

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO RELACIONADA A LA**  
**SALUD FÍSICA EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL**  
**PROGRAMA DEL ADULTO - HOSPITAL**  
**ANTONIO SKRABONJA**  
**MARZO 2019**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER**  
**MARTINEZ GRADOS GABRIELA LISSET**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**  
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**CHINCHA - PERÚ**

**2019**

**ASESORA DE TESIS: MG. VIVIANA LOZA FÉLIX**

## **AGRADECIMIENTO**

### **A Dios**

Por brindarme la vida, ser mi guía y fortaleza en cada momento de mi existencia y permitirme culminar mis estudios universitarios, para poder ser una buena profesional.

### **A la Universidad Privada San Juan Bautista**

Alma Mater en formación profesional en ciencias de la salud que me permite lograr mi objetivo de ser profesional de calidad.

### **Al Hospital Antonio Skrabonja- Pisco**

Por brindarme el permiso correspondiente para realizar mi trabajo de investigación y brindarme la información solicitada, así mismo a los pacientes del programa del adulto de dicha institución por su colaboración en la realización de la entrevista.

### **A mi asesora**

Por su paciencia, su tiempo y dedicación que tuvo para apoyarme en la realización del trabajo de investigación.

## **DEDICATORIA**

A mis padres y abuelos porque gracias a su esfuerzo, dedicación y esmero hicieron posible que terminara mi carrera universitaria. Ellos constituyen mi ejemplo a seguir.

## RESUMEN

**Introducción:** La diabetes mellitus 2, es una enfermedad crónica degenerativa y requiere de un tratamiento no solo farmacológico, sino también de una alimentación saludable y ejercicios para controlarla, así como el compromiso del paciente para seguir con el tratamiento, teniendo en cuenta las complicaciones y deterioro de su salud física que se generan ante la falta de adherencia. Esta investigación tuvo como **Objetivo:** Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y la salud física de los pacientes diabéticos del programa del adulto del Hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019. **Metodología:** Estudio cuantitativo de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal, se consideró una muestra de 151 pacientes diabéticos, obtenida por muestreo probabilístico, aleatorio simple. La técnica fue la entrevista y como instrumento una guía de entrevista, validado por juicio de expertos y cuya confiabilidad fue alta ( $\alpha=0.82$ ). **Resultados:** La adherencia al tratamiento de estos pacientes fue mala en un 51%, asimismo, de acuerdo a sus dimensiones se encontró que el 60,3% y el 50,3% no cumplen con el tratamiento farmacológico y no farmacológico respectivamente, sin embargo, el 72,2% presentó una buena relación con el personal de salud, con respecto a la salud física no se vio afectada en un 49,7% debido a que un 54,3% y un 49,7% no presentaba deterioro de la movilidad, ni complicaciones. **Conclusiones:** los pacientes del estudio presentaron una mala adherencia al tratamiento y una buena salud física, por lo tanto no se encontró relación entre las variables ( $\chi^2=3.82$ ) aceptándose la hipótesis nula.

**Palabras clave:** Adherencia al tratamiento, salud física, paciente diabético.

## ABSTRACT

**Introduction:** Diabetes mellitus 2, is a chronic degenerative disease and requires a treatment not only pharmacological, but also a healthy diet and exercises to control it, as well as the commitment of the patient to continue with the treatment, taking into account the complications and deterioration of their physical health that are generated in the absence of adherence. This research work had as **Objective:** To determine the relationship between the adherence to treatment and the physical health of diabetic patients of the adult program of Antonio Skrabonja Hospital, march 2019. **Methodology:** A descriptive, correlational and cross-sectional quantitative study was considered a sample of 151 Diabetic patients, obtained by simple random, probabilistic sampling. The technique was the interview and as an instrument an interview guide, validated by expert judgment and whose reliability was  $\alpha = 0.82$ . **Results:** The adherence to the treatment of these patients was bad in 51%, due to the fact that 60.3% and 50.3% do not comply with the pharmacological and non-pharmacological treatment respectively, however, 72.2% presented a good relationship with health personnel, with respect to physical health this was not affected by 49.7% because 54.3% and 49.7% had no impairment of mobility, or complications. **Conclusions:** the patients in the study showed poor adherence to treatment and good fiscal health, therefore no relationship was found between the variables ( $x^2 = 3.82$ ), because most patients have a disease time of less than 5 years, also their ages range between 43 and 53 years.

Key words: Adherence to treatment, physical health, type 2 diabetic patient.

## PRESENTACIÓN

La diabetes mellitus representa un grave problema de salud pública, tanto a nivel internacional como nacional, enfermedad que afecta la salud física por su relación con los estilos de vida; a pesar de la información que existe acerca de esta enfermedad hay una baja adherencia al tratamiento condicionado por los cambios radicales que se exige en el autocuidado y conductas del paciente y en la familia; el deterioro de salud física trae consigo diversas complicaciones que requieren atención de emergencia y deterioro de la calidad de vida.

El objetivo del estudio fue determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y la salud física de los pacientes diabéticos del programa del adulto del hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019. Tiene como propósito llamar a la reflexión a las autoridades de salud, pacientes y familia respecto a la enfermedad, a la vez crear estrategias para mejorar el estado de salud a través de la atención integral a los pacientes diabéticos y fortalecer el rol de enfermería basándose en un cuidado humanizado y a la vez implementar actividades dirigidas a disminuir el riesgo de complicaciones que derivan de los cambios producidos por la diabetes con la educación respecto al tratamiento, aspecto que favorecerá un control adecuado de la enfermedad, promoviendo la aceptación de esta y la adopción de estilos de vida que sean saludables.

El presente trabajo consta de cinco capítulos distribuidos de la siguiente manera:

Capítulo I: El problema, el cual consta del planteamiento del problema, formulación del mismo, objetivos, justificación, y propósito; el Capítulo II: Marco Teórico, incluye antecedentes bibliográficos, base teórica; hipótesis, variables y definición operacional de términos; el Capítulo III: Metodología de la investigación, en esta se mencionan el tipo de estudio,

área de estudio, población y muestra, técnica e instrumento de recolección de datos, diseño de recolección de datos y el procesamiento de datos; en el Capítulo IV: Análisis de los resultados, trata de los resultados y discusión de los mismos, y por último el Capítulo V: Conclusiones Y Recomendaciones; además de las referencias bibliográficas, bibliografías y anexos.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>CARÁTULA</b>	I
<b>ASESORA</b>	ii
<b>AGRADECIMIENTO</b>	iii
<b>DEDICATORIA</b>	iv
<b>RESUMEN</b>	v
<b>ABSTRACT</b>	vi
<b>PRESENTACIÓN</b>	vii
<b>ÍNDICE</b>	ix
<b>LISTA DE TABLAS</b>	xi
<b>LISTA DE GRÁFICOS</b>	xii
<b>LISTA DE ANEXOS</b>	xiii
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA:</b>	
I.a. Planteamiento del problema	14
I.b. Formulación del problema	18
I.c. Objetivos:	
I.c.1 Objetivo General	19
I.c.2 Objetivo Específico	19
I.d. Justificación	19
I.e. Propósito.	20
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
II.a. Antecedentes bibliográficos	22
II.b. Base teórica	27
II.c. Hipótesis	45
II.d. Variables.	46
II.e. Definición operacional de términos.	46

<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN:</b>	
III.a. Tipo de estudio.	48
III.b. Área de estudio.	49
III.c. Población y muestra.	50
III.d. Técnicas e instrumento de recolección de datos.	51
III.e. Diseño de recolección de datos.	52
III.f. Procesamiento y análisis de datos.	53
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:</b>	
IV.a. Resultados	55
IV.b. Discusión	62
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:</b>	
V.a. Conclusiones	68
V.b. Recomendaciones	69
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	71
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	82
<b>ANEXOS</b>	84

## LISTA DE TABLAS

		Pag.
<b>TABLA 1</b>	Distribución de datos generales de pacientes diabéticos del programa del adulto del Hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019	55

## LISTA DE GRÁFICOS

	<b>Pag.</b>
<b>GRÁFICO 1</b> Relación entre la adherencia al tratamiento y la salud física de pacientes diabéticos del programa del adulto del Hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019	57
<b>GRÁFICO 2</b> Adherencia al tratamiento según dimensión tratamiento farmacológico de pacientes diabéticos del programa del adulto del Hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019	58
<b>GRÁFICO 3</b> Adherencia al tratamiento según dimensión tratamiento no farmacológico de pacientes diabéticos del programa del adulto del Hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019	59
<b>GRÁFICO 4</b> Adherencia al tratamiento según dimensión relación con el personal de salud de pacientes diabéticos del programa del adulto del Hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019	60
<b>GRÁFICO 5</b> Salud física según sus indicadores de la dimensión repercusión en la salud de pacientes diabéticos del programa del adulto del Hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019	61

## LISTA DE ANEXOS

		<b>Pág.</b>
<b>ANEXO 1</b>	Operacionalización de variables	85
<b>ANEXO 2</b>	Instrumento	87
<b>ANEXO 3</b>	Validez del instrumento	92
<b>ANEXO 4</b>	Confiabilidad del instrumento	93
<b>ANEXO 5</b>	Informe de la prueba piloto	94
<b>ANEXO 6</b>	Prueba de hipótesis	96
<b>ANEXO 7</b>	Escala de valoración del instrumento	98
<b>ANEXO 8</b>	Tabla matriz de consistencia	101
<b>ANEXO 9</b>	Fórmula para hallar la muestra	103
<b>ANEXO 10</b>	Tablas de dimensiones por variable	104

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en una publicación del 2018, menciona que la prevalencia mundial de la diabetes se ha incrementado en un 8.5% en las personas mayores de 18 años frente al 4.7% del año 1980, la prevalencia aumenta cada vez más rápido en los países de ingresos medios y bajos que en los países de ingresos altos. Asimismo, manifiesta que en el 2016 un total de 1.6 millones de muertes fueron por causa de la diabetes siendo así la séptima causa de muerte<sup>1</sup>.

Según la Federación Internacional de Diabetes (FDI), en el 2017, calculó que América del Norte y el Caribe tuvieron el mayor porcentaje de alteración de la glucosa con un 14.1% en relación a las demás regiones, así mismo tuvo una prevalencia de 13% de las personas adultas y adultas mayores entre 20 y 79 años de edad, lo que significa que unos 51.3 millones de personas padecen de esta enfermedad, y de estas un 83.2% reside en la zona urbana. Siendo Centroamérica la segunda región con más alta prevalencia de alteración de la glucosa con un 9.6%, y con una población afectada de 31.9% de personas de 20 y 79 años que padecen esta enfermedad y estima una proyección de un 61.5% de diabetes para el año 2045<sup>2</sup>.

Por otro lado, la Asociación Americana de la Diabetes (ADA), en el año 2015, menciona que el 9.4% de los estadounidenses padecían de diabetes mellitus tipo 2, y de estos el 25.2% eran adultos mayores. Convirtiéndose así en la séptima causa de muerte en los Estados Unidos<sup>3</sup>.

En el 2015, un estudio realizado en Cuba, menciona que, la adherencia al tratamiento es un proceso muy complejo porque necesita de la educación sanitaria de la población, además que el personal de salud diseñe nuevas estrategias de intervención que incluyan al paciente en redes de apoyo, así como su participación activa y responsable en la construcción de su tratamiento<sup>4</sup>.

Así mismo, en una investigación realizada en Paraguay en el año 2018, refiere que las enfermedades crónicas no transmisibles, presentan una alta prevalencia en sus habitantes, siendo 9.7% la prevalencia de personas con esta enfermedad; y el 61% de los pacientes diabéticos tienen una mala adherencia al tratamiento<sup>5</sup>.

Por otro lado, un estudio realizado en el 2014, en Colombia, con pacientes diabéticos tipo 2 menciona que el 62.3% de estos pacientes tenían una calidad de vida media, en relación a su estado de salud física. Con respecto a los puntajes obtenidos, el impacto en el tratamiento fue la escala más afectada con un 41% y la escala menos afectada fue la preocupación por las complicaciones de esta enfermedad en un 9%. Por consiguiente, en el presente estudio se concluyó que estos pacientes perciben que su salud física como dimensión de la calidad de vida no se ve afectada<sup>6</sup>.

Un estudio realizado en Quito- Ecuador, menciona que el 60% era del sexo femenino, las personas más afectadas fueron las mayores de 50 años con un 47%, además, señala que solo un 7% realiza ejercicio 3 ó más veces a la semana y que su alimentación no es buena, lo cual deteriora su salud física, incrementando así el riesgo a sufrir complicaciones; siendo la retinopatía y los problemas cardiacos con 53% y 40% respectivamente las complicaciones crónicas más comunes<sup>7</sup>.

El Perú es uno de los países que no es ajeno a la problemática existente de las enfermedades crónicas. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el 2017 en su libro “Perú enfermedades no transmisibles y transmisibles”<sup>10</sup> afirma que el 3.3% de las personas mayores de 15 años fueron diagnosticadas por un médico, incrementándose en un 0.4% en relación al año 2016, siendo las mujeres con un 3.6% el sexo más afectado, con respecto a los varones en un 3%. Por otro lado, de todas las personas diagnosticadas con esta enfermedad solo el 73.3% recibió o compró los medicamentos al menos una vez, para controlarla; incrementándose en un 2.9% en relación al año 2016. Con respecto a su región natural, el mayor porcentaje de adherencia lo tuvo Lima Metropolitana con un 77.3%, seguido por la Selva, la Costa y la Sierra con un 73.3%, 72% y un 63.9% respectivamente<sup>8</sup>.

En Juliaca- Puno, en el año 2017, se realizó un estudio donde menciona que el 32% de las mujeres tienen una regular adherencia al tratamiento, mientras que solo el 24 % de los hombres tiene una regular adherencia al tratamiento y otro 15% una mala adherencia; así mismo menciona que del total las personas entre 18 a 59 años ninguna tiene una buena adherencia al tratamiento y solo el 46% de las personas mayores de 60 años tienen una regular adherencia al tratamiento. Por lo que se concluye que los varones son los que tienen menos adherencia al tratamiento en relación a las mujeres, así como los jóvenes y adultos son menos adherentes al tratamiento que los adultos mayores<sup>9</sup>.

Así mismo, en el año 2017, en Arequipa se realizó un estudio donde se menciona que el sexo femenino es el más afectado por la diabetes con un 75.7% y solo el 24.2% varones de los cuales el 21.3% eran personas menores de 50 años y el 34.9% eran de 60 a 69 años de edad, así mismo del total de pacientes el 85.4% tiene una

inadecuada actividad física, el 88.3% malos hábitos nutricionales y el 31% consume alcohol. Por lo que se concluye su adherencia al tratamiento es mala en un 89.3% y con respecto a su salud física se ve afectada medianamente en un 60.1%<sup>10</sup>.

Por último, en el año 2015 en Trujillo, se realizó un estudio donde indica que gran parte de los pacientes del hospital regional docente de Trujillo, presenta una baja adherencia al tratamiento con un 53.5%, lo que anima al personal de salud a realizar campañas con el fin de concientizar a las personas de la importancia a la adherencia al tratamiento y las complicaciones que pueden presentar si no siguen un adecuado tratamiento<sup>11</sup>.

Un informe de EsSalud (2015) revela que de acuerdo al perfil epidemiológico de la población asegurada por redes asistenciales, del total de pacientes asegurados, el 3.5% sufre de diabetes, donde el 52.9% son mujeres, así mismo menciona que el 59.4% de los mayores de 60 años tienen una buena adherencia al tratamiento seguido de los que tienen una edad entre 30 y 59 años que representan un 39.5%. Por otro lado calcula que en Ica el 3.1% de la población asegurada sufre de esta enfermedad<sup>12</sup>.

Por otro lado en el 2016, según la situación epidemiológica de diabetes en establecimientos del MINSA, refiere que en el departamento de Ica había un 6,6% de casos registrados en ese año, donde el 94.1% tenía diabetes tipo 2, siendo las mujeres y las personas de 60 a 64 años las que presentaron mayor prevalencia; así mismo menciona que las complicaciones más comunes son la neuropatía en un 33.7%, seguida del pie diabético y la nefropatía en un 12,5% y 12.1% respectivamente<sup>13</sup>.

En el distrito de Pisco, según la información brindada por el programa del adulto de EsSalud, en el año 2018, hubo 498 nuevos casos de diabetes mellitus<sup>14</sup>.

Se pudo observar a lo largo de las prácticas clínicas en los hospitales, especialmente en el Hospital Antonio Skrabonja; donde el número de pacientes diabéticos diagnosticados es cada vez mayor, siendo los de mayor incidencia los pacientes diabéticos tipo 2, en quienes existe una falta de conciencia respecto a su enfermedad; puesto que manifiestan tener información acerca de los estilos de vida saludables que deben seguir, como es la modificación en su alimentación y la realización de actividad física de manera frecuente, así como también de las graves complicaciones que conlleva la diabetes, las cuales afectan su salud física desde la disminución de la energía, fuerza y movilidad hasta daños en el funcionamiento del organismo que puede llevar a pérdidas irremediables de los miembros tanto superiores como inferiores y aun así no cumplen con el tratamiento médico indicado, por diversos motivos, como falta de tiempo e interés para realizar ejercicios, hábito de consumir harinas todos los días y no consumir ensaladas, además respecto a su tratamiento la mayoría olvida tomar sus pastillas, o deja de tomarlas porque refieren “les hacen mal”.

