

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**Adherencia terapéutica y los estilos de vida de las
personas con diabetes mellitus tipo 2 de la Provincia de**

Tarma, 2018

Para optar el título profesional de: Licenciada en Enfermería

Autores:

Bach. Deysi Lisbeth GONZÀLES GÀLVEZ

Bach. Johannes Julio ZAVALA GUERRERO

Asesor:

Mg. Jheysen Luis BALDEÓN DIEGO

Cerro de Pasco – Perú - 2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**Adherencia terapéutica y los estilos de vida de las
personas con diabetes mellitus tipo 2 de la Provincia de**

Tarma, 2018

Sustentado y aprobado ante los miembros del jurado:

Mg. Flor Marlene SACHÚN GARCÍA
PRESIDENTE

Mg. Samuel Eusebio ROJAS CHIPANA
MIEMBRO

Lic. Johnny G. RIVERA LEÓN
MIEMBRO

Este trabajo se lo dedicamos a Dios por permitirnos existir en este mundo, darnos sabiduría y fortaleza para poder realizarnos como personas, y poder culminar esta carrera profesional.

A nuestros padres por ser el pilar fundamental a quienes les debemos todo lo que somos, por el esfuerzo y sacrificio que nos brindaron en nuestra educación tanto académico como de la vida, todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

AGRADECIMIENTO

El agradecimiento especial a la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional “Daniel Alcides Carrión”, por la formación académica brindada.

A Dios y a nuestros padres por darnos la vida, el amor, la comprensión y la fortaleza frente a las adversidades para continuar y culminar esta carrera.

A los docentes de la carrera por brindarnos los conocimientos necesarios para nuestra formación profesional.

Nuestros sinceros agradecimientos a nuestro Asesor de Tesis, Mg. Jheysen Baldeón Diego, quien orientó y brindó el apoyo necesario para culminar con el presente trabajo de investigación.

RESUMEN

La adherencia terapéutica es el cumplimiento de la prescripción del tratamiento de la persona sobre las orientaciones y consejos recibidos del personal de salud y el estilo de vida es el comportamiento adquirido a lo largo de la vida (Hábito, conducta, costumbre), donde influyen los patrones psico-socio-culturales, que conllevan a la persona a la satisfacción de sus necesidades básicas y el bienestar personal. El objetivo: Determinar cómo se relaciona la adhesión al tratamiento con los estilos de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2 de la Provincia de Tarma. El material y métodos: Como métodos generales: analítico, sintético, deductivo e inductivo y como método específico el estadístico no paramétrico χ^2 . Tipo de investigación: observacional, prospectivo, transversal y analítico con el enfoque cuantitativo. El nivel de investigación es el relacional. El diseño de investigación no experimental de tipo transversal y correlacional, en una muestra heterogénea de 75 pacientes con diagnóstico médico de diabetes mellitus 2 seleccionado mediante el no aleatorio censal en la provincia de Tarma, los instrumentos fueron el cuestionario que contiene datos personales y el test de Likert. que contienen afirmaciones de las variables respondidas por los pacientes mediante la entrevista. Los resultados: en la variable adherencia terapéutica se cumple a veces el 79% y sobre su dimensión tratamiento higiénico – dietético se cumple a veces con el 67%, la dimensión terapéutica farmacológico se cumple a veces en 56% y en la dimensión terapéutica de la relación personal salud-enfermedad se cumple

a veces con el 61%. Sobre la variable estilos de vida es poco beneficiosa para su salud en 59%, en cuanto a la dimensión entorno familiar poco beneficiosa en 53%, la dimensión hábitos de vida es poco beneficiosa para su salud en 40%, la dimensión descanso es poco beneficiosa para su salud en 48% y la dimensión personal es poco beneficiosa para su salud en 50%. La conclusión: En la relación de la adherencia terapéutica con los estilos de vida de las personas con DM2 en la Provincia de Tarma encontramos los siguientes: en casi la mitad (47%) la adherencia terapéutica se cumple a veces cuando los estilos de vida son poco beneficiosos. En el contraste de hipótesis $p\text{-valor } 0,002 < 0,05$, se determina que la adherencia al tratamiento se relaciona significativamente con los estilos de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2 de la Provincia de Tarma.

Palabras clave:

Estilos de vida. Adherencia al tratamiento. Diabetes mellitus tipo 2.

ABSTRACT

The therapeutic adherence is the fulfillment of the prescription of the treatment of the person on the orientations and advice received from the health personnel and the lifestyle is the behavior acquired throughout the life (Habit, conduct, custom), where the psycho-socio-cultural patterns, which lead the person to the satisfaction of their basic needs and personal well-being. The objective: To determine how adherence to treatment relates to the lifestyles of people with type 2 diabetes mellitus in the Province of Tarma. The material and methods: As general methods: analytical, synthetic, deductive and inductive and as a specific method the nonparametric statistic X². Type of research: observational, prospective, transversal and analytical with the quantitative approach. The level of research is relational. The non-experimental research design of cross-sectional and correlational type, in a heterogeneous sample of 75 patients with medical diagnosis of diabetes mellitus 2 selected by the non-random census in the province of Tarma, the instruments were the questionnaire containing personal data and the test from Likert. which contain affirmations of the variables answered by the patients through the interview. The results: in the therapeutic adherence variable, 79% is sometimes fulfilled and on its hygienic - dietary treatment dimension it is sometimes fulfilled with 67%, the pharmacological therapeutic dimension is sometimes met in 56% and in the therapeutic dimension of the personal relationship health-disease is sometimes met with 61%. About the variable lifestyles is little beneficial for

your health in 59%, in terms of the family environment dimension, little beneficial in 53%, the dimension of life habits is little beneficial for your health in 40%, the dimension of rest is not very beneficial for your health in 48% and the personal dimension is not very beneficial for your health in 50%. The conclusion: In the relationship of therapeutic adherence with the lifestyles of people with DM2 in the Province of Tarma we find the following: in almost half (47%) the therapeutic adherence is sometimes fulfilled when lifestyles are little beneficial. In contrast to hypothesis p-value $0.002 < 0.05$, it is determined that adherence to treatment is significantly related to the lifestyles of people with diabetes mellitus type 2 of the Province of Tarma.

Keywords:

Lifestyles. Adherence to treatment. Diabetes mellitus type 2.

INDICE

Pág.

DEDICATORIA
AGRADECIMIENTO
RESUMEN
ABSTRAC
INDICE
INTRODUCCIÓN

PRIMERA PARTE ASPECTOS TEORICOS

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 Identificación y planteamiento de problema	15
1.2 Delimitación de la investigación	17
1.3 Formulación del problema	18
1.3.1. Problema general	18
1.3.2. Problemas específicos	18
1.4 Formulación de objetivos	18
1.4.1 Objetivo general	18
1.4.2 Objetivos específicos	19
1.5 Justificación de la investigación	19
1.6 Limitaciones de la investigación	20

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de estudio	21
2.2. Bases teóricas- científicas	34
2.3. Definición de términos	56
2.4. Formulación de hipótesis	56

2.4.1. Hipótesis general	56
2.4.2. Hipótesis específicos	56
2.5. Identificación de variables	57
2.6. Operacionalización de variables	57

CAPITULO III

METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION

3.1. Tipo de investigación	58
3.2. Método de investigación	59
3.3. Diseño de investigación	59
3.4. Población y muestra	60
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	61
3.6. Técnicas de procesamiento de análisis de datos	62
3.7. Selección y validación de los instrumentos de investigación	62

SEGUNDA PARTE

TRABAJO DE CAMPO

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. Descripción del trabajo del campo	65
4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados obtenidos en el trabajo de campo	65
4.3. Prueba de hipótesis	68
4.4. Discusión de resultados	80

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIAS

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es un problema de la Salud Pública; porque cada año se van incrementado los casos en personas de menos edad. Los estudios de investigación más recientes, están confirmando lo que importantes organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las sociedades científicas (1) enfocan, que las enfermedades crónicas, tienen un enorme impacto en la salud y en el bienestar de la población, así como en la sostenibilidad de los sistemas sanitarios del mundo entero, lo que hace que el abordaje de estas patologías deba ser una prioridad en todas las políticas de salud.

La razón de mortalidad de las personas diabéticas con niveles altos de glucemia se vio en mayores porcentajes en los países con ingresos económicos bajos y medianos. En el año 2006 la OMS cifraba en más de 180 millones, el número de pacientes con DM en todo el mundo (2) y advertía de la posibilidad de que la cifra se duplicara para el 2030, sin embargo, estas previsiones se quedaron muy cortas pues en el Plan Mundial contra la Diabetes 2011-2021, la Federación Internacional de Diabetes (3) afirma que actualmente hay más del doble de personas con diabetes que en el año 2006 y además otros 280 millones están en riesgo de padecerla. Por otro lado, el estudio epidemiológico realizado en 370 países durante 28 años y presentado en 2011 por Goodarz Danaei y colaboradores (4), que incluía 2,7 millones de personas, valoraba que en las tres últimas décadas se había producido un gran incremento de la

enfermedad, pasando de 153 millones de pacientes en el año 1980, a 347 en 2008.

Lo importante es que todos los pacientes deben de tener un control supervisado por un profesional de salud y recibir el tratamiento adecuado de acuerdo al tipo de diabetes que padece, ya sea la diabetes tipo 1 (donde el paciente recibe insulina) y la diabetes tipo 2 (recibe tratamiento farmacológico). La falta de adherencia terapéutica constituye un importante problema de salud pública y las consecuencias de una adherencia inadecuada no son superfluas. La magnitud de la falta de adherencia terapéutica se estima cercana al 50% en los pacientes que padecen enfermedades crónicas (5). Al menos en la mitad de éstos, los beneficios potenciales de la terapia prescrita se ven mermados a causa de esta falta de adherencia (6). Según las patologías la variabilidad de los datos encontrados es significativa: 75% de incumplimiento en enfermedad psiquiátrica, 70% en asmáticos, 50% en hipertensos, diabéticos y dislipémicos, 30-40% en patología aguda (7). Esta investigación persigue aportar una visión integral del fenómeno, incidiendo especialmente en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 según las dimensiones: tratamiento higiénico-dietético, tratamiento farmacológico y relación médico-paciente que favorezca los estilos de vida de la personal en la provincia de Tarma; según las dimensiones entorno familiar, hábitos de vida, descanso y personalidad.

El presente estudio se va aplicar en la población con diabetes mellitus de la provincia de Tarma, Región Junín; Perú. La tesis consta de la

estructura siguiente: PRIMERA PARTE: Aspectos Teóricos que comprende tres capítulos: I Problema de Investigación, II Marco Teórico, III Metodología y Técnicas de Investigación. SEGUNDA PARTE: Resultados y Discusión que comprende Descripción del trabajo del campo, Presentación, análisis e interpretación de resultados obtenidos en el trabajo de campo, Prueba de hipótesis y Discusión de resultados. Así mismo contiene: Conclusiones, Recomendaciones, Bibliografías y Anexos.

Los autores.

PRIMERA PARTE
ASPECTOS TEÓRICOS

CAPÍTULO I

PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

1.1 Identificación y planteamiento del Problema

Las enfermedades crónicas no transmisibles surgen por los malos estilos de vida saludable y por múltiples factores asociados. En la actualidad la diabetes es una enfermedad catalogada de moda y que cada año se van presentando más casos en personas más jóvenes y se caracteriza por la elevación del nivel de glucosa en sangre. Y por la resistencia a la insulina que manifiesta el páncreas. La diabetes se ha convertido en una de las enfermedades Crónicas No Transmisibles de acción prioritaria por el incremento de casos en los últimos tiempos, como a nivel mundial los casos ascienden a 422'000,000 (8).

En los años 2000 y 2010, la OMS llevó a cabo encuestas con el fin de evaluar la capacidad de los países para prevenir y controlar las ENT

en los Estados Miembros. Las encuestas muestran que durante la última década se han hecho algunos progresos. Sin embargo, esos progresos son irregulares, y los mayores avances se dan en los países de ingresos más altos. Cada vez más países están desarrollando estrategias, planes y directrices para combatir las ENT y los factores de riesgo, y algunos han creado componentes esenciales de la infraestructura sanitaria, además de lograr avances en la financiación, el desarrollo de políticas y la vigilancia. Es necesario que los países se centren en mejorar las áreas de financiación, información sanitaria, personal sanitario, tecnologías básicas, medicamentos esenciales y asociaciones multisectoriales. Hay que dedicar más atención a la ampliación del conjunto de servicios esenciales prestados en la atención primaria, sobre todo de las intervenciones de ENT costoefectivas mencionadas anteriormente. La adecuada financiación de este conjunto de servicios esenciales es fundamental para combatir la epidemia de ENT (9).

En el Perú según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2000 había 754 mil peruanos diabéticos presumiéndose que para el año 2030 la cifra llegará a 1'961,000 personas con dicha enfermedad. (10)

La Diabetes es una enfermedad que tiene múltiples factores de riesgo entre las principales son los malos estilos de vida como son: una alimentación mal sana, falta de ejercicios, antecedente familiar de la enfermedad, déficit en el consumo de frutas y verduras.

La clasificación de la diabetes son el tipo 1, que se manifiesta principalmente durante las etapas más tempranas de vida como (niñez, la adolescencia y la juventud); su característica principal es que los pacientes son insulino dependientes.

El tipo 2, es el que se adquiere a lo largo de la vida por tener estilos de vida no saludables (como son el sobrepeso/obesidad, falta de actividad física, alimentación mal sana), representa el 90% de todos los casos y aparece en la etapa adulta, adulta mayor. Y la diabetes gestacional, que suele manifestarse durante la gestación, por alteraciones hormonales. (11)

Muchos de los pacientes diabéticos que están conscientes de la enfermedad que tienen, suelen manifestar temores por las complicaciones que conlleva esta enfermedad, como el daño renal, la retinopatía, el pie diabético, daño cardiovascular, es por esto que es muy importante detectar a tiempo la enfermedad, ya que en sus inicios es asintomática. Y con un buen control y la adherencia adecuada al tratamiento, estilos de vida saludable se puede llegar a evitar y/o controlar las complicaciones. (12)

Ante tal hecho nos planteamos la siguiente interrogante: ¿Cómo se relaciona la adherencia al tratamiento con los estilos de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2 de la Provincia de Tarma, 2018?

1.2 Delimitación de la Investigación

La investigación utiliza la teoría transcultural durante la atención al paciente en los establecimientos de salud. El presente estudio se

desarrolló en la ciudad de Tarma, iniciando la captación de casos en los Hospitales e Instituciones privadas, seleccionando a los pacientes con diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo 2.

1.3 Formulación del Problema

1.3.1 Problema General

¿Cómo se relaciona la adherencia al tratamiento con los estilos de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2 de la Provincia de Tarma, 2018?

1.3.2 Problemas Específicos

- 1) ¿Cómo es la adherencia de las dimensiones tratamiento higiénico-dietético, tratamiento farmacológico y de la relación personal de salud-paciente en relación con los estilos de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2 de la provincia de Tarma?
- 2) ¿Cómo es la adherencia al tratamiento y su relación con los estilos de vida según las dimensiones entorno familiar, hábitos de vida, descanso y personalidad de las personas con diabetes mellitus tipo 2 de la provincia de Tarma?

1.4 Formulación de Objetivos

1.4.1 Objetivo General:

Determinar cómo se relaciona la adherencia al tratamiento con los estilos de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2 de la Provincia de Tarma.

1.4.2 Objetivos Específicos

- 1) Evaluar cómo es la adherencia de las dimensiones tratamiento higiénico-dietético, tratamiento farmacológico y de la relación personal de salud-paciente en relación con los estilos de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2 de la provincia de Tarma.
- 2) Evaluar cuál es la adherencia al tratamiento de las personas con diabetes mellitus tipo 2 de la provincia de Tarma en relación a los estilos de vida en las dimensiones entorno familiar, hábitos de vida, descanso y personalidad.

