que abandonar hábitos previos, como el sedentarismo, los patrones alimentarios desorganizados o la falta de autorregulación, representa uno de los mayores desafíos para lograr un cambio sostenible.

Estas dificultades no solo se explican por la falta de información, sino también por factores como la baja motivación, la deficiente fijación de objetivos y la dificultad para mantener el esfuerzo cuando los resultados no son inmediatos. En este sentido, Insuasti, Zambrano y Giler (2020) argumentan que la falta de planificación y de estrategias de autogestión constituye un obstáculo persistente, especialmente cuando los beneficios del tratamiento no se perciben a corto plazo (p. 53). Para la presente investigación, este hallazgo enfatiza la importancia de promover procesos de autorregulación que permitan a los pacientes mantener hábitos saludables incluso ante barreras internas o externas.

Desde una perspectiva cognitivo- conductual, fortalecer habilidades como la anticipación de obstáculos, la reestructuración de pensamientos sabotadores y la planificación de rutinas saludables es esencial para consolidar la adherencia. De hecho, Insuasti, Zambrano y Giler (2020) destacan que la implementación estructurada de estas estrategias no solo favorece la continuidad del tratamiento, sino que también mejora la percepción de control y reduce el malestar emocional (p. 55). Por ello, la propuesta de esta investigación busca integrar estas técnicas en un programa dirigido a adultos de entre 30 y 60 años de la Asociación Día Vida, para promover un cambio de comportamiento sostenible.

2.3.1 Respuesta Conductual del Paciente a la Medicación y Control Glucémico.

La adherencia al tratamiento farmacológico para la diabetes mellitus tipo 2 va más allá de seguir una prescripción médica, ya que requiere superar las barreras personales, culturales y

contextuales que influyen en la adherencia del paciente. Asimismo, Segura Peña (2016) indica que el uso de insulina y antidiabéticos orales, como la metformina, debe analizarse no solo desde la perspectiva de su eficacia clínica, sino también desde las percepciones y actitudes del paciente, que determinan su disposición a participar en el autocuidado (p. 65). En este estudio, esta perspectiva es clave, ya que la intervención cognitivo-conductual propuesta busca fortalecer la motivación, reducir la resistencia al tratamiento y consolidar una adherencia consistente, garantizando así la estabilidad glucémica y una mejor calidad de vida.

Por lo tanto, la adherencia a la medicación está relacionada con otros componentes terapéuticos, como la dieta y la actividad física. Esto implica que los comportamientos en una dimensión influyen en la disposición del paciente a mantener los cambios en otras áreas de su tratamiento. Para la investigación, este enfoque integral permite abordar la adherencia desde una perspectiva holística, donde cada comportamiento se refuerza mutuamente y está vinculado al control metabólico.

2.3.2 Respuesta Conductual del Paciente a la Dieta Prescrita

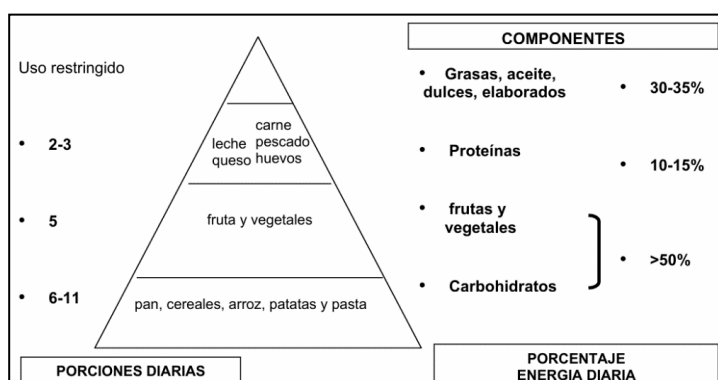
El tratamiento nutricional para la diabetes mellitus tipo 2 requiere más que seguir un plan dietético; requiere la incorporación de hábitos y actitudes que garanticen su sostenibilidad en el tiempo. Lorber, ElSayed, Bannuru, Shah, Puisis, Crandall y Shefelman (2024) argumentan que una dieta equilibrada y personalizada, adaptada tanto a las necesidades clínicas como al estilo de vida del paciente, mejora significativamente la adherencia terapéutica y los resultados metabólicos, siempre que exista motivación y una percepción positiva del plan de alimentación (p. 550). En el marco de esta tesis, esta orientación es relevante porque el enfoque cognitivo-

conductual busca fortalecer la autoeficacia, modificar las creencias desadaptativas y consolidar prácticas alimentarias saludables.

Al igual que la medicación, la dieta requiere una verdadera integración en la vida diaria. Este proceso exige estrategias psicológicas que permitan la coherencia incluso ante barreras emocionales o contextuales. En este estudio, este componente se considera esencial porque vincula los aspectos médicos con el autocuidado psicológico, garantizando que los pacientes puedan mantener sus rutinas dietéticas como parte de un enfoque integral.

Figura 1

Pirámide de Alimentación Saludable



Nota. El gráfico muestra las porciones de alimentos recomendadas que una persona con diabetes mellitus debe consumir diariamente, según la pirámide alimenticia. Tomado de *Un primer libro para entender la diabetes* Chase, 2002, p.38.

2.3.3 Respuesta Conductual del Paciente a la Actividad Física Prescrita

La actividad física regular en diabetes mellitus tipo 2 es un pilar fundamental del tratamiento, ya que contribuye al control glucémico y a la salud del paciente.

Según lo establecido por Rodríguez, Urquiza, Cruz y Velázquez (2024), el ejercicio aumenta la sensibilidad a la insulina, promueve la captación de glucosa por los músculos y reduce la grasa corporal, lo que fortalece la estabilidad metabólica (p. 68). En el contexto de esta

investigación, este aspecto es clave, ya que la intervención cognitivo-conductual propuesta busca promover la motivación, integrar la actividad física en las rutinas diarias y consolidar su práctica a largo plazo, garantizando un control glucémico estable y una mejor calidad de vida.

Además, la actividad física debe comprenderse en relación con otros componentes del tratamiento, como la medicación y la dieta, ya que el éxito de cada uno de estos factores está interconectado. La adherencia al tratamiento depende no solo de las indicaciones médicas, sino también de la capacidad del paciente para mantener los cambios en el estilo de vida mediante estrategias psicológicas efectivas que fortalezcan la constancia y la autoeficacia.

En conclusión, los factores conductuales asociados a la medicación, la dieta y el ejercicio forman un sistema interdependiente en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Desde esta perspectiva, el enfoque cognitivo-conductual que guía este estudio se presenta como una herramienta esencial para modificar creencias disfuncionales, promover habilidades de afrontamiento y consolidar hábitos saludables que permitan un control metabólico sostenido y mejoren la calidad de vida de los pacientes.

2.4 Adherencia al Tratamiento

2.4.1 Naturaleza de la Adherencia al Tratamiento

La adherencia al tratamiento se entiende como el grado en que una persona sigue las recomendaciones médicas y de autocuidado prescritas por los profesionales sanitarios. Angelucci-Bastidas y Rondón-Bernard (2021) señalan que no debe considerarse un fenómeno estático, sino un proceso dinámico influenciado por múltiples factores, como la percepción de la enfermedad, las creencias del paciente, el apoyo social y las condiciones del entorno sanitario (p.

31). En el caso de la DM2, este concepto abarca no solo la ingesta regular de medicamentos, sino también la dieta, la actividad física, los controles médicos y el control glucémico.

Además, los autores Angelucci-Bastidas y Rondón-Bernard (2021) indican que una baja adherencia se asocia a un mayor riesgo de complicaciones médicas y a un deterioro significativo de la calidad de vida (p. 33). Este hallazgo resalta la necesidad de intervenciones que consideren tanto los factores clínicos como los psicológicos y sociales, ya que estos determinan en gran medida la consistencia del autocuidado.

Finalmente, Angelucci-Bastidas y Rondón-Bernard (2021) argumentan que la adherencia no es solo un objetivo clínico, sino una construcción conjunta entre el paciente, su entorno y los profesionales de la salud (p. 35). Para la presente investigación, comprender esta naturaleza permite diseñar estrategias cognitivo-conductuales que integran aspectos emocionales, cognitivos y conductuales, fortaleciendo así la participación de los adultos de 30 a 60 años de la Asociación Día Vida.

2.4.2 Adherencia al Tratamiento en la Diabetes Mellitus Tipo 2

La adherencia en personas con DM2 es un proceso dinámico que no se limita al uso de medicamentos, sino que implica el compromiso con múltiples áreas del autocuidado. Rincón-Romero, Torres-Contreras y Corredor-Pardo (2017) señalan que incluye mantener una dieta equilibrada, realizar actividad física, controlar la glucemia y asistir a revisiones médicas periódicas (p. 55). Estos comportamientos, lejos de ser automáticos, se ven influenciados por factores emocionales, cognitivos, conductuales y sociales.

Las emociones negativas pueden perjudicar la adherencia. Segura Peña (2016) explica que la desesperanza, el miedo, el estrés o la frustración reducen la motivación y la percepción de autoeficacia, generando una visión negativa del pronóstico que lleva al abandono del tratamiento

(p. 59). Esto aumenta el riesgo de complicaciones como neuropatías o enfermedades cardiovasculares, consolidando un círculo vicioso difícil de romper sin apoyo psicológico.

En este sentido, un enfoque de modificación de conducta es relevante. El objetivo no es solo describir la falta de adherencia, sino también diseñar estrategias cognitivo-conductuales que permitan modificar creencias disfuncionales y rutinas perjudiciales, fortaleciendo la autorregulación y el compromiso personal. En esta investigación, centrada en la Asociación Día Vida, este enfoque busca generar cambios sostenibles en la población adulta.

2.4.3 Componentes Psicológicos y Conductuales de la Adherencia

La autoeficacia es uno de los factores más determinantes para la adherencia. Ramírez, Anlehu y Rodríguez (2019) argumentan que no solo predice la adherencia, sino que también media la influencia de otros factores, como el afrontamiento emocional y el apoyo social, en los resultados terapéuticos (p. 384). En el caso de este estudio, fortalecer la autoeficacia es esencial para que los adultos desarrollen confianza y persistencia en sus rutinas de autocuidado.

Otro componente clave son las creencias disfuncionales. Según Ramírez, Anlehu y Rodríguez (2019), estas creencias suelen estar arraigadas en el entorno familiar o cultural y tienden a sustentarse en la falta de retroalimentación objetiva o en experiencias frustrantes previas con el sistema sanitario (p. 386). En esta investigación, identificarlas y reestructurarlas es esencial para que el paciente comprenda la naturaleza crónica de la enfermedad y asuma el tratamiento de forma responsable.

Finalmente, la motivación y el aprendizaje social desempeñan un papel decisivo. Los mismos autores Ramírez, Anlehu y Rodríguez (2019) explican que la motivación puede ser intrínseca, cuando surge del bienestar personal, o extrínseca, cuando se activa por estímulos externos como las revisiones médicas o el apoyo familiar, y que ambos procesos se refuerzan al

observar modelos de buena adherencia (pp. 387-388). En este marco, la propuesta de intervención cognitivo-conductual integra estrategias de refuerzo y establecimiento de metas adaptadas a las condiciones de los pacientes de la Asociación Día Vida.

2.4.4 Factores que Obstaculizan la Adherencia al Tratamiento

Los factores emocionales, conductuales y contextuales pueden dificultar significativamente la adherencia en personas con diabetes mellitus tipo 2. Rosas (2018) identifica el estrés y la ansiedad como obstáculos comunes que conducen a conductas de evitación o retirada, especialmente cuando el tratamiento requiere cambios prolongados en el estilo de vida (p. 37). Este riesgo es mayor en adultos de 30 a 60 años, quienes enfrentan exigencias laborales y familiares que afectan su autocuidado.

Cabe resaltar que Rosas (2018) señala que la baja motivación, el conocimiento limitado sobre la enfermedad y la falta de habilidades para afrontar situaciones difíciles actúan como barreras importantes (p. 38). Estos factores requieren un enfoque cognitivo-conductual que trabaje para reestructurar los pensamientos negativos y establecer metas realistas, promoviendo hábitos sostenibles.

Por lo tanto, el entorno social también influye. Según Rosas (2018), la falta de apoyo familiar o comunitario, así como la sobrecarga de responsabilidades, aumentan la probabilidad de abandono del tratamiento (p. 40). En este contexto, la Asociación Día Vida se convierte en un espacio clave para implementar intervenciones colectivas que fortalezcan la motivación, las redes de apoyo y la percepción de autoeficacia de los pacientes.

2.4.5 Consecuencias Psicosociales de la Falta de Adherencia a la Diabetes Mellitus

Tipo 2

La falta de adherencia en la diabetes mellitus tipo 2 tiene importantes consecuencias emocionales y sociales. De la Rubia y Cerda (2015) destacan que la depresión es un factor de riesgo importante, ya que disminuye la motivación, el autocuidado y la percepción de control personal sobre la enfermedad (p. 21). En este estudio, abordar la depresión es esencial para fortalecer la adherencia y mejorar el pronóstico a largo plazo.

De igual manera, De la Rubia y Cerda (2015) indican que los altos niveles de ansiedad interfieren negativamente, generando pensamientos disfuncionales que reducen la autoeficacia y el compromiso terapéutico (p. 23). En los adultos, este aspecto se ve intensificado por las responsabilidades laborales y familiares.

En conclusión, la falta de apoyo social agrava la situación. De la Rubia y Cerda (2015) argumentan que la ausencia de redes de apoyo debilita los recursos emocionales y prácticos de los pacientes, lo que aumenta el riesgo de abandono del tratamiento y reduce la adherencia a él (p. 24). En la investigación, esta perspectiva apoya la inclusión de estrategias que fortalezcan tanto las habilidades individuales como las dinámicas de grupo en el contexto de la Asociación Día Vida.

2.4.6 Estrategias Psicológicas para Favorecer la Adherencia

Las estrategias psicológicas son un recurso fundamental para promover la adherencia. Berrocal y Rosmery (2023) argumentan que las intervenciones educativas, al proporcionar información clara sobre la enfermedad y el tratamiento, fomentan una actitud activa hacia el

autocuidado (p. 45). En el marco de esta investigación, estas estrategias se combinan con técnicas cognitivo-conductuales que abordan factores emocionales y cognitivos.

Por otra parte, Berrocal y Rosmery (2023) destacan que la motivación, la reestructuración cognitiva y el apoyo emocional son herramientas eficaces, ya que ayudan a modificar creencias disfuncionales, fortalecer la autoeficacia y consolidar una conexión positiva con el tratamiento (p. 45). Este enfoque se adapta al contexto de los adultos, para quienes es fundamental reorganizar las prioridades y asumir el tratamiento como parte de su rutina diaria.

De este modo, Berrocal y Rosmery (2023) mencionan que el apoyo psicológico permite a los pacientes expresar emociones, gestionar las frustraciones y establecer objetivos realistas (p. 46). Este principio fundamenta la intervención que propone la Asociación Día Vida, que busca proporcionar a los pacientes herramientas prácticas para mantener hábitos de autocuidado y optimizar su calidad de vida.

2.4.7 Tratamiento Psicológico para la Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

El tratamiento psicológico es esencial para fortalecer la adherencia en pacientes con DM2. García Sandoval, Rodríguez y Turga Chocontá (2025) afirman que este tipo de intervenciones ayudan a reducir la ansiedad, la depresión y el estrés, lo que promueve una mejor adaptación a la enfermedad y aumenta la disposición a seguir las recomendaciones médicas (p. 18). Este enfoque es especialmente relevante para adultos de 30 a 60 años, ya que a menudo enfrentan responsabilidades que intensifican su malestar emocional y dificultan el autocuidado.

Cabe resaltar que García Sandova, Rodríguez y Turga Chocontá (2025) destacan que estas estrategias no solo mejoran el estado de ánimo, sino que también facilitan la adopción y el mantenimiento de hábitos saludables (p. 20). Por lo tanto, técnicas como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en resolución de problemas y la psicoeducación pueden modificar los pensamientos negativos, fomentar la motivación y consolidar la autoeficacia.

Por lo tanto, García Sandova, Rodríguez y Turga Chocontá (2025) señalan que el apoyo psicológico continuo refuerza la satisfacción con el tratamiento, reduce el riesgo de abandono y mejora la calidad de vida (p. 22). En este estudio, este componente se convierte en un medio para generar cambios profundos y sostenidos en la relación del paciente con su enfermedad y su entorno, consolidando así una adherencia terapéutica más fuerte y duradera.

2.5 Población objetivo: Personas de 30 a 60 años

La población adulta de entre 30 a 60 años se enfrenta a una combinación de responsabilidades personales, familiares y laborales que influyen en la adherencia a los tratamientos médicos. Alcívar (2024) indica que, aunque la diabetes mellitus tipo 2 se ha asociado tradicionalmente con la población mayor, su prevalencia ha aumentado en adultos de mediana edad por hábitos poco saludables, altos niveles de estrés y antecedentes familiares (p. 13). Esta evidencia es relevante para el presente estudio, ya que el amplio rango de edad permite una mejor comprensión de cómo los diferentes estilos de vida en la edad adulta influyen en la adherencia terapéutica.

Las reacciones emocionales y conductuales al diagnóstico también son un factor determinante en la adherencia. Ramírez García, Anlehu Tello y Rodríguez León (2019) señalan que, tras recibir un diagnóstico de diabetes, los adultos pueden experimentar sentimientos de

negación, frustración y resistencia al cambio, lo que interfiere con la motivación y la incorporación de nuevas rutinas de autocuidado (p. 6). Esta situación está vinculada a la investigación, ya que refleja la necesidad de diseñar intervenciones cognitivo-conductuales que ayuden a superar estas barreras en adultos en diferentes etapas del ciclo vital, de 30 a 60 años.

En resumen, el amplio rango de edad propuesto en esta investigación permite la inclusión tanto de adultos jóvenes como de mediana edad, quienes comparten desafíos comunes relacionados con la adherencia a tratamientos crónicos. Rosas (2018) y Segura Peña (2016) destacan que los programas basados en la terapia cognitivo-conductual son eficaces para modificar hábitos, fortalecer la motivación y mejorar la autogestión de la salud (pp. 80, 85). En consonancia con estas contribuciones, este estudio propone la implementación de un programa cognitivo-conductual dirigido a fortalecer la adherencia terapéutica y mejorar la calidad de vida de los participantes de entre 30 a 60 años que asisten a la Asociación Día Vida.

