

Intervención sociofamiliar desde el trabajo social para el autocuidado en adultos mayores con diabetes

Socio-family intervention from social work for self-care in older adults with diabetes

Nivia Rodríguez

Universidad de Panamá. Panamá.

nivia.rodriguez@up.ac.pa , <https://orcid.org/0009-0009-8935-4836>

Recibido: 23/07/2026 - Aceptado: 07/08/2026

DOI <https://doi.org/10.48204/j.guacamaya.v11n1.a11547>

Resumen

El envejecimiento poblacional y la alta prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores enfrenta situaciones sanitarias y sociales que necesitan respuestas conjuntas. En Panamá, cerca del 14% de la población mayor de 15 años padece diabetes, con 35 mil nuevos casos anuales, siendo los adultos mayores el grupo de mayor incidencia. Aunque la literatura evidencia la influencia del apoyo social en el control glucémico, predominan la visión biomédica que omite características sociofamiliares. Se realizó una revisión narrativa de 33 fuentes publicadas entre 1993 y 2025 en diferentes bases de datos. Se analizaron estudios que abordaron la relación entre diabetes en adultos mayores, redes de apoyo y autocuidado en contextos latinoamericanos, utilizando el análisis temático de contenido. Se identificó que entre el 60% y el 80% de los adultos mayores con diabetes presenta déficits en sus redes de apoyo, especialmente en las dimensiones afectiva y de interacción social. Distinguir entre disponibilidad nominal y funcionalidad efectiva de redes demuestra que la presencia de familiares no garantiza el apoyo para el manejo de la enfermedad. Género, nivel socioeconómico, estado civil y entorno rural condicionan la calidad de apoyo. La diabetes en el adulto mayor es un problema de intervención del Trabajo Social que supone la valoración sociofamiliar centrada en la funcionalidad de las redes. El autocuidado necesita intervenciones que mejoren los vínculos y activen los recursos comunitarios e institucionales siendo necesario incorporar protocolos de valoración sociofamiliar en atención geriátrica hospitalaria.

Palabras clave: Apoyo social, Relaciones familiares, Educación del paciente como asunto, Manejo de la enfermedad, Promoción de la salud.

Abstract

Population aging and the high prevalence of type 2 diabetes mellitus in older adults present health and social challenges that require coordinated responses. In Panama, approximately 14% of the population over 15 years of age suffers from diabetes, with 35,000 new cases annually, older adults being the group with the highest incidence. Although the literature demonstrates the influence of social support on glycemic control, the biomedical perspective predominates, omitting socio-familial characteristics. A narrative review of 33 sources published between 1993 and 2025 in various databases was conducted. Studies addressing the relationship between diabetes in older adults, support networks, and self-care in Latin American contexts were analyzed using thematic content analysis. It was found that between 60% and 80% of older adults with diabetes have deficits in their support networks, especially in the affective and social interaction dimensions. Distinguishing between nominal availability and effective functionality of support networks demonstrates that the presence of family members does not guarantee support for managing the disease. Gender, socioeconomic status, marital status, and rural environment influence the quality of support. Diabetes in older adults is a social work intervention that requires socio-familial assessment focused on the functionality of support networks. Self-care needs interventions that improve relationships and activate community and institutional resources, making it necessary to incorporate socio-familial assessment protocols into geriatric hospital care

Keywords: Social Support, family relations, Patient education as topic, Disease management, Health promotion.

Introducción

El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos demográficos que más importancia ha cobrado en los últimos años, por sus repercusiones en las áreas económicas, sociales y sanitarias, dado que afecta la sostenibilidad de los sistemas de pensiones y la organización de los servicios de salud, pero también llega a cambiar las relaciones familiares. Es “generado por cambios demográficos, epidemiológicos y sociales, caracterizados por el incremento de la población mayor de 60 años, la presencia de enfermedades crónicas y los cambios en el tamaño y rol de la familia” (Cruz-Ortiz et al., 2018, p. 237), y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025) prevé que para el año 2030 esta población pase a 1400 millones, con las repercusiones para la salud pública que ello implica, donde se está trabajando desde ya “para que las personas de edad sigan siendo independientes y participen activamente en la vida familiar y comunitaria” (párr. 5). La descripción resulta relevante para el área de Trabajo Social, porque desplaza el foco desde la enfermedad hacia las capacidades preservadas y la funcionalidad en contexto.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2024a), se estimaba que para el año 2025 habrían más de mil doscientos millones de personas mayores a nivel mundial, lo que plantea situaciones inéditas para los sistemas de protección social y de salud. Esta situación la define el organismo como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (párr. 6), que adquiere ciertos matices muy particulares cuando se asocia a condiciones crónicas que afectan la salud física, la autonomía y la integración social del adulto mayor. Esa visión la comparten Fajardo Ramos *et al.* (2021), quienes sostienen que el envejecimiento activo y saludable es una oportunidad que se

presenta en la actualidad (aún con todas sus dificultades inherentes), donde se necesitan intervenciones que aborden aspectos biológicos, sociales, económicos y culturales que inciden en la calidad de vida de los adultos mayores.

La diabetes mellitus tipo 2 ha surgido como una de las enfermedades crónicas degenerativas con mayor prevalencia en la población de adultos mayores que se ha vinculado a factores de riesgo como la resistencia a la insulina y la disfunción pancreática, que afectan la regulación de la glucosa en sangre y pueden desencadenar complicaciones a largo plazo que deterioran la calidad de vida de quienes la padecen (de León Soto *et al.*, 2024). En este rango de edad, quienes presentan diabetes corren un riesgo mayor de sufrir deterioro funcional y discapacidad por las complicaciones micro y macrovasculares propias de la enfermedad, y por los factores potencialmente modificables como un bajo o nulo control glucémico, la sarcopenia, la fragilidad, la baja actividad física y el aislamiento social (OPS, 2024b).