1.5 Justificación de la Investigación

Social: En la atención de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 se ha observado deficiencia en la adherencia al tratamiento médico establecido por los profesionales de salud, reflejado en el aumento de consultas médicas siendo la mayoría por complicaciones, llegando al grado de hospitalizaciones.

Teórica: La Diabetes Mellitus tipo 2 genera cambios en la vida del paciente, y la adhesión que tiene al tratamiento farmacológico es uno de los principales cambios para poder lograr el éxito en los pacientes, previniendo o retardando la aparición de complicaciones tales como enfermedades renales, cardiovasculares ya que son de mayor prevalencia entre la población adulta joven y adulta mayor, elevando la calidad de vida de este último grupo.

Práctica: Los beneficios que se aportaran con el presente trabajo de investigación son: que los pacientes con DM tengan mejor estilo de vida, y puedan llevar un mejor tratamiento, para prevenir complicaciones ocasionadas por la mala adhesión a tratamiento y cuidados ineficientes en sus estilos de vida y con esto evitar gastos económicos a la familia.

Metodológica: Implementación de estrategias para la intervención de enfermería, que favorezcan el mejoramiento de la salud, de esta manera para mejorar su calidad de vida. El Hospital tendrá conocimiento del nivel de adherencia que tienen sus pacientes, así como los factores que están influyendo en la adhesión al tratamiento farmacológico y por la tanto mejoren la calidad de sus servicios y la de los pacientes.

1.6 Limitaciones de la Investigación

Entablar relación entre paciente e investigadores, fue un aspecto muy difícil, pero, que con estrategias apropiadas se lograron arribar los pacientes, familiares y acompañantes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de estudio

A nivel internacional

Libertad Martín A; Bayarre Veá HD; Grau Ábalo JA (2008) (13) investigaron con el **Objetivo** de Presentar el proceso de construcción del cuestionario, así como la validación de contenido, de construcción lógica y la evaluación de su consistencia interna. **Métodos** La validación de contenido se realizó a través de la metodología propuesta por *Moriyama*. La muestra utilizada para la evaluación de la confiabilidad interna y validez de construcción lógica del MBG estuvo compuesta por pacientes con hipertensión arterial esencial, bajo tratamiento médico, mayores de 20 años, pertenecientes al área de salud del Policlínico Van-Troi (n: 114) del Municipio Centro Habana. La consistencia interna se determinó a través del cálculo del

coeficiente Alfa de Cronbach y la validez de construcción del MBG fue evaluada a través de un análisis factorial por componentes principales. **Resultados** El índice de consistencia interna Alfa de Cronbach obtenido para la muestra fue de ,889. Los resultados de la validación de contenido permitieron considerar que la formulación de los ítems, es razonable, se encuentran claramente definidos y se justifica su presencia en el cuestionario; aportó que las categorías propuestas para ser incluidas en la construcción del instrumento son adecuadas. Los resultados sugirieron la presencia de tres factores denominados: *Cumplimiento activo*, *Autonomía ante el tratamiento* y *Complejidad de la adhesión*, que explicaron el 68,72 % de la varianza acumulada. **Conclusiones** Los resultados obtenidos por estas alternativas de validez fueron favorables. Está disponible un instrumento con condiciones adecuadas y criterios válidos que justifican su uso y aplicación en el terreno investigativo y la práctica médica.

Pamela Nilda Epul Macaya (2010) (14) del presente estudio, de tipo cualitativo y con enfoque fenomenológico, tuvo como objetivo identificar, a partir del relato de los pacientes, los factores que influyen en el manejo de la diabetes mellitus tipo II y su vivencia cotidiana relacionada con ésta, para lo cual se utilizó la entrevista semiestructurada como herramienta. Se entrevistó a 10 pacientes bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV). Además, se entrevistó individualmente a la enfermera y médicos del

PSCV tanto para adulto mayor y adulto menor, obteniendo las percepciones del equipo de salud tratante sobre el manejo de la diabetes en los pacientes atendidos en el consultorio. Los resultados arrojaron que en la población en estudio existe una variedad de factores influyentes en el manejo de la diabetes mellitus tipo II, destacando el factor emocional, la necesidad de apoyo psicológico, la escasa percepción de redes de apoyo familiar, principalmente en adultos mayores, además de un mínimo conocimiento en cuanto a la enfermedad, complicaciones, cuidados y tratamiento por parte de los pacientes sumado a una variedad de creencias que dificultan el control de la enfermedad. Se encontraron mínimos beneficios percibidos por el paciente que se atribuyan al tratamiento médico y bastantes barreras que lo obstaculizan, destacando las barreras económicas y las barreras relacionadas al sistema de salud. También se hallaron diferencias según género en la adhesión al tratamiento, siendo los hombres quienes presentan mayores dificultades. Se concluye que para lograr una mejoría en los niveles de compensación en los pacientes con diabetes mellitus tipo II en el lugar en estudio es necesario desarrollar una intervención con enfoque multifactorial combinando estrategias de intervención, que incorporen principalmente el manejo del factor emocional con apoyo psicológico y el enfoque familiar, además de intentar aumentar los beneficios y disminuir las barreras percibidas por los pacientes que obstaculizan el tratamiento.

Jorge Alejandro Giacaman Kompatzki (2010) (15) investiga con la finalidad de describir la adherencia al régimen terapéutico antidiabético. Se realizó bajo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y transversal. Se utilizó el Test de Morisky-Green-Levine, que consiste en un test autocomunicado a los pacientes sobre la adherencia terapéutica, y permite además identificar algunos factores influyentes. La muestra analizada se desprende del total de pacientes diabéticos insertos en el Programa de Salud del Hospital de Ancud, escogidos según ciertos criterios de inclusión. El total de la muestra corresponde a 90 pacientes. Resultados: se observó un bajo porcentaje de adherencia al régimen terapéutico (57%), pero esperado según la bibliografía que señala un 50% a nivel mundial. En cuanto a los niveles de control de la glicemia se observan resultados muy por sobre el nivel normal (menor a 126 mg/dl según Minsal), lo cual demuestra una gran tarea por parte de los profesionales para llevar a estos pacientes a los niveles adecuados. Se concluye que la adherencia al tratamiento antidiabético está dada por múltiples causas, lo que implica una gran tarea que requiere de la interacción de todo el entorno profesional multidisciplinario y el compromiso del paciente y su entorno familiar para lograr un aumento significativo en la adherencia y que hace que ésta sea una tarea muy compleja de resolver. Este importante problema sanitario afecta a todos los profesionales vinculados a la salud, ya que el lograr la adherencia al

tratamiento significa mejorar la calidad de vida de los pacientes, lo cual es el objetivo principal de nuestra labor.

María Mercedes Ramírez Ordoñez et al. (2011) (16), cuyo objetivo fue: Determinar el estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, Unidad Básica de Comuneros, Cúcuta - 2010. Se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo principal de determinar el estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Para la recolección de la información se utilizó el cuestionario IMEVID. La población está conformada por 60 pacientes inscritos al programa de diabetes e hipertensión de una Institución Promotora de Salud (IPS) de I nivel; como muestra se tuvo en cuenta 30 pacientes que asistieron sin falta al control de la diabetes a los cuales se les aplicó el instrumento. Las variables utilizadas son nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre la diabetes, emociones, adherencia terapéutica y estilos de vida. Se concluye que con relación a la edad de los pacientes encuestados se obtiene que estos se encuentran entre dos etapas muy importantes del ciclo vital humano, adultez media y adultez tardía; el 80% de los pacientes encuestados presentaron prácticas de estilos de vida saludables, el cual ayuda a prevenir complicaciones con relación a su patología obteniendo de esta manera un mejor bienestar durante su vida y la evolución de la enfermedad.

Kristian Alejandra Jasso Millán (2012) (17) el objetivo fue determinar la efectividad de la intervención orientada a incrementar significativamente los puntajes de la adherencia terapéutica en una muestra de pacientes mexicanos adultos con Diabetes Mellitus tipo 2; dicha muestra estuvo conformada por 28 pacientes que acuden a CS de la Secretaría de San Luis Potosí, 12 del grupo control y 16 de grupo experimental. Los instrumentos utilizados para la evaluación de cada variable (adherencia terapéutica, conocimientos sobre la enfermedad, IMC, CC e indicadores biológicos) fueron: La Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, versión III (EATDM – III), un cuestionario de conocimientos, las mediciones de talla, peso y circunferencia de cintura realizadas por las enfermeras de los CS y las pruebas de laboratorio. Los resultados obtenidos a partir del análisis estadístico no paramétrico de las variables, arrojaron que el objetivo general no se cumplió y los dos objetivos específicos sí; ya que en la EATDM – III las puntuaciones del grupo experimental post intervención incrementaron, pero no de manera significativa; en cambio en el cuestionario de conocimientos y en el resto de las mediciones, si existieron cambios significativos en las puntuaciones obtenidas por los pacientes.

Reyna Alejandra Bermúdez Roque y Pablo Contreras Álvarez (2016) (18) con el objetivo de Describir los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II de una comunidad mexiquense. La

metodología de la investigación presenta un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo de estudio descriptivo-transversal, ya que se centrará en analizar la interrelación entre variables en un momento dado. Pertenece a la línea de investigación en salud comunitaria. El muestreo fue no probabilístico a criterio de los investigadores, por lo tanto, la muestra fueron 50 adultos mayores con diabetes mellitus tipo II que asisten a la Unidad de Salud de San Lorenzo Oyamel, Municipio de Temoaya. En la técnica de recolección de datos se utilizó la encuesta, como instrumento el cuestionario, que fue recopilado de una tesis aplicado y aprobado en Bogotá, Consta de 27 ítems, divididos en cuatro dimensiones las cuales responden a cada uno de los objetivos planteados en la investigación. Considerada una investigación sin riesgo para estas personas, de acuerdo a la Ley General de Salud y el Reglamento de LGS en materia de investigación. En cuanto a los resultados se identificó que más de la mitad de los adultos mayores con diabetes tipo II tienen un nivel regular de adherencia al tratamiento farmacológico. Por lo tanto, no existe una adherencia óptima al tratamiento del adulto mayor. Es así como es necesario dar seguimiento y orientación a los pacientes para que puedan continuar con un mejor tratamiento y control de su enfermedad, por medio del personal de Salud que está encargado de llevar a cabo los programas de prevención a la salud.

Miriam Carolina Velasco Fuentes (2016) (19). Con el objetivo de Diseñar y evaluar un programa centrado en la adherencia terapéutica

en personas con Diabetes Mellitus tipo 2. Se construyó un instrumento para medir el estadio de cambio en población con diabetes, el cual cubre con los requisitos psicométricos para su utilización con fines de investigación y terapéuticos. Así mismo, el trabajo se complementó con el análisis cualitativo de las creencias en salud, hacia la enfermedad y sobre el tratamiento de personas con diabetes, antes y después de la intervención. Los resultados dieron cuenta de diferencias estadísticamente significativas en la motivación al cambio, la autoeficacia percibida, el estilo de vida, la adherencia terapéutica, medida a través de la glucemia, y en la presión arterial, como un factor de riesgo asociado al padecimiento. Así mismo, cada una de las cuatro fases que integran este estudio, dieron aportaciones valiosas y novedosas para la comprensión y atención de la diabetes tipo 2. Atender la diabetes mellitus como un padecimiento sistémico, en el sentido amplio de la palabra, permite comprender que las afectaciones van más allá del organismo y por tanto, que el tratamiento debe integrar un trabajo biopsicosocial centrado en quienes viven con la enfermedad, más allá de las cifras del glucómetro.

A nivel Nacional

Yulisa Rocío Molina García (2008) (20), con el objetivo general del estudio fue: Determinar la Adherencia al tratamiento y su relación con la Calidad de Vida del paciente diabético; el tipo de estudio es cuantitativo, de método descriptivo-correlacional, la muestra estuvo

conformada por 132 pacientes que asistieron al programa de diabetes, el instrumento de recolección de datos fue el cuestionario y la técnica aplicada fue la entrevista. los resultados del estudio fueron: El 68.9%(91) de la población encuestada presentó una regular adherencia al tratamiento; el 79.5%(105) presentó una regular calidad de vida y se comprobó la relación estadística $P=0.01 < 0.05$ entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes diabéticos que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional “Dos de Mayo”; las conclusiones que se obtuvieron en el estudio fueron: Los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, presentaron una regular adherencia al tratamiento, una regular calidad de vida y se obtuvo una relación significativa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida.

Cindy Edith Gamboa Chávez (2014) (21) tuvo como objetivo determinar la Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad vida en el programa de diabetes. El enfoque del estudio es cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo constituida por 83 pacientes. Respecto a la Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad de Vida en el Programa de Diabetes del HNDM, de un 100% el 59% presentan una percepción medianamente favorable, el 22% una percepción favorable y el 19% percepción desfavorable. En su Dimensión Física, 70% presentan una percepción medianamente favorable, seguida de 16% favorable y 12%

desfavorable. En su Dimensión Psicológica, 68% presentan una percepción medianamente favorable, seguida de 12% favorable y 20% desfavorable. Llegando a la siguiente conclusión: La mayoría de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II presentan una percepción medianamente favorable sobre su Calidad de vida en las diferentes dimensiones, lo que indica que aspectos como el insomnio, la depresión, el déficit de memoria y situación económica inestable afectan la percepción del individuo sobre su propia calidad de vida haciendo que este a futuro deje de considerarla buena. Lo cual puede repercutir en el futuro provocando el rápido deterioro físico, psicológico y social de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.

Wilber Avelino Gonzales Torres (2015) (22) cuyo Objetivo: Evaluar si el conocimiento sobre Diabetes Mellitus (DM) y la funcionalidad familiar están asociados a la Adherencia Terapéutica en adultos con DM tipo 2. Métodos: Estudio prospectivo de corte transversal. Se realizó en el consultorio de Endocrinología del Hospital Militar Central. Participantes: pacientes con DM tipo 2. Intervenciones: Según los criterios de selección: 50 casos y 50 controles. Se utilizó instrumentos de recolección validados, se entrevistó durante dos meses. Se realizó el análisis descriptivo; para el análisis inferencial: prueba Chi² con significancia del 95%. Se empleó el paquete estadístico SPSS y Microsoft Excel. Resultados. La edad promedio: 66,11 años, enfermedades más frecuentes: dislipidemia (51%) e HTA (49%). El conocimiento sobre DM T2 fue no aceptable (69%) y más del 50%

obtuvieron una buena función familiar. Variables asociadas a la mala adherencia del tratamiento diabético fueron: disfunción familiar [$p=0,00$; $OR=4$: IC 95% (1,61 – 9,96)] y conocimiento no aceptable sobre DM T2 [$p=0,01$; $OR=3,1$: IC 95% (1,31 – 7,81)]. Conclusiones: La mala adherencia al tratamiento está influenciada por la disfunción familiar y el pobre conocimiento sobre la diabetes.

Camila Romero Calmet (2015) (23) la presente investigación tiene como objetivo establecer la relación entre las percepciones de enfermedad y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en un grupo de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Para este propósito se evaluó a 44 pacientes con edades entre 44 y 80 años ($M= 64.64$, $DE = 8.81$) utilizando una versión del cuestionario IPQ-R de Moss-Morris y colaboradores (2002) para las percepciones de enfermedad en pacientes con DM2 y la adaptación española del SF-36 de Alonso, Prieto y Antó (1995) para medir la CVRS. Se encontró que las percepciones de bajo control personal sobre la diabetes, las respuestas emocionales negativas y un acuerdo de que la enfermedad tiene serias consecuencias sobre la vida estuvieron asociadas a una calidad de vida más deteriorada en diferentes dimensiones. Además, los participantes evidenciaron un buen funcionamiento en los índices globales de salud física y mental reflejando una CVRS preservada. Asimismo, se encontraron diferencias significativas en los constructos principales en relación a diversos factores sociodemográficos y de enfermedad como el sexo,

la edad, el estado civil, la existencia complicaciones médicas y el nivel de HbA1c.