2.6 Fundamentos Cognitivo-Conductuales para la Adherencia al Tratamiento en la Diabetes Mellitus Tipo 2

Según lo establecido por Berrocal y Rosmery (2023), la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 depende en gran medida de factores cognitivos, conductuales y sociales que influyen en el compromiso con el tratamiento (p. 10). Esta perspectiva es fundamental para la presente investigación, ya que permite comprender cómo la terapia cognitivo-conductual puede abordar estas barreras mediante la identificación de creencias disfuncionales, el fortalecimiento de la autoeficacia y la implementación de técnicas de afrontamiento que promuevan la adherencia en personas de entre 30 a 60 años con diagnóstico de DM2.

2.6.1 Modelo Cognitivo-Conductual

Según Knapp y Beck (2008), los pensamientos, las emociones y los comportamientos están interrelacionados, de modo que las distorsiones cognitivas pueden mantener patrones desadaptativos (p. 24). Este principio está directamente vinculado a la terapia cognitivo-conductual, cuyo objetivo es identificar y modificar las cogniciones disfuncionales para que el paciente desarrolle comportamientos más saludables. En el marco de esta investigación, este modelo es esencial, ya que ayuda a las personas con DM2 a reconocer cómo sus creencias influyen en la adherencia al tratamiento y a fortalecer su compromiso terapéutico.

En síntesis, Knapp y Beck (2008) explican que la reestructuración cognitiva es una técnica central, cuyo objetivo es analizar los pensamientos automáticos y sustituirlos por interpretaciones más realistas (p. 25). En este estudio, esta técnica promueve la motivación y la autoeficacia, permitiendo a los pacientes desafiar las creencias limitantes y consolidar hábitos sostenibles de autocuidado.

2.6.2 Teoría de la Autoeficacia

La autoeficacia es un factor determinante para mantener hábitos saludables. Bandura (1997, citado en Rodríguez-Rey y Cantero-García, 2020) argumenta que la percepción de la propia capacidad para realizar las acciones necesarias influye directamente en la adherencia al tratamiento (p. 162). Este enfoque se vincula con la terapia cognitivo-conductual, dado que técnicas como la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, el autorregistro, el entrenamiento en resolución de problemas, el autorregistro, la activación conductual, la exposición gradual y la prevención de recaídas tienen como objetivo fortalecer la confianza de los pacientes en su

capacidad de cambio, consolidando la adherencia terapéutica y el autocuidado en la diabetes mellitus tipo 2.

En este sentido, Rodríguez-Rey y Cantero-García (2020) afirman que las principales fuentes de autoeficacia incluyen las experiencias de dominio, la observación de modelos por seguir, la persuasión verbal y la interpretación de estados emocionales (p. 163). Estos elementos son relevantes para la presente investigación, ya que permiten implementar intervenciones cognitivo-conductuales que promueven el logro progresivo, facilitan la reinterpretación de las emociones negativas y fortalecen la motivación intrínseca, promoviendo así la continuidad del autocuidado en adultos de 30 a 60 años con diabetes mellitus tipo 2.

2.6.3 Modelo Transteórico del Cambio (TMC)

Para Tobón (2023), el autor explica que el proceso de cambio de hábitos de salud se desarrolla en fases progresivas que abarcan desde la precontemplación hasta la prevención de recaídas (p. 69). Este modelo se vincula con la terapia cognitivo-conductual, ya que en cada etapa se pueden aplicar técnicas específicas: la reestructuración cognitiva en fases iniciales y la prevención de caídas en fases posteriores.

Por lo tanto, en este estudio, el Modelo Transteórico del Cambio (TMC) ofrece un marco procedimental que describe las etapas del cambio, mientras que la terapia cognitivo-conductual proporciona las herramientas prácticas para consolidarlo. De este modo, la integración de ambos enfoques facilita una intervención adaptada al nivel motivacional de cada paciente con DM2, favoreciendo la adherencia progresiva y sostenible.

2.6.4 Aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual en Enfermedades Crónicas y Adherencia

La terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser eficaz en el manejo de enfermedades crónicas. Urrutia (2024) argumenta que este enfoque aborda los síntomas emocionales y conductuales que afectan la adherencia, como la ansiedad, la frustración y la fatiga emocional (p. 8). En este estudio, este principio es clave, ya que guía la intervención hacia el fortalecimiento del autocuidado en pacientes con edades de entre 30 y 60 años.

Al respecto, Del Mar Molero, Pérez-Fuentes, Gázquez, Barragán, Martos del Mar Simón, (2016) y Nuridin (2019) señalan que la TCC se centra en los procesos cognitivos y conductuales que dificultan la adherencia y propone estrategias como la reestructuración cognitiva, la autorregulación y la prevención de recaídas (pp. 198, 27). En este estudio, estas técnicas fortalecen la autoeficacia y otorgan a los pacientes un rol activo en su tratamiento, consolidando cambios conductuales duraderos.

2.6.5 Modelos Complementarios

El Modelo de Creencias de Salud ofrece otra perspectiva relevante. Insuasti, Zambrano y Giler (2020) indican que las decisiones de salud se ven influenciadas por las percepciones de susceptibilidad, gravedad, beneficios, barreras y autoeficacia (pp. 50-52). En esta investigación, este modelo se integra con la TCC, ya que permite la identificación y modificación de creencias disfuncionales mediante la reestructuración cognitiva, reduciendo así las barreras cognitivas que limitan el autocuidado.

Por su parte, la Teoría del Aprendizaje Social enfatiza que el aprendizaje se produce tanto a través de la experiencia directa como de la observación de modelos significativos. Manzueta (2022) argumenta que este enfoque permite la integración de técnicas como el modelado y la retroalimentación positiva, fundamentales para la TCC (pp. 78-79). En el contexto de la Asociación Día Vida, estos elementos se aplican en intervenciones grupales que fortalecen la motivación, la autoeficacia y el apoyo social.

2.6.6 Conclusión de los Fundamentos Cognitivo-Conductuales

El análisis de los modelos revisados confirma que la TCC ofrece un marco sólido para promover la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo 2.

Los modelos centrales (cognitivo-conductual, de autoeficacia, transteórico y de aplicación clínica) proporcionan fundamentos teóricos y técnicos esenciales, mientras que los modelos complementarios (creencias de salud y aprendizaje social) enriquecen la comprensión de las barreras cognitivas y sociales. En este estudio, estos fundamentos guían la propuesta de intervención para fomentar la motivación, la autoeficacia y el afrontamiento activo en los adultos de la Asociación Día Vida, consolidando así un proceso sostenido de autocuidado.

2.7 Técnicas de Intervención Cognitivo Conductual con Posible Aplicación para la Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

La adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 está determinada por factores emocionales, cognitivos y conductuales que pueden abordarse de forma estructurada mediante la terapia cognitivo-conductual. Este enfoque integra técnicas que permiten comprender las barreras al autocuidado y diseñar estrategias para promover hábitos saludables. Como señalan García, Fernández y Crespo (2017), la TCC se basa en la interrelación entre

pensamientos, emociones y conductas, destacando que las distorsiones cognitivas generan malestar y conductas disfuncionales, por lo que su modificación favorece la adherencia terapéutica (p. 23). En este estudio, la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales busca intervenir directamente en las creencias, emociones y conductas que dificultan la continuidad del tratamiento en los adultos con DM2 de la Asociación Día Vida.

2.7.1 Evidencia Empírica de la Terapia Cognitivo Conductual en la Diabetes Mellitus

Tipo 2

La eficacia de la TCC en el tratamiento de la diabetes tipo 2 se ha documentado ampliamente. Del Mar Molero, Pérez-Fuentes, Gázquez, Barragán, Martos y del Mar Simón, (2016) demostraron que este enfoque reduce el malestar emocional y fortalece el autocuidado, lo que repercute en un mejor control glucémico y calidad de vida (p. 198). Asimismo, Hendrieckx, Halliday, Beeney y Speight (2023) señalan que la TCC disminuye los síntomas como frustración, ansiedad y fatiga emocional, factores que interfieren con la adherencia (pp. 10-11). Estos hallazgos refuerzan la pertinencia de incluir en esta investigación estrategias cognitivo-conductuales basadas en evidencia para mejorar la motivación y el compromiso terapéutico en adultos con diabetes mellitus tipo 2.

2.7.2 Psicoeducación

La psicoeducación es una técnica esencial, ya que proporciona a los pacientes un conocimiento claro sobre la enfermedad y fomenta la responsabilidad en el autocuidado.

Como indican García-Ávila, Osorio-Guzmán y Becerra-Gálvez (2025), en el caso de la diabetes, este proceso refuerza los hábitos de cuidado, como el monitoreo del pie diabético, al proporcionar información estructurada y práctica que fortalece la adherencia terapéutica (p. 54).

En esta investigación, su aplicación busca ayudar a los pacientes a comprender las recomendaciones médicas no como imposiciones, sino como recursos para el empoderamiento personal y la mejora de su calidad de vida.

2.7.3 Reestructuración Cognitiva

La reestructuración cognitiva es uno de los pilares de la TCC, ya que permite identificar y modificar los pensamientos automáticos disfuncionales.

Según lo establecido por García, Fernández y Crespo (2017), esta técnica implica examinar la validez de las cogniciones negativas y sustituirlas por interpretaciones más adaptativas (pp. 197-198). En el contexto de la diabetes mellitus tipo 2, la reestructuración cognitiva ayuda a los pacientes a cuestionar ideas como “el tratamiento no tiene sentido” o “no puedo mantener estos hábitos”, fomentando así la motivación y la autoeficacia. En este estudio, se considera esencial para fortalecer la disposición al cambio y la continuidad terapéutica de la población objetivo.

2.7.4 Entrenamiento en Resolución de Problemas

El entrenamiento en resolución de problemas proporciona a las pacientes estrategias para afrontar los retos diarios del tratamiento. García-Ávila, Osorio-Guzmán y Becerra-Gálvez (2025) señalan que esta técnica favorece la identificación de obstáculos, la generación de alternativas y la toma de decisiones adaptativa, fortaleciendo el autocuidado (p. 55). En la diabetes mellitus tipo 2 esto es clave para afrontar situaciones como organizar la dieta, mantener la medicación o gestionar la frustración.

Por lo tanto, Chavarría (2024) describe la resolución de problemas como un proceso estructurado que incluye definir la situación, evaluar las opciones e implementar soluciones viables (p. 42). En este estudio, su aplicación permitirá a los participantes afrontar las exigencias diarias y reducir el abandono terapéutico.

2.7. 5 Autocontrol

El autocontrol es una técnica esencial, ya que permite a los pacientes regular conscientemente sus hábitos de salud. Romo, Riverón, Velázquez, Sagarduy, Jurado, Guzmán y Díaz (2025) explican que el autocontrol incluye la autoobservación sistemática, el establecimiento de metas y la regulación de las respuestas emocionales y conductuales (p. 112). En esta investigación, su aplicación busca ayudar a los pacientes a identificar patrones inapropiados, como la omisión de medicamentos o la alteración de su dieta, y sustituirlos por hábitos saludables, aumentando así la adherencia y el autocontrol de la enfermedad.

2.7.6 Autorregistro

El autorregistro es una técnica conductual que fomenta la observación consciente del propio comportamiento. Romo, Riverón, Velázquez, Sagarduy, Jurado, Guzmán y Díaz (2025) lo definen como el proceso mediante el cual los pacientes registran la frecuencia o intensidad de las conductas relacionadas con el tratamiento, lo que aumenta su autoconciencia y facilita los ajustes (p. 113). En este estudio, el autorregistro permitirá a los pacientes documentar aspectos como el control de la glucosa, la adherencia alimentaria y la adherencia a la medicación, generando datos útiles para proporcionar retroalimentación sobre el proceso terapéutico y promover cambios sostenidos.

2.7.7 Activación Conductual

La activación conductual ayuda a aumentar la participación del paciente en actividades significativas y saludables. Según Flores y Contreras (2022), esta técnica promueve la planificación de rutinas positivas, reduce los síntomas depresivos y mejora la motivación para el autocuidado (p. 63). En el marco de esta investigación, su aplicación busca reforzar el ejercicio, la adherencia alimentaria y la asistencia a controles médicos, consolidando un estilo de vida más saludable en participantes con diabetes mellitus tipo 2.

2.7.8 Exposición Gradual

La exposición gradual permite abordar progresivamente los estímulos o situaciones que generan ansiedad, reduciendo la evitación. Ñauñay Yucta y Tubón Saquinga (2023) señalan que, en la diabetes, esta técnica se aplica para abordar el miedo a procedimientos como el uso de insulina o el control de glucosa, promoviendo el afrontamiento y la confianza (p. 46). En esta investigación, se considera una herramienta clave para reducir la ansiedad asociada a las prácticas médicas y reforzar la adherencia al tratamiento.

2.7.9 Prevención de Recaídas

La prevención de recaídas es un componente clave en el manejo de las enfermedades crónicas, ya que permite anticipar y gestionar situaciones que pueden llevar al abandono del tratamiento.

Según lo indicado por Flores y Sosa (2013), los autores explican que las intervenciones cognitivo-conductuales, complementadas con estrategias motivacionales, facilitan la identificación de señales de riesgo y promueven cambios sostenidos en el autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2 (pp. 183-184). En el contexto de esta tesis, este enfoque es

esencial, ya que garantiza que los pacientes cuenten con recursos prácticos para mantener el progreso logrado en la adherencia.

Asimismo, la evidencia respalda que la incorporación de técnicas estructuradas favorece no solo la reducción de la ansiedad y los síntomas depresivos, sino también el fortalecimiento de la autoeficacia y la continuidad del tratamiento.

Por lo tanto, Flores y Sosa (2013) informan que los pacientes que recibieron una intervención motivacional mostraron mejoras significativas en las variables psicológicas y conductuales relacionadas con el autocuidado, lo que incrementó su adherencia a largo plazo (pp. 189-190). En este estudio, estos hallazgos justifican la inclusión de la prevención de recaídas como parte de la propuesta, ya que ofrece un marco sólido para asegurar la sostenibilidad de los cambios en adultos de 30 a 60 años con diabetes mellitus tipo 2 de la Asociación Día Vida.

2.9 Asociación Día Vida

La Asociación Día Vida (2025) es una organización costarricense sin fines de lucro que busca mejorar la calidad de vida de las personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2. Su trabajo se centra en la educación diabetológica, la promoción del autocuidado y el fortalecimiento de las redes de apoyo, brindando un enfoque integral que incorpora aspectos médicos y psicosociales (párr. 1). Esta misión está directamente relacionada con esta investigación, ya que proporciona un entorno comunitario ideal para implementar estrategias cognitivo-conductuales que fortalecen la adherencia al tratamiento en la adultez.

Además, la Asociación Día Vida (2025) señala que su equipo está conformado por profesionales de diversas disciplinas como psicología, medicina, nutrición y trabajo social, lo que garantiza una atención interdisciplinaria (párr. 2). Cabe destacar la participación de una

psicóloga con formación en educación diabetológica, cuyo papel es esencial para brindar apoyo emocional y conductual a los pacientes. Para esta investigación, este componente interdisciplinario representa un valor añadido, ya que permite la integración de técnicas psicológicas con intervenciones educativas y médicas, generando intervenciones más integrales y contextualizadas.

La Asociación Día Vida (2025) enfatiza que sus valores institucionales, que incluyen respeto, solidaridad, empatía, justicia social y compromiso, guían su trabajo diario (párr. 3). Su misión es “mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes y sus familias mediante un enfoque educativo, inclusivo y accesible” (párr. 3). Esta filosofía organizacional está alineada con los objetivos de esta investigación, que busca empoderar a pacientes de entre 30 y 60 años mediante el fortalecimiento de sus capacidades emocionales, cognitivas y conductuales, promoviendo así el autocuidado sostenible.

Finalmente, la Asociación Día Vida (2025) afirma que mantiene alianzas estratégicas con instituciones públicas y privadas, universidades y organizaciones internacionales, además de financiarse mediante donaciones y proyectos colaborativos (párr. 4). Sin embargo, enfrenta desafíos como la falta de cobertura en zonas rurales, lo que limita su alcance nacional. A pesar de ello, su estructura organizativa y sus vínculos institucionales respaldan la viabilidad de esta investigación, ya que ofrecen un espacio adecuado con recursos humanos y técnicos que facilitan la implementación del enfoque cognitivo-conductual orientado a la adherencia terapéutica.

En resumen, la Asociación Día Vida constituye el entorno ideal para el desarrollo de esta investigación, ya que integra un entorno interdisciplinario, educativo y comunitario que coincide plenamente con los objetivos planteados. Así, se completa el marco teórico, estableciendo las

bases conceptuales, psicológicas y contextuales que sustentan la intervención cognitivo-conductual propuesta para promover la adhesión al tratamiento en diabetes mellitus tipo 2. A continuación, se presenta un resumen de los aspectos más relevantes de la Asociación Día Vida, organizados en la Tabla 1 para su fácil consulta.

Tabla 1

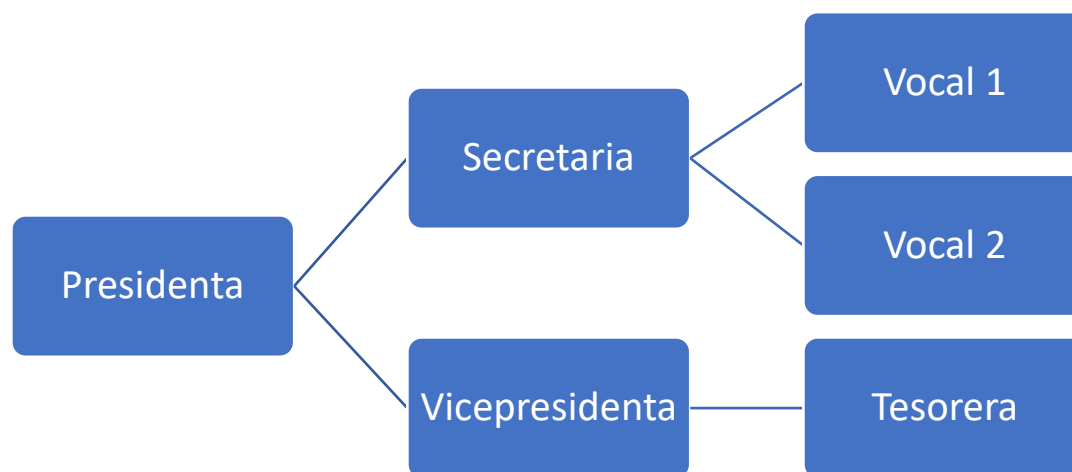
Resumen de Aspectos Relevantes de la Asociación Día Vida

Aspecto	Descripción
Misión	“Mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes y sus familias mediante un enfoque educativo, inclusivo y accesible” (Asociación Día Vida, 2025, párr. 3).
Alianzas estratégicas	Instituciones públicas y privadas, universidades y organizaciones internacionales.
Financiamiento	Donaciones y proyectos colaborativos.
Limitaciones	Cobertura limitada en zonas rurales.

