

Universidad de Huánuco

Facultad de Ciencias de la Salud

PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA



TESIS

**ADHERENCIA A LA TERAPÉUTICA EN PACIENTES
ADULTOS CON DIABETES MELLITUS 2 DEL CENTRO
DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI- AMARILIS -
2016**

Para Optar el Título Profesional de:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

TESISTA

GARAY ACOSTA, JOHN PAUL

ASESORA

LIC. ENF. BARRUETA SANTILLAN, DAVID

Huánuco – Perú

2017

**“ADHERENCIA A LA TERAPÉUTICA EN PACIENTES
ADULTOS CON DIABETES MELLITUS 2 DEL
CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI-
AMARILIS - 2016”**

DEDICATORIA

A DIOS todopoderoso, por darme vida y salud, brindándome su protección en cada momento, y por concederme la gracia y el don de esta vocación tan maravillosa que es el servicio a nuestro prójimo; también bendecir a todos mis seres queridos.

A MI MADRE; Isabel Acosta Flores por ser mi apoyo en cada decisión que tomo, por acompañarme en cada paso que doy , por los consejos que me brinda siempre velando por mi bienestar, por su dedicación y fortaleza para ser cada día mejor.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi profundo reconocimiento a todas las personas que de una u otra manera han dado grandes y valiosos aportes para realizar ésta investigación. Mi sincero agradecimiento:

- Docente Licenciado en Enfermería, Eler Borneo Cantalicio, nuestro tutor y docente, por su paciencia y motivación en el desarrollo de la investigación.
- Al Licenciado en Enfermería, David Barrueta Santillán, por su apoyo y asesoría durante el desarrollo del presente estudio.
- Al personal que labora en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari en el Programa de Enfermedades No Transmisibles por brindarme el apoyo necesario para poder haber hecho posible esta investigación.
- A los pacientes que formaron parte de este proyecto y ayudaron a su culminación a sabiendas que les será esto de utilidad en un futuro para su salud.
- A todas y cada una de las personas que directa o indirectamente colaboraron en el desarrollo de ésta investigación.

Gracias A todos.

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar el grado adherencia a la terapéutica en pacientes adultos con diabetes mellitus 2.

MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio tipo observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, con 54 pacientes con diabetes mellitus 2 pertenecientes al Programa del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari 2016. En la recolección de datos se utilizó un cuestionario, Con 10 preguntas de caracterización y 22 preguntas de adherencia divididos en 3 dimensiones; que son de adherencia a la medicación, a la alimentación y a la actividad física. Para el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba Chi cuadrado, con un $p < 0.05$, apoyados en el software SPSS 15.

RESULTADOS: se obtuvieron que el 79,6 % no asiste a un control médico oportuno y el 25,9 % refiere que su problema fundamental es el olvido en cumplir con las indicaciones. En cuanto a las dimensiones encontramos que la adherencia relacionada a la medicación se encuentra con mayor proporción 55,6 % con bajo grado, seguidos de una adherencia grado medio con 24.1 % y por ultimo un alto grado con 20.4% con una significancia de ($P \leq 0,002$); en cuanto a la adherencia alimenticia la mayor proporción 38,9 % presentan grado medio seguido de un grado bajo con 37.0% y un alto grado de 24.1% ($P \leq 0,348$); a la actividad física el 57,4 % son de bajo grado, muy por debajo un grado medio 24.1% y un alto grado con 18.5% ($P \leq 0,001$); por último la adherencia general se encuentra que la mayor proporción pertenecen al bajo grado 55,6 % , con un grado medio el 24.1% y con un alto grado el 20.4 % ($P \leq 0,001$).

Palabras clave: Diabetes mellitus 2, Adherencia a la terapéutica.

SUMMARY

OBJECTIVE: To identify the degree of adherence to therapy in patients with type 2 diabetes mellitus.

METHODS: A type of observational, prospective, transversal and descriptive study was carried out. Patients with diabetes mellitus 2 belonging to the health center program Carlos showing Ferrari – Amarilis 2016. In the collection of data a questionnaire was used, with 10 questions of characterization and 22 questions of adherence divided in 3 dimensions that are adherence to the medication, to food and to physical activity. For the inferential analysis of the results the chi-square test was used; with a $p < 0.05$, supported on the software SPSS15.

RESULTS: It was found that 79.6% did not attend a timely medical examination and 25.9 % rules that his fundamental problem is forgetting to comply with the indications. In term dimensions, we found that medication related adherence was found to be more proportionally 55.6% with low grade, followed by an average degree of adhesion 24.1 %. And finally a high grade with 20.4 %with a significance of ($P \leq 0,002$); in terms of dietary adherence the higher proportion 38.9 % presented medium grade followed by a low grade with 37.0 %, and a high degree of 24.1 % ($P \leq 0,348$); To physical activity 57.4% are of low grade. well below an average grade of 24.1 % and a high grade with 18.5% ($P \leq 0,001$); lastly the general adherence is found that the greater proportion belong to the low grade 55.6 %. With an average grade 24.1 % and with a high degree.

Keywords: Diabetes mellitus 2, Adherence to therapy.

INTRODUCCION

La diabetes mellitus es una enfermedad mortal, de gran problemática mundial y que su incidencia y prevalencia va en aumento ocasionando muy graves complicaciones. (1)

De todas las clasificaciones de la diabetes mellitus, la del tipo 2 es la que presenta mayor índice de morbimortalidad que no distingue ninguna característica personal ni social, por lo que es de vital importancia el tratamiento que estos pacientes puedan llegar a cumplir adecuadamente para evitar las complicaciones que esta enfermedad conlleva . (2)

Se reconocen tres factores que influyen de manera determinante en el éxito de la terapéutica; que son el cumplimiento de las indicaciones dietéticas ,la práctica de una actividad física constante y la aplicación de la prescripción farmacología siendo estos considerados por las guías internacionales en el abordaje de la población con diabetes mellitus tipo 2 .(3)

Según la organización mundial de la salud (OMS), la adherencia es el grado en que una persona cumple el tratamiento o logra adecuarse a ella, de acuerdo a lo recomendado por el personal de salud.(4)

La adherencia a la terapéutica es un problema muy complejo por lo que en los estudios ya realizados se encuentra que la población estudiada no presenta adherencia o el grado a la adherencia es baja por causa de muchos factores. Los fallos al seguir las prescripciones médicas aumentan los problemas de salud y la progresión de la enfermedad (5)

Por tal motivo, la investigación se organizó en cinco capítulos. En el primer capítulo comprende el problema, la formulación del problema, los objetivos

generales y específicos, con sus respectivas hipótesis, las variables, operacionalización de variables y la justificación de manera teórica, práctica, metodológica y la importancia del estudio.

El segundo capítulo se compone por el marco teórico, el cual incluye los antecedentes de investigación relacionados al tema tanto internacionales, nacionales y locales; las bases teóricas para el sustento del problema y las bases conceptuales y la definición de términos conceptuales.

En el tercer capítulo se expone la metodología de la investigación, la cual está compuesta de las siguientes partes: tipo de estudio, diseño, población y muestra y muestreo, técnicas e instrumentos de recolección, elaboración y análisis de datos y las consideraciones éticas.

Asimismo en el cuarto capítulo se presentan los resultados de la investigación, teniendo en cuenta los resultados descriptivos y los resultados inferenciales, detallados de acuerdo a las variables y las tres dimensiones compuestas con su contrastación con la hipótesis planteada y el análisis complementario.

Por último, en el quinto capítulo se presenta la discusión de los resultados encontrados. Posteriormente se presentan las conclusiones y las recomendaciones. También se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos; como consentimiento informado, instrumento de aplicación, matriz de consistencia, validación de expertos y aprobación de tesis.

INDICE

	pag
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
INTRODUCCION.....	VII
CAPÍTULO I	
1.-EL PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	01
1.1. Planteamiento del problema	01
1.2. Formulación del Problema.....	05
1.2.1. Problema general.....	.05
1.2.2. Problemas específicos.....	05
1.3. Objetivos.....	06
1.3.1. Objetivo general.....	06
1.3.2. Objetivos específicos.....	06
1.4. Hipótesis.....	07
1.5. Variables.....	09
1.6. Operacionalización de las variables.....	10
1.7. Justificación e importancia.....	11
1.7.1. A nivel teórico.....	11
1.7.2. A nivel práctico.....	12
1.7.3. A nivel metodológico.....	13

CAPÍTULO II.

2.- MARCO TEORICO.....	14
2.1. Antecedentes de investigación.....	14
2.1.1. Internacional.....	14
2.1.2. Nacional.....	17
2.1.3. Regional.....	19
2.2. Bases teóricas	21
2.2.1. Modelo de creencias en salud.....	21
2.2.2. Modelo de autocuidado.....	22
2.3. Bases conceptuales.....	24
2.3.1. Adhesión a la terapéutica.....	24
2.3.2. Dimensiones de la adherencia.....	25
2.3.4. Definiciones operacionales.....	29

CAPÍTULO III.

3.-MARCO METODOLÓGICO.....	30
3.1. Tipo de estudio.....	30
3.2. Diseño del estudio.....	30
3.3. Población.....	31
3.3.1. Criterios de inclusión.....	31
3.3.2. Criterios de exclusión.....	31
3.3.3. Ubicación geográfica.....	32
3.4. Muestra y muestreo.....	32
3.5. Método e instrumentos de recolección de datos.....	33
3.5.1. Metodología.....	33

3.5.2. Instrumentos de medición.....	34
3.5.3 Características del instrumento.....	35
3.6. Validez y confiabilidad de los instrumentos.....	36
3.7. Procedimientos de recolección de datos.....	38
3.8. Elaboración de los datos.....	38
3.9. Análisis de los datos.....	39
3.10. Consideraciones éticas.....	40

CAPITULO IV

4 ANALISIS DE RESULTADOS.....	41
4.1. Análisis descriptivos.....	41
4.2 Análisis inferenciales.....	52

CAPITULO V

DISCUSION Y RESULTADOS.....	56
CONCLUSIONES.....	60
RECOMENDACIONES.....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64

ANEXOS

Gráfico de barras de resultados.....	69
Consentimiento informado.....	76
Cuestionario.....	77
Matriz de consistencia.....	81
Validación de expertos.....	82
Resolución de aprobación de proyecto de tesis.....	85

INDICE DE TABLAS

Tabla 01.	Grupo atareó de los pacientes con diabetes mellitus 2 que pertenecen al centro de salud Carlos Showing Ferrari –Amarilis año 2016.....	41
Tabla 02.	Genero de los pacientes con diabetes mellitus 2 que pertenecen al centro de salud Carlos Showing Ferrari –Amarilis año 2016.....	42
Tabla 03.	Estado civil de los pacientes con diabetes mellitus 2 que pertenecen al centro de salud Carlos Showing Ferrari –Amarilis año 2016.....	42
Tabla 04	Grado de instrucción de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que pertenecen al centro de salud Carlos Showing Ferrari –Amarilis año 2016.....	43
Tabla 05.	Ocupación de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que pertenecen al centro de salud Carlos Showing Ferrari –Amarilis en el año 2016.....	44
Tabla 06.	Antecedentes de otras enfermedades que padecen los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que pertenecen al centro de salud Carlos Showing Ferrari –Amarilis en el año 2016.....	45
Tabla 07.	Tiempo de enfermedad del paciente con diabetes mellitus tipo 2 que pertenecen al centro de salud Carlos Showing Ferrari –Amarilis en el año 2016.....	46
Tabla 08.	Asistencia a controles médicos oportunos de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que pertenecen al centro de salud Carlos Showing Ferrari –Amarilis en el año 2016.....	46
Tabla 09.	Se presentaron casos de hiperglicemia en este año por lo que tuvieron que acudir al servicio de emergencia los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que pertenecen al centro de salud Carlos Showing Ferrari –Amarilis en el año 2016.....	47
Tabla 10.	Administración de la medicación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que pertenecen al centro de salud Carlos Showing Ferrari –Amarilis en el año 2016.....	48
Tabla 11.	Adherencia relacionada a la medicación de los pacientes con diabetes mellitus 2 del centro de salud Carlos Showing Ferrari –Amarilis año 2016.....	49
Tabla 12.	Adherencia relacionada a la dieta alimenticia de los pacientes con diabetes mellitus 2 del centro de salud Carlos Showing Ferrari –amarilis año 2016.....	49
Tabla 13.	Adherencia relacionada a la actividad física de los pacientes con diabetes mellitus 2 del centro de salud Carlos Showing Ferrari –amarilis año 2016.....	50
Tabla 14.	Adherencia general a la terapéutica de los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del centro de salud Carlos Showing Ferrari –amarilis año 2016.....	51
Tabla 15.	Comparación de frecuencias observadas de la adhesión relacionada a los medicamentos mediante la prueba chi cuadrada	

	de los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del centro de salud Carlos Showing Ferrari –amarilis año 2016.....	56
Tabla 16.	Comparación de frecuencias observadas en la adherencia relacionada a la alimentación de los pacientes con diabetes mellitus 2 del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari –amarilis año 2016.....	53
Tabla 17.	Comparación de frecuencias observadas en la adherencia relacionada a la actividad física de los pacientes con diabetes mellitus 2 del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari –amarilis año 2016.....	54
Tabla 18.	Comparación de frecuencia observada de la adherencia general de los pacientes con diabetes mellitus 2 del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari –amarilis año 2016.....	55

INDICE DE GRAFICAS

Figura 01.	Representación gráfica del grupo atareó de los pacientes con diabetes mellitus del C.S Showing Ferrari 2016.....	69
Figura 02	Representación del genero de los pacientes con diabetes mellitus 2 que pertenecen al centro de salud Carlos Showing Ferrari–Amarilis año 2016.....	69
Figura 03.	Representación del estado civil de los pacientes con diabetes mellitus 2 del C.S Showing Ferrari 2016.....	70
Figura 04.	Representación del grado de instrucción de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que pertenecen al centro de salud Carlos Showing Ferrari 2016.....	70
Figura 05.	Representación gráfica de la ocupación de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que del centro de salud Carlos Showing Ferrari - 2016.....	71
Figura 06.	Representación gráfica de los antecedentes de otras enfermedades que padecen los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del C.S Showing Ferrari – 2016.....	71
Figura 07.	Representación gráfica de Tiempo de enfermedad del paciente con diabetes mellitus del C.S Carlos Showing Ferrari – 2016.....	72
Figura 08.	Representación gráfica de la asistencia a controles médicos oportunos de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del centro de salud Showing Ferrari - año 2016.....	72
Figura 09.	Representación gráfica de los Casos de hiperglicemia en este año por lo que tuvieron que acudir al servicio de emergencia los pacientes con diabetes mellitus 2 C.S Showing Ferrari 2016.....	73
Figura 10.	Representación gráfica del motivo porque no se administra la medicación en pacientes con diabetes mellitus 2 del C.S Showing Ferrari - 2016.....	73
Figura 11.	Representación gráfica de la adherencia relacionada a la medicación de los pacientes con diabetes mellitus 2 del C.S Carlos Showing Ferrari –Amarilis año 2016.....	74
Figura 12.	Representación gráfica de la adherencia relacionada a la dieta alimenticia de los pacientes con diabetes mellitus 2 del C.S Showing Ferrari - 2016.....	74
Figura 13.	Representación gráfica de Adherencia relacionada a la actividad física de los pacientes con diabetes mellitus 2 del C.S Showing Ferrari – 2016.....	75
Figura 14.	Representación gráfica de la adherencia general a la terapéutica de los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del C.S Showing Ferrari - 2016.....	75

CAPITULO I

I. ASPECTOS BASICOS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 planteamiento del problema:

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica considerada como un grave problema de salud pública, que genera grandes costos económicos y ocasiona una de las mayores causas de morbilidad es por ello la importancia de su estudio en estos últimos años; ya que el inadecuado manejo y control conlleva complicaciones graves como infarto al corazón, accidentes cerebrovasculares, ceguera, falla renal, amputación de las extremidades inferiores y muerte. (6)

Se estima que en el mundo existen 171 millones de personas con diabetes y que este número para el 2030 aumentará a 300 millones. En América el número ha sido proyectado en 32.9 millones para el 2030, en el Perú para este mismo año se estima en 5.5 %; y su magnitud está en aumento por los factores como la obesidad, el sobrepeso, el sedentarismo y los hábitos inadecuados de alimentación. De estos el 91.1% corresponden a diabetes mellitus tipo 2, el 1.7% al tipo 1, el 1.0 a gestacional y el 5.8 % no especificados (7).

Según informes de la Dirección regional de salud Huánuco en el año 2013 la cantidad de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 es de 905 casos datos que alarman a la población sin contar con aquellos pacientes que todavía no son diagnosticados. (8)

A nivel del distrito de Amarilis ,el centro de salud Carlos Showing Ferrari según el censo del programa de enfermedades no transmisibles tiene

captados en dicho programa a 115 pacientes adultos y adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 .