Juana Marisol Cáceres Plasencia (2016) (24) en su investigación de tipo descriptivo de corte transversal se realizó como objetivo Determinar los estilos de vida de los pacientes del programa de Hipertensión arterial del Hospital Carlos Alcántara- 2014 entre los meses de abril – julio 2014, la muestra estuvo conformada por 45 pacientes que pertenecen del programa de hipertensión arterial, los datos fueron recolectados a través de un formulario tipo cuestionario sobre alimentación y actividad física, los resultados se presentan en gráficos se concluye que el 71 por ciento de los pacientes refieren practicar estilos de vida no saludables y solo el 29 por ciento estilos de vida saludables. Los estilos de vida con respecto a los hábitos alimenticios, el 93 por ciento consumen pollo tres veces por semana, el 80 por ciento consumen agua diariamente, el 78 por ciento consumen verduras diariamente, 62 por ciento consumen frutas diariamente, el 51 por ciento consumen huevos tres veces por semana, sin embargo, el 93 por ciento consumen sal más en 3 alimentos al día, el 89 por ciento preparan alimentos guisados. El 73 por ciento de los pacientes realizan actividad física y caminatas diariamente, y el 71 por ciento realizan caminatas mínimo 30 minutos diarios.

Sandybell Pariona Rojas (2017) (25), en el presente trabajo de investigación tuvo como objetivo general determinar el grado de

relación entre el conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y los estilos de vida en los pacientes atendidos por medio del uso de los instrumentos que permitieron establecer la medida en que se muestra el grado de relación entre las variables. Para este trabajo se empleó un estudio de diseño no experimental de corte transversal con un nivel correlacional de tipo básica con una población 61 (100%) pacientes atendidos en el servicio de Laboratorio del Hospital Municipal, SJL - 2017. Para la presente investigación se ha empleado como instrumento de medición el cuestionario debidamente validados. A fin de medir el conocimiento sobre Diabetes Mellitus y los estilos de vida. Una vez recabada la información requerida se aplicó el coeficiente de correlación de Rho de Spearman a fin de determinar la correlación de las variables: conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y estilos de vida. El resultado principal de la investigación se concluye que sí hay relación entre conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y estilos de vida, comprobando la hipótesis formulada para las dos variables con un coeficiente de 0.646 y una significación de 0,000 que es menor que 0,05 y de acuerdo a Bisquerra tiene un grado de correlación de nivel alta.

Carhuaricra Valle, Maritza (2017) (26) cuyo objetivo es: Conocer los factores asociados a la adherencia del tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I EsSalud Tingo María - 2017. MÉTODOS: Estudio tipo descriptivo, analítico, transversal, con

133 usuarios del Hospital Tingo María. Se utilizó la encuesta estructurada, Ficha clínica del adulto. Test de Morisky – Green y cuestionario breve de autoestima. Para análisis inferencial se utilizó la Prueba Chi cuadrado, con un $p < 0.05$, apoyados en el SPSS 20. RESULTADOS: El 56.4% corresponde a edades de 54-60, 62.4% (83) son de sexo femenino y 37.6% masculino; grado de instrucción 38.3% educación secundaria; 24.1% superior universitaria; 18.8% educación primaria; 15,0% alcanzaron un nivel de educación superior técnico y 3.8% no estudiaron; en ocupación; el 36.8% son ama de casa; 29.3% empleados; 26.3% se dedican a otras ocupaciones; 6.0% pensionistas y 1.5% estudiantes. Se encontró relación entre adherencia al tratamiento y el nivel de conocimiento de los usuarios, habiéndose comprobado con Chi cuadrado, obteniéndose un valor calculado de $X^2 = 4,738$ y $p = 0,094$, siendo significativo. Al evaluar si la autoestima es un factor asociado a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II se comprueba estadísticamente que no se encontró relación entre variables en estudio. Al evaluar el apoyo de pares y apoyo de los familiares no se encontró relación en ambos casos.

2.2 Bases Teóricas – Científicas

ADHERENCIA

Según López, Romero, Parra y Rojas (2016) (27) ha sido definido de diferentes formas: *La Real Academia de la Lengua Española* define como “unión física, pegadura de las cosas”, “cualidad de adherente”.

De otra parte, *Areneda* refiere que en la literatura se ha optado por hablar de observancia, cumplimiento, adherencia o fidelidad terapéutica, sin que se haya llegado a un consenso sobre el significado exacto de estos conceptos. En la *literatura inglesa*, los términos de cumplimiento (compliance) y adherencia (adherence) son utilizado como sinónimos de cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia. Por su parte, *Nogués y colaboradores* afirman que la adherencia comprende dos aspectos: el cumplimiento en la toma de los medicamentos (en cuanto a la dosis y la forma) y la persistencia durante el tiempo de la prescripción. *Haynes* define como “el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”. *Gil y colaboradores* definen la adherencia como “el grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitarias, no limitándose a las indicaciones terapéuticas, de tal forma que incluye asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida”. *La Organización Mundial de la Salud (OMS)* define la adherencia terapéutica como “el grado en que el comportamiento de una persona: tomar los medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”.

Estas dos definiciones reconocen que la adherencia no solo involucra la toma de los medicamentos según la prescripción médica, sino también el cumplimiento de otras recomendaciones tales como: la asistencia a citas, cambios en los estilos de vida, entre otras.

ADHERENCIA TERAPÉUTICA

En la cita de Salinas et al (2010) (28) la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cumplimiento o la adherencia terapéutica como la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento. El seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico que está a cargo de su tratamiento. Así mismo, Haynes y Sackett definieron este concepto como la medida con la que el paciente modifica su conducta orientándola hacia la ingesta del medicamento; al poner en marcha tal medida es posible asegurar el cumplimiento en los tratamientos. Esto implica la aceptación de un diagnóstico del que depende el pronóstico, el cual, en ocasiones, puede ser desfavorable. El incumplimiento es la principal causa que evita la obtención de todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los enfermos. A este respecto, la falta de adherencia terapéutica es la herramienta que se utiliza para considerar la magnitud con la que el paciente sigue o no las instrucciones médicas, lo cual implica la falta de aceptación de un diagnóstico y su incidencia en el pronóstico; cuando el seguimiento de

las instrucciones es negativo, el pronóstico empeora y los resultados pueden ser desfavorables.

La adherencia al tratamiento se ha situado como un problema de salud pública y, como subraya la OMS, las intervenciones para eliminar las barreras a la adherencia terapéutica deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y para lo cual se precisa un enfoque multidisciplinar (29).

QUÉ ES LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Alonso, et al (2006) (30) por adherencia terapéutica entendemos como el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida, con las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden. Una forma sencilla de clasificar la falta de adherencia terapéutica puede ser la siguiente: Primaria; Aquella prescripción que no llega a retirarse de la farmacia. Secundaria; Alteración en la dosis correcta. Cambio en los intervalos de dosificación. Olvido en la administración del fármaco o aumento en la frecuencia de dosis. Suspensión del tratamiento antes del tiempo recomendado. Cómo detectar la falta de adherencia: Existen varios métodos para calcular la adherencia que pueden ser clasificados en directos e indirectos. Los métodos directos se basan en la determinación del fármaco en sangre, orina u otro fluido, por lo que no son de utilidad en la práctica clínica cotidiana. Según los resultados obtenidos en los distintos estudios de validación,

el conocimiento de la enfermedad es un método sensible y el mejor en la detección de pacientes con falta de adherencia, mientras que el cumplimiento autocomunicado presenta mayor especificidad, siendo más útil en pacientes con buena adherencia.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

Según Soria, Vega, Nava y Saavedra en 2011 (31) refiere que existen factores que juegan un papel muy importante para que los pacientes sean o no adherentes a sus tratamientos. Estos factores tienen que ver con el Sistema de salud, con los profesionales, con el paciente y con la familia de éste. Entre los factores del paciente se pueden mencionar las creencias asociadas a la percepción de amenaza a la salud ocasionada por la enfermedad, la estimación del riesgo a enfermarse, la representación mental acerca de la enfermedad, las expectativas, motivación con respecto a que los esfuerzos que se llevan a cabo valen la pena para lograr sentirse mejor, y la valoración de las fortalezas personales; conocimiento de la enfermedad y del tratamiento, así como el afrontamiento del paciente; depresión, estrés y competencias del paciente, y sus creencias acerca de los beneficios del tratamiento; percepción o no de síntomas; recursos económicos y cultura.

En cuanto a los factores relacionados al sistema y profesionales de salud, hay estudios que demuestran la importancia del acceso a los servicios de salud, sobre todo si éstos incluyen pláticas informativas

sobre el tipo de enfermedad crónica que se padece y a las formas de control de las mismas; tipo, duración y complejidad del tratamiento indicado y supervisión y apoyo por parte del equipo de salud que atiende al paciente, y empatía entre ellos.

Por otro lado, la familia adquiere gran relevancia en la adherencia terapéutica del enfermo crónico pues puede aportarle el apoyo social necesario para afrontar su padecimiento tanto en el sentido de manejar a éste de manera adecuada previniendo complicaciones como para enfrentarlas en caso de que se presenten. La adherencia se ha asociado a suficientes redes de apoyo de familiares y amigos, lo cual ofrece protección ante situaciones de tensión amortiguando efectos negativos estresantes de la enfermedad.

TRATAMIENTO HIGIÉNICO-DIETÉTICO (32)

Las medidas higiénico-dietéticas para el control de la diabetes mellitus incluyen las pautas de alimentación y la actividad física, siendo ambas tan importantes como el tratamiento farmacológico en el control glucémico y metabólico en general y pueden ser el tratamiento exclusivo en algunos casos de diabetes mellitus tipo 2 durante los primeros años de evolución desde el diagnóstico. La intervención nutricional en los pacientes con diabetes se debe dirigir no sólo al control glucémico, sino también al control de los parámetros lipídicos y de tensión arterial. Cuando se realiza un tratamiento nutricional especializado a los pacientes con diabetes mellitus, se ha demostrado

una reducción de ingresos hospitalarios del 9'5% y un 23'5% de disminución de consultas médicas.

Recomendaciones dietéticas en el tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus incluye la ingesta, la actividad física y, en muchas ocasiones, el tratamiento farmacológico, oral o subcutáneo. Un plan de comidas basado en la ingesta habitual del paciente debe ser la base para integrar el tratamiento con insulina y/o algunos antidiabéticos orales con los patrones de ingesta y actividad física y no adaptar la ingesta al tratamiento porque esto dificulta el cumplimiento por parte del paciente. Los pacientes en tratamiento con insulina humana deben tomar las ingestas de forma ajustada al tiempo de acción de las insulinas prescritas, siendo esto innecesario en el caso de tratamiento con análogos de insulina; el cálculo de las dosis de insulina de acción rápida debe realizarse en función de la ingesta de hidratos de carbono que vaya a realizar, así como la glucemia que presente en ese momento. El tratamiento con insulina en pauta basal-bolos o con bomba de insulina permite mayor flexibilidad en el horario de las ingestas, así como en la cantidad de hidratos de carbono que se pueden tomar; de todas maneras, es conveniente que eviten saltarse comidas. Para pautar el tratamiento dietético, es conveniente determinar las necesidades calóricas para el peso, sexo, edad y actividad física y volver a realizarlas periódicamente, en función del cambio de peso y de actividad física.

En la mayoría de pacientes con diabetes mellitus de tipo 2, dado que presentan sobrepeso u obesidad, es preciso controlar el peso corporal y realizar una restricción calórica entre 250 y 500 kcal/día inferior a la ingesta habitual, con el objetivo inicial de perder entre el 5% y el 10% del peso corporal, que ha demostrado que, además de ayudar a controlar la glucemia, mejora los niveles lipídicos y la tensión arterial. Los pacientes con mucha resistencia a la insulina se pueden beneficiar de perder más peso con una dieta de bajo índice glucémico. Por último, repartir la ingesta total del día en más tomas y no omitir el desayuno ayuda a mejorar los niveles lipídicos y la sensibilidad postprandial a la insulina en los pacientes con diabetes mellitus de tipo 2.

La actividad física debe recomendarse una actividad física diaria, moderada, no inferior a 30 minutos, debiendo ser al menos la mitad del mismo aeróbico. Una actividad física de al menos 150 minutos semanales de actividad aeróbica moderada (50%-70% de la frecuencia cardíaca máxima) o 90 minutos semanales de actividad aeróbica intensa (>70% de frecuencia cardíaca máxima), repartidos al menos en 3 días a la semana, mejora el control glucémico, ayuda a mantener un peso adecuado y reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares; otra recomendación sencilla es realizar actividad física media hora diaria. El ejercicio físico debe comenzarse de forma poco intensa e irse incrementando gradualmente⁴⁰, aunque un

ejercicio intenso puede ser perjudicial para pacientes con neuropatía, retinopatía y enfermedad coronaria.

TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS

Según **Ortiz, Ortiz, Gatica y Gómez en 2011 (33)** señala que los principales ejes del tratamiento de la diabetes descritos incluyen educación diabetológica, recomendaciones nutricionales, ejercicio y autocontrol. La multidimensionalidad del mismo, el esfuerzo que implica modificar hábitos previamente establecidos, así como la disposición para mantenerlos, permiten afirmar que el tratamiento es complejo, más aún si se considera que los adultos son más resistentes al cambio. Diversos estudios han demostrado que existen factores psicológicos y sociales relacionados con la adherencia al tratamiento de la DM, tales como estrés y sus estilos de afrontamiento, sintomatología depresiva y percepción de apoyo social. En pacientes con DM, el estrés tiende a estar más presente desde los inicios de la enfermedad y a lo largo de todo su curso, ya que se considera estresante el solo hecho de padecer una enfermedad metabólica, crónica e incapacitante. El estrés está relacionado significativamente con un pobre control glicémico en pacientes diabéticos establecen dos estilos básicos de afrontamiento: el centrado en la emoción (con objeto de cambiar el significado de una situación estresante y para regular el resultado negativo de las emociones) y el centrado en el problema (con objeto de cambiar o controlar algunos aspectos de una situación percibida como estresante). Al respecto, pareciera que las

estrategias de afrontamiento al estrés que tenga un paciente se relacionaran con la adherencia al tratamiento.

En la sintomatología depresiva, se ha demostrado que puede afectar el control glicémico, la disminución de la actividad física, el aumento de obesidad, junto con potenciar las complicaciones asociadas al daño del organismo. El apoyo social es otra variable que estaría asociada con la adherencia a los tratamientos, ya que entregaría al paciente mayores recursos para afrontar el evento estresante y de este modo conducir a un mejor control de las glicemias.

Ramírez, Palencia y Castro en 2015 (34) añade ante la epidemia actual de diabetes mellitus tipo 2 en todo el mundo, surge la necesidad de alcanzar metas de control glucémico específicas, con el fin de reducir la morbilidad y mortalidad, así como mejorar la expectativa y calidad de vida. Estas metas convierten al tratamiento de la hiperglucemia en una prioridad fundamental. Si bien el abordaje de la hiperglucemia históricamente constituye el centro de atención en el tratamiento de la diabetes, los tratamientos dirigidos a otras comorbilidades, como la dislipidemia, la hipertensión arterial, la obesidad y la resistencia a la insulina, también se consideran puntos centrales en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Está demostrado que mantener las concentraciones glucémicas tan cercanas como sea posible al intervalo euglucémico tiene un efecto benéfico importante en las complicaciones microvasculares específicas de la diabetes. Sin embargo, los estudios actuales no

logran demostrar un efecto benéfico del tratamiento intensivo de la enfermedad cardiovascular en la diabetes mellitus tipo 2 (Veterans Affairs Diabetes Trials, Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes, Action in Diabetes and Vascular Disease), pero sí los efectos adversos, como el riesgo de hipoglucemia y el incremento de peso.