Nota: La información presentada en esta tabla se basa en lo descrito por la Asociación Día Vida (2025) en su informe institucional, y se utiliza como referencia para contextualizar el escenario de aplicación de la investigación.

Figura 2

Junta Directiva de la Asociación Día Vida



Nota: La información presentada en la figura fue proporcionada por Ana Ortega Pastor a través de una comunicación personal recibida por correo electrónico el 4 de agosto de 2025, y corresponde a la composición oficial de la junta directiva de la Asociación Día Vida.

En síntesis, el marco teórico presentado integra los aspectos médicos, emocionales y conductuales de la diabetes mellitus tipo 2, lo que respalda la necesidad de un programa cognitivo-conductual adaptado a la población de 30 a 60 años de la Asociación Día Vida. Estos fundamentos guían la metodología de investigación que se desarrolla en el siguiente capítulo.

Capítulo III: Marco Metodológico

3. 1 Enfoque de la Investigación

El enfoque cuantitativo se caracteriza por la recopilación y el análisis de datos numéricos que permiten la medición de fenómenos y el establecimiento de relaciones entre variables. Como señalan Cortéz y Neill (2018), este enfoque facilita la recopilación de información objetiva y verificable mediante procedimientos sistemáticos y comparables (p. 70).

En el presente estudio, este enfoque es relevante porque permite un análisis preciso de la relación entre la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales y la adherencia al tratamiento en adultos de 30 a 60 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Esto garantiza la recopilación de datos fiables que respalden la propuesta de intervención y su impacto en la población objetivo.

Respecto al paradigma que sustenta el estudio, Hernández Sampieri y Mendoza (2020) explican que “el paradigma positivista busca hechos o causas de los fenómenos sociales independientemente de los estados subjetivos de los individuos” (p. 6).

En esta investigación, este paradigma orienta el análisis hacia la medición objetiva de la relación entre las técnicas cognitivo-conductuales y la adherencia al tratamiento en adultos de 30 a 60 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Por lo tanto, se prioriza la obtención de datos verificables y cuantificables que permitan evaluar los cambios en el comportamiento y el autocuidado, aportando evidencia empírica que respalde la eficacia de la intervención diseñada.

3.2 Método de la Investigación

Según Hernández Sampieri y Mendoza (2020), “en la investigación no experimental, no se construyen situaciones, sino que se observan los fenómenos tal como ocurren en su contexto natural para analizarlos” (p. 151).

De este modo, el método no experimental es relevante porque permite observar y analizar la adherencia al tratamiento y los factores psicológicos asociados en adultos de 30 a 60 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, sin modificar sus condiciones de vida. Así, los datos reflejan la realidad de los participantes y proporcionan una base empírica para la posterior implementación de un programa cognitivo-conductual adaptado a su contexto cotidiano.

Además, Hernández Sampieri y Mendoza (2020) señalan que “los estudios descriptivos miden las variables de forma independiente. No buscan inferencias causales, sino solo describir las variables y los fenómenos” (p. 155) En esta investigación, el alcance descriptivo es relevante porque permite caracterizar variables como la adherencia al tratamiento, la autoeficacia, el malestar emocional y los hábitos de salud en adultos de 30 a 60 años con diabetes mellitus tipo 2, lo que proporciona una base objetiva para orientar la intervención cognitivo-conductual propuesta.

3.3 Fuentes de Información

Se comprende como fuentes de información en la presente investigación, lo manifestado por Hernández Sampieri y Mendoza (2020): “Las fuentes de información son los insumos o materiales que nos proporcionan datos para la investigación; pueden ser orales, escritas, visuales, auditivas o de cualquier otro tipo” (p.147). Siendo que las fuentes de información son:

3.3.1 Fuentes Primarias: según Hernández Sampieri (2018), “las fuentes primarias son aquellas que proporcionan datos de primera mano, obtenidos directamente de los participantes o de la realidad investigada” (p. 153). En el marco de este estudio, las fuentes primarias serán adultos de entre 30 y 60 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que asisten a la Asociación Día Vida, ubicada en Paso Ancho, San José, Costa Rica. Estas personas proporcionarán información directa sobre la adherencia al tratamiento y las variables cognitivas, emocionales y conductuales relacionadas, lo cual constituye la base para el diseño y la validación de la propuesta de intervención cognitivo-conductual.

3.3.2 Fuentes Secundarias: según Hernández Sampieri (2018), “las fuentes secundarias incluyen materiales existentes, como libros, artículos, documentos institucionales y bases de datos, desarrollados para fines distintos al del presente estudio” (p. 154).

Esta investigación incluye artículos científicos recientes (con una antigüedad máxima de cinco años), tesis académicas, revistas especializadas, correos electrónicos organizacionales e informes institucionales publicados por la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud de Costa Rica como fuentes secundarias. Estos recursos permiten comparar los hallazgos empíricos con la evidencia disponible y brindan respaldo teórico y contextual para el diseño del programa de intervención propuesto.

3.3.3 Fuentes Terciarias: Las fuentes terciarias se entienden como materiales que recopilan y organizan información de fuentes primarias y secundarias para guiar al lector hacia otros recursos. Hernández Sampieri y Mendoza (2018) mencionan que este tipo de fuentes, como enciclopedias, índices y compilaciones, son útiles para localizar información general, aunque no proporcionan datos originales (p. 52). Las fuentes terciarias no se aplicarán directamente en esta

investigación, aunque se reconoce su valor como material de apoyo inicial para localizar y clasificar información relevante.

3.3.4 Población

De acuerdo con Mohamed, Carranza, Meza, León y Gonzáles (2023), “se entiende por población de estudio el conjunto de elementos o individuos que presentan una o más características comunes y que cumplen los criterios establecidos por el investigador” (p. 45).

En el presente estudio, la población corresponde a los miembros de la Asociación Día Vida, ubicada en Paso Ancho, San José, Costa Rica, específicamente adultos de 30 a 60 años diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2. La población en este rango de edad es de 30 personas, que son la base para analizar la adherencia al tratamiento y guiar la propuesta de intervención cognitivo-conductual.

3.3.5 Muestra

Según el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación [ICFES] (2006), “una muestra es un subconjunto de elementos que pertenecen a un grupo mayor (la población) y se seleccionan para representar las características de dicho grupo” (p. 54).

En este estudio, la muestra estuvo compuesta por 16 adultos, lo que representa aproximadamente el 53 % de 30 personas de la población estudiada. Todos los participantes tenían entre 30 y 60 años, además, estaban diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 y eran miembros de la Asociación Día Vida. Esta selección, basada en criterios específicos, garantiza datos representativos para analizar la adherencia al tratamiento y orientar la intervención cognitivo-conductual propuesta.

Según Hernández Sampieri y Mendoza (2020), “el muestreo no probabilístico es aquel en el que la selección de elementos no depende de la probabilidad, sino de razones relacionadas con las características de la investigación o de la persona que realiza la muestra” (p. 174).

En este estudio, se utilizará un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando a adultos de 30 a 60 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que asisten a la Asociación Día Vida. Esto garantiza la participación de quienes cumplen los criterios establecidos y aportan información relevante para los objetivos de la investigación.

3.3.6 Criterios de Inclusión

- Ser miembro activo de la Asociación Día Vida, ya sea hombre o mujer.
- Tener entre 30 y 60 años al momento de la investigación.
- Participar voluntariamente en el estudio.
- Haber firmado el consentimiento informado de participación en la investigación de forma voluntaria.

3.3.6 Criterios de Exclusión

- No ser miembro activo de la Asociación Día Vida.
- No estar dentro del rango de edad establecido (de 30 a 60 años).
- No aceptar participar voluntariamente en el estudio.

3.4 Variables

Según Mohamed, Carranza, Meza, León y Gonzáles (2023), “las variables son características, cualidades o propiedades que pueden asumir diferentes valores y se utilizan en la investigación para medir, analizar o explicar fenómenos” (p. 55).

En este estudio, las variables centrales son los factores emocionales y conductuales asociados con la diabetes mellitus tipo 2, entendidos como el conjunto de aspectos psicológicos, de autocuidado y de gestión médica que influyen en la continuidad del tratamiento, y las técnicas cognitivo-conductuales, concebidas como un conjunto de estrategias psicológicas destinadas a identificar y modificar pensamientos disfuncionales y fortalecer las conductas de autocuidado. Estas variables permiten analizar la relación entre los factores que dificultan la adherencia y las estrategias de intervención propuestas, evaluando así su impacto en los hábitos de salud de adultos de 30 a 60 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que asisten a la Asociación Día Vida. A continuación, se presenta la operacionalización de cada una de estas variables:

Tabla 2

Variable 1: Factores emocionales y conductuales asociados con la diabetes mellitus tipo 2

Definición conceptual			Definición operacional	Definición instrumental (cuestionario)
Según	Ramírez	García,	Conductuales	Cumplimiento
Anlehu	Tello	y Rodríguez	Cumplimiento farmacológico: Tomar	farmacológico:
León	(2019),	los factores	los medicamentos según la dosis y	Preguntas 1 y 11.
emocionales		incluyen	pauta prescritas y no interrumpir el	

respuestas internas como la **tratamiento injustificadamente.**

ansiedad, la depresión o la **Autocuidado y hábitos saludables:** Autocuidado y
 falta de motivación, que Seguir una dieta que cumpla con las hábitos saludables:
 interfieren en la toma de recomendaciones médicas, realizar Preguntas 3, 13 y 16.
 decisiones saludables, actividad física con regularidad y
 mientras que los factores controlar el peso corporal.

conductuales incluyen **Control médico:** Frecuencia y Control médico:
 hábitos de autocuidado regularidad de las citas médicas, Preguntas 6 y 14.
 observables, como la dieta, la además de cumplimiento de los
 medicación y el control de la exámenes y pruebas solicitadas.

glucemia, que son **Emocionales:** se refieren a respuestas Emocional:
 determinantes para la internas que combinan cambios Preguntas 8 y 17.
 adherencia terapéutica (p. 4). fisiológicos, pensamientos y

comportamientos, generados por
 situaciones o estímulos significativos.

Estas reacciones cumplen una función
 adaptativa, ya que guían la forma en
 que las personas interpretan su entorno
 y toman decisiones, lo que influye
 directamente en su bienestar y en la
 adherencia al tratamiento.

Tabla 3*Variable 2: Técnicas Cognitivo- Conductuales*

Definición conceptual	Definición operacional	Definición instrumental
La terapia cognitivo-conductual (TCC) se define como un enfoque que integra procesos cognitivos y conductuales, donde los pensamientos, creencias y esquemas mentales influyen en las emociones y la conducta. Friedberg et al. (2024) señalan que este modelo permite la identificación y modificación de pensamientos disfuncionales, a la vez que refuerza las conductas de autocuidado para promover la adherencia al tratamiento (p. 214).	Cognitiva: Incluye pensamientos, creencias y percepciones sobre la enfermedad. Utiliza técnicas como la psicoeducación y la reestructuración cognitiva para identificar y modificar los conceptos erróneos que afectan la adherencia al tratamiento. Conductual: Se refiere a hábitos de autocuidado observables. Incluye técnicas como: Resolución de problemas: se centra en identificar las barreras del tratamiento e implementar soluciones prácticas. Exposición gradual: Implica abordar gradualmente las situaciones evitadas relacionadas con la enfermedad.	Psicoeducación: Preguntas 2 y 12. Reestructuración Cognitiva: Preguntas 4 y 10. Resolución de problemas: Preguntas 5 y 15. Exposición gradual: Preguntas 7 y 18. Autocontrol:

Autocontrol: Implica controlar los impulsos y mantener conductas de autocuidado. Preguntas 9 y 19.

3.5 Instrumentos

Según Mendoza y Ávila (2020), “las técnicas de recolección de datos comprenden procedimientos y actividades que permiten al investigador obtener la información necesaria para responder a su pregunta de investigación” (p. 52). En el contexto de este estudio, este enfoque es pertinente, ya que la investigación requiere obtener información directa y fiable de los participantes para comprender los factores emocionales y conductuales que influyen en la adherencia al tratamiento.

Según los mismos autores, la encuesta es una de las técnicas más utilizadas en la investigación cuantitativa, ya que facilita la recopilación sistemática de información sobre opiniones, actitudes o comportamientos en una población definida (Mendoza y Ávila, 2020, p. 52). En esta investigación, la encuesta se implementará mediante un cuestionario cerrado, que permite la recopilación de datos objetivos y comparables de adultos de 30 a 60 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, miembros de la Asociación Día Vida, asegurando la pertinencia de los resultados con los objetivos planteados.

Asimismo, Mohamed, Carranza, Meza, León y Gonzáles (2023) indican que “el cuestionario es un instrumento estructurado compuesto por un conjunto de preguntas diseñadas para obtener información uniforme de los participantes sobre aspectos específicos de la investigación” (p. 64). En el marco de este estudio, se utilizó un cuestionario cerrado de 14

ítems, diseñado para medir la aplicación de la adherencia al tratamiento y las técnicas cognitivo-conductuales. La elección de este instrumento responde a la necesidad de datos estandarizados que faciliten el análisis estadístico y la interpretación objetiva de los resultados.

En cuanto a la validez, Mohamed, Carranza, Meza, León y Gonzáles (2023) sostienen que “la validación de un instrumento consiste en verificar que mide adecuadamente las variables propuestas en la investigación, asegurando su coherencia y pertinencia con los objetivos planteados” (p. 65).

En esta investigación, el cuestionario se validó con criterios de expertos, entendidos como una revisión sistemática realizada por profesionales especializados, para garantizar la claridad, pertinencia y coherencia de los ítems incluidos (Hernández Sampieri y Mendoza, 2020, p. 243).

Las personas que realizaron la revisión del instrumento son:

1. El Dr. Mario González Salas, especialista en Urología, egresado de la Universidad de Costa Rica, con 22 años de experiencia profesional, Actualmente se desempeña como Coordinador del Programa de Posgrado de Urología en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia y Vicepresidente de la Asociación Costarricense de Cirujanos Urólogos. También es Proctor de Boston Scientific para el Láser de Luz Verde en Centroamérica y el Caribe, y ponente de Eli Lilly. Ha sido miembro de la Comisión de Posgrado de Urología y es miembro activo de diversas asociaciones profesionales de renombre internacional, como la Asociación Americana de Urología (AUA), la Sociedad Internacional de Endourología, la Confederación Americana de Urología (CAU) y la Asociación Centroamericana de Urología (AUCA).

2) Licda. Carina Marielos Pineda Paz, psicóloga clínica con ocho años de experiencia, especializada en salud pública y violencia en contextos de emergencia. Actualmente se encuentra adscrita al Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) y cursa estudios de posgrado en Psicología Clínica.

3) M. Ps. Nancy Román González, cuenta con 20 años de trayectoria profesional en las áreas de educación, clínica y laboral. Además, posee 15 años de experiencia en la docencia universitaria y 5 años en la dirección de Trabajos de Graduación (TFG). Su formación académica incluye una Licenciatura en Psicología, un Bachillerato en Administración de Recursos Humanos, un Bachillerato en Trabajo Social y una Maestría Profesional en Psicología Laboral.

Este proceso de validación garantiza que el cuestionario tenga la claridad, pertinencia y coherencia necesarias para su aplicación, reforzando la fiabilidad del instrumento y asegurando que los resultados obtenidos cumplan con los objetivos de la investigación.

3.6 Proceso para la Recolección y Análisis de Datos

Según Hernández y Mendoza (2020), “la recolección de datos implica un proceso sistemático mediante el cual se obtiene información de los participantes para responder a las preguntas de investigación y alcanzar los objetivos planteados” (p. 223). De igual manera, los autores señalan que “el análisis de datos consiste en organizar e interpretar la información obtenida para responder a los objetivos de la investigación y generar conclusiones válidas” (p. 224). Además, Mohamed, Carranza, Meza, León y Gonzáles (2023) explican que “la estadística descriptiva básica permite resumir y presentar la información mediante frecuencias, porcentajes, promedios y medidas de tendencia central” (p. 71).

En esta investigación, la recolección de datos se realizará mediante una encuesta con un cuestionario cerrado de 18 ítems, y el análisis se realizará mediante estadística descriptiva básica, lo que permitirá organizar y presentar los resultados de forma clara, objetiva y coherente con el alcance descriptivo del estudio.

Capítulo IV: Análisis de Resultados

El análisis de los resultados cuantitativos se realizó con base en la información obtenida mediante la aplicación del instrumento a los participantes de la Asociación Día Vida. Posteriormente, los datos se organizaron y presentaron estadísticamente para facilitar su comprensión e interpretación.

Para proteger la confidencialidad de los participantes, no se registraron datos de identificación personal. Para fines de diferenciación dentro del estudio, a cada persona se le asignó una clave con los números del 1 al 16 (participante 1, participante 2, participante 3, participante 4, participante 5, participante 6, participante 7, participante 8, participante 9, participante 10, participante 11, participante 12, participante 13, participante 14, participante 15 y participante 16).

El proceso de consentimiento informado se llevó a cabo los días 3 y 20 de setiembre de 2025, mientras que el instrumento se administró entre el 18 y el 20 de setiembre del 2025. La coordinación se realizó según la disponibilidad de cada participante, utilizando diversos métodos de contacto: videollamadas por WhatsApp, correo electrónico y entrevistas presenciales.

Finalmente, se presenta el análisis de los resultados con base en la descripción de las variables del estudio, que se centran en la adherencia al tratamiento en adultos de entre 30 y 60 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

Tabla 4

Variable 1: Factores emocionales y conductuales asociados con la diabetes mellitus tipo 2.