De acuerdo a esta problemática se presenta la siguiente interrogante:

### **I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y la salud física de pacientes diabéticos del programa del adulto del hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019?

## **I.c. OBJETIVOS**

### **I.c.1. General**

- Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y la salud física de los pacientes diabéticos del programa del adulto del hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019.

### **I.c.2. Específico**

- Indicar la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos del programa del adulto del hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019, según sus dimensiones:
  - ✓ Tratamiento farmacológico
  - ✓ Tratamiento no farmacológico
  - ✓ Relación con el personal de salud.
- Valorar la salud física de los pacientes diabéticos del programa del adulto del hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019, según su dimensión:
  - ✓ Repercusión en la salud física

## **I.d. JUSTIFICACIÓN**

La diabetes mellitus representa un grave problema de salud pública, tanto a nivel nacional como internacional, debido a que a pesar de la cantidad y calidad de información que existe acerca de esta enfermedad; hay una baja adherencia al tratamiento, lo que conlleva al deterioro de la salud física y por consecuencia a desarrollar complicaciones degenerativas como la neuropatía, retinopatía, pie diabético y nefropatía. Es por ello que el personal

de enfermería cumple una importante labor de educación y liderazgo, siendo el responsable de brindar y asegurar una atención integral, humanizada y oportuna en el programa del adulto, donde se incluyen enfermedades crónicas como la diabetes, prestando cuidados en los niveles de promoción, prevención y recuperación de la salud. Frente a esta problemática, el compromiso hacia el cumplimiento de la terapia permite mejorar la calidad de vida de los pacientes y por consiguiente la salud pública de la sociedad. Es por ello que el paciente diabético debe mantener una buena adherencia al tratamiento a través de la modificación de los estilos de vida, como: llevar una dieta balanceada, realizar actividad física y evitar realizar hábitos nocivos como fumar y beber, para controlar la enfermedad y evitar repercusiones tanto personales como sociales.

## **I.e. PROPÓSITO**

El presente estudio está orientado a brindar información actualizada acerca de la adherencia al tratamiento y su relación con la salud física de pacientes diabéticos del programa del adulto del Hospital Antonio Skrabonja de Pisco, el cual busca llamar a la reflexión a las autoridades de salud, pacientes y familias respecto a la enfermedad, y a la vez crear estrategias para mejorar el estado de salud, a través de la atención integral a los pacientes diabéticos, fortaleciendo el rol de enfermería basándose en un cuidado humanizado, a la vez implementar actividades dirigidas a disminuir el riesgo de complicaciones que se derivan de los cambios producidos por la diabetes, a través de la educación respecto al tratamiento de la enfermedad, aspecto que favorecerá un control

adecuado de la enfermedad, promoviendo la aceptación de esta y la adopción de estilos de vida que sean saludables.

El presente trabajo de investigación, podrá servir como base para realizar nuevos tipos de estudio de mayor profundidad.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### II.a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Bello N, Montoya P. En el 2016 realizaron una investigación de tipo y diseño cuantitativo, de corte transversal, que tuvo por objetivo identificar el **NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR DE UN CENTRO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR. CHILE**. Se trabajó con una muestra de 116 personas, a los cuales se les realizó visitas domiciliaria para aplicarles un cuestionario de adherencia farmacológica y una ficha de Apgar familiar, donde se obtuvo que el 51.7% de personas mayores de 60 años tenían una buena adherencia al tratamiento y un 48.28% tenía una mala adherencia, el 54.3% eran mujeres, por lo que llegaron a la conclusión que los pacientes adultos mayores con baja escolaridad y bajo nivel socioeconómico tienen un alto riesgo de no adherirse al tratamiento, especialmente al farmacológico<sup>15</sup>.

Guattini M. En el 2015 realizó una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional, la cual tuvo como objetivo analizar los **FACTORES ASOCIADOS AL ESTILO DE VIDA Y SU RELACIÓN CON COMPLICACIONES EN LA SALUD FÍSICA DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 DEL HOSPITAL DR. NANZER, DE SANTO TOMÉ, SANTA FE- ARGENTINA**. El cual trabajó con una muestra de 175 pacientes, a los cuales se les aplicó un cuestionario, el cual dio los siguientes resultados: el 75% tiene una buena adherencia al tratamiento, y no consumen cigarrillos, el 50%

consume alcohol y el 61% tiene una dieta moderada y solo el 33% realiza actividad física, así mismo un 86% presenta complicaciones en su salud física de agudas a crónicas. Por lo que no se encontró relación entre el número de complicaciones y la actividad física ( $p=0,235$ ). Concluyendo que la mayoría de pacientes prefieren tomar los medicamentos para controlar su enfermedad, además refiere que la mayoría presentó complicaciones en su salud física<sup>16</sup>.

Chisaguano E, Uchuya R. En el 2015 realizaron una investigación de tipo descriptiva, de corte transversal, que tuvo como objetivo identificar los **ESTILOS DE VIDA QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 QUE ASISTÍAN AL CLUB DE DIABÉTICOS DE LA CIUDAD DE LATACUNGA. QUITO- ECUADOR**. En el presente estudio se trabajó con 30 pacientes portadores de esta enfermedad, donde 60% eran mujeres y las personas más afectadas eran las mayores de 50 años con un 47%, así mismo un 80% solo tuvo estudios primarios, siendo la mayoría obreros con un 46%; además el 70% de estos señalan que llevan un estilo de vida bueno (salud física), pero solo el 50% cumple con el tratamiento médico indicado; y solo un mínimo de 7% realiza ejercicio físico 3 o más veces a la semana y su alimentación no es buena, incrementando el riesgo de sufrir complicaciones; siendo la retinopatía y los problemas cardíacos con 53% y 40% respectivamente las complicaciones crónicas más comunes, así mismo presenta que el 17% y el 30% consumen cigarrillos y bebidas alcohólicas algunas veces respectivamente, por lo que concluye que casi la mitad de pacientes encuestados no lleva una buena adherencia al tratamiento farmacológico, lo que lo lleva a presentar complicaciones agudas y crónicas propias de su enfermedad<sup>7</sup>.

Escobadon N, Azocar, Pérez C, Matus V. En el año 2015 realizaron un estudio relacional, transversal que tuvo como objetivo identificar la **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, LA CALIDAD DE VIDA Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA, EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE CHILE**. Se trabajó con 101 pacientes diabéticos, que tenían de un año a más la enfermedad, quienes luego de haberles aplicado un cuestionario dio como resultado una regular adherencia al tratamiento, porque el 31.7% reporta que su tratamiento consistía en dieta, fármacos y ejercicios, además una buena calidad de vida en estos pacientes. También se encontró una baja relación entre la calidad de vida en el aspecto físico y la adherencia al tratamiento ( $r=30$ ;  $p<01$ ), por lo que concluye que la muestra estudiada tiene una buena adherencia al tratamiento y buena salud física, es por ello que manifiesta que cuando hay una buena adherencia al tratamiento hay una mejor calidad de vida en la dimensión física, y por ende la disminución de complicaciones<sup>17</sup>.

Terechenko N, Baute A, Zamonsky J. En el 2014 realizaron una investigación descriptiva, de corte transversal y prospectiva, que tuvo como objetivo conocer la **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES ADULTOS CON DIABETES TIPO 2 ATENDIDOS EN LAS INSTITUCIONES DE ASISTENCIA MEDICO COLECTIVAS DE URUGUAY**. En dicha investigación se utilizaron dos encuestas, donde los resultados fueron que el 56% presenta una buena adherencia al tratamiento farmacológico debido a que un 80% no olvida tomar sus pastillas a la hora indicada, y una mala adherencia al tratamiento no farmacológico con un 44% debido a que solo un 21% realiza ejercicios diarios; sin embargo, el gran defecto que presento dicha población fue la baja adquisición de

hábitos saludables, donde la educación activa de estos pacientes en relación a los temas de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida es función de los médicos de familia<sup>18</sup>.

Bach F. En el año 2018, realizó una investigación descriptiva, observacional y transversal, que tuvo como objetivo identificar la **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS EN 7 LOCALIDADES DE LA COSTA DE PERÚ**. Se trabajó con una población de 284 personas a quienes se les aplicó el test Morisky, por medio del cual se obtuvieron los siguientes resultados: que solo el 27.8% tenía una buena adherencia al tratamiento y la mayoría de pacientes con un 72.18% tenían una mala adherencia; en donde el 72% fueron del sexo femenino y el promedio de edad fue 65 años, por lo que concluyó que la falta de la adherencia al tratamiento oral es algo muy común en la población costera del Perú<sup>19</sup>.

Raraz J. En el año 2018 realizó un estudio correlacional, analítico y de corte transversal, que tuvo como objetivo determinar la **RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y VARIABLES RELACIONADAS EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 2 EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES, COMAS, PERÚ**. Se trabajó con una muestra de 195 pacientes, a los cuales después del cuestionario aplicado, dejaron como resultado que el 58.5% tiene una mala adherencia al tratamiento siendo los varones los que tiene el mayor porcentaje; y el 41.5% tiene una buena adherencia al tratamiento siendo las mujeres las que tiene el mayor porcentaje, así mismo un 64.6% tiene una mala relación con el personal de salud y solo un 35.4% tiene una relación aceptable, llegando a la conclusión que no existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento y la relación entre el médico y el paciente<sup>20</sup>.

Custodio R, Santamaría L. En el año 2016 realizaron una investigación cuantitativa, de tipo descriptiva, correlacional y de corte transversal , que tuvo como objetivo identificar la **CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE. PERÚ**, donde se trabajó con 46 pacientes, a quienes se les aplicó un cuestionario, en donde dio como resultado que hay una regular adherencia al tratamiento con un 42.8%, según su indicador control y tratamiento médico el 26.09% tiene un deficiente adherencia; en el indicador dieta el 28.26% tiene una regular adherencia, así mismo menciona que el 50% tiene una regular salud física, sin embargo el 65% presenta una salud física mala en relación a la disminución de la energía y de la movilidad y solo un 13% tenía una buena salud física, por lo que llegan a la conclusión que la población estudiada tiene una regular adherencia al tratamiento y que su indicador más afectado fue el control y tratamiento médico también indica que existe relación estadística entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en su dimensión física<sup>21</sup>.

Manzaneda A, Lazo M, Málaga G. En el año 2015 realizaron una investigación cuantitativa, correlacional y de corte transversal, que tuvo como objetivo identificar la **SALUD FÍSICA QUE TIENEN LOS PACIENTES AMBULATORIOS CON DIABETES TIPO 2 QUE ACUDEN AL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA DE LIMA. PERÚ**. Se trabajó con una muestra de 120 pacientes, los cuales después del cuestionario aplicado, dejaron como resultado que la mayoría de pacientes en un 68% tienen una regular salud física, un 20% mala y un 12% buena salud física. Por lo tanto se concluye que hay un elevado porcentaje (88%) de regular y mala salud física en los pacientes diabéticos de dicho estudio, además

no se encontró relación entre el control de la diabetes y la salud física de estos<sup>22</sup>.

**Las investigaciones internacionales como nacionales relacionadas al tema sirven para sustentar que todavía existe un déficit en cuanto la aceptación de la diabetes por parte de los pacientes, repercutiendo en la forma de aceptarse a sí mismo y la modificación de su estilo de vida, lo que conduce a tener una mala adherencia al tratamiento afectando de manera progresiva el correcto funcionamiento del organismo y por ende diversas repercusiones en su salud física. Las investigaciones mencionadas en la parte superior serán de gran utilidad para este trabajo de investigación, porque permite realizar un análisis de la situación real en la que se encuentra el problema de estudio en el mundo y el rol que le corresponde realizar al profesional de enfermería en el programa de atención integral de salud.**

## **II.b. BASE TEÓRICA**

### **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS**

La diabetes es una enfermedad crónica, que se caracteriza por una producción insuficiente de insulina por el páncreas o cuando el organismo no utiliza de manera adecuada la insulina que produce; siendo la insulina la hormona que regula el nivel de azúcar en la sangre<sup>23</sup>.

Existen 3 tipos de diabetes, los cuales se definirán a continuación: diabetes tipo 1, caracterizada por una producción insuficiente de

insulina por el páncreas, la cual necesita de la administración diaria de esta hormona, se da mayormente en niños y jóvenes; diabetes tipo 2, se produce cuando el organismo no utiliza de manera adecuada la insulina que produce, se presenta mayormente en adultos y en personas con obesidad y sedentarismo; la diabetes gestacional, se produce durante el embarazo, tanto las gestantes y sus hijos tienen un riesgo mayor a desarrollar diabetes en el futuro<sup>23</sup>.

El diagnóstico de la diabetes mellitus se basa en sus principales síntomas resumidos en el acrónimo de las “4P”, poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso; los mismos que se complementan con el valor de glucosa en sangre por encima o debajo de 70 a 120mg/dl<sup>23</sup>.

Según la revista “Asumiendo El Control De La Diabetes” (México 2016), menciona que el riesgo de muerte en pacientes diabéticos es dos veces mayor en las personas que no sufren de esta enfermedad, por ello ha estimado que la esperanza de vida de estos pacientes se reduce de 5 a 10 años<sup>24</sup>.

Según la Fundación del Corazón, refiere que una insuficiente producción de insulina o una resistencia de esta, hace que la glucosa se acumule en la sangre, lo que produce la llamada hiperglucemia, la misma que va dañando progresivamente las venas, arterias, así como todos los vasos sanguíneos del cuerpo, lo que aumenta el riesgo de sufrir de arterioesclerosis y por consiguiente el riesgo de desarrollar desde una angina de pecho hasta una muerte súbita cardíaca; por lo tanto, refiere que es igual el riesgo cardiovascular de una persona sin diabetes que ha tenido un infarto, al riesgo cardiovascular de un paciente diabético de padecer un evento cardiovascular. Así mismo, afecta a las arterias periféricas favoreciendo así la posibilidad de desarrollar enfermedades cerebrovasculares<sup>25</sup>.

La OMS refiere en su artículo “Adherencia a los tratamientos a largo plazo” que la deficiente adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas, tiene una alarmante magnitud dentro de los problemas mundiales; donde el 50% de la adherencia al tratamiento a largo plazo de estas enfermedades se da en países desarrollados y este porcentaje es aún más bajo en los países en vías de desarrollo. La efectividad del tratamiento se ve gravemente afectado por la deficiente adherencia al tratamiento y más si este es a largo plazo o de por vida, afectando así la salud física y emocional de los pacientes diabéticos y la economía en salud del país<sup>26</sup>.

Así mismo la OMS, en el artículo “Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora”<sup>24</sup>, define la adherencia al tratamiento como: “el grado de conducta del paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, que corresponden a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”<sup>27</sup>. Es decir, es el grado de compromiso que tienen los pacientes diabéticos para cumplir de manera adecuada con el tratamiento farmacológico y no farmacológico, recomendado por el doctor y/o enfermera quien lo trata.

En un estudio realizado por Molina Y, dice que el tratamiento que deben seguir los pacientes diagnosticados con diabetes, se puede considerar como difícil y muy complejo para el paciente, debido a que este tratamiento no solo se basa en la medicación farmacológica de forma diaria (pastillas hipoglucemiantes e insulina), sino que también se incluye los cambios en los hábitos de vida, lo que corresponde al tratamiento no farmacológico (alimentación saludable, ejercicios, y dejar de realizar hábitos nocivos para la salud: fumar o consumir bebidas alcohólicas). Según estudios

revisados se puede afirmar que a medida que aumentan las pastillas y su frecuencia de administración, la adherencia al tratamiento disminuye considerablemente, a la vez que se hacen más reacios a cambiar su régimen alimentario<sup>28</sup>.

### **Tratamiento Farmacológico**

La OMS en la revista “Adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida”<sup>26</sup> define la adherencia al tratamiento farmacológico como: “el cumplimiento del mismo, tomar la medicación de acuerdo a la dosificación prescrita por el programa; y la persistencia a lo largo del tiempo”, es decir los pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes tienen que comprometerse a tomar de manera puntual y estricta las pastillas recetadas por el médico, respetando los horarios y las dosis<sup>29</sup>.

En base a esta afirmación, la interrupción del tratamiento debido a la aparición de efectos adversos a causa de los medicamentos, el sentirse mejor, la falta de compromiso, el precio de los medicamentos y la complejidad de este, son los factores que más influyen en la adherencia al tratamiento<sup>27</sup>.

