

# Universidad de Huánuco

Facultad de Ciencias de la Salud

PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA



**UDH**  
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

## TESIS

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO  
DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II EN USUARIOS ADULTOS  
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL I ESSALUD TINGO MARIA – 2017.

**Para Optar el Título Profesional de:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TESISTA**  
CARHUARICRA VALLE, Maritza.

**ASESOR**  
Lic. Enf. REYES PAREDES, Héctor Huido.

Huánuco -Perú

2017



UNIVERSIDAD DE HUANUCO



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Tingo María, siendo las 12.00 horas del día 27 del mes de Noviembre del año dos mil diecisiete, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- Lic. Enf Oliva Isabel, Ponce Hurtado      **Presidenta**
- Lic. Enf. Rober Reátegui Ruiz              **Secretario**
- Lic. Enf. Lilia Céspedes y Argandoña      **Vocal**

Nombrados mediante Resolución N° 2090-2017-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitolado: "FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II EN ESUARIOS ADULTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL I ESSALUD TINGO MARIA-2017" presentado por el Bachiller en Enfermería., Srta. Maritza CARHUARICA VALLE Para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) APROBADO ..... por UNANIMIDAD ..... con el calificativo cuantitativo de 13 ..... y cualitativo de SUFICIENTE.

Siendo las 13:00 ..... Horas del día 27 ..... del mes de NOVIEMBRE ..... del año 2017 ....., los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

  
PRESIDENTA

  
SECRETARIO

  
VOCAL

## PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERIA



---

“FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DEL  
TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II EN  
USUARIOS ADULTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL I  
ESSALUD TINGO MARIA -2017”

---

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis de manera muy exclusiva a Dios y a mi madre quienes me apoyaron todo el tiempo.

A mis profesores quienes jamás desistieron al enseñarme, aun sin importar que diversas oportunidades no ponía atención en clase, a ellos que permanecieron confiando su esperanza en mí.

A los jurados quienes estudiaron mi tesis y la aprobaron.

A todos los que me apoyaron para escribir y concluir esta tesis.

La autora;

## **AGRADECIMIENTO:**

Ante todo agradezco a Dios por darme la vida, bienestar y consagración para alcanzar mis metas como persona y profesional.

Del mismo modo a mi madre Camila Olga Valle Arroyo, por brindarme soporte económico y emocional a lo extenso de mi recorrido por que ha sido un apoyo para poder llegar a culminar con mi carrera profesional.

A mis demás familiares por el amor y cariño que me ofrecen paso a paso en mi vida.

A los profesores quienes me enseñaron y supieron guiarme durante todo mi formación personal.

A todos mis colegas y amigos quienes me afirmaron y motivaron para terminar este trabajo y llegar a culminar con mi carrera.

## RESUMEN:

**OBJETIVO:** Conocer los factores asociados a la adherencia del tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital IEsSaludTingo María -2017.

**MÉTODOS:** Estudio tipo descriptivo, analítico, transversal, con 133 usuarios del Hospital Tingo María. Se utilizó la encuesta estructurada, Ficha clínica del adulto. Test de Morisky – Green y cuestionario breve de autoestima. Para análisis inferencial se utilizó la Prueba Chi cuadrado, con un  $p < 0.05$ , apoyados en el SPSS 20.

**RESULTADOS:** El 56.4% corresponde a edades de 54-60, 62.4% (83) son de sexo femenino y 37.6% masculino; grado de instrucción 38.3% educación secundaria; 24.1% superior universitaria; 18.8% educación primaria; 15,0% alcanzaron un nivel de educación superior técnico y 3.8% no estudiaron; en ocupación; el 36.8% son ama de casa; 29.3% empleados; 26.3% se dedican a otras ocupaciones; 6.0% pensionistas y 1.5% estudiantes. Se encontró relación entre adherencia al tratamiento y el nivel de conocimiento de los usuarios, habiéndose comprobado con Chi cuadrado, obteniéndose un valor calculado de  $\chi^2=4,738$  y  $p= 0,094$ , siendo significativo. Al evaluar si la autoestima es un factor asociado a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II se comprueba estadísticamente que no se encontró relación entre variables en estudio. Al evaluar el apoyo de pares y apoyo de los familiares no se encontró relación en ambos casos.

**Palabras clave:** Factores asociados, Diabetes mellitus Tipo II, Adherencia al tratamiento.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** Knowing correlated factors the adherence of the pharmacologic treatment and pharmacologic no of the patients with Diabetes Mellitus type II in adult users attended at the Hospital I EsSaludTingoMaría- 2017. **Methods:** A study took effect descriptive, analytical type and side road, with 133 users attended at the Hospital I TingoMaría. The structured opinion poll was utilized in the collection of data, You Open a File On the adult's clinic. Morisky's test – Green and a brief questionnaire of self-esteem; That they are of adherence to the treatment. For analysis inferencial of the results the liked Chi utilized the proof himself, with one p 0,05, backed up in the software SPSS 20.

**RESULTS:**The 56.4% correspond to ages of 54-60, 62.4% (83) are female and 37.6% are male; educational level 38.3% secondary education; 24.1% higher university; 18.8% primary education; 15.0% reached a level of technical higher education and 3.8% did not study; in occupation; 36.8% are housewives; 29.3% employed; 26.3% are engaged in other occupations; 6.0% pensioners and 1.5% students. It was found a relationship between adherence to the treatment and the knowledge level of the users, having been verified with Chi square, obtaining a calculated value of  $\chi^2 = 4,738$  and  $p = 0,094$ , being significant. When assessing whether self-esteem is a factor associated with the adherence of the treatment of diabetes mellitus type II, it was statistically verified that no relationship was found between variables in the study. In assessing peer support and family support, no relationship was found in either case.

**Key words:** Associated factors, Diabetes mellitus Type II, Adherence to treatment.

## INTRODUCCION

Como refiere la Organización Mundial de la Salud, la diabetes yace una morbilidad crónica que emerge cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia, que con el tiempo menoscaba gravemente varios órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos<sup>(1)</sup>. La Diabetes Mellitus (DM) es calificada hoy en día una epidemia mundial por su alta prevalencia, la disminución en la calidad de vida de quienes la sufren y por el alto costo social, familiar y económico. Esta morbilidad se está extendiendo dramáticamente y se estima que en el año 2025 el número de personas con diabetes se duplicará, razón por lo que se considera que será la próxima epidemia mundial <sup>(2)</sup>.

Es por tal atribución que surge la medida de investigar los factores asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en los usuarios atendidos en el Hospital I ESSALUDTingo María. Ya que según algunos estudios realizados existen algunos factores de riesgo para la adherencia al tratamiento como son los relacionados con el paciente, la enfermedad, el médico tratante, el lugar donde se prescribe el tratamiento y el medicamento en sí. Los estudios sobre este tema muestran que existen solo un 50% de cumplimiento en el caso de las enfermedades crónicas<sup>(3)</sup>.

En este sentido, el objetivo de esta investigación fue conocer los factores asociados a la adherencia del tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I ESSALUDTingo María -2017.



De tal manera que este estudio se compuso en cinco capítulos, en un primer capítulo se aborda el problema, la formulación del problema, los objetivos, la hipótesis, las variables y la justificación respectivamente.

El segundo capítulo consta del marco teórico, el cual contiene los antecedentes de investigación, las bases teóricas para el sustento del problema y las bases conceptuales.

En el tercer capítulo se muestra la metodología de la investigación, la misma que contiene de los siguientes aspectos: tipo de estudio, diseño de la población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, elaboración y análisis de datos y las consideraciones éticas. Asimismo en el cuarto capítulo se muestran los resultados de la investigación los descriptivos como los inferenciales.

Finalmente el quinto capítulo se exhibe la discusión de los resultados, las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos respectivamente.

## INDICE

DEDICATORIA  
AGRADECIMIENTOS  
RESUMEN  
ABSTRACT  
INTRODUCCIÓN

### CAPITULO I

<b>1. PROBLEMA DE INVESTIGACION:</b>	<b>Pág.</b>
1.1. Descripción del Problema.....	1
1.2. Formulación del Problema.....	4
1.3. Objetivo general.....	5
1.4. Objetivos específicos.....	5
1.5. Justificación de la investigación.....	6
1.6. Limitaciones de la investigación.....	8
1.7. Viabilidad de la investigación.....	8

### CAPITULO II:

#### 2. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la investigación.....	9
2.2. Bases teóricas.....	16
2.3. Definiciones conceptuales.....	19
2.4. Hipótesis.....	31
2.5. Variables.....	33
2.5.1. Variables de estudio.....	33
2.6. Operacionalización de las variables.....	34
(Dimensiones e indicadores).	

**CAPITULO III:**

**3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

<b>3.1.</b>	Tipo de investigación (Referencial).....	<b>36</b>
<b>3.1.1.</b>	Enfoque.....	<b>36</b>
<b>3.1.2.</b>	Alcance o nivel .....	<b>36</b>
<b>3.1.3.</b>	Diseño .....	<b>37</b>
<b>3.2.</b>	Población y muestra.....	<b>37</b>
<b>3.3.</b>	Técnicas e instrumentos de recolección de datos. ....	<b>39</b>
<b>3.3.1.</b>	Para la recolección de datos (Detallar las técnicas e instrumentos utilizados) .....	<b>39</b>
<b>3.3.2.</b>	Para la presentación de datos (Cuadros y gráficos) ...	<b>41</b>
<b>3.3.3.</b>	Para el análisis e interpretación de los datos .....	<b>42</b>

**CAPÍTULO IV:**

**4. RESULTADOS**

<b>4.1.</b>	Procesamiento de datos (Cuadros estadísticos con su respectivo análisis e interpretación).....	<b>43</b>
<b>4.2.</b>	Contrastación de hipótesis y prueba de hipótesis	<b>56</b>

**CAPÍTULO V**

**5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

<b>5.1.</b>	Presentación de la Contrastación de los Resultados del Trabajo de Investigación	<b>61</b>
-------------	--	-----------

## **CONCLUSIONES**

## **RECOMENDACIONES**

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

## **ANEXO**

Resolución de aprobación del proyecto de trabajo de investigación.	<b>73</b>
Resolución de nombramiento de asesor	<b>74</b>
Matriz de consistencia	<b>75</b>
Instrumento de recolección de datos	<b>79</b>

## **CAPITULO I**

### **1. PROBLEMA DE INVESTIGACION:**

#### **1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA**

A nivel mundial las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNTs) son un problema que va en aumento, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 80% de las muertes se dan por enfermedades crónicas en países con ingresos bajos y medios, el 20% restante ocurre en países de altos ingresos, afectando ambos sexos por igual. Es por esta razón es lograr una reforma mediante acciones de promoción y prevención para estas enfermedades socialmente transmisibles<sup>(4)</sup>. La OMS reporta que existen 347 millones de diabéticos a nivel mundial; de ellos en Latinoamérica hay 26 millones de diabéticos lo que equivale al 7% de la población total mundial de pacientes con esta patología<sup>(5)</sup>. Para el año 2030 se pronostica un acrecentamiento de esta enfermedad con hasta 39.9 millones de casos, cifra que superaría otras regiones como Norteamérica y Sur de Asia. Lo impresionante es, que el 45% de los pacientes diabéticos ignoran que sufren esta enfermedad. Este incremento se debe a la hipertensión arterial y la dislipidemia quienes componen parte del Síndrome Metabólico con alta prevalencia en la región. La diabetes, es una de las primordiales causas de invalidez y muerte precoz y una de los padecimientos crónicos con alta tasa de fracaso y mala adherencia al tratamiento. En estados Unidos menos del 2% de los pacientes diabéticos cumplen con todas las pautas de tratamiento recomendadas

por la Asociación Americana de Diabetes, destacándose que en esa población la adherencia al tratamiento hipoglucemiante es de 75%, al plan alimentario es de 52% y al ejercicio físico es de 26%. Esta mala adherencia al tratamiento en la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es la responsable de la aparición precoz de las complicaciones a largo plazo que esta patología genera <sup>(6)</sup>

En los países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes con padecimientos crónicos es de alrededor de 50%; sin embargo en los países en desarrollo es aún más baja. Los elementos que mayor influencia tienen en la adherencia se relacionan con el propio paciente, con el entorno, las características de la enfermedad, el tratamiento requerido y los servicios de salud que estén a su disposición<sup>(7)</sup>.