Dimensión Conductuales (Cumplimiento Farmacológico)

Preguntas/Respuestas	Frecuencia Absoluta		Porcentaje	
	Sí	No	Sí	No
Pregunta 1 ¿Toma sus medicamentos como lo receta su médico?	16	0	100%	0%
Pregunta 11 ¿Olvida con frecuencia tomar su medicación?	5	11	31%	69%

Figura 3.

Pregunta 1 del cuestionario: ¿Toma sus medicamentos como lo receta su médico?

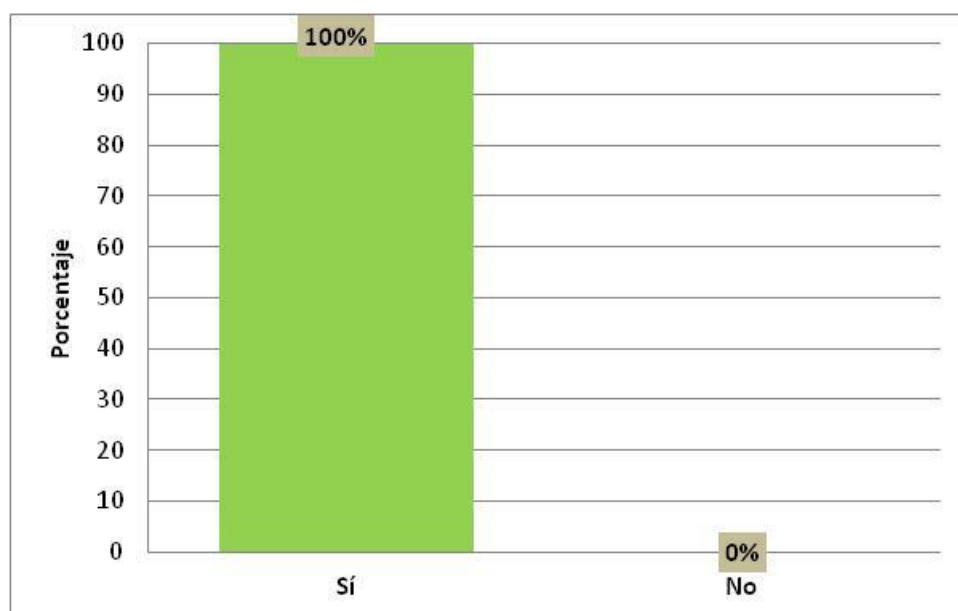
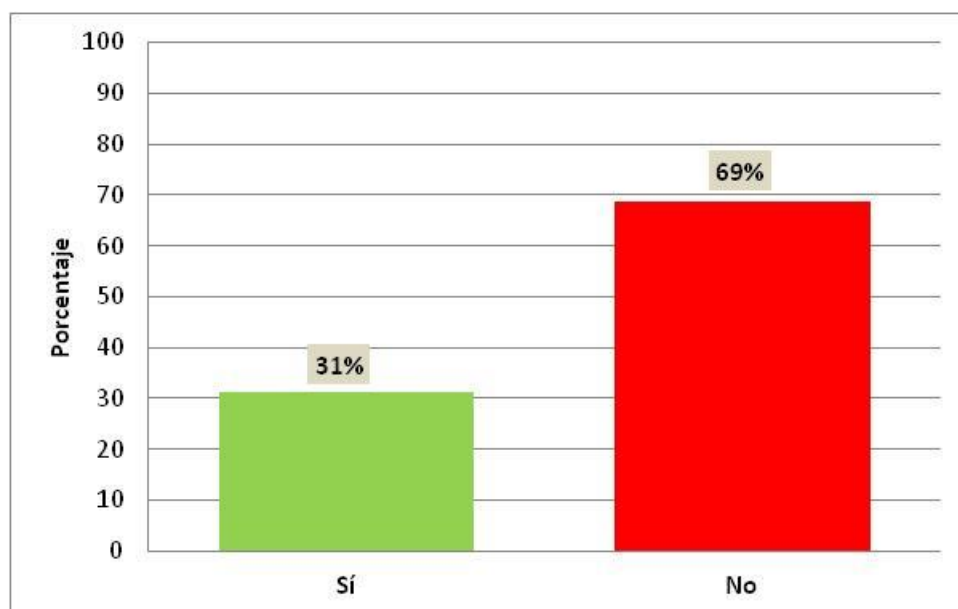


Figura 4.

Pregunta 11 del cuestionario: ¿Olvida con frecuencia tomar su medicación?



En relación con la variable 1, **Factores emocionales y conductuales asociados a la diabetes mellitus tipo 2, dimensión conductuales**, específicamente el indicador **cumplimiento farmacológico**, los resultados muestran que, si bien el 100% de los participantes reporta tomar su medicación según lo prescrito, el 31% admite olvidos frecuentes, lo que revela una brecha entre la intención y la práctica real.

Desde una perspectiva clínica, estos olvidos comprometen el control glucémico y reducen la efectividad del tratamiento. Segura Peña (2016, p. 65) enfatiza que la efectividad de fármacos como la insulina o la metformina depende no solo de la prescripción, sino también de la motivación y la disposición del paciente para integrarlos en su rutina diaria, ya que la estabilidad glucémica y la calidad de vida dependen de ello. De igual manera, Insuasti, Zambrano y Giler (2020, p. 20) indican que la falta de estrategias de autorregulación es un obstáculo común, especialmente cuando los beneficios del tratamiento no se perciben de inmediato.

Desde una perspectiva psicológica, el olvido se relaciona con una autorregulación deficiente, estrés, ansiedad y disminución de la autoeficacia, más que con la falta de conocimiento de las indicaciones médicas. Ramírez, Anlehu y Rodríguez (2019, p. 4) destacan que estas variables emocionales pueden afectar las decisiones diarias relacionadas con el autocuidado y reducir la adherencia terapéutica. En consecuencia, el hallazgo muestra que, si bien los participantes reconocen la importancia del tratamiento farmacológico, el olvido reportado refleja la influencia de barreras emocionales y conductuales que dificultan la adherencia sostenida.

Tabla 5.

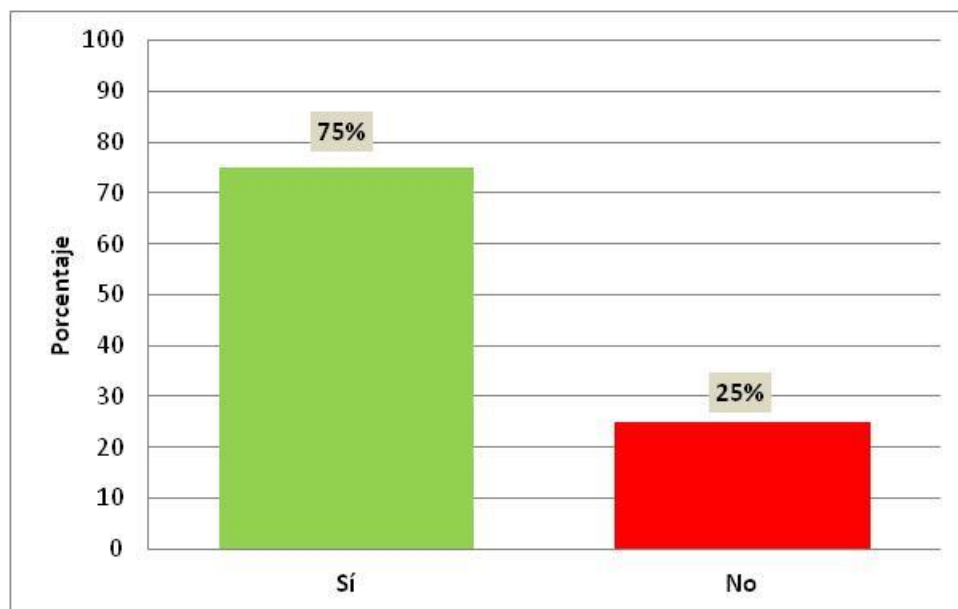
Variable 1: Factores emocionales y conductuales asociados con la diabetes mellitus tipo 2.

Dimensión Conductuales (Autocuidado y Hábitos Saludables)

Preguntas/Respuestas	Frecuencia Absoluta		Porcentaje	
	Sí	No	Sí	No
Pregunta 3 ¿Está siguiendo las recomendaciones de su plan de alimentación, incluyendo los horarios y restricciones indicadas?	12	4	75%	25%
Pregunta 13 ¿Controla regularmente sus niveles de glucosa como parte de su autocuidado?	12	4	75%	25%
Pregunta 16 ¿Realiza actividad física regularmente como parte de su tratamiento?	8	8	50%	50%

Figura 5.

Pregunta 3 del cuestionario: ¿Está siguiendo las recomendaciones de su plan de alimentación, incluyendo los horarios y restricciones indicadas?

**Figura 6.**

Pregunta 13 del cuestionario: ¿Controla regularmente sus niveles de glucosa como parte de su autocuidado?

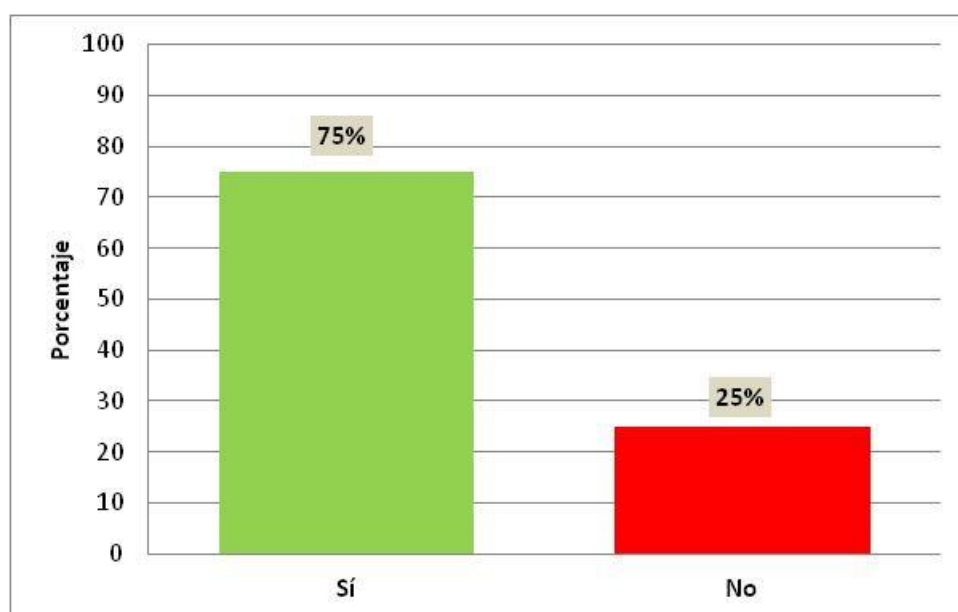
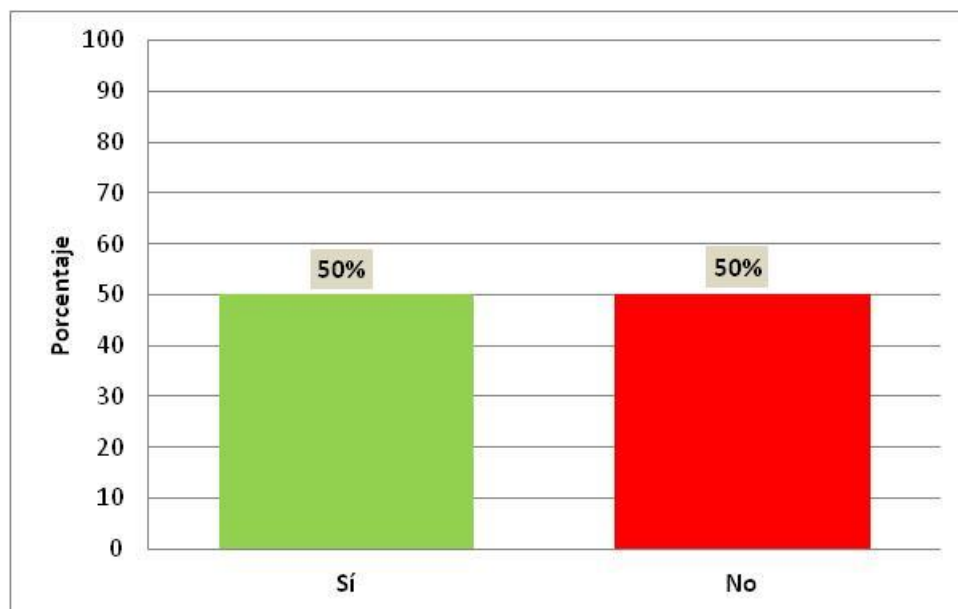


Figura 7.

Pregunta 16 del cuestionario: ¿Realiza actividad física regularmente como parte de su tratamiento?



En relación con la variable 1, **Factores emocionales y conductuales asociados a la diabetes mellitus tipo 2**, dimensiones conductuales, específicamente el indicador **autocuidado y hábitos saludables**, los resultados muestran que el 75% de los participantes se adhirió a su dieta y control glucémico, mientras que el 25% no lo hizo. En cuanto a la actividad física, el 50% la mantuvo y el otro 50% no. Clínicamente, quienes no siguieron estas prácticas presentan un mayor riesgo de descompensación y una menor eficacia del tratamiento.

La inconsistencia en la actividad física puede indicar resistencia al cambio de estilo de vida, mala planificación o priorización y puede estar influenciada por creencias disfuncionales sobre el esfuerzo o el beneficio percibido.

Estos factores son determinantes para la adherencia, ya que Ramírez, Anlehu y Rodríguez (2019, p. 4) destacan que los hábitos relacionados con la dieta, la actividad física y el

control glucémico son esenciales para el éxito terapéutico. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (2024, párr. 28-29) enfatiza que la actividad física sostenida y una dieta balanceada reducen las complicaciones y mejoran el control glucémico. En conjunto, los hallazgos revelan que, si bien existe un compromiso parcial con las prácticas de autocuidado, persisten inconsistencias en la dieta, el control glucémico y la actividad física, lo que resalta el papel de las barreras emocionales y conductuales que limitan la adherencia integral al tratamiento.

Tabla 6

Variable 1: Factores emocionales y conductuales asociados con la diabetes mellitus tipo 2.
Dimensión Conductuales (Control Médico)

Preguntas/Respuestas	Frecuencia Absoluta		Porcentaje	
	Sí	No	Sí	No
Pregunta 6. ¿Asiste puntualmente a todas las citas médicas?	15	1	94%	6%
Pregunta 14. ¿Realiza sus pruebas médicas prescritas (p. ej., glucosa o hemoglobina glucosilada)?	15	1	94%	6%

Figura 8.

Pregunta 6 del cuestionario: ¿Asiste puntualmente a todas las citas médicas?

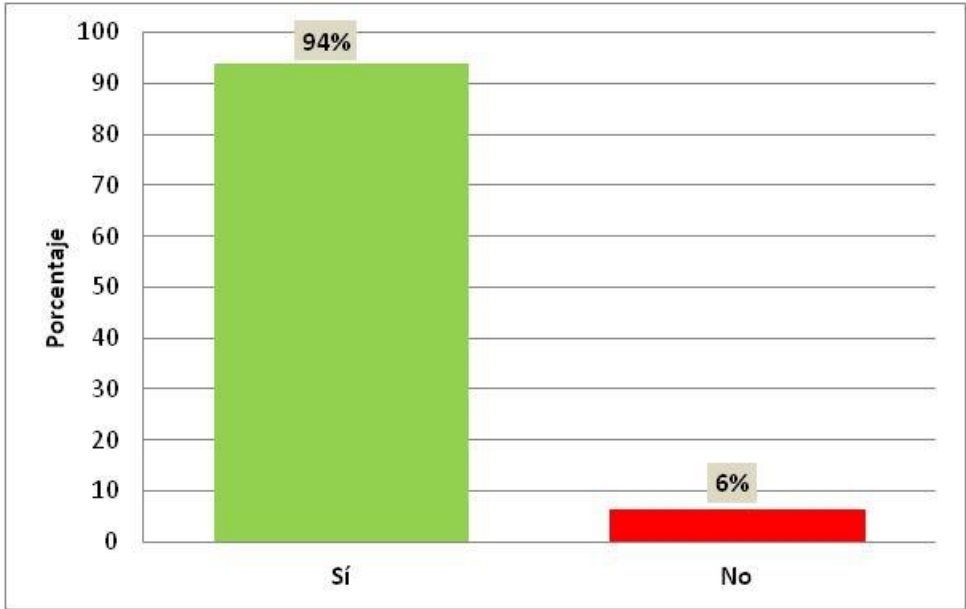
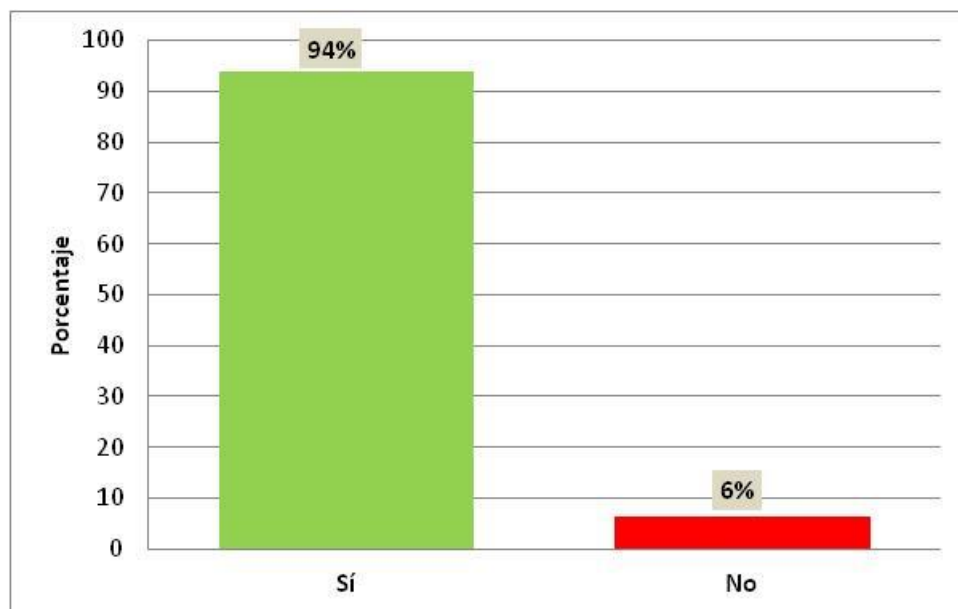


Figura 9.