Así mismo la “Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención”<sup>27</sup> (2016), informa que las pastillas hipoglucemiantes, son los medicamentos que necesitan los pacientes diabéticos tipo 2 que no pueden controlar el nivel de glucosa en sangre solo con la dieta y ejercicio, por otro lado las mujeres gestantes no pueden utilizar estos medicamentos durante la gestación. Así mismo refiere que los pacientes con diabetes tipo 2 que se encuentran estables, deben de iniciar su tratamiento farmacológico al momento del diagnóstico, el primer tratamiento que se utiliza es con monoterapia

con el hipoglucemiante oral de primera línea “metformina”, por su principal efecto de disminuir la producción hepática de glucosa, mejorando la sensibilidad de la insulina en los tejidos musculares, además de ayudar a disminuir el peso corporal y el riesgo cardiovascular. Esta se toma conjuntamente o después de las comidas. En caso de intolerancia a la “metformina” se debe iniciar terapia con “sulfonilureas” las cuales estimulan la producción de insulina en el páncreas independiente del nivel de glucosa en sangre, por lo que puede provocar hipoglucemia en los pacientes, entre las más utilizada se encuentran la “glibenclamida” y la “glimepirida”; la primera se toma de una a dos veces por día, en el desayuno y la primera comida según indicación médica hasta una dosis máxima de 20mg/ día; la segunda se utiliza especialmente en pacientes mayores de 65 años con casos de hiperglucemia no controladas con la “metformina” y en pacientes con enfermedad renal leve y crónica<sup>30</sup>.

Algunas personas con diabetes tipo 2 requieren solo medicamentos orales para el tratamiento. Otras personas necesitarán agregar insulina u otro medicamento inyectable porque sus niveles de glucosa no están controlados. El uso de una combinación de medicamentos orales más insulina, generalmente significa que el paciente puede inyectarse una dosis más baja de insulina, en comparación si el tratamiento con insulina se usa solo. La insulina generalmente se administra una vez al día, ya sea por la mañana o al acostarse. Las dosis pequeñas de insulina generalmente se recomiendan cuando comienza el tratamiento; la dosis se ajusta en días, semanas y meses una vez que se conoce la respuesta del organismo al tratamiento con insulina<sup>31</sup>.

Los diabéticos que se aplican solo insulina, a menudo requieren dos inyecciones de insulina de acción intermedia o una inyección de

insulina de acción prolongada por día, y si estas no son adecuada para controlar la glucosa en la sangre, se puede recomendar un régimen de tratamiento con insulina más intensivo, este consiste en aplicarse al menos dos inyecciones de insulina por día, que generalmente incluyen una insulina de acción rápida y una de acción prolongada o el uso de una bomba de insulina, lo cual es poco común con diabetes tipo 2<sup>31</sup>.

Por otro lado, es necesario mencionar que la insulina es una hormona natural que el páncreas produce, pero en las personas con diabetes mellitus tipo 2 esta insulina no es utilizada de manera eficaz por el organismo, es por ello que solo se le administra la insulina a este tipo de pacientes si la dieta, el ejercicio y las pastillas hipoglucemiantes no logran mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de los niveles normales. En casos de hiperglucemias no controladas se administrará a través de jeringas de 1 cc, por vía subcutánea y según la escala móvil vigente<sup>32</sup>.

En el programa del adulto del Hospital Antonio Skrabonja de Pisco, a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 solo se le brinda tratamiento farmacológico con la metformina y glibenclamida, según la prescripción médica. Así mismo manifiesta que el fármaco que más utilizan es la metformina, debido a que tiene menos efectos adversos en los pacientes como evitar el aumento de peso, disminuir ligeramente los niveles de colesterol y triglicéridos, además evita la hipoglucemia, es por ello que los pacientes tratados con este medicamento muestran una mejoría en el control de su hemoglobina glicosilada (HbA1c) la cual va a medir en porcentaje la cantidad de glucosa en sangre durante los últimos 3 meses en el paciente, esta debe ser menor a 7%; pero cuando los niveles de glucosa no disminuyen o no se controlan con la dieta, ejercicio y la metformina, se incluye en el tratamiento la Glibenclamida porque tiene un

mecanismo de absorción más rápido que el medicamento anteriormente mencionado, es por eso que su principal efecto adverso es la hipoglucemia<sup>14</sup>.

### **Tratamiento no farmacológico**

Según la investigación hecha por López k. y Ocampo P, en su artículo publicado en el 2007, mencionan que además del manejo farmacológico con pastillas hipoglucemiantes, la dieta y el ejercicio son los pilares básicos para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, así mismo refieren que estos son los más difíciles de realizar, debido a que implica un cambio en el estilo de vida e introducir nuevos y buenos hábitos de vida dejando de lado hábitos nocivos que son perjudiciales para la salud, a la vez incrementan la posibilidad de presentar más rápidamente las complicaciones relacionadas a esta enfermedad (el fumar aumenta el riesgo de presentar enfermedades vasculares o infartos y el consumo de las bebidas alcohólicas, las cuales además del alcohol tienen un alto contenido de azúcar lo cual aumentan el riesgo de presentar una hiperglucemia)<sup>33</sup>.

Es por ello que la Fundación para la Diabetes, en el año 2015 afirma que los beneficios de seguir una determinada dieta en la diabetes ayudará a mantener la glucosa dentro de los parámetros normales, pero esta dieta no solo consiste en comer saludable, sino que también se debe reducir el consumo de hidratos de carbonos, dentro de ellos encontramos dos grupos: los azúcares, como son el azúcar de mesa, chocolates, yogurt, pasteles, gaseosas, entre otros, y los almidones como son la papa, legumbre, pan, cereales; porque son ellos los responsable de aumentar el nivel de glucosa en sangre. Sin embargo, actualmente la Asociación Americana de la Diabetes (ADA) indica que no existe una determinada cantidad de hidratos de

carbono que deberían de consumir estos pacientes, sino que estos se deberán adaptar según las necesidades personales de cada paciente y a su nivel de actividad física, es decir que los hidratos de carbono deberán ser mayores en los pacientes quienes realizan ejercicios de manera diaria y menor en los que no lo realizan<sup>34</sup>.

Así mismo indica que en cuanto a las proteínas como el huevo y el pescado, deberían de consumirse no más de 4 veces a la semana<sup>35</sup>, las grasas se deben consumir en proporciones recomendadas y según las necesidades del paciente, evitando un consumo excesivo de alimentos proteicos procesados o grasas saturadas; por lo que un exceso de este tipo de alimentos puede: desequilibrar el nivel de glucosa en sangre, aumentar el peso y alterar el correcto funcionamiento del organismo, produciéndole así al paciente una serie de complicaciones metabólicas<sup>35</sup>.

En el artículo “Nutrición Equilibrada en el Paciente Diabético”<sup>36</sup>, menciona que la alimentación o dieta que deben de seguir los pacientes diabéticos tipo 2 solo deben de cubrir sus requerimientos calóricos, evitando que el paciente suba de peso. Su alimentación daría debe ser en un total de 25-50 cal/kg de peso, dividido en 4 platos, como en desayuno, almuerzo, merienda y comida; siendo más exactos la cantidad en proporción de nutrientes deber ser de unos 200-250 gramos al día de carbohidratos, 50-60 gramos al día de proteínas y un 20% de grasas insaturadas y naturales y otros en menor cantidad con un 10% como los pescados<sup>36</sup>.

Por otro lado, el Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y Renales (2016), informa que hay dos métodos que son de gran ayuda para planificar cuanto comer si se tiene dicha enfermedad, en donde el más común es el método del plato, el cual va ayudar a controlar la cantidad y el tamaño de las porciones que

debe comer un paciente diabético, siendo más efectivo sus uso para el almuerzo y cena; para este método se va a utilizar un plato redondo de 15 cm de diámetro aproximadamente el cual la mitad del plato debería contener verduras sin almidón (acelga, alverjas, cebollas, col, alcachofa, coliflor, calabaza, zanahoria), en un cuarto del plato deberá contener una proteína (huevo, pavo, pollo, o carnes sin grasa, pescados de carne blanca), y en el último cuarto los carbohidratos (arroz, avena, quinua, pan, pasta, cereales, menestras); también debe incluir una porción de fruta y un vaso de agua que debería ser de preferencia infusiones o aguas de fruta bajas en azúcar, si está indicado en su dieta; con respecto al tamaño de las porciones de carbohidratos y proteínas deberían de tomarse como referencia la palma de la mano del paciente<sup>37</sup>.

Es por ello que la OMS, en el año 2004, aprobó la “Estrategia mundial de la salud sobre el régimen alimentario, actividad física y salud”<sup>38</sup>, donde menciona que el bajo consumo de verduras y frutas, la falta de ejercicios, el alto consumo de grasas, y el consumo de tabaco y alcohol son los factores de riesgo que más predisponen a las personas a desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles como lo es la diabetes, enfermedades cardiovasculares y los diferentes tipos de cáncer, lo que aumenta la carga de morbilidad y mortalidad a nivel mundial en donde el 60% de las muertes y el 47% de la carga mundial es a causa de estas enfermedades<sup>38</sup>.

Por otro lado la OMS en su biblioteca electrónica sobre medidas nutricionales, refiere que consumir diariamente verduras y frutas es un componente muy importante para tener una dieta saludable, por ello promueve el consumo mínimo de 5 porciones de frutas y verduras al día, lo que equivale a 400gr al día, excluyendo las tubérculos con mucha harina o flatulentos como la papa y la yuca<sup>39</sup>.

Según la revista Medicina Interna de México, publicada en el 2018, menciona que, el agua es el líquido indispensable en la vida de las personas, especialmente en los pacientes diabéticos, por lo que una buena hidratación ayuda al correcto funcionamiento del organismo y esta varía según las necesidades y demandas de cada persona según su edad, su actividad física o enfermedades que padece, en el caso de pacientes diabéticos que presentan hiperglucemias por periodos de tiempo prolongados, el riñón tratará de expulsar el exceso de glucosa por medio de la orina provocando la poliuria y por consiguiente una deshidratación, por eso recomienda consumir agua pura debido a que esta es la mejor fuente de hidratación en este tipo de pacientes debido a que no aumenta el nivel de glucosa en sangre, también menciona que pueden consumir agua mineral, leche descremada o refrescos que no contengan azúcar, es decir productos “light” o “cero”, infusiones sin azúcar, evitando el abuso de bebidas con cafeína<sup>40</sup>.

En un artículo publicado en el 2019 por Jéquier y Constant, recomiendan que, el promedio de agua que debería de consumir una persona adulta en reposo y en una temperatura templada es en promedio de 2 a 2.5 litros por día tanto en hombres como en mujeres<sup>36</sup>.

Otro aspecto importante en la adherencia al tratamiento no farmacológico incluye el ejercicio; el cual a través de diversas investigaciones se ha comprobado que es muy beneficioso y efectivo para prevenir, disminuir y tratar la diabetes mellitus tipo 2<sup>41</sup>.

Diversas bibliografías consideran que el realizar ejercicio físico, por lo menos tres veces a la semana y con un tiempo mínimo de 30 minutos por cada sesión (10 minutos de ejercicios de estiramiento, 10 minutos de calentamiento para ejercicios aeróbico y 10 minutos

de ejercicios de baja intensidad como caminar, trotar, o hacer bicicleta) favorece la circulación, siempre teniendo presente el uso del calzado adecuado y del cuidado y/o revisión de los pies antes y después de realizar los ejercicios de rutina; es decir los ejercicios aumentan la utilización de la glucosa en el cuerpo, reducen la necesidad diaria o disminuyen la dosis de los hipoglucemiantes orales diarios, a la vez que reducen el porcentaje de sufrir enfermedades cardiovasculares<sup>42</sup>.

La Asociación americana de la diabetes considera que hay dos tipos de ejercicios que son de gran ayuda y muy beneficiosos para el control de la diabetes, el primero son los ejercicios aeróbicos, los cuales ayudan a que el organismo utilice de mejor manera la insulina, mejoran la circulación, por ende fortalecen el corazón y disminuyen el riesgo de sufrir infartos agudos de miocardio (IMA); por lo cual se le recomienda a este tipo de pacientes realizar los ejercicios aeróbicos en un tiempo mínimo de 30 minutos y por lo menos 5 veces a la semana, sin dejar de realizar actividad física en dos días seguidos. Para los pacientes que recién iniciarían con los ejercicios pueden iniciar con 5 a 10 minutos al día, y así cada día lograr que la actividad física dure un periodo de tiempo mucho más largo que el día anterior hasta llegar a realizar los 30 minutos mínimos diarios de ejercicios que son recomendados; y el segundo tipo de ejercicios recomendados son los ejercicios de resistencia o con pesas; donde su principal función es disminuir la glucosa en sangre debido a que el organismo y principalmente los músculos se hacen más sensible a la insulina; así mismo ayudan a mantener los huesos y músculos fuertes, reduciendo de esta manera las enfermedades de los huesos como la osteoporosis; es por ello que se le recomienda a este tipo de pacientes hacer ejercicios con pesas conjuntamente con los ejercicios aeróbicos de 2 a 3 veces por semana<sup>43</sup>.

Así mismo, la restricción de hábitos nocivos como fumar y beber alcohol son muy importantes para controlar la diabetes, es por ello que un estudio realizado por Delahanty L, en el año 2018 menciona que los hábitos nocivos como ingerir bebidas alcohólicas y fumar incrementan el daño a sufrir las complicaciones de la diabetes y un mayor riesgo de padecer daños a los nervios, aumento del colesterol LDL, y ataques cardiacos; por eso recomiendan no excederse en el consumo tanto de alcohol como de tabaco, debido a que aceleraría la aparición temprana de las complicaciones de la diabetes<sup>44</sup>.

### **Relación con el personal de salud**

En un estudio realizado por Molina Y, menciona que hay algunas causas que intervienen de forma positiva en la adherencia al tratamiento de este tipo de pacientes, y una de las más importantes es el mantener una buena relación interpersonal y terapéutica con el personal de salud que los atiende, es decir: el médico, la enfermera, el nutricionista, el psicólogo, entre otros profesionales del equipo multidisciplinario intervinientes en el tratamiento de esta enfermedad; sin lugar a duda la buena interrelación va a permitir establecer un ambiente de confianza, accesibilidad, continuidad, lo cual permitirá que el paciente pueda expresar sus dudas, dificultades y temores referentes a su enfermedad y a los medicamentos que recibe, favoreciendo de esta manera una mejor adherencia y compromiso del paciente para continuar con el tratamiento y asistir de manera puntual a sus controles<sup>28</sup>.

Según la “Guía de intervenciones de diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención”<sup>40</sup>, dispone que el personal de salud debe tener cuatro elementos fundamentales para facilitar el afrontamiento y la adherencia de los pacientes, como: brindar una información

clara y sencilla de acuerdo al nivel cognitivo del paciente; un clima de confianza entre el personal de salud, el paciente y la familia; ayudar para el cambio, mostrando una actitud de escucha activa, respeto y sobre todo no culpar al paciente por su enfermedad; y brindar una atención personalizada y humanizada de acuerdo a los factores psicosociales de cada uno de los pacientes<sup>40</sup>.

En un estudio realizado por Troncoso Pantoja C, Delgado Segura D y Rubilar Villalobos C, afirman que si el personal de salud brinda un buen trato a los pacientes, como es el trato humanizado, creando un ambiente de confianza y escucha activa, favoreciendo a mantener la adherencia de los pacientes, a través de la educación de su enfermedad y graves complicaciones que trae consigo<sup>45</sup>.

Por otro lado la “Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención”<sup>30</sup> publicada en el 2015 , menciona que una vez que el paciente ha sido diagnosticado con la enfermedad de la diabetes, debe ser evaluado por médicos especialistas o internistas para detectar riesgos y complicaciones propias de esa enfermedad, entre los cuales se sugiere realizar interconsulta con los siguientes especialistas: oftalmólogo, endocrinólogo, nutricionista, psicólogo, nefrólogo, cardiólogo y podólogo.

Según Hojat M. en su libro “Empatía en el cuidado del paciente”<sup>46</sup> en el año 2012, afirma que una buena relación de empatía y de confianza entre el personal de salud y el paciente tiene un alto poder curativo, pero para que esta se desarrolle de manera adecuada el personal de salud debe ser amistoso, empático, solidario, brindar confianza, capaz de comunicar e informar acerca de la enfermedad, medicamentos y la educación con palabras sencillas tanto para el paciente como para su familia, y esta a su vez le pueda brindar el

apoyo emocional y social que necesita; debido que cuando el paciente requiere de este apoyo social, Hojat considera un remedio terapéutico muy bueno el apoyo y presencia por parte del personal de salud que le brinde la atención en el seguimiento del tratamiento, siempre y cuando se haya establecido una muy buena relación interpersonal de empatía, confianza y cuidado entre ellos<sup>46</sup>.