El desarrollo de nuevas clases de medicamentos antidiabéticos destinados a completar los tratamientos más antiguos, entre ellos las intervenciones en el estilo de vida, la insulina, las sulfonilureas y metformina, incrementan el número de opciones terapéuticas disponibles para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, ya sea que se prescriban solas o en combinación con otras intervenciones destinadas a reducir las concentraciones de glucosa sanguínea. El creciente número de opciones disponibles para los médicos y pacientes acentúa la incertidumbre acerca de los medios más apropiados para atender esta enfermedad tan prevalente.

Aunque en años recientes se publicaron numerosas revisiones acerca del abordaje de la diabetes mellitus tipo 2, es frecuente que los médicos se queden sin una vía terapéutica definida, lo que da lugar a que exista un debate en torno a qué agente antidiabético (incluida la insulina) debe ser prescrito para iniciar el tratamiento y cuáles habría que agregar de manera consecutiva.

Tampoco hay un acuerdo en cuanto a la preferencia de un fármaco sobre otro, en una misma clase, en una determinada situación. Los

pacientes sintomáticos con concentraciones elevadas de glucosa y hemoglobina glucosilada A1c (A1c) requieren fármacos que logren reducir la glucemia de manera rápida (por ejemplo, insulina). Sin embargo, cómo lograr las metas puede ser menos importante que el solo hecho de alcanzarlas. Las mejorías en las concentraciones de glucosa y A1c se asocian con mejores resultados, aun cuando no se logren las metas. Cada agente terapéutico tiene ventajas y desventajas, por lo que es necesario comparar el efecto hipoglucemiante y el riesgo de hipoglucemia con otros beneficios, riesgos y costos.

Debido a las características de la diabetes mellitus tipo 2, de ser una enfermedad crónica, con deterioro progresivo en la producción de insulina, hace que su tratamiento y control adecuados sean difíciles y de gran complejidad, principalmente al escalar la prescripción de los diferentes fármacos antidiabéticos. Esto se refleja en el gran número de Guías de Práctica Clínica que existen en el mundo actualmente. Algunas sociedades científicas elaboraron consensos con recomendaciones acerca de objetivos o metas de control, escalonamiento de los distintos fármacos y adaptación de ambos a las características del paciente. Entre ellas existen concordancias y discrepancias, producidas en parte por la dificultad que representa la ausencia de ensayos clínicos con distribución al azar y con potencial suficiente que comparen de manera directa las distintas pautas terapéuticas recomendadas.

Las Guías de Práctica Clínica son recomendaciones desarrolladas de manera sistemática para ayudar al profesional y al paciente a tomar decisiones adecuadas cuando el paciente tiene una enfermedad o condición de salud determinada. La ventaja de estas guías para el médico se basa en que las recomendaciones que ofrecen provienen de la mejor evidencia científica existente y para el paciente, en ganar confianza acerca de que lo que le indica su médico proviene de estudios científicos evaluados y resumidos en forma de guías. El objetivo de este trabajo es establecer el número de Guías de Práctica Clínica que existen en la actualidad, así como describir las diferencias y similitudes en cuanto a parámetros de selección del medicamento, primera, segunda y tercera líneas de tratamiento y las recomendaciones de administración de la insulina.

RELACIÓN PERSONAL DE SALUD – PACIENTE (35)

Introducción: La preocupante tendencia internacional a la deshumanización de la medicina ha sido la motivación fundamental para abordar algunos aspectos medulares de la más importante relación profesional en el campo de la salud y con ello nos proponemos:

- Sugerir una definición operativa actualizada.
- Incursionar, con finalidades reflexivas, en algunos de sus aspectos psicológicos más relevantes.
- Comentar las más frecuentes deficiencias actuales en su desarrollo, a nivel mundial.

- Destacar la alta trascendencia de su optimización para alcanzar los objetivos médicos.

Concepto actual de relación médico-paciente: Recordemos nuestra propuesta para una definición operativa de la relación médico-paciente: "Es una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud", y que supera al otrora modelo diádico y curativo de la concepción original de la relación médico-paciente, designación que, sin embargo, recomendamos mantener -por su profundo arraigo y condición de prototipo de las relaciones profesionales en el campo de la salud- aunque debemos destacar que con dicha terminología nos referimos a la relación interpersonal profesional y técnica de los miembros del equipo de salud en todo el espectro de sus gestiones promocionales, sanitarias, preventivas, diagnósticas, curativas, rehabilitatorias, docentes, investigativas, periciales, administrativas y editoriales.

Especificidades de la relación médico-paciente como interacción profesional: Sin duda alguna, la investidura profesional del facultativo, lograda como fruto de muchos años de entrenamiento, cuya exitosa culminación requiere una profunda vocación médica, determina que su gestión -considerada entre las más necesitadas de dedicación total- sea altamente valorada por la población, que al mismo tiempo respeta y admira al facultativo, y espera de él una conducta concordante con su importante misión social.

Se trata, además:

- De una relación profesional en la cual se presta un servicio de alta significación, por ser la salud una de las más preciadas aspiraciones del ser humano.
- A diferencia de las relaciones interpersonales convencionales, en las que habitualmente ocurre un intercambio equilibrado de información, solidaridad y comprensión, la más frecuente situación profesional es de entrega total sin aspirar a reciprocidad alguna en los aspectos señalados.
- Cuando la relación implica la comunicación con un enfermo o su familia, se suma un nuevo elemento que hará más compleja la comunicación: la ansiedad, cuya intensidad será concordante con la severidad de la afección.
- Exige del facultativo el planeamiento de cada uno de sus pasos, ya que toda conducta médica no pensada implica un serio riesgo de cometer iatrogenia.

El médico, por tanto, debe estar consciente de que su relación profesional interpersonal está caracterizada por:

- El respeto que inspira su investidura técnica en una profesión de alto prestigio social.
- La expectativa por parte de la población, de que manifieste un comportamiento adecuado con su alta responsabilidad.
- Su condición de piedra angular en la prestación de un servicio de gran significación humana como es promover o restablecer la salud.

- Demandar una constante disposición a la ayuda sin aspiración de reciprocidad.
- Requerir del facultativo el planeamiento cuidadoso de cada una de sus acciones toda vez que en el marco de una relación médico-paciente solo hay dos alternativas: la psicoterapia o la iatrogenia.

Por otra parte, debe también conocer que sus potencialidades diagnóstico curativo rehabilitatorias se incrementan en razón directa con su capacidad para desarrollar exitosamente sus relaciones profesionales y que estas, por mecanismos de retroalimentación comunitaria, incrementarán también el efecto positivo de sus acciones preventivo promocionales.

ESTILOS DE VIDA

Definie Wong en 2012 (36) como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

Entorno familiar: Debe ser referente de los comportamientos que desarrollarán los niños y jóvenes en el futuro. En consecuencia, es importante, por tanto, promover desde las familias a edades

tempranas unos hábitos y conductas saludables que contribuyan a la prevención de enfermedades. Juega un papel fundamental en enseñar a sus miembros la importancia que tiene la adquisición de estilos de vida saludables desde edades tempranas y que les ayudan a envejecer con una mejor calidad de vida en la edad adulta.

Es una de las fuentes principales de generación y desarrollo de los buenos hábitos alimentarios, de ejercicio y de equilibrio emocional. Sería deseable que la educación, por lo tanto, estuviera encaminada no sólo hacia la promoción de la salud y prevención de las enfermedades sino también en la búsqueda de soluciones a las enfermedades producidas por los estilos de vida ‘poco o nada saludables’ de la población. Es mucho que decir y hacer desde edades tempranas, de manera que vaya inculcando en sus miembros, la importancia de cómo dice el refrán popular: “más vale prevenir que curar” (37).

Hábitos de vida: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, lo que supone que este concepto va más allá de la existencia o no de una u otra enfermedad. En consecuencia, más que de una vida sana hay que hablar de un estilo de vida saludable del que forman parte la alimentación, el ejercicio físico, la prevención de la salud, el trabajo, la relación con el medio ambiente y la actividad social.

Desde esta perspectiva se puede determinar que los hábitos necesarios para llevar una vida saludable son los siguientes (38):

- **Dieta equilibrada:** una alimentación saludable se rige por incluir todos los alimentos contemplados en la pirámide nutricional, pero en las proporciones adecuadas y en la cantidad suficiente (no más) para mantener las necesidades nutricionales del organismo en función del consumo energético que éste realiza con la actividad diaria. El valor energético diario de la dieta debe ser de 30-40 kilocalorías por kilo de peso. Los hidratos de carbono deben ocupar un 50-55% de los nutrientes, con no más de un 10% de azúcares simples. Las grasas han de ser un 30% del valor energético total, repartiéndose del siguiente modo: un 15-20% de grasas monoinsaturadas, un 5% de poliinsaturadas y no más de un 7-8% de saturadas. Las proteínas consumidas no deben superar el 10% de la dieta. Finalmente, se debe aportar al organismo unos 20-25 gramos de fibra vegetal.
- **Hábitos tóxicos:** el tabaco, el alcohol y las drogas inciden de forma muy negativa sobre la salud. La única tolerancia se refiere exclusivamente al vino o la cerveza, de los que incluso se recomienda el consumo del equivalente a una copa diaria.
- **Ejercicio físico:** las recomendaciones generales determinan unos 30 minutos diarios de actividad física, siendo suficiente caminar a paso rápido durante este tiempo. Ello permite quemar las calorías sobrantes y fortalecer músculos y huesos, pero también ayuda a controlar la tensión arterial, el colesterol y los niveles de glucosa en sangre, además de contribuir a la eliminación del estrés y ayudar a dormir mejor, adquirir un estado de relajación y evitar cambios de

humor, mejorar la autoestima y el estado de satisfacción personal. También puede ser un buen medio para desarrollar una saludable actividad social cuando el ejercicio se hace en compañía.

- **Higiene:** una higiene adecuada evita muchos problemas de salud: desde infecciones a problemas dentales o dermatológicos. El concepto de higiene no sólo se refiere al aseo y limpieza del cuerpo, sino que afecta también al ámbito doméstico.
- **Productos tóxicos:** son muchos los productos a los que la exposición del organismo, puntual o continuo, puede resultar en un serio riesgo para la salud. La contaminación ambiental de las ciudades está considerada como uno de los factores de riesgo más importantes para la salud.
- **Equilibrio mental:** no se refiere a la existencia de enfermedades mentales, sino al estado de bienestar emocional y psicológico, necesario para mantener y desarrollar las capacidades cognitivas, las relaciones sociales y el afrontamiento de los retos personales y profesionales de la vida diaria. El estrés, el cansancio, la irascibilidad, la ansiedad son, entre otros, algunos de los signos que indican que el estado mental no es del todo saludable.
- **Actividad social:** las relaciones sociales son un aspecto fundamental para la salud del ser humano y, en consecuencia, para un envejecimiento saludable. El aislamiento social puede llevar a un deterioro gradual e irreversible de las capacidades físicas y mentales, incluso a la incapacidad física y la demencia.

Descanso: El descanso es un estado de actividad mental y física reducido, que hace que el sujeto se sienta fresco, rejuvenecido y preparado para continuar con las actividades cotidianas. El descanso no es simplemente inactividad, requiere tranquilidad, relajación sin estrés emocional y liberación de la ansiedad. La persona que descansa se encuentra mentalmente relajada, libre de ansiedad y físicamente calmada. El significado y la necesidad de descanso varía según los individuos. Cada persona tiene hábitos personales para descansar tales como leer, realizar ejercicios de relajación o dar un paseo. Para valorar la necesidad de descanso y evaluar cómo se satisface ésta con eficacia, las enfermeras necesitan conocer las condiciones que fomentan el mismo, se señala 6 características que la mayoría asociamos al descanso. Las personas pueden descansar cuando (39):

- Sienten que las cosas están bajo control.
- Se sienten aceptados.
- Sienten que entienden lo que está pasando.
- Están libres de molestias e irritaciones.
- Realizan un número satisfactorio de actividades concretas.
- Saben que recibirán ayuda cuando la necesiten.

Las situaciones que favorecen un descanso adecuado son:

- Comodidad física.
- Eliminación de preocupaciones.
- Sueño suficiente.

Los factores que influyen en la satisfacción de las necesidades permiten identificar los valores adecuados en su satisfacción desde la unicidad de la persona. Estos factores son biofisiológicos, que hacen referencia a las condiciones genéticas de la persona y al funcionamiento de sus aparatos o sistemas u órganos de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y estado general de salud. Los psicológicos que se refieren a sentimientos, pensamientos, emociones, inteligencia, memoria, psicomotricidad, nivel de conciencia, sensopercepción y habilidades individuales y de relación, y finalmente los factores socioculturales que se refieren al entorno físico de la persona y a los aspectos socioculturales de este entorno que están influenciando a la persona. El entorno sociocultural incluye lo relativo a los valores y normas que proporciona la familia, escuela, las leyes.

Personalidad: Los estilos de personalidad podrían emplearse para designar el estilo más o menos distintivo de funcionamiento adaptativo que un miembro determinado de una especie muestra al relacionarse con su gama típica de ambientes. Concebida de este modo, la personalidad normal reflejaría los modos específicos de adaptación de un miembro de una especie que son eficaces en ambientes previsibles; en tal contexto, los trastornos de personalidad representarían diferentes estilos de funcionamiento mal adaptados atribuibles a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad de un miembro para relacionarse con los ambientes con que se

enfrenta. Pretende ser, además, una teoría integradora que se opone al eclecticismo que se ha venido desarrollando en psicología, puesto que la integración es algo más que la coexistencia de dos o más orientaciones o técnicas previamente discordantes. Concibe esta teoría integradora como una configuración de estrategias y tácticas de las cuales se selecciona cada técnica de intervención no sólo por su eficacia en la resolución de ciertos rasgos patológicos, sino también por su contribución a la constelación general de procedimientos terapéuticos de los cuales esta técnica no es más que una parte. Estas se basan en principios evolutivos básicos y en estrategias de supervivencia con el fin de proporcionar las hipótesis explicativas sobre las formas normales y clínicas de la personalidad. La primera de estas polaridades se basa en los “objetivos de la existencia”, es decir, se parte de la base de que existen dos tendencias opuestas en equilibrio: búsqueda del placer o evitación del dolor. La segunda se refiere a las “estrategias de replicación”, que implica dos elecciones en la búsqueda de refuerzo, o bien el refuerzo se basa en el yo o en los otros. La tercera polaridad se relaciona con los “modos de supervivencia primarios”, es decir, modos de afrontamiento pasivos o activos. Se propone que a partir del conocimiento de los defectos o desequilibrios en estas tres polaridades es posible derivar de forma deductiva los trastornos de personalidad incluidos en una taxonomía creada por el propio Millon Ederly y Davis, 1995 citado por Aparicio y Sánchez, 1999 (40)

2.3 Definición de términos

Adherencia Terapéutica: Es el cumplimiento de la prescripción del tratamiento de la persona sobre las orientaciones y consejos recibidos del personal de salud

Estilos de Vida: Es el comportamiento adquirido a lo largo de la vida (Hábito, conducta, costumbre), donde influyen los patrones psico-socio-culturales, que conllevan a la persona a la satisfacción de sus necesidades básicas y el bienestar personal.

2.4 Formulación de Hipótesis

2.4.1 Hipótesis general

La adherencia al tratamiento se relaciona significativamente con los estilos de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2 de la Provincia de Tarma.

2.4.2 Hipótesis específica

- a) Los estilos de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2 de la provincia de Tarma se relaciona significativamente con la adhesión de las dimensiones tratamiento higiénico-dietético, tratamiento farmacológico y de la relación personal de salud-paciente.
- b) La adhesión al tratamiento de las personas con diabetes mellitus tipo 2 de la provincia de Tarma se relaciona significativamente con los estilos de vida en las dimensiones entorno familiar, hábitos de vida, descanso y personalidad.