Pregunta 14 del cuestionario: ¿Realiza sus pruebas médicas prescritas (p. ej., glucosa o hemoglobina glucosilada)?



En relación con la variable 1, denominada **Factores emocionales y conductuales asociados a la diabetes mellitus tipo 2**, específicamente en la **dimensión conductuales**, el indicador **control médico**, los resultados muestran que 94% de los participantes asiste puntualmente a sus citas médicas y completa las pruebas prescritas, mientras que solo el 6% no cumple con estas prácticas.

Clínicamente, el 94% que asiste a citas y pruebas garantiza un seguimiento adecuado y previene complicaciones, mientras que el 6% que no cumple se enfrenta al riesgo de descompensación y pérdida del control glucémico. Psicológicamente, una alta adherencia refleja conciencia y motivación para el autocuidado, mientras que el grupo que no asiste podría verse afectado por ansiedad, baja motivación o autoeficacia, lo que dificulta la constancia en el seguimiento médico.

De la Rubia y Cerda (2015, p. 21) destacan que el cumplimiento de las citas y pruebas médicas es un predictor esencial de la adherencia terapéutica, ya que permite ajustes de medicación, prevención de complicaciones y mantenimiento de una percepción de control sobre la enfermedad. Por su parte, Segura Peña (2016, p. 62) indica que el apoyo profesional y la supervisión periódica actúan como refuerzos externos que motivan a los pacientes a mantener hábitos de autocuidado y reducir conductas de riesgo, lo cual es congruente con la dimensión de control médico, ya que asistir a las citas y realizarse exámenes implica recibir supervisión que fortalece la adherencia terapéutica.

En consecuencia, el hallazgo muestra que, si bien la mayoría de los participantes mantienen un alto nivel de adherencia a la atención médica, los pocos casos de incumplimiento reflejan dificultades vinculadas a factores emocionales y conductuales que limitan la continuidad y el seguimiento adecuado del tratamiento.

Tabla 7

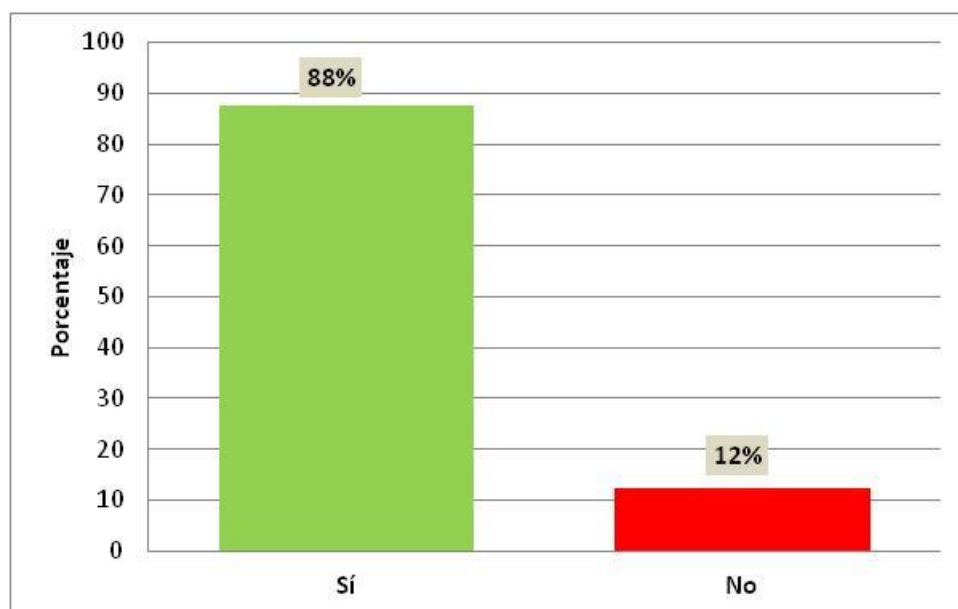
Variable 1: Factores emocionales y conductuales asociados con la diabetes mellitus tipo 2.

Dimensión Emocionales (Emocional)

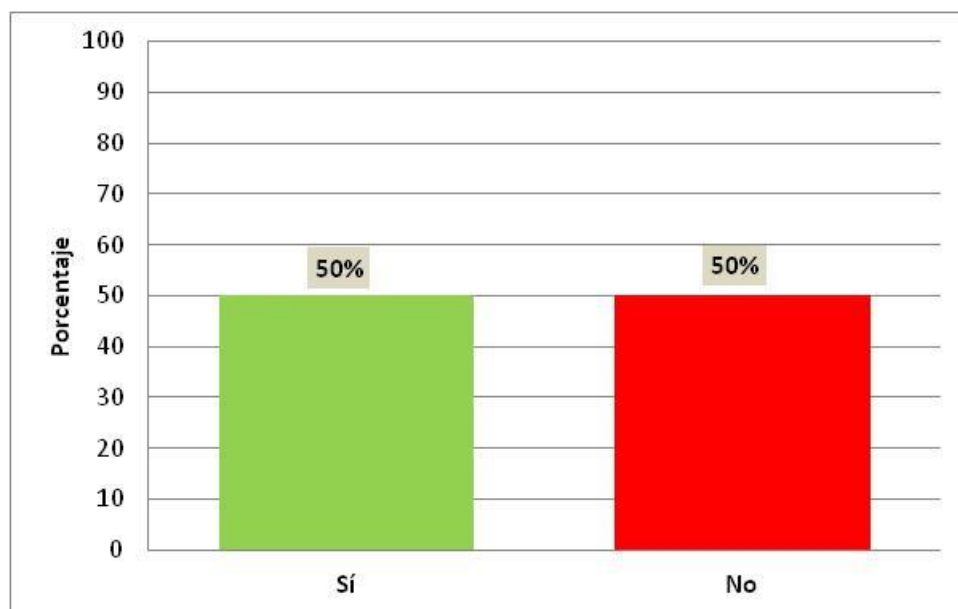
Preguntas/Respuestas	Frecuencia Absoluta		Porcentaje	
	Sí	No	Sí	No
Pregunta 8 ¿Acepta usted su enfermedad?	14	2	88%	12%
Pregunta 17 ¿Se siente ansioso o desanimado por su tratamiento, especialmente cuando nota que su tratamiento actual no está funcionando y necesita cambiarlo (por ejemplo, de pastillas a insulina)?	8	8	50%	50%

Figura 10.

Pregunta 8 del cuestionario: ¿Acepta usted su enfermedad?

**Figura 11.**

Pregunta 17 del cuestionario: ¿Se siente ansioso o desanimado por su tratamiento, especialmente cuando nota que su tratamiento actual no está funcionando y necesita cambiarlo (por ejemplo, de pastillas a insulina)?



En relación con la variable 1, denominada **Factores emocionales y conductuales asociados a la diabetes mellitus tipo 2, dimensiones emocionales**, específicamente el indicador **emocional**, los datos muestran que el 88 % de los participantes acepta su enfermedad, mientras que el 12 % no lo hace. Además, el 50 % reportó sentirse ansioso o desanimado cuando el tratamiento no funciona o requiere cambios, en comparación con el 50 % que no experimenta estas emociones.

Rosas (2018, p. 19) señala que el estrés reduce la motivación y afecta el autocuidado, mientras que Rojas-Rojas (2022, p. 70) indica que la depresión y la ansiedad influyen en la adherencia al afectar las decisiones sobre dieta, medicación y actividad física. De igual manera, Ramírez, Anlehu y Rodríguez (2019, p. 4) destacan que estas emociones negativas disminuyen la autoeficacia y la constancia en el tratamiento, y Vergara y Almagiá (2014, p. 169) enfatizan que la autoeficacia y el apoyo social son factores protectores que fortalecen la adherencia.

El hallazgo muestra que existe una diferencia entre los resultados de la Pregunta 8 y la Pregunta 17, lo cual refleja un posible desajuste entre la aceptación cognitiva y la respuesta emocional a la enfermedad. Este contraste puede interpretarse como la experiencia inconsciente o personal de los efectos de la enfermedad, que no valida completamente la aceptación racional, generando incomodidad con las demandas prácticas y los ajustes terapéuticos. En las enfermedades crónicas, es común que, incluso después de aceptar el diagnóstico, el impacto diario de los síntomas y las restricciones continúe causando resistencia emocional, influyendo en el estado de ánimo y la adherencia al tratamiento.

Tabla 8

Variable 2: Técnicas Cognitivo- Conductuales. Dimensión Cognitiva (Psicoeducación)

Preguntas/Respuestas	Frecuencia Absoluta		Porcentaje	
	Sí	No	Sí	No
Pregunta 2 ¿La explicación que le dieron sobre su enfermedad le ayudó a comprender la importancia de tomar su medicación?	10	6	62%	38%
Pregunta 12 ¿Le ha ayudado la psicoeducación a comprender mejor la importancia del tratamiento?	11	5	69%	31%

Figura 12.

Pregunta 2 del cuestionario: ¿La explicación que le dieron sobre su enfermedad le ayudó a comprender la importancia de tomar su medicación?

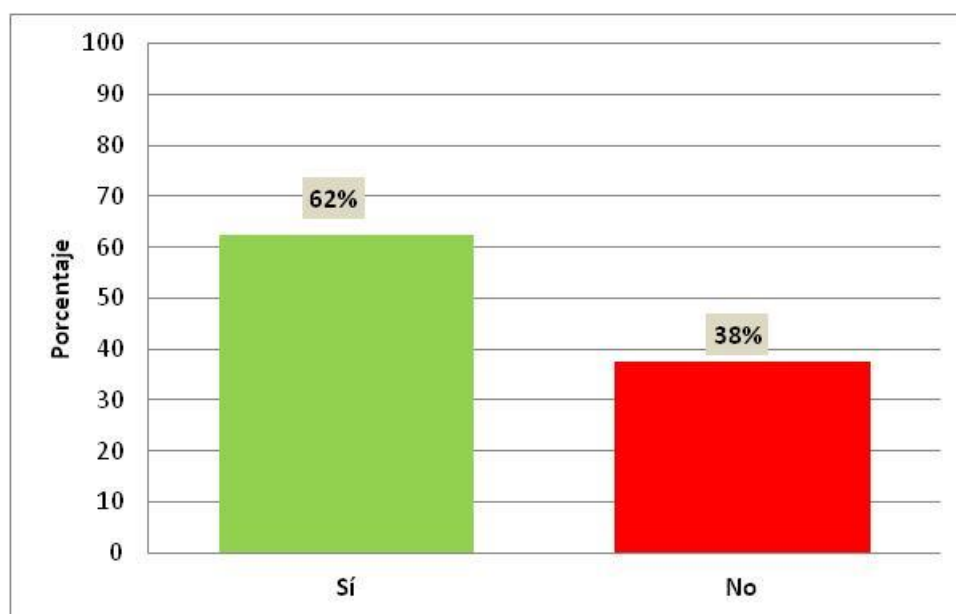
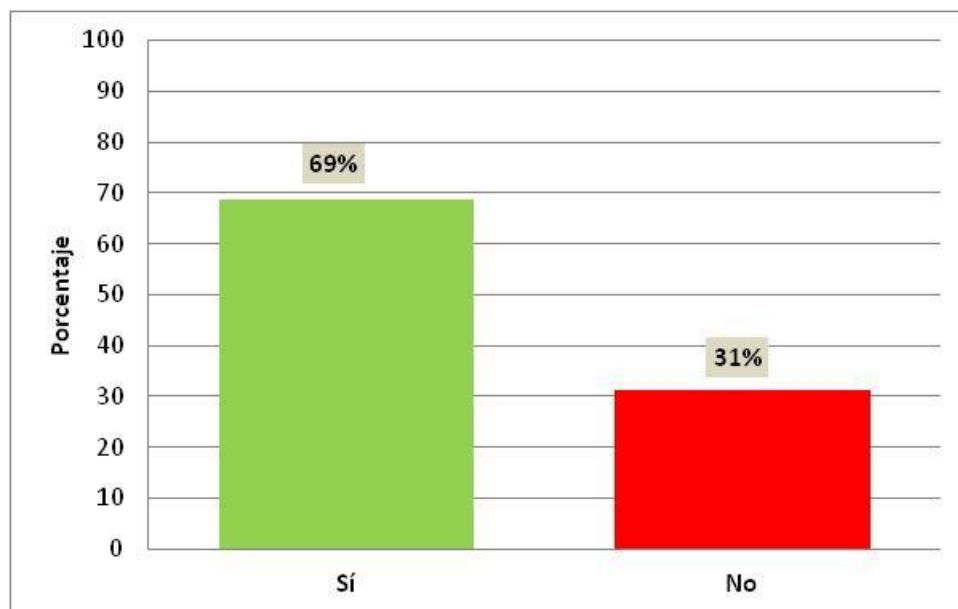


Figura 13.

Pregunta 12 del cuestionario: ¿Le ha ayudado la psicoeducación a comprender mejor la importancia del tratamiento?



En relación con la variable 2 **Técnicas Cognitivo-Conductuales, dimensión cognitiva**, específicamente el indicador de **psicoeducación**, los resultados muestran que el 62% de los participantes recibió una explicación que le ayudó a comprender la importancia de la medicación, mientras que el 38% no tuvo acceso a dicha orientación. Asimismo, el 69% indicó que la psicoeducación le ayudó a comprender mejor la relevancia del tratamiento, en comparación con el 31% que no recibió este beneficio educativo.

Estos datos se relacionan con lo indicado por García, Fernández y Crespo (2017, p. 23), quienes señalan que la psicoeducación es una técnica cognitiva esencial para identificar y modificar conceptos erróneos que afectan la adherencia, favoreciendo la comprensión de la enfermedad y el compromiso con el régimen terapéutico. En este sentido, la terapia cognitivo-conductual incorpora la psicoeducación como una estrategia clave para que el paciente adquiriera conocimiento sobre su condición y logre conductas de autocuidado más estables.

Este hallazgo evidencia que, desde el punto de vista clínico, contar con información clara sobre la enfermedad y el uso de la medicación promueve una adherencia correcta y constante al tratamiento, lo que contribuye al control glucémico y reduce las complicaciones. Desde una perspectiva psicológica, la psicoeducación proporciona a los pacientes una mayor sensación de control y comprensión de su enfermedad, lo que aumenta la motivación y la adherencia.

Tabla 9

Variable 2: Técnicas Cognitivo- Conductuales. Dimensión Cognitiva (Reestructuración Cognitiva)

Preguntas/Respuestas	Frecuencia Absoluta		Porcentaje	
	Sí	No	Sí	No
Pregunta 4 ¿Reconoce pensamientos negativos, como “esto es inútil” o “nunca mejoraré”, que le dificultan seguir el tratamiento?	6	10	38%	62%
Pregunta 10 ¿Utiliza alguna técnica para modificar las creencias irracionales que dificultan la adherencia al tratamiento?	6	10	38%	62%

Figura 14.

Pregunta 4 del cuestionario: ¿Reconoce pensamientos negativos, como “esto es inútil” o “nunca mejoraré”, que le dificultan seguir el tratamiento?

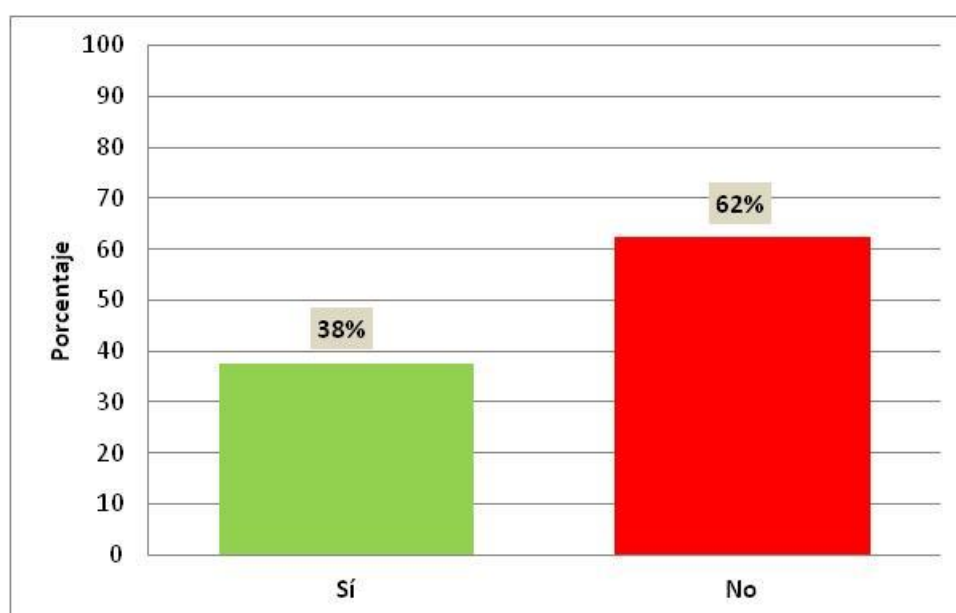
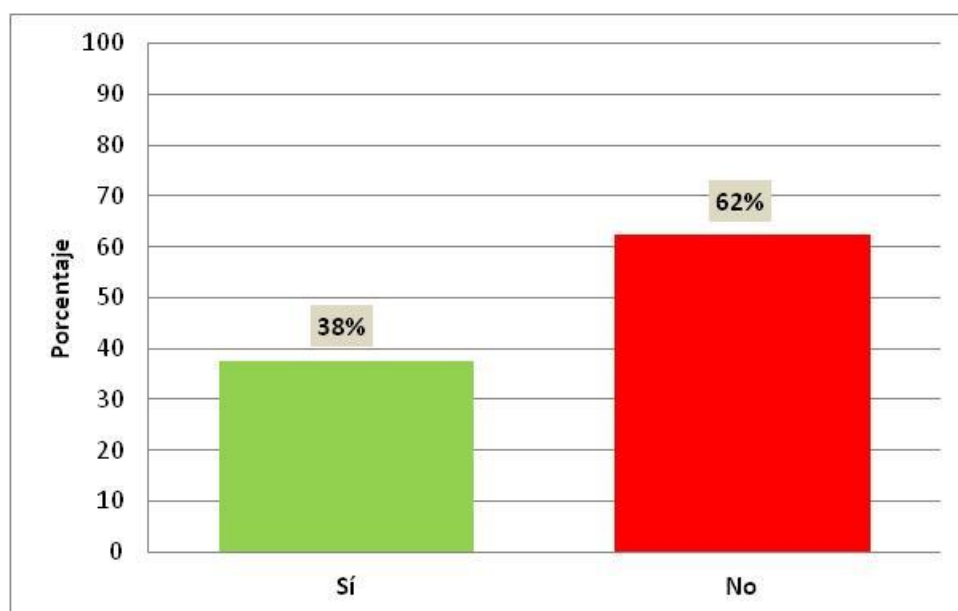


Figura 15.