La Revista cubana de enfermería en el año 2016, habla acerca del modelo de relación entre seres humanos de Joyce Travelbee, en el cual este modelo considera que la relación entre la enfermera y el paciente está acompañada de una serie de experiencias, donde ella le brinda una atención con respeto, empatía y confianza, así como cuidados con una calidad humana tanto al paciente como a su familia. Esta teoría considera que dicha relación entre el paciente y el personal de salud, favorecerá y permitirá lograr el objetivo máximo de la enfermería, el cual es promocionar la salud, prevenir y tratar las enfermedades y la rehabilitación del paciente<sup>47</sup>.

Por lo tanto, este modelo plantea que a través de la buena relación con el personal de salud, en especial con la educación y cuidados brindados por la enfermera, el paciente diabético podrá lograr una mejora en su adherencia al tratamiento, conocer más acerca de su enfermedad, sus complicaciones, y ello afecta a su salud física.

## **SALUD FISICA**

Un estudio realizado por Molina Y, refiere que la salud física se define como la capacidad que tiene el organismo humano para poder realizar todas sus actividades fisiológicas, así como las actividades diarias de la vida propia de cada individuo (en ello incluye el poder realizar de manera adecuada e independiente su autocuidado de baño, alimentación y vestido) sin que haya ningún

impedimento para poder realizarlos; en el caso de los pacientes diabéticos tipo 2, pueden presentar ciertas complicaciones propias de la enfermedad como es la disminución de la visión, sensación de cansancio y/o debilidad, dificultad o disminución de su movilidad y la aparición de otras enfermedades relacionadas a la enfermedad de la diabetes; todo ello debido a que en los pacientes con esta patología su organismo no utiliza o no produce la cantidad adecuada de insulina para el correcto funcionamiento de este<sup>28</sup>.

### **Repercusión en la salud física**

Según la revista “Diabetes, bienestar y salud afirma que las personas que tienen esta enfermedad, no pueden aprovechar de manera normal la glucosa o azúcar proporcionada por los alimentos al ingerirlos, la cual cumple la función de combustible para el correcto funcionamiento del organismo; pues en estos pacientes las células de su cuerpo no absorben la glucosa debido a un déficit de la hormona insulina y debido a ello se presenta el cansancio y/o debilidad tanto del cuerpo como de la mente, porque las células del cuerpo y las del cerebro no cuentan con la glucosa o energía suficiente para su adecuado funcionamiento; cuando esto sucede la glucosa queda en la sangre lo que conlleva a que se produzca una hiperglucemia<sup>48</sup>.

Según el “Informe mundial sobre la diabetes” (2016), emitido por la OMS, menciona que esta enfermedad puede provocar diversas complicaciones en diferentes partes del organismo de estos pacientes, incluso aumentan el riesgo de presentar una muerte a temprana edad, estas complicaciones son: neuropatía diabética, pie diabético que puede terminar en una amputación de los miembros inferiores, pérdida de la visión (retinopatía diabética), insuficiencia

renal (nefropatía diabética), ataques cardiacos y accidentes cerebrovasculares<sup>49</sup>.

Por otro lado en la “Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención”<sup>30</sup> publicada en el 2016, afirma que: “la persona con diabetes presenta un riesgo 40 veces mayor de amputación, 25 veces mayor de insuficiencia renal terminal, 20 veces mayor de ceguera, 2 a 5 veces mayor accidente vascular encefálico y entre 2 y 3 veces mayor infarto agudo al miocardio”<sup>30</sup>.

Según el artículo “Neuropatía diabética” informa que una de las complicaciones más comunes y que afecta a la mayoría de estos pacientes es la neuropatía diabética; esta enfermedad se da por las altas concentraciones de glucosa en sangre y la disminución del flujo sanguíneo en el organismo; dañando de esta manera los nervios en especial los de las piernas y brazos; por tanto disminuyen su movilidad haciendo que los pacientes presenten algunos síntomas como hormigueos, adormecimiento, calambres o pérdidas de equilibrio; así mismo afectan a los nervios del ojo, lo que hace que disminuya la capacidad visual; todos estos síntomas pueden interferir en la realización de las actividades de la vida diaria del paciente como en la capacidad para vestirse, alimentarse, o caminar solo<sup>50</sup>.

Es por ello que las personas que sufren de diabetes presentan una mala circulación y por consiguiente menor sensibilidad en todo el cuerpo, en especial en las piernas, lo que aumenta el riesgo de lesiones en la piel del pie, lo cual es difícil de cicatrizar debido al aumento de glucosa en la sangre, las mismas que si no se tratan adecuadamente podrían infectarse y producir una gangrena y por último la amputación del miembro afectado<sup>51</sup>.

Así mismo, la retinopatía diabética se da por lesiones en los vasos sanguíneos de la retina, provocando un sangrado en la vista, lo que provoca el desprendimiento de la retina, el cual es causa importante de ceguera; así mismo se pueden presentar otros problemas con la vista como catarata y glaucoma. Por ello se recomienda acudir al oculista cada 6 meses o al menos 1 vez al año<sup>52</sup>.

Por otro lado, algunos de estos pacientes pueden presentar la nefropatía diabética debido a una alta concentración de glucosa en sangre que va a dañar las nefronas que son las encargadas de filtrar y eliminar las sustancias de desecho del organismo, pero cuando el riñón ya se encuentra afectado, este puede eliminar proteínas por medio de la orina y si no se detecta o se trata a tiempo esta enfermedad puede convertirse en una insuficiencia renal incluso llegar a la muerte<sup>53</sup>.

Además la revista española de cardiología refiere que la aterosclerosis es la presencia de placa de ateroma o colesterol LDL en el interior de las arterias, lo que provoca una mala circulación sanguínea y mayor trabajo del corazón, por ello la presencia de colesterol LDL y triglicéridos son los principales factores de riesgo para desarrollar problemas del corazón o llegara a tener un infarto<sup>54</sup>.

## **TEORIA DE ENFERMERIA**

Jean Watson, considera que el objetivo de la enfermería consiste en ayudar al paciente y/o persona a que pueda alcanzar un mejor grado de armonía entre mente, cuerpo y alma, para favorecer su autoconocimiento, autocuración, autocuidado y respeto por sí mismo<sup>55</sup>.

Un artículo publicado por Ramírez R, Meneses E, en la revista de Enfermería Herediana, en el año 2016, habla del cuidado transpersonal de Jean Watson, haciendo referencia del especial cuidado que debe brindar el profesional de enfermería a sus pacientes, el cual debe ser un cuidado humano, teniendo en cuenta la parte moral y ética para proteger y respetar sobre todo la dignidad de los pacientes<sup>56</sup>.

En la teoría del cuidado humanizado de Watson; la enfermera juega un rol muy importante pues debe de integrar a sus cuidados de enfermería la educación en promoción de la salud y medidas preventivas como el reconocimiento de habilidades de aceptación y adaptación a los posibles daños o consecuencias de su enfermedad, fomentar la enseñanza y el aprendizaje interpersonal, esto quiere decir que la enfermera debe cumplir un rol de enseñanza para que los pacientes se informen acerca de su autocuidado, enfermedad que padezcan y del cuidado humanizado que deben de recibir como seres humanos, a la vez que mejoren su estilo de vida y puedan adoptar nuevas conductas para mejorarla y más aún en su salud física de pacientes diabéticos<sup>55</sup>.

Es por ello que se considera a la enfermera como un personaje principal y fundamental en el cuidado de la vida y salud de pacientes que presentan enfermedades crónicas degenerativas, como es el caso los pacientes con diabetes mellitus, para poder contribuir a que ellos alcancen una mejor adherencia tanto al tratamiento farmacológico como al no farmacológico y el compromiso para con sus controles, y a través de la educación a estos pacientes para mejorar su calidad de vida y la educación a la familia para que le brinden el apoyo emocional que necesitan este tipo de pacientes.

## **II.c. HIPÓTESIS**

### **H.c.1. HIPÓTESIS GENERAL**

**H.o:** No existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento y la salud física de pacientes diabéticos del programa del adulto del hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019.

**H.1:** Existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento y la salud física de pacientes diabéticos del programa del adulto del hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019.

### **H.c.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICA**

**H.i:** La adherencia al tratamiento según sus dimensiones: tratamiento farmacológico, tratamiento no farmacológico y relación con el personal de salud, es mala en los pacientes diabéticos del programa del adulto del hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019.

**H.ii:** La salud física, según su dimensión: repercusión en la salud física, se encuentra afectada en los pacientes diabéticos del programa del adulto del hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019.

## II.d. VARIABLES

**V1:** Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (independiente)

**V2: Salud** física que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo2. (Dependiente)

## II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- **Adherencia al tratamiento:** Es el grado o medida en que el paciente con diabetes cumple con las indicaciones dadas por el personal de salud, tanto farmacológicas, física o conductuales, las cuales están influenciadas por factores propios de individuo, por el tratamiento en sí y la relación interpersonal entre el paciente y el personal de salud, la misma que será medida en los pacientes diabéticos del programa del adulto del Hospital Antonio Skrabonja, mediante un cuestionario, teniendo como valores finales buena y mala.
- **Salud física:** Es el bienestar del cuerpo y el óptimo funcionamiento del organismo de las personas, es decir tienen la capacidad de realizar diversas actividades, esta puede verse afectada por enfermedades y el estado nutricional, la misma que será medida en los pacientes diabéticos del programa del adulto del Hospital Antonio Skrabonja, mediante un cuestionario de Likert, el cual tiene como resultados: no afectada, medianamente afectada y totalmente afectada.

- **Paciente con diabetes tipo 2:** Es la persona que ha sido diagnosticada con la enfermedad de la diabetes mellitus tipo 2, esta es una enfermedad crónica, es decir la tendrá lo largo de toda su vida, la cual se controla con una dieta balanceada, realizando ejercicios; los pacientes inscritos en el programa del adulto del Hospital Antonio Skrabonja, serán agrupados por grupos de edad.

## CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

**III.a. TIPO DE ESTUDIO:** El presente estudio es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, de alcance correlacional, de corte transversal, de acuerdo a su periodo de recolección de datos es prospectivo y de diseño no experimental, porque no se manipula ninguna de las variable.

Según Hernández R.<sup>60</sup> En su libro “metodología de la investigación” (2014), menciona que: “un estudio cuantitativo utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico”. En base a lo mencionado por Hernández, este tipo de estudio permite medir de manera objetiva o numérica la variable de estudio, a través de la aplicación de un instrumento, el cual dará resultados que se presentaran en gráficos y tablas.

Por otro lado dice que: “un estudio de tipo descriptivo busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población”<sup>60</sup>, es decir permite describir las características de las variables de estudio y sus dimensiones, tal como se observan en la realidad.

Así mismo refiere que: “un estudio de alcance correlacional, asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población”<sup>60</sup>, en otras palabras el alcance correlacional permite saber cómo se comporta una variable dependiente en relación a la variable independiente, por lo que su relación puede ser positiva o negativa.

De corte transversal, porque: “recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, por lo tanto describe variables y analiza su incidencia e interrelación en un momento dado”<sup>60</sup>, es decir que un estudio de este tipo recolecta los datos en un solo momento del tiempo y por vez única.

Diseño no experimental: “Estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos”<sup>60</sup>. En otras palabras en este diseño, los datos se recolectan en la fecha mencionada sin manipular ninguna de las variables.

### **III.b. ÁREA DE ESTUDIO**

El presente estudio se realizó en el programa del adulto del Hospital Antonio Skrabonja Antoncich (EsSalud) de Pisco de categoría II-1, ubicado en la Av. Las Américas 1940, este cuenta con los servicios de: emergencia (pediatría, medicina general, medicina interna, cirugía, ginecología y trauma shock), hospitalización de los servicios anteriormente mencionados, consultorios de consulta externa (medicina general, medicina interna, cirugía, pediatría, obstetricia, ginecología, otorrinolaringología, dental, CRED, ESNI, alergias/ TBC, psicología, nutrición) y otros servicios que se brindan de manera mensual, como oftalmología y traumatología. El horario de atención de este hospital es de lunes a domingo las 24 horas del día.

El programa del adulto, brinda atención a los adultos y adultos mayores con alguna patología crónica como la diabetes mellitus e hipertensión arterial, el mismo que está a cargo de un equipo multidisciplinario conformado por médicos, nutricionistas,

enfermeros, psicólogos, asistenta social, técnicos de enfermería; si algún paciente presenta riesgo o alguna complicación propia de la enfermedad se le realiza una transferencia a ESSALUD de Ica, para la interconsulta con el especialista requerido, el cual puede ser: oftalmólogo, endocrinólogo, nefrólogo, cardiólogo<sup>14</sup>.

### **III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población total es de 248 pacientes diabéticos inscritos en el programa del adulto del hospital Antonio Skrabonja de Pisco, en el II trimestre del 2018. La muestra estará conformada por 151 pacientes, los cuales fueron seleccionados a través de un muestreo probabilístico- aleatorio simple.

Para la selección de la muestra se tomó en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

#### **Criterios de Inclusión:**

- Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que son atendidos en el programa del adulto del Hospital Antonio Skrabonja – Pisco.
- Pacientes con un tiempo de enfermedad mayor a un año.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.

#### **Criterios de Exclusión:**

- Pacientes con diabetes mellitus tipo 1 atendidos en el programa de diabetes del Hospital Antonio Skrabonja de Pisco.

- Pacientes diabéticos con limitaciones perceptivas o dificultad en el sensorio.

### **III.d. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de los datos se seleccionó como técnica la entrevista y como instrumento una guía de entrevista, la cual fue aplicada de manera personal a una muestra de 151 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asistían al programa del adulto del Hospital Antonio Skranbonja de Pisco, es decir se obtuvieron los datos directamente de la fuente primaria, así mismo se tuvo la colaboración la Lic. de enfermería responsable del programa, quien facilitó un espacio dentro del consultorio para la aplicación del instrumento. La guía de entrevista presentada consta de 3 puntos, la presentación, los datos generales del paciente y las preguntas propias del instrumento, así mismo se divide en dos partes: la primera mide la adherencia al tratamiento con 17 preguntas y la segunda mide la salud física con 10 preguntas, en relación a dichos pacientes.

Para medir la variable adherencia al tratamiento, en la dimensión tratamiento farmacológico se utilizó el test de “Morisky- Green-Levine”, el cual ha sido identificado como el cuestionario mejor validado para pacientes con hipertensión arterial, diabetes o enfermedades crónicas<sup>61</sup>. En un estudio realizado en Brasil la confiabilidad fue con un alfa de Cronbach  $\alpha = 0,69$ <sup>62</sup>, sin embargo para la dimensión tratamiento no farmacológico y la relación con el personal de salud, se crearon preguntas de acuerdo a la base teórica.

Para medir la variable de salud física se utilizó el instrumento “diabetes 39”, instrumento tipo Likert que mide la calidad de vida en su aspecto físico, el cual fue validado y adaptado por López Carmona J. y Rodríguez Moctezuma R., en el año 2006 en México, el cual fue validado por un panel de cinco investigadores con experiencia en la construcción y validación de cuestionarios, la consistencia interna de esta versión fue alta, con  $\alpha > 0.8$  y con respecto al aspecto físico energía y movilidad  $\alpha = 0.92$ <sup>63</sup>.

El instrumento en su conjunto fue validado a través de juicio de expertos y sometido a una prueba de validez, participando 5 jueces expertos, se consideró válido con un valor de  $p = 91.4\%$  grado de concordancia entre los jueces.

La confiabilidad del instrumento se realizó a través de una prueba piloto, donde participaron 15 pacientes de una población con características semejantes (pacientes asistentes al programa de diabetes del hospital San Juan de Dios) a la población de estudio. Luego de aplicar este instrumento a los pacientes, se vaciaron los datos de la guía de entrevista al programa SPSS versión 24 y se calculó la consistencia interna, siendo su grado de confiabilidad alto con un valor de  $\alpha = 0.82$ .

### **III.e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Antes de iniciar con la recolección de la información, se realizaron los trámites pertinentes, con el Dr. Allen Aquije, director del Hospital Antonio Skrabonja- Pisco para el permiso y autorización correspondiente; y con la enfermera responsable del programa del adulto, así mismo se les explicó a cada uno los pacientes de

manera verbal que el consentimiento, autorización y colaboración de participar en el trabajo de investigación dependía de su principio de autonomía, explicándoles además que los datos e información obtenidas serán utilizados de manera confidencial, la guía de entrevista fue aplicada de manera personal y anónima a cada uno de los 151 pacientes con diabetes del programa del adulto, en todo el mes de marzo del 2019, en los días de lunes a sábados en el turno de la mañana.