Según las apreciaciones, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. La prevalencia mundial de la diabetes se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4.7% al 8.5% en población adulta<sup>(8)</sup>. Ello presume un aumento en los factores de riesgo relacionados, a sobrepeso o la obesidad.

La diabetes mellitus tipo II (DM2) se diagnostica tarde, al alrededor de un 30 a 50% de las personas desconocen su problema por meses o años (en zonas rurales esto ocurre casi en el 100%) y en los estudios de sujetos con DM2 recién diagnosticada, la prevalencia de retinopatía oscila entre 16 y 21%, nefropatía 12 y 23% y neuropatía entre 25 y 40%. La DM2 ocupa uno de los primeros 10 lugares como causa de consulta y de mortalidad en la población adulta. Las

ilustraciones económicas indican el mayor gasto de atención a la persona con diabetes en las hospitalizaciones y que ese gasto se duplica cuando el paciente tiene una complicación micro o macrovascular y son cinco veces más alto cuando tiene ambas (9).

La adherencia al tratamiento se ha ubicado como un problema de salud pública y, como señala la OMS, las intervenciones para eliminar las barreras a la adherencia al tratamiento deben cambiarse en un elemento central para mejorar la salud de la población y lo cual se precisa un enfoque multidisciplinario<sup>(10)</sup>. Asimismo se precisa a la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo según el tratamiento indicado <sup>(11)</sup>. El 50% de los pacientes crónicos cumplen con su tratamiento en los países desarrollados.<sup>(12)</sup>

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el Perú 3 de cada 100 personas de 15 y más años reportaron tener diabetes en el año 2015, es decir el 2,9% del total de la población de 15 y más años de edad reporta tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud <sup>(13)</sup>; la diabetes mellitus tipo II, es una morbilidad que afecta a 2 millones de personas y es la décimo quinta causa de mortalidad en nuestro País, según informes de la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud <sup>(14)</sup>.

Según las estadísticas que maneja el sector Salud en Huánuco, en lo que va del año se registraron 5,188 casos de diabetes diagnosticada,

afectando a niños y adultos, así como a varones y mujeres. De acuerdo al reporte, en el 2014 registraron 35 defunciones, en el 2013 un total de 29 y 50 en el 2012; siendo la población más afectada los del ámbito urbano, entre ellos los habitantes de las ciudades de Huánuco y Tingo María. El Director Regional de Salud, Heriberto Hidalgo en el 2014, refirió que dicha enfermedad está relacionada a factores ambientales, dietéticos, estilos de vida y antecedentes familiares, que de no prevenirse y controlarse a tiempo puede llevar a una muerte en forma silenciosa <sup>(15)</sup>.

En el Hospital I EsSalud Tingo María en la Cartera del Adulto / Adulto Mayor se atienden cerca de 35 a 40 pacientes diariamente, habiendo registrados a unos 203 pacientes que acuden regularmente al programa, El 99.75% son pacientes con diabetes mellitus tipo II, dicho programa está a cargo de un grupo multidisciplinario, donde el profesional de enfermería cumple diariamente una importante labor en la educación y promoción de estilos de vida saludables, educación permanente para el cumplimiento del tratamiento, así también identifica complicaciones presentes que son derivadas a los especialistas para una atención oportuna <sup>(16)</sup>.

Por los motivos mencionados se plantea el siguiente interrogante de investigación.



## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

### **1.2.1. Problema General**

- ¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital IESSALUD Tingo María -2017?

### **1.2.2. Problemas Específicos**

- ¿Cuáles son las características de la población en estudio desde el punto de vista sociodemográfico en los usuarios atendidos en la Carteras de servicios del Adulto / Adulto Mayor del Hospital IESSALUD Tingo María -2017?.
- ¿Será el nivel de conocimientos un factor asociado a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María -2017?.
- ¿La autoestima es un factor asociado a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María -2017?.
- ¿El apoyo de pares y apoyo de los familiares son factores asociados a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María -2017?

### **1.3. OBJETIVO GENERAL**

- Conocer los factores asociados a la adherencia del tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María-2017.

### **1.4. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar las características de la población en estudio desde el punto de vista sociodemográfico en los usuarios atendidos en la Carteras de servicios del Adulto / Adulto Mayor del Hospital I ESSALUD Tingo María -2017?.
- Determinar si el nivel de conocimientos es un factor asociado a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María -2017?
- Evaluar si la autoestima es un factor asociado a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María -2017?.
- Identificar el apoyo de pares y apoyo de los familiares si son factores asociados a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María -2017?.

## 1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION:

La diabetes mellitus constituye un peligroso problema de salud pública en nuestro País. Debido a las repercusiones personales, económicas y sanitarias, y a las propias manifestaciones tardías degenerativas asociadas, es responsable además de un alto porcentaje de muertes en nuestro país. Esta enfermedad no se puede curar, pero sí controlar y disminuir complicaciones degenerativas y/o manifestaciones tardías<sup>(17)</sup>.

En los últimos años se ha ofrecido atención especial a la adherencia al tratamiento al control de la diabetes, teniendo en cuenta qué interfiere y qué la favorece. La no adherencia al tratamiento, es decir, el no acatamiento por parte del paciente de las recomendaciones proporcionadas, por la inadvertencia, o por la falta de entendimiento del régimen terapéutico sugerido por el personal de salud entre otros, es un problema fuertemente que puede conllevar a altos costos para el paciente y la sociedad, debido a las secuelas físicas producidas por complicaciones agudas y/o crónicas, así como costos de rehabilitación, pérdida de productividad entre otros.

- **A nivel Teórico:** En nuestro país a pesar de la información divulgada en los medios de comunicación y establecimientos de salud vemos que los casos de diabetes mellitus tipo II aún existen con prevalencia alta y que esta se puede controlar incidiendo en los factores asociados lo cual está íntimamente relacionado con la enfermedad, considero el presente estudio es de suma importancia, para determinar los factores asociados a la adherencia del tratamiento de esta enfermedad.

- **A nivel Práctico.**-Para la profesión de Enfermería y las otras disciplinas es valioso, conocer los factores asociados a la adherencia del tratamiento de la DM2; porque nos ayudará a evaluar la realidad de los usuarios adultos, brindándonos aportes para poder implementar planes de intervención según la situación evidenciada en la población en estudio. Asimismo nos permitirá conocer aspectos básicos de la dinámica del tratamiento de la diabetes mellitus no conocidas.
- **A nivel metodológico.**- El estudio se elaboró con un instrumento de recolección de datos; que fue validado y servirá de guía para futuras investigaciones, así los resultados servirán como antecedentes para otras investigaciones y como referencia a otros tipos de trabajo. Por el diseño descriptivo utilizado las conclusiones obtenidas servirán de evidencia para investigaciones futuras con un nivel más avanzado.

**1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION.**- Se han trabajado con una muestra de 133 pacientes que no permite generalizar el estudio a toda la población de diabéticos si no solo servirá para el ámbito local.

**1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACION.**- El estudio es viable por todo lo que es de interés de los profesionales y del sistema de salud. Lo que respecta a la viabilidad económica y recursos materiales fueron tomadas por la investigadora. Que fue posible el desarrollo en todas las etapas. En cuanto los recursos humanos se tuvo apoyo del personal que labora en la Cartera de Servicios de Salud sin ninguna dificultad.

## CAPITULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.

##### 2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL.

- **En Colombia en el año 2013, CALDERON., ROJAS <sup>(18)</sup>.** Realizaron un estudio titulado, “Prácticas de autocuidado que realizan los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II, inscritos al programa “Riesgo cardiovascular” en la Ese Carmen Emilia Ospina sede granjas Neiva, 2013. Cuyo Objetivo: Describir las prácticas de autocuidado que realizan los pacientes con diabetes mellitus tipo II. Materiales y método del estudio fue, cuantitativo, descriptivo y transversal; la muestra estuvo conformada por 93 pacientes, seleccionadas de forma probabilística; la información recolectó mediante una entrevista estructurada; los datos obtenidos fueron organizados en EXCEL 2010 y procesados en SPSS versión 20.0. Resultados: El promedio de edad fue 65,8 años, predominó el género femenino, y los pacientes sin pareja sentimental estable; un nivel económico y educativo bajo. Las prácticas que se evidenciaron fueron: alto consumo de frutas dulces y alimentos grasos; bajo consumo de alcohol y cigarrillo; buen manejo del estrés, déficit en la visita al odontólogo, el corte de uñas de los pies y uso de calzado adecuado; regulares conocimientos de la enfermedad. Conclusiones: Se evidenciaron algunas dificultades en la adopción de prácticas de autocuidado, por lo cual se recomienda implementar modelos de

atención en salud integrales para pacientes diabéticos que permita reforzar las necesidades de educación identificadas; así como el uso de los servicios de salud con un enfoque basado en la promoción de la salud para la detección precoz de complicaciones potencialmente destructoras por parte del paciente y costosas para el sistema de salud.