Pregunta 10 del cuestionario: ¿Utiliza alguna técnica para modificar las creencias irracionales que dificultan la adherencia al tratamiento?



En relación con la variable 2, **Técnicas Cognitivo-Conductuales, dimensión cognitiva**, específicamente el indicador de **reestructuración cognitiva**, los resultados muestran que el 38% de los participantes reconoció pensamientos negativos e irracionales, como “esto es inútil” o “nunca mejoraré”, que dificultan la adherencia al tratamiento, mientras que el 62% no los identificó. De igual manera, el 38% reportó utilizar técnicas para modificar estas creencias disfuncionales, en contraste con el 62% que no utilizó ningún recurso de cambio cognitivo.

García, Fernández y Crespo (2017) señalan que la reestructuración cognitiva es una técnica esencial dentro de la terapia cognitivo-conductual, ya que permite la identificación y sustitución de pensamientos distorsionados o irracionales por otros más adaptativos y funcionales (p. 24). En la misma línea, Beck (2021, p. 43) explica que los pensamientos

automáticos negativos impactan la conducta del paciente, reduciendo la motivación para el autocuidado y la continuidad del tratamiento.

Desde una perspectiva psicológica, estos datos reflejan que una proporción significativa de pacientes no logra identificar los pensamientos que limitan su adherencia ni cuenta con las herramientas para gestionarlos, lo que afecta la autoeficacia, la motivación y la constancia en el tratamiento.

En particular, la psicoeducación desempeña un papel clave para ayudar a los pacientes a reconocer los pensamientos disfuncionales asociados con la enfermedad y el tratamiento, así como a comprender que existen estrategias cognitivo-conductuales, como la reestructuración cognitiva, que pueden facilitar el manejo de estas creencias y reducir su impacto negativo.

El hallazgo muestra que la falta de conocimiento de técnicas para abordar los pensamientos irracionales es una barrera psicológica importante que limita el desarrollo de conductas de autocuidado consistentes.

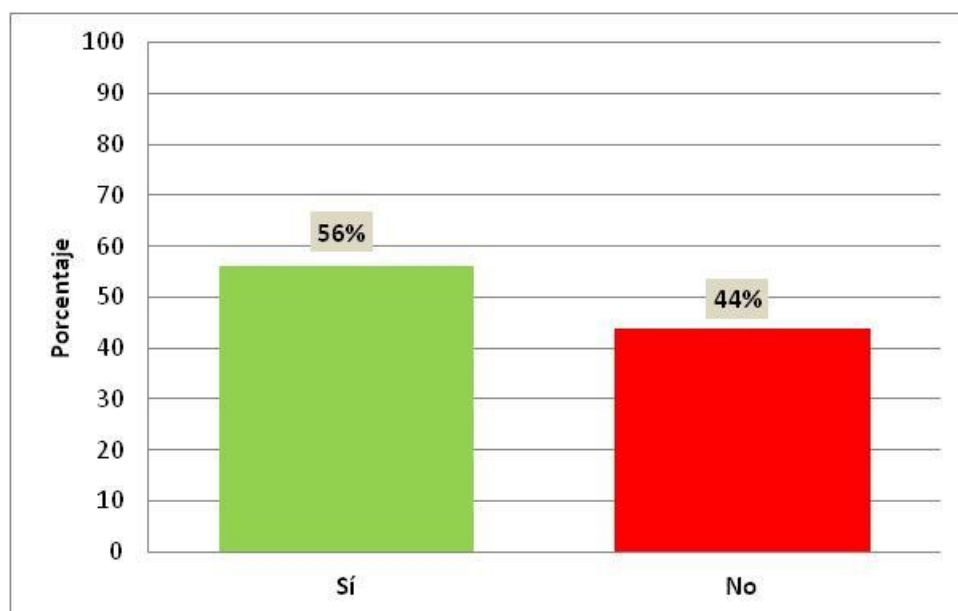
Tabla 10

Variable 2: Técnicas Cognitivo- Conductuales. Dimensión Conductual (Resolución de Problemas)

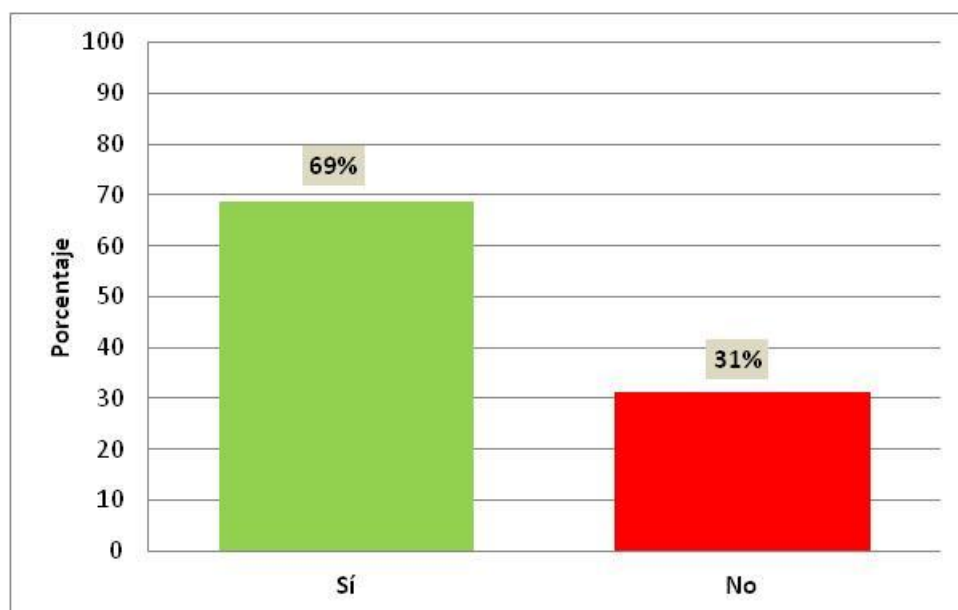
Preguntas/Respuestas	Frecuencia Absoluta		Porcentaje	
	Sí	No	Sí	No
Pregunta 5 Cuando enfrentas dificultades para seguir tu tratamiento (por ejemplo: falta de tiempo, cansancio, olvido de tu medicación), ¿buscas soluciones fáciles para solucionarlo?	9	7	56%	44%
Pregunta 15 ¿Ha recibido apoyo de alguien (familiares, profesionales de la salud, compañeros) para resolver problemas relacionados con su tratamiento?	11	5	69%	31%

Figura 16.

Pregunta 5 del cuestionario: Cuando enfrentas dificultades para seguir tu tratamiento (por ejemplo: falta de tiempo, cansancio, olvido de tu medicación), ¿buscas soluciones fáciles para solucionarlo?

**Figura 17.**

Pregunta 15 del cuestionario: ¿Ha recibido apoyo de alguien (familiares, profesionales de la salud, compañeros) para resolver problemas relacionados con su tratamiento?



En relación con la variable 2, **Técnicas Cognitivo-Conductuales, dimensión conductual**, específicamente el indicador de **resolución de problemas**, los resultados muestran que el 56% de los participantes busca soluciones prácticas a las dificultades en el seguimiento del tratamiento, mientras que el 44% no lo hace; de igual manera, el 69% reportó haber recibido apoyo de familiares, profesionales de la salud o pares para resolver problemas relacionados con el tratamiento, en comparación con el 31% que no recibió este apoyo.

García-Ávila, Osorio-Guzmán y Becerra-Gálvez (2025, p. 55) destacan que el entrenamiento en resolución de problemas proporciona a los pacientes estrategias para identificar obstáculos, generar alternativas y tomar decisiones adaptativas que fortalecen el autocuidado. Adicionalmente, Chavarría (2024, p. 42) describe este proceso como un método estructurado que consiste en definir la situación, evaluar opciones e implementar soluciones viables, contribuyendo a reducir el abandono terapéutico.

El instrumento revela una dependencia del entorno social y de los profesionales de la salud para abordar las barreras, lo que podría comprometer la adherencia si dicho apoyo no está disponible. En el ámbito de la TCC, refuerza la importancia de fortalecer las habilidades personales de resolución de problemas para que los pacientes no dependan exclusivamente de terceros. Además, aunque algunos participantes reciben apoyo familiar, la mayoría indicó que su principal apoyo proviene de la Asociación, lo que evidencia una diferencia en las fuentes de apoyo disponibles para afrontar las dificultades relacionadas con el tratamiento.

Tabla 11

Variable 2: Técnicas Cognitivo- Conductuales. Dimensión Conductual (Exposición Gradual)

Preguntas/Respuestas	Frecuencia Absoluta		Porcentaje	
	Sí	No	Sí	No
Pregunta 7 ¿Actualmente enfrenta mejor situaciones que antes evitaba, como chequeos médicos o seguir una dieta?	14	2	88%	12%
Pregunta 18 ¿Le resulta difícil enfrentar procedimientos de su tratamiento que son incómodos para usted (por ejemplo, inyectarse insulina o someterse a controles médicos)?	4	12	25%	75%

Figura 18.

Pregunta 7 del cuestionario: ¿Actualmente enfrenta mejor situaciones que antes evitaba, como chequeos médicos o seguir una dieta?

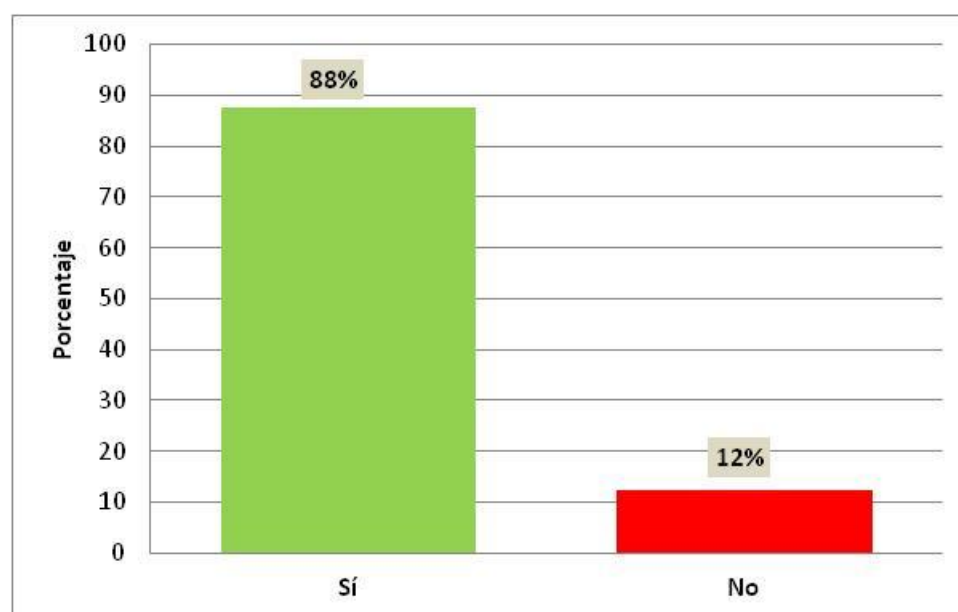
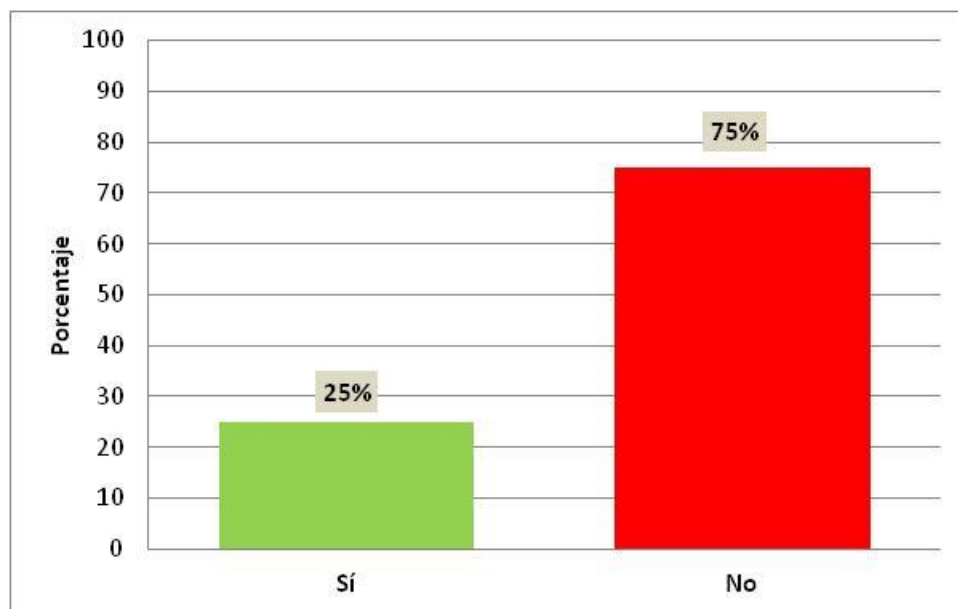


Figura 19.

Pregunta 18 del cuestionario: ¿Le resulta difícil enfrentar procedimientos de su tratamiento que son incómodos para usted (por ejemplo, inyectarse insulina o someterse a controles médicos)?



En relación con la variable 2, Técnicas Cognitivo-Conductuales, dimensión conductual, específicamente el indicador de exposición gradual, los resultados muestran que el 88 % reporta un mejor manejo de situaciones que evitaba, como asistir a revisiones médicas o seguir una dieta, mientras que el 12 % aún las evita. En contraste, el 75% reporta no tener dificultad para afrontar procedimientos incómodos, como inyecciones de insulina o revisiones médicas, en comparación con el 25% que sí experimenta miedo o resistencia.

En este sentido, Ñauñay Yucta y Tubón Saquinga (2023, p. 46) señalan que, en diabetes, esta técnica se utiliza para afrontar el miedo a procedimientos como el uso de insulina o el seguimiento de la glucosa, promoviendo el afrontamiento y la confianza.

El principal hallazgo de esta pregunta es que la mayoría de los participantes (88% y 75%) han mejorado su capacidad para afrontar situaciones que antes evitaban y no experimentan

mayores dificultades al enfrentarse a procedimientos incómodos, lo que indica un progreso en la reducción de la ansiedad y la evitación, aspectos clave para la adherencia al tratamiento. Sin embargo, un grupo más pequeño (12% y 25%) continúa experimentando miedo o resistencia a estas situaciones, lo que demuestra la persistencia de barreras emocionales que pueden dificultar la continuidad y la adherencia óptima al tratamiento médico.

Tabla 12

Variable 2: Técnicas Cognitivo- Conductuales. Dimensión Conductual (Autocontrol)

Preguntas/Respuestas	Frecuencia Absoluta		Porcentaje	
	Sí	No	Sí	No
Pregunta 9 ¿Utiliza estrategias de autogestión, como llevar un registro de su glucemia o planificar sus comidas, para mantener su tratamiento de manera constante?	10	6	62%	38%
Pregunta 19 ¿Puede mantener sus rutinas de autocuidado sin interrumpirlas?	13	3	81%	18%

Figura 20.

Pregunta 9 del cuestionario: ¿Utiliza estrategias de autogestión, como llevar un registro de su glucemia o planificar sus comidas, para mantener su tratamiento de manera constante?

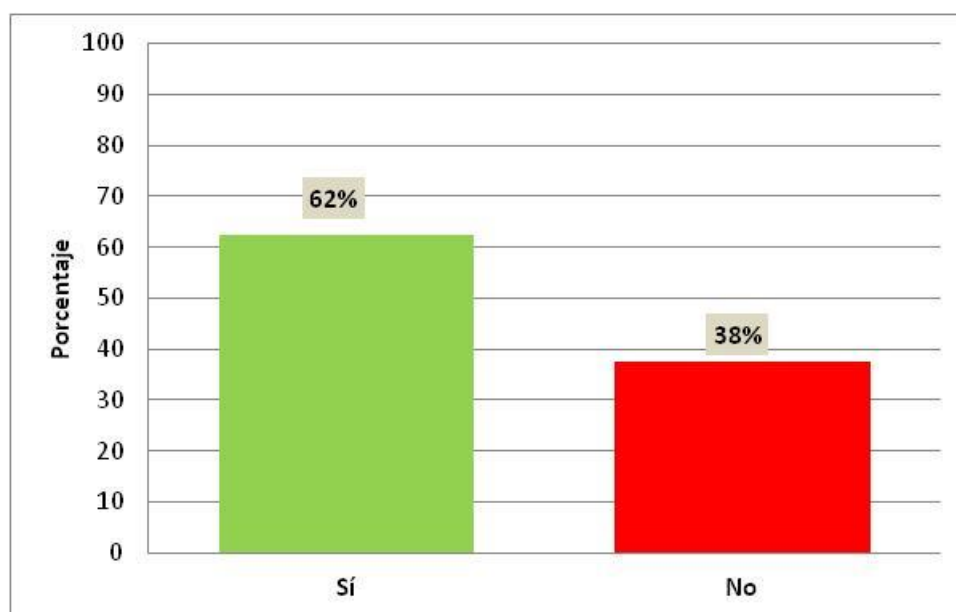
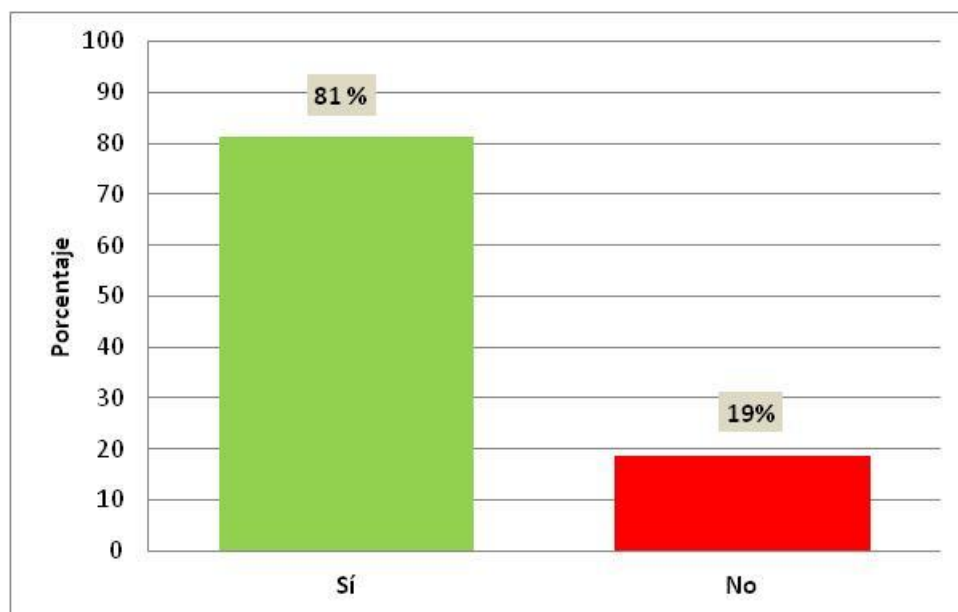


Figura 21

Pregunta 19 del cuestionario: ¿Puede mantener sus rutinas de autocuidado sin interrumpirlas?