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad compleja que no distingue raza, sexo, edad, economía y cuya incidencia está en aumento por lo que se considera una pandemia del siglo XXI, por lo que el tratamiento debería ser individualizado cambiando el modelo paternalista de atención por otro activo e individualizado en el que el paciente sea el protagonista de la toma de decisiones incluyendo en el tratamiento los medicamentos, nutrición y ejercicio físico. (9)

Esta enfermedad va en crecimiento en esta última década por lo que se debe intensificar los programas de salud para establecer estrategias y lograr su mayor control .debido a que uno de los principales problemas es la falta de adherencia a la terapéutica, por lo que el trabajo del equipo de salud se ve en ocasiones frustrados ante este problema. (10)

Hoyos, Arteaga y Muñoz (11): sostienen que la falta de adherencia al tratamiento es un problema altamente relevante en la diabetes, la característica de esta enfermedad obstaculizan el cumplimiento al tratamiento que requiere cambios de estilo de vida y adquisición de conocimientos específicos, presentándose dificultades para modificar hábitos nocivos o de alto riesgo como en la dieta, ejercicios físicos o el abandono del tratamiento farmacológico. Por lo que medir la adherencia terapéutica a la diabetes es bastante complejo no existiendo un método único de medición.

En Colombia se hizo un estudio de factores que influyen en la no adherencia del tratamiento de la diabetes, de un total de 18 encuestados, se concluye que la no adherencia a la terapéutica es del 69%; problemática esta mediada por el cansancio de tomar los medicamentos, miedo a las punciones de la insulina; se estudió que tomar pastillas tres veces al día y no agregar azúcar a los alimentos es una imposición que no tiene que ver con la enfermedad y que afecta al incumplimiento de la terapéutica. (12)

La organización mundial de la salud indica que la mala adherencia en tratamientos crónicos es un problema mundial estimando el problema de incumplimiento a un 50% mundialmente. Los estudios revelan la necesidad de complementar las prescripciones de los médicos, aumentar la formación del enfermero en farmacología. (13)

En la adherencia al tratamiento juega un papel importante la información que brinda el personal de salud a la persona en cuanto a su enfermedad y sus cuidados evitando confusiones y mala información. El tema de mayor polémica fue la alimentación que alcanzó el 70 % de toda la población en estudio por lo que se recomienda unificar criterios en las indicaciones de la dieta que deben realizar estos pacientes. (14)

Guadalupe CG (15), sustenta que la actividad biomecánica o física como terapia alterna solo es utilizada por cinco personas de un total de 54 pacientes en estudio, haciendo un porcentaje mínimo de 9.25%. Debido al desconocimiento de su prescripción y beneficios no es cumplido adecuadamente por los pacientes. (15)

En España se realizó un estudio con 719 pacientes; y según la tasa de prevalencia, el cumplimiento al tratamiento farmacológico es regular alcanzando el 78 %; a diferencia de la adherencia a la dieta 37% y al ejercicio físico el 35 %, alcanzando estos porcentajes bajos , debiendo ser de mucha importancia su estudio; también que los enfermeros deben incrementar el consejo sobre ejercicio, alimentación y uso adecuado de medicamentos, incorporando un mejor lenguaje que mejore para cumplir los objetivos. (16)

Troncoso, Delgado, Rubilar (17); realizando un estudio a 11 personas bajo criterio de selección; se destaca la importancia que estos usuarios consideran al consumo de los fármacos y de la dieta como parte del tratamiento terapéutico; sin embargo en su mayoría o más del 50 % no es cumplida por diferentes factores como por los efectos adversos que les produce los medicamentos o por la falta de tiempo para cumplirlas. La mayor preocupación se presenta en el cumplimiento de la actividad física ya que el 100 % de estos pacientes en estudio no perciben esta actividad como parte de la terapia por lo cual no es cumplida. (17)

El propósito de esta investigación es conocer y abordar el grado de adhesión a la terapéutica de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del centro Carlos Showing Ferrari - Amarilis y proporcionar información actualizada sobre este problema de salud pública, y así poder contar con estrategias efectivas que contribuyan a la mejorar de la adherencia de los pacientes diabéticos a su plan de tratamiento.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general:

Frente al problema planteado se propone la siguiente interrogante:

- ❖ ¿Cuál es el grado de la adherencia a la terapéutica en pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del centro de salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis año 2016?

1.2.2. Problemas específicos:

- ❖ ¿Cuál es el grado de cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del centro de salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis año 2016?
- ❖ ¿Cuál es el grado de cumplimiento a la dieta prescrita como parte del tratamiento en pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del centro de salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis año 2016?
- ❖ ¿cuál es el grado el cumplimiento de la actividad física indicada, como parte del tratamiento en los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del centro de salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis año 2016?

1.3. Objetivos.

1.3.1. Objetivo General:

- ❖ Identificar el grado de adherencia a la terapéutica en los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del centro de salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis año 2016.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- ❖ Conocer el grado de cumplimiento del tratamiento farmacológico en los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del centro de salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis año 2016.
- ❖ Conocer el grado de cumplimiento de la dieta prescrita como parte del tratamiento en los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del centro de salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis año 2016.
- ❖ Determinar el grado de cumplimiento de la actividad física indicada, como parte del tratamiento en los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del centro de salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis año 2016.

1.4. HIPOTESIS:

1.4.1. HIPOTESIS GENERAL:

Por ser un estudio descriptivo simple no se tiene en cuenta la Hipótesis general; sin embargo en el estudio se formularan Hipótesis de investigación: descriptivas, nulas .

a) HIPOTESIS DE INVESTIGACION

- HIPÓTESIS DESCRIPTIVAS:

Hi₁: El grado de cumplimiento al tratamiento farmacológico (alto/medio/bajo) en los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del centro de salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis año 2016 son diferentes.

Hi₂: El grado de cumplimiento de la dieta prescrita (alto/medio/bajo) como parte del tratamiento en pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del centro de salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis año 2016 son diferentes.

Hi₃ : El grado de cumplimiento de la actividad física (alto/medio/bajo) como parte del tratamiento en los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del centro de salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis año 2016 son diferentes.

b) HIPOTESIS NULA:

Ho1: El grado de cumplimiento al tratamiento farmacológico (alto/medio/bajo) en los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del centro de salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis año 2016 son iguales.

Ho₂: El grado de cumplimiento de la dieta prescrita (alto/medio/bajo) como parte del tratamiento en los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del centro de salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis año 2016 son iguales.

Ho₃: El grado de cumplimiento de la actividad física (alto/medio/bajo) como parte del tratamiento en los pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 del centro de salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis año 2016 son iguales.

1.5. VARIABLES:

- **Variable principal:** La presente investigación por ser un estudio descriptivo solo consta de una sola variable (dependiente)

-Adhesión a la terapéutica:

- **Dimensiones:**

-medicación farmacológica

- alimentación

- actividad física

- **Variable de caracterización:**

Características sociodemográficas

-Edad

-Genero

-Grado de instrucción

-Estado Civil

-Ocupación

Antecedentes relacionados:

-Enfermedad relacionada

-Tiempo de enfermedad

-Asistencia a controles oportunos

-Hiperglicemia durante este año

-motivo por lo que no se administra el medicamento

1.6. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES:

Variable principal: (Dependiente) Adherencia a la terapéutica

VARIABLE PRINCIPAL (dependiente)	DIMENSION	INDICADORES	VALOR FINAL	ESCALA DE MEDICION
:	Alimentación	-proporción de los alimentos según su calidad.	Alto Medio Bajo	Ordinal
		-comidas Completas que consume al día.	Alto Medio Bajo	Ordinal
		-Consumo de frutas y verduras.	Alto Medio Bajo	Ordinal
		-Fraccionamiento De los alimentos	Alto Medio Bajo	Ordinal
	Actividad física	-Tiempo	Alto Medio Bajo	Ordinal
		-frecuencia -Intensidad	Alto Medio Bajo	Ordinal
	Medicamento farmacológico	-prescripción farmacológica cumplida	Alto Medio Bajo	Ordinal
		-características de eficacia	Alto Medio Bajo	Ordinal
		-Asistencia regular a su control	Alto Medio Bajo	Ordinal

VARIABLES DE CARACTERIZACION				
Características Sociodemográficas	Edad	En años	Numérico	De razón
	Genero	-Masculino -Femenino	categórico	Nominal dicotómica
	Grado de instrucción	-Primaria, - secundaria - superior	Categórico	Ordinal
	Estado Civil	-Soltero - casado - divorciado - viudo	categórico	Nominal politomica
	Ocupación	Desempleado Ama de casa Obrero Comerciante profesional	categórico	Nominal politomica

1.7. JUSTIFICACION:

1.7.1. A nivel teórico

La adherencia a la terapéutica es un fenómeno complejo, multicausal, influenciado por muchos factores interactuando entre si y determinando los

distintos grados de adherencia. La conducta de cumplir el tratamiento esta medida por los conocimientos, creencias y actitudes que el paciente ante esta enfermedad; por lo que resulta una necesidad impostergable de emprender este estudio.

Las bajas tasas de adherencia al tratamiento nos indican que buena parte de las veces el paciente no cumple las indicaciones a la terapéutica que se exige, ya sea por falta de una buena información por parte del personal de salud, falta de conocimientos y sensibilización del paciente frente a esta enfermedad.

El presente estudio proporcionará pautas y un modelo bibliográfico para iniciar nuevas líneas de investigación. También es de importancia porque nos permitirá ampliar nuestros conocimientos acerca de la diabetes mellitus 2 y sus dimensiones influyentes en la adhesión a su terapéutica en los pacientes del centro de salud Carlos Showing Ferrari, nuestros resultados servirán para revisar, desarrollar o apoyar conceptos en futuros estudios.

1.7.2. A nivel práctico

De acuerdo a la línea de investigación de enfermería la presente investigación corresponde a la línea de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La adherencia a la terapéutica genera grandes pérdidas en lo personal, familiar y social prolongándose innecesariamente los tratamientos y presentándose recaídas y complicaciones que podrían evitarse.

De acuerdo a los resultados obtenidos el estudio ayudara a formar bases para implementar estrategias en la solución de este problema .Beneficiara al

personal de salud en contribuir eficazmente a disminuir la falta de adherencia a la terapéutica y plantear estrategias para mejorar la atención integral al paciente. También pretende beneficiar a los pacientes con diabetes mellitus del centro de salud Carlos Showing Ferrari, por lo que se podría tomar como un panorama parcial para el impacto en el estilo de vida de estos pacientes diabéticos. Esta investigación ofrecerá aportes, para la implementación de la educación a los pacientes, según la situación y las necesidades de estos, con el fin de contribuir a propiciar cambios conductuales y de cumplimiento con respecto a la adhesión terapéutica de la diabetes mellitus 2.

1.7.3. A nivel metodológico

Debido a la naturaleza múltiple y compleja de la adherencia al tratamiento, resulta complicado el diseño de un modelo eficaz de evaluación, motivo por el cual varios autores coinciden en la necesidad de contar con instrumentos de medición confiables. Los problemas de orden teórico conducen casi inevitablemente a generar dificultades en el campo metodológico al abordar un problema tan complejo a través de este proyecto.

Esta investigación buscara contar con un diseño adecuado para conocer los niveles de adherencia y ayudará a crear o implementar nuevos instrumentos de recolección de datos sobre las dimensiones investigadas de la adherencia a la terapéutica en pacientes adultos con diabetes mellitus 2.

CAPITULO II

2.-MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION:

2.1.1.- INTERNACIONAL:

España, 2013; Del Castillo AF, Salido GM, Losada GA, García GM , Fernández PT, Blanco GM; En su estudio de investigación ; la adherencia en el seguimiento del paciente diabético y uso de lenguaje enfermero, con el objetivo de conocer la valoración de la adherencia de medicación, alimentación y ejercicio físico; el método de estudio descriptivo transversal con muestra en estudio de 457 pacientes , se obtuvieron como resultado que presentan adherencia al medicamento 209 pacientes (45%) ; alimentación 369 (80.7%) y sobre ejercicio 207 (47%) . La valoración de la adherencia es una actividad integrada por las enfermeras en el seguimiento de los pacientes diabéticos el cual debe ser coordinado entre médico y enfermera, Se destaca que la enfermera debe ostentar un papel fundamental en la atención de las personas con diabetes, correspondiéndole las actividades relacionadas con la educación, el control y el seguimiento del paciente, siendo la evaluación del cumplimiento uno de los contenidos de la consulta de enfermería. (18)

México, 2012; Rivera NM : en su tesis; Apoyo social y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus II , del centro de salud Lerdo Tejada .En un estudio descriptivo con una muestra de 36 pacientes diabéticos con una media de 56 años ; se obtiene como resultado general tanto en adherencia farmacológica como no farmacológica (dieta , actividad física y

hábitos saludables) de 3.7 % de grado alto de adherencia, 92.6 % pertenecen al grado medio, y 3.7% obtuvieron un grado de adherencia bajo, por lo que se recomienda promover en los pacientes una mejora en la adherencia y por lo tanto en el control de la enfermedad, reduciendo las complicaciones y consecuentemente las tasas de mortalidad.(19)

Chile, 2011; Ortiz m, Ortiz E, Gatica A, Gómez D.; En el estudio descriptivo denominado, factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, por medio de un muestreo seleccionaron a 50 participantes con diabetes mellitus 2; uno de los objetivos fue medir la adherencia al tratamiento en los últimos siete días de la semana, dividiéndole en 6 subcategorías: dieta general y específica, ejercicio, automonitoreo, cuidado de pies y consumo de cigarrillos. El estudio contrasto los pobres resultados de control metabólico que presentan los participantes el 74% no presentan una buena adherencia en general; en la dieta se observa que la mayoría consume alto porcentaje de grasas y menor de frutas y verduras a la semana. En cuanto a la actividad física si bien reportan practicar al menos media hora de ejercicio (incluye caminar) no alcanza un nivel bueno de cumplimiento lo que podría explicarse que los pacientes toman en cuenta como ejercicio conductas cotidianas que requieren un esfuerzo físico mínimo tales como caminar en la casa o en el trabajo y por tanto no promueven la actividad física recomendada. (20)

Costa rica, 2013; Troncoso PC, Delgado SD, Rubilar VC.; En su estudio de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2, utilizaron el método cualitativo aplicando una entrevista a un total de 11 pacientes entre los resultados se destaca la importancia para los usuarios el buen trato del personal de salud para poder cumplir con el tratamiento. Los entrevistados manifiestan que es importante la toma de medicamento pero algunos no lo toman por las reacciones adversas que presentan. La mayoría no considera la actividad física y la dietoterapia de importancia para lograr un correcto control metabólico. La jornada laboral y el factor económico son considerados como la principal limitante en la realización de los horarios de alimentación necesarios para un buen control metabólico. En general los entrevistados consideran que la terapia es importante para el control de la patología, sin embargo no es cumplida. (21)

Colombia, 2011; Hoyos DT, Arteaga HM. Con el objetivo de comprender los Factores de la no adherencia al tratamiento en paciente con diabetes mellitus tipo 2. realizaron un estudio descriptivo realizando 18 entrevistas a cuidadores de estos pacientes cuyo resultado fue en un 59 % de no adherencia al tratamiento esta mediada por múltiples factores como : desencuentro entre la información que brinda el personal de salud y el saber popular que dan lugar a cuidados deficientes en la alimentación al existir diferentes prescripciones del personal de salud y causar confusiones en los pacientes ,cansancio de tomar los medicamentos tomar tantas tabletas al día ,miedo a las punciones por la

aplicación de la insulina, insatisfacción de los servicios de salud brindados y el costo económico de la enfermedad. (22)

Uruguay , 2015, Terechenko LNS, Baute GAE, Zamonsky AJN; En su estudio de investigación adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II , que son atendidos en las Instituciones de Asistencia Medico Colectivas de la ciudad de Carmelo Uruguay de marzo 2013 a marzo 2014.Realizando un estudio descriptivo, transversal con una muestra de 100 individuos, los resultados encontrados fueron que solo un 21 % cumple con la actividad física indicada, lográndose mantener en un peso adecuado para su salud; en cuanto a la adherencia farmacológica un 46 % relata presentar una buena adherencia ; en cuanto a la dieta alimenticia se destaca que un promedio de 56% cumple con lo indicado siendo esto muy positivo para la buena adherencia.(23)

2.1.2.- NACIONAL:

Perú, 2014; DAVILA SR, GARCIA BN, SAAVEDRA HK; Se ejecutó un estudio descriptivo para determinar la adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores del Centro de Salud San Juan (Iquitos). La muestra seleccionada en forma aleatoria simple estuvo conformada por 75 pacientes, a los cuales se les aplico una encuesta con el Test de Morisky Green Levine (confiabilidad 0.61). Los hallazgos mostraron que el 69,33% de adultos son no adherentes al tratamiento de diabetes mellitus, es decir que no cumplen con las recomendaciones terapéuticas; la baja adherencia terapéutica observada en los pacientes diabéticos , se explica, en parte, por la complejidad

del régimen de tratamiento, por las creencias erróneas sobre la salud y enfermedad que los pacientes tienen y por el estilo pasivo y paternalista de la atención médica tradicional, que en conjunto le impiden al paciente tomar control sobre su conducta.(24).