En Panamá el problema se manifiesta en los datos más recientes de la Caja de Seguro Social (CSS, 2025), que indican que cerca del 14% de la población mayor de 15 años padece diabetes mellitus tipo 2, con un promedio de 35 mil nuevos casos diagnosticados cada año, siendo la población de 65 años y más la de mayor incidencia. A esto se suma que, según la Comisión Económica para América Latina (CEPAL, 2024) el país experimenta un “rápido avance del proceso de envejecimiento y la urbanización acelerada” (p. 32), que es un fenómeno identificado como una de las áreas clave para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

De León Soto *et al.* (2024) señalan que la disciplina del Trabajo Social aporta una visión diferente, porque entiende la enfermedad como un fenómeno biopsicosocial que cambia la estructura de la dinámica familiar, las redes de apoyo y la capacidad del adulto mayor de ser autónomo. Mencionan que, desde esta perspectiva, el manejo de la diabetes en esta población debe extenderse más allá de la atención médica directa, con apoyo emocional y social, y facilitándole el acceso a los recursos comunitarios y de salud, fortaleciendo las capacidades de autocuidado. Para estos autores, el profesional del trabajo social puede amplificar los efectos positivos del autocuidado con acciones que proporcionen una red de apoyo estructurada, ayuden a los usuarios a sobrellevar su condición, mejorar su acceso a los servicios médicos y comunitarios, y ofrecerles la educación y el apoyo necesarios.

La importancia del apoyo social como determinante de la salud en la población diabética ha demostrado que el soporte familiar y social se asocia con la calidad de vida de este sector de la población. Bowen *et al.* (2015) encontraron asociaciones entre el apoyo social, la autoeficacia y la calidad de vida en adultos mayores con diabetes, mientras que Chan *et al.* (2020) identificaron los efectos mediadores del apoyo social entre los resultados del autocuidado. Baig *et al.* (2015) estudiaron el papel de las intervenciones familiares para mejorar los resultados en diabetes, y Naranjo Hernández & Concepción Pacheco (2016) corroboran que por ser “una enfermedad de un decursar crónico, donde se suceden cambios drásticos en el estilo de vida, en la ocupación, en la relación y en la dinámica familiar, entre otras, es preciso restablecer la autosuficiencia de los pacientes” (p. 219).

A pesar de contar con gran cantidad de referencias en el tema, en la búsqueda de antecedentes no se han encontrado estudios realizados a nivel nacional donde se pueda exponer esta realidad desde la perspectiva del Trabajo Social, ya que las investigaciones

locales se han enfocado en el punto de vista biomédico. La ausencia de producción científica local es una evidencia de que existe la necesidad de pasar del enfoque biomédico y generar conocimiento desde una perspectiva de derechos y autodeterminación, que son los pilares éticos del Trabajo Social. Esto lleva a dejar de ver al adulto mayor como un individuo pasivo de los servicios o un paciente al que se debe asistir; se debe reconocer como un sujeto titular de derechos, capaz de tomar decisiones sobre su vida y su salud. Bajo este principio, el Estado y la sociedad deben garantizar su protección, y respetar su capacidad de gestión, incluso en los contextos de vulnerabilidad.

Existen iniciativas como el Programa DIABFRAIL-LATAM impulsado por la OPS para mejorar el estado funcional y la calidad de vida de las personas mayores con diabetes a través de intervenciones de diferentes tipos (OPS, 2024b). Sin embargo, este tipo de iniciativas no siempre incorporan de manera explícita y protocolizada la valoración sociofamiliar como medio diagnóstico central ni el fortalecimiento de las redes como un eje de intervención profesional. Una intervención desde esta área no trata de controlar al paciente ni sustituir su voluntad, sino garantizar que el adulto mayor con diabetes ejerza su ciudadanía, y ello se logra fortaleciéndolo a él y a su familia para que, juntos, puedan tomar decisiones sobre el manejo de la enfermedad, para que el apoyo que se brinde no limite su autonomía, sino que potencie su capacidad de seguir siendo el protagonista de su propia historia, con dignidad y calidad de vida.

En el contexto de la hospitalización, donde el ingreso del adulto mayor a una sala geriátrica representa una crisis de salud que también es una disrupción en su dinámica familiar y social. La pregunta que se pretende responder con este estudio es: ¿Cuáles son los fundamentos teóricos y los componentes conceptuales, que desde el Trabajo social, deben sustentar una intervención sociofamiliar dirigida a fortalecer el autocuidado y apoyo social en los adultos mayores con diabetes mellitus hospitalizados en una sala geriátrica?

Con el objetivo de describir teóricamente los pilares conceptuales de una intervención sociofamiliar desde el Trabajo Social para la promoción del autocuidado en adultos mayores con diabetes mellitus, se establecen como objetivos operacionales cuatro: 1. Analizar el fenómeno de la diabetes en el adulto mayor como problema de intervención del Trabajo Social; 2. Caracterizar el enfoque socio familiar y sus bases conceptuales en la valoración de esta población; 3. Describir la relevancia de las redes de apoyo social como determinantes del autocuidado; 4. Fundamentar la relación entre la autonomía funcional y las capacidades de autocuidado desde esta disciplina.

Para abordar la pregunta de investigación, el estudio se sustenta en un marco conceptual que, desde el Trabajo Social, adopta el modelo sistémico, para comprender la diabetes como una crisis que cambia las pautas de comunicación, el papel y los límites dentro del grupo familiar (Flaskas, 2007). También se recurre a la teoría de redes sociales que, en palabras de Rúa (2008), es una aproximación metodológica privilegiada para el Trabajo Social, porque hace posible observar la estructura de los vínculos del adulto mayor e identificar el tipo de apoyo que tiene en su entorno. Se integra la perspectiva de las capacidades y el enfoque de fortalezas (Saleebey, 2006), que orienta la mirada profesional hacia las carencias, factores de riesgo, recursos, competencias y potencialidades que tiene el adulto mayor y su familia para afrontar la enfermedad. Este marco teórico es el que permite fundamentar una intervención sociofamiliar que promueva el autocuidado con autonomía, desde la perspectiva del Trabajo Social.

Se establece la necesidad de contribuir a sistematizar el conocimiento del Trabajo Social en el campo de la salud geriátrica porque, en un contexto donde la prevalencia de la diabetes en esta población, el tratamiento no debe anticiparse solamente desde la base médica (de León Soto *et al.*, 2024). Es indispensable contar con marcos teóricos que orienten la práctica profesional y que visibilicen el valor que aporta esta disciplina a los equipos interdisciplinarios. La fundamentación teórica desarrollada en este estudio es un antecedente importante para las investigaciones que se orienten a diseñar y evaluar los protocolos de intervención sociofamiliar en el contexto hospitalario.