En la variable 2, **Técnicas Cognitivo-Conductuales, dimensión conductual**, específicamente el indicador de **autocontrol**, los resultados muestran que el 62% de los participantes utiliza estrategias de autogestión, como monitorear su glucemia o planificar sus comidas, para mantener consistentemente el tratamiento, mientras que el 38% no lo hace. Asimismo, el 81 % logra mantener sus rutinas de autocuidado sin interrupciones, en comparación con el 18 % que refiere dificultades para mantenerlas.

El autocontrol se describe como la capacidad de autorregular la conducta para mantener las metas del tratamiento, lo que implica consistencia en los hábitos saludables y seguimiento personal que promueve la adherencia (Insuasti, Zambrano y Giler, 2020, pp. 51-53). De igual manera, Rincón-Romero, Torres-Contreras y Corredor-Pardo (2017, p. 50) señalan que la falta de autogestión y seguimiento consistente representa un obstáculo que limita la efectividad del tratamiento y los resultados sostenidos a largo plazo.

El principal hallazgo de esta pregunta es que, si bien el 62 % de los participantes reporta utilizar estrategias de autogestión, en la práctica no llevan registros formales ni planifican activamente sus comidas: la mayoría asume que controlar ocasionalmente sus niveles de glucosa en sangre equivale a autogestión, cuando en realidad no implica un monitoreo continuo ni organizado. Esto demuestra una brecha entre la percepción y la práctica real de la autogestión, lo que indica que el grupo carece de herramientas técnicas o conocimientos suficientes para implementar correctamente las estrategias de control recomendadas, aunque se considera adherentes.

Capítulo V: Conclusiones Y Recomendaciones

Este capítulo integra los resultados alcanzados en la investigación sobre el enfoque de modificación de la conducta, para establecer conclusiones que respondan a los objetivos planteados y pregunta de investigación. Estas conclusiones se derivan del análisis de los datos obtenidos en el instrumento, mediante el análisis estadístico y triangulado. Asimismo, se establecen desde los objetivos específicos y una propuesta de atención.

A partir de este análisis, se formulan recomendaciones orientadas a la práctica psicológica, en el contexto de la atención de personas con diabetes tipo 2. Así, el capítulo constituye un cierre reflexivo que sintetiza los principales aportes del estudio y abre la posibilidad de generar nuevas perspectivas de análisis y aplicación en la psicología conductual.

5.1 Conclusiones

5.1.1 Objetivo 1: Identificar factores emocionales y conductuales asociados con la diabetes mellitus tipo 2 que afectan la adherencia al tratamiento en personas de entre 30 años y 60 años que asisten a la Asociación Día Vida.

1. El análisis revela una alta adherencia médica inicial, con el 100% de los participantes tomando su medicación y el 94% asistiendo puntualmente a citas y exámenes médicos. Sin embargo, persisten deficiencias: el 31% admite olvidar frecuentemente su medicación, el 25% no sigue el plan de alimentación ni controla regularmente su glucosa, y solo el 50% realiza actividad física constante. Además, aunque el 88% acepta el diagnóstico, el 50% expresa ansiedad o desánimo con respecto a los ajustes del tratamiento. Estos resultados muestran que la adherencia depende no solo de las prescripciones médicas, sino también de la capacidad de mantener rutinas de autocuidado y gestionar las emociones, lo que subraya la

importancia de las intervenciones cognitivo-conductuales para fortalecer la autoeficacia, reducir la ansiedad y promover hábitos sostenibles que complementen el tratamiento médico.

2. Aunque el 88% de los participantes aceptó el diagnóstico, el 50% reportó ansiedad o desánimo con respecto a los ajustes del tratamiento, lo que refleja una discordancia entre la aceptación cognitiva y la respuesta emocional. Estos resultados resaltan la necesidad de intervenciones cognitivo-conductuales que reduzcan la ansiedad, fortalezcan la autoeficacia y proporcionen estrategias de afrontamiento, permitiendo que la aceptación racional se traduzca en motivación y adherencia terapéutica.

5.1.2 Objetivo 2: Determinar las técnicas cognitivo-conductuales orientadas al abordaje terapéutico para la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.

1. La psicoeducación promovida por la Asociación Día Vida ha sido clave para mejorar la adherencia: el 69% de los participantes indicaron que la orientación recibida les permitió comprender mejor la importancia de la medicación y el tratamiento. Se observó que el 88% logró abordar situaciones que antes evitaba, como asistir a revisiones médicas o seguir una dieta, y el 81% mantuvo rutinas estables de autocuidado. Sin embargo, solo el 38% identificó y abordó sus creencias irracionales, lo que limita la adherencia a largo plazo. Estos datos confirman que el apoyo psicológico cognitivo-conductual es esencial para fortalecer la motivación y la autoeficacia, garantizando que los logros educativos se traduzcan en comportamientos sostenidos en el tiempo.

2. Los resultados reflejan un progreso significativo gracias al apoyo de la Asociación Día Vida: el 56 % de los participantes busca soluciones prácticas a las dificultades diarias para adherirse al tratamiento, y el 69 % recibe apoyo externo de familiares o profesionales. Además, el 75 % no experimenta dificultad alguna para realizar procedimientos médicos, como inyectarse

insulina o someterse a controles. Sin embargo, persisten desafíos importantes: el 44 % no implementa estrategias efectivas para superar obstáculos, y el 25 % aún experimenta ansiedad durante los procedimientos clínicos. Esto confirma la necesidad de complementar los logros con un seguimiento psicológico cognitivo-conductual que consolide la gestión emocional y el uso adecuado de estas técnicas para mantener la adherencia terapéutica a largo plazo.

5.1.3 Objetivo 3: Elaborar un programa de intervención basado en un enfoque cognitivo-conductual, dirigido a mejorar la adherencia al tratamiento en personas de entre 30 años y 60 años con diabetes mellitus tipo 2 que asisten a la Asociación Día Vida.

A continuación, se presenta una propuesta de intervención cognitivo-conductual, desarrollada a partir de las conclusiones de esta investigación, para fortalecer la adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2.

Tabla 13
Propuesta

Nombre de la propuesta: Adherencia Activa. Aprendiendo a cuidarme con diabetes			
Organización: Asociación Día Vida		Estudiante: Judith Vanessa Batista Mora	
Objetivo General: Formular un plan de intervención psicológica de modificación de conducta, con enfoque cognitivo-conductual, para fortalecer la adherencia al tratamiento en personas de 30 a 60 años con diabetes mellitus tipo 2 que asisten a la Asociación Día Vida.			
Objetivo específico	Actividad	Responsable	Indicador de seguimiento/ logro
Sesión 1: Concientizar a los participantes sobre la importancia del aspecto psicológico en el control de la	Sesión grupal inaugural de motivación: "Mis pensamientos también cuidan de mi cuerpo". Esta sesión incluye la formulación inicial (presentación del plan, frecuencia y normas	Profesional en psicología	Se cuenta con el documento de consentimiento informado y el formulario de información básica

diabetes mediante técnicas psicoeducativas.

grupales), seguida de una reflexión grupal en la que los participantes comparten brevemente los desafíos emocionales que han enfrentado con la diabetes.

Se incluye una breve sesión de psicoeducación dinámica sobre cómo las emociones y las creencias influyen en la adherencia al tratamiento, con ejemplos prácticos (dieta, medicación, actividad física).

Al final, se realiza un ejercicio de compromiso grupal: cada participante escribe una meta de cambio personal en una tarjeta y la coloca en un mural motivacional que permanecerá visible durante todo el proceso. La sesión concluye con una sesión de cierre motivacional que refuerza el valor de comenzar el programa.

Sesión 2. Identificar pensamientos negativos y creencias irracionales que interfieren con la adherencia, utilizando la técnica de reestructuración cognitiva.

Taller grupal: **“Cambiando ideas, cambiando hábitos”**. Ejercicios guiados para identificar pensamientos comunes como: “Esto no me sirve”, “No tengo fuerzas para esto”, “Es demasiado tarde para cambiar”.

Uso de tarjetas de reestructuración cognitiva para practicar la sustitución de pensamientos negativos por afirmaciones realistas y adaptativas.

Los participantes llevarán un breve diario para registrar los pensamientos desadaptativos que

de cada participante (edad, tratamiento, lugar de residencia, entre otros). Además, los compromisos individuales quedan registrados en tarjetas y se revisan al final de la intervención para valorar el progreso hacia las metas personales.

Profesional en psicología

La persona participante incrementa la identificación, análisis y reemplazo de pensamientos irracionales relacionados con el tratamiento de la diabetes, evidenciado en los autorregistros cognitivo-conductuales revisados durante las sesiones.

surjan durante la semana y las estrategias utilizadas para afrontarlos.

Sesión 3. Fortalecer las habilidades de autocontrol de los participantes para regular sus hábitos de autocuidado —dieta, medicación y actividad física—, favoreciendo la adherencia terapéutica y la continuidad de conductas saludables.

Taller práctico: **“Autocontrol en acción”**.

El psicólogo explicará el propósito del autocontrol conductual y su papel en la adherencia al tratamiento.

Se guiará a los participantes a través de un ejercicio de autoobservación, donde identificarán comportamientos específicos que dificultan su tratamiento (por ejemplo, olvidar la medicación, romper la dieta o evitar el ejercicio).

Cada participante establecerá objetivos de autocontrol personalizados según las recomendaciones médicas, nutricionales y de actividad física recibidos previamente.

Se implementará un registro diario de autocontrol, donde registrarán: el comportamiento trabajado, si se llevó a cabo o no, qué emociones o pensamientos influyeron en él y qué estrategias aplicaron para mantener el control.

Al finalizar la sesión, se realizará una reflexión guiada sobre la importancia de la constancia y el autocuidado como parte de un cambio conductual sostenido.

Profesional en psicología

Las personas participantes demuestran capacidad para regular sus hábitos de alimentación, medicación y actividad física, evidenciada en los registros de autocontrol analizados por el psicólogo. Estos registros reflejan la aplicación constante de conductas de adherencia y autocuidado, contrastadas con los valores de hemoglobina glucosilada (HbA1c) obtenidos antes, a los tres y a los seis meses de la intervención.

Sesión 4: Cierre. Dar seguimiento psicológico al

Plan de Seguimiento Continuo: **“Manteniendo el Cambio”**
Reuniones grupales mensuales

Profesional en psicología

Los registros y observaciones evidencian progreso

proceso de adherencia para consolidar los avances alcanzados y prevenir recaídas, mediante técnicas de resolución de problemas y prevención de recaídas.

durante los primeros seis meses tras la intervención, enfocadas en revisar el progreso individual y colectivo en la adherencia terapéutica.

Espacios de análisis y afrontamiento: Los participantes compartirán los principales obstáculos que enfrentan en la adherencia (medicación, dieta y ejercicio) y los abordarán mediante la aplicación de técnicas de prevención de recaídas, la anticipación de los factores de riesgo y la generación de estrategias alternativas.

Aplicación de técnicas de resolución de problemas: El psicólogo guiará el proceso de definir claramente el problema, generar alternativas, seleccionar estrategias y demostrar un compromiso conductual con la implementación.

Sesión de cierre de los meses: enfocado en evaluar el aprendizaje, compartir los logros personales y reforzar el compromiso de mantener la adherencia a largo plazo (entrega de reconocimiento de finalización del proceso).

individual, reducción de recaídas y fortalecimiento de hábitos saludables. Se mantiene o incrementa la adherencia a la medicación, dieta y actividad física al comparar los resultados iniciales, a tres meses y al cierre del proceso.

5.2 Recomendaciones

A las personas con diabetes tipo 2:

1. Se recomienda seguir un proceso psicológico sostenido con un enfoque cognitivo-conductual, ya que la adherencia depende no solo de la “fuerza de voluntad personal”, sino

también de factores externos-contextuales (como el estrés por enfermedades familiares, conflictos emocionales o problemas laborales) que pueden afectar la motivación y la constancia. El apoyo terapéutico fortalece la autoeficacia y la gestión emocional, proporcionando herramientas para mantener las rutinas de dieta, medicación y actividad física incluso ante situaciones adversas, asegurando así la continuidad del tratamiento a largo plazo.

2. Se recomienda implementar un registro semanal donde se registren los niveles de glucosa, los días y tipos de actividad física realizada, así como los episodios de incumplimiento de la dieta o de falta de ejercicio. Este registro visualizará claramente las áreas de incumplimiento del tratamiento, permitirá concientizar sobre los errores y los aciertos, y fortalecerá la motivación para mejorar. Compartir estos registros en las reuniones mensuales de la Asociación fomenta la retroalimentación grupal y enriquece el aprendizaje adquirido mediante la psicoeducación, por lo cual es importante asistir a las sesiones de capacitación y charlas educativas que ofrece la Asociación Día Vida, ya que refuerzan los conocimientos sobre la enfermedad y promueven hábitos saludables.

A la administración de la institución:

1. Se recomienda que la Asociación Día Vida anime activamente a sus miembros con diabetes mellitus tipo 2 a buscar atención psicológica individual con un enfoque cognitivo-conductual, destacando su valor como complemento al tratamiento médico. Para quienes carecen de recursos económicos, la Asociación podría organizar una sesión mensual de terapia psicológica grupal, con la participación de un profesional invitado o voluntario, centrada en el afrontamiento emocional, la gestión del estrés y el fortalecimiento de la autoeficacia. Esta medida no sustituye los servicios individuales, sino que ofrece un apoyo inicial accesible y refuerza el compromiso terapéutico.

2. Se sugiere implementar un Círculo de Apoyo mensual dentro de las reuniones regulares de la Asociación, donde los participantes puedan compartir avances, desafíos y estrategias personales relacionadas con la dieta, el ejercicio, la medicación y el manejo emocional. Este espacio, dirigido por el personal de la Asociación, aprovecharía el sólido componente psicoeducativo y el apoyo médico que ya ofrece la organización, generando motivación entre pares, fortaleciendo la autoeficacia y potenciando los logros actuales. También permitirá el seguimiento de los registros de autocuidado sin necesidad de recursos adicionales.

A la Universidad Central:

1. Se anima a la Universidad Central a fortalecer la experiencia educativa de los estudiantes de psicología desde el bachillerato mediante la incorporación de prácticas supervisadas en comunidades, centros de salud y organizaciones sociales. Esta experiencia temprana permite a los futuros profesionales desarrollar empatía, habilidades de comunicación y confianza para aplicar la teoría a situaciones reales (como la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas), además de fomentar la participación social y mejorar la calidad de su formación académica.

2. Se insta a la Universidad Central a consolidar la acción social como eje estratégico de impacto comunitario, fortaleciendo la colaboración con instituciones como la Asociación Día Vida mediante programas continuos de extensión universitaria y apoyo técnico. Esto permitirá que los proyectos académicos trasciendan el aula, aportando soluciones prácticas a las necesidades reales de la comunidad. Al integrar al profesorado y al estudiantado en los procesos de intervención y seguimiento continuo, se refuerza el compromiso social de la universidad, se amplía el alcance de la formación profesional y se garantiza que las iniciativas

desarrolladas en el terreno generen beneficios sostenibles y mensurables tanto para las poblaciones atendidas como para la propia universidad.

Referencias

- Amado, A. N., Amado, R. N., Morey, A. G., Gómez, J. R. H., & Iglesias, R. G. (2015). Adherencia terapéutica en adolescentes con diabetes mellitus tipo 1. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 19(6), 1102-1114.
- Angelucci-Bastidas, L., & Rondón-Bernard, J. E. (2021). Adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2: Un modelo de regresión logística. Caracas 2017-2018. *Medicas UIS*, 34(2), 29-39.
- Asociación Día Vida. (2025). *Lo que hacemos*. <https://www.asociaciondiavida.org/lo-que-hacemos>
- Azami, G., Soh, K. L., Sazlina, S. G., Salmiah, M. S., Khosravi, A., Aazami, S. y Valizadeh, R. (2019). El efecto de la depresión en el control glucémico deficiente en adultos con diabetes tipo 2: el papel mediador de la autoeficacia y las conductas de autogestión. *Revista Internacional de Diabetes y Metabolismo*, 25 (3-4), 80-89.
- Bailón, P. R. S., & Alvarado, V. F. O. (2023). Influencia de los factores psicosociales en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1 y 2. *ConcienciaDigital*, 6(3.2), 171-194.
- Berrocal, B., & Rosmery, L. (2023). *Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a boticas María Fe-distrito de Pachacamac-*.
- Calleja, N. I. G., Moncada, J. C. R., & Díaz, J. P. C. (2024). Nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y adherencia al tratamiento en la población hondureña. *Población y Salud en Mesoamérica*, 22(2), 5.
- Cortéz, L., & Neill, D. (2018). *Procesos y fundamentos de la investigación científica*. Universidad Técnica de Machala-UTMACH.