2.5 Identificación de Variables

VARIABLE 1:

Adherencia Terapéutica

VARIABLE 2:

Estilos de Vida

2.6 Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
VARIABLE 1: ADHERENCIA TERAPÉUTICA	Factores biomédicos	Tratamiento higiénico- dietético
	Factores psicosociales	Tratamiento con medicamentos
	Factores asistenciales	Relación personal de salud - paciente
VARIABLE 2: ESTILOS DE VIDA	Entorno familiar	Familia u Amigos
	Hábitos de vida	Actividad física
		Nutrición
		Tabaco
		Alcohol
	Descanso	Sueño/Estrés
	Personalidad	Tipo de personalidad
		Introspección
Conducción y trabajo		
Otras drogas		

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de Investigación

La investigación es de enfoque cuantitativo; se usó la recolección de datos para probar hipótesis en base a la medición numérica y el análisis estadístico y establecer patrones de comportamiento y probar teorías (41). Los tipos fueron el observacional porque los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador, el prospectivo porque los datos necesarios para el estudio son recogidos de fuente primaria, el transversal porque todas las variables son medidas en una sola ocasión el analítico porque se efectuarán el análisis estadístico univariado, y bivariado para poner a prueba la hipótesis (42).

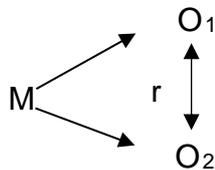
3.2 Método de Investigación

La presente investigación está orientada con los métodos generales: analítico, sintético, deductivo e inductivo (43). El método de la estimación estadística de los resultados se determinó con la prueba no paramétrica de la Chi cuadrada, con un sesgo de error del 5%.

3.3 Diseño de Investigación

La investigación es de diseño no experimental, del tipo correlacional de corte transversal; correlacional porque están asociando variables mediante un patrón predecible para un grupo o población, es de corte transversal porque las variables se estudiaron simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo (44).

Cuyo esquema gráfico es el siguiente.



DONDE:

M : Representa la muestra conformada por personas con diabetes mellitus tipo 2 de la Provincia de Tarma.

O₁: Relaciona la adhesión al tratamiento

O₂: Estilos de vida de las personas con diabetes mellitus 2

r : Representa la relación que existe entre la adhesión al tratamiento con los estilos de vida de las personas con diabetes mellitus 2.

3.4 Población y muestra

Población muestral:

La población estuvo conformada por 620 pacientes ambulatorios de la Provincia de Tarma según registro en 2017. La población es intacta a la que se le aplicó la investigación y sobre la cual se generaliza los resultados. La muestra estuvo constituida por 75 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus 2 seleccionado mediante la forma no aleatoria, Ramírez manifiesta que la muestra es censal, porque la muestra fue toda la población, este tipo de método se utiliza cuando es necesario saber las opiniones de todos los pacientes o cuando se cuenta con una base de datos (45).

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico DM2.
- Pacientes con DM2 mayores de 18 años de edad.
- Asistir a la consulta externa de Medicina Interna del Hospital desde hace más de un año.
- Tener resultados de Hemoglobina glicosilada menor a 6 meses.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con DM2 menores de 18 años de edad.
- Pacientes con DM2 controlados exclusivamente en consultas privadas.
- Pacientes con complicaciones crónicas en estadios terminales.
- Pacientes en estado de discapacidad, según la historia clínica que no permita contestar las encuestas:

- Discapacidades sensoriales.
- Discapacidades de la comunicación y comprensión del lenguaje.
- Discapacidades motrices.
- Discapacidades mentales.

3.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Técnicas de recolección de datos.

Entrevista

Fue una conversación de los investigadores basado en una serie de preguntas o afirmaciones que plantea el entrevistador a los pacientes con respuestas (pacientes con diabetes mellitus 2).

Escala tipo Likert

Fue una forma que se adoptan en la entrevista, tiene la particularidad de su realización mediante un proceso verbal, entre al menos dos individuos sobre los estilos de vida de las personas con diabetes mellitus 2 identificando en 4 escalas.

Instrumentos de recolección de datos.

Cuestionario:

Comprende los datos generales y sociodemográficos, así como los datos propios de la enfermedad diabetes mellitus tipo 2.

Test Likert (adherencia terapéutica – estilos de vida en diabetes mellitus tipo 2)

El instrumento adherencia terapéutica cuyo formato contiene afirmaciones del paciente ambulatorio estructurado en 3 dimensiones:

El tratamiento higiénico-dietético con 4 ítems, El tratamiento con

medicamentos con 4 ítems y La relación personal de salud-paciente con 4 ítems. El instrumento estilos de vida en diabetes mellitus tipo 2 cuyo formato contiene afirmaciones del paciente ambulatorio autoevaluados en estructuras de 4 dimensiones: El entorno familiar con 2 ítems, Los hábitos de vida con 10 ítems, El descanso con 3 ítems y La personalidad con 10 ítems.

3.6 Técnicas de procesamiento de análisis de datos

Se elaboró una base de datos en el Programa estadístico (SPSS v23), para obtener medidas de tendencia central, para el tratamiento de los datos obtenidos.

Los datos obtenidos se procesaron de manera automatizada utilizando el software estadístico SPSS versión 23, se calculó la distribución de frecuencia, en tablas univariadas y figuras, se calculó la inferencia para las hipótesis con Chi cuadrada de Pearson y los resultados fueron presentados en tablas bivariados y figuras.

3.7 Selección y validación de los instrumentos de investigación

Validez: se ha realizado el proceso de validación de contenido con tres criterios: relevancia, pertinencia y claridad de cada ítem referidos en los instrumentos:

Resultado de validez de instrumentos	
Experto	Opinión
Mg. Johnny Carbajal Jiménez	Aplicable

Nota: La fuente se obtuvo de los certificados de validez de instrumentos

Confiabilidad: se ha aplicado la prueba estadística de fiabilidad Alfa de Cronbach para las variables adherencia al tratamiento y estilos de vida de los pacientes de la provincia de Tarma, aplicando de una

prueba piloto en 10 individuos procesados en el Programa Estadístico SPSS v23.

VALORES DE ALFA DE CRONBACH	NIVELES
$\alpha \geq 0.9$	Excelente
$0.9 > \alpha \geq 0.8$	Bueno
$0.8 > \alpha \geq 0.7$	Aceptable
$0.7 > \alpha \geq 0.6$	Cuestionable
$0.6 > \alpha \geq 0.5$	Pobre
$0.5 > \alpha$	Inaceptable

Análisis de confiabilidad de la variable adherencia al tratamiento

ALFA DE CRONBACH	N° elementos
,799	12

Fuente: Elaborado por los autores

La confiabilidad es ,799 que afirma el instrumento sobre estilo de vida es aceptable.

Análisis de confiabilidad de la variable estilo de vida de pacientes de la provincia de Tarma

ALFA DE CRONBACH	N° elementos
,878	25

Fuente: Elaborado por los autores

La confiabilidad es ,878 que afirma el instrumento sobre estilo de vida es bueno

SEGUNDA PARTE
TRABAJO DE CAMPO

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Descripción del trabajo de campo

El proyecto tiene como ámbito de estudio la Provincia de Tarma, distrito de mismo nombre, ubicado en la parte septentrional y oriental del Departamento y Región Junín.

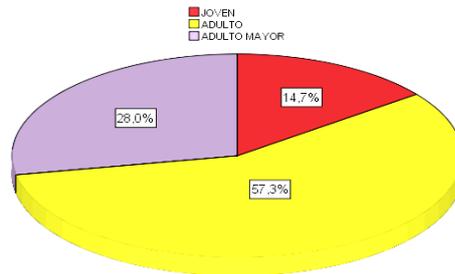
4.2 Presentación, análisis e interpretación de resultados obtenidos en el trabajo de campo

TABLA 01: FRECUENCIA DE EDAD DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA PROVINCIA DE TARMA, 2018

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
JOVEN	11	14,7
ADULTO	43	57,3
ADULTO MAYOR	21	28,0
TOTAL	75	100,0

Fuente: Cuestionario

FIGURA 01: FRECUENCIA DE EDAD DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA PROVINCIA DE TARMA, 2018



Fuente: Tabla 01

COMENTARIO:

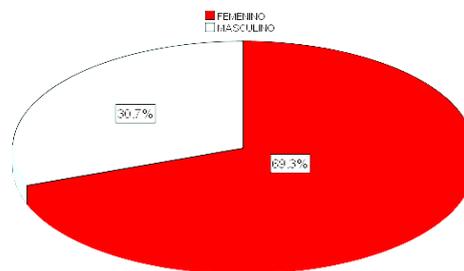
La Tabla 01 muestra a 75 personas mayores de 18 años de la Provincia de Tarma con Diagnóstico de DM2, cuyas edades fueron clasificados en grupos: Joven con 15%, Adulto con 57% y Adulto Mayor con 28%.

TABLA 02: FRECUENCIA DEL SEXO DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA PROVINCIA DE TARMA, 2018

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
FEMENINO	52	69,3
MASCULINO	23	30,7
TOTAL	75	100,0

Fuente: Cuestionario

FIGURA 02: FRECUENCIA DEL SEXO DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA PROVINCIA DE TARMA, 2018



Fuente: Tabla 02

COMENTARIO:

Los datos de la Tabla 02 de 75 personas mayores de 18 años de la Provincia de Tarma con Diagnóstico de DM2, según los resultados

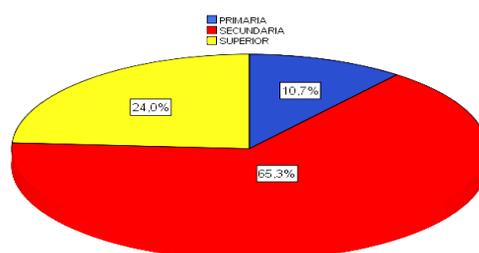
observamos que la mayoría de ellos son de sexo femenino (69%) y la minoría son de sexo masculino (31%).

TABLA 03: FRECUENCIA DEL NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA PROVINCIA DE TARMA, 2018

NIVEL DE ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
PRIMARIA	8	10,7
SECUNDARIA	49	65,3
SUPERIOR	18	24,0
TOTAL	75	100,0

Fuente: Cuestionario

FIGURA 03: FRECUENCIA DEL NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA PROVINCIA DE TARMA, 2018



Fuente: Tabla 03

COMENTARIO:

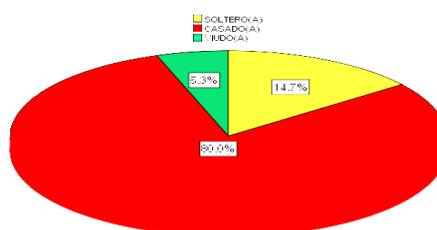
La Tabla 03 refleja la frecuencia del nivel de escolaridad de la población mayor de 18 años de la Provincia de Tarma con Diagnóstico de DM2, según los resultados se observa que más de la mitad (65%) tienen nivel académico secundaria seguido de (24%) superior y solo el (11%) primaria.

TABLA 04: FRECUENCIA DEL ESTADO CIVIL DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA PROVINCIA DE TARMA, 2018

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
SOLTERO (A)	11	14,7
CASADO (A)	60	80,0
VIUDO (A)	4	5,3
TOTAL	75	100,0

Fuente: Cuestionario

FIGURA 04: FRECUENCIA DEL ESTADO CIVIL DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA PROVINCIA DE TARMA, 2018



Fuente: Tabla 04

COMENTARIO:

En la Tabla 04 presenta la frecuencia del estado civil de la población de la Provincia de Tarma con Diagnóstico de DM2, en ella se observa casi la mayor parte (80%) son casados, seguido de 15% solteros y sólo el 5% son viudos.

4.3 Prueba de Hipótesis

TABLA 05: ADHERENCIA TERAPÉUTICA SEGÚN ESTILOS DE VIDA DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA PROVINCIA DE TARMA, 2018

ESTILOS DE VIDA		ADHERENCIA TERAPEUTICA			TOTAL
		CASI NUNCA CUMPLE	CUMPLE A VECES	CUMPLE CASI SIEMPRE	
NO BENEFICIOSO	Nº	0	5	3	8
	%	0,0	6,7	4,0	10,7
POCO BENEFICIOSO	Nº	8	35	1	44
	%	10,7	46,7	1,3	58,7
BENEFICIOSO	Nº	1	12	0	13
	%	1,3	16,0	0,0	17,3
SATISFACTORIO	Nº	3	7	0	10
	%	4,0	9,3	0,0	13,3
TOTAL	Nº	12	59	4	75
	%	16,0	78,7	5,3	100,0

Fuente: Test Likert.

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	21,390 ^a	6	,002
Razón de verosimilitud	15,029	6	,020
Asociación lineal por lineal	4,989	1	,026
N de casos válidos	75		

H₀ : Se rechaza.

H₁ : Se acepta.

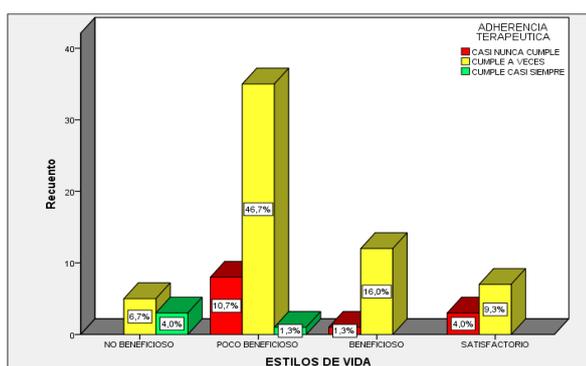
COMENTARIO:

En la Tabla 05 se observa la relación de la adherencia terapéutica con los estilos de vida de las personas con DM2 en la Provincia de Tarma.

Muestra la variable adherencia terapéutica destacando el cumplimiento a veces con el 79%. Y la variable estilos de vida poco beneficiosa para su salud del 59%.

Al relacionar las variables adherencia terapéutica con los estilos de vida casi la mitad (47%) de la población de personas con DM2 de la provincia de Tarma la adherencia terapéutica es que cumple a veces y los estilos de vida son poco beneficiosos. En el contraste de hipótesis p-valor 0,002 < 0,05, se determina que la adherencia terapéutica se relaciona significativamente con los estilos de vida.

FIGURA 05: ADHERENCIA TERAPÉUTICA SEGÚN ESTILOS DE VIDA DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA PROVINCIA DE TARMA, 2018



Fuente: Tabla 05

TABLA 06: ADHERENCIA TERAPEUTICA SEGÚN ESTILOS DE VIDA DEL ENTORNO FAMILIAR DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA PROVINCIA DE TARMA, 2018

ESTILOS DE VIDA ENTORNO FAMILIAR		ADHERENCIA TERAPEUTICA			TOTAL
		CASI NUNCA CUMPLE	CUMPLE A VECES	CUMPLE CASI SIEMPRE	
NO BENEFICIOSO	Nº	2	13	3	18
	%	2,7	17,3	4,0	24,0
POCO BENEFICIOSO	Nº	4	35	1	40
	%	5,3	46,7	1,3	53,3
BENEFICIOSO	Nº	3	1	0	4
	%	4,0	1,3	0,0	5,3
SATISFACTORIO	Nº	3	10	0	13
	%	4,0	13,3	0,0	17,3
TOTAL	Nº	12	59	4	75
	%	16,0	78,7	5,3	100,0

Fuente: Test Likert.

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	18,083 ^a	6	,006
Razón de verosimilitud	14,056	6	,029
Asociación lineal por lineal	5,154	1	,023
N de casos válidos	75		

H₀ : Se rechaza.

H₁ : Se acepta.