Materiales y método

El estudio está diseñado como una revisión narrativa de la literatura, entendida como una síntesis analítica del conocimiento disponible en un campo de la disciplina, que resulta pertinente cuando el objetivo es examinar un fenómeno desde una perspectiva amplia, integradora y conceptual, como es el caso de la fundamentación teórica de una intervención sociofamiliar desde el Trabajo Social (Universidad de Navarra, 2024). Esta revisión de tipo teórico y análisis conceptual articula los resultados empíricos encontrados en la literatura con desarrollos teóricos propios de la disciplina de Trabajo Social para construir un marco conceptual que oriente la práctica profesional. La pregunta en la que se centra la revisión es amplia y comprehensiva, lo que justifica la elección de la revisión narrativa en lugar de otros diseños más restrictivos (Codina, 2023).

Se utilizaron publicaciones científicas, informes institucionales y documentos técnicos que tratan la relación entre la diabetes en adultos mayores, las redes de apoyo social y el autocuidado centrado en el contexto latinoamericano como unidades de análisis. Se localizaron las fuentes a través de diferentes bases de datos, utilizando términos clave en español y en inglés (adulto mayor, diabetes mellitus tipo 2, apoyo social, redes de apoyo, trabajo social, intervención sociofamiliar, autocuidado y autonomía funcional). Se utilizaron estudios realizados en la población de 60 años o más que trataran explícitamente las áreas sociales o familiares de la diabetes, y publicados en español, inglés o portugués, excluyendo los que se centraban solamente en los aspectos biomédicos o farmacológicos sin considerar las variables psicosociales. Por el carácter narrativo de la revisión, no se estableció un protocolo de búsqueda sistemática con estrictos criterios de reproducibilidad, siguiendo una estrategia orientada a alcanzar la saturación conceptual y la representatividad temática.

El tratamiento de los documentos seleccionados se realizó mediante un análisis temático de contenido (Díaz Herrera, 2018), a través del cual se pueden identificar, organizar y sintetizar los puntos de recurrencia presentes en la literatura. Cada categoría de análisis surgió de forma inductiva; con la lectura reiterada de las fuentes se agruparon las categorías alrededor de cada objetivo operacional para caracterizar el fenómeno como problema de intervención del Trabajo Social, el perfil sociodemográfico de la población, los factores de riesgo social, la tipología y funcionalidad de las redes, y la relación entre autonomía y autocuidado. Con este proceso analítico se combinó la identificación de los resultados empíricos con la interpretación realizada por la autora desde su disciplina (modelo sistémico según Palomar Villena & Suárez Soto, 1993; teoría de redes de acuerdo con Gil Ríos, 2015; y enfoque de fortalezas de Juárez Rodríguez & Lázaro Fernández, 2014).

La coherencia de la revisión narrativa se sustenta en cuatro propiedades: exhaustividad, transparencia, coherencia argumentativa y reconocimiento del riesgo de sesgo. Es exhaustivo porque busca y considera la literatura disponible, abarcando las diferentes perspectivas y hallazgos en el área de conocimiento (Benítez de Vendrell, 2008); es transparente en la exposición de los criterios de selección y el proceso analítico (Aizpurua Galdeano *et al.*, 2023); es coherente en su argumentación entre los hallazgos de la revisión, el marco teórico adoptado y las conclusiones propuestas (López Marcos & Ortiz Gutiérrez, 2025); y, se reconoce explícitamente el riesgo del sesgo propio de este tipo de revisiones, debido a la ausencia de un protocolo sistemático de búsqueda y selección. Al tratarse de un estudio teórico orientado a la fundamentación conceptual, no se aplican criterios de validez estadística o replicabilidad empírica, sino de solidez conceptual y pertinencia con la disciplina.

Resultados y discusión

Características del fenómeno sociofamiliar en adultos mayores con diabetes

Con la revisión de la literatura en Latinoamérica, donde se encontraron datos en México, Perú, Brasil, Ecuador y Argentina, el dato más consistente es que entre el 60% y el 80% de esta población tiene algún nivel de insuficiencia en el apoyo social que debería recibir. Las áreas más afectadas son el apoyo efectivo y la interacción social positiva, lo que es determinante clínica y socialmente cuando se vincula con los resultados estadísticos de un mayor descontrol glucémico y una menor adherencia terapéutica. Por el contrario, los estudios que integran las mediciones de control metabólico confirman que quienes cuentan con más apoyo emocional alcanzan mejores resultados en sus indicadores de salud. El reconocimiento del apoyo social es un determinante que Ortiz Solache *et al.* (2025) han encontrado en un estudio transversal con 372 adultos mayores mexicanos, donde identificaron que el 80.6% de los participantes presentaban un índice de apoyo social mínimo, siendo el apoyo afectivo y la interacción social los dominios más afectados. Los autores concluyen que el acompañamiento y el apoyo afectivo de la familia son fundamentales, además del médico. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Alejos Sabino & Benigno Guevara (2025), quienes vinculan directamente la valoración sociofamiliar con la estabilidad del control glucémico en pacientes hospitalizados.

En este punto, lo relevante para la intervención del Trabajo Social es señalar la distinción entre la disponibilidad nominal de las redes y la funcionalidad efectiva, que no es más que el listado de personas que existen en el entorno del adulto mayor (hijos, vecinos, amigos, compañeros, personal de salud) y que provean el apoyo que ese individuo necesita. Si esa persona vive con su cónyuge, tiene 4 hijos que viven cerca y asiste a un centro de salud donde conoce a su cuidador médico, nominalmente su red es de 6 personas o más y se considera amplia. Arredondo Sánchez *et al.* (2024) analizaron la relación entre la alfabetización en salud, el apoyo social y el control glucémico en 417 adultos mayores, y sus resultados mostraron que el 62.82% no tenía un apoyo social suficiente, y que existía una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.0001$) entre un menor apoyo social y un mayor descontrol glucémico. Para los autores, entre las estrategias que la persona con diabetes despliega para vivir con la enfermedad, se encuentra la búsqueda de ayuda y apoyo de los profesionales sanitarios, las personas de su entorno y de su familia (especialmente).