- Chase, H. P. (2002). *Un primer libro para entender la diabetes*. Centro Barbara Davis Para la Diabetes Infantil, Universidad de Colorado en Denver.
- Chavarría, K. S. (2024). *Intervenciones psicológicas eficaces para el abordaje de la hipertensión en población adulta: una revisión sistemática* [Tesis de posgrado]. Universidad de Costa Rica.
- de la Rubia, J. M., & Cerda, M. T. A. (2015). Predictores psicosociales de adherencia a la medicación en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista iberoamericana de psicología y salud*, 6(1), 19-27.
- del Mar Molero, M., del Carmen Pérez-Fuentes, M., Gázquez, J. J., Barragán, A. B., Martos, Á., & del Mar Simón, M. (2016). *Avances de Investigación en Salud a lo largo del Ciclo Vital*.
- Fernández, B. R. (2011). ¿Cuál es el Aporte de la Psicología dentro de la Atención de la Salud en Costa Rica? *Revista Reflexiones*, 90(1).
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/1474>
- Flores, D. R., & Contreras, M. L. G. (2022). Terapia cognitivo conductual, diabetes y depresión: Una revisión bibliográfica. *Killkana sociales: Revista de Investigación Científica*, 6(2), 49-64.
- Flores, R. G., & Sosa, J. J. S. (2013). Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud*, 23(2), 183-193.
- García-Ávila, G., Osorio-Guzmán, M., & Becerra-Gálvez, A. L. (2025). Eficacia de una intervención cognitivo-conductual online para el autocuidado del pie en pacientes con diabetes. *Psicología y Salud*, 35(1), 51-61.

- García, M. I. D., Fernández, M. Á. R., & Crespo, A. V. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- García Sandoval, M., Rodríguez, A., y Turga Chocontá, E. (2025). *Efectividad de las intervenciones psicológicas en la mejora de la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo II (20-80 años)* [Tesis de pregrado]. Universidad Cooperativa de Colombia. <https://hdl.handle.net/20.500.12494/59591>
- Ge, L., Heng, B. H. y Yap, C. W. (2023). Comprensión de las razones y los determinantes de la falta de adherencia a la medicación en adultos que viven en la comunidad: un estudio transversal que compara grupos de edad jóvenes y mayores. *BMC Health Services Research*, 23 (1), 905.
- Gross, J. J. (2014). Regulación emocional: Fundamentos conceptuales y empíricos. *Manual de regulación emocional*, 2 (1), 3-20.
- Hendrieckx, C., Halliday, J. A., Beeney, L. J., & Speight, J. (2023). *Diabetes y salud emocional- una guía práctica para profesionales sanitarios que apoyan a adultos con diabetes tipo 1 y tipo 2*. Sociedad Española de Diabetes. <https://www.sediabetes.org/publicaciones/publicaciones-sed/diabetes-y-salud-emocional-una-guia-practica-para-profesionales-sanitarios-que-apoyan-a-adultos-con-diabetes-tipo-1-y-tipo-2/>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2020). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Editorial Mc Graw Hill Education.
- Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Editorial Mc Graw Hill Education.

- ICFES. (2006). *Aprender a investigar: La investigación en el ICFES*. Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación. <https://www.icfes.gov.co/>
- Insuasti, H. R., Zambrano, D. M., & Giler, M. V. (2020). El Modelo de Creencia de Salud (HBM): un análisis bibliométrico. *FACSALUD-UNEMI*, 4(7), 43-54.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30, s54-s64.
- Lorber, D. L., ElSayed, N. A., Bannuru, R. R., Shah, V., Puisis, M., Crandall, J., ... y Shefelman, W. (2024). Manejo de la diabetes en centros de detención: una declaración de la Asociación Americana de la Diabetes. *Atención de la diabetes*, 47 (4), 544-555.
- Manzueta, A. M. N. (2022). Teoría del aprendizaje desde las perspectivas de Albert Bandura y Burrhus Frederic Skinner: vinculación con aprendizaje organizacional de Peter Senge. *UCE Ciencia. Revista de postgrado*, 10(3).
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (14 de noviembre 2024). *Costa Rica registra 9 606 personas diagnosticadas con diabetes mellitus durante el 2024* [Comunicado de prensa]. Dirección de Vigilancia de la Salud. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/61-noticias-2024/1994-costa-rica-registra-9-606-personas-diagnosticadas-con-diabetes-mellitus-durante-el-2024>
- Mendoza, S. H., & Ávila, D. D. (2020). Técnicas e instrumentos de recolección de datos. *Boletín científico de las ciencias económico administrativas del ICEA*, 9(17), 51-53.
- Mohamed, M. M. H., Carranza, C. P. M., Meza, F. T. H., León, C. R. R., & Gonzáles, J. L. A. (2023). *Metodología de la investigación. Guía para el proyecto de tesis*. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú.

- Mookpaksacharoen, O., Choksakunwong, S. y Lertwattanak, R. (2024). Comparación de las características clínicas y los resultados del tratamiento entre pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2 diagnosticados inicialmente y que presentan cetoacidosis diabética. *BMC Endocrine Disorders*, 24 (1), 114.
- Nuridin, N. (2019). *Un enfoque grupal y cognitivo-conductual para pacientes con obesidad* [Tesis de grado]. Universidad de Palermo.
- Ñauñay Yucta, K. A., & Tubón Saquina, E. M. (2023). Trastornos de ansiedad y la eficacia de las técnicas cognitivo conductuales en pacientes diabéticos [Tesis de grado]. Universidad Nacional de Chimborazo.
- Olmedo Alcívar, M. G. (2024). *Perfil de susceptibilidad antibiótica de bacterias patógenas aisladas de secreciones de heridas en pacientes diabéticos atendidos en el Hospital Clínica Araujo, Santo Domingo - Ecuador, durante enero 2023 - octubre 2024* [Tesis de grado]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Organización Mundial de la Salud. (14 de noviembre 2024). *Diabetes*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- 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.
- Reyes Sanamé, F. A., Pérez Álvarez, M. L., Alfonso Figueredo, E., Ramírez Estupiñán, M., & Jiménez Rizo, Y. (2016). Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. *Correo científico médico*, 20(1), 98-121.

- Rincón-Romero, M. K., Torres-Contreras, C., & Corredor-Pardo, K. A. (2017). Adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Revista ciencia y cuidado*, 14(1), 40-59. <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/806>
- Rodríguez, M. P., Urquiza, R. P., Cruz, A. B. A., & Velázquez, L. M. C. (2024). Impacto de la actividad física en la prevención y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en adultos. *GADE: Revista Científica*, 4(7), 256-281.
- Rodríguez-Rey, R., & Cantero-García, M. (2020). Albert Bandura: *Impacto en la educación de la teoría cognitiva social del aprendizaje. Padres y Maestros/Journal of Parents and Teachers*, (384), 72-76.
- Rojas Rojas, J. D. (2022). *Relación entre el trastorno depresivo y la adherencia al tratamiento en personas adultas mayores con diabetes mellitus tipo 2 no controlada* [Tesis de posgrado]. Universidad de Costa Rica.
- Romo, J. F. M., Riverón, G. E. B., Velázquez, L. E. T., Sagarduy, J. L. Y., Jurado, A., Guzmán, M. O., ... & Díaz, M. L. B. (2025). *Evaluación de un programa de intervención para pacientes con diabetes tipo ii basado en la perspectiva interconductual* [Tesis de posgrado]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rondón Bernard, J. E., & Angelucci Bastidas, L. (2021). Relación entre depresión y adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2, considerando la red de apoyo social, las estrategias de afrontamiento y el sexo. *Revista costarricense de psicología*, 40(2), 215-242.
- Rosas, R. A. (2018). *Efecto del tratamiento cognitivo conductual en los niveles de estrés y en los factores que inciden en la adherencia al tratamiento médico de pacientes que presentan diabetes Mellitus tipo 2* [Tesis de posgrado]. Universidad de Panamá.

- Sampieri, R. H. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill México.
- Segura Peña, D. (2016). *Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: Propuesta de intervención cognitivo conductual* [Tesis de maestría]. Universidad Nacional Autónoma de México. Repositorio UNAM.
<https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000755304/3/0755304.pdf>
- Téllez, O. M. (2012). *Malestar emocional, Estrategias de afrontamiento y control metabólico en pacientes con diabetes tipo 2* [Tesis de posgrado]. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo).
- Toala-León, Y. A., León-Baque, M. J., & Pin-Pin, Á. L. (2023). Prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 y sus factores de riesgo en adultos de Latinoamérica. *MQRInvestigar*, 7(1), 742-763.
- Tobón, A. C. N. (2023). Programa de reducción del estrés desde la medicina mente cuerpo: El modelo transteórico y la teoría sociocognitiva. *MEDICA REVIEW. International Medical Humanities Review/Revista Internacional de Humanidades Médicas*, 11(1), 67-83.
- Urrutia Chari, F. R. (2024). Intervenciones de afrontamiento ante la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Mediciencias UTA*, Vol. 8, N°. 2, 2024.
- Vergara, S. C., & Almagiá, E. B. (2014). Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Psicología y salud*, 24(2), 167-173.

Apéndices

Apéndice 1: Documento de aprobación del proyecto por parte de la institución.



San Jose; 5 de agosto de 2025.

Universidad Central de Costa Rica

Estimados señores:

Reciban un cordial saludo de la Asociación Costarricense Lucha contra la Diabetes. Somos una asociación sin fines de lucro que tiene 20 años de trabajar en Costa Rica por las personas que viven con diabetes y sus familias.

Por medio de la presente autorizamos a la señora Judith Vanessa Batista Mora, portadora de la cédula de identidad número 6-0340-0520, a desarrollar la tesis titulada:

“Propuesta de intervención cognitivo conductual para favorecer la adherencia al tratamiento a un grupo de personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 con edades entre 30 y 40 años que asisten a la Asociación Día Vida ubicada en Paso Ancho, San José.”

Este es un trabajo de investigación como requisito para optar por el grado de Licenciatura en Psicología en la Universidad Central de Costa Rica.

El presente proyecto se propone como una intervención de carácter psicoeducativo y terapéutico, con fundamento en el modelo cognitivo-conductual, orientado a promover la adherencia al tratamiento médico y conductual de los participantes, en el marco del acompañamiento institucional que brinda la Asociación. La ejecución del mismo está prevista para el período comprendido entre los meses de mayo a diciembre del año 2025.

Sin otro particular,

Ana C. Ortega Pastor
Presidenta y co-fundadora
Asociación Día Vida

✉ asociaciondiavida@gmail.com ☎ (+506) 2271-2271

🌐 asociaciondiavida.org 📷 @aso.diavida 📺 asociaciondiavida

Apéndice 2: Consentimiento informado



UNIVERSIDAD CENTRAL
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
Licenciatura en Psicología
Trabajo Final de Graduación

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN UNIVERSITARIA.

Nombre de la persona investigadora: Judith Vanessa Batista Mora

Nombre de la persona participante:

Medio para contactar: _____

- I. **Propósito de la entrevista:** El fin del cuestionario es conocer su criterio y experiencia en cuanto a la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo 2. En el marco del Trabajo Final de Graduación denominado “Propuesta de intervención cognitivo -conductual para favorecer la adherencia al tratamiento a un grupo de personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 con edades entre 30 a 60 años que asisten a la asociación día vida ubicada en Paso Ancho, San José. Proyecto comprendido entre los meses de mayo a diciembre del 2025”; del estudiante Judith Vanessa Batista Mora, de la carrera de psicología de la UC. El mismo dirigido por la MPsc. Nancy Román González. Aunado, cuenta con el aval de realización en la institución mediante un comunicado vía correo electrónico, enviado por la presidenta de la Asociación Día Vida el 5 de agosto del 2025.
- II. **Metodología:** Se realizará un cuestionario estructurado con preguntas cerradas, en la cual se indagará la percepción, experiencia y conocimiento sobre la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo 2 de las personas participantes de la Asociación Día Vida.
- III. **Riesgos:** La participación en este cuestionario, no ocasionará riesgo para la salud e integridad física.



- IV. **Beneficios:** Si bien no existe un beneficio directo para cada persona participante, su contribución en el TFG, y para la Asociación Día Vida, generando conocimiento aplicado sobre cómo promover la adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2. Esto permitirá contar con un recurso académico adaptado a la realidad de la organización.
- V. **Voluntariedad:** La participación en el cuestionario es voluntaria.
- VI. **Confidencialidad:** Se garantiza el estricto manejo y confidencialidad de la información, no haciendo referencia del nombre de las personas participantes, en el documento final. Se recuerda que la confidencialidad de la información está limitada por lo dispuesto en la legislación costarricense, como cuando la ley obliga a informar sobre ciertas enfermedades o sobre cualquier indicio de maltrato o abandono infantil. Estas limitaciones y otras se prevén y señalan a los/las participantes. Los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en un círculo científico o académico, de forma anónima.
- VII. **Información:** Antes de dar su autorización debe hablar con el/la estudiante responsable de la investigación sobre este estudio y el deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y de sus derechos. Si requiere de más información, puede contactarlo al correo electrónico jbatistam@edu.uc.ac.cr o bien con la tutora al correo electrónico nroman@edu.uc.ac.cr



UNIVERSIDAD CENTRAL
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
Licenciatura en Psicología
Trabajo Final de Graduación

VIII. *Consentimiento:* He leído toda la información consignada en este documento antes de firmarlo, se dio el espacio para hacer preguntas y han sido contestadas de forma satisfactorias; por lo que comprendo de que trata el estudio, las condiciones de la participación y accedo a participar como sujeto(a) de este trabajo final de graduación, el cual al ser un estudio académico se entiende que los resultados son de alcance público.

Nombre completo, firma y cédula del/la participante

Lugar y fecha

Judith Batista Mora

Cédula 603400520

Investigador/a

NANCY ROMAN
GONZALEZ (FIRMA)

Firmado digitalmente por NANCY
ROMAN GONZALEZ (FIRMA)
Fecha: 2025.08.27 12:28:14 -06'00'

V°B°. Nancy Román González

Tutora de TFG

Escuela de Psicología
Universidad Central de Costa Rica

Apéndice 3: Instrumento



UNIVERSIDAD CENTRAL
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
Licenciatura en Psicología
Trabajo Final de Graduación
Instrumento

INSTRUMENTO: CUESTIONARIO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:	Propuesta de intervención cognitivo -conductual para favorecer la adherencia al tratamiento a un grupo de personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 con edades entre 30 a 60 años que asisten a la Asociación Día Vida ubicada en Paso Ancho, San José.
Objetivos específicos para cumplir:	1. Identificar factores emocionales y conductuales asociados con la Diabetes Mellitus tipo 2 que afectan la adherencia al tratamiento en personas de entre 30 a 60 años que asisten a la Asociación Día Vida. 2. Determinar las técnicas cognitivo-conductuales orientadas al abordaje terapéutico para la adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2.
Variables	Variable 1: Factores emocionales y conductuales asociados con la diabetes mellitus tipo 2 Variable 2: Técnicas Cognitivo Conductual
Persona entrevistada:	Clave de identificación:
Fecha de aplicación:	
Estudiante UC:	Judith Vanessa Batista Mora

Instrucciones generales: Se agradece su participación en el presente estudio. A continuación, se muestra una serie de consultas, donde debe de marcar con una equis (X) de lo que aplica en usted, según las siguientes consultas:

1. ¿Toma sus medicamentos como lo receta su médico?

☐ Sí

☐ No



-
2. **¿La explicación que le dieron sobre su enfermedad le ayudó a comprender la importancia de tomar su medicación?**
☐ Sí ☐ No
3. **¿Estás siguiendo las recomendaciones de tu plan de alimentación, incluyendo los horarios y restricciones indicadas?**
☐ Sí ☐ No
4. **¿Reconoces pensamientos negativos, como “esto es inútil” o “nunca mejoraré”, que te dificultan seguir el tratamiento?¿**
☐ Sí ☐ No
5. **Cuando enfrentas dificultades para seguir tu tratamiento (por ejemplo: falta de tiempo, cansancio, olvido de tu medicación), ¿buscas soluciones fáciles para solucionarlo?**
☐ Sí ☐ No
6. **¿Asiste puntualmente a todas las citas médicas?**
☐ Sí ☐ No
7. **¿Actualmente enfrenta mejor situaciones que antes evitaba, como chequeos médicos o seguir una dieta?**
☐ Sí ☐ No
8. **¿Acepta usted su enfermedad?**
☐ Sí ☐ No



-
9. **¿Utiliza estrategias de autogestión, como llevar un registro de su glucemia o planificar sus comidas, para mantener su tratamiento de manera constante?**
☐ Sí ☐ No
10. **¿Utiliza alguna técnica para modificar las creencias irracionales que dificultan la adherencia al tratamiento?**
☐ Sí ☐ No
11. **¿Olvida con frecuencia tomar su medicación?**
☐ Sí ☐ No
12. **¿Le ha ayudado la psicoeducación a comprender mejor la importancia del tratamiento?**
☐ Sí ☐ No
13. **¿Controla regularmente sus niveles de glucosa como parte de su autocuidado?**
☐ Sí ☐ No
14. **¿Realiza sus pruebas médicas prescritas (p. ej., glucosa o hemoglobina glucosilada)?**
☐ Sí ☐ No
15. **¿Ha recibido apoyo de alguien (familiares, profesionales de la salud, compañeros) para resolver problemas relacionados con su tratamiento?**
☐ Sí ☐ No
16. **¿Realiza actividad física regularmente como parte de su tratamiento?**
☐ Sí ☐ No



UNIVERSIDAD CENTRAL
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
Licenciatura en Psicología
Trabajo Final de Graduación
Instrumento

17. ¿Se siente ansioso o desanimado por su tratamiento, especialmente cuando nota que su tratamiento actual no está funcionando y necesita cambiarlo (por ejemplo, de pastillas a insulina)?
- ☐ Sí ☐ No
18. ¿Le resulta difícil enfrentar procedimientos de su tratamiento que son incómodos para usted (por ejemplo, inyectarse insulina o someterse a controles médicos)?
- ☐ Sí ☐ No
19. ¿Puede mantener sus rutinas de autocuidado sin interrumpirlas?
- ☐ Sí ☐ No

Proceso de validación del instrumento por juicio de persona experta de tipo contenido:

MARIO
GONZALEZ
SALAS (FIRMA)

Firmado digitalmente
por MARIO GONZALEZ
SALAS (FIRMA)
Fecha: 2025.09.09
21:50:34 -06'00'

CARINA
MARIELOS
PINEDA PAZ
(FIRMA)

Firmado digitalmente
por CARINA MARIELOS
PINEDA PAZ (FIRMA)
Fecha: 2025.09.13
03:02:38 -06'00'

Dr.

Médico Especialista en Urología

Licda.

Psicología Clínica

NANCY ROMAN
GONZALEZ
(FIRMA)

Firmado digitalmente por
NANCY ROMAN
GONZALEZ (FIRMA)
Fecha: 2025.09.11 20:03:35
-06'00'

MPs. Nancy Román González

Psicología – Tutora TFG UC

Cód. Prof. 4320