- **En Chile en el 2009, ARANEDA M.<sup>(19)</sup>.** En su estudio titulado "Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 1, durante la Adolescencia" analizan la evolución del concepto de adherencia al tratamiento, desde una configuración psicológica. Se orienta en el período de la adolescencia y se estudian los principales elementos que han marcado la evolución de dicho concepto desde la década 1970 hasta la actualidad. Método: Revisión bibliográfica, utilizando primeramente la base de datos Elsevier - ScienceDirect y subsiguientemente a través de trabajos citados en la bibliografía encontrada inicialmente. Conclusión: El concepto de "adherencia al tratamiento" ha evolucionado hacia una dimensión dinámica, compuesta, multifactorial y fruto de un acuerdo entre el equipo médico y el paciente; además de la búsqueda de unaproporción entre otros equilibrios necesarios para el desarrollo del adolescente. A la luz de estas constataciones, se en todo el artículo diversos elementos que el equipo de salud puede considerar en su acercamiento al paciente diabético.
- **En Costa Rica en el 2007, Quirós., Villalobos <sup>(20)</sup>.** Desarrollaron un estudio titulado, "Comparación de factores vinculados a la adherencia

al tratamiento en diabetes mellitus tipo II entre una muestra urbana y otra rural de Costa Rica” quien comparó sobre las características de la Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo II versión III (EATDM-III), en dos muestras, una de tipo urbana y otra rural. La N = 163, (n urbana = 104, n rural = 59), conformado por ambos sexos. Los resultados del cotejo por zonas, mostraron diferencias estadísticas específicas ( $p < 0,05$ ) en los factores dieta, control médico y organización apoyo comunal, siendo la zona rural la que presentó los mejores puntajes. El estudio demostró necesidad de iniciar y mantener investigaciones regionales sobre la Diabetes Mellitus tipo II en Costa Rica, y sugiere lo mismo para el resto de Latinoamérica:

#### **2.1.2. A NIVEL NACIONAL:**

- **En Iquitos en el 2013, Davila., Garcia., Saavedra<sup>(21)</sup>.** Ejecutaron un estudio Titulado “Adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores”, tipo descriptivo correlacional, transversal cuyo objetivo fue, determinar las variables que se asocian a la adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en la población mencionada. La muestra fue seleccionada aleatoria simple, que conformó 75 adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, a quienes se aplicó instrumentos como el cuestionario sobre las características sociodemográficas del adulto mayor, la escala de apoyo familiar de Leitón (confiabilidad 0.85 y validez de 0.86), la escala de riesgo de no Adherencia de Gutiérrez y Bonilla (confiabilidad 0.82, de validez 0.91),

y el Test de Morisky Green Levine (confiabilidad 0.61). Los hallazgos mostraron que 69,33% de adultos mayores son no adherentes al tratamiento, es decir que no ejecutan las recomendaciones del prestador de asistencia sanitaria. En cuanto al perfil sociodemográfico: 82.7% fueron adultos mayores 60 a 74 años, más de la mitad de las mujeres tienen estudios primarios (58.5%), mientras que los varones tienen estudios secundarios (45.5%) y superiores (18.2%); además todos los casos que reportan ningún grado de instrucción son mujeres. El 40%, informo tiempo de enfermedad inferior a 5 años y 38.7% 11 años a más. La patología asociada con mayor frecuencia fue artrosis (66.7). El 69.3% son no adherentes al tratamiento. Las variables que mostraron correlación positiva con la adherencia fueron el estado civil ( $r= 0,235$ ), grado de instrucción ( $r= 0,257$ ), presencia de pluripatología: artrosis ( $r= 0,232$ ), dislipidemia ( $r= 0,333$ ) y retinopatía ( $r=0,323$ ).

- **En Tarapoto en el 2012, Haya., Paima<sup>(22)</sup>.** Realizaron un trabajo de investigación titulado, “Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II. programa diabetes mellitus. Hospital EsSalud - II Tarapoto. Junio – Agosto 2012” El estudio fue descriptivo con enfoque cuantitativo y con el propósito de determinar la calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II. La muestra fue 74 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Utilizó cuestionario DQOL para determinar la calidad de vida, los datos obtenidos fueron sistematizados en Microsoft Excel 2007 y SPSS Statistics 19. Resultados: La calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus



tipo II que asisten al Programa Diabetes Mellitus Hospital “EsSalud” es de Regular a Alta. La edad promedio 59 años, con grado de instrucción superior, se observa predominio del sexo femenino, estado marital con pareja. El tiempo de diagnóstico de la enfermedad oscila entre 1 -29 años y con una pertenencia al programa de 1 – 16 años y la complicación que más preocupa a los pacientes que acuden al programa es amputación y problemas de los pies. La dimensión que más afecta a los pacientes, son preocupación por efectos futuros de la enfermedad, seguida por impacto de la enfermedad y la menos afectada es satisfacción con el tratamiento. La percepción general del estado de salud es regular.

- **En Lima en el 2008, Molina** <sup>(23)</sup>. Realizó el estudio: “Adherencia al tratamiento y su relación con la Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al programa de Diabetes del Hospital Nacional “Dos de Mayo” Enero-Febrero 2008. Estudio que realiza con el propósito de proporcionar información actualizada sobre cumplimiento del tratamiento que tienen los pacientes, e identificar de qué modo interviene en su calidad de vida; de ésta forma situar las intervenciones que mejoren la realidad haciendo énfasis en el nivel de prevención secundaria y terciaria. El objetivo fue, determinar la adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida del paciente diabético; tipo de estudio es cuantitativo, con metodología descriptivo-correlacional, la muestra conformada por 132 pacientes que asistieron al programa de diabetes, el instrumento de recolección de datos fue el cuestionario y la técnica aplicada la entrevista. Los

resultados del estudio fueron: 68.9%(91) de la población encuestada presentó una regular adherencia al tratamiento; 79.5%(105) presentó una regular calidad de vida y se comprobó la relación estadística  $P=0.01<0.05$  entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes diabéticos que asisten al Programa; las conclusiones se obtuvieron en el estudio fueron: Los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, presentaron una regular adherencia al tratamiento, una regular calidad de vida y se obtuvo una relación significativa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida:

### **2.1.3. A NIVEL REGIONAL:**

- **En Huánuco en el 2016, Tarazona Cruz<sup>(24)</sup>** . Realizó un estudio Titulado, “Adherencia al tratamiento y autocuidado del adulto mayor diabético, usuarios de un programa de un Centro de salud de Ambo”, con el Objetivo de determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y el autocuidado del adulto mayor diabético. Estudio descriptivo relacional con 45 adultos mayores diabéticos. Empleó una guía de entrevista sociodemográfica una escala para estimar la capacidad de autocuidado. Para análisis inferencial de los resultados utilizó la Prueba Chi cuadrada. Resultados: 60.0% tuvieron buena adherencia al tratamiento y 71.1% buena capacidad de autocuidado, por otro lado, en cuanto a la relación de la adherencia al tratamiento y la capacidad de mantenimiento de un consumo de alimento suficiente tuvieron una significancia de  $P\leq 0,003$  y en cuanto a la relación que

existe entre la adherencia al tratamiento y el autocuidado en sus diferentes capacidades tuvieron una significancia de  $P \leq 0,005$ .

- **En Huánuco en el 2016, Garay Aosta** <sup>(25)</sup>. Realizó un estudio, Titulado “Adherencia a la terapéutica en pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del centro de salud carlos showing Ferrari”. Cuyo objetivo fue Identificar el grado adherencia a la terapéutica en pacientes adultos con diabetes mellitus 2, llevó a cabo un estudio tipo observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, con 54 pacientes. Utilizó un cuestionario, Con 10 preguntas de caracterización y 22 de adherencia divididos en 3 dimensiones; que son de adherencia a la medicación, alimentación y actividad física. Para el análisis inferencial utilizó la Prueba Chi cuadrado, con un  $p < 0.05$ , apoyados en el SPSS 15. Resultados 79.6 % no asiste a un control médico oportuno y 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, 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, grado bajo con 37.0% y alto grado de 24.1% ( $P \leq 0.348$ ); actividad física 57.4 % son de bajo grado, muy por debajo un grado medio 24.1% y alto grado con 18.5% ( $P \leq 0.001$ ); por último la adherencia general se encuentra que la mayor proporción pertenecen

a bajo grado 55.6 % , con grado medio 24.1% y con alto grado 20.4 %  
(  $P \leq 0,001$ ).

- No se encontró más antecedentes del estudio por este motivo no se cita a otros.

**2.1.4. Casos de diabetes Mellitus.-** Los casos de diabetes mellitus tipo II a nivel nacional son casi 2 millones de personas y es la décimo quinta causa de mortalidad en el Perú, en el departamento de Huánuco durante el 2014 se registraron 5,188 casos y a nivel local en el Hospital I ESSALUD Tingo María se tiene registrado 203 pacientes dignosticado con DM2 casos en la Cartera del adulto / adulto Mayor hasta el mes de diciembre del año 2016 quienes siguen el tratamiento y control mensual.

## **2.2. BASES TEORICAS**

**2.2.1. Teoría de Dorothea Orem<sup>(26)</sup>.**- Bosqueja que las actividades de autocuidado se aprenden a medida que el individuo madura y son afectados por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. Esta teoría se centra en el autocuidado; quien la define como una función reguladora que la persona debe de realizar por si sola con el propósito de mantener su vida, salud, desarrollo y su bienestar. El autocuidado se debe de instruirse continuamente y desarrollarse de forma voluntaria. Se requieren además de tres requisitos para el autocuidado:

- a) **Requisitos de autocuidado universales.-** Se proponen ocho requisitos tanto para hombres, mujeres y niños: aporte suficiente de agua, aire, alimentación, suministro de cuidados asociados a los

procesos de eliminación, equilibrio entre la actividad y el descanso, equilibrio entre la interacción social y la soledad, prevención de riesgos para la vida y promoción del desarrollo de los grupo sociales.

**b) Requisitos de autocuidado del desarrollo.-** Se identificaron tres conjuntos de requisitos: promoción de condiciones para el desarrollo del individuo, implicancia en el autodesarrollo, prevención de situaciones de riesgo que influyen de manera negativa en el desarrollo humano.

**c) Requisitos de autocuidado de desviación de la salud.-** Esto se aplica para las personas que se encuentran enfermas o tienen alguna lesión, igualmente para aquellos que cuentan con un diagnóstico médico y toman tratamiento.

**2.2.2. Teoría de Nola Pender<sup>(27)</sup>.**-La concepción parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida. Este modelo le da importancia a la cultura, que es entendida como conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra. El cual se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así:

- **La primera teoría; es la de la Acción Razonada.**-Originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la

conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado.

- **La segunda es la acción planteada.**- Adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.
- **La tercera es la teoría social-cognitiva, de Albert Bandura.**- En la cual se plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”. Adicional a lo anterior, la auto-eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad.

### **2.2.3. DETERMINANTES DE SALUD, MODELOS Y TEORÍA DEL CAMBIO**

**EN CONDUCTAS DE SALUD<sup>(28)</sup>.**- Desde la antigüedad han preocupado las causas, condiciones o circunstancias que determinan salud, lo que se conoce a partir de los años 70 como “determinantes”. Varios modelos han intentado explicar la producción o pérdida de salud. Entre los modelos clásicos, toma especial relevancia el modelo holístico de Laframbroise (1973), desarrollado por Marc Lalonde(1974), en el documento *Nuevas Perspectivas de la Salud de los canadienses. Quien describe que:*

- Estilos de vida y conductas de salud (drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, conducción peligrosa, mala utilización de los servicios sanitarios).

- Biología humana (constitución, carga genética, desarrollo y envejecimiento).
- Medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural).
- Sistema de asistencia sanitaria (mala utilización de recursos, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, listas de espera excesivas, burocratización de la asistencia).

Tanto Blum de California y Lalonde de Canadá exponen con mayor claridad lo que Hipócrates había iniciado siglos atrás. Los famosos conceptos de Campos de Salud de los individuos o de grupos de individuos, que estaba determinado por los 4 factores antes expuestos

## **2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES**

**2.3.1. Definición de Diabetes Mellitus<sup>(29)</sup>.**-Es un enfermedad metabólico de múltiples causas, caracterizado por hiperglicemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina.