Ahora, no basta con que las personas existan en su entorno, es necesario que esos vínculos le provean el apoyo que necesita. Aquí se desmonta el mito de que, por el hecho de que un adulto mayor no esté solo o tenga familia (disponibilidad nominal) no garantiza que tenga el apoyo necesario para sostener un tratamiento tan complejo como el de la diabetes (funcionalidad efectiva). La diabetes necesita que la familia esté pendiente de sus horarios de comida y la dosis de insulina como apoyo instrumental, porque la ansiedad y la depresión disparan la glucosa y, para ello, se necesita contención, donde interviene el apoyo emocional. Si la red solamente es nominal, el adulto mayor puede estar igual de desprotegido que alguien que vive solo, porque el apoyo que recibe es disfuncional, intermitente o inexistente.

Perfil sociodemográfico a tomar en cuenta en Trabajo Social

Una vez revisados los estudios, se identifica un perfil sociodemográfico y familiar del adulto mayor con diabetes en Latinoamérica. Por ejemplo, en la discriminación por sexo predomina la población femenina que representa entre un 55% y 60% de los casos en la mayoría de los estudios, lo que coincide con la feminización del envejecimiento a nivel mundial. Las mujeres adultas mayores con diabetes que ocupan el papel de cuidadoras de la familia tienen la doble carga de gestionar su propia enfermedad mientras sostienen el cuidado de otros con el consiguiente riesgo de descuido de su autocuidado. En la distribución etaria, aunque la diabetes puede presentarse en diferentes momentos del ciclo vital, su prevalencia aumenta a partir de los 60 años, con una concentración importante en el grupo de 65 a 75 años.

El nivel educativo que predomina es la secundaria (completa o incompleta), con porcentajes que están entre el 35% y el 40%. La baja educación formal se asocia con mayores riesgos de descontrol glucémico, al funcionar como determinante social de la salud que influye en la alfabetización sanitaria y la capacidad de interactuar en el sistema sanitario. Las intervenciones educativas deben adoptarse en el diálogo y adaptarse a las posibilidades de comprensión de cada persona, evitando el lenguaje técnico y la comunicación unidireccional.

En relación al estado civil, se localizó la condición de casado o en unión estable en aproximadamente el 60% al 65% de los casos, pero entre el 35% y el 40% solteros, viudos o separados enfrentan su enfermedad sin el apoyo cotidiano de una pareja, obligando a fortalecer otros vínculos de hijos, vecinos o redes comunitarias como alternativa. La mayoría son pensionados o jubilados, lo que implica la reducción de los ingresos en una etapa donde aumentan los gastos asociados a la salud, una precarización que limita el acceso a medicamentos no cubiertos, alimentación adecuada y recursos de apoyo, haciendo necesaria la gestión de ayudas económicas, pensiones no contributivas o programas de asistencia.

La cobertura de salud determinó que, aunque un porcentaje importante cuenta con algún tipo de seguro social o cobertura pública, enfrentan barreras para acceder a los servicios, como la falta de obtención de turnos, recetas u órdenes de tratamiento, lo que demuestra que la distancia entre la cobertura y el acceso es un problema recurrente. Estas son barreras administrativas y burocráticas que son básicas para el personal de Trabajo Social, que actúa facilitando el acceso, orientando a las familias y gestionando los casos para darle continuidad al cuidado.

Factores de riesgo social

Con el perfil sociodemográfico se pudieron determinar cuáles son los riesgos sociales de esta población, que condicionan la enfermedad y posibilidades de autocuidado, por lo que existe la necesidad de analizarlos desde su relevancia para la intervención del Trabajo Social. Por ejemplo, el nivel socioeconómico bajo condiciona la probabilidad de desarrollar la enfermedad y las posibilidades de manejarla debidamente una vez que se ha diagnosticado. La precariedad limita el acceso a la alimentación adecuada, a medicamentos cuando no están cubiertos, y a entornos que faciliten la actividad física. Se activa la necesidad de gestionar los recursos, identificando los programas de asistencia alimentaria, ayudas económicas para la compra de medicamentos y derivarlos a redes de apoyo que puedan mitigar el impacto.

Estar solo, ser viudo o estar aislados socialmente son riesgos respaldados por una evidencia longitudinal que demuestra su asociación con una mayor probabilidad de desarrollar diabetes y tener menos control glucémico (León Hernández *et al.*, 2023). La ausencia de los vínculos cercanos priva de un recurso más para manejar emocionalmente la enfermedad. Frente a este riesgo, el profesional se debe orientar a la activación de redes identificando los vínculos más importantes, la conexión con programas de acompañamiento, el voluntariado o los grupos de ayuda mutua, y fortalecer la participación comunitaria como amortiguador del aislamiento.

Las dificultades para obtener turnos, recetas y órdenes son barreras institucionales que afectan desproporcionadamente a los sectores con menor nivel socioeconómico, y a estas dificultades hay que añadirle las barreras culturales y de comunicación que dificultan la existencia de una buena relación terapéutica. El Trabajo Social facilita y media, orientando a las familias en los procedimientos administrativos, acompañando en la navegación del sistema sanitario y promoviendo la comunicación horizontal entre profesionales y pacientes.

La baja actividad física que es característica de esta población, es un factor de riesgo modificable, pero no de forma aislada, porque está sujeta a una estructura mayor que lo sostiene y determina (su propio entorno). La falta de espacios seguros para realizar actividades físicas, de lugares donde puedan hacerlas y de acompañamiento, limitan las posibilidades de realizar ejercicios, y más en contextos urbanos marginales. La intervención profesional debe orientarse a identificar y promover los recursos comunitarios; si no los hay, se debe impulsar su creación.

La presencia de dos o más enfermedades simultáneas es más frecuente y su manejo es más complicado si no existen suficientes recursos, porque el acceso a la atención especializada es limitado y el cuidado recae casi exclusivamente en la familia. En estos casos el interventor se centra profesionalmente en aliviar la sobrecarga del cuidador, coordinar recursos sociosanitarios y facilitar que el proceso clínico no se convierta en una exclusión social.

Cómo están estructuradas y funcionan las redes de apoyo social

Los tipos de redes y su funcionalidad para manejar la enfermedad explican la intervención del Trabajo Social, porque una red puede estar presente estructuralmente, pero no funcionar para las necesidades de una enfermedad crónica que cambia el estilo de vida del paciente y

la familia. Entre los tipos de redes identificadas se encuentran:

Apoyo familiar. La familia es la principal, si no la única fuente de apoyo para el adulto mayor con diabetes en Latinoamérica. Merodio Pérez *et al.* (2015) reportaron que el 100% de los participantes en su estudio tenían hijos, el 93.8% familiares próximos y el 68.1% cónyuge. Sin embargo, su presencia no garantiza el apoyo en el manejo de la enfermedad.