COMENTARIO:

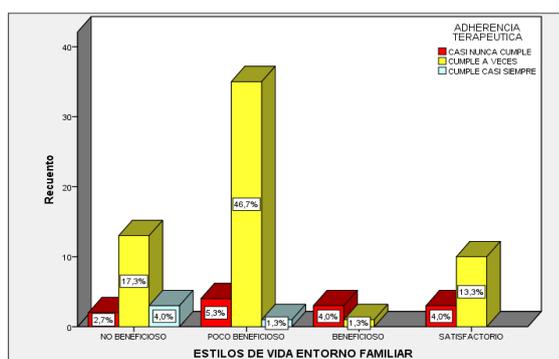
En la Tabla 06 se observa la relación de la adherencia terapéutica con los estilos de vida del entorno familiar de las personas con DM2 en la Provincia de Tarma.

Muestra la variable adherencia terapéutica destacando el cumplimiento a veces con el 79%. Y la variable estilos de vida del entorno familiar poco beneficiosa para su salud del 53%.

Al relacionar las variables adherencia terapéutica con los estilos de vida del entorno familiar casi la mitad (47%) de la población de personas con DM2 de la provincia de Tarma la adherencia terapéutica es que cumple a veces y los estilos de vida del entorno familiar son poco beneficiosos. En el contraste de hipótesis p-valor $0,006 < 0,05$, se determina que la adherencia

terapéutica se relaciona significativamente con los estilos de vida del entorno familiar.

FIGURA 06: ADHERENCIA TERAPEUTICA SEGÚN ESTILOS DE VIDA DEL ENTORNO FAMILIAR DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA PROVINCIA DE TARMA, 2018



Fuente: Tabla 06

TABLA 07: ADHERENCIA TERAPEUTICA SEGÚN ESTILOS DE VIDA EN HÁBITOS DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA PROVINCIA DE TARMA, 2018

ESTILOS DE VIDA EN HABITOS		ADHERENCIA TERAPEUTICA			TOTAL
		CASI NUNCA CUMPLE	CUMPLE A VECES	CUMPLE CASI SIEMPRE	
NO BENEFICIOSO	Nº	4	11	2	17
	%	5,3	14,7	2,7	22,7
POCO BENEFICIOSO	Nº	4	24	2	30
	%	5,3	32,0	2,7	40,0
BENEFICIOSO	Nº	1	9	0	10
	%	1,3	12,0	0,0	13,3
SATISFACTORIO	Nº	3	15	0	18
	%	4,0	20,0	0,0	24,0
TOTAL	Nº	12	59	4	75
	%	16,0	78,7	5,3	100,0

Fuente: Test Likert.

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4,519 ^a	6	,607
Razón de verosimilitud	5,649	6	,464
Asociación lineal por lineal	,202	1	,653
N de casos válidos	75		

H₀ : Se acepta.
H₁ : Se rechaza.

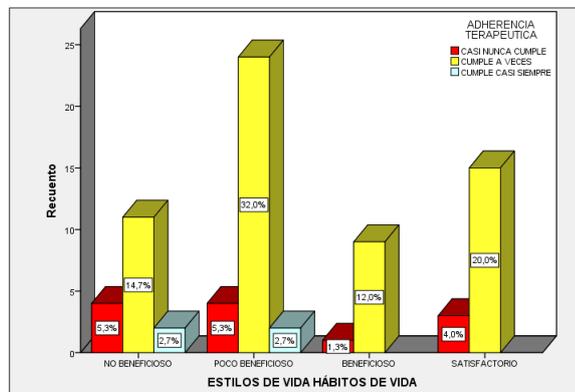
COMENTARIO:

En la Tabla 07 se observa la relación de la adherencia terapéutica con los estilos de vida en hábitos de vida de las personas con DM2 en la Provincia de Tarma 2018.

Muestra la variable adherencia terapéutica destacando el cumplimiento a veces con el 79%. Y la variable estilos de vida en hábitos de vida poco beneficiosa para su salud del 40%.

Al relacionar las variables adherencia terapéutica con los estilos de vida en hábitos de vida menos de la mitad (32%) de la población de personas con DM2 de la provincia de Tarma la adherencia terapéutica es que cumple a veces y los estilos de vida en hábitos de vida son poco beneficiosos. En el contraste de hipótesis p-valor $0,607 > 0,05$, se determina que la adherencia terapéutica no se relaciona significativamente con los estilos de vida en los hábitos.

FIGURA 07: ADHERENCIA TERAPEUTICA SEGÚN ESTILOS DE VIDA EN HÁBITOS DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA PROVINCIA DE TARMA, 2018



Fuente: Tabla 07

TABLA 08: ADHERENCIA TERAPEUTICA SEGÚN ESTILOS DE VIDA DEL DESCANSO DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA PROVINCIA DE TARMA, 2018

ESTILOS DE VIDA DESCANSO		ADHERENCIA TERAPEUTICA			TOTAL
		CASI NUNCA CUMPLE	CUMPLE A VECES	CUMPLE CASI SIEMPRE	
NO BENEFICIOSO	N°	3	12	2	17
	%	4,0	16,0	2,7	22,7
POCO BENEFICIOSO	N°	4	30	2	36
	%	5,3	40,0	2,7	48,0
BENEFICIOSO	N°	0	2	0	2
	%	0,0	2,7	0,0	2,7
SATISFACTORIO	N°	5	15	0	20
	%	6,7	20,0	0,0	26,7
TOTAL	N°	12	59	4	75
	%	16,0	78,7	5,3	100,0

Fuente: Test Likert.

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4,785 ^a	6	,572
Razón de verosimilitud	5,846	6	,441
Asociación lineal por lineal	2,161	1	,142
N de casos válidos	75		

H₀ : Se acepta.
H₁ : Se rechaza.

COMENTARIO:

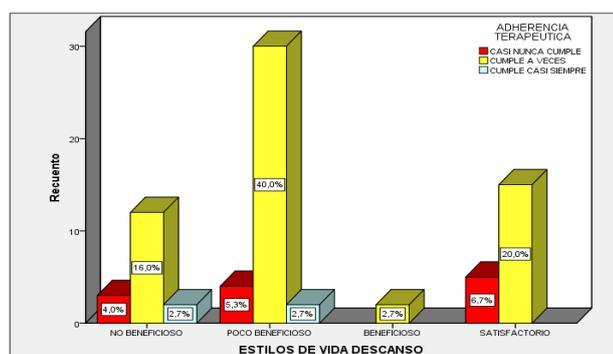
En la Tabla 08 se observa la relación de la adherencia terapéutica con los estilos de vida del descanso de las personas con DM2 en la Provincia de Tarma 2018.

Muestra la variable adherencia terapéutica destacando el cumplimiento a veces con el 79%. Y la variable estilos de vida del descanso poco beneficiosa para su salud del 48%.

Al relacionar las variables adherencia terapéutica con los estilos de vida del descanso menos de la mitad (40%) de la población de personas con DM2 de la provincia de Tarma la adherencia terapéutica es que cumple a veces y los estilos de vida del descanso son poco beneficiosos. En el contraste de hipótesis p-valor $0,572 > 0,05$, se determina que la adherencia

terapéutica no se relaciona significativamente con los estilos de vida del descanso.

FIGURA 08: ADHERENCIA TERAPEUTICA SEGÚN ESTILOS DE VIDA DEL DESCANSO DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA PROVINCIA DE TARMA, 2018



Fuente: Tabla 08

TABLA 09: ADHERENCIA TERAPEUTICA SEGÚN ESTILOS DE VIDA PERSONALES DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA PROVINCIA DE TARMA, 2018

ESTILOS DE VIDA PERSONALES		ADHERENCIA TERAPEUTICA			TOTAL
		CASI NUNCA CUMPLE	CUMPLE A VECES	CUMPLE CASI SIEMPRE	
NO BENEFICIOSO	Nº	4	19	3	26
	%	5,3	25,3	4,0	34,7
POCO BENEFICIOSO	Nº	5	31	1	37
	%	6,7	41,3	1,3	49,3
SATISFACTORIO	Nº	3	9	0	12
	%	4,0	12,0	0,0	16,0
TOTAL	Nº	12	59	4	75
	%	16,0	78,7	5,3	100,0

Fuente: Test Likert.

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4,001 ^a	4	,406
Razón de verosimilitud	4,193	4	,381
Asociación lineal por lineal	1,796	1	,180
N de casos válidos	75		

H₀ : Se acepta.
H₁ : Se rechaza.

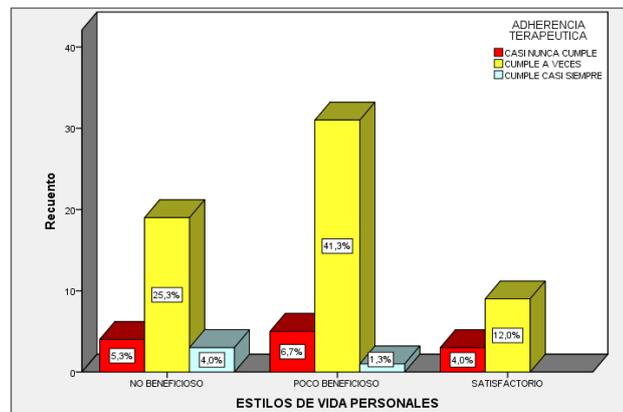
COMENTARIO:

En la Tabla 09 se observa la relación de la adherencia terapéutica con los estilos de vida personales de las pacientes con DM2 en la Provincia de Tarma 2018.

Muestra la variable adherencia terapéutica destacando el cumplimiento a veces con el 79%. Y la variable estilos de vida personales poco beneficiosa para su salud del 49%.

Al relacionar las variables adherencia terapéutica con los estilos de vida personales menos de la mitad (41%) de la población de personas con DM2 de la provincia de Tarma la adherencia terapéutica es que cumple a veces y los estilos de vida personales son poco beneficiosos. En el contraste de hipótesis $p\text{-valor } 0,406 > 0,05$, se determina que la adherencia terapéutica no se relaciona significativamente con los estilos de vida personal.

FIGURA 09: ADHERENCIA TERAPEUTICA SEGÚN ESTILOS DE VIDA PERSONALES DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA PROVINCIA DE TARMA, 2018



Fuente: Tabla 09

TABLA 10: ADHERENCIA TERAPEUTICA DEL TRATAMIENTO HIGIENICO-DIETÉTICO SEGÚN ESTILOS DE VIDA DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA PROVINCIA DE TARMA, 2018

ESTILOS DE VIDA		ADHERENCIA TERAPEUTICA HIGIENICO.DIETÉTICO		TOTAL
		CASI NUNCA CUMPLE	CUMPLE A VECES	
NO BENEFICIOSO	Nº	6	2	8
	%	8,0	2,7	10,7
POCO BENEFICIOSO	Nº	15	29	44
	%	20,0	38,7	58,7
BENEFICIOSO	Nº	3	10	13
	%	4,0	13,3	17,3
SATISFACTORIO	Nº	1	9	10
	%	1,3	12,0	13,3
TOTAL	Nº	25	50	75
	%	33,3	66,7	100,0

Fuente: Test Likert.

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	9,327 ^a	3	,025
Razón de verosimilitud	9,469	3	,024
Asociación lineal por lineal	7,344	1	,007
N de casos válidos	75		

H₁ : Se acepta.
H₀ : Se rechaza.

COMENTARIO:

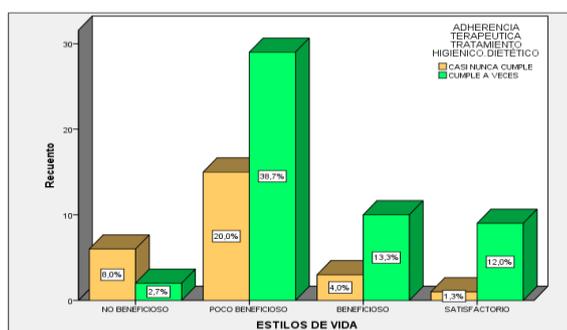
En la Tabla 10 se observa la relación de la adherencia terapéutica higiénico – dietético según los estilos de vida de las personas con DM2 en la Provincia de Tarma 2018.

Muestra la variable adherencia terapéutica higiénico – dietético destacando el cumplimiento a veces con el 67%. Y la variable estilos de vida poco beneficiosa para su salud del 59%.

Al relacionar las variables adherencia terapéutica del tratamiento higiénico – dietético con los estilos de vida menos de la mitad (39%) de la población de personas con DM2 de la provincia de Tarma la adherencia terapéutica del tratamiento higiénico – dietético es que cumple a veces y los estilos de vida son poco beneficiosos. En el contraste de hipótesis p-valor 0,025 <

0,05, se determina que la adherencia terapéutica higiénico – dietético se relaciona significativamente con los estilos de vida.

FIGURA 10: ADHERENCIA TERAPEUTICA DEL TRATAMIENTO HIGIENICO-DIETÉTICO SEGÚN ESTILOS DE VIDA DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA PROVINCIA DE TARMA, 2018



Fuente: Tabla 10

TABLA 11: ADHERENCIA TERAPEUTICA FARMACOLÓGICO SEGÚN ESTILOS DE VIDA DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA PROVINCIA DE TARMA, 2018

ESTILOS DE VIDA		ADHERENCIA TERAPEUTICA FARMACOLÓGICO		TOTAL
		CASI NUNCA CUMPLE	CUMPLE A VECES	
NO BENEFICIOSO	N°	7	1	8
	%	9,3	1,3	10,7
POCO BENEFICIOSO	N°	21	23	44
	%	28,0	30,7	58,7
BENEFICIOSO	N°	3	10	13
	%	4,0	13,3	17,3
SATISFACTORIO	N°	2	8	10
	%	2,7	10,7	13,3
TOTAL	N°	33	42	75
	%	44,0	56,0	100,0

Fuente: Test Likert.

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	11,039 ^a	3	,012
Razón de verosimilitud	11,902	3	,008
Asociación lineal por lineal	9,200	1	,002
N de casos válidos	75		

H₁ : Se acepta.
H₀ : Se rechaza.

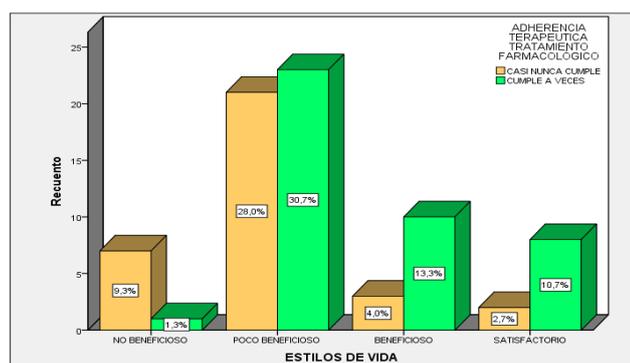
COMENTARIO:

En la Tabla 11 se observa la relación de la adherencia terapéutica farmacológica según los estilos de vida de las personas con DM2 en la Provincia de Tarma 2018.

Muestra la variable adherencia terapéutica del tratamiento farmacológico destacando el cumplimiento a veces con el 56%. Y la variable estilos de vida poco beneficiosa para su salud del 59%.

Al relacionar las variables adherencia terapéutica farmacológica según los estilos de vida menos de la mitad (31%) de la población de personas con DM2 de la provincia de Tarma la adherencia terapéutica farmacológica es que cumple a veces y los estilos de vida son poco beneficiosos. En el contraste de hipótesis p-valor $0,012 < 0,05$, se determina que la adherencia terapéutica farmacológica se relaciona significativamente con los estilos de vida.