**2.3.2. ETIOLOGÍA<sup>(30)</sup>.**- La causa de la diabetes mellitus (DM) es multifactorial y su origen puede variar según el tipo, todos ellos caracterizados por hiperglucemia como resultado de defectos en la secreción de insulina y/o la acción de la misma. La insulina es una hormona producida por el páncreas para la síntesis del azúcar en la sangre. La diabetes puede ser causada por muy poca producción de insulina, resistencia a la insulina o ambas. Para comprender la diabetes, es importante entender primero el proceso normal por medio

del cual el alimento se transforma y es empleado por el cuerpo para obtener energía. Suceden varias cosas cuando se digiere el alimento:

- El azúcar denominado glucosa ingresa en el torrente sanguíneo.
- El órgano llamado páncreas origina la insulina, su papel es transportar la glucosa del torrente sanguíneo hasta el músculo, la grasa y las células hepáticas, donde puede almacenarse o utilizarse como fuente de energía. Las personas con diabetes presentan niveles altos de azúcar en sangre; debido a que su cuerpo no puede movilizar el azúcar desde la sangre hasta el músculo y a las células de la grasa para quemarla o almacenarla como energía. Todo esto se debe a que, el páncreas no produce suficiente insulina, las células no responden de manera normal a la insulina o por ambas razones descritas.

**2.3.3. Clasificación de la Diabetes Mellitus<sup>(31)</sup>.**-Es una patología que se clasifica en base a su etiología y características fisiopatológicas:

- **Diabetes mellitus tipo 1 (DM-1).**- Se presenta por la destrucción de las células beta ( $\beta$ ) del páncreas, lo que conduce a la deficiencia absoluta de insulina.
- **Diabetes mellitus tipo II.**-Se caracteriza por un defecto relativo de la insulina o aumento de la resistencia de su acción. Es el tipo más frecuente y supone alrededor de 90% - 95% de los casos.
- **Diabetes mellitus gestacional.**- Se caracteriza por hiperglucemia que aparece durante el embarazo y alcanza valores que, pese a ser superiores a los normales, son inferiores a los establecidos para diagnosticar una diabetes.



- **Otros tipos específicos de diabetes.-** Defectos genéticos en la función de la célula beta, de la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías (acromegalia, síndrome de Cushing), cromosomopatías (síndrome de Down, síndrome de Turner) o relacionado al uso de medicamentos (glucocorticoides, pentamidina, diazóxido),etc.

**2.3.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS<sup>(32)</sup>.** Según la Federación Internacional de Diabetes, en el mundo existen 387 millones de personas con diabetes, de los que 179 millones (46%) se encuentran no diagnosticados, 77% de personas viven en países con ingresos medianos y bajos. Para el 2035 se estima que aumentaría a 205 millones de nuevos casos. En América habría 64 millones de personas con diabetes: 25 millones en América Central y América del Sur, y 39 millones en América del Norte y El Caribe. Para el 2035 se estima que la prevalencia crecerá en 60%. La persona con diabetes presenta un riesgo 40 veces mayor de amputación, 25 veces mayor de insuficiencia renal terminal, 20 veces mayor de ceguera, 2 a 5 veces mayor accidente vascular encefálico y entre 2 y 3 veces mayor infarto agudo al miocardio. En el Perú, según la Organización Mundial de la Salud, existiría un 6.7% (IC 95%; 4.1% – 9%) de personas con 18 años a más que tienen azúcar elevada en sangre ( $\geq 126$  mg/dl) o que toman medicación hipoglucemiante o tuvieron diagnóstico previo de diabetes mellitus. En el reporte PERUDIAB, realizado en mayores de 25 años a más del área urbana y suburbana, en el país existiría una prevalencia de diabetes mellitus de 7% (IC 95%; 5.3% - 8.7%) de

los que el 4.2% (60%) refirieron que un médico o una enfermera les mencionó tener diabetes o utilizaban medicación para tratarla . Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014, realizada en mayores de 15 años, el 3.2% de personas entrevistadas, reportó haber sido diagnosticados por un médico de diabetes o azúcar alta en sangre; siendo esta prevalencia de 2.9% en hombres y 3.9% en mujeres. Además, encontró que el 70.3% de estos recibió o compró medicamentos con receta médica.

### **2.3.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS<sup>(33)</sup>:**

- **Medio ambiente.-** En relación a las horas de la jornada laboral, existiría un incremento del 30% de riesgo de desarrollar diabetes en las personas de un estrato socioeconómico bajo que trabajan de 55 horas a más por semana, en comparación con los que trabajan de 35 a 40 horas por semana y la exposición a riesgos psicosociales
- **Estilos de vida:**
  - **Sedentarismo:** Existe asociación entre la poca (menor a 150 minutos por semana de intensidad moderada) o nula actividad física.
  - **Malos hábitos alimentarios:** El consumo de alimentos con alto índice glucémico y alto valor calórico amplía el riesgo de DM2.
  - **Tabaquismo:**El hábito de fumar aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular en las personas con diabetes mellitus.
  - **Alcohol:** Existe mayor riesgo de diabetes y el consumo excesivo de alcohol.
- **Factores hereditarios - Antecedente familiar de diabetes mellitus:**Existe mayor riesgo de diabetes en personas con familiares

con diabetes, principalmente en aquellos de primer grado de consanguinidad.

- **Relacionados a la persona: Hiperglucemia intermedia:** Las personas con hiperglucemia intermedia incluye la aparición de glucemia en ayunas alterada (110-126 mg/dl), de intolerancia oral a la glucosa (140-199 mg/dl a las 2h tras 75 gramos de glucosa oral) o ambas a la vez. Aunque la misma proporción alcanza la normoglucemia. Además, más de la mitad de estas personas diagnosticadas con PTOG y alrededor de dos tercios con GAA no tendrán diabetes en los próximos 10 años. Asimismo, en un periodo de 3-5 años, alrededor del 25% de los individuos progresan a DM2, el 25% retornan a un estado normal y el 50% permanece en este estado.
- **Síndrome metabólico (SM).**- Está asociado a un incremento de riesgo de padecer DM2 de 3 a 5 veces.
- **Sobrepeso y obesidad:** Es el factor de riesgo de desarrollar DM2 con exceso de peso, siendo el índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 25 kg/m<sup>2</sup> en adultos.
- **Obesidad abdominal:** El valor de perímetro abdominal mayor o igual a 88cm en la mujer y 102cm en el hombre.
- **Etnia:** El riesgo de desarrollar diabetes es mayor en nativos y población mestiza Latinoamericana, raza negra, asiáticos y menor en caucásicos que en el resto de etnias.

- **Edad:** Se considera mayor riesgo en mayores de 45 años, la prevalencia de es directamente proporcional al incremento de la edad cronológica.
- **Dislipidemia:** Hipertrigliceridemia ( $> 250$  mg/dl en adultos) y de niveles bajos de colesterol HDL ( $< 35$  mg/dl) están asociados a insulino resistencia.
- **Historia de enfermedad cardiovascular:** La DM2 está asociado a infarto de miocardio, ACV, enfermedad arterial periférica, aterosclerosis, etc.
- **Hipertensión arterial (HTA):** Presión arterial  $\geq 140/90$  mmHg o estar en terapia para hipertensión como factor de riesgo asociado a DM2.
- **Antecedentes obstétricos de diabetes mellitus gestacional:** El riesgo de desarrollar DM2 es mayor en mujeres con antecedentes de DMG.
- **Antecedente de hijos macrosómicos:** Recién nacido con peso  $> 4,000$ gr.
- **Antecedente de bajo peso al nacimiento.-** Nacido con peso  $< 2,500$ gr y/o prematuridad.
- **Acantosis nigricans y acrocordones:** Son lesiones dérmicas secundarias a la resistencia a la insulina. La acantosis nigricans es una hiperpigmentación cutánea que se presenta en pliegues de cuello, axilas, ingle y nudillos. Los acrocordones son lesiones dérmicas pediculadas que suelen aparecer en las zonas de acantosis nigricans.

- **Síndrome de ovario poliquístico (SOPQ):** El riesgo de desarrollar DM2 aumenta tres veces en mujeres. La aparición de trastornos glucémicos en ellas con **SOPQ** puede ocurrir a una edad temprana (los 30 o los 40 años) y pueden presentar mayor riesgo de desarrollar DMG.
- **Condiciones clínicas como:** Esteatosis hepática (Acumulación excesiva de grasa en el hígado), síndrome de apnea-sueño, hiperuricemia (Aumento de la cantidad de ácido úrico en la sangre).
- **Bajo grado de instrucción:** El riesgo de desarrollar DM2 aumenta en individuos con bajo nivel educativo.

**2.3.6. CUADRO CLÍNICO<sup>(34)</sup>.**-Dependiendo en la etapa del desarrollo de la enfermedad que se encuentre la persona al momento del diagnóstico, puede ser:

- **Asintomáticos:** Son aquellas personas con DM2 que no advierten los síntomas clásicos. Esta es una condición clínica frecuente, de duración variable (entre 4 a 13 años).
- **Sintomáticos:** Los síntomas clásicos son poliuria, polifagia, polidipsia y pérdida de peso; adicionalmente podría presentar visión borrosa, debilidad, prurito.
- **Comorbilidades asociadas:** Infecciones del tracto urinario a repetición. También pueden llegar a desarrollar una crisis hiperglucémica con manifestaciones clínicas náuseas, vómitos.

**2.3.7. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS<sup>(35)</sup>:**

- **Cribado y detección temprana de diabetes mellitus tipo II.-** Se recomienda realizar de la glucosa plasmática como una parte más de

la evaluación del riesgo cardiovascular en los adultos entre 40-70 años que fueran obesos o tuvieran sobrepeso; según lo indicado en las normas de valoración y tamizaje de factores de riesgo. Si los valores son normales, repetir cada 3 años.

- **Criterios de diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.**

- a. Glucemia en ayunas en plasma venoso igual o mayor a 126 mg/dl, en dos oportunidades. No debe pasar más de 72 horas entre una y otra medición.
- b. Síntomas de hiperglucemia o crisis hiperglucémica y una glucemia casual medida en plasma venoso igual o mayor de 200 mg/dl. Casual se define como cualquier hora del día sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida. Los síntomas de la hiperglucemia incluyen poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso.
- c. Glucemia medida en plasma venoso igual o mayor a 200 mg/dl dos horas después de una carga oral de 75gr. de glucosa anhidra.

### **2.3.8. Diagnóstico diferencial<sup>(36)</sup>:**

- Diabetes secundaria al uso de corticoides, diuréticos tiazídicos, entre otros.
- Endocrinopatías: Hipertiroidismo hipercortisolismo, acromegalia, feocromocitoma. Enfermedad del páncreas exócrino.
- Situaciones de estrés: Traumatismo grave, sepsis severa, infarto agudo de miocardio que pueden cursar con hiperglucemia.
- Pancreatitis.
- Polidipsia psicógena.
- Diabetes insípida.

**2.3.9. De Patología Clínica<sup>(37)</sup>.**- Se consideran los siguientes exámenes de laboratorio:

- **Glucosa en ayunas en plasma venoso Glucosa postprandial en plasma/suero venoso:** Se define como glucosa postprandial a los niveles de glucosa en sangre a las dos horas de la ingesta de un alimento.
- **Hemoglobina glucosilada (HbA1c):** Es una prueba para el control y seguimiento del tratamiento de la diabetes en personas diagnosticadas.
- **Prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG):** Consiste en la determinación de la glucemia en plasma venoso a las dos horas de una ingesta de 75 gr de glucosa anhidra.
- **Glucosa capilar:** Puede ser utilizada para fines de seguimiento y automonitoreo, pero no con fines de diagnóstico.