Perú, 2012; Molina GY; realizo un estudio de método descriptivo , en el Hospital Nacional “Dos de mayo “con el objetivo de determinar la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ;la muestra estuvo conformada en 132 pacientes que asistieron al programa de diabetes ,el instrumento de recolección de datos fue el cuestionario y la técnica aplicada fue la entrevista, cuyos resultado de estudio fueron; se comprobó en su mayoría de pacientes (91) que equivale al 68.9 % presenta una regular adherencia al tratamiento, 21.2% (28) una adherencia optima y el 9.8% (13) no adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico que incluye dieta y ejercicio físico.(25)

Perú, 2012 ; Portilla GL.; en su tesis realiza un trabajo de investigación el cual propone estudiar las diferencias existentes en pacientes con diabetes mellitus 2 con y sin adherencia al tratamiento ;utilizando un diseño descriptivo comparativo ,la muestra estuvo conformada por 56 pacientes de ambos sexos de edades entre 43 a 87 años que asisten a consultas externas del hospital Central FAP –lima ;Se encontraron en pacientes con y sin adherencia al tratamiento correlaciones significativas con la calidad de vida siendo los que tienen adherencia al tratamiento los que obtuvieron mayores puntajes ,se

recomienda realizar estudios acerca de adherencia al tratamiento ,para poder ampliar y formar las medidas promotoras de esta ,ya que las enfermedades crónicas están incrementándose mundialmente ,teniendo como claro ejemplo la prevalencia de la diabetes mellitus en nuestro país . (26)

Perú 2016, Meza MCP, Tapullima CJ; en su tesis “Estado nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del consultorio externo de enfermedades no transmisibles del hospital apoyo Iquitos César Garayar García. 2016”. Siguiendo un modelo de investigación no experimental y descriptiva, aplicando un instrumento de cuestionario a 132 participantes .También abarcan su estudio en conocer la adherencia a la terapéutica, encontrando que en la dieta alimenticia solo cumplen adecuadamente el 25.8 %; en cuanto a la adherencia farmacológica si se estima un mayor grado que es de 52.3% de cumplidores y en cuanto a la actividad física el 35.6 % afirma que casi nunca lo realiza, el 34.1% lo realiza en un grado medio y el 41.7 % se encuentra en un grado alto. Frente a este resultado este estudio justifico la predominancia en el exceso de peso y la importancia de que el personal de salud brinde una buena información respecto al régimen terapéutico. (27)

2.1.3.- REGIONAL:

Huánuco (UNHEVAL), 2014; Arteaga BT, Sánchez AL, Tolentino BJ. de nivel de conocimientos y actitudes de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 asistentes a la cartera de adulto y adulto mayor CAPS III Huánuco 2014, cuyo diseño fue de método descriptivo a 78 pacientes , se

obtiene como resultado que el 90.9% no realiza ejercicios , en cuanto a la alimentación se obtiene que el 51.5 % conoce sobre lo correcto pero que solo el 35% lo cumple; concluyendo que la forma como los pacientes reaccionan a la enfermedad está directamente relacionada con sus ideas y temores acerca de la severidad y los efectos de la diabetes , de igual manera el camino que busquen para su sanación estarán influida por estas ideas; esto puede verse como gran amenaza a la salud y a traer graves complicaciones.(28)

Huánuco (UNHEVAL), 2012; Isidro PM; Lavado PL. en su tesis ;Nivel de satisfacción de usuarios con diabetes mellitus y /o hipertensión arterial frente a los cuidados del profesional de enfermería en padomi – red asistencial nivel II Es salud- Huánuco 2012 , en un estudio descriptivo que se realizó a 18 pacientes diabéticos , el 53, 3 % refiere cumple el tratamiento indicado y el 56,7 % consume una dieta adecuada , por lo que se recomienda reforzar los cuidados para alcanzar niveles altos de cumplimiento a las terapéuticas.(29)

2.2. BASES TEORICAS:

Existen varios modelos que enfocan aspectos del tema. Entre ellos tenemos; el modelo de creencias en salud, el de locus de control en salud, la teoría de la acción razonada y la teoría de autoeficacia. De todos ellos el modelo de creencias en salud es considerado como el modelo más influyente y aplicado al estudio a la adhesión a la terapéutica, se considera el más factible de utilizar ya que mantiene el comportamiento de la salud en una función tanto del conocimiento como de las actitudes. (30)

2.2.1.- MODELO DE CREENCIAS EN SALUD: (Becker, 1974; Rosenstock, 1984). Se destaca que una persona no llevará a cabo una conducta de salud (prevención, participación, cumplimiento o rehabilitación) a menos que adopte una conducta de información sobre su salud, percibir la condición como amenazante, estar convencido que el tratamiento es eficaz; por tanto aquellos pacientes no adherentes creen que la enfermedad no afectara sus vidas. (31)

De acuerdo a Rosenstock los componentes que consta el modelo serian la susceptibilidad percibida ante un determinado problema de salud; La severidad percibida a las creencias sobre la gravedad de contraer determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída; los beneficios percibidos en su efectividad al enfrentarse a la enfermedad y por ultimo tiene que ver con las barreras percibidas (costos, tiempo, etc.) impiden cumplir con la terapéutica. (32)

Este modelo es un modelo de cognición social y plantea que el apego al tratamiento requiere de comportamientos aprendidos que conduzcan al sujeto a

adoptar nuevos estilos de vida, en tanto logre asociar las conductas de cuidado a una utilidad mayor esperada. (33)

Finalmente, el modelo de creencias en salud es considerado en este estudio como el determinante más próximo a la conductas de cumplimiento que el paciente toma para frente al régimen terapéutico, Los resultados demostraran, la influencia del aprendizaje histórico del individuo y el grado de adherencia a la terapéutica , considerando la relación entre estos, asimismo que las creencias de un individuo son a su vez el estímulo y el resultado de tal interacción con el resultado de la adherencia; de modo que en estudios posteriores es importante considerar las consecuencias que tienen en la modificación del entorno ambiental de la persona.

2.2.2.- MODELO DEL AUTOCUIDADO (Dorothea Orem)

Autocuidado.- (Orem) Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo. (34).

Para Orem el autocuidado es “la contribución constante de un adulto a su propia vida, salud y bienestar”. Teniendo en cuenta esta teoría de enfermería se define la adherencia terapéutica como una acción y comportamiento de autocuidado donde es necesario que los pacientes conozcan las acciones necesarias para cumplir con las indicaciones, por ello se debe identificar las capacidades, disposición y voluntad de la persona, de esta manera nuestra

intervención será más efectiva y los pacientes podrán adherirse a la terapéutica. (35)

Achury describe “los conceptos de autocuidado y adherencia tienen una similitud entre sí, ya que la adherencia es una expresión concreta del autocuidado especialmente reconocida en personas con estados de desviación de la salud” considera también que para que los individuos practiquen el autocuidado o se adhieran a tratamientos se necesita una capacidad de compromiso y participación en el manejo de su enfermedad. (36)

En tal sentido, el presente modelo que sustenta este estudio se fundamenta en la teoría de Déficit de Autocuidado de Dorotea Orem, mediante esta teoría se hace una relación entre adherencia y autocuidado. Por lo cual enfermería ha conceptualizado la adherencia terapéutica como un comportamiento de autocuidado, esto implica que para el logro del autocuidado se requiere compromiso y responsabilidad del paciente en el cumplimiento de régimen terapéutico. Probablemente los fracasos en la adherencia terapéutica y por ende en el autocuidado, se deban a que usualmente el personal de salud al dar educación al paciente no lo involucra en el diseño de las acciones a seguir, sino que se le dan indicaciones en forma de órdenes a cumplir, sin tener en cuenta sus consideraciones, expectativas, comprensión de las orientaciones y disposición para ponerlas en práctica.

2.3 BASES CONCEPTUALES.-

2.3.1.- ADHESION A LA TERAPEUTICA:

- Según **Haynes** (1976), considera como “la medida en la cual la conducta de una persona (en términos del consumo de fármacos y cambios en el estilo de vida) coincide con los consejos del médico o del personal sanitario”. Esto implica no solamente la toma de medicamentos, sino también cambios en la dieta, actividad física e incluso la forma en que se responde psicológicamente a la enfermedad. (36)

- **La Organización Mundial de la Salud;** en el 2001 define como “El grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. La definición citada difiere al cumplimiento por obediencia sino más bien se estima la conformidad del paciente respecto a las recomendaciones y tomando en cuenta su voluntad, creencias, actitudes y satisfacción del paciente. (37)

La **OMS** más adelante en el 2004 amplía el conocimiento planteando además que “buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en los comportamientos que abordan la higiene personal, el autocuidado del asma y la diabetes, el régimen alimentario inadecuado y la actividad física escasa son todos ejemplos de comportamientos terapéuticos”. (38)

Existen muchos factores que influyen en la adherencia terapéutica, entre ellos se menciona a los factores sociales y económicos; deficiencia en el sistema de

salud; conocimientos, motivación y actitudes del paciente con respecto a su enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. También destacan las siguientes variables determinantes en la conducta de adhesión, las cuales son las más aceptadas: a) características del paciente, b) características del tipo de tratamiento; c) relación entre el profesional de salud y el paciente (39)

2.3.2. DIMENSIONES DE LA ADHERENCIA

Sustentándose desde el enfoque de la característica al tratamiento; cabe mencionar que las guías internacionales de tratamiento a pacientes con diabetes mellitus 2 ; reconocen tres dimensiones que influyen de manera determinante en el éxito de la terapéutica que son el cumplimiento de las indicaciones dietéticas , la práctica de una actividad física adecuada y la aplicación de la prescripción farmacológica (40)

1.- DIETA TERAPEUTICA:

El plan de alimentación es el pilar fundamental del tratamiento de la diabetes. No es posible controlar la enfermedad sin una adecuada alimentación contando con las siguientes características:

- Debe ser individualizado y personalizado.
- Debe ser fraccionada. Distribuida en cinco a seis porciones diarias.
- La sal se debe consumir de manera moderada y solo restringirse cuando existe enfermedades concomitantes como hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal.
- No consumir bebidas alcohólicas, ya que estas producen hipoglucemia.

- Las infusiones como te, café o mate no tienen valor calórico intrínseco y pueden consumirse libremente.

- Consumir alimentos ricos en fibra soluble. (41)

- Recomendaciones diarias nutricionales para pacientes diabéticos

Carbohidratos y grasas: Debe ser entre 150-300 gramos por día. Mantener el consumo de carbohidratos constantemente, en las comidas mejora el control glicémico, deben ser granos enteros, frutas, vegetales, frijol y lácteos bajos en grasa. En cuanto a la cantidad de grasas saturadas, no debe superar los 15-20 gramos por día a fin de reducir el nivel de lípidos, se encuentran en carnes rojas, lácteos enteros (leche, queso y helado), mantequilla, salsas, manteca y piel de pollo. Las grasas trans, son encontrados en frituras, margarinas en barra y comida procesada. La recomendación es limitar el consumo de grasos trans a lo menos posible. Las grasas mono insaturada pueden disminuir los niveles de colesterol total y LDL, así como aumentar el colesterol HDL. Se encuentran en el aceite de oliva, el aceite de canola, el aguacate, semillas de ajonjolí, aceite de maní, mantequilla de maní, almendras y pecanas, Las cantidades diarias sugeridas podrían ser de 1 a 2 cucharaditas de aceite de oliva, 2 cucharaditas de mantequilla de maní, o de 1/4 a 1/3 taza de nueces por día, manteniendo las metas de calorías totales. (42)

Fibras y otros: Las fibras pueden ayudar a reducir el colesterol LDL. Se pueden encontrar en las frutas, vegetales, avena y legumbres. Una dieta baja en sodio, puede ayudar a disminuir los niveles de presión arterial. Se

recomienda la ingesta de menos de 1500 mg entre personas que tienen más de 51 años. (43)

2.- EJERCICIO FISICO:

La práctica de ejercicio regular constituye una parte del plan terapéutico que no debe ser descuidado. Mejora el metabolismo hidrocarbonado, contribuye a reducir peso o mantener el peso normal, mejora los factores de riesgo cardiovascular, aumentando las HDL y reduciendo las LDL, los triglicéridos y la presión arterial, mejora el rendimiento físico, la calidad de vida y el bienestar. Debe aconsejarse el autocontrol de los pies antes y después de cada actividad física para utilizar un calzado adecuado al tipo de ejercicio. Está contraindicado el ejercicio en pacientes descompensados, ya que el ejercicio empeora el metabolismo. (44)

La intensidad máxima de esfuerzo a realizar se aconsejará al paciente una intensidad que permita hablar durante el ejercicio sin dificultad respiratoria. La frecuencia podrá ser de una hora diaria (andar) o de una hora tres veces por semana (gimnasia, natación). El ejercicio físico ideal para la mayoría de los diabéticos será caminar de 45-60 min/día, 3-5 días por semana, no más de dos días consecutivos sin actividad. Los ejercicios de resistencia muscular con pesas son también eficaces para mejorar el control de la diabetes, aumentando además la fuerza y la masa muscular, por ello es recomendable que la planificación semanal de ejercicio incluya ejercicios aeróbicos y de fuerza / resistencia, se recomienda la ejercitación 2 ó 3 veces por semana de todos los grupos musculares en 3 tandas de 8-10 repeticiones de peso que no se pueda levantar más de 8-10 veces. (45)

3.- MEDICAMENTOS:

El tratamiento farmacológico debe plantearse cuando tras un período razonable de 3 a 4 meses de tratamiento higienicodietético no se consiguen los objetivos de control. La medicación es un complemento para aumentar el efecto de la alimentación y del ejercicio, constituyendo distintos fármacos orales y/o insulina en la diabetes tipo 2. Disponemos de varios grupos de fármacos que permiten seleccionar el tratamiento más oportuno para cada paciente de acuerdo con sus características: obesidad, cantidad de insulina que produce su páncreas; con menor número de efectos adversos y más cómodos para el paciente (46)

-Biguanudas:(metformina) se considera de elección en el inicio de la diabetes mellitus 2 actúa a nivel hepático disminuyendo su producción de glucosa asociándose con la reducción de peso, triglicéridos y colesterol. No estimulan la secreción de insulina, requieren la presencia de esta hormona para su efecto. No son de utilidad si hay hipoinsulinemia grave. (47)

-Sulfonilureas: (glibenclamida) Son hipoglucemiantes por vía oral más usados. Actúan principalmente aumentando la secreción de insulina pancreática. Deben indicarse siempre junto con la dieta y el ejercicio y no en lugar de ellos, ya que producen aumento de peso. Están contraindicadas en insuficiencia renal moderada - grave. (48)

Secretagogos de acción rápida: (glinidas)- Se utilizan si existe contraindicación a la metformina. Permiten horarios de comida variable. Aumentan la secreción de insulina pancreática. Pueden administrarse en insuficiencia renal y están contraindicados en insuficiencia hepática grave. (49)

2.3.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

A continuación se presenta la definición de algunos términos a fin de facilitar su comprensión en el estudio.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: Es el grado en que el paciente diabético cumple con las indicaciones terapéuticas, tanto médicas como psico-conductuales, y que se encuentran influenciadas por factores propios del individuo, del tratamiento y de la relación interpersonal paciente-personal de salud.

DIABETES MELLITUS TIPO 2.- Es un desorden metabólico de etiología multifactorial, caracterizado por una hiperglucemia crónica debida a la deficiencia parcial o total de la insulina, lo cual produce alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, lípidos y proteínas y, en un lapso variable, lesiones macro y microvasculares, especialmente en ojos, riñón, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

PACIENTE DIABÉTICO: Persona con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 que presenta una enfermedad crónica degenerativa, y que requiere de un tratamiento efectivo a través de estilos de vida saludables, controles periódicos y educación diabetológica que le eviten desarrollar complicaciones propias de la enfermedad.

CAPITULO III

3. MARCO METODOLOGICO

3.1. TIPO DE ESTUDIO:

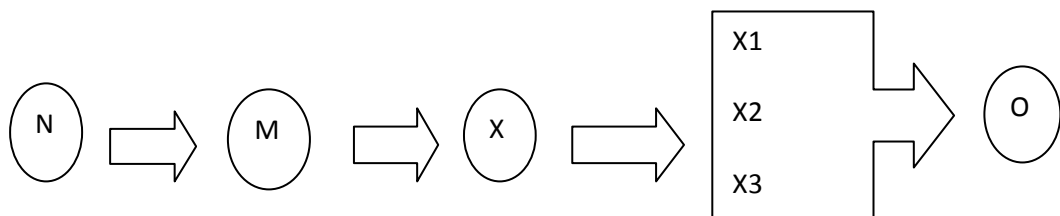
Según la intervención del investigador, el estudio fue observacional porque no existió manipulación del investigador.

Según la planificación de la toma de datos, la investigación fue prospectiva puesto que los datos fueron recolectados en forma presente.

Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio, transversal Y, según el número de variables de interés, el estudio fue descriptivo porque posee una sola variable en estudio.

3.2. DISEÑO DEL ESTUDIO:

El estudio correspondió a un diseño descriptivo transversal y el diseño es el siguiente:



N = Población

M = Muestra

X = Adherencia a la terapéutica

X1 = Medicamentos

X2 = Dieta alimenticia

X3 = Actividad física

O = Observación

3.3. POBLACION:

La unidad de estudio estuvo conformada por el total de 115 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que se encuentran inscritos en el programa de diabetes mellitus del centro de salud Carlos Showing Ferrari del distrito de Amarilis en el año 2016.

El lugar conto con la población objetiva para la realización de este estudio, teniéndose antes que realizar los criterios de selección de la muestra.

3.3.1. Criterios de inclusión

- Personas enfermas con diabetes mellitus tipo 2 que fueron atendidos por el programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud Carlos Showing Ferrari hasta el año 2016
- Pacientes de ambos géneros que aceptaron participar en el estudio.
- Pacientes con edades de 25 a más años.
- Pacientes no analfabetos.

3.3.2. Criterios de exclusión

- pacientes con diabetes mellitus tipo I.
- Pacientes diabéticas embarazadas .con diagnóstico de diabetes tipo 2.
- Analfabetos.
- Pacientes con enfermedades neurológicas, psiquiátricas o cualquier otra que impida comunicación.