Alarcón Urbina & Briones Quiroz (2025) encontraron que el 64% de los participantes estaban casados, pero el 36% restante, conformado por personas solteras, viudas, separadas o divorciadas, tiene la enfermedad y no cuenta con el soporte cotidiano de la pareja. Corroborando esta idea, Rodríguez Tomalá (2022) reportó un 35% de solteros en su muestra de adultos mayores ecuatorianos. Es precisamente esta proporción de la población sin apoyo conyugal que, teóricamente es más cercano, la que lleva a redoblar la atención sobre otras fuentes. La asociación entre estado civil y cumplimiento terapéutico identificada por Alarcón Urbina & Briones Quiroz también señala que quienes tienen cónyuge reciben un apoyo más estable y son menos percibidos como una carga, a diferencia de quienes dependen de los hijos u otros familiares, donde la unidireccionalidad del cuidado genera dinámicas más conflictivas.

Aunque no se encontraron datos sistemáticos sobre este punto, en los estudios sí se infiere que la proporción de adultos mayores que viven solos es creciente, sobre todo en espacios urbanos. Vivir solo no equivale necesariamente a estar aislados afectivamente, pero sí plantea problemas para el manejo cotidiano de la enfermedad, especialmente en situaciones de crisis o descompensación donde no hay una cercanía inmediata para ayudar. Con respecto al papel de la familia en el cuidado, por lo general es un cuidador principal de sexo femenino (esposa o hijas) quien asume la responsabilidad del acompañamiento, de la administración de los medicamentos, de la preparación de los alimentos y del traslado a las consultas. Alarcón Urbina & Briones Quiroz (2025) encontraron una asociación importante entre el sexo y el estilo de vida ($p < 0.05$), lo que indica que las mujeres desarrollan mayores prácticas de autocuidado, mientras que los hombres dependen con más frecuencia del cuidado femenino.

En estudios cualitativos se ha observado que la presencia de los familiares no garantiza que las relaciones sean armoniosas ni las que ofrezcan el mejor apoyo. Por el contrario, se han revisado los conflictos, las dinámicas disfuncionales, sobrecargas del cuidador y resentimientos que cambian lo que debería ser una red que sostenga, por una fuente adicional de estrés para el paciente; ello refuerza la necesidad de que la valoración sociofamiliar no se limite a contabilizar los vínculos, sino a que se revise la naturaleza y calidad de las relaciones.

Apoyo comunitario. La participación en las organizaciones y redes comunitarias aparece como un recurso que no es bien aprovechado. Merodio Pérez *et al.* (2015) han reportado que solamente el 9% de los adultos mayores estudiados participaba en algún grupo comunitario, a pesar de que el 92.9% declaraba tener amigos. Es una diferencia entre la sociabilidad informal, donde cuentan las amistades, y la participación organizada, que ofrece al trabajador social ser un facilitador que conecte a esta población con espacios comunitarios que rompan el aislamiento y proporcionen apoyo adicional. Las redes de amistad y las vecinales, aunque son informales, cumplen funciones importantes, porque vecinos y amigos llegan a ser una compañía de vigilancia mutua y, en ocasiones, de apoyo,

aunque este tipo de vínculos sea más frágil que los familiares y estén más expuestos a perderse por mudanzas, enfermedades o fallecimiento. De esta forma se refuerzan los lazos con organizaciones estables.

Los grupos religiosos también cuentan como espacios de apoyo para ciertos sectores (especialmente las mujeres) y la participación trasciende lo espiritual, porque se convierten en redes sociales estables con actividades regulares y en algunos casos se puede obtener apoyo material. En la revisión de las fuentes no se encontraron datos sistematizados al respecto, predominando las referencias en reportajes o notas institucionales. Una excepción es la tesis de Ross (2015) quien, en una muestra de 468 personas con enfermedades cardiovasculares o diabetes (54.3% mujeres, 58.5% hispanos), revisa la relación entre la asistencia a los servicios religiosos y el automanejo de la diabetes, identificando que el apoyo social, el estado de ánimo y la autorregulación son variables mediadoras.

Apoyo institucional. La cobertura de salud entre los adultos mayores con diabetes es mayoritaria pero no universal y esto lo sustentan Torres & Saavedra (2024) al reportar que el 85% de su muestra en Argentina contaba con cobertura social, predominantemente del Programa de Asistencia Médica Integral. En Brasil, Magalhães Lima *et al.* (2024) hallaron que el 80.6% de los participantes no tenía seguro de salud privado, pero esto no implica necesariamente falta de cobertura, porque Brasil cuenta con el Sistema Único de Salud (SUS) de carácter universal.

El resultado más relevante en esta dimensión no es tanto la existencia de la cobertura nominal, sino de las dificultades de acceso efectivo, recalcado por Torres & Saavedra (2024) al documentar que el 60% de los encuestados manifestó tener dificultades para obtener turnos, recetas u órdenes para su tratamiento. Estas barreras administrativas y burocráticas constituyen un obstáculo para la continuidad del cuidado y representan un área clásica de intervención del Trabajo Social como la orientación, la gestión de los casos y la facilitación del acceso. Además de los servicios de salud, existen otros recursos institucionales de apoyo tales como los programas de transferencias económicas tipo pensiones no contributivas o bonos, centros de día, comedores comunitarios, o programas de actividad física para adultos mayores. Sin embargo, las fuentes revisadas no contienen información sistemática sobre el acceso de la población con diabetes a estos recursos, lo que se convierte en una brecha de conocimiento que puede ser tratada en estudios posteriores.

Funcionalidad de las redes

En este análisis se identifica que en las redes de los adultos mayores con diabetes circulan diferentes tipos de apoyo con distinta intensidad y efectividad. Por ejemplo, el apoyo emocional que se expresa en escucha, contención, compañía y validación afectiva, es un componente para el manejo de la enfermedad. Aquellos que cuentan con más apoyo emocional y afectivo logran mejores resultados en el control glucémico (glucosa promedio de 109 mg/dL), evidenciando que la parte afectiva del apoyo no es un problema secundario, sino un determinante directo de los resultados en salud (Valdez Rumbo *et al.*, 2025). Ortiz Solache *et al.* (2025) identificaron que este tipo de apoyo y la interacción social positiva eran precisamente los dominios con más carencia en la población estudiada, con un 80.6% de los participantes presentó un apoyo social mínimo.