Es decir, que el presente trabajo de investigación se realizó, teniendo en cuenta los 4 principios éticos, como son la justicia (por medio del cual todos los pacientes tienen las mismas oportunidades de ser partícipes del trabajo de investigación, sin hacer ningún tipo de exclusión por factores sociales, religiosos o sociales), autonomía (en donde cada uno de los pacientes tiene el derecho a decidir libremente si desea participar o no, así mismo tienen la libertad de dar por terminada su participación en el momento que lo desee), beneficencia (mediante el cual se busca el bienestar de los participantes, y con los resultados que se obtendrán le servirá al programa de diabetes, para tomar las medidas necesarias para el bien de sus integrantes), no maleficencia ( este trabajo no contiene ningún aspecto incomodo o que le pueda causar daño a los participantes)

### **III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos recolectados fueron trasladados a una base de datos mediante el uso de un libro de códigos preparado expresamente para el instrumento de recolección de datos (codificación). El procesamiento se realizó con el programa estadístico SPSS

VERSIÓN 24. Para el análisis estadístico se agruparon los datos en tablas de contingencia de 2 x 3 y se calculó el Chi Cuadrado para determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y la salud física de los pacientes con diabetes tipo 2. Así mismo se utilizó intervalos para obtener los valores finales de ambas variables.

## CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### IV.a. RESULTADOS

**TABLA 1**  
**DISTRIBUCIÓN DE DATOS GENERALES DE PACIENTES**  
**DIABÉTICOS DEL PROGRAMA DEL ADULTO DEL**  
**HOSPITAL ANTONIO SKRABONJA**  
**MARZO 2019**

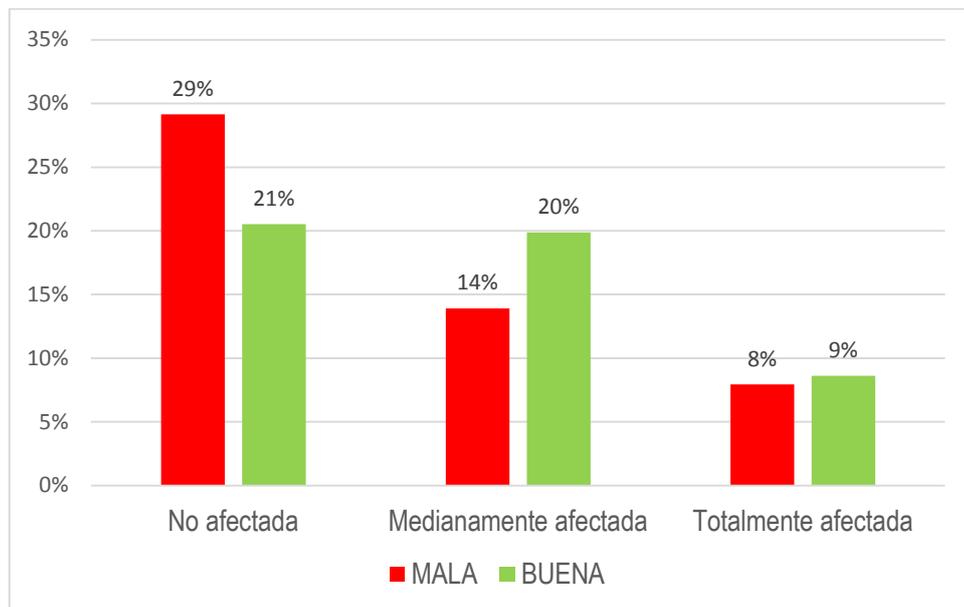
DATOS	CATEGORIA	N	100%
EDAD	<b>43-53</b>	<b>52</b>	<b>34,4</b>
	54-65	46	30,5
	66-77	33	21,9
	78-88	20	13,2
SEXO	<b>Femenino</b>	<b>103</b>	<b>68,2</b>
	Masculino	48	31,8
ESTADO CIVIL	Soltero	18	11,9
	<b>Casado</b>	<b>69</b>	<b>45,7</b>
	Viudo	43	28,5
	Conviviente	21	13,9
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeto	27	17,9
	Primaria	23	15,2
	<b>Secundaria</b>	<b>82</b>	<b>54,3</b>
	Superior	19	12,6
OCUPACION	Obrero	30	19,9

	Independiente	28	18,5
	Jubilado	42	27,8
	<b>Ama de casa</b>	<b>51</b>	<b>33,8</b>
	<b>1-5 años</b>	<b>81</b>	<b>53,6</b>
TIEMPO DE LA	6-10 años	34	22,5
ENFERMEDAD	11-15 años	19	12,6
	16-20 años	12	7,9
	21-25 años	5	3,3

Con respecto a las edades el 34,4% tenían una edad entre 43 y 53 años, un 68,2% eran mujeres, según el estado civil el 45,7% eran casados, en cuanto al nivel de escolaridad el 54,3% tenía secundaria completa, cuya ocupación en el 33,8% eran amas de casa, de todos los pacientes un 53,6% presenta la enfermedad en un tiempo de 1 a 5 años.

## GRÁFICO 1

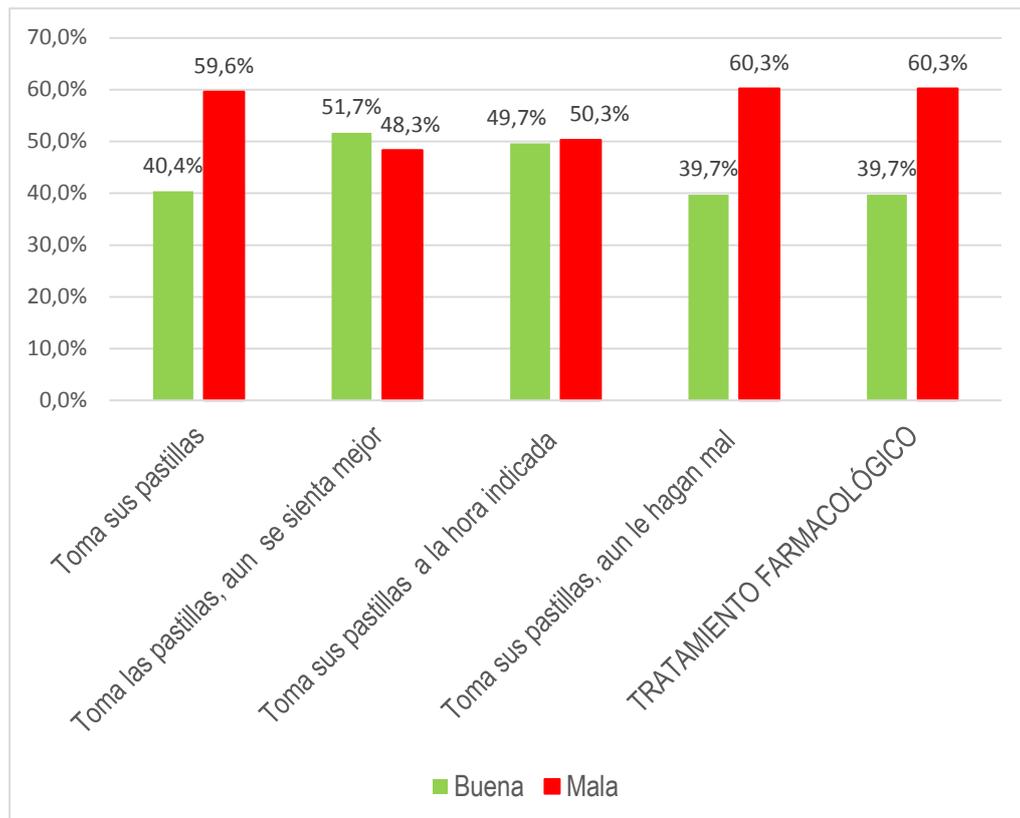
### RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LA SALUD FÍSICA DE PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA DEL ADULTO DEL HOSPITAL ANTONIO SKRABONJA- PISCO MARZO 2019



En la relación entre las variables, se observa que del 29% (44) de pacientes que tienen una mala adherencia no presentan afectaciones en su salud física, del 20% (30) de pacientes que presentan buena adherencia al tratamiento tienen medianamente afectada su salud física y el 9% (13) que tiene una buena adherencia su salud física está totalmente afectada.

## GRÁFICO 2

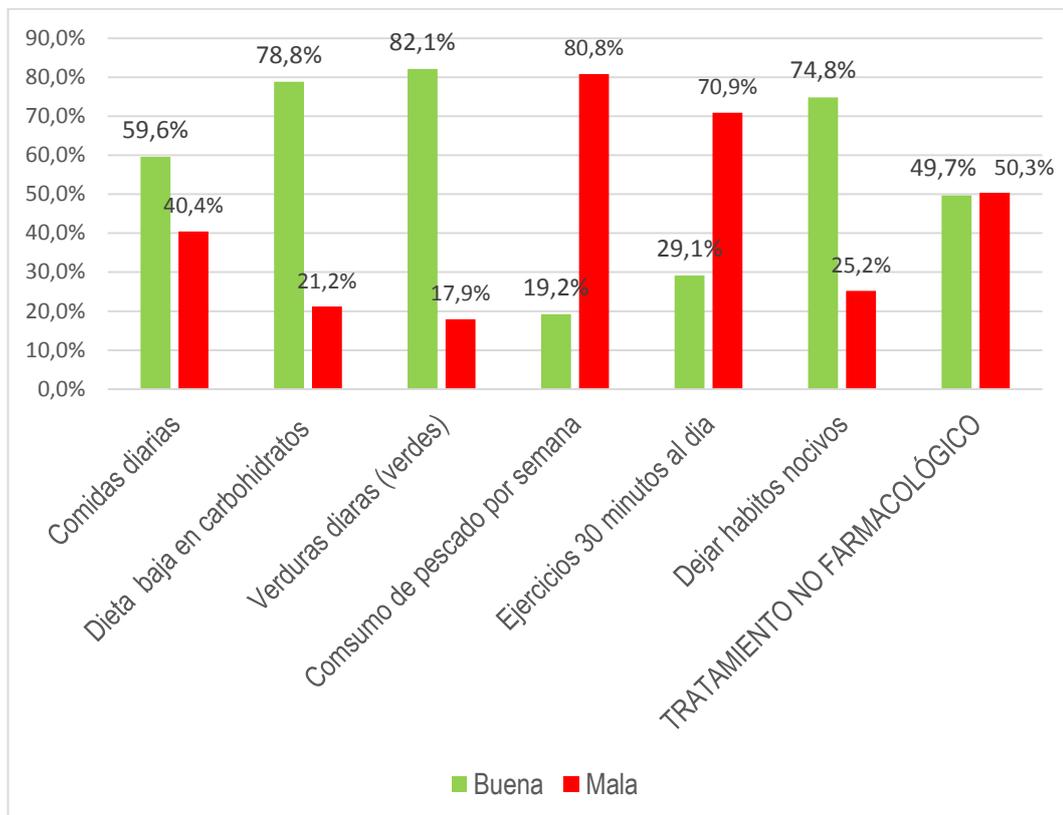
### ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN DIMENSIÓN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA DEL ADULTO DEL HOSPITAL ANTONIO SKRABONJA MARZO 2019



En la dimensión adherencia al tratamiento farmacológico, se obtuvo una mala adherencia al tratamiento con un 60,3% (91), el 60,3% de pacientes no toma sus medicamentos cuando sienten que le cae mal, un 59,6% olvida de tomar sus pastillas para la diabetes y un 50,3% no toma sus pastillas a la hora indicada y un 51,7% siempre toma sus pastillas, aun cuando se siente mejor.

### GRÁFICO 3

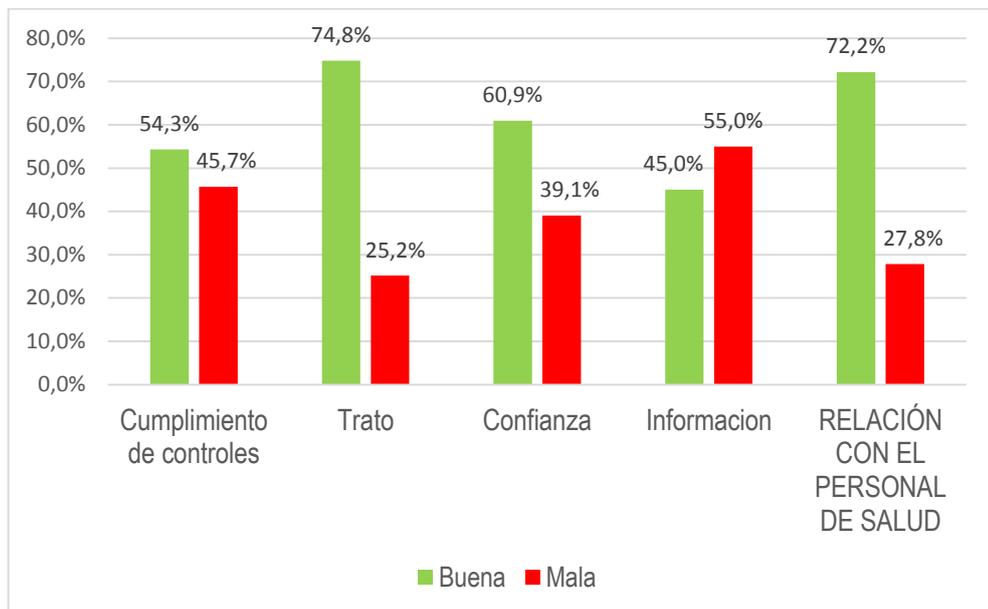
#### ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN DIMENSIÓN TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA DEL ADULTO DEL HOSPITAL ANTONIO SKRABONJA MARZO 2019



Así mismo en esta dimensión se obtuvo que el 50,3% (76) tienen una mala adherencia al tratamiento no farmacológico, el 82,1% (124) consume verduras de manera diaria, especialmente las verduras de color verde, el 80,8% (122) no consume pescado más de 3 veces a la semana, el 78,8% (119) indica que su dieta es baja en carbohidratos, el 74,8% (113) que ha dejado de realizar hábitos nocivos como fumar y beber bebidas alcohólicas y el 70,9% (107) no realiza ejercicio al menos 30 minutos al día.

## GRÁFICO 4

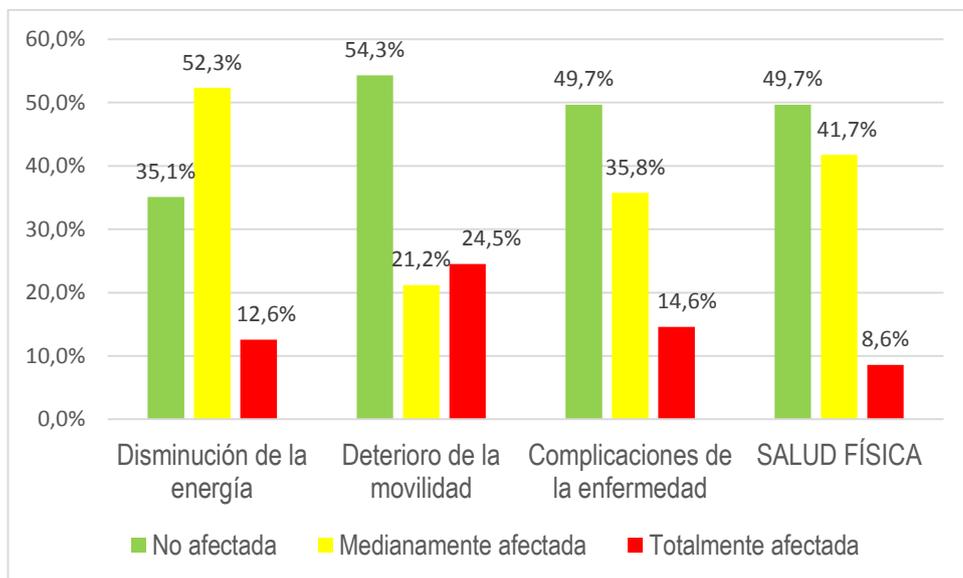
### ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN DIMENSIÓN RELACIÓN CON EL PERSONAL DE SALUD DE PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA DEL ADULTO DEL HOSPITAL ANTONIO SKRABONJA MARZO 2019



En esta última dimensión, se obtuvo que el 72,2% (109) de los pacientes tiene una buena adherencia al tratamiento según la relación con el personal de salud, el 74,8% (113) refiere que se le brinda un buen trato (humanizado), el 60,9% (92) que el personal le brinda confianza y el 54,3% (82) asiste de manera puntual a sus controles; y el 55% (83) de los pacientes no recibe información de los beneficios y efectos colaterales de los medicamentos prescritos.

## GRÁFICO 5

### SALUD FÍSICA SEGÚN LOS INDICADORES DE LA DIMENSIÓN REPERCUSIÓN EN LA SALUD DE PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA DEL ADULTO DEL HOSPITAL ANTONIO SKRABONJA MARZO 2019



En esta variable, se observa que la salud física de los pacientes no se encuentra afectada en un 49,7% (75), un 54,3% (82) no presenta deterioro de la movilidad, un 49,7% (75) no presenta complicaciones propias de la enfermedad, y un 52,3% (79) presentan disminución de la energía que afecta medianamente su salud física.