**2.3.10. Tratamiento de la Diabetes Mellitus<sup>(38)</sup>.**- El objetivo del tratamiento al principio es bajar el alto nivel de azúcar en la sangre. Los objetivos a largo plazo son prevenir complicaciones. La manera más importante de tratar y manejar la DM2 es estando activo y comiendo alimentos saludables. Todas las personas con diabetes deben recibir una educación adecuada y apoyo sobre las mejores maneras de manejar su diabetes.

- **Manejo no farmacológico.-** Los pacientes con diagnóstico de diabetes, asintomáticos, inalterables, sin dificultades, y según criterio médico, deben iniciar solamente con cambios en el estilo de vida; previos al inicio de terapia farmacológica por un lapso de 3 a 4 meses;

luego de este periodo, si los niveles de glucemia han alcanzado los valores meta, permanecerá con cambios de estilos de vida y sus controles se realizarán cada 3 a 6 meses. De lo contrario iniciará tratamiento farmacológico<sup>(39)</sup>.

- **Manejo farmacológico.-** Se iniciará con medicamentos orales de primera línea considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) vigente: metformina o glibenclamida. Si no existiera contraindicación, empezar con metformina. Al iniciar el tratamiento, el médico tratante educará a la persona sobre el reconocimiento de signos de alarma y reacciones adversas, para que en caso de presentarlas, acuda a consulta para reevaluación y valoración de cambio de esquema terapéutico. Asimismo, el médico tratante procederá a reportar los efectos adversos según se presente el caso.
- **Metformina.-** Iniciar con dosis bajas de 500mg u 850mg por día, dosis única. Incrementar de 500mg a 850mg cada 1 a 2 semanas de forma progresiva hasta conseguir el control glicémico y/o la dosis máxima de 2,550mg si fuera necesario. Debe tomarse con o seguidamente después de las comidas principales <sup>(40)</sup>.
- **Sulfonilureas.-** Son drogas que estimulan la secreción de insulina del páncreas independientemente del nivel de glucosa sanguínea por lo cual, se puede presentar hipoglucemia. **Glibenclamida.-** En el PNUME se cuenta con glibenclamida en tabletas de 5 mg. Los efectos colaterales más frecuentes de las sulfonilureas son hipoglucemia y aumento de peso. Iniciar con dosis bajas (2.5 mg – 5 mg) una vez al día en el desayuno o primera comida. Se puede administrar dos veces al día en algunas personas (por ejemplo aquellos que reciben



más de 10 mg por día).Incrementar  $\leq 2.5$  mg al día cada semana hasta conseguir el control glicémico deseado o hasta que se alcance la dosis máxima permitida (20 mg/día)<sup>(41)</sup>.

- **Tratamiento con Insulina<sup>(42)</sup>.**- El tratamiento con insulina se puede utilizar de la siguiente manera:

- **Una aplicación de insulina de acción prolongada al día.**-Es el tratamiento inicial con insulina en pacientes con diabetes tipo 2; consiste en la aplicación de insulina intermedia por la noche manteniendo la dosis de hipoglucemiantes orales durante el día (dosis máximas de sulfonilureas y metformina). Se recomienda que sea aplicada al acostarse ya que el efecto de la insulina puede terminar durante la madrugada y por la mañana presentar hiperglucemia. Es eficaz mientras aún haya reserva pancreática y la dosis recomendada es de 10 unidades subcutáneas, lo cual puede ser adecuado en pacientes con sobrepeso ú obesidad. Los arreglos de dosis se deberán realizar cada 5 a 7 días, de compromiso a los niveles de glucemia matutina:

<b>Glucemia matutina (mg/dL)</b>	<b>Aumento de dosis de insulina nocturna subcutánea de larga duración (unidades)</b>
100-120	2
121-140	4
141-180	6
>180	8

Si con este bosquejo la glicemia es  $<70$  mg/dL se encomienda no incrementar la dosis e inclusive se deberá valorar descenso en la dosis de 2 a 4 unidades, fundamentalmente si la glicemia es  $<60$  mg/dL o se llega a presentar una hipoglucemia grave. Si el paciente persevera con horizontes inadecuados y ya supera las 15 unidades inicia el esquema que a continuación detallamos.

- **Dos aplicaciones de insulina de acción prolongada al día.-**  
Consiste en la aplicación de insulina intermedia (NPH) antes del desayuno y al acostarse. Se debe calcular la dosis de 0.4 a 0.7 unidades por KG de peso al día, administrando  $\frac{2}{3}$  en la mañana y  $\frac{1}{3}$  por la noche. Estas dosis se van ajustando de acuerdo a la meta de control y niveles de glucosa preprandial cada 5 a 7 días. Utiliza la tabla del esquema anterior para el aumento de las unidades según glicemia matutina medida. En este esquema se puede amparar el uso de metformina a dosis máxima y se suspende la sulfonilurea.
  
- **Dos aplicaciones de insulina de acción prolongada con insulina de acción rápida al día.-** Aplica este esquema si persisten elevaciones de glucosa basal y conjuntamente existe hiperglucemia asociada a la ingesta de alimentos. Indica insulina NPH con insulina de acción rápida o ultrarrápida antes del desayuno y antes de la cena. Calcúlalo a 0.4 a 0.7 unidades por kg de peso al día y se administra  $\frac{2}{3}$  de insulina de larga duración y  $\frac{1}{3}$  de insulina de acción rápida o ultrarrápida (del total de unidades por día).

**2.3.11. La adherencia terapéutica<sup>(43)</sup>.**-Es la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el profesional sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito. La falta de adherencia se sitúa entre el 30 y el 51% de pacientes con DM2 que toman antidiabéticos orales y cerca del 25% en pacientes insulinizados.

**2.3.12. Pares Educadores en Salud (PES)<sup>(44)</sup>.**.- Son alumnos que se han capacitado de acuerdo a sus intereses, en distintos temas relacionados con la salud física y mental. El Equipo está conformado por alumnos de todas las carreras de la universidad, trabajan creando instancias de participación, entregando herramientas que permitan fomentar estilos de vida saludables.

**2.3.13. Factores asociados con la adherencia a la medicación en las personas con diabetes mellitus tipo 2<sup>(45)</sup>.**- Los factores asociados es un estudio a la adherencia a la medicación ya sea con aumento o disminución de la misma en el análisis fueron clasificados en tres categorías:

1) Relacionados con el paciente, 2) Relacionados con factores médicos y el tratamiento 3) Relacionados con los cuidados de salud. Donde el estado mental, específicamente la depresión, y los costes de la medicación, se asociaron consistentemente a través de múltiples estudios con diferentes poblaciones y diseños. Otros factores como el incremento de la edad, género, raza, estado civil, nivel de educación, percepción acerca de la necesidad de

medicación, estado de salud, nivel socioeconómico, duración de la diabetes, tipo de medicamento, tener un seguro de salud y la frecuencia de visitas a los profesionales sanitarios, no se asociaron significativamente con la adherencia a la medicación en más de un tercio de los estudios. Igualmente no hubo una correlación concluyente con la adherencia respecto al número de comorbilidades.

#### **2.4. HIPOTESIS:**

##### **Hipótesis general:**

**Ha:** El nivel de conocimientos, la autoestima, apoyo de pares y familiares son factores asociados a la adherencia del tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I ESSALUDTingo María-2017.

**Ho:** El nivel de conocimientos, la autoestima, apoyo de pares y familiares no son factores asociados a la adherencia del tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I ESSALUDTingo María-2017.

##### **HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:**

**Ha<sub>1</sub>** =El nivel de conocimientos es un factor asociado a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María -2017.

**Ho<sub>1</sub>** =El nivel de conocimientos no es un factor asociado a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en

usuarios adultos atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María -2017.

**H<sub>a2</sub>** =La autoestima es un factor asociado a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María -2017.

**H<sub>o2</sub>** =La autoestima no es un factor asociado a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María -2017.

**H<sub>a3</sub>**= El apoyo de pares y apoyo de los familiares son factores asociados a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María -2017.

**H<sub>o3</sub>**= El apoyo de pares y apoyo de los familiares no son factores asociados a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María -2017.

## **2.5. VARIABLES:**

### **2.5.1. VARIABLES ASOCIACION:**

- Nivel conocimiento
- Autoestima
- Apoyo de pares.
- Apoyo de la Familia

### **VARIABLES ESTUDIO:**

- Adherencia al tratamiento de la diabetes Mellitus

## **VARIABLES SOCIODEMOGRAFICO:**

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Ingreso familiar.
- Grado de instrucción
- Ocupación

## 2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN	DIMENSION	INDICADOR	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE
EDAD	SOCIO DEMOGRAFICO	Años cumplidos	Años cumplidos	Razón
SEXO		Genero	Masculino Femenino	Nominal
ESTADO CIVIL		DNI	Soltero Casado Conviviente Divorciado Viudo	Nominal
GRADO DE INSTRUCCIÓN		Estudio alcanzado	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior Técnico Superior Universitario	Ordinal
INGRESO FAMILIAR		Muy Alto Alto Medio Bajo Muy Bajo	Ingreso >S/. 5000 Ingreso 3000 a < 5000 Ingreso 2000 a < de 3000 Ingreso 1000 a < de 2000 Menor de 1000	Ordinal
OCUPACION		Actividad a la que se dedica	Ama de Casa Estudiante Empleado Pensionista Otros.	Nominal
VARIABLES DE ASOCIACION	DIMENSION	INDICADOR	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE
NIVEL DE CONOCIMIENTO	Cultural	ALTO MEDIO BAJO	Alto : 16 a 20 Medio : 13 a 15 Bajo: Menor de 13	Ordinal
AUTOESTIMA	Social	ALTO MEDIO BAJO	11-14 puntos: Nivel alto de autoestima. 7-10 puntos: Nivel medio de autoestima. 0-6 puntos: Nivel bajo de autoestima.	Intervalo
APOYO DE PARES	Social	Tiene apoyo de amigos o pacientes adheridos	Si / No	Nominal
APOYO DE LA FAMILIA		Apoyo familiar	Si / No	Nominal

VARIABLES DE ESTUDIO	DIMENSION	INDICADOR	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE
ADHERENCIA	Operativa	Cumplidor No cumplidor	Si / No	Nominal
GLICEMIA	FISIOLOGICA	Controlado No Controlado	Glucosa Igual o < de 110 mg por dl. Glucosa Mayor de 110 mg por dl	Intevalo
HEMOGLOBINA GLICOSILADA			Hemoglobina glicosilada < de 7% Hemoglobina glicosilada mayor de 7%	Intervalo



## CAPITULO III

### 3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

#### 3.1 TIPO DE INVESTIGACION

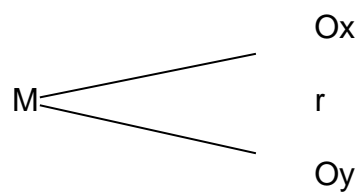
- ✓ **DESCRIPTIVO.-** Se identificó la población del estudio el cual me permitió recolectar datos y procesar en forma clara y ordenada las características relevantes del problema, el cual me permitió describir los factores asociados a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I EssaludTingo María.
- ✓ **ANALITICO.-**A través del estudio me permitió analizar los factores asociados a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I ESSALUDTingo María.
- ✓ **TRANSVERSAL.-** El estudio se realizó en una sola etapa para recolectar los datos.

**3.1.1. Enfoque:** El estudio tiene un enfoque cuantitativo puesto que se utilizó la estadística descriptiva y la estadística inferencial para la contratación de la hipótesis.