3.3.3. Ubicación de la población en espacio y tiempo:

La presente investigación se realizó en el programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis; también realizando visitas domiciliarias por ser una población dispersa y no contar con un control riguroso en el programa.

El tiempo que duro la aplicación del instrumento fue durante los meses de noviembre y diciembre del 2016.

3.4. MUESTRA Y MUESTREO:

3.4.1. Unidad de análisis:

Cada paciente en estudio.

3.4.2. Unidad de muestreo:

La unidad seleccionada fue igual que de la unidad de análisis.

3.4.3. Marco muestral:

Se empleó y utilizo el registro de atención de los pacientes con diabetes mellitus 2; que asisten al programa con sus direcciones respectivas.

3.4.4. Tamaño de la muestra:

Se trabajó con 54 pacientes de acuerdo al proceso de selección probabilística simple. Que también reunieron los criterios de inclusión y exclusión.

3.4.5. Tipo de muestreo:

La selección de la muestra fue mediante el muestreo probabilístico simple y teniendo en cuenta el criterio de la investigación siendo de aplicación la siguiente formula.

$$n_0 = \frac{p q}{e^2} \quad \text{entonces} \quad n = \frac{n_0}{1 + (n_0/N)}$$

Dónde:

M: tamaño de la población: 115

E: error máximo de cálculo: 0.05

P: probabilidad de población que presenta las características = 0.5

q: probabilidad de población que no presenta las características = 0.5

z: grado de confiabilidad 95% = 1.96

n₀: muestra deseada

n: muestra hallada

* Hallando:

$$n_0 = 0.5 \times 0.5 / 0.05^2 = 0.25 / 0.0025 \quad n_0 = 100$$

$$\text{Entonces: } n = 100 / (1 + (100 / 115)) = 100 / 1.87 = 53.47$$

Hallándose un total de 54 pacientes para estudio. se utilizó el método sistemático en donde se tuvo que captar a la muestra escogida

3.5. METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.

3.5.1. Metodología: El método que se tuvo en cuenta en el estudio fue la encuesta. Se captó a los pacientes en estudio que asisten al programa de enfermedades no transmisibles y se les aplicó el instrumento de recolección

de datos, explicándoles el alcance del estudio a realizar, el contenido y solicitando su participación libre y voluntaria, y de no tener negativa a la participación en el estudio se les hizo firmar el consentimiento informado.

También se realizaron visitas domiciliarias a los pacientes con el fin de cubrir la cantidad de muestra, usando como guía el registro del programa donde se encuentran las direcciones de cada paciente.

3.5.2. Instrumentos de medición: Se aplicó un cuestionario de recolección de datos, el que consta de las siguientes partes:

1. Datos sociodemográficos (5 preguntas)
2. antecedentes relacionados (5 preguntas)
3. adherencia a la terapéutica que a su vez esta sub dividido por tres dimensiones que son:

- adherencia al medicamento (8 ítems)
- adherencia a la dieta (8 ítems)
- adherencia a la actividad física (6 ítems)

En total 22 ítems de adherencia a la terapéutica cuyas respuestas son dicotómicas (si / no) asignándoles un valor de 0 a la respuesta negativa y de 1 a la respuesta positiva, donde el investigado marcó con una aspa la respuesta que crea conveniente. a puntuación fue de acuerdo al grado porcentual dependiendo de la totalidad de ítems por dimensión:

- 1-. Grado de adherencia bajo.
2. Grado de adherencia medio.
- 3.- Grado de adherencia alto.

Esta puntuación y clasificación fue aplicada a las tres dimensiones por separado tanto a la medicación, a la dieta alimenticia y a la actividad física.

3.5.3. Características del instrumento de evaluación

Este instrumento es de tipo semiestructurado; porque para su diseño se realizó una revisión exhaustiva de la bibliografía para identificar los test validados y aprobados mundialmente que se utilizan en la valoración de la adherencia a la terapéutica, de la amplia gama de test de valoración indirecta de cumplimiento terapéutico que se dispone se optó por seleccionar los test que sean más aplicables, sencillos y prácticos para este estudio, cuya combinación e integración de estos test nos proporcione un instrumento confiable y más completo; los test utilizados en este instrumento son:

a) Test de Morisky Green (actitudes). - Este test valora si el paciente adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad, ejm; ¿toma Ud. sus medicamentos a la hora indicada?

b) Test de batalla (conocimientos). - Analiza el grado de conocimientos que el paciente tiene de su enfermedad asumiendo que un mayor conocimiento de la enfermedad por su parte representa un mayor grado de adherencia a la terapéutica, elm: ¿Ud. cree que la dieta es necesaria para el control de la diabetes?

c) test de Haynes –Saket (auto cumplimiento) .- Evalúa el grado de dificultad que el paciente tiene en cumplir con la terapéutica; ejm : ¿tiene Ud. dificultad en realizar la actividad física indicada?

3.6. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS.

3.6.1. Validación del instrumento:

En cuanto a la validez por ser un estudio ya conocido se tuvo en cuenta como modelo los test explicados anteriormente, aplicados en este estudio que ya fueron validados internacionalmente para su aplicación en patologías crónicas como es la diabetes mellitus, el nivel medio de validez reportado es de una fiabilidad alfa = 0,61, encontrándose ser útil en la medición de adherencia terapéutica.

Pero también nuestro instrumento fue validado en dos fases, una cualitativa y otra cuantitativa correspondiente a la evaluación de las propiedades métricas (confiabilidad), a continuación dicha validación.

I. Validación cualitativa

Validez por juicio de expertos

Por tratarse de un instrumento semiestructurado por test validados internacionalmente; a nivel del contexto de Huánuco, solo se realizó esta validez con fines de adaptación y modificación de algunos términos, para ello se sometieron a revisión por 3 jueces expertos (licenciados en enfermería especialistas en el tema) , con el fin de realizar la validez de contenido, para

determinar la comprensión y claridad de los respectivos ítems de los instrumentos de medición, y cabe mencionar que se corrigieron las observaciones realizadas que solo fueron en cuanto a la sintaxis y formulación de la pregunta.

La Lic. Sonia Cueva Caballero y el Lic. Felipe Miguel Rodríguez dieron su conformidad y aprobación para poder aplicar el instrumento manifestando que se encontraba bien elaborado. Mientras que la Lic. Ana Asado Lu hizo la observación en cuanto al ítem 10, ¿sigue las indicaciones alimenticias? sugiriendo que se debe de modificar por no encontrarse muy comprensible para la aplicación a la población. Realizándose las modificaciones necesarias; ¿cumple Ud. con todas las recomendaciones relacionadas a la dieta?; se contó con su aprobación para la aplicación.

II. Propiedades métricas de los instrumentos (fiabilidad)

En la fase cuantitativa, se realizó la validez por consistencia interna y así medir las propiedades métricas (confiabilidad), fueron analizadas en el SPSS 15 usando el modelo Alfa; pero por ser respuestas dicotómicas de los ítems, se calculó con el método de Kuder Richardson formula 20 (KR 20), previa aplicación de una prueba piloto a 8 pacientes del centro de salud Pillcomarca, ajenos a la muestra de estudio.

Los resultados hallados fueron $KR-20 = 0.843$ encontrándose el coeficiente dentro del rango de 0.76 a 0.98 por lo cual el instrumento es de confiabilidad fuerte y puede ser aplicable. Asegurando su consistencia y coherencia interna así como reduciendo su margen de error.

3.7. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.

Se procedió con los siguientes pasos:

- a) Se realizó la coordinación y los trámites documentarios con la jefa de enfermería del centro de salud Carlos Showing Ferrari.
- b) Capacitación a los encuestadores sobre el tema en estudio y brindándoseles todas las facilidades del caso.
- c) Se preparó de los materiales a utilizar durante la encuesta tanto de material de escritorio como lápiz y lapiceros y los cuestionarios.
- d) Se aplicó los instrumentos de medición a la muestra escogida sistemáticamente utilizando el listado previa orientación y aceptación mediante la aplicación del consentimiento informado.
- e) Se realizó el conteo y codificación de los instrumentos, control de calidad de los resultados de las encuestas y tabulaciones respectivas.
- f) Se ingresó los datos al sistema spss analizándolos cada uno de ellos para luego obtener los resultados correctos el procesamiento de los datos y las tabulaciones respectivas y posterior a ello se ingresaron los
- g) Por último se realizó la elaboración del informe final con todos los datos obtenidos.

3.8. ELABORACION DE DATOS:

Se revisaron los instrumentos aplicados para comprobar que estén completos y que no haya contradicciones internas y realizar las correcciones necesarias, Seguidamente se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas.

Para poder facilitar el recuento de datos la tabulación se hizo en tablas, de acuerdo a los objetivos e hipótesis planteadas. Luego se presentaron los resultados por medio de tablas y posteriormente con gráficos.

3.9. ANALISIS DE DATOS:

Para realizar el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales , comúnmente llamado SPSS versión 15 de la aplicación Windows, Se hizo el análisis descriptivo simple ,teniéndose en cuenta la prueba de hipótesis estadística tanto descriptiva, alterna y nula.

a) análisis descriptivo

Se realizó en inicio un análisis calculando medidas de tendencia central como promedio o media, mediana y moda, así mismo se calcularon medidas de dispersión como rango, desviación estándar y varianza, para cada una de estas medidas se dispuso de gráficas para su mayor comprensión y ayuda visual.

b) Análisis inferencial

Se hallaron promedios de frecuencia con sus respectivos intervalos de confianza, realizándose un análisis bivariado a través de la prueba no paramétrica de Chi cuadrado de homogeneidad para contrastar las hipótesis, ya que la variable de interés es de naturaleza cualitativa. En la significancia estadística de las pruebas se consideró el valor $p < 0,05=5\%$. Los datos se almacenaron en Microsoft Excel Windows y posteriormente fueron analizados

por el paquete estadístico SPSS versión 15 del cual también nos sirvió para crear los gráficos y tablas, facilitando ayuda visual al análisis.

3.10. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION:

En cuanto a los aspectos éticos se tuvo que tener la autorización respectiva para la ejecución del presente estudio; además se obtuvo el consentimiento informado en la que el investigado acepto con libre voluntad, de apoyar en la investigación cuidando su privacidad.

Este estudio no tuvo ninguna implicación ética debido a que no presento ningún tipo de riesgo para los participantes, porque que no existió experimentos biológicos alguno, que requerían procedimientos e intervenciones que pongan en riesgo su forma física, mental o social y la participación en el mismo se hizo de manera voluntaria sin afectar la vida, la dignidad humana y preservando los derechos de los pacientes.

3.10.1. Consentimiento Informado

El consentimiento informado, es un documento legal y de importancia ética y de aceptación, que fue explicado con suficiencia a cada uno de los participantes en estudio, y fue firmado por los participantes de forma voluntaria.

CAPITULO IV

4. ANALISIS DE RESULTADOS

4.1. ANALISIS DESCRIPTIVO

ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

Tabla 1. Grupo etareo de los pacientes con diabetes mellitus 2 que pertenecen al centro de salud Carlos Showing Ferrari –Amarilis año 2016.

Grupo etareo	Frecuencia	%
25 a 39 años adulto joven	2	3.7
40 a 49 años adulto intermedio	8	14.8
50 a 64 años adulto tardío	26	48.1
65 a 74 senectos o mayores	11	20.4
75 años a mas gerontes	7	13
Total	54	100

Fuente: cuestionario (Anexo 01)

En cuanto a la edad en años divididos por grupo etareo de acuerdo a una clasificación de adultos de los estudiantes de enfermería en estudio, se encontró que la mayoría del 48,1% (26 pacientes) pertenecieron a las edades de 50 a 64 años clasificados como adultos tardíos; le sigue el 20,4% (11 pacientes) con edades entre 65 a 74 años que son los adultos mayores; el 14,8% (8 pacientes) con las edades de 40 a 49 años, clasificados como adultos intermedios; le sigue el 13,0% (7 pacientes) con edades de 75 años a más, clasificados como ancianos gerontes; y por último con menor porcentaje de 3,7% (2 pacientes) los adultos jóvenes que comprenden las edades de 25 a 39 años.

Tabla 2. Genero de los pacientes con diabetes mellitus 2 que pertenecen al centro de salud Carlos Showing Ferrari –Amarilis año 2016.

Genero	Frecuencia	%
Masculino	19	35.2
Femenino	35	64.8
Total	54	100

Fuente: cuestionario (Anexo 01)

En relación al género de estos pacientes, del total de 54 pacientes en estudio, se obtuvieron que la mayor población en estudio son del sexo femenino esto equivale a un porcentaje de 64,8% que representan 35 pacientes mujeres con diabetes mellitus 2 en estudio, con una diferencia proporcional del 35,2 % que equivale a 19 pacientes correspondieron al sexo masculino.

Tabla 3. Estado civil de los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 que pertenecen al centro de salud Carlos Showing Ferrari –Amarilis año 2016.

Estado civil	Frecuencia	%
Soltero	4	7.4
Casado	22	40.7
Conviviente	17	31.5
Viudo	8	14.8
Divorciado	3	5.6
Total	54	100

Fuente: cuestionario (Anexo 01)

Con referencia al estado civil de estos pacientes en estudio, observamos que la mayor cantidad el 40,7% (22 pacientes) se encuentran con estado civil de

casados; el 31,5 % (17 pacientes) son convivientes; el 14,8% (8 pacientes) pertenecen al estado civil de viudez, el 7,4 % (4 pacientes) mantienen la condición de soltería; y por último el 5,6 % (3 pacientes se encuentra en condición civil de divorciado o separado.

Tabla 4. Grado de instrucción de los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 que pertenecen al centro de salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis año 2016.

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Inicial	2	3.7
Primaria	20	37.0
Secundaria	23	42.6
Superior	9	16.7
Total	54	100

Fuente: cuestionario (Anexo 01)

En relación al grado de instrucción de nuestros pacientes diabéticos en estudio el 42,6% (23 pacientes) tuvieron una educación de secundaria; el 37,0% (20 pacientes) solo cursaron educación de primaria; el 16,7 (9 pacientes) alcanzaron un nivel de educación superior y por último se obtuvo que en menor porcentaje de estos pacientes el 3,7 % (2 paciente) solo alcanzaron el nivel inicial y no llegaron al nivel primario.

Tabla 5. Ocupación de los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 que pertenecen al centro de salud Carlos Showing Ferrari –Amarilis en el año 2016.

Ocupación	Frecuencia	%
Desempleado	7	13
Ama de casa	16	29.6
Obrero	7	13
Comerciante	17	31.5
profesional	4	7.4
otros	3	5.6
Total	54	100

Fuente: cuestionario (Anexo 01)

En referencia a la ocupación de estos pacientes la mayoría que equivale al 31,5 % (17 pacientes) son comerciantes; en segundo lugar se obtuvo con un total de 29,6 % (16 pacientes) son amas de casa; en tercer lugar con 13,0 % (7 pacientes) encontramos una igualdad de resultados entre los que son obreros y los que se encuentran desempleados ; también se halló que el 7,4 % (4) se dedican a laborar en su profesión; y por último el 5,6 % (3 pacientes) se dedica a otras ocupaciones generalmente se especifica que son transportistas.

Tabla 6. Antecedentes de otras enfermedades que padecen los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 que pertenecen al centro de salud Carlos Showing Ferrari –Amarilis en el año 2016.

Otras enfermedades	Frecuencia	%
Ninguno	17	31.5
Sobrepeso/obesidad	10	18.5
Hipertensión arterial	15	27.8
Enfermedad renal	5	9.3
glaucoma - cataratas	5	9.3
pie diabético	2	3.7
Total	54	100

Fuente: cuestionario (Anexo 01)

Los resultados obtenidos con respecto a los antecedentes de enfermedades de estos pacientes la mayoría que equivale al 31,5 % (17 pacientes) no tienen ninguna enfermedad a parte de diabetes mellitus tipo 2; en segundo lugar se encuentra con el 27,8 % (15 pacientes) tienen hipertensión arterial; luego obtuvimos el 18,5 % (10 pacientes) presentan sobrepeso/obesidad; por debajo de estos resultados se encuentran que el 9,3 % (5 pacientes) padecen de una enfermedad renal el igual porcentaje lo ocupa los problemas de glaucoma y retinopatías; y por ultimo con 3,7 % (2 pacientes) presentan problemas de pie diabético.

Tabla 7. Tiempo de enfermedad de los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 que pertenecen al centro de salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis en el año 2016.

Tiempo de enfermedad en años	Frecuencia	%
Menor de 1 año	7	13.0
De uno a cinco años	18	33.3
Mayor de 5 años	29	53.7
Total	54	100

Fuente: cuestionario (Anexo 01)

En relación al tiempo de enfermedad de nuestros pacientes diabéticos en estudio el 53,7 % (29 pacientes) tienen la enfermedad de cinco años a más, el 33,3 % (18 pacientes) tienen la enfermedad de uno a cinco años; y el menor porcentaje que es de 13,0 % (7 pacientes) tienen la enfermedad menos de un año.

Tabla 8. Asistencia a controles médicos oportunos de los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 que pertenecen al centro de salud Carlos Showing Ferrari –Amarilis en el año 2016.

Controles medico oportuno	Frecuencia	%
NO	43	79.6
SI	11	20.4
Total	54	100

Fuente: cuestionario (Anexo 01)

En cuanto a las asistencia a los controles médicos oportunos de los pacientes con diabetes mellitus 2 en estudio, se encontró que el 79,6 % (43 pacientes) no realizan su control oportuno de diabetes mellitus tipo 2 al día; y que el 20,4 % (11 pacientes) realizan su control de diabetes mellitus tipo 2 al día.