#### IV.b. Discusión

- Con respecto a las características sociodemográficas (Tabla1) de los pacientes del presente estudio, el 34,4% tiene una edad entre 43 y 53 años, siendo el sexo más predominante el femenino en un 68,2%, el 45,7% de la población es casado, según el grado de instrucción el 54,3% tiene estudios secundarios y el mayor porcentaje con un 33,8% es ama de casa; resultados que difieren con los de Chisaguano E. y Uchuya R. quienes en su estudio muestran que las personas más afectadas son las mayores de 50 años con un 47%, un 60% eran mujeres, un 80% tuvo solo estudios primarios, siendo la mayoría obreros con un 46%. Según la INEI<sup>10</sup> en el 2017, afirma que la diabetes es una enfermedad que se presenta con mayor prevalencia en las mujeres debido a que la mujer acumula tejido adiposo en ciertos lugares como son la el busto, caderas y nalgas, así mismo aumenta el riesgo de padecerla a medida que la persona tiene más edad, por otro lado a mayor nivel de instrucción el paciente se educará mejor y seguirá con las pautas y recomendaciones, es decir el nivel de escolaridad influye en el cuidado del propio paciente, para informarse y tomar conciencia de la importancia de seguir con el tratamiento prescrito, el asistir de manera puntual a sus controles, así como de las consecuencia que conlleva el no cumplir con el tratamiento.
- Los resultados obtenidos para el objetivo general revelan que no hay relación significativa entre la adherencia al tratamiento y la salud física de los pacientes diabéticos tipo 2 (Gráfico 1) debido a que del 29% de pacientes que tienen una mala adherencia no presentan afectaciones en su salud física, así mismo, del 20% de pacientes que presentan buena adherencia al tratamiento tienen medianamente afectada su salud física, sin embargo del 9% de

pacientes que tienen una buena adherencia al tratamiento tienen totalmente afectada su salud física. Estos resultados tienen cierta similitud a los presentados por Escobadon N., Azocar B., Perez C. y Matus V, quienes en su estudio obtuvieron una baja relación entre la adherencia al tratamiento y la salud física de la escala de calidad de vida. Esta falta de relación, se puede explicar porque la mayoría de pacientes tienen una edad menor a los 53 años y un tiempo de enfermedad menor a 5 años, por lo cual así tengan una mala adherencia al tratamiento su salud física aun no se ve afectada debido a que la enfermedad en la fase inicial, no presenta aún las complicaciones como: neuropatías, retinopatías, pie diabético y nefropatía, que se presentan en la fase avanzada muchas veces por deficiencias en el autocuidado. Por otro lado, los pacientes adultos mayores quienes son los que tiene mejor adherencia al tratamiento son los que presentan más afectaciones en su salud física, debido a su misma edad y por el tiempo de enfermedad que llevan. Según la OMS <sup>25</sup>, afirma que la efectividad del tratamiento se ve afectada por la deficiente adherencia al tratamiento y más si este es a largo plazo o de por vida, por lo tanto irá afectando su salud física cada vez más a medida que aumenta la edad.

- En la dimensión tratamiento farmacológico (Gráfico 2) se observó que el 60,3% tenía un mala adherencia al tratamiento, debido a que este porcentaje de pacientes (60,3%) no toma sus medicamentos cuando sienten que le cae mal y el 59,6% se olvida de tomar sus pastillas para la diabetes, sin embargo un 39,7% (60) presenta una buena adherencia al tratamiento, debido a que el 51,7% siempre toma sus pastillas, aun cuando se siente mejor y a la hora indicada por el médico en un 49,7%; por lo que estos resultados son similares a los obtenidos por Bach F, en donde el 72,2% tiene un mala adherencia al tratamiento

farmacológico, debido a que 59,5% olvida tomar sus pastillas, sin embargo un 27,8% tiene una buena adherencia debido a que debido a que el 71,8% toma sus pastillas a la hora indicada y el 70,2% no deja de tomar las pastillas cuando se siente bien. Según el artículo “Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora”<sup>26</sup>, afirma que los principales factores que influyen en la no adherencia al tratamiento farmacológico son el olvido, la aparición de efectos adversos producidas por las pastillas y la falta de persistencia. A pesar de que el programa les ofrece las pastillas que necesitan para su tratamiento, no se logra que estos pacientes presenten una buena adherencia, porque no están concientizados acerca de su enfermedad y porque dentro de todo afrontan una etapa de duelo, que como se sabe, la aceptación corresponde a la más larga. Por otro lado, la cultura de los pacientes de negarse a la dependencia de un tratamiento farmacológico suele determinar conductas desfavorables para su salud. Por lo tanto, una buena adherencia se basa en el compromiso y la concientización que tiene el paciente acerca de su enfermedad y sus complicaciones.

- En la dimensión tratamiento no farmacológico (Gráfico 3) se encontró que el 50,3% tiene una mala adherencia al tratamiento, debido a que el 70,9% no realiza al menos 30 minutos de ejercicios al día, así mismo un 49,7% tuvo una buena adherencia debido a que el 78,8% indica que su alimentación es baja en carbohidratos y un 74,85 ha dejado de realizar hábitos nocivos como fumar y beber bebidas alcohólicas; resultados que son similares a los encontrados por Guatiní, quien obtuvo que el 75% tuvo una buena adherencia debido a que un 61% tiene una dieta moderada y un 50% ha dejado de consumir alcohol y fumar; sin embargo un 67% no realiza ejercicios de manera diaria. Según López k. y Ocampo P, afirman en su investigación que el realizar

y ejercicio, tener una dieta baja en carbohidratos y dejar de realizar hábitos nocivos son los principales factores para lograr una buena adherencia al tratamiento no farmacológico y por ende evitar el riesgo de incrementar las complicaciones relacionadas a esta enfermedad, es por ello que este tipo de tratamiento es el más difícil de realizar porque implica que el paciente modifique e incorpore nuevos estilos de vida para controlar su enfermedad, sin embargo a pesar de que la mayoría de los pacientes del estudio son adultos con capacidad de autocuidado y casados lo que indica que cuentan con una familia que debería de apoyarlos a modificar los estilos de vida que llevan, sin embargo, no logran tener una buena adherencia al tratamiento, por falta de concientización y educación respecto a su enfermedad, es por ello que el personal de salud, principalmente enfermería debe cumplir con su importante labor de enseñar al paciente y familia sobre su autocuidado en nutrición, cuidado de los pies, y fomentar la realización de los chequeos visuales.

- Los resultados de la adherencia al tratamiento según su dimensión relación con el personal de salud (Gráfico 4) se obtuvo que el 72,2% tuvo una buena adherencia, evidenciado porque un 74,8% refiere que se le brinda un buen trato (humanizado), el 60,9% refiere que el personal le brinda confianza para seguir con el tratamiento y el 54,3% refiere que asiste de manera puntual a sus consultas; sin embargo el 55% de los pacientes no recibe información de los beneficios y efectos colaterales de los medicamentos prescritos, por lo cual el 27,8% presenta una mala adherencia; resultados que son similares a los obtenidos por Troncoso Pantoja C, Delgado Segura D y Rubilar Villalobos C, quienes también presentaron que la mayoría de pacientes en un 68% tiene una buena adherencia al tratamiento, según la relación con el personal de salud. Por otro lado la “Guía de intervenciones

de diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención”<sup>41</sup> dispone que el personal de salud debe tener 4 elementos fundamentales como son: brindar una información clara y sencilla de acuerdo al nivel cognitivo del paciente; un clima de confianza entre el personal de salud, el paciente y la familia; una actitud de escucha activa y respeto, para así brindar una atención personalizada y humanizada de acuerdo a los factores psicosociales de cada uno de los pacientes, los cuales ayudaran a facilitar el afrontamiento y la adherencia, debido a que por medio de un ambiente de confianza y respeto se le pueda concientizar y educar a estos pacientes. Así mismo para fortalecer este tipo de adherencia, los pacientes deberían tener interconsultas de control con cada uno de los especialistas del equipo multidisciplinario que tratan esta enfermedad, de manera que reciben cada uno un plan de atención individualizado, dentro del paquete integral del adulto.

- En la dimensión repercusión en la salud física (Gráfico 5) se obtuvo que la salud física no se encuentra afectada para el 49,7% de los pacientes debido a que este porcentaje no presenta complicaciones propias de la enfermedad, sin embargo, debido a que el 52,3% y el 21,2% tuvieron una disminución de la energía y la movilidad, se vio afectada medianamente la salud física en un 41,7%, resultados que difieren de los presentados por Custodio, quien encontró que el 50% de los pacientes tiene un regular salud física, sin embargo el 65% presenta una salud física mala en relación a la disminución de la energía y la movilidad. Según Molina, la salud física de los pacientes diabéticos se ve afectada porque las células del organismo no pueden absorber de manera adecuada la glucosa proporcionada por los alimentos, lo cual va a provocar que estos tengan una sensación de debilidad, cansancio y adormecimiento de las extremidades tanto superiores

como inferiores (neuropatía), lo que con el pasar del tiempo va a aumentar la dificultad para realizar sus actividades diarias de autocuidado, así mismo se van a presentar otras complicaciones como la retinopatía, pie diabético y nefropatía, propias de esta enfermedad, las cuales afectaran el correcto funcionamiento de los principales órganos del cuerpo, afectando así su salud física.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **V.a. CONCLUSIONES**

- Se observó que no existe relación entre la adherencia al tratamiento y la salud física de pacientes diabéticos del programa del adulto del Hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019, por lo tanto se acepta la hipótesis nula, la misma que evidencia que no existe relación.
- La adherencia al tratamiento según las dimensiones tratamiento farmacológico y tratamiento no farmacológico, es mala en los pacientes diabéticos del programa del adulto del Hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019, por lo tanto se acepta la hipótesis planteada para estas dimensiones; sin embargo para la dimensión relación con el personal de salud, la adherencia fue buena, por lo tanto se rechaza la hipótesis planteada.
- La salud física de pacientes diabéticos del programa del adulto del Hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019, según su dimensión: repercusión en la salud física es buena, por lo tanto se rechaza la hipótesis planteada

## V.b. RECOMENDACIONES

- El equipo de salud debe valorar los resultados obtenidos en la presente investigación, para plantear nuevas propuestas y/o estrategias para mejorar la atención brindada a través de visitas domiciliarias, a través del Programa de Atención Domiciliaria PADOMI, a los pacientes diabéticos que asisten al programa del adulto, para que de esta manera se pueda fortalecer la educación y concientización de estos pacientes principalmente a los que recién inician con el tratamiento para que puedan cumplir de manera correcta todas las indicaciones dadas por el personal de salud, e incluyan nuevos hábitos saludables, los cuales favorecerán su adherencia al tratamiento y por ende evitar que aparezcan de manera precoz las diversas complicaciones que afectaran su salud física.
- El personal de salud debe brindar una atención de calidad y sobre todo humana al paciente diabético y familia, basándose en la confianza y empatía, cumpliendo con su labor de promoción de salud usando un lenguaje sencillo y claro para que el paciente pueda expresar sin temor sus dudas, fortaleciendo los aspectos más importante de la adherencia a la terapia a través de sesiones educativas tanto intra y extramurales que perduren en el tiempo, incidiendo en los estilos de vida y conductas protectoras de su salud consolidando la toma de conciencia en la enfermedad.
- La institución debería de hacer cumplir la guía de atención integral del paciente diabético; es decir realizar las interconsultas respectivas, para que estos pacientes tengan chequeos de control con los especialistas de manera semestral, sin embargo los pacientes que se encuentre en riesgo o presenten las complicaciones propia de esta enfermedad deberían tener

chequeos de manera mensual o al menos trimestral, para que de esta manera puedan tratar las complicaciones, por ende controlar o mantener su salud física.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS: Noticia- Hoja de datos (en línea). 2018. (fecha de acceso 19 de enero del 2019). URL disponible en: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. Federación internacional de la diabetes. Atlas de la diabetes (en línea).8ª.ed; 2017 (citado 19 de enero 2019). URL disponible en: [https://diabetesatlas.org/IDF\\_Diabetes\\_Atlas\\_8e\\_interactive\\_ES/](https://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_ES/)
3. Asociación americana de diabetes. Información básica de la diabetes: Datos sobre la diabetes (en línea). (2017). (19 de enero 2019). URL disponible en: <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/datos-sobre-la-diabetes/?loc=db-es-slabnav>
4. Ramos L. Adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas (en línea). Cuba; 2015. URL disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ang/v16n2/ang06215.pdf>
5. Ríos C. Adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos y diabéticos de una unidad de salud familiar de Paraguay. Revista cubana (internet).2018 (citado 21 de enero 2019); 44 (3):1-4. URL disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v44n3/1561-3127-rcsp-44-03-e1281.pdf>
6. Bautista M; Zambrano G. La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. Investig Enferm. Imagen Desarr. (internet). (citado 28 de enero 2019) 2015; 17(1):131-148. URL disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/File/9261/9760>

7. Chisaguano E; Ushiña T. Estilos de vida en los pacientes con diabetes tipo 2 que asisten al club de diabéticos del centro de salud n° 1 de la ciudad de Latacunga. (licenciatura en enfermería). Quito- Ecuador: Universidad Central de Ecuador; 2015. URL disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5312/1/T-UCE-0006-040.pdf>
8. Instituto nacional de estadística e informática. Perú enfermedades transmisibles y no transmisibles 2017; Lima: 2018. URL disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1526/index.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1526/index.html)
9. Cary C. Factores que determinan la adherencia al tratamiento médico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Base del Seguro Social de Salud Puno. (Médico cirujano). Juliaca: Universidad Andina Néstor Cáceres Velazquez; 2017. URL disponible en: <http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/902>
10. Quevedo D. Relación entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus y el estilo de vida den pacientes del Hospital Honorio Delgado Espinoza. ( Médico cirujano) Arequipa- Perú; 2017. URL disponible en: <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/6261/70.2192.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Inguil M, Y Lopez L. Nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos del Hospital Regional De Trujillo. (Licenciatura en enfermería). Trujillo, Perú; 215. URL disponible en: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1671/1/RE\\_ENFER\\_N.CONOCIMIENTO-ADHERENCIA-TRATAM\\_TESIS.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1671/1/RE_ENFER_N.CONOCIMIENTO-ADHERENCIA-TRATAM_TESIS.pdf)
12. EsSalud. Perfil epidemiológico de la población asegurada por redes asistenciales y sus elementos condicionantes (en línea). 1ª. Ed. Lima:

Productora Siglo XXI EIRL; 2015. (fecha de acceso 29 de enero 2019).  
URL disponible en:  
[http://www.essalud.gob.pe/downloads/estadistica/perf\\_epidem\\_poblac\\_aseg\\_r\\_asistenc\\_elemen\\_condici\\_2015.pdf](http://www.essalud.gob.pe/downloads/estadistica/perf_epidem_poblac_aseg_r_asistenc_elemen_condici_2015.pdf)

13. Med. Ramos Muñoz W. Situación de la vigilancia epidemiológica de diabetes en establecimientos de salud. (Diapositivas). En: teleconferencia presentada por el centro nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades. Perú: Ministerio de salud; 2016. URL disponible en:  
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/SE022017/02diabetes.pdf>
14. Información del programa del adulto del hospital Antonio Skrabonja
15. Bello N y Montoya A. Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo2 y sus factores asociados. Gerokomos (Internet). 2017 (citado 3 febrero 2019); 28(2):73-77. URL disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n2/1134-928X-geroko-28-02-73.pdf>
16. Guattini M. Hábitos alimentarios, actividad física y complicaciones de salud en pacientes con diabetes tipo2 adscritos al programa nacional de diabetes del Hospital Sanco, Dr Nanzer, Santo Tomé Y Santa Fe. (Maestría en salud pública). Argentina: Universidad Nacional De Córdoba; 2015. URL disponible en:  
<http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Guattini-marina-m.pdf>
17. Escobadon N; Azocar B; Pérez y Matus V. Adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2: su relación con calidad de vida y depresión. Revista de psicoterapia (internet). 2015 (citado3 de febrero 2019); 26 (101), 125- 138. Chile. URL disponible en:

<http://ojs.revistadepsicoterapia.com/index.php/rdp/article/view/31/1>

18. Terechenko N; Baute A Y Zamosky J. Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Biomedicina (internet)*.2015 (citado5 de febrero 2019); 10 (1), 20 – 33. Uruguay. 2014. URL Disponible En: <http://www.um.edu.uy/docs/diabetes.pdf>
  
19. Bach F. Adherencia al tratamiento farmacológico oral de personas con diabetes mellitus en 7 localidades de la costa del Perú. (Maestría en diabetes y obesidad). Lima, Perú: Universidad Cayetano Heredia; 2018. URL disponible en:  
[http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3737/Adherencia\\_BarraMalig\\_Solange.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3737/Adherencia_BarraMalig_Solange.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  
20. Raraz J. Adherencia terapéutica y variables relacionadas en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Sergio Vinales. (Médico cirujano). Huánuco, Perú: Universidad Nacional Hermilio Valdizan; 2018. URL disponible en:  
<http://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/UNHEVAL/3048/TMH%2000096%20R26.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  
21. Custodio R. Calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo2 del Hospital Provincial Docente De Lambayeque. (Licenciatura en enfermería). Pimentel: Universidad Señor De Sipán; 2016. URL disponible en:  
<http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/3395/Custodio%20-%20Santamaria.pdf?sequence=9&isAllowed=y>
  