**3.1.2. Alcance o Nivel:** El estudio es del nivel relacional en el que se hacen, relación de las variables factores que permite analizar el proceder de cada una de ellas con los antecedentes respectivos.

### 3.2 DISEÑO DEL ESTUDIO.-

El diseño que se utilizó en el presente trabajo de investigación es el diseño observacional, descriptivo, correlacional, representado en el siguiente esquema:



**Dónde:**

M = Población de estudio

Ox = Factores asociados.

Oy = Adherencia al tratamiento de la diabetes Mellitus

r = Relación entre las variables a estudiar.

### 3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Se ha considerado como grupo de estudio a todos los usuarios inscritos en la Cartera del adulto / adulto mayor con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II que son en total de 203 hasta el mes de Diciembre 2016.

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:**

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- ✓ Usuarios que firman el consentimiento informado del estudio de investigación.

- ✓ Usuarios que no presentan complicaciones o manifestaciones tardías incapacitantes.
- ✓ Asegurados que viven en Tingo María.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- ✓ Usuarios que no firman el consentimiento informado.
- ✓ Usuarios que presentan complicaciones o manifestaciones tardías incapacitantes.
- ✓ Pacientes que no son usuarios del Hospital I Tingo María o son referidos de otros establecimientos de salud.

#### **UBICACIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESPACIO Y TIEMPO:**

- La población de estudio son los usuarios de la Cartera del adulto / Adulto Mayor del Hospital I EsSaludTingo María con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II de Enero a Diciembre del 2016.

#### **MUESTRA Y MUESTREO:**

- **Unidad de Análisis.**- Lo conformaron los pacientes o usuarios inscritos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II.
- **Unidad de Muestreo.**- Lo conformaron los pacientes o usuarios inscritos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II a quienes se les aplicó los instrumentos de recolección de datos para el presente estudio.

- **Marco Muestral.**-El marco muestral se ha construido del libro de registro y seguimiento de pacientes, que son atendidos en la Cartera del Adulto, a partir de allí se elaboró una matriz en la hoja de cálculo Excel.
- **Tamaño de la muestra.-:**

$$n = \frac{N * Z\alpha^2 * p * q}{e^2x(N - 1) + Z\alpha^2 * p * q}$$

**DONDE:**

N = Total de la población

Zα= 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 50% = 0.50)

q = 1 – p (en este caso 1-0.50 = 0.50)

e = error (un 5%)

Reemplazando datos para la población descrita tenemos:

$$n = \frac{203 * 1.96^2 * 0.50 * 0.50}{0.05^2x(203 - 1) + 1.96^2 * 0.50 * 0.50}$$

$$n = 133$$

- **Tipo de muestreo:**

Se realizó el muestreo aleatorio simple, según criterios de inclusión y exclusión.

### 3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 3.3.1. Para la Recolección de Datos:

- **Técnicas de recolección de datos.**- Es la Encuesta estructurada, la técnica utilizada en el presente estudio en la que se clasificó o priorizo las variables para el uso de cada técnica.
- **Instrumentos de recolección de los datos.**- Los instrumentos utilizados son los siguientes:
  - **Encuesta estructurada.**- Instrumento que se utilizó para medir el nivel de conocimientos, que consta de 12 preguntas cerradas y abiertas cada cual con sus respectivos ítems de respuestas.
  - **Ficha clínica del adulto.**- Este instrumento se utilizó para la recolección de datos de las variables de estudio; siendo ellos la Glicemia y la hemoglobina glicosilada
  - **Test de Morisky– Green.**- Instrumento utilizado para contrastar la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus estudiadas; consta de 4 preguntas cerradas; las mismas que se interpreta de la siguiente manera:
    - **Cumplidor.**- Cuando las unidades de análisis responden de manera correcta a las 4 preguntas.
    - **No cumplidor.**- Se considera a las unidades de análisis que no responden de manera correcta a las 4 preguntas; es decir cuando uno de ellos es incorrecta se considera no cumplidor.
  - **Cuestionario breve de autoestima.**- Instrumento utilizado para determinar el nivel de autoestima de los pacientes estudiados, que

contiene 14 ítems con respuestas cerradas considerando la siguiente interpretación:

- **11-14 puntos:** Nivel alto de autoestima.
- **7-10 puntos:** Nivel medio de autoestima.
- **0-6 puntos:** Nivel bajo de autoestima.

- **Validez y confiabilidad de los instrumentos:**

Para la validación del instrumento de recolección de datos se utilizó el juicio de expertos, para lo cual se tuvo en cuenta a 7 expertos en el tema quienes validaron dicho instrumento y en base a sus sugerencias fueron mejoradas antes de su aplicación, luego se midieron la validez a través del coeficiente de AIKEN.

### **3.3.2. PARA LA PRESENTACION DE LOS DATOS:**

- **PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS:**

- Se ha solicitado autorización a la Dirección del Hospital IESSALUD Tingo María.
- Coordinación de la fecha de ejecución del proyecto de investigación con los encargados de la cartera del adulto/ adulto mayor.
- Aplicación del consentimiento informado.
- Tabulación de los datos obtenidos.
- Elaboración de una base de datos en Excel.

- **ELABORACION DE DATOS.-** Para la elaboración de datos del presente investigación se ha considerado las siguientes etapas:

**Revisión de los datos.-** Se examinaron en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que fueron utilizados en el presente estudio; asimismo, se realizó el control de calidad de los datos a fin de hacer las correcciones necesarias.

**Codificación de los datos.-** Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas del instrumento de recolección de datos, según las variables del estudio. Los datos se clasificarán de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal. Luego se presentan los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio, a fin de realizar el análisis e interpretación de los mismos de acuerdo al marco teórico.

**3.3.3. PARA EL ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS.-** En este estudio se han utilizado la estadística descriptiva para la interpretación por separado de cada variable, de acuerdo a los objetivos de la investigación. Además se utilizó las medidas de tendencia central para las variables cuantitativas y de proporciones para las variables categóricas. Para determinar la relación entre las variables en estudio se utilizó la estadística inferencial no paramétrica Chi cuadrado  $X^2$  en la que se tuvo en cuenta un valor  $p < 0.05$  como estadísticamente significativo.

- **ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

Para el recojo de datos fue necesario aplicar el consentimiento informado, explicándoles a pacientes o usuarios participantes la finalidad de la investigación y la importancia de su participación, para que así no se sientan solo como sujetos utilizados con fines propios del investigador sino como partícipes de un trabajo que contribuirá con el desarrollo de la carrera profesional.



## CAPITULO IV

### 4. RESULTADOS:

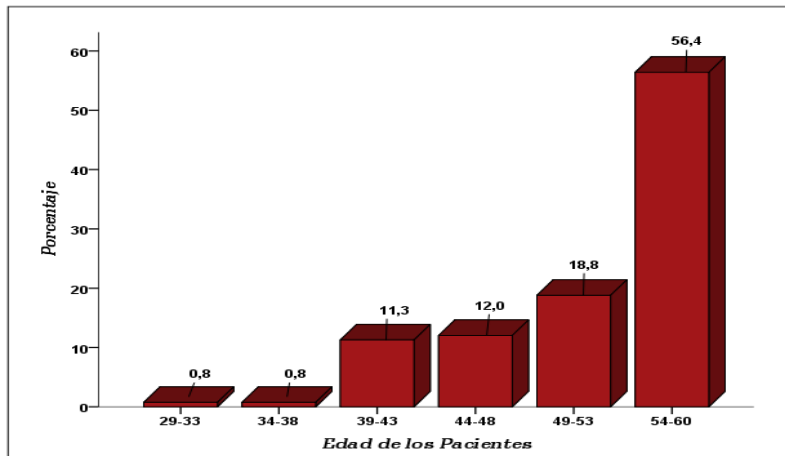
#### 4.1 Procesamiento de los Datos (Cuadros estadísticos con sus respectivos análisis e interpretación):

Tabla1. Descripción de la edad en años de los usuarios diabéticos Tipo II atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María- 2017.

EDAD	F	%
29-33	1	0,8
34-38	1	0,8
39-43	15	11,3
44-48	16	12,0
49-53	25	18,8
54-60	75	56,4
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017.

Grafico 1. Porcentaje de la edad en años de los usuarios diabéticos Tipo II atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María- 2017.



FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017

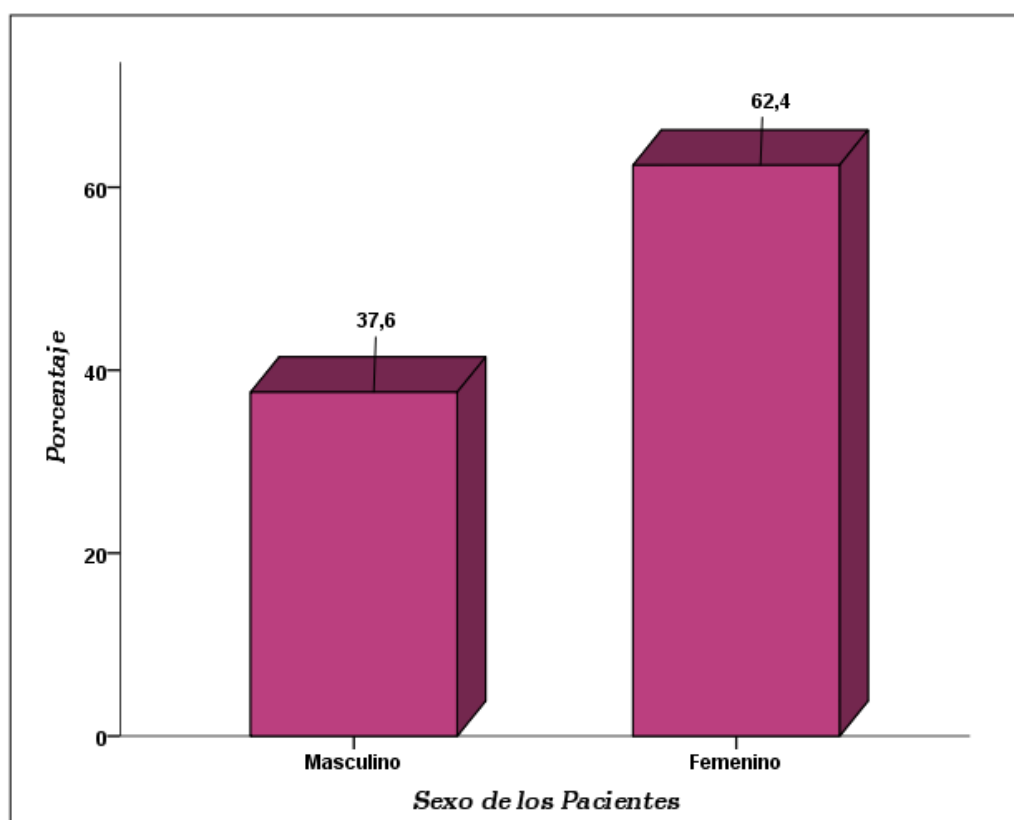
En cuanto a la edad en años de los usuarios en estudio, se encontró que la mayoría del 56,4% (75) pertenecieron a las edades de 54-60 años y con menor porcentaje de 0,8% (1) comprenden las edades de 29-33 y 34-38 años.

**Tabla 2. Descripción del sexo de los usuarios diabéticos Tipo II atendidos en el Hospital I Tingo María ESSALUD, 2017.**

GÉNERO	F	%
Masculino	50	37,6
Femenino	83	62,4
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017.