FIGURA 11: ADHERENCIA TERAPEUTICA FARMACOLÓGICO SEGÚN ESTILOS DE VIDA DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA PROVINCIA DE TARMA, 2018



Fuente: Tabla 11

TABLA 12: ADHERENCIA TERAPEUTICA EN LA RELACIÓN PERSONAL SALUD-ENFERMEDAD SEGÚN ESTILOS DE VIDA DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA PROVINCIA DE TARMA, 2018

ESTILOS DE VIDA		ADHERENCIA TERAPEUTICA RELACIÓN PERSONAL SALUD-ENFERMEDAD		TOTAL
		CASI NUNCA CUMPLE	CUMPLE A VECES	
NO BENEFICIOSO	N°	4	4	8
	%	5,3	5,3	10,7
POCO BENEFICIOSO	N°	20	24	44
	%	26,7	32,0	58,7
BENEFICIOSO	N°	3	10	13
	%	4,0	13,3	17,3
SATISFACTORIO	N°	2	8	10
	%	2,7	10,7	13,3
TOTAL	N°	29	46	75
	%	38,7	61,3	100,0

Fuente: Test Likert.

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4,090 ^a	3	,252
Razón de verosimilitud	4,309	3	,230
Asociación lineal por lineal	3,511	1	,061
N de casos válidos	75		

H₀ : Se acepta.
H₁ : Se rechaza.

COMENTARIO:

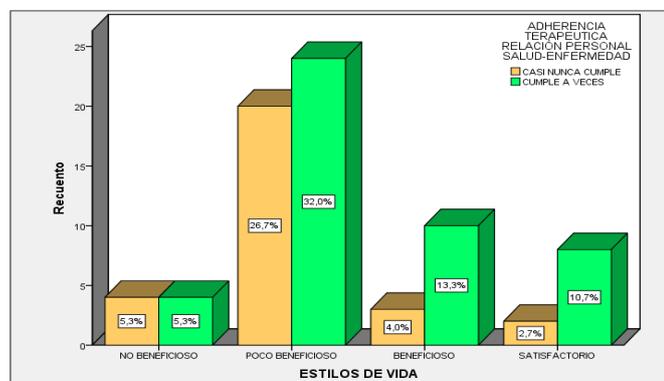
En la Tabla 12 se observa la relación de la adherencia terapéutica en la relación personal salud - enfermedad según estilos de vida de las personas con DM2 en la Provincia de Tarma.

Muestra la variable adherencia terapéutica en la relación personal salud - enfermedad destacando el cumplimiento a veces con el 61%. Y la variable estilos de vida poco beneficiosa para su salud del 59%.

Al relacionar las variables adherencia terapéutica en la relación personal salud - enfermedad según los estilos de vida menos de la mitad (32%) de

la población de personas con DM2 de la provincia de Tarma la adherencia terapéutica en la relación personal salud - enfermedad es que cumple a veces y los estilos de vida son poco beneficiosos. En el contraste de hipótesis $p\text{-valor } 0,252 > 0,05$, se determina que la adherencia terapéutica de relación personal salud-enfermedad no se relaciona significativamente con los estilos de vida.

FIGURA 12: ADHERENCIA TERAPEUTICA EN LA RELACIÓN PERSONAL SALUD-ENFERMEDAD SEGÚN ESTILOS DE VIDA DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA PROVINCIA DE TARMA, 2018



Fuente: Tabla 12

4.4 Discusión de Resultados

En la cita de Salinas et al (2010) (46) la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cumplimiento o la adherencia terapéutica como la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento, como en nuestra investigación. En tanto, Alonso, et al (2006) (47) por adherencia terapéutica entiende como el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los| medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida, con las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden.

Una forma sencilla de clasificar la falta de adherencia terapéutica puede ser la siguiente: Primaria; Aquella prescripción que no llega a retirarse de la farmacia. Secundaria; Alteración en la dosis correcta. Cambio en los intervalos de dosificación. Olvido en la administración del fármaco o aumento en la frecuencia de dosis. Suspensión del tratamiento antes del tiempo recomendado. Cómo detectar la falta de adherencia: Existen varios métodos para calcular la adherencia que pueden ser clasificados en directos e indirectos. Los métodos directos se basan en la determinación del fármaco en sangre, orina u otro fluido, por lo que no son de utilidad en la práctica clínica cotidiana. La relación entre el comportamiento del paciente y las indicaciones que ha recibido sobre su tratamiento: higiénico-dietético, farmacológico y relación personal de salud-enfermedad.

Wong en 2012 (48) define a los estilos de vida como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social. Así mismo, los estilos de vida en el hábito, costumbre que tiene la persona para satisfacer sus necesidades básicas: entorno familiar, hábitos de vida, descanso y personalidad.

Los autores siguientes encontraron los siguientes: Epul Macaya, Pamela (2010) (49) identifica los factores que influyen en el manejo de la diabetes mellitus tipo II ésta relacionada con su vivencia cotidiana e incorporen principalmente el manejo del factor emocional con apoyo psicológico y el enfoque familiar, además de intentar aumentar los beneficios y disminuir las barreras percibidas por los pacientes que obstaculizan el tratamiento. Giacaman Kompatzki, Jorge A (2010) (50) en su investigación describe la adherencia al régimen terapéutico antidiabético; refiere que está dada por múltiples causas, lo que implica una gran tarea que requiere de la interacción de todo el entorno profesional multidisciplinario y el compromiso del paciente y su entorno familiar para lograr un aumento significativo en la adherencia y que hace que ésta sea una tarea muy compleja de resolver. Jasso Millán, Kristian A (2012) (51) determina la intervención orientado a incrementar significativamente los puntajes de la adherencia terapéutica en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 donde prueba la efectividad ya que las puntuaciones del grupo experimental post intervención incrementaron, pero no de manera significativa; en cambio en el cuestionario de conocimientos y en el resto de las mediciones, si existieron cambios significativos en las puntuaciones obtenidas por los pacientes. Bermúdez Roque, Reyna A y Contreras Álvarez, Pablo (2016) (52) describen los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en Diabetes Mellitus tipo II; que más de la mitad de los adultos mayores tienen un

nivel regular de adherencia al tratamiento farmacológico, no existe una adherencia óptima al tratamiento. Es así que es necesario dar seguimiento y orientación a los pacientes para que puedan continuar con un mejor tratamiento y control de su enfermedad, por medio del personal de Salud. Carhuaricra Valle, Maritza (2017) (53) evaluó si la autoestima es un factor asociado a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II y fue comprobado que no existe relación entre variables los factores asociados a la adherencia del tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes. Al evaluar el apoyo de pares y apoyo de los familiares no se encontró relación en ambos casos. Nosotros encontramos en la variable adherencia terapéutica que se cumple a veces el 79% y en cuanto a su dimensión tratamiento higiénico – dietético se cumple a veces con el 67%, en la dimensión terapéutica farmacológico se cumple en 56% y en la dimensión terapéutica de la relación personal salud-enfermedad se cumple a veces con el 61%.

Así mismo Ramírez Ordoñez, María et al. (2011) (54) determinó el estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 se encuentran entre dos etapas muy importantes del ciclo vital humano, adultez media y adultez tardía; el 80% de los pacientes presentaron prácticas de estilos de vida saludables, el cual ayuda a prevenir complicaciones con relación a su patología obteniendo de esta manera un mejor bienestar durante su vida y la evolución de la enfermedad. Camila Romero Calmet (2015) (55) establece la relación

entre las percepciones de enfermedad y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en un grupo de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) encontrando que las percepciones de bajo control personal sobre la diabetes, las respuestas emocionales negativas y un acuerdo de que la enfermedad tiene serias consecuencias sobre la vida estuvieron asociadas a una calidad de vida más deteriorada en diferentes dimensiones. Con los datos anteriores contrastamos con el nuestro dónde la variable estilos de vida es poco beneficiosa para su salud en 59%, en cuanto a la dimensión entorno familiar poco beneficiosa en 53%, la dimensión hábitos de vida es poco beneficiosa para su salud en 40%, la dimensión descanso es poco beneficiosa para su salud en 48% y la dimensión personal es poco beneficiosa para su salud en 50%.

En nuestra investigación se determina que la adherencia terapéutica con los estilos de vida de las personas con DM2 en la Provincia de Tarma encontramos los siguientes: en casi la mitad (47%) la adherencia terapéutica se cumple a veces cuando los estilos de vida son poco beneficiosos. En el contraste de hipótesis $p\text{-valor } 0,002 < 0,05$, se determina que la adherencia terapéutica se relaciona significativamente con los estilos de vida de las personas con DM2 de la Provincia de Tarma. Así, Molina García, Yulisa R (2008) (56) determina que la adherencia al tratamiento tiene relación significativa con la calidad de vida del paciente diabético que asistieron al

Programa de Diabetes del Hospital Nacional “Dos de Mayo”;
presentaron regular adherencia al tratamiento, regular calidad de vida.

CONCLUSIONES

Al finalizar el presente estudio sobre adherencia terapéutica con los estilos de vida de las personas con DM2 en la Provincia de Tarma, llegamos a las siguientes conclusiones:

1. De una muestra de 75 personas mayores de 18 años de la Provincia de Tarma con Diagnóstico de DM2, encontramos: al Adulto Mayor con 53%, la mayoría de ellos son de sexo femenino (69%), la mayoría de ellos son de sexo femenino (69%) y la minoría son de sexo masculino (31%) y se observa casi la mayor parte (80%) son casados.
2. Sobre la variable adherencia terapéutica se cumple a veces el 79% y en cuanto se refiere a su dimensión tratamiento higiénico – dietético se cumple a veces con el 67%, la dimensión terapéutica farmacológico se cumple en 56% y en la dimensión terapéutica de la relación personal salud-enfermedad se cumple a veces con el 61%.
3. Sobre la variable estilos de vida es poco beneficiosa para su salud en 59%, en cuanto a la dimensión entorno familiar poco beneficiosa en 53%, la dimensión hábitos de vida es poco beneficiosa para su salud en 40%, la dimensión descanso es poco beneficiosa para su salud en 48% y la dimensión personal es poco beneficiosa para su salud en 50%.
4. En la relación de la adherencia terapéutica con los estilos de vida de las personas con DM2 en la Provincia de Tarma encontramos los siguientes: en casi la mitad (47%) la adherencia terapéutica se cumple a veces cuando los estilos de vida son poco beneficiosos. En el

contraste de hipótesis p -valor $0,002 < 0,05$, se determina que la adherencia terapéutica se relaciona significativamente con los estilos de vida de las personas con DM2 de la Provincia de Tarma.

5. En cuanto a los estilos de vida poco beneficioso se relaciona con la dimensión adherencia terapéutica higiénico-dietético que cumple a veces en 38%, el estilo de vida poco beneficioso se relaciona con la dimensión adherencia terapéutica farmacológico que se cumple a veces en 31% y el estilo de vida poco beneficioso se relaciona con la dimensión adherencia terapéutica de relación personal salud-enfermedad que se cumple a veces en 32%.
6. En cuanto a la adherencia terapéutica que se cumple a veces se relaciona con la dimensión estilos de vida de entorno familiar que es poco beneficioso en 47%, la adherencia terapéutica que se cumple a veces se relaciona con la dimensión estilos de vida en hábitos que es poco beneficioso en 32%, la adherencia terapéutica que se cumple a veces se relaciona con la dimensión estilos de vida de descanso que es poco beneficioso en 32% y la adherencia terapéutica que se cumple a veces se relaciona con la dimensión estilos de vida personal que es poco beneficioso en 41%.

RECOMENDACIONES

1. A las Instituciones de Salud de Tarma impulsar actividades preventivas que favorezcan la salud de personas mayores con diagnóstico de DM2 en adherencia terapéutica, mediante propuestas de trabajo en equipo y participación de la familia.
2. A la UNDAC sigan realizando investigaciones con variable adherencia terapéutica con los estilos de vida de las personas con DM2 diversificando el enfoque, metodología y variando instrumentos, para consolidar los datos de este estudio, así realicen actividades preventivo- promocionales.
3. A los Profesionales de Enfermería que lideren el monitoreo de adherencia terapéutica en las personas con DM2 con su participación activa en programas de estilos de vida para integrar al paciente con su familia y comunidad, así como el de realizar actividades de prevención y control de los factores de riesgo, la detección precoz y atención integral.

BIBLIOGRAFÍAS

1. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Trasmisibles. Naciones Unidas; 2011 [consulta el 9 de enero de 2012]. Disponible en:
<http://www.ncdalliance.org/sites/default/files/rfiles/UN%20HLM%20Political%20Declaration%20Spanish.pdf>
2. Estrategia de diabetes del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [consulta el 21 de marzo de 2011]. Disponible en:
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos>
3. Federación Internacional de Diabetes. Plan Mundial contra la Diabetes 2011-2021. [consulta el 5 de febrero de 2014]. Disponible en:
<http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>
4. Goodarz Danaei, Mariel M Finucane, et al. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2,7 million participants. *The Lancet*; 2011; 378: 31-40.
5. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005;353(5):487-97.

6. Sabate E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004.
7. Sotoca-Momblona JM, Codina-Jané C. Cómo mejorar la adherencia al tratamiento. JANO 2006;1605:39-40.
8. Organización Mundial de la Salud. Fecha de actualización: 2016; Fecha de consulta: 13/07/2017.
9. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. WHO/NMH/CHP/11.1. Fecha de consulta: 13/05/2018; P:1-20.
10. Ministerio de Salud. Situación de las Enfermedades No Transmisibles en el Perú. 2003; (43, 49) Fecha de Actualización: 2013; Fecha de consulta: 12/04/2018. Disponible en: www.Wikipedia.com.pe.
11. Organización Mundial de la Salud. Fecha de actualización: 2016; Fecha de consulta: 13/05/2018.
12. Ramírez Saba A. Disponible en: <http://.minsa.gob.pe>.2006
13. Martín, Bayarre, Grau. Validación del cuestionario MBG para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev Cubana Salud Pública v.34 n.1 Ciudad de La Habana. 2008. ISSN 1561-3127.
14. Pamela Nilda Epul Macaya. Factores que influyen en el manejo de la diabetes mellitus tipo II en pacientes bajo control del consultorio adosado al Hospital San José de Maipo en el año 2010. Universidad de Chile.

15. Jorge Alejandro Giacaman Kompatzki. Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II en el Hospital de Ancud. Universidad Austral de Chile. Valdivia – Chile, 2010.
16. María Mercedes Ramírez Ordoñez et al. Estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Unidad Básica de Comuneros, Cúcuta - 2010. VOLUMEN 8 / NÚMERO 1 / AÑO 2011.
17. Kristian Alejandra Jasso Millán. Evaluación de una intervención para mejorar la adherencia terapéutica de diabéticos tipo 2. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. 2012.
18. Reyna Alejandra Bermúdez Roque y Pablo Contreras Álvarez. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con diabetes mellitus tipo II de una comunidad mexiquense. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca - México, 2016.
19. Miriam Carolina Velasco Fuentes. Diseño y evaluación de un programa centrado en la adherencia terapéutica en diabetes mellitus tipo 2. Universidad Autónoma del Estado de México. TOLUCA, 2016.
20. Yulisa Rocío Molina García. Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional "Dos de Mayo": enero - febrero 2008. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú, 2008.
21. Cindy Edith Gamboa Chávez. Percepción del paciente con diabetes mellitus tipo II sobre su calidad de vida. programa de diabetes del

- Hospital Nacional Dos De Mayo, 2013. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú, 2014.
22. Wilber Avelino Gonzales Torres. Conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y funcionalidad familiar asociados a la adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2, Hospital Militar Central, Lima, noviembre 2014 - enero 2015. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú, 2015.
 23. Camila Romero Calmet. Percepción de enfermedad y calidad de vida relacionada con la salud en un grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Lima - Perú, 2015. Pontificia Universidad Católica del Perú.
 24. Juana Marisol Cáceres Plasencia. Estilos de vida en pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital I Carlos Alcántara Butterfield 2016. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú, 2016.
 25. Sandybell Pariona Rojas. Conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y los estilos de vida en los pacientes atendidos en el servicio de laboratorio del Hospital Municipal SJL 2017. Universidad César Vallejo. Perú, 2017.
 26. Carhuaricra Valle, Maritza. Factores asociados a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I Essalud Tingo María – 2017. Universidad de Huánuco. Huánuco – Perú, 2017.