Tabla 9. Se presentaron casos de hiperglicemia en este año por lo que tuvieron que acudir al servicio de emergencia los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 que pertenecen al centro de salud Carlos Showing Ferrari –Amarilis en el año 2016.

Hiperglicemia en el último año	Frecuencia	%
NO	23	42.6
SI	31	57.4
Total	54	100

Fuente: cuestionario (Anexo 01)

En cuanto a al hiperglicemia de los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 en estudio por lo cual acudieron a la emergencia, se encontró que el 57,4% (31 pacientes) si presentaron hiperglicemia este año por lo que acudieron al servicio de emergencia; y el 42,6 % (23 pacientes) no presentaron hiperglicemia por lo que no acudieron al servicio de la emergencia del centro de salud.

Tabla 10. Se administra la medicación en pacientes adultos con diabetes mellitus 2 que pertenecen al centro de salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis en el año 2016.

Administración de medicinas	Frecuencia	%
Me olvido	14	25.9
Me hace mal	7	13
Me falta tiempo	6	11.1
Me falta dinero	13	24.1
Otros	3	5.6
Si me administro	11	20.4
Total	54	100

Fuente: cuestionario (Anexo 01)

En referencia a la administración de medicación de estos pacientes la mayoría que equivale al 25,9 % (14 pacientes) no se administra la medicación porque se olvida; el 24,1 % (13 pacientes) no se administra el medicamento por falta de dinero refiriendo que no puede comprarlos; seguido del 20,4 % (11 pacientes) que si cumple con la administración de sus medicamentos indicándose este resultado una buena adherencia a la terapéutica farmacológica; pero por debajo se encuentra que el 13,0 % (7 pacientes) no lo hace porque refiere le hace daño; el 11,1 % (6 pacientes) no se administra por falta de tiempo; y por último el 5,6% (3) por otros motivos.

4.1.2. ADHERENCIA A LA TERAPEUTICA:

Tabla 11. Adherencia relacionada a la medicación de los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del centro de salud Carlos Showing Ferrari –Amarilis año 2016.

Adherencia al medicamento	Frecuencia	%
ALTO	11	20.4
MEDIO	13	24.1
BAJO	30	55.6
Total	54	100

Fuente: cuestionario (Anexo 01)

Con lo referente a los pacientes en estudio en esta dimensión de adherencia a los medicamentos orales para la diabetes; encontramos que la mayor cantidad que es el 55,6 % (30 pacientes) presentan un bajo grado de adherencia a los medicamentos; el 24,1 % (13 pacientes) presenta un grado medio de adherencia; y solo el 20,4 % (11 pacientes) presentan un grado alto.

Tabla 12. Adherencia relacionada a la dieta alimenticia de los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del centro de salud Carlos Showing Ferrari –amarilis año 2016

Adherencia a la dieta	Frecuencia	%
ALTO	13	24.1
MEDIO	21	38.9
BAJO	20	37.0
Total	54	100

Fuente: cuestionario (Anexo 01)

Al respecto de la adherencia relacionada a la alimentación de los 54 pacientes en estudio en esta dimensión de adherencia para la diabetes; encontramos que el 38,9 % (21 pacientes) se encuentran en un grado medio de adherencia ;el 37,0 % (20 pacientes) presenta adherencia de un bajo grado; y la menor parte el 24,1 % (13pacientes) tienen un alto grado de adherencia a la alimentación como terapéutica para la diabetes mellitus 2 .

Tabla 13. Adherencia relacionada a la actividad física de los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del centro de salud Carlos Showing Ferrari –amarilis año 2016.

Adherencia a la actividad física	Frecuencia	%
ALTO	10	18.5
MEDIO	13	24.1
BAJO	31	57.4
Total	54	100

Fuente: cuestionario (Anexo 01)

En cuanto al grado de adherencia relacionada a la actividad física notamos la gran diferencia de que el 57,4 % (31 pacientes) tienen un grado bajo de adherencia a la actividad física, el 24,1 % (13 pacientes) mantienen un grado medio de adherencia y que solo el 18,5 % que equivale (10 pacientes) presentan grado alto respecto a esta adherencia.

Tabla 14. Adherencia general a la terapéutica de los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del centro de salud Carlos Showing Ferrari –amarilis año 2016.

Adherencia general	Frecuencia	%
ALTO	7	13.0
MEDIO	17	31.5
BAJO	30	55.6
Total	54	100

Fuente: cuestionario (Anexo 01)

En el presente cuadro de adherencia general llegamos a los siguientes resultados; que el 55,6 % (30 pacientes) que equivale al mayor grupo pertenecen a un bajo grado de adherencia a la terapéutica de la diabetes mellitus 2; el 31,5 % (17 pacientes) están dentro de un grado medio de adherencia a la terapéutica y por último la menor cantidad se encuentra en un grado alto de adherencia y esto equivale al 13,0 % (7 pacientes)

4.2. ANALISIS INFERENCIAL:

Tabla 15. Comparación de frecuencias observadas de la adherencia relacionada a los medicamentos mediante la prueba chi cuadrada de los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del centro de salud Carlos Showing Ferrari –amarilis año 2016.

Adherencia a los medicamentos	Frecuencia	%	Prueba chi cuadrada	Significancia
ALTO	11	20.4		
MEDIO	13	24.1		
BAJO	30	55.6	12.11	0.002
TOTAL	54	100		

Fuente: cuestionario (Anexo 01)

Respecto a la comparación de frecuencias observadas de la adherencia relacionada a los medicamentos, se evidencia un gran predominio con el 55,6 % de grado bajo de adherencia que nos indica que tienen un bajo nivel de cumplimiento a la medicación indicada como parte de su tratamiento. Al aplicar la prueba chi cuadrada de comparación de frecuencias se halla una diferencia significativa estadísticamente al encontrar ($P \leq 0,002$) por lo que se rechaza la hipótesis nula, entonces se acepta rotundamente la hipótesis descriptiva de que el grado de adherencia a los medicamentos son diferentes, observando el mayor resultado en un bajo grado de adherencia a la medicación.

Tabla 16. Comparación de frecuencias observadas en la adherencia relacionada a la alimentación de los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari –amarilis año 2016

Adherencia a la alimentación	Frecuencia	%	Prueba de chi cuadrada	Significancia
ALTO	13	24.1	2.111	0,348
MEDIO	21	38.9		
BAJO	20	37.0		
TOTAL	54	100		

Fuente: cuestionario (Anexo 01)

En relación a la comparación de frecuencias observadas de la adherencia a la alimentación, se evidencio que el 38,9 % de pacientes presentan un grado medio de adherencia esto equivale a (21 pacientes) por lo que en esta dimensión la adherencia se encuentra en un nivel medio. A la aplicación de la prueba de chi cuadrada de comparación de frecuencia se ha obtenido como resultado el valor de la significancia de ($P \leq 0,348$) siendo mayor que 0,05; no existiendo valor de significancia por lo que no se rechaza la hipótesis nula. Dado que la diferencia entre lo observado en la muestra y lo esperado en la hipótesis nula no son estadísticamente significativas siendo los grados de adherencia iguales.

Tabla 17. Comparación de frecuencias observadas en la adherencia relacionada a la actividad física de los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari –amarilis año 2016

Adherencia a la actividad física	Frecuencia	%	Prueba chi cuadrada	Significancia
ALTO	10	18.5	14.333	0.001
MEDIO	13	24.1		
BAJO	31	57.4		
TOTAL	54	100		

Fuente: cuestionario (Anexo 01)

En referencia a la comparación de frecuencias observadas del grado de adherencia relacionada a la actividad física de la población en estudio se evidencio que la mayor frecuencia de adherencia se encuentra en un bajo grado (31 pacientes) con relación al grado medio y alto ; al aplicar la prueba chi cuadrada de comparación de frecuencias se encontró el valor de la significancia es ($P \leq 0,001$); hallándose una diferencia sumamente significativa observando el gran predominio de un bajo grado a la adherencia en esta dimensión ,rechazando la hipótesis nula y aceptándose la hipótesis de investigación de que el grado de adherencia a la actividad física son diferentes.

Tabla 18. Comparación de frecuencia observada de la adherencia general de los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari –amarilis año 2016.

Adherencia general	Frecuencia	%	Prueba chi cuadrada	Significancia
ALTO	7	13.0	14.778	0.001
MEDIO	17	31.5		
BAJO	30	55.6		
TOTAL	54	100		

Fuente: cuestionario (Anexo 01)

Y, en cuanto a la comparación de frecuencias observadas en lo que es la adherencia general tomando en cuenta las tres dimensiones medicamentos, alimentación, actividad física se encuentra una mayor proporción en el bajo grado de adhesión a la terapéutica general exactamente el 55,6 % (30 pacientes) con relación a los otros grados de adhesión . Al aplicar la prueba de chi cuadrada de comparación de frecuencias se halló una diferencias significativa estadísticamente entre estas frecuencias ($P \leq 0,001$); observando el gran predominio del bajo grado a la adhesión a la terapéutica de los pacientes adultos con diabetes mellitus 2. Con este resultado, aceptamos nuestra hipótesis descriptiva, rechazando la hipótesis nula, ya que el grado de adherencia a la terapéutica son diferentes.

CAPITULO V.

5. DISCUSION

Discusión de los resultados

La no adherencia al tratamiento es un problema frecuente. Esta situación se agrava en las pacientes enfermedades crónicas como la diabetes que deben seguir un régimen terapéutico estricto, aumentando el riesgo de sufrir complicaciones, elevando el costo del tratamiento y disminuyendo la calidad de vida de los enfermos. Los cumplimientos más bajos se detectan en enfermedades como la diabetes y los trastornos del sueño. (50)

Por la complejidad del tratamiento se han realizado estudios sobre la adherencia a los diferentes componentes del tratamiento diabético. En este estudio sólo se midió el grado de adherencia terapéutica de estos pacientes. La adhesión a la terapéutica estudiada en esta investigación tiene como resultado que existe una gran dificultad diferencial de cumplir la prescripción terapéutica según las dimensiones o áreas de tratamiento esto es farmacológico, alimentación y actividad física.

Mopozita YAR; realizo un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, observando un bajo porcentaje de adherencia al régimen terapéutico; que fue del 91 % de 58 pacientes que no cumple con la terapéutica. A partir de los resultados obtenidos por esta investigación, lo que implica que el mal control metabólico está relacionado con la alto porcentaje de no adherencia a la terapéutica. Estos aspectos necesitan una inmediata intervención ya que generalmente se presentan por falta de educación y poco seguimiento de estos pacientes. (51)

Por otro lado, Ochoa CKL; en su investigación concluye que existe un alto grado de no adherencia al régimen terapéutico siendo este un gran problema de relevancia clínica y que además afecta directamente a estos pacientes. Se relaciona el actuar profesional como factor predominante en el incremento y mejora de buenos resultados; también se sostiene que los tratamientos por vía oral no permiten la adherencia al esquema terapéutico. (52)

Arévalo LLMX, Guamán EEA. Realizaron un estudio en Colombia, utilizando el test Morisky-Green; obteniendo como resultado un alto grado de no adherencia al tratamiento farmacológico, siendo el 70.89 % del total, por lo que los autores sugieren la implementación de talleres sobre adherencia y sus beneficios dirigidos a las personas y familiares de los pacientes para que sigan correctamente las indicaciones del personal de salud.(53)

Los resultados difieren de los reportados por Robinet SAL, Sicha BDV. Quienes realizaron un estudio descriptivo correlacional, en el 2015 encontrando mayor predominio en un grado medio de adherencia total que fue de 83.3% de 150 pacientes, seguido de 15.3 % de grado bajo y solo el 1.3 % grado alto de adherencia a la terapéutica. (54)

Un estudio en Iquitos- Perú sobre la adherencia a la terapéutica en pacientes con diabetes mellitus obtuvo como resultado que de 75 pacientes adultos el 79,33% son no adherentes al tratamiento de diabetes mellitus, La baja adherencia terapéutica observada es bastante frecuente señalan algunos autores, se explica, en parte, por la complejidad del régimen del tratamiento, por las creencias erróneas sobre la salud y enfermedad que los pacientes tienen. También la invisibilidad de la sintomatología subclínica de la diabetes mellitus y

el desconocimiento por parte del paciente actúan como factores causantes de falta de adherencia. De otra parte, las creencias de los pacientes sobre la acción de los medicamentos y los efectos colaterales de los medicamentos podrían ser motivo de este problema. (55)

La limitación más importante durante el desarrollo de esta investigación fue que en la institución donde se realizó la aplicación del instrumento no se cuenta con un control y seguimiento estricto de estos pacientes los cuales muchos de ellos solo fueron al establecimiento al diagnóstico pero nunca más volvieron para seguir el control por lo que para la encuesta se tuvo que visitar casa por casa presentándose muchas dificultades.

Este estudio puede ser utilizado a nivel externo por otras instituciones ; por la metodología que se aplicó guiándose los instrumento de test preestablecidos y resultados fidedignos en cuanto a la población diabética del distrito de amarilis .

Finalmente, debido al gran impacto en la morbimortalidad de la diabetes mellitus tipo 2 que genera la no adherencia a la terapéutica, se propone la importancia de realizar estudios como puede ser correlacionales; como relación de la adherencia a la terapéutica y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus, también factores asociados a la no adherencia terapéutica en estos pacientes.

Según Portilla GL.; A través de los resultados obtenidos sostiene en una distribución porcentual según las respuestas, hallándose que el olvido es uno de los mayores determinantes en la no adherencia a los tratamientos, lo que indica que uno de los aspectos implícitos de la individualidad en como la persona

asimila para sí el tratamiento, está poco desarrollado y debiera ser uno de los aspectos a considerar. (56)

La conclusión más importante que se desprende de este trabajo es que el mayor porcentaje de adherencia general a la terapéutica es de nivel bajo, los resultados revelados en este estudio hacen necesariamente valorar este fenómeno, al indicar cómo incide la adherencia terapéutica, en múltiples aspectos psicosociales y cómo estos también la afectan, que por ser un proceso continuo, variable e individual, mutuamente influenciado, no es tan fácil determinar un perfil del paciente adherente, pero, es en esta realidad en la que el profesional de la salud debe desarrollar herramientas propias para poder afrontar esta problemática, teniendo como fundamento la realidad develada e iniciando medidas y estrategias de apoyo a fin de mejorar el nivel de adherencia a niveles óptimos.

CONCLUSIONES:

En el estudio de investigación frente a la adherencia en sus tres dimensiones, se llegaron a las siguientes conclusiones:

- La adherencia relacionada a la medicación se encuentra en un bajo grado ($X^2=12,11$; $P\leq 0,002$); encontrándose una mayor proporción de significancia y lográndose aceptar la hipótesis descriptiva planteada en estudio.
- La adherencia relacionada a la alimentación se encuentra en un grado medio ($X^2=2,111$; $P\leq 0,348$); encontrándose que los valores no son significativos, hallándose un nivel de adherencia de predominio grado medio y aceptándose la hipótesis nula.
- En cuanto a la adherencia relacionada a actividad física existe un mayor predominio al bajo grado ($X^2=14,333$ $P\leq 0,001$); una alta significancia al nivel bajo de adherencia, en este caso se acepta rotundamente la hipótesis descriptiva y rechaza la hipótesis nula.
- Y por último en la adherencia general se encuentra en un bajo grado ($X^2=14,778$; $P\leq 0,001$) encontrándose diferencias en las escalas con una mayor significancia en el bajo grado general de adhesión a la terapéutica. Por lo que concluimos que en el estudio realizado se acepta la hipótesis descriptiva.

Los resultados del estudio concuerdan con los obtenidos en otras investigaciones anteriores en relación a la dificultad diferencial de seguir las prescripciones terapéuticas según las distintas dimensiones de tratamiento.

Los pacientes en estudio no presentan una buena adherencia al tratamiento no farmacológico de su patología esto se genera en gran mayoría debido al olvido a tomarlas.

La dieta es percibida como necesaria para su manejo terapéutico, sin embargo, no es realizada en forma adecuada por los entrevistados. Entre los factores que condicionan la no adherencia se identifica el déficit conocimiento del régimen terapéutico.

El ejercicio físico no es percibido como parte esencial e importante de la terapia por los entrevistados. Por lo que se identifica su gran nivel de bajo o casi nulo adherencia a esta dimensión y en su mayoría solo lo percibe como parte de actividades recreacionales o cotidianas.

La adherencia al tratamiento es un fenómeno dinámico donde hay interacción de diversos factores que pueden favorecer en la no adherencia tales como malestar físico relacionado con la medicación, temor a sus efectos y el olvido, desinterés por su propia salud y una decisión de no ser vulnerables o no estar en riesgo a la enfermedad.

De las tres dimensiones en estudio la que menos adherencia presenta es el cumplir a la actividad física indicada esto se relaciona de acuerdo a los modelos planteados, por lo que es indispensable el apoyo y acompañamiento familiar y la actitud positiva del personal de salud frente a la educación y orientación diabetológica.