22. Manzaneda A, Lazo M, Malaga G. Actividad física en pacientes ambulatorios con diabetes mellitus 2 de un Hospital Nacional Del Perú. *Rev. Perú Med. Exp. Salud pública*. (internet). 2015 (consulta12 febrero 2019); 32(2):311-315. URL disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/363/36341083016.pdf>

23. OMS. Informe mundial sobre la diabetes (en línea). 2016. URL disponible en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO\\_NMH\\_NVI\\_16.3\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?ua=1)
24. Fundación mídete. Asumiendo el control de la diabetes. México; 2016. URL disponible en:  
[http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/11/FMidete\\_Asumiendo-Control-Diabetes-2016.pdf](http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/11/FMidete_Asumiendo-Control-Diabetes-2016.pdf)
25. Fundación española del corazón. Prevención: factores de riesgo: diabetes mellitus. (en línea). URL disponible en:  
<https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/diabetes.html>
26. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción: mensajes fundamentales. (En Línea). 2004. URL disponible en:  
[http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=18722&Itemid&Itemid=270](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid&Itemid=270)
27. Dilla T; Valladares A; Lizan L; Sacristan J. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Atención primaria. (internet). 2009 (consulta 15 de febrero 2019); 41 (6): 295-235. España. URL disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504>
28. Molina Y. Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes asistentes al programa de diabetes del Hospital

- Nacional Dos de Mayo (Tesis De Licenciatura). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008. URL disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/470/1/Molina\\_gy.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/470/1/Molina_gy.pdf)
29. Pfizer. III FORO: La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. Madrid- España; 2009. URL disponible en: [https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones\\_pacientes/2009/FOROpfizer\\_2009.pdf](https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf)
30. Ministerio de salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. Lima- Perú; 2016. URL disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
31. Wexler D. Descripción general de la diabetes. UpToDate. (base de datos en internet). 2019. (fecha de acceso 20 de febrero 2019). URL disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/type-2-diabetes-insulin-treatment-beyond-the-basics?source=related\\_link#H5](https://www.uptodate.com/contents/type-2-diabetes-insulin-treatment-beyond-the-basics?source=related_link#H5)
32. Cúdate plus. Diabetes. (En Línea) URL disponible en: <http://www.cuidateplus.com/enfermedades/digestivas/diabetes.html>
33. López K y Ocampo P. Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. Archivos en medicina familiar. (internet).2007. (citado 21 de febrero 2019); 9(2):80-86. URL disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/507/50711454003.pdf>
34. Fundación para la diabetes. Alimentación en la diabetes tipo 2- Serafín Murillo. (en línea). 2015. URL disponible en:

<http://www.fundaciondiabetes.org/general/articulo/127/la-alimentacion-en-la-diabetes-tipo-2>

35. Fundación para la diabetes. Saber comer: alimentos. (En Línea). Madrid. URL disponible en:  
<https://www.fundaciondiabetes.org/sabercomer/369/el-huevo>
36. Cánovas B, Alfred M, Muñoz C y Vásquez C. Nutrición equilibrada en el paciente diabético. Nutr Hosp. (internet). 2001 (citado 21 de febrero 2019); 16:31-40. URL disponible en:  
<http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/3217.pdf>
37. Instituto nacional de diabetes y enfermedades digestivas y renales. nutrición, alimentación y actividad física si se tiene diabetes. (en línea). 2016. URL disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/nutricion-alimentacion-actividad-fisica>
38. OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. (en línea). 2004. URL disponible en:  
[https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_spanish\\_web.pdf](https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf)
39. OMS. Aumentar el consumo de frutas y verduras para reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles. (en línea). 2019. URL disponible en:  
[https://www.who.int/elena/titles/fruit\\_vegetables\\_ncds/es/](https://www.who.int/elena/titles/fruit_vegetables_ncds/es/)
40. Bartrina J, Velasco J, Rosas E, Álvarez R, Martínez M, Martínez I, et al. Hidratación: importancia en algunas condiciones patológicas en adultos. Med Int Mex. (internet) 2018 (citado 21 de febrero 2019); 34(2):214-243. URL disponible en :  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2018/mim182f.pdf>

41. Fundación española del corazón. Diabetes y ejercicios. (en línea). Madrid. 2019. URL disponible en:  
<http://www.fundaciondelcorazon.com/ejercicio/para-enfermos/980-diabetes-y-ejercicio.html>
42. Segundo S. Diabetes mellitus en el adulto mayor. Diagnostico (internet) 2003. (citado 24 de febrero 2019); 42 (4). URL Disponible En:  
<http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2003/julago03/165-169.html>
43. Asociación americana de la diabetes. Actividad física: ejercicio aeróbico. (en línea). 2014. URL Disponible En:  
<http://www.diabetes.org/es/alimentos-y-actividad-fisica/condicion-fisica/tipos-de-ejercicio/que-recomendamos.html>
44. Delahanty L. Educación del paciente: diabetes tipo 2 y dieta. (base de datos en línea). 2019. (fecha de acceso 26 de febrero 2019). URL disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/type-2-diabetes-and-diet-beyond-the-basics?search=la%20alimentacion%20en%20diabetes%20mellitus&source=search\\_result&selectedTitle=5~150&usage\\_type=default&display\\_rank=5](https://www.uptodate.com/contents/type-2-diabetes-and-diet-beyond-the-basics?search=la%20alimentacion%20en%20diabetes%20mellitus&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5)
45. Troncoso C, Delgado D Y Villalobos C. adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Costarr. Salud pública. (internet) 2013. (citado 27 de febrero 2019); 22(1): 9- 13. URL disponible en:  
<http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v22n1/art03v22n1.pdf>
46. Mohammadreza Hojat. Empatía en el cuidado del pacientes. (en línea) 1ª. ed: Manual moderno: 2012. URL disponible en:

<http://booksmedicos.me/empatia-en-el-cuidado-del-paciente-antecedentes-desarrollo-medicion-y-resultados/>

47. Mastrapa Y, Gibert M. relación enfermera paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Revista cubana de enfermería (internet). 2016 (citada 27 de febrero 2019); 32(4). URL disponible en:  
<Http://Www.Revenfermeria.Sld.Cu/Index.Php/Enf/Article/View/976/215>
48. Diabetes: bienestar y salud. cansancio y diabetes (en línea). México 2014. URL disponible en:  
<http://www.diabetesbienestarysalud.com/2013/08/cansancio-y-diabetes/>
49. OMS: Centro de prensa. datos y cifras (en línea). 2016. URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
50. Fistera- Atención primaria en red. neuropatía diabética. (en línea) 2010. URL disponible en:  
<https://www.fistera.com/Salud/1infoConse/neuropatiaDiabetica.asp>
51. Asumiendo el control de la diabetes. Recomendaciones desde la sociedad civil. (en línea) México. 2016. URL disponible en:  
[http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/11/FMidete\\_Asumiendo-Control-Diabetes-2016.pdf](http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/11/FMidete_Asumiendo-Control-Diabetes-2016.pdf)
52. OMS. Diabetes: complicaciones de la diabetes. (en línea) 2019. URL disponible en:  
[https://www.who.int/diabetes/action\\_online/basics/es/index3.html](https://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index3.html)
53. Asociación americana de la diabetes. Vivir con diabetes: complicaciones. (En Línea) 2015. URL disponible en:  
<http://www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/complicaciones/enfermedad-renal.html>

54. Sanchez A, Kaski J. Diabetes mellitus, inflamación y aterosclerosis coronaria: perspectiva actual y futura. Rev Esp Cardiol. (internet). 2001 (citada 27 de febrero 2019): 54(6):51-63. URL disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/diabetes-mellitus-inflamacion-aterosclerosis-coronaria/articulo/13013868/?esMedico=1>
55. Rivera L, Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica. (Magister en enfermería). Bogotá- Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2007. URL disponible en: [https://www.u- cursos.cl/medicina/2011/0/ENFENFCO24/1/novedades/r/CUIDADO\\_HUMANIZADO\\_DE\\_ENFERMERIA\\_VISIBILIZANDO\\_LA\\_TEORIA\\_Y\\_LA\\_INVESTIGACION\\_EN\\_LA\\_PRACTICA.pdf](https://www.ucr.ac.cr/cursos/cl/medicina/2011/0/ENFENFCO24/1/novedades/r/CUIDADO_HUMANIZADO_DE_ENFERMERIA_VISIBILIZANDO_LA_TEORIA_Y_LA_INVESTIGACION_EN_LA_PRACTICA.pdf)
56. Ramirez R, Meneses E, De la Cruz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Rev Enferm Herediana. (Internet). 2015 (citado 27 de febrero 2019); 9(2):133-142. URL disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/3017/2967>
57. Fornons D. Teorizaciones: Madeleine Leininger- claroscuro transcultural. Index enferm. (internet) 2010 (citado 29 de febrero 2019); 19(2-3). URL disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000200022](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200022)
58. Hoyos T, Arteaga M, Muños M. Factores de no adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2. la visión del cuidador familiar. Invest Educ Enferm. (internet). 2011 (citado 29 de febrero 2019); 29(2): 194-203. URL disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105222400005.pdf>

59. Naranjo y, Concepción J, Rodríguez M. Teoría déficit de autocuidado de Dorothea Orem. Gaceta médica espirituana. (internet) 2017 (citado 28 de febrero) 19(3). URL disponible en:  
<http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v19n3/GME09317.pdf>
60. Hernandez R. Metodología de la investigación. 6ª. ed. Mexico: Mc Graw Hill Education. 2014. URL disponible en:  
<http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
61. Limaylla M, Ramos N. Métodos indirectos de valoración del cumplimiento terapéutico. ciencia e investigación (internet) 2016 (citado 1 de marzo 2019); 19(2):95-101. URL disponible en:  
<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/farma/article/view/13635/12039>
62. Valencia F, Mendoza S. Luengo L. Evaluación de la escala morisky de adherencia a la medicación en adultos mayores de un centro de atención primaria de Chile. Rev Peru Med Exp Salud pública. (internet) 2017 (citado 1 de marzo 2019); 34(2):245- 249. URL disponible en:  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v34n2/a12v34n2.pdf>
63. Lopez J, Rodriguez R. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. Salud pública de México. (internet) 2006 (citado 2 de marzo 2019); 48(3):1-13. URL disponible en:  
<http://saludpublica.mx/index.php/spm/rt/printerFriendly/6689/8330>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Federación internacional de la diabetes. Atlas de la diabetes. 8ª.ed. ACW: Brusela- Bélgica; 2017
2. Instituto nacional de estadística e informática. Perú enfermedades transmisibles y no transmisibles 2017. Lima: 2018.
3. Fundación mídete. Asumiendo el control de la diabetes. México; 2016.
4. EsSalud. Perfil epidemiológico de la población asegurada por redes asistenciales y sus elementos condicionantes.1ª. ed. Lima: Productora siglo XXI EIRL; 2015.
5. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción: mensajes fundamentales. Ginebra: Suiza: OPS (unidad de enfermedades no transmisibles): 2004.
6. Pfizer. III Foro: La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. Madrid- España; 2009.
7. Ministerio de salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. Lima- Perú: MINSA; 2016.
8. Mohammadreza Hojat. Empatía en el cuidado del paciente. 1ª. ed. Filadelfia: Manual moderno; 2012.
9. Hernandez R. Metodología de la investigación. 6ª. ed. Mexico: Mc Graw Hill Education. 2014.

10. Essalud. guía práctica clínica de diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. Seguro social de salud : Lima; 2010
11. Mendenhall B. introducción a la probabilidad y estadística. 14ª ed. Cengage Learning: México; 2015.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo 2	Es 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 dadas por el médico o personal sanitario.	<p>Se refiera a un adecuado cumplimiento de las indicaciones terapéuticas que debe seguir un paciente diabético del programa del adulto del Hospital Antonio Skrabonja- Pisco.</p> <p>Lo cual se medirá a través de un cuestionario y se calificará como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• BUENA (si cumple)</li> <li>• MALA (no cumple)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento farmacológico</li> <li>• Tratamiento no farmacológico</li> <li>• Relación con el personal de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescripción médica</li> <li>• Dieta</li> <li>• Ejercicios</li> <li>• Restricción de hábitos nocivos: fumar y tomar bebidas alcohólicas.</li> <li>• Puntualidad</li> <li>• Trato</li> <li>• Confianza</li> <li>• Información</li> </ul>

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIEMNSIONES	INDICADORES
<p>Salud física que tiene los pacientes con diabetes mellitus tipo 2</p>	<p>Es el bienestar del cuerpo y el óptimo funcionamiento del organismo de las personas, es decir la capacidad que tienen realizar diversas actividades, esta puede verse afectada por las enfermedades y estado nutricional.</p>	<p>Se refiere a la capacidad que tiene los pacientes diabéticos tipo 2 del hospital san juan de dios, pisco; para realizar sus actividades tanto diarias, a pesar de las complicaciones que puedan tener a consecuencia de la diabetes.</p> <p>El cual se mediará a través de un cuestionario cuyos valores finales serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No me afectado</li> <li>• Medianamente afectado</li> <li>• Totalmente afectado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repercusión en la salud física</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de la energía</li> <li>• Deterioro de la movilidad</li> <li>• Complicaciones de la enfermedad</li> </ul>

## ANEXO 2: INSTRUMENTO

	<p style="text-align: center;"><b>UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUA BAUTISTA</b> FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA</p>
---	---

### INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

#### I. PRESENTACION:

Buenos días, mi nombre es Gabriela Martinez Grados, estoy realizando un estudio en coordinación con el Hospital Antonio Skrabonja Antoncich (ESSALUD- Pisco), sobre la “Adherencia Al Tratamiento Relacionada A La Salud Física De Pacientes Del Programa Del Adulto”, con el propósito de crear estrategias dirigidas a brindar una mejor atención y educación para la salud del paciente y familia a fin de fomentar una mejor adherencia al tratamiento y mejorar así su salud física del paciente diabético.

Dicha información será confidencial, por lo cual se le agradece de anticipadamente su participación, esperando que responda con sinceridad las siguientes preguntas:

#### II. DATOS GENERALES:

**Complete y marque (x) según sea su caso:**

**Fecha :** ----- **Sexo :**      **F**      **M**

**Edad :** -----

**Su estado civil es:**

a) Soltero      b) casado      c) viudo      d) conviviente

**Grado de instrucción:**

a) Primaria      b) Secundaria      c) Superior      d) Analfabeto

**Ocupación:**

a) Obrero      b) Independiente      c) jubilado      d) Ama de casa

Tiempo de la enfermedad : -----

Tiempo que recibe tratamiento en el programa de diabetes: -----





16. ¿Recibe información sobre los beneficios, importancia o efectos colaterales de los medicamentos ordenados por el médico?

a) Si

b) No

17. ¿La enferma o el médico le dan explicaciones con palabras sencillas que su familia y usted entiende?

a) Si

b) No

## SALUD FÍSICA

### REPERCUSIÓN EN LA SALUD FISICA- DIABETES 39

Las siguientes preguntas se relacionan al grado de afectación que la diabetes le ocasionó en su vida.

Marcar con un aspa (x) el número que refleje mejor su grado de afectación en su salud física, según cada pregunta, tomando en cuenta que el número 1 indica que no le afecta en nada, 2 medianamente afectada y 3 totalmente afectada.

<p style="text-align: center;"><b>PREGUNTAS:</b></p> <p><b>Durante el último mes :</b>  <b>¿En qué medida se vio afectada su calidad de vida por las siguientes causas?</b></p>	<b>1. No me afecto</b>	<b>2. Medianamente afectado</b>	<b>3. Totalmente afectado</b>
1. Limitación en su nivel de energía (fuerzas)			
2. Sensación de debilidad			
3. Tener que descansar a menudo o seguido			
4. Problemas al subir las escaleras			
5. Andar más despacio que otras personas			
6. Dificultades para sus cuidados personales (bañarse, vestirse o usar el sanitario)			
7. La disminución de la visión le dificulta la posibilidad de caminar solo			
8. Los ejercicios diarios que debe hacer por su diabetes			
9. Complicaciones debidas a su diabetes (pie diabético, amputación de piernas, ceguera, nefropatías)			
10. Otros problemas de salud aparte de la diabetes (problemas del corazón, colesterol alto)			

**ANEXO 3: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS**

N° DE ITEMS	N° DE JUECES					P
	1	2	3	4	5	
1	1	1	1	1	1	0.0312
2	1	1	1	1	1	0.0312
3	1	0	1	1	0	0.5
4	1	1	1	1	1	0.0312
5	1	0	1	1	1	0.1875
6	1	1	1	1	1	0.0312
7	1	1	1	1	1	0.0312

0 : Preguntas negativas

1 : Preguntas positivas

Total de respuestas positivas

$$P = \frac{\text{Total de respuestas positivas}}{\text{To. Rsptas. positivas + to. De rsptas. negativas}} * 100 \%$$

To. Rsptas. positivas + to. De rsptas. negativas

$$P = \frac{32}{35} * 100\%$$

$$P = 91.4\%$$

**El instrumento es válido porque  $p > 80\%$ , siendo válido en un 91.4%**

#### ANEXO 4: CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS- ESTUDIO PILOTO

**K** : Número de preguntas o ítems

$\Sigma S^2_i$ : Sumatoria de las varianzas de cada ítem

**S<sup>2</sup>T** : Varianza de la prueba

$$\alpha = \left( \frac{k}{k-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum S^2_i}{S^2_T} \right)$$

$$\alpha = (27 / 26) * (1 - (6.96 / 33.27))$$

$$\alpha = (1.04) * (1 - (0.21))$$

$$\alpha = (1.04) * (0.79)$$

$$\alpha = (0.82)$$

Si  $\alpha < 0.80$  , el instrumento es confiable; por lo tanto, como  $\alpha = 0.82$ , el instrumento es confiable.