El apoyo instrumental comprende la ayuda para la realización de actividades vinculadas al manejo de la enfermedad en cuanto a administración de medicamentos, preparación de comidas adecuadas, acompañamiento a consultas médicas, gestión de trámites, compra de alimentos y medicamentos. Lo proporcionan los familiares con los que conviven o que son cercanos, y su intensidad aumenta con el grado de dependencia funcional que tenga el paciente. Aunque el apoyo está presente en la mayor parte de los casos (de acuerdo con lo que se ha señalado anteriormente), su calidad y consistencia son variables.

El apoyo informativo sobre la enfermedad y su manejo puede provenir de los profesionales de la salud, pero también de familiares que se informan, de otros pacientes o de los medios de comunicación. Arredondo Sánchez *et al.* (2024) destacan la importancia de la alfabetización en salud como variable que media entre el apoyo social y el control glucémico. La calidad del apoyo informativo disponible para el adulto mayor depende del acceso a fuentes confiables y de que la información se difunda de forma comprensible para cada persona. El apoyo de compañía social, que puede ser la simple presencia de otros para compartir actividades cotidianas, conversar o sentirse acompañado, cumple funciones preventivas frente al aislamiento y la depresión, y facilita indirectamente el autocuidado al romper la soledad que lleva a abandonar los hábitos saludables. El dato ya señalado sobre la escasa participación en actividades grupales (9%) confirma que este tipo de apoyo es el que presenta mayor déficit.

El tema de los cuidados

En la vejez con enfermedades crónicas, el apoyo suele ser unidireccional, porque el adulto mayor recibe más de lo que puede ofrecer y esto tiene importantes implicaciones psicológicas y sociales. Para muchos, la incapacidad de corresponder genera sentimientos de culpa, de ser una carga para la familia y de pérdida de valor social. Para los cuidadores, la falta de reciprocidad deriva en sobrecarga y resentimiento, especialmente cuando el cuidado se prolonga sin relevos ni apoyos institucionales. Alarcón Urbina & Briones Quiroz (2025) lo confirman, al encontrar que el cumplimiento del tratamiento se asoció con el estado civil; quienes tienen cónyuge reciben un apoyo más estable y son menos percibidos como carga, a diferencia de quienes dependen de los hijos u otros familiares, donde esa unidireccionalidad es más conflictiva. Para la práctica del Trabajo Social, uno de los resultados más importantes es la distinción entre la disponibilidad nominal de redes y su funcionalidad efectiva para manejar la enfermedad. Merodio Pérez *et al.* (2015) señalan que, a pesar de que la mayoría de los participantes tenía cónyuge (68.1%), hijos (100%), familiares próximos (93.08%) y amigos (92.9%), el 64.7% de los hombres y el 60.8% de las mujeres presentaban descontrol en la glucosa, lo que demuestra que la presencia de personas alrededor no equivale automáticamente a tener apoyo efectivo.

Una red puede estar presente estructuralmente, pero ser disfuncional para las necesidades que impone la diabetes, y las razones de esa disfuncionalidad son múltiples: los familiares no saben cómo apoyar, qué alimentos preparar o cómo reconocer los signos de alarma; el agotamiento hace que el apoyo sea inconsistente o de baja calidad; el apoyo es percibido como control, intromisión o causa de estrés; los familiares que viven lejos no están en condiciones de proporcionar apoyo cotidiano, por mucha voluntad que tengan; existe indisponibilidad por otras obligaciones porque los hijos trabajan o tienen nietos a cargo. Esta identificación entre las redes disponibles y las funcionales es un área que estudia el Trabajo Social para valorar el medio sociofamiliar, porque no se trata de tener un listado de

personas cercanas, se trata de evaluar la calidad, competencia y disponibilidad de cada vínculo.

En los estudios revisados se puede cuantificar la magnitud de la falta de apoyo social en esta población: Ortiz Solache *et al.* (2025) reportan en 80.6% el apoyo social mínimo; para Arredondo Sánchez *et al.* (2024), el 62.82% del apoyo social es insuficiente; para Valdez Rumbo *et al.* (2025) el 53.4% de baja adherencia se asocia a esa falta de apoyo; con Merodio Pérez *et al.* (2015) se ubicó un 60% de descontrol en la glucosa a pesar de tener redes familiares presentes. Estos porcentajes provienen de diferentes países y contextos, pero coinciden en los señalamientos de que, entre la mitad y las tres cuartas partes de esta población presenta alguna carencia importante en sus redes de apoyo en términos de calidad o funcionalidad.

Con estos datos se pueden identificar los factores que se asocian de forma consistente con la falta de apoyo. En primer lugar, aunque las mujeres son mayoría en la población con diabetes, asumen el papel de cuidadoras de sus esposos, descuidando su propio apoyo; la pregunta sobre quién las cuida a ellas queda abierta para las políticas de cuidado. La escasez limita la posibilidad de acceder a apoyos privados tipo empleadas domésticas, cuidadores formales o residencias, y aísla en entornos con servicios comunitarios deficientes. En los hombres, la falta de pareja se asocia a peores indicadores de apoyo y control glucémico. En áreas rurales, las distancias, la menor densidad de servicios y el aislamiento geográfico dificultan el apoyo institucional y la continuidad de los cuidados. A mayor edad, mayor probabilidad de que los miembros de la red hayan fallecido o también estén enfermos. Es paradójico que quienes más apoyo necesitan son quienes tienen redes más débiles o inexistentes.

Se encuentran asociaciones consistentes entre insuficiencia de apoyo y peor control glucémico (Arredondo Sánchez *et al.*, 2024; Hawkey *et al.*, 2024), menor adherencia terapéutica (Valdez Rumbo *et al.*, 2025), mayor riesgo de complicaciones, peor calidad de vida, mayor mortalidad (León Hernández *et al.*, 2023), mayor riesgo de institucionalización prematura, y mayor carga para el sistema de salud por consultas de urgencia u hospitalizaciones que son evitables. Estas consecuencias tienen impacto social y sanitario, y esto justifica la incorporación de las redes de apoyo como parte de la atención estándar.