RECOMENDACIONES:

1.- Para el establecimiento de salud.-

- Organizar programas de educación destinados a familiares de pacientes diabéticos, con el fin de concientizar a los mismos en la importancia que ejerce el apoyo familiar para la buena adherencia terapéutica.
- Impulsar guías y protocolos de atención en tratamiento farmacológico con un método de simplificación de medicamento para así poder evitar las dificultades que los pacientes presentan al tener que cumplir con la terapia.
- Impulsar guías de manejo nutricional para pacientes diabéticos en coordinación con el profesional nutricionista, con el fin de mejorar el estilo nutricional de los pacientes diabéticos.
- Promover por medio de organismos y otras instituciones de apoyo, la creación de ambientes que promuevan la práctica de actividades deportivas frecuentes con el fin de mejorar la adherencia;

2.- Para el personal de salud:

- Se debe Fortalecer la adecuada relación entre el profesional y el paciente, creando un vínculo más estrecho y de confianza que permita lograr una estrategia terapéutica, que al ser compartida por el paciente hace que sea aceptada como propia y, por lo tanto, existan menos tasas de abandono.
- Mejorar las intervenciones informativas y educativas ya que la transmisión de información correcta y oportuna es fundamental para el cumplimiento terapéutico; ya que a través del proceso de aprendizaje el individuo adoptara

voluntariamente la conducta más beneficiosa, la mejora del cumplimiento se daría a través del aumento de conocimientos sobre su enfermedad, las posibles complicaciones, el tratamiento prescrito, etc.

- Participación multidisciplinaria del persona de salud ; comprendiendo que el incumplimiento terapéutico no solo es competencia exclusiva del personal de enfermería sino también de los distintos profesionales, entre los que habría que destacar el personal médico (pero sin olvidar otros como farmacéuticos, psicólogos, nutricionistas, asistenta social, etc.), para que haci se pueda realizar intervenciones con éxito.

3.- Para los pacientes con esta enfermedad

- Todos los pacientes tienen el derecho a ser educados por personal de salud capacitado, pero también tienen el deber y compromiso de cuidar su salud , bajo los principios éticos de no mal eficiencia y de autocuidado, por lo que deben de tomar mayor conciencia y sensibilización sobre su cambios conductuales con respecto al cumplimiento terapéutico , para evitar complicaciones que esta enfermedad conlleva.

4. Para el conocimiento científico

- Realizar estudios con mayor tamaño muestral, considerando los criterios de reposición en caso que se perdiera a la muestra, ello beneficiaria en mayor exactitud en los resultados de estudio, y ampliar otros contextos similares.

- Tomar en cuenta los resultados de la presente investigación a fin de profundizar mediante estudios comparativos y correlacionales, respecto al tema abordado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Isla PP. Diabetes mellitus la pandemia del siglo XXI. Barcelona: Rev. Científica de enfermería issn 1989-6409, 2012 .p 1.
- 2.-Sociedad peruana de endocrinología. Guía peruana de diagnóstico control tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Perú 2012. p 11.
- 3.-Arevalo LLMX, Guamán EEA. Prevalencia de no adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 , fundación donum, cuenca 2015. [Tesis] universidad de cuenca facultad de ciencias médicas. Ecuador 2015. p 16.
- 4.-Pisano GM, Gonzales PA. Prácticas de enfermería y evidencias en la adherencia a los tratamientos. [Disertación] España.2013. 20 dpt.
- 5.-Robinet SAL, Sicha BDV. Nivel de conocimiento y adherencia terapéutica en Adultos con diabetes mellitus tipo 2. Hospital i Luis albrecht – 2015. [Tesis] universidad privada Antenor Orrego. escuela profesional de enfermería. Perú 2015. p 5.
- 6.-Isla PP. loc.cit.
- 7.- Revilla TL. Situación de la vigilancia de diabetes en el Perú. Boletín de la dirección epidemiológica. Lima. 2013; 22(39): p 825.
- 8.-Gobierno regional de salud Huánuco. Enfermedades no transmisibles. /WWW.minsa.gob.pe.diresahuanuco / 2015.
- 9.- Carramiña BF, Comas SJM, Hormigo PA. Individualización del tratamiento en la diabetes tipo 2.Semergen.madrid. 2013: p 4.
- 10.-Troncoso PC, Delgado SD, Rubilar VC. Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 .Rev costarr salud pública .2013; 1(22): p 9-13
- 11.- Hoyos DT, Arteaga HMV. Factores de la no adherencia al tratamiento en paciente con diabetes mellitus tipo 2 en el domicilio la visión del cuidador familiar. Rev. Invest Educ Enferm. Colombia 2012; 29(2): p 200.
- 12.- ibíd. p 194.
- 13.- Rodríguez GMJ, Del castillo AJ. Enfermeras de atención primaria opinan, analizan y proponen mejoras en el manejo de la adherencia farmacológica. Revista electrónica trimestral de enfermería [internet].2012 ene [cited 2012 ene]; 25: 207-219. www.um.es/eglobal/
- 14.- Hoyos DT, Arteaga HMV.Op. Cit .p 201

- 15.-Guadalupe CG. Grado de apego al tratamiento en pacientes diabéticos adscritos a la unidad de medicina familiar 66 del imss y sus creencias sobre el uso de terapias alternas y complementarias. [TESIS] Mexico.2012. p 109.
- 16.-Del castillo AF, Salido GM, Losada GA, García GM, Fernández PT, Blanco GML. Valoración de la adherencia en el seguimiento del paciente diabético y uso del lenguaje enfermero. Revista electrónica trimestral de enfermería [internet].2013 abr [cited 2013 abr];. www.um.es/eglobal/ p 18 - 23
- 17.-Troncoso PC, Delgado SD, Rubilar VC. Op Cit p 10.
- 18.-Del castillo AF, Salido GM, Losada GA, García GM, Fernández PT, Blanco GML. Op. Cit. p: 22.
- 19.- Rivera NM .Apoyo social y adherencia a la terapéutica en pacientes con diabetes mellitus 2, del centro de salud Lerdo de Tejada. [tesis] México 2012.p 72.
- 20.-Ortiz m, Ortiz E, Gatica A, Gómez D. Factores psicosociales asociados la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus 2.Ter Psicolo.2011; 29(1):p 511.
- 21.-Troncoso PC, Delgado SD, Rubilar VC. op.cit p 22.
- 22.-Hoyos DT, Arteaga HMV. Op. Cit p 220.
- 23.- Terechenko LNS, Baute GAE, Zamonsky AJN. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II.[tesis] Uruguay. 2015. p 23.
- 24.-Dávila SR, García BN, Saavedra HK; Adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en adultos. Variables asociadas [tesis]. Perú 2013.148 p.
- 25.-Molina GYR. Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa de diabetes del Hospital Nacional “Dos de Mayo “enero-febrero 2009[tesis].Perú.2009. 66 p.
- 26.- Portilla, Bulnes BM. Calidad de vida y auto concepto en pacientes con y sin adherencia al tratamiento [tesis].Perú.2012. 126 p.
- 27.- Meza MCP, Tapullima CJ. Estado nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del consultorio externo de enfermedades no transmisibles del hospital apoyo Iquitos César Garayar García. 2016. [tesis]. Perú. 2016. P 83-84
- 28.- Arteaga BT, Sánchez ALA, Tolentino BJG; nivel de conocimientos y actitudes sobre el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

asistentes a la cartera de adulto y adulto mayor CAPS III Huánuco 2014 (tesis) .Huánuco –Perú 2014. p 48.

29.-Isidro PME , Lavado PLD ; nivel de satisfacción de usuario con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial frente a los cuidados del profesional de enfermería en padomi- red asistencial nivel II Essalud Huánuco 2012 [tesis] . Huánuco- Perú 2012. p 76.

30.- Ortiz VG, Ortega HE. Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio cognitivos de creencias en salud. Psicología y Salud, México, 2011. 21(1) p 3

31.- ibíd. p 3.

32.- Mujiva VY. Diseño de programa de intervención educativa para fortalecer el control metabólico y la adherencia al tratamiento terapéutico de la Diabetes Mellitus tipo 2. [Tesis].México. 2012. p 62.

33.-Guadalupe CG. Op Cit. p 14.

34.- Peña NY; Salas CM. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario atravez del proceso de enfermería. Rev de enfermería global. España 2011. 19 (2).p 3.

35.-Ortega OS. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo de enfermedades crónicas . [tesis]. Colombia 2011.121 p.

36.-Dávila SR, García BN, Saavedra HK; Op Cit. p 56.

37.-Pisano GM, Gonzales PA. Op Cit. 7 dpt.

38.- ibíd. 8 dpt

39.- Portilla, Bulnes BM. Op.cit p 45.

40.-Molina GYR. Op. Cit p 35.

41.-Sociedad peruana de endocrinología. Guía peruana de diagnóstico control tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Perú 2008. p 32.

42.- Orantes MAL, Mazariegos HAM, Lemus BDJ, Álvarez MNA. “Factores relacionados a la adherencia terapéutica en hombres y mujeres con diabetes mellitus tipo 2” [Tesis] Guatemala. 2013. p 13.

43.- ibíd. p 14.

44.-Fernández SCM, Gamarra OJ. Manejo práctico de la diabetes mellitus tipo 2. Grupo Diabetes SEMG. España. 2013. p 36.

45.- ibíd. p 37-39

46.- Grupo de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud (GEDAPS) Diabetes mellitus tipo 2: Protocolo de actuación de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar Comunitaria. 2011. p 13.

47.- Carramiña BF, Comas SJM, Hormigo PA. Loc Cit. p 11.

48.- ibíd. p 11

49.-ibid. p 11

50.- Rincón RMK. Autoeficacia y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus 2 [tesis]. Colombia.2016. p 37.

51.- Mopozita YAR. Adherencia terapéutica en diabéticos en el subcentral de salud parroquia santa rosa. Tesis de grado previa a la obtención del título de médico cirujano. Ecuador .2015

52.- Ochoa CKL. “Factores correlativos y adherencia terapéutica en pacientes diabéticos que acuden al hospital provincial General Isidro Ayora”[Tesis]. Ecuador. 2015. P 51.

53.- Arévalo LLMX, Guamán EEA. Loc Cit. p 36.

54.- Robinet SAL, Sicha BDV. Loc Cit .p 32.

55.- Dávila SR, García BN, Saavedra HK. Loc Cit p 73.

56.- Portilla, Bulnes BM. Loc Cit. p 32.

A

N

E

X

O

S

GRAFICO DE BARRAS DE RESULTADOS

Figura 01. Representación gráfica del grupo etareo de los pacientes adultos con diabetes mellitus del C.S Showing Ferrari 2016

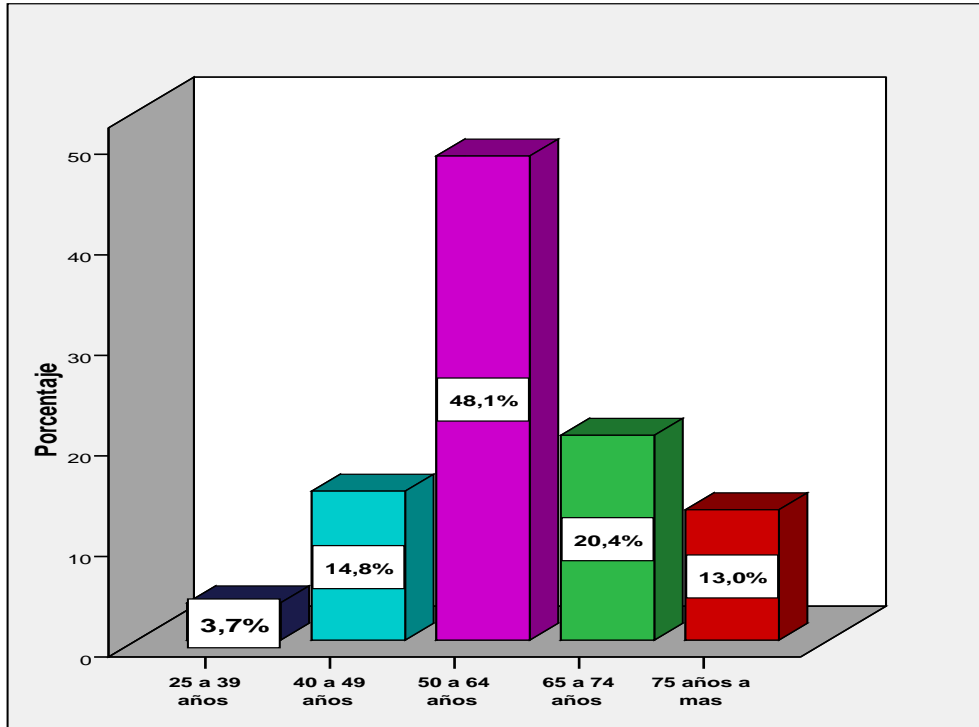


Figura 2. Genero de los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 que pertenecen al centro de salud Carlos Showing Ferrari –Amarilis año 2016

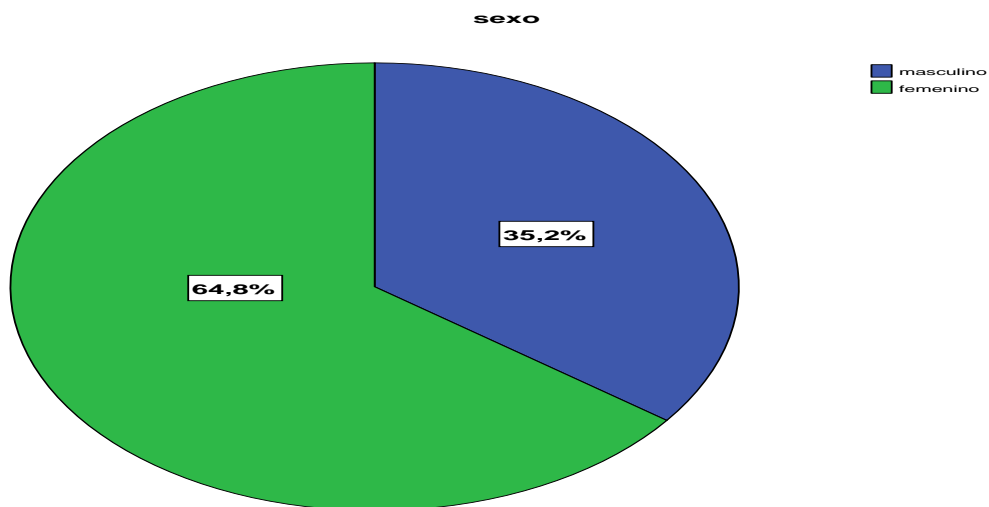


GRAFICO 03 : Representación del estado civil de los pacientes con diabetes mellitus 2 del C.S Showing Ferrari 2016