27. López Romero LA, Romero Guevara SL, Parra DI, Rojas Sánchez LZ. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. Hacia la promoción de la salud. 2016; 21(1): 117-137. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.10.
28. Elizabeth Salinas Cruz, et al. Adherencia Terapéutica. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Enf Neurol (Mex). Vol. 11, No. 2: 102-104, 2012. ©INNN, 2010.
29. III FORO DIÁLOGOS PFIZER-PACIENTES. La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. 117-137.
30. Alonso MA, et al. Adherencia Terapéutica: Estrategias prácticas de mejora. Servicio Madrileño de Salud - Comunidad de Madrid. Vol. 13. Núm. 8. Año 2006. ISSN: 1575-5487. Pp:117-137.
31. Rocío Soria Trujano, Zaira Vega Valero, Carlos Nava Quiroz y Karina Saavedra Vázquez. Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. Universidad Nacional Autónoma de México, Iztacala, México. LIBERABIT: Lima (Perú) 17(2): 223-230, 2011.
32. LibroDiabetes_1-11 2 parte.pdf. Guías de Actuación sobre Riesgo Cardiovascular en Enfermos Diabéticos. Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha Contra la Hipertensión Arterial. Pp:33-38.
33. **Manuel Ortiz, Eugenia Ortiz, Alejandro Gatica y Daniela Gómez.** Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de

la Diabetes Mellitus Tipo 2. Universidad de La Frontera, Chile. Terapia psicológica 2011, Vol. 29, N° 1, 5-11.

34. Luis Alberto Ramírez-Roca, Julio Palencia-Prado, María Guadalupe Castro-Martínez. revisión de las guías de tratamiento farmacológico de diabetes mellitus tipo 2 y opinión en Centroamérica. Artículo de Revisión Med Int Méx 2015;31:733-748.
35. González Menéndez Ricardo. Relación equipo de salud – paciente – familia: Aspectos éticos y tácticos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2005. ISBN 959-212-151-6. Pp:85-87.
36. Claudia Wong de Liu. Estilos de vida. Universidad de San Carlos de Guatemala. 2012. P:1-4.
37. María del Carmen Ortega Navas. La familia como agente promotor de estilos de vida saludables. Universidad Nacional de Educación a Distancia 2014. 6p.
38. Sanitas.es. Hábitos de vida saludable. [Contactado: julio 2018]. Disponible en:
https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/estilo-vida/prepro_080021.html
39. Material complementario/Enfermería comunitaria. Necesidad de descanso y sueño. [Contactado: julio 2018]. Disponible en:
<https://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/05/necesidades.pdf>
40. Aparicio García, Ma. Evelia; Sánchez López, María Pilar. Los estilos de personalidad: Su medida a través del Inventario Millón de Estilos

de Personalidad. Anales de Psicología, vol. 15, núm. 2, 1999, pp. 191-211. Universidad de Murcia - Murcia, España.

41. Ramírez, La investigación científica. Edit. Abedul Lima, 2005
42. Supo JA. Seminarios de Investigación para la producción científica. Bioestadístico [Internet]. Programa SIPRO 3.0 [BMC - LIMA, 2018]. Pp:16.
43. Supo JA. Seminarios de Investigación para la producción científica. Bioestadístico [Internet]. Programa SIPRO 3.0 [BMC - LIMA, 2018]. Pp:16.
44. Hernández, R. – Fernández, C. – Baptista, P. Metodología de la investigación. 6° edición, McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V., México, 2014.
45. Mormontoy Laurel Wilfredo. “Elaboración del protocolo de investigación en ciencias de la salud, de la conducta y áreas afines”; Lima – Perú, 1994.
46. Salinas Cruz, Elizabeth et al. Adherencia Terapéutica. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Enf Neurol (Mex). Vol. 11, No. 2: 102-104, 2012. ©INNN, 2010.
47. Alonso MA, et al. Adherencia Terapéutica: Estrategias prácticas de mejora. Servicio Madrileño de Salud - Comunidad de Madrid. Vol. 13. Núm. 8. Año 2006. ISSN: 1575-5487. Pp:117-137.
48. Wong de Liu, Claudia. Estilos de vida. Universidad de San Carlos de Guatemala. 2012. P:1-4.

49. Epul Macaya, Pamela Nilda. Factores que influyen en el manejo de la diabetes mellitus tipo II en pacientes bajo control del consultorio adosado al Hospital San José de Maipo en el año 2010. Universidad de Chile.
50. Giacaman Kompatzki, Jorge Alejandro. Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II en el Hospital de Ancud. Universidad Austral de Chile. Valdivia – Chile, 2010.
51. Jasso Millán, Kristian Alejandra. Evaluación de una intervención para mejorar la adherencia terapéutica de diabéticos tipo 2. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. 2012.
52. Bermúdez Roque, Reyna Alejandra y Contreras Álvarez, Pablo. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con diabetes mellitus tipo II de una comunidad mexiquense. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca - México, 2016.
53. Carhuaricra Valle, Maritza. Factores asociados a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I Essalud Tingo María – 2017. Universidad de Huánuco. Huánuco – Perú, 2017.
54. Ramírez Ordoñez, María Mercedes et al. Estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Unidad Básica de Comuneros, Cúcuta - 2010. VOLUMEN 8 / NÚMERO 1 / AÑO 2011.
55. Romero Calmet, Camila. Percepción de enfermedad y calidad de vida relacionada con la salud en un grupo de pacientes con diabetes

mellitus tipo 2. Lima - Perú, 2015. Pontificia Universidad Católica del Perú.

56. Molina García, Yulisa Rocío. Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional "Dos de Mayo": enero - febrero 2008. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú, 2008.

ANEXOS

ANEXO 01

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

INSTRUCCIONES:

1. Estimado paciente, solicitamos su colaboración para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones de su médico orientadas a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.
2. Así mismo, otro formato contiene las afirmaciones de los estilos de vida con el que te identificas.
3. Está garantizado la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio.
4. Usted debe marcar con X en una sola alternativa. Muchas gracias.

DATOS GENERALES:

Código / H. Clínica: _____
Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____
Nivel de escolaridad: _____ Consultorio: _____
Años de diagnosticada la enfermedad: _____
Tiene Usted indicado tratamiento con medicamentos:
1. Si _____
2. No _____
3. Cuál/les: _____

DATOS ESPECÍFICOS:

Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau)

Afirmaciones de su situación particular de la relación personal de salud-paciente en las alternativas:

Nunca : (N)
Casi nunca : (CN)
A veces : (AV)
Casi siempre: (CS)
Siempre : (S)

AFIRMACIONES	N	CN	AV	CS	S
TRATAMIENTO HIGIÉNICO- DIETÉTICO					
1) Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta					
2) Realiza los ejercicios físicos indicados					
3) Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					

4) Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento					
TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS					
5) Toma los medicamentos en el horario establecido					
6) Se toma todas las dosis indicadas					
7) Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria					
8) Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos					
RELACIÓN PERSONAL DE SALUD – PACIENTE					
9) Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
10) Usted y el personal de salud analizan, cómo cumplir el tratamiento					
11) Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha establecido el personal de salud					
12) Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir					

Test para medir los estilos de vida MUOC (Macmaster University, Ontario, Canadá)

Afirmaciones autoevaluación de estilos de vida que hace recordar el último en el último mes en las alternativas:

Casi nunca (CN)

A veces (AV)

Casi siempre (CS)

AFIRMACIONES	CN	AV	CS
ENTORNO FAMILIAR			
1) Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí			
2) Yo doy y recibo cariño			
HÁBITOS DE VIDA			
3) Yo realizo actividad física (caminar, subir escaleras, trabajo de la casa, hacer el jardín)			
4) Yo hago ejercicios en forma activa al menos por 20 minutos (correr, andar bicicleta o caminar)			
5) Mi alimentación es balanceada.			
6) A menudo consumo mucho azúcar o sal o comida chatarra o con mucha grasa.			
7) Estoy pesado respecto a mi peso ideal.			
8) Yo fumo cigarrillos.			
9) Generalmente paro fumando cigarrillos.			
10) Mi frecuencia de tragos por semana es 2 veces.			
11) Bebo más de cuatro tragos en una misma ocasión.			

12) Manejo el auto después de beber alcohol.			
DESCANSO			
13) Duermo bien y me siento descansado.			
14) Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión de mi vida.			
15) Yo me relajo y disfruto me tiempo libre.			
PERSONALIDAD			
16) Parece que ando acelerado.			
17) Me siento enojado o agresivo.			
18) Yo soy un pensador positivo y optimista.			
19) Yo me siento tenso o apretado.			
20) Yo me siento deprimido o triste.			
21) Uso siempre el cinturón de seguridad.			
22) Yo me siento satisfecho con mi trabajo o mis actividades.			
23) Uso drogas como marihuana, cocaína o pasta.			
24) Uso esencialmente los remedios que me indican o los que puedo comprar sin receta.			
25) Bebo café, té o bebidas cola que tienen cafeína.			

ANEXO Nº 02

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES / DIMENSIONES	METODOLOGÍA
<p>GENERAL: ¿Cómo se relaciona la adhesión al tratamiento con los estilos de vida de las personas con diabetes mellitus 2 de la Provincia de Tarma, 2018?</p>	<p>GENERAL: Determinar cómo se relaciona la adhesión al tratamiento con los estilos de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2 de la Provincia de Tarma.</p>	<p>GENERAL: La adhesión al tratamiento se relaciona significativamente con los estilos de vida de las personas con diabetes mellitus de la Provincia de Tarma.</p>	<p>VARIABLE 1: ADHERENCIA TERAPÉUTICA</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento higiénico-dietético. • Tratamiento farmacológico. • Relación personal de salud-paciente. 	<p>MÉTODO: Analítico, sintético, deductivo e inductivo. El estadístico no paramétrico de la Chi cuadrada.</p> <p>TIPO DE INVESTIGACIÓN: Enfoque cuantitativo, de tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico.</p> <p>NIVEL DE ESTUDIO: Relacional.</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: No experimental, correlacional de corte transversal.</p> <p>POBLACIÓN Y MUESTRA: La población total es 620. La muestra 75 pacientes, no aleatoria.</p> <p>INSTRUMENTOS: Cuestionario y Test Likert</p> <p>TÉCNICAS: Entrevista y Encuesta</p>
<p>ESPECÍFICOS:</p> <p>1. ¿Cómo es la adhesión de las dimensiones tratamiento higiénico-dietético, tratamiento farmacológico y de la relación personal de salud-paciente en relación con los estilos de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2 de la provincia de Tarma?</p> <p>2. ¿Cómo es la adhesión al tratamiento y su relación con los estilos de vida según las dimensiones entorno familiar, hábitos de vida, descanso y personalidad de las personas con diabetes mellitus tipo 2 de la provincia de Tarma?</p>	<p>ESPECÍFICOS:</p> <p>1. Evaluar cómo es la adhesión de las dimensiones tratamiento higiénico-dietético, tratamiento farmacológico y de la relación personal de salud-paciente en relación con los estilos de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2 de la provincia de Tarma.</p> <p>2. Evaluar cuál es la adhesión al tratamiento de las personas con diabetes mellitus tipo 2 de la provincia de Tarma en relación a los estilos de vida en las dimensiones entorno familiar, hábitos de vida, descanso y personalidad.</p>	<p>ESPECÍFICOS:</p> <p>1. Los estilos de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2 de la provincia de Tarma se relaciona significativamente con la adhesión de las dimensiones tratamiento higiénico-dietético, tratamiento farmacológico y de la relación personal de salud-paciente.</p> <p>2. La adhesión al tratamiento de las personas con diabetes mellitus tipo 2 de la provincia de Tarma se relaciona significativamente con los estilos de vida en las dimensiones entorno familiar, hábitos de vida, descanso y personalidad.</p>	<p>VARIABLE 2: ESTILOS DE VIDA</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entorno familiar. • Hábitos de vida. • Descanso. • Personalidad. 	

ANEXO 03

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	CATEGORÍAS
VARIABLE 1: ADHERENCIA TERAPÉUTICA	Es el cumplimiento de la prescripción del tratamiento de la persona sobre las orientaciones y consejos recibidos del personal de salud	La relación entre el comportamiento del paciente y las indicaciones que ha recibido sobre su tratamiento.	Factores biomédicos	Tratamiento higiénico-dietético	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta. • Realiza los ejercicios físicos indicados. • Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos. • Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento 	Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre
			Factores psicosociales	Tratamiento con medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Toma los medicamentos en el horario establecido. • Se toma todas las dosis indicadas. • Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria. • Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos. 	
			Factores asistenciales	Relación personal de salud – paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Asiste a las consultas de seguimiento programadas. • Usted y el personal de salud analizan, cómo cumplir el tratamiento. • Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha establecido el personal de salud. • Usted y el personal de salud, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir. 	
VARIABLE 2: ESTILOS DE VIDA	Es el comportamiento adquirido a lo largo de la vida (Hábito, conducta, costumbre), donde influyen los patrones psico-socio-culturales, que conllevan a la persona a la satisfacción de sus necesidades básicas y el	Es el hábito, costumbre que tiene la persona para satisfacer sus necesidades básicas.	Entorno familiar	Familia u Amigos	<ul style="list-style-type: none"> • Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí. • Yo doy y recibo cariño. 	Casi nunca A veces Casi siempre
			Hábitos de vida	Actividad física	<ul style="list-style-type: none"> • Yo realizo actividad física (caminar, subir escaleras, trabajo de la casa, hacer el jardín) • Yo hago ejercicios en forma activa al menos por 20 minutos (correr, andar bicicleta o caminar) 	
				Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> • Mi alimentación es balanceada. • A menudo consumo mucho azúcar o sal o comida chatarra o con mucha grasa. • Estoy pesado respecto a mi peso ideal. 	
				Tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Yo fumo cigarrillos. • Generalmente paro fumando cigarrillos. 	
				Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> • Mi frecuencia de tragos por semana es 2 veces. • Bebo más de cuatro tragos en una misma ocasión. 	

	bienestar personal.				<ul style="list-style-type: none"> • Manejo el auto después de beber alcohol. 	
			Descanso	Sueño/Estrés	<ul style="list-style-type: none"> • Duermo bien y me siento descansado. • Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión de mi vida. • Yo me relajo y disfruto me tiempo libre. 	
			Personalidad	Tipo de personalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Parece que ando acelerado. • Me siento enojado o agresivo. 	
				Introspección	<ul style="list-style-type: none"> • Yo soy un pensador positivo y optimista. • Yo me siento tenso o apretado. • Yo me siento deprimido o triste. 	
				Conducción y trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Uso siempre el cinturón de seguridad. • Yo me siento satisfecho con mi trabajo o mis actividades. 	
Otras drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Uso drogas como marihuana, cocaína o pasta. • Uso esencialmente los remedios que me indican o los que puedo comprar sin receta. • Bebo café, té o bebidas cola que tienen cafeína. 					

ANEXO N° 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la presente investigación que tiene relación con la adherencia terapéutica y los estilos de vida de las personas con diabetes mellitus 2 de la Provincia de Tarma. Considero que los resultados de este estudio serán para mejorar la salud de los adultos mayores.

Mi participación consiste en responder los cuestionarios.

Los portadores del formato son: GONZALES GÁLVEZ, Deysi Lisbeth y ZAVALA GUERRERO, Johannes Julio, egresados de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión de la Facultad de Ciencias de la Salud – Escuela de Formación Profesional de Enfermería, quien me ha explicado de la recolección de datos y que la está realizando como parte de su TESIS. Así mismo no implica ningún riesgo para mí, se me informó que los datos que yo le proporcione serán confidenciales, sin haber posibilidad de identificación individual y que también puedo dejar de participar en esta investigación en el momento que lo desee.

Tarma, 2018

.....
Firma del Entrevistado

.....
Firma del Investigador

ANEXO Nº 05

EVIDENCIAS