Conclusiones

La diabetes mellitus tipo 2 en el adulto mayor es un problema de intervención del Trabajo Social. Con este estudio se evidencia que la enfermedad cambia la dinámica familiar, erosiona las redes de apoyo y pone a prueba la capacidad de autonomía del individuo. El déficit de apoyo social, que afecta entre el 60% y el 80% de esta población en Latinoamérica, es un determinante directo del control glucémico, la adherencia terapéutica y la calidad de vida, por lo que abordar la diabetes desde esta perspectiva significa intervenir sobre todas las situaciones relacionadas con las que vive el paciente cotidianamente.

Con relación al enfoque sociofamiliar, la valoración no se puede limitar a constatar la presencia nominal de familiares o personas cercanas. La distinción entre disponibilidad nominal y funcionalidad efectiva de las redes surge como el centro conceptual de la

intervención. Los datos señalan que se puede tener cónyuge, hijos, familiares próximos y amigos, y aun así presentar descontrol glucémico si esos vínculos no ofrecen el apoyo necesario. La calidad del vínculo, la competencia del cuidador, la sobrecarga y la naturaleza de las relaciones -sean armoniosas o conflictivas- son características que deben integrarse en todo diagnóstico sociofamiliar.

Las redes de apoyo social son determinantes en el autocuidado, pues el apoyo emocional muestra una asociación directa con mejores resultados en salud, mientras que el apoyo instrumental, informativo y de compañía social funcionan como condiciones de posibilidad para que el adulto mayor pueda sostener un tratamiento complejo. Sin embargo, la evidencia revisada indica que son deficitarios o disfuncionales en la mayor parte de la población, por lo que fortalecer las redes es una intervención necesaria que tiene un impacto medible y no debe verse como un complemento humanitario a la atención médica.

La relación entre autonomía funcional y capacidades de autocuidado se basa, desde el Trabajo Social, en el principio de autodeterminación. El autocuidado es la capacidad de tomar decisiones informadas, mantener el control sobre la vida cotidiana y negociar el apoyo necesario sin caer en la dependencia pasiva. La intervención profesional debe orientarse a crear las condiciones para que esa autonomía sea posible, fortaleciendo a la familia como sistema de apoyo, activando recursos comunitarios, facilitando el acceso a los servicios y, sobre todo, respetando la voluntad del adulto mayor como titular de derechos.

La fundamentación teórica desarrollada en este estudio ofrece las bases para diseñar una intervención sociofamiliar en el contexto hospitalario que aborde la diabetes en adultos mayores desde el Trabajo Social. La evidencia reunida justifica la incorporación de la valoración sociofamiliar en los protocolos de atención geriátrica y coloca al trabajador social como un profesional imprescindible en los equipos interdisciplinarios. Quedan abiertas como líneas para futuras investigaciones la necesidad de diseñar y evaluar intervenciones basadas en estos fundamentos, así como continuar los estudios en características que han sido poco exploradas, como el papel de las redes comunitarias informales o el acceso a los recursos institucionales no sanitarios.

Referencias bibliográficas

- Aizpurua Galdeano, P., González Rodríguez, P., Aparicio Rodrigo, M., Balado Insunza, N., Pérez González, E., Ruiz-Canela Cáceres, J. & Ortega Páez, O. (2023). Guías para la elaboración de manuscritos y unas pinceladas de lectura crítica. *Anales de Pediatría*, 99(5), 335-349. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.09.005>
- Alejos Sabino, B., & Benigno Guevara, D. A. (2025). Valoración socio-familiar y control glucémico en adultos mayores con Diabetes tipo 2 en el servicio de Endocrinología de un Hospital de Nuevo Chimbote, 2025.
- Arredondo Sánchez, F., Cervantes Suárez, A., Díaz Díaz, D. I., Ruiz Jurado, A. & Estrada Duran, D. M. (2024). Alfabetización en salud, apoyo social y control glucémico en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de primer nivel. *Revista Sanitaria de Investigación*, 5(1), 174. <https://doi.org/10.34896/RSI.2024.50.13.001>
- Baig, A. A., Benitez, A., Quinn, M. T., & Burnet, D. L. (2015). Family interventions to improve diabetes outcomes for adults. *Annals of the New York Academy of Sciences*,

- 1353(1), 89-112. <https://doi.org/10.1111/nyas.12844>
- Benítez de Vendrell, B. (2008). *Las conductas de búsqueda de información en la web: una mirada humanística y social*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Granada. <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/1817/17341395.pdf>
- Bowen, P. G., Clay, O. J., Lee, L. T., Vice, J., Ovalle, F., & Crowe, M. (2015). Associations of social support and self-efficacy with quality of life in older adults with diabetes. *Journal of gerontological nursing*, 41(12), 21-29. <https://doi.org/10.3928/00989134-20151008-44>
- CEPAL. (2024). *Informe nacional Panamá. Beijing +30*. CEPAL. https://www.cepal.org/sites/default/files/static/files/panama_-_informe_nacional_0.pdf
- Chan, C. K., Cockshaw, W., Smith, K., Holmes-Truscott, E., Pouwer, F., & Speight, J. (2020). Social support and self-care outcomes in adults with diabetes: The mediating effects of self-efficacy and diabetes distress. Results of the second diabetes MILES–Australia (MILES-2) study. *Diabetes research and clinical practice*, 166, 108314. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108314>
- Codina, L. (2023). *¿Revisiones de alcance, narrativas o sistemáticas? Cómo decidir qué tipo de revisión es la más adecuada en cada caso*. <https://www.lluiscodina.com/revisiones-narrativas-sistematicas-alcance/>
- CSS. (2025). Más de 35 mil nuevos pacientes de diabetes son atendidos en la CSS cada año. En *Noticias Caja de Seguro Social*. <https://prensa.css.gob.pa/2025/11/14/mas-de-35-mil-nuevos-pacientes-de-diabetes-son-atendidos-en-la-css-cada-ano/>
- de León Soto, C. T., Cid de León Bujanos, B. G., & Pérez Tovar, F. E. (2024). Trabajo Social y envejecimiento: el autocuidado en la calidad de vida de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. *Políticas Sociales Sectoriales*, 2(3), 48-75. <https://politicassociales.uanl.mx/index.php/pss/article/view/108>
- Díaz Herrera, C. (2018). Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista Universum. *Revista general de información y documentación*, 28(1), 119-142. <https://doi.org/10.5209/RGID.60813>
- Fajardo Ramos, E., Leiton Espinoza, Z. E., & Alonso, L. (2021). Envejecimiento activo y saludable: desafío y oportunidad del siglo XXI. *Revista Salud Uninorte*, 37(2), 243-246. <https://doi.org/10.14482/sun.37.2.155.67>
- Flaskas, C. (2007). Systemic and psychoanalytic ideas: Using knowledges in social work. *Journal of Social Work Practice*, 21(2), 131-147. <https://doi.org/10.1080/02650530701371846>
- Gil Ríos, A. M. (2015). Redes sociales en el trabajo social. Apuntes para la praxis profesional. *Revista Eleuthera*, 12, 181-196. <https://www.redalyc.org/pdf/5859/585961404010.pdf>
- Hawkey, L. C., Wroblewski, K. E., Schumm, P., Wang, S. D., Finch, L. E., McClintock, M. K., & Huang, E. S. (2024). Which Social Variables Predict Diabetes Onset? Robust Findings in Two National Surveys. *The Gerontologist*, 64(10), gnae101.