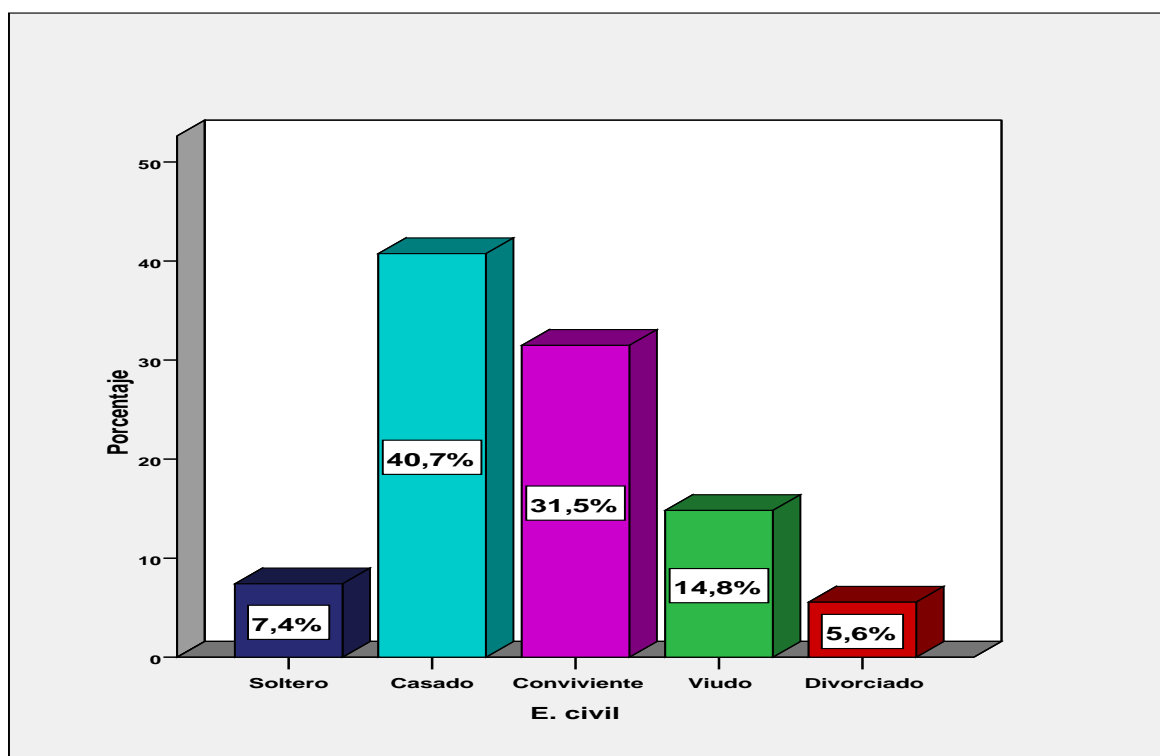
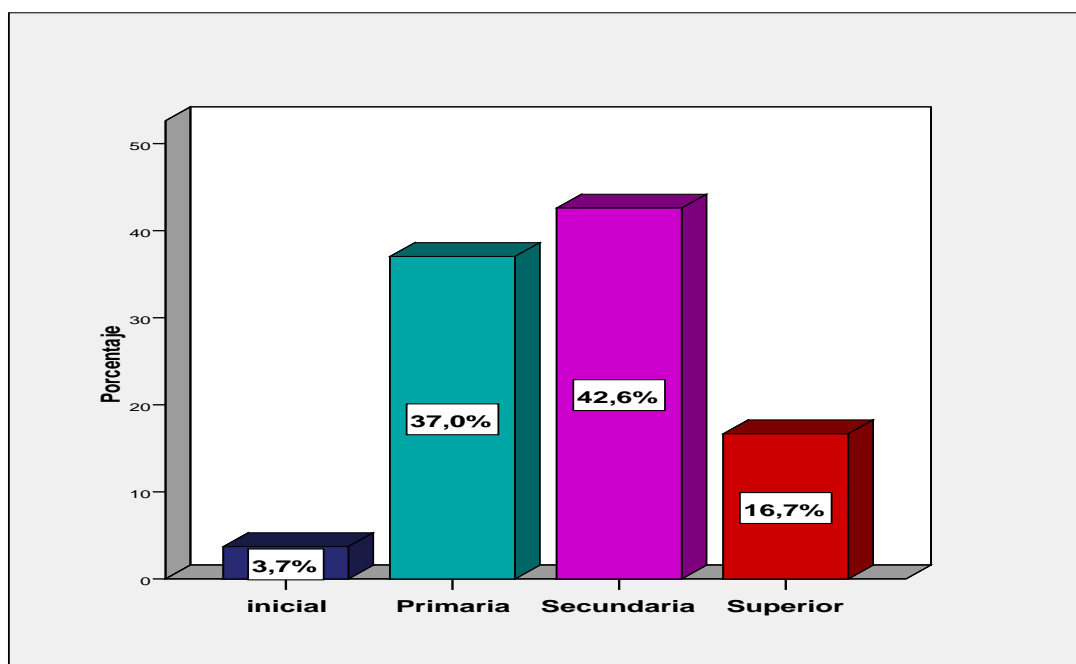
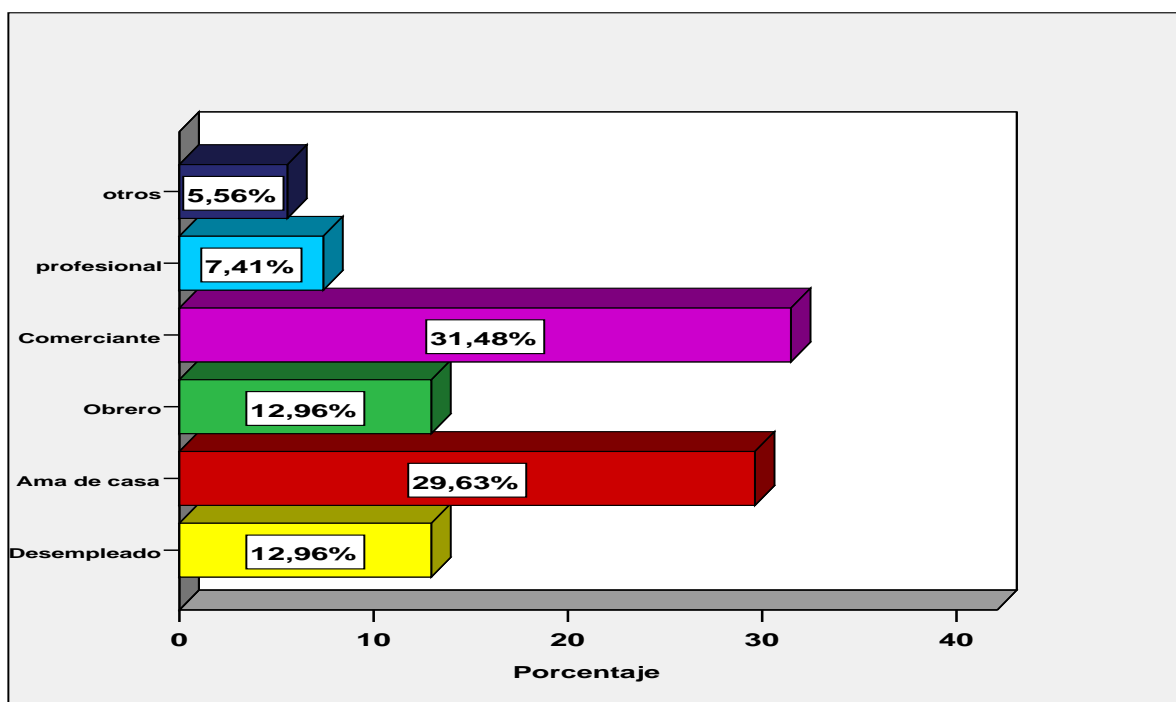


Figura 4. Grado de instrucción de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que pertenecen al centro de salud Carlos Showing Ferrari 2016.



Grafica 5. Ocupación de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que del centro de salud Carlos Showing Ferrari - 2016.



Grafica 6. Antecedentes de otras enfermedades que padecen los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del C.S Showing Ferrari – 2016.

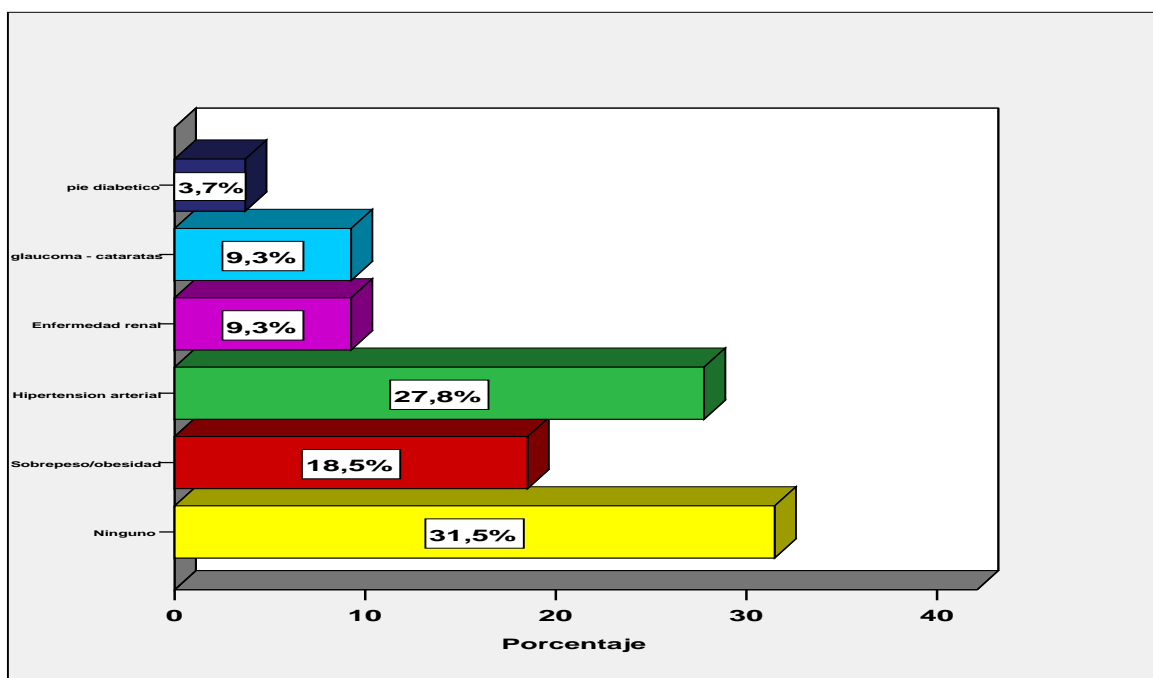


Figura 7. Tiempo de enfermedad del paciente con diabetes mellitus del C.S Carlos Showing Ferrari - 2016.

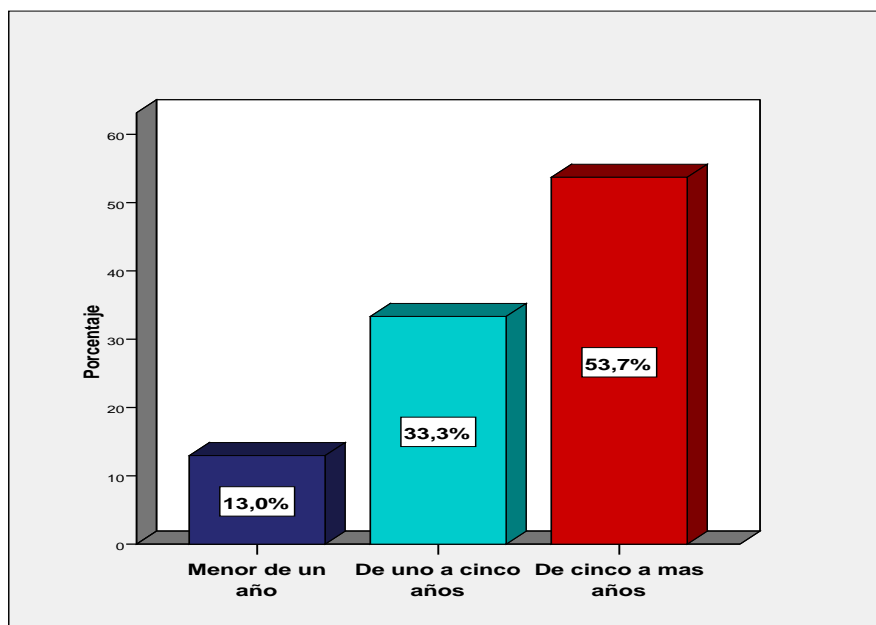


Figura 8. Asistencia a controles médicos oportunos de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del centro de salud Showing Ferrari - año 2016.

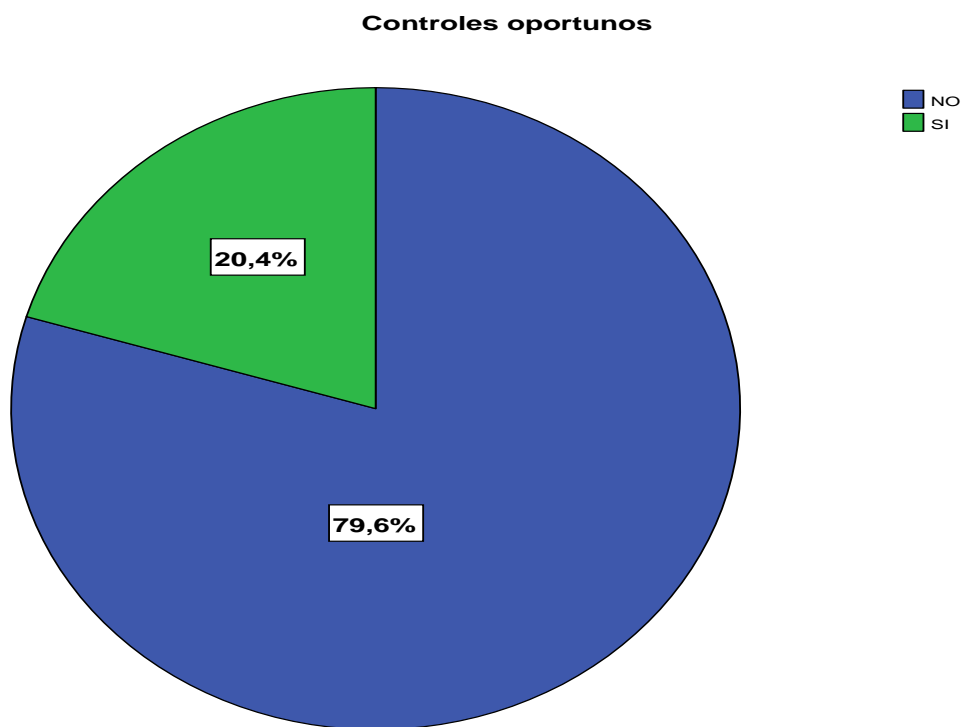


Figura 9. Casos de hiperglicemia en este año por lo que tuvieron que acudir al servicio de emergencia los pacientes con diabetes mellitus 2 C.S Showing Ferrari 2016.

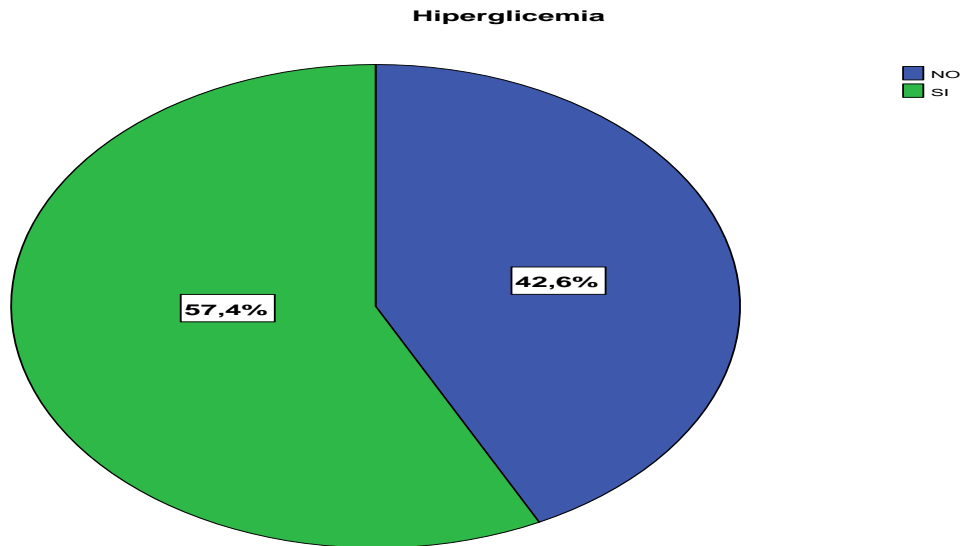


Figura. 10. motivo porque no se administra la medicación en pacientes con diabetes mellitus 2 del C.S Showing Ferrari - 2016.

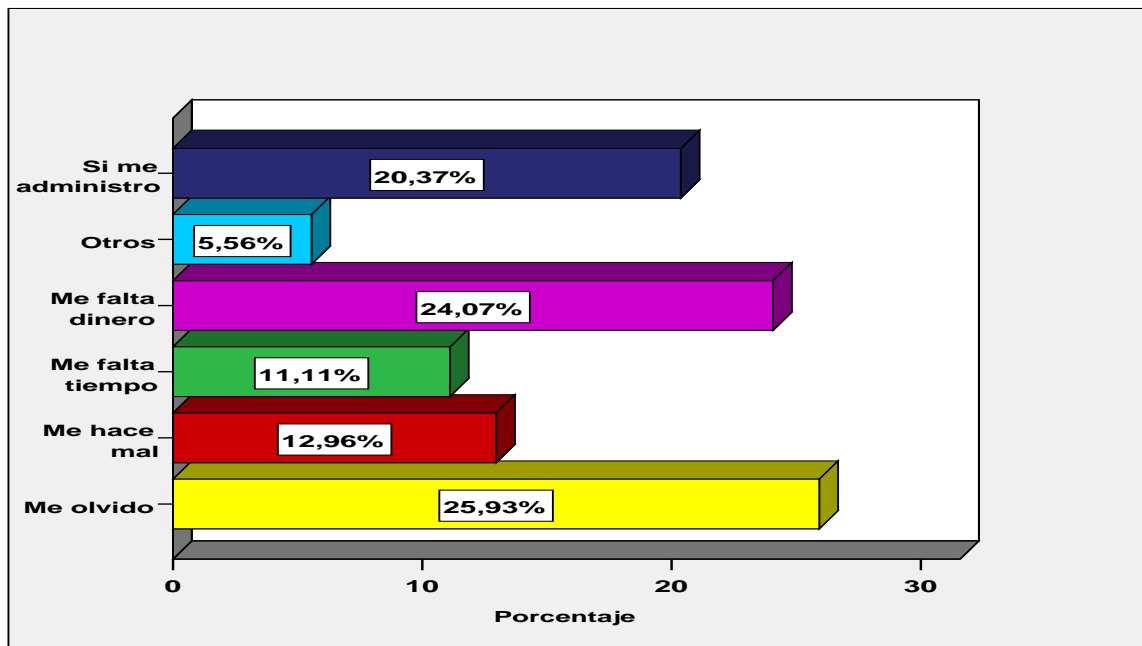


Figura 11. Adherencia relacionada a la medicación de los pacientes con diabetes mellitus 2 del C.S Carlos Showing Ferrari –Amarilis año 2016.