**Grafico 2. Porcentaje del sexo de los usuarios diabéticos Tipo II atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María- 2017.**



FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017

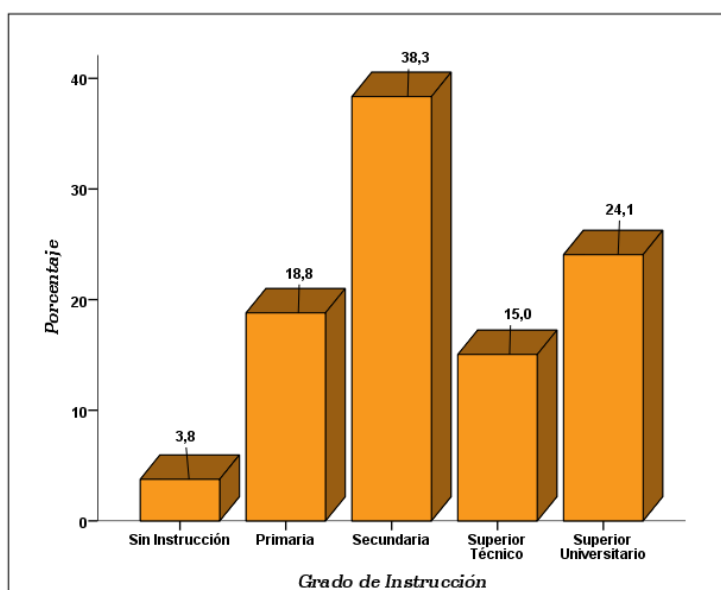
En relación al sexo de los usuarios en estudio, se obtuvieron que la mayor población en estudio son del sexo femenino con un porcentaje de 62,4% (83) y una diferencia proporcional del 37,6% (50) que corresponde al sexo masculino.

**Tabla 3. Descripción del grado de instrucción de los usuarios diabéticos Tipo II atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María - 2017.**

<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Sin Instrucción	5	3,8
Primaria	25	18,8
Secundaria	51	38,3
Superior Técnico	20	15,0
Superior Universitario	32	24,1
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017.

**Grafico 3. Porcentaje del grado de instrucción de los usuarios diabéticos Tipo II atendidos en el Hospital I ESSALUD -2017.**



FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017

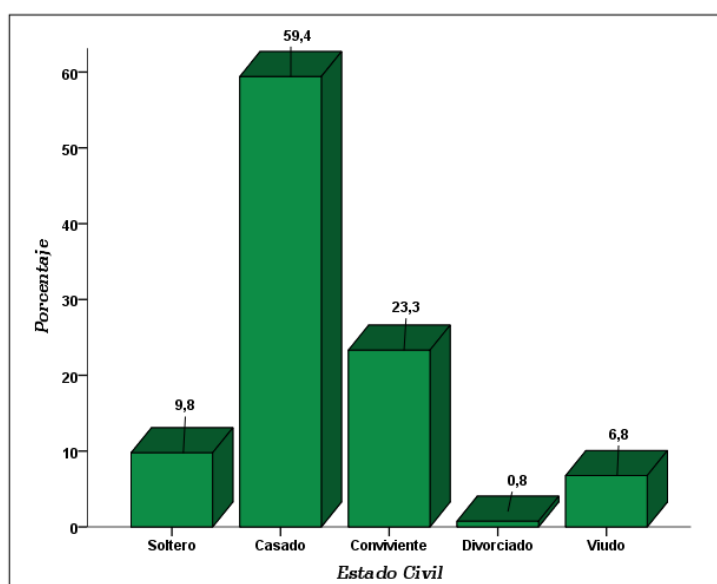
En relación al grado de instrucción de los usuarios en estudio, se encontró que el 38,3% (51) tuvieron una educación secundaria; el 24,1% (32) alcanzaron un nivel de educación superior universitaria; el 18,8% (25) solo cursaron educación primaria; el 15,0% (20) alcanzaron un nivel de educación superior técnico y por último se encontró que el 3,8%(5) no alcanzaron ninguna instrucción de educación.

**Tabla 4. Descripción del estado civil de los usuarios diabéticos Tipo II atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María -2017.**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Soltero	13	9,8
Casado	79	59,4
Conviviente	31	23,3
Divorciado	1	0,8
Viudo	9	6,8
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017.

**Grafico 4. Porcentaje del estado civil de los usuarios diabéticos Tipo II atendidos en el Hospital I Tingo María ESSALUD, 2017.**



FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017

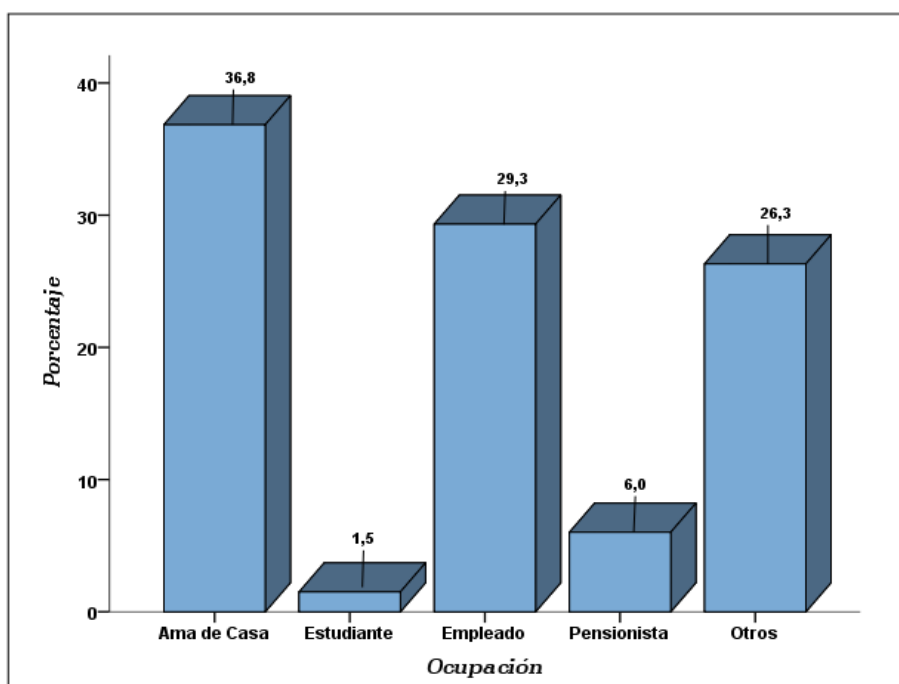
Con referencia al estado civil de los usuarios en estudio, se observó que la mayor cantidad el 59,4% (79) se encuentra con estado civil de casados; el 23,3% (31) son convivientes; el 9,8% (13) se mantienen en la condición de solteros; el 6,8 (9) pertenecen al estado civil de viudez y por último el 0,8% (1) se encuentran divorciado.

**Tabla 5. Descripción de la ocupación de los usuarios diabéticos Tipo II atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María -2017.**

<b>OCUPACIÓN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Ama de Casa	49	36,8
Estudiante	2	1,5
Empleado	39	29,3
Pensionista	8	6,0
Otros	35	26,3
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017.

**Grafico 5. Porcentaje de la ocupación de los usuarios diabéticos Tipo II atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María -2017.**



FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017

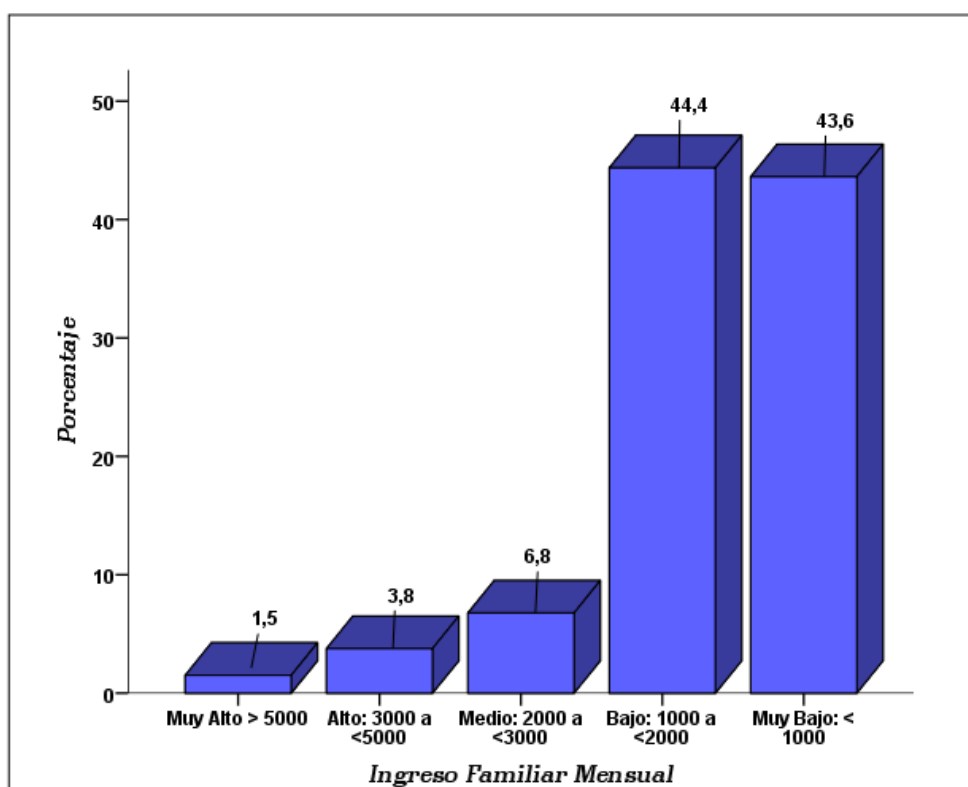
En referencia a la ocupación de los usuarios en estudio, se obtuvo que la mayoría equivale al 36,8% (49) son ama de casa; seguido de 29,3% (39) son empleados; el 26,3% (35) se dedican a otras ocupaciones; el 6,0% (8) son pensionistas y en menor porcentaje el 1,5% (2) son estudiantes.

**Tabla 6. Descripción del ingreso familiar de los usuarios diabéticos Tipo II atendidos en el Hospital I Tingo María ESSALUD, 2017.**

<b>INGRESO FAMILIAR</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Muy Alto: > 5000	2	1,5
Alto: 3000 a <5000	5	3,8
Medio: 2000 a <3000	9	6,8
Bajo: 1000 a <2000	59	44,4
Muy Bajo: < 1000	58	43,6
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017.