<https://doi.org/10.1093/geront/gnae101>

- Juárez Rodríguez, A. & Lázaro Fernández, S. (2014). El enfoque de fortalezas en trabajo social. *Miscelánea Comillas: Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 72(140), 143-158.
- López Marcos, J. J., & Ortiz Gutiérrez, R. (2025). Herramientas necesarias para desarrollar y redactar un artículo científico, con solvencia, técnica y confianza: discusión y conclusión. *Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Departamento de Radiología, Rehabilitación y Fisioterapia, Universidad Complutense de Madrid* 1-24. <https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/8d8ba117-c00b-4678-86d3-ee01fc293b27/content>
- Magalhães Lima, Y. de M., Andrade Martins, F. & Alves Ramalho, A. (2024). Epidemiology of Diabetes Mellitus in Adults and Seniors in Rio Branco, Acre, Western Brazilian Amazon. *Diabetology*, 5(2), 151-161. <https://doi.org/10.3390/diabetology5020012>
- Valdez Rumbo, Z., Rivas Acuña, V. & Martínez Serrano, A. (2015). Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor. *Horizonte Sanitario*, 14(1), 14-20. <https://www.redalyc.org/pdf/4578/457844964003.pdf>
- Naranjo Hernández, Y., & Concepción Pacheco, J. (2016). Importancia del autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus. *Revista Finlay*, 6(3), 215-220. <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v6n3/rf04306.pdf>
- OMS. (2025). *Envejecimiento: población mundial*. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/population-ageing>
- OPS. (2024a). *Lanzamiento del Programa DIABFRAIL-LATAM en La Magdalena Contreras: un ejemplo de Gobernanza para la Salud y el Bienestar*. <https://www.paho.org/es/noticias/19-6-2024-lanzamiento-programa-diabfrail-latam-magdalena-contreras-ejemplo-gobernanza-para>
- OPS. (2024b). *Lanzamiento del Programa DIABFRAIL-LATAM en La Magdalena Contreras: un ejemplo de Gobernanza para la Salud y el Bienestar*. <https://www.paho.org/es/noticias/19-6-2024-lanzamiento-programa-diabfrail-latam-magdalena-contreras-ejemplo-gobernanza-para>
- Ortiz Solache, O., Chacón Valladares, P., & Morales Hernández, B. P. (2025). Índice de apoyo social en adultos mayores con diabetes mellitus e hipertensión arterial: Estudio transversal en una unidad de medicina familiar. *Archivos En Medicina Familiar*, 27(4), 187–192. <https://doi.org/10.62514/amf.v27i4.191>
- Palomar Villena, M. & Suárez Soto, E. (1993). El modelo sistémico en el trabajo social familiar: consideraciones teóricas y orientaciones prácticas. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 2, 169-184. <https://rua.ua.es/server/api/core/bitstreams/8df83764-6723-448e-9a29-673c43257070/content>
- Rodríguez Tomalá, J. A. (2022). *Factor de riesgo psicosocial asociado a las Diabetes Tipo 2 en los adultos mayores de 65 a 78 años del Centro de Salud Bastión Popular Tipo C. Guayaquil, 2022*. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Estatal Península de Santa Elena. <https://repositorio.upse.edu.ec/server/api/core/bitstreams/2aebda4-3fd8->

[41f3-8d8f-7c88592dd257/content](https://doi.org/10.1111/1471-6708.1257)

- Ross, K. M. (2015). *Religious attendance and chronic disease self-management among older adults in the San Luis Valley health and aging study*. [M. A. Thesis]. University of Colorado Denver.
<https://skyline.ucdenver.edu/search/?cLD1193.L622+2015d+D46/cld+1193+l622+2015+d+d46/-3%2C-1%2C0%2CE/frameset&FF=cld+1193+l645+2015+m+r67&1%2C1%2C>
- Rúa, A. de F. de la, (2008). Análisis de redes sociales y trabajo social. *Portularia*, VIII (1), 9-21. <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=161017350001>
- Saleebey, D. (2006). *Strengths perspective in social work practice*, 4/e. The. Pearson.
<https://www.pearsonhighered.com/assets/samplechapter/0/2/0/5/0205408176.pdf>
- Torres, G., & Saavedra, M. (2024). *Factores socioeconómicos de riesgo que interfieren en el tratamiento de diabetes*. [Tesis de Licenciatura]. Universidad ISALUD.
<http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/770/TFE330.476%20164%2062%20T636.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Universidad de Navarra. (2024). *Revisiones sistemáticas. Diferencias: revisión sistemática, revisión narrativa y scoping review*.
<https://biblioguias.unav.edu/revisionessistematicas/diferenciastipologiarevisiones>
- Valdez Rumbo, J. V., Crisantos Reyes, N. E., Contreras Verónica, R., & Ventura Uriel, S. (2025). Red de Apoyo y Adherencia Terapéutica en Adultos Mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2. Adherencia Terapéutica, Red de Apoyo en Adulto Mayor. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(4), 10640-10650.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i4.19616