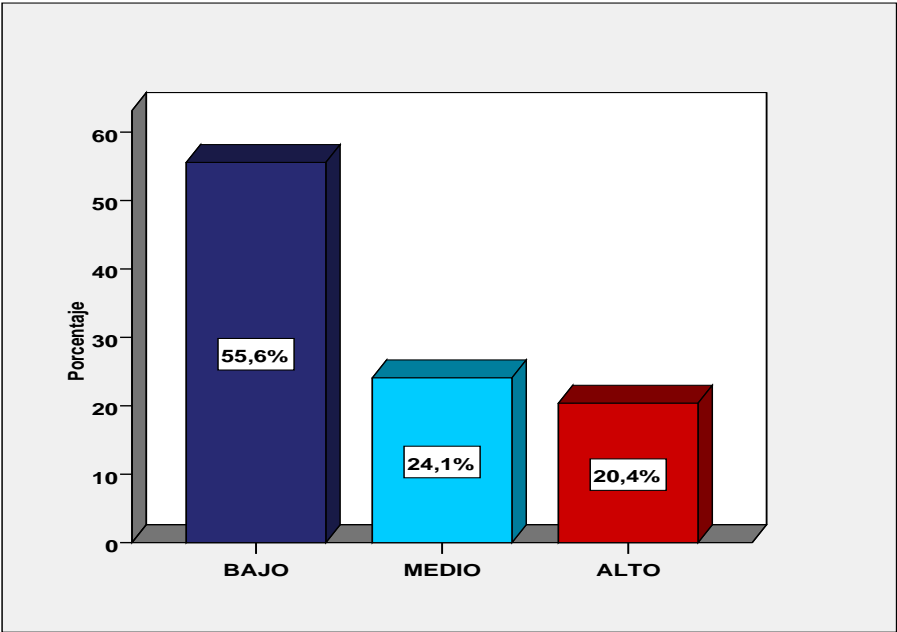


Figura 12. Adherencia relacionada a la dieta alimenticia de los pacientes con diabetes mellitus 2 del C.S Showing Ferrari - 2016

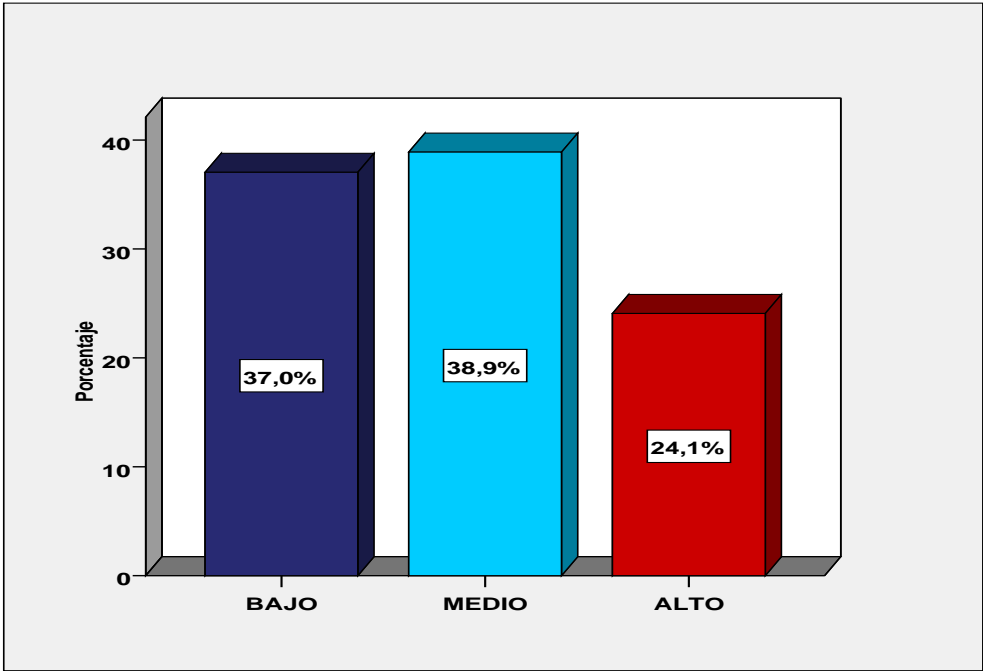


Figura 13. Adherencia relacionada a la actividad física de los pacientes con diabetes mellitus 2 del C.S Showing Ferrari – 2016.

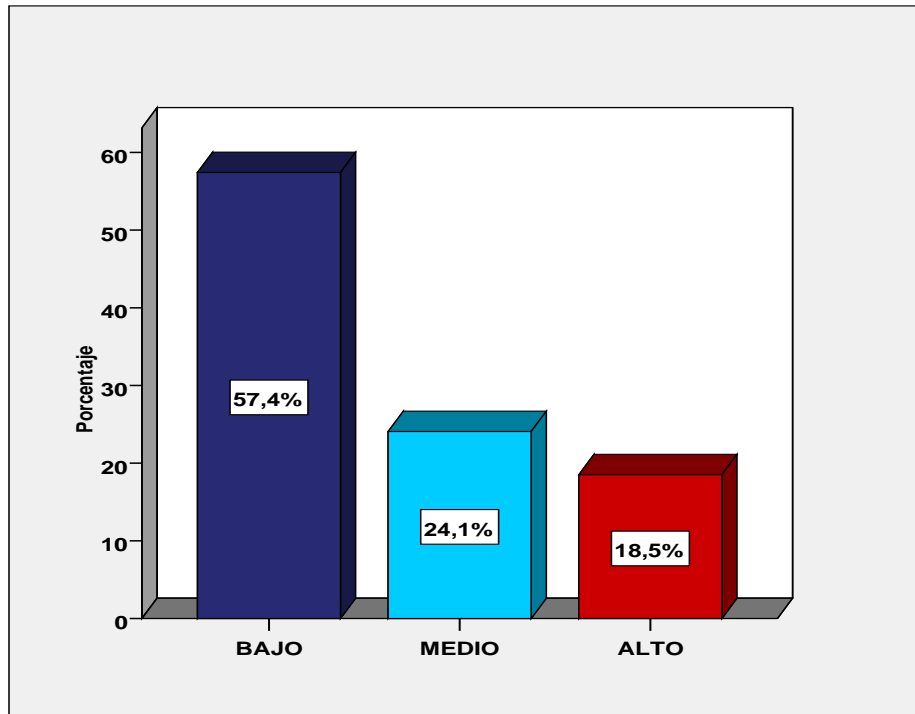
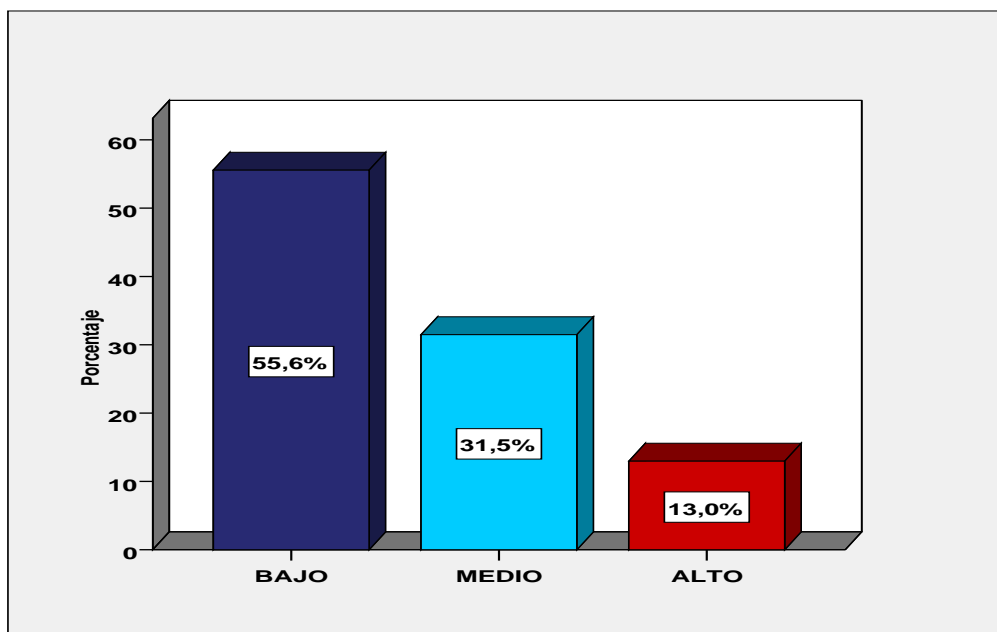


Figura 14. Adherencia general a la terapéutica de los pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del C.S Showing Ferrari - 2016.



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr. (a)....., de..... Años de edad, manifiesta que he sido informado/a sobre la finalidad

del cuestionario cuyo contenido busca cubrir los objetivos del Proyecto

Titulado. "Adherencia a la terapéutica en pacientes adultos con diabetes

Mellitus 2 del centro de salud Carlos Showing Ferrari –Amarilis - 2016". Con el fin de mejorar el Cumplimiento a la terapéutica de la diabetes mellitus.

Declaro que he sido informado/a delos procedimiento que se llevara a cabo durante la encuesta. He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos y confidenciales.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a participar en este proyecto de realizar y contribuir con el objetivo de dicho estudio.

Firma del Participante

Nº encuesta: _____

Fecha: / /

ANEXO 01 GUIA DE ENCUESTA

TITULO DE LA INVESTIGACION: “Adherencia a la terapéutica en pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del centro de salud Carlos Showing Ferrari-amarilis 2016”

INSTRUCCIONES. ¡Buenos días!; Su ayuda y colaboración es muy importante, pues apoyara a mejorar la atención del paciente con diabetes para conservar la salud. La información que nos proporcione **es confidencial**, de manera que puede contestar con confianza. Marque con una “x” una sola respuesta que crea más conveniente.

I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS :

1. ¿Cuál es su edad?

.....años

2. ¿A qué género pertenece?

Masculino ()

Femenino ()

3. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero(a) ()

Casado ()

Conviviente ()

Viudo ()

Divorciado ()

4. ¿A qué grado de instrucción pertenece?

Inicial ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

5. ¿Cuál es su ocupación actualmente?

Desempleado ()

Ama(o) de casa ()

Obrero ()

Comerciante ()

Profesional ()

Otro. Especifique: _____

III ADHERENCIA A LA TERAPEUTICA

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que considere que refleja el mejor cumplimiento a la terapéutica en los últimos tres meses. Elija una sola opción marcando con una "X" el cuadro que contenga la respuesta elegida.

<u>MEDICAMENTOS</u>	si	no
1.- ¿Ud. Se olvida de tomar sus medicamentos para la diabetes mellitus ?		
2.- ¿toma la medicación a la hora indicada?		
3.- ¿toma la medicación la cantidad indicada por el medico?		
4.- ¿Cuándo se encuentra bien, deja de tomar la medicación?		
5.- ¿si alguna vez le hace mal los medicamentos , Ud. deja de tomarlas?		
6.- ¿tiene dificultades para tomar el medicamento?		
7.- ¿acudes al programa por medicamento de acuerdo a las citas programadas?		
8.-cumple con el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos?		
<u>ALIMENTACION :</u>	si	no
9.-¿Ud. cree que la dieta es necesaria para el control de la diabetes mellitus?		
10.- ¿cumple Ud. con todas las recomendaciones relacionadas con la dieta?		
11.-¿la dieta del diabético que Ud. consume es de entre 4 a 5 comidas al dia ?		
12.-¿necesariamente incluye en su alimentación el consumo de verduras y frutas todos los días?		

13.- ¿necesariamente incluye en su alimentación el consumo de pan y harinas todos los días?		
14.- ¿lo que más come diariamente son las frituras y/o grasas		
15.- ¿consume como parte de su alimentación alta cantidad de azúcar y dulces?		
16.- ¿agrega más cantidad de sal a sus comidas?		
<u>ACTIVIDAD FISICA</u>	Si	no
17.-¿Si usted tomas sus medicamentos ya no necesita hacer ejercicios?		
18.-¿realiza con frecuencia al menos 30 minutos de ejercicio, por 3 o más veces a la semana?(caminar rápido, correr ,aeróbicos o algún otro)		
19.- ¿realiza con frecuencia ejercicios de fuerza muscular (pesas, natación ,abdominales ,planchas,) 3 o más veces por semana		
20.- ¿al realizar las actividades cotidianas o laborales ya no necesita hacer más ejercicios?		
21.-le causa dificultad los ejercicios diarios que debe hacer por su diabetes?		
22.-olvida realizar sus ejercicios físicos		

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

TITULO: adherencia a la terapéutica en pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del centro de salud Carlos Showing Ferrari 2016.

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Material y Método	Población y Muestra	Técnicas e Instrumento
<p>GENERAL</p> <p>¿Cuál es el grado de adherencia a la terapéutica en pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del centro de salud Showing Ferrari – amarilis año 2016?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Identificar el grado de grado de adherencia a la terapéutica en pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del centro de salud Showing Ferrari – amarilis año 2016.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>1.-Conocer el grado de cumplimiento al tratamiento farmacológico en pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del centro de salud Showing Ferrari – amarilis año 2016.</p> <p>2.- Conocer el de cumplimiento a la dieta prescrita en pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del centro de salud Showing Ferrari – amarilis año 2016</p> <p>3. Determinar el grado de cumplimiento de la actividad física indicada como parte del tratamiento en pacientes con diabetes mellitus 2 del centro de salud Showing Ferrari – amarilis año 2016</p>	<p>Por el tipo de investigación no tiene hipótesis general.</p>	<p>Adherencia a la terapéutica en pacientes adultos con Diabetes Mellitus 2.</p>	<p>SEGÚN SU TENDENCIA: Investigación Cualitativa</p> <p>SEGÚN SU TIEMPO DE OCURRENCIA : Investigación Prospectiva</p> <p>SEGÚN EL PERIODO Y SECUENCIA: Estudio Longitudinal</p> <p>SEGÚN EL ANALISIS Y ALCANSE DE LOS RESULTADOS Estudio descriptivo.</p> <p>DISEÑO: Descriptivo M----- O</p>	<p>POBLACION Estará conformada por todos los pacientes adultos con diabetes Mellitus 2 del centro de salud Showing Ferrari – amarilis año 2016.</p> <p>MUESTRA Todo paciente en estudio.</p> <p>Marco muestral: - se tendrá en cuenta una lista de los pacientes adultos que asisten al programa con sus direcciones respectivas</p> <p>- La muestra estará conformada por los 54 pacientes.</p> <p>Se uso el método de muestreo probabilístico simple.</p>	<p>TECNICAS.- Se utilizará la técnica de la encuesta y se desarrollará un cuestionario en base a un listado de preguntas</p> <p>INSTRUMENTOS .- La guía de cuestionario la misma que será elaborada con preguntas Cerradas ello facilitara la tabulación de datos. Será realizado en el establecimiento y en los domicilios de los pacientes.</p>

ANEXO 03

TABLA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS

I. JUSTIFICACION

Nombre del experto: Felipe Ezequiel Miguel Rodriguez

Especialidad: Lic. En enfermeria- Salud Publica

II. APRECIACION DEL EXPERTO:

Nº	ITEMS	APRECIACION		OBSERVACION
		SI	NO	
1	¿El instrumento responde al planteamiento del problema?	✓		
2	¿El instrumento responde a los objetivos del problema?	✓		
3	¿Las dimensiones que se han tomado en cuenta son adecuadas para la elaboración del instrumento?	✓		
4	¿El instrumento responde a la Operacionalización de las variables?	✓		
5	¿La estructura que presenta el instrumento es secuencial?	✓		
6	¿Los ítems están redactados de forma clara y precisa?	✓		
7	¿El número de ítems es adecuado?	✓		
8	¿Los ítems del instrumento son válidos?	✓		
9	Se deben incrementar el número de ítems			
10	¿Se debe eliminar algunos ítems?	✓		

DECISIÓN DEL EXPERTO:

El instrumento debe ser aplicado: SI () NO ()

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

Firma y sello



Felipe Ezequiel Miguel Rodriguez
LIC. EN ENFERMERIA

ANEXO 03

TABLA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS

I. JUSTIFICACION

Nombre del experto: Lic. Ana Asado Lú

Especialidad: Salud Pública y Comunitaria

II. APRECIACION DEL EXPERTO:

Nº	ITEMS	APRECIACION		OBSERVACION
		SI	NO	
1	¿El instrumento responde al planteamiento del problema?	✓		
2	¿El instrumento responde a los objetivos del problema?	✓		
3	¿Las dimensiones que se han tomado en cuenta son adecuadas para la elaboración del instrumento?	✓		
4	¿El instrumento responde a la Operacionalización de las variables?	✓		
5	¿La estructura que presenta el instrumento es secuencial?	✓		
6	¿Los ítems están redactados de forma clara y precisa?	✓		
7	¿El número de ítems es adecuado?	✓		
8	¿Los ítems del instrumento son válidos?	✓		
9	Se deben incrementar el número de ítems	✓		
10	¿Se debe eliminar algunos ítems?	✓		Modificar el ITEM 10

DECISIÓN DEL EXPERTO:

El instrumento debe ser aplicado: SI (x) NO ()

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

Especificar mejor el ITEM N° 10

Firma y sello


ANA ASADO LU
 ENFERMERA
 C.E.P. 19767
 RED ASISTENCIAL HUANUCO
 EsSalud

ANEXO 03

TABLA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS

I. JUSTIFICACION

Nombre del experto: Sonia J. Cueva Caballero

Especialidad: Lic. Eng. Especialista en Emergencias y Desastres

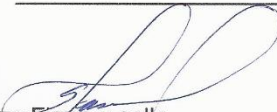
II. APRECIACION DEL EXPERTO:

Nº	ITEMS	APRECIACION		OBSERVACION
		SI	NO	
1	¿El instrumento responde al planteamiento del problema?	X		
2	¿El instrumento responde a los objetivos del problema?	X		
3	¿Las dimensiones que se han tomado en cuenta son adecuadas para la elaboración del instrumento?	X		
4	¿El instrumento responde a la Operacionalización de las variables?	X		
5	¿La estructura que presenta el instrumento es secuencial?	X		
6	¿Los ítems están redactados de forma clara y precisa?	X		
7	¿El número de ítems es adecuado?	X		
8	¿Los ítems del instrumento son válidos?	X		
9	Se deben incrementar el número de ítems		X	
10	¿Se debe eliminar algunos ítems?		X	

DECISIÓN DEL EXPERTO:

El instrumento debe ser aplicado: SI (✓) NO ()

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:


 Firma y sello
 Lic. Sonia J. Cueva Caballero
 COORDINADORA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA
 CEP. N° 20032 RUE. N° 8880
 HOSPITAL BASE HUÁHUCO - RAHU
 EsSalud