**ANEXO 5: INFORME DE LA PRUEBA PILOTO**

N° DE PACIENTES	DATOS GENERALES						V1: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO															V2: SALUD FÍSICA													
							D1: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO				D2: TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO								D3: RELACIÓN CON EL PERSONAL DE SALUD			D1: REPERCUSIÓN EN LA SALUD FÍSICA													
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	1	1	1	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	3	1	3	2	4	3	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2		
2	1	2	1	4	3	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	1	2	
3	2	2	1	2	3	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	3	3	2	2	3	3
4	1	1	2	4	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	
5	2	1	3	3	3	3	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	3	1	2	
6	1	2	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	
7	1	1	3	3	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	
8	2	1	4	2	4	4	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
9	2	2	1	3	3	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2	
10	3	2	1	2	4	4	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2	2	
11	2	1	3	3	3	3	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	1	3	1	2	2	

12	1	2	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	
13	1	1	3	3	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	
14	2	1	4	2	4	4	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
15	2	2	1	3	3	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	
16	3	2	1	2	4	4	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2	
17	3	1	3	2	4	3	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	
18	1	2	1	4	3	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	1	2	
19	2	2	1	2	3	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	3	3	2	2	3	3
20	1	1	2	4	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	

Número de preguntas o ítems	K	27
Sumatoria de las varianzas de cada ítem	$\Sigma S_{2i}$	6.96
Varianza de la prueba	S <sub>2T</sub>	33.27

## ANEXO 6: PRUEBA DE HIPÓTESIS

### 1. PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS

**H.0:** No existe relación entre la adherencia al tratamiento y la salud física de pacientes diabéticos del programa del adulto del Hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019.

**H.1:** Existe relación entre la adherencia al tratamiento y la salud física de pacientes diabéticos del programa del adulto del Hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019.

### 2. HALLANDO VALORES OBSERVADOS

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	SALUD FISICA			TOTAL
	BUENA	REGULAR	MALA	
FAVORABLE	44	21	12	77
DESFAVORABLE	31	30	13	74
TOTAL	75	51	25	151

### 3. HALLANDO VALORES ESPERADOS

38.2	26.0	12.7	77
36.8	25.0	12.3	74
75	51	25	151

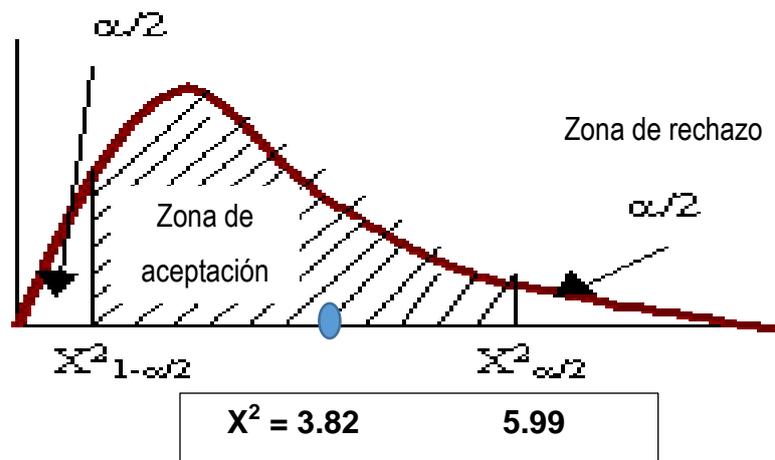
### 4. APLICACIÓN DE LA FÓRMULA

0.86598549	0.96384177	0.04392879	1.87375605
0.90109301	1.00291643	0.04570968	1.94971913
1.76707851	1.9667582	0.08963847	3.82347518

$$X^2 = \frac{\sum (O_i - E_i)^2}{E_i} = 3.82$$

## 5. GRÁFICO

Grados de libertad: 2 ; para p: 0.05;  $x^2 = 5.99$



Al caer el chi cuadrado sobre la zona de aceptación y  $X^2_{cal} < X^2$  entonces se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, por lo tanto se afirma que no existe relación entre la adherencia al tratamiento y sal salud física de pacientes diabéticos del programa del adulto del Hospital Antonio Skrabonja, Noviembre 2018.

## ANEXO 7: ESCALA DE VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO

DATOS GENERALES	CATEGORÍA	VALOR
EDAD	43-53	1
	54-65	2
	66-77	3
	78-88	4
SEXO	Femenino	2
	Masculino	1
ESTADO CIVIL	Soltero	1
	Casado	2
	Viudo	3
	Conviviente	4
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeto	1
	Primaria	2
	Secundaria	3
	Superior	4
OCUPACIÓN	Obrero	1
	Independiente	2
	Jubilado	3
	Ama de casa	4
TIEMPO DE LA ENFERMEDAD	1-5	1
	6-10	2
	11-15	3
	16-20	4
	21-25	5

## ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	CODIGO
BUENA	2
MALA	1

## SALUD FÍSICA

SALUD FÍSICA	CODIGO
NO AFECTADA	3
MEDIAMENTE AFECTADA	2
TOTALMENTE AFECTADA	1

## ANEXO 8: TABLA MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p><b>General:</b> PG: ¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y la salud física de pacientes diabéticos del programa del adulto del hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019?</p> <p><b>Específicos:</b> <b>PE 1:</b> ¿Cuál es la adherencia al tratamiento de pacientes</p>	<p><b>General:</b> OG: Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y la salud física de los pacientes diabéticos del programa del adulto del hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019.</p> <p><b>Específicos:</b> <b>OE1:</b> Identificar la adherencia al tratamiento de los pacientes</p>	<p><b>General:</b> Ho: No existe relación entre la dependencia al tratamiento y la salud física de pacientes diabéticos del programa del adulto del hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019. Hi: Existe relación entre la dependencia al tratamiento y la salud física de pacientes diabéticos del programa del adulto del hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019.</p> <p><b>Específicas:</b> <b>HE1:</b> La adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos del programa del adulto del</p>	<p><b>Variable Independiente :</b> Adherencia al tratamiento</p> <p><b>Indicadores:</b> - Prescripción medica - Dieta - Ejercicios - Restricción de hábitos nocivos: fumar y tomar bebida alcohólicas</p>

<p>diabéticos del programa del adulto del hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019, según sus dimensiones: tratamiento farmacológico, tratamiento no farmacológico y la relación con el personal de salud?</p> <p><b>PE 2:</b> ¿Cómo es la salud física de pacientes diabéticos del programa del adulto del hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019, según su dimensión repercusión en la salud física?</p>	<p>diabéticos del programa del adulto del hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019, según sus dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratamiento farmacológico</li> <li>- Tratamiento no farmacológico</li> <li>- Relación con el personal de salud.</li> </ul> <p><b>OE 2:</b> Valorar la salud física de los pacientes diabéticos del programa del adulto del hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019, según su dimensión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Repercusión en la salud física</li> </ul>	<p>hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019, según sus dimensiones: tratamiento farmacológico, tratamiento no farmacológico y relación con el personal de salud, es mala.</p> <p><b>HE2:</b> La salud física de los pacientes diabéticos del programa del adulto del hospital Antonio Skrabonja, marzo 2019, según su dimensión: actividad física, se encuentra afectada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Puntualidad</li> <li>- Trato</li> <li>- Confianza</li> <li>- información</li> </ul> <p><b>Variable Dependiente:</b> Salud física</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- disminución de la energía</li> <li>- Deterioro de la movilidad</li> <li>- Complicaciones de la enfermedad</li> </ul>
--	---	---	--

DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p><b>- Nivel :</b></p> <p>Descriptivo, de alcance correlacional, de corte transversal, prospectivo y de diseño no experimental</p> <p><b>- Tipo de Investigación:</b></p> <p>Cuantitativo</p>	<p><b>Población:</b></p> <p>N = 248 pacientes diabéticos inscritos en el programa del adulto del Hospital Antonio Skrabonja, en el II semestre del 2018.</p> <p><b>Criterios de Inclusión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que son atendidos en el programa de diabetes del Hospital Antonio Skrabonja.</li> <li>• Pacientes con un tiempo de enfermedad mayor a un año.</li> <li>• Pacientes que acepten participar en el estudio.</li> </ul> <p><b>Criterios de exclusión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes con diabetes mellitus tipo 1 atendidos en el programa de diabetes del Hospital Antonio Skrabonja de Pisco.</li> <li>• Pacientes diabéticos con limitaciones perceptivas o dificultades en el sensorio.</li> </ul> <p>La muestra estuvo conformada por 151 pacientes diabéticos, los cuales fueron seleccionados por muestre probabilístico, aleatorio simple.</p>	<p>Se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento una guía de entrevista.</p> <p>Para medir la variable adherencia al tratamiento, en la dimensión tratamiento farmacológico se utilizó el test de “Morisky-Green-Levine”, sin embargo para las dimensiones tratamiento no farmacológico y relación con el personal de salud, se crearon preguntas de acuerdo a la base teórica.</p> <p>Para medir la variable salud física se utilizó el instrumento “diabetes 39”, el cual es un instrumento tipo Likert.</p>

## ANEXO 9: PRUEBA PARA HALLAR LA MUESTRA

Z	=	1.96
N	=	248 pacientes diabéticos del Programa del adultos del semestre II-2018
p	=	0.5
q	=	0.5
d	=	0.05
n	=	muestra de pacientes diabéticos del programa del adulto

$$(Z)^2 (N) (p) (q)$$

$$n = \frac{\quad}{\quad}$$

$$(d)^2 (N-1) + (Z)^2 (p) (q)$$

$$(1.96)^2 (248) (0.5) (0.5)$$

$$n = \frac{\quad}{\quad}$$

$$(0.05)^2 (247) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)$$

$$238.2$$

$$n = \frac{\quad}{\quad}$$

$$1.58$$

$$n = 150.7$$

n = 151
---------

**ANEXO 10: TABLAS DE DIMENSIONES POR VARIABLE**

**TABLA 2**

**RELACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LA SALUD FÍSICA DE PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA DEL ADULTO DEL HOSPITAL ANTONIO SKRABONJA- PISCO  
MARZO 2019**

		SALUD FÍSICA						Total	
		NO AFECTADA		MEDIANAMENTE AFECTADA		TOTALMENTE AFECTADA			
		n	100%	n	100%	n	100%		
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	MALA	44	29%	21	14%	12	8%	77	51%
	BUENA	31	21%	30	20%	13	9%	74	49%
Total		75	50%	51	34%	25	17%	151	100%

**TABLA 3**

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN DIMENSIÓN  
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES  
DIABÉTICOS DEL PROGRAMA DEL ADULTO  
DEL HOSPITAL ANTONIO SKRABONJA  
MARZO 2019**

PREGUNTAS	si cumple		no cumple	
	n	100%	n	%
¿Siempre toma sus pastillas para la diabetes?	61	40,4	90	59,6
¿Siempre toma las pastillas para la diabetes, aun cuando se siente mejor?	78	51,7	73	48,3
¿Siempre toma sus pastillas para la diabetes a la hora indicada por el médico?	75	49,7	76	50,3
¿Siempre toma sus pastillas para la diabetes, aun cuando siente que le hacen mal?	60	39,7	91	60,3
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	60	39,7	91	60,3

**TABLA 4**

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN DIMENSIÓN  
TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES  
DIABÉTICOS DEL PROGRAMA DEL ADULTO  
DEL HOSPITAL ANTONIO SKRABONJA  
MARZO 2019**

PREGUNTAS	Si cumple		No cumple	
	n	%	n	%
¿Cuántas veces al día ingiere alimentos?	90	59,6	61	40,4
¿Si tiene, que seguir una dieta estricta, la respeta?	82	54,3	69	45,7
¿Su dieta es baja en carbohidratos y azúcares, debido a la diabetes?	119	78,8	32	21,2
¿Cuántas veces a la semana consume pescado de carne negra?	29	19,2	122	80,8
¿Consume diariamente verduras, especialmente las verdes?	124	82,1	27	17,9
¿Cuántos litros de agua consume al día?	84	55,6	67	44,4
¿Usted realiza ejercicio por lo menos 30 minutos al día?	44	29,1	107	70,9
Está dispuesto a dejar de fumar o tomar bebidas alcohólicas, porque aumenta el riesgo de sufrir complicaciones en la diabetes	113	74,8	38	25,2
TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	75	49,7	76	50,3

**TABLA 5**

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN DIMENSIÓN RELACIÓN  
CON EL PERSONAL DE SALUD DE PACIENTES DIABÉTICOS  
DEL PROGRAMA DEL ADULTO DEL HOSPITAL  
ANTONIO SKRABONJA  
MARZO 2019**

PREGUNTAS	si cumple		no cumple	
	n	%	n	%
¿Asiste todas sus consultas y controles de manera puntual?	82	54,3	69	45,7
cuándo el personal de salud demuestra conocer su enfermedad, cuando le brinda un trato humanizado y personalizado	113	74,8	38	25,2
Si el personal de salud le inspira confianza, sigue con el tratamiento	92	60,9	59	39,1
Recibe información sobre los beneficios, importancia o efectos colaterales de los medicamentos ordenados por el médico	68	45,0	83	55,0
El personal de salud le da explicación con palabras sencillas que usted y su familia entienden	99	65,6	52	34,4
RELACIÓN CON EL PERSONAL DE SALUD	109	72,2	42	27,8

**TABLA 6**

**SALUD FÍSICA SEGÚN INDICADORES DE LA DIMENSIÓN  
REPERCUSIÓN EN LA SALUD DE PACIENTES  
DIABÉTICOS DEL PROGRAMA DEL ADULTO  
DEL HOSPITAL ANTONIO SKRABONJA  
MARZO 2019**

PREGUNTAS	No me afecto		Medianamente afectado		totalmente afectado	
	n	%	n	%	n	%
Limitación en su nivel de energía (fuerzas)	53	35,1	85	56,3	13	8,6
Sensación de debilidad	62	41,1	76	50,3	13	8,6
Tener que descansar a menudo o seguido	57	37,7	75	49,7	19	12,6
DISMINUCIÓN DE LA ENERGÍA	53	35,1	79	52,3	19	12,6

PREGUNTAS	No me afecto		Medianamente afectado		totalmente afectado	
	n	%	n	%	n	%
Problemas al subir las escaleras	56	37,1	52	34,4	43	28,5
Andar más despacio que otras personas	67	44,4	62	41,1	22	14,6
Dificultades para sus cuidados personales	86	57,0	37	24,5	28	18,5
Los ejercicios diarios que debe hacer por su diabetes	77	51,0	61	38,4	13	18,6
DETERIORO DE LA MOVILIDAD	82	54,3	32	21,2	37	24,5

PREGUNTAS	No me afecto		Medianamente afectado		totalmente afectado	
	n	100%	n	100%	n	100%
La disminución de la visión le dificulta el caminar solo	43	28,5	84	55,6	24	15,9
Complicaciones debidas a su diabetes	103	68,2	42	27,8	6	4,0
Otros problemas de salud aparte de la diabetes	87	57,6	51	33,8	13	8,6
COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD	75	49,7	54	35,8	22	14,6

**TABLA 7**

**SALUD FÍSICA SEGÚN LOS INDICADORES DE LA DIMENSIÓN  
REPERCUSIÓN EN LA SALUD DE PACIENTES DIABÉTICOS  
DEL PROGRAMA DEL ADULTO DEL  
HOSPITAL ANTONIO SKRABONJA  
MARZO 2019**

PREGUNTAS	No me afecto		Medianamente afectado		totalmente afectado	
	n	100%	n	100%	N	100%
Disminución de la energía	53	35.1	79	52.3	19	12.6
Deterioro de la movilidad	82	54.3	32	21.2	37	24.5
Complicaciones de la enfermedad	75	49.7	54	35.8	22	14.6
SALUD FÍSICA	75	49,7	63	41.7	13	8.6