**Grafico6. Porcentaje del ingreso familiar de los usuarios diabéticos Tipo II atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María - 2017.**



FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017

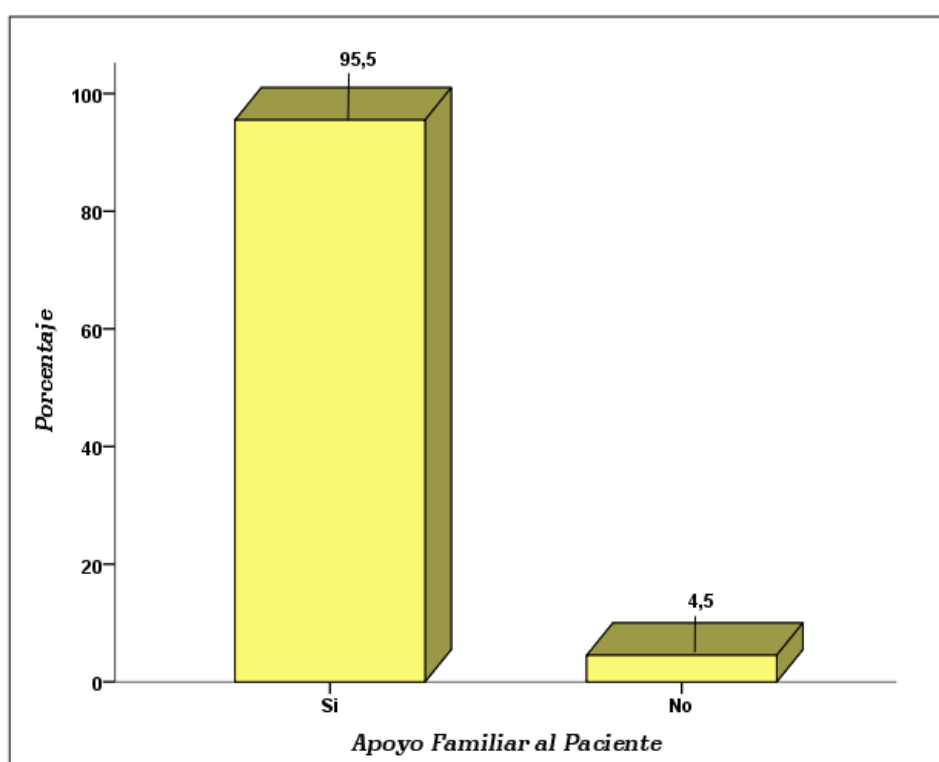
En relación al ingreso familiar mensual de los usuarios en estudio, se encontró que el 44,4% (59) poseen un ingreso económico bajo de 1000 a <2000 soles mensuales, y el 1,5% (2) reciben un salario mensual muy alto >5000 soles mensuales.

**Tabla 7. Descripción del apoyo familiar de los usuarios diabéticos Tipo II atendidos en el Hospital I Tingo María ESSALUD, 2017.**

APOYO FAMILIAR	F	%
Si	127	95,5
No	6	4,5
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017.

**Grafico7. Porcentaje del apoyo familiar de los usuarios diabéticos Tipo II atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María -2017.**



FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017

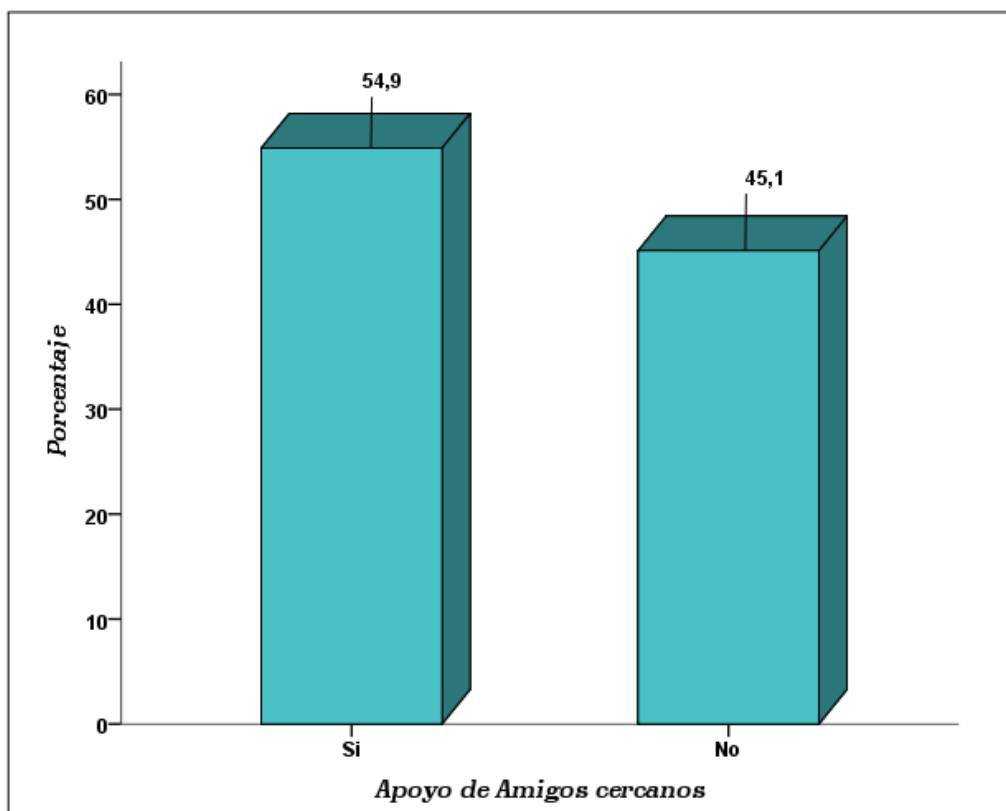
Referente al apoyo que recibe el usuario por parte de la familia, se obtuvo que el 95,5% (127) si recibe apoyo familiar y el 4,5% (6) no reciben apoyo familiar.

**Tabla 8. Descripción del apoyo de pares de los usuarios diabéticos Tipo II atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María -2017.**

<b>APOYO DE PARES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Si	73	54,9
No	60	45,1
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017.

**Grafico 8. Porcentaje del apoyo de pares de los usuarios diabéticos Tipo II atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María -2017.**



FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017

Referente al apoyo que recibe el usuario por parte de sus pares cercanos, se obtuvo que el 54,9% (73) si recibe apoyo amical y el 45,1% (60) no reciben apoyo amical.

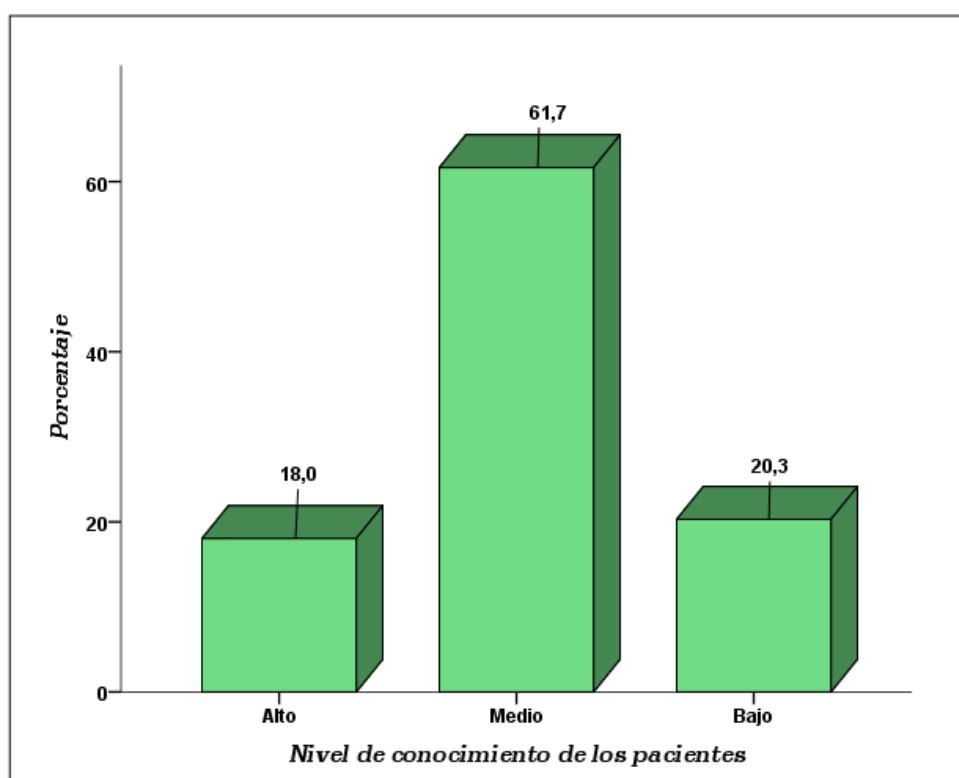


**Tabla 09. Descripción del Nivel de conocimientos de los usuarios diabéticos Tipo II atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María-2017.**

<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Alto	24	18,0
Medio	82	61,7
Bajo	27	20,3
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017.

**Grafico09. Porcentaje del Nivel de conocimientos de los usuarios diabéticos Tipo II atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María-2017.**



FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017

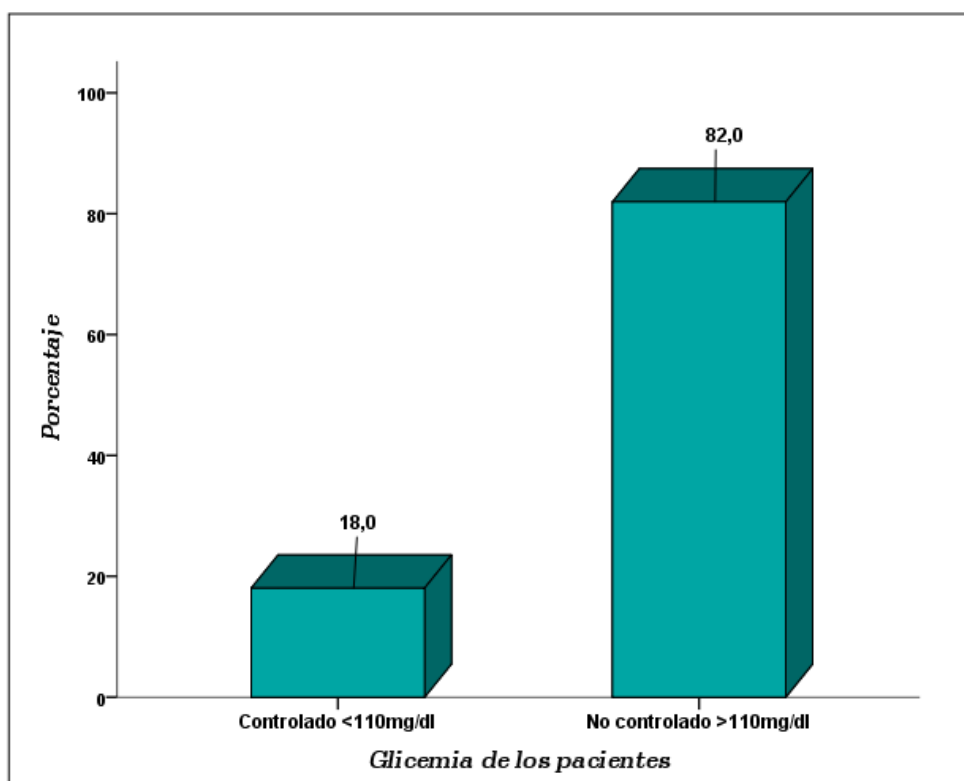
Referente al nivel de conocimientos de los usuarios en estudio, se obtuvo que el 61,7% (82) poseen nivel de conocimiento medio sobre la diabetes mellitus II; el 20,3% (27) un nivel de conocimiento bajo y por último el 18,0% (24) con un conocimiento Alto.

**Tabla 10. Descripción de la Glicemia de los usuarios diabéticos Tipo II atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María -2017.**

GLICEMIA	F	%
Controlado <110mg/dl	24	18,0
No controlado >110mg/dl	109	82,0
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017.

**Gráfico 10. Porcentaje de la Glicemia de los usuarios diabéticos Tipo II atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María -2017**



FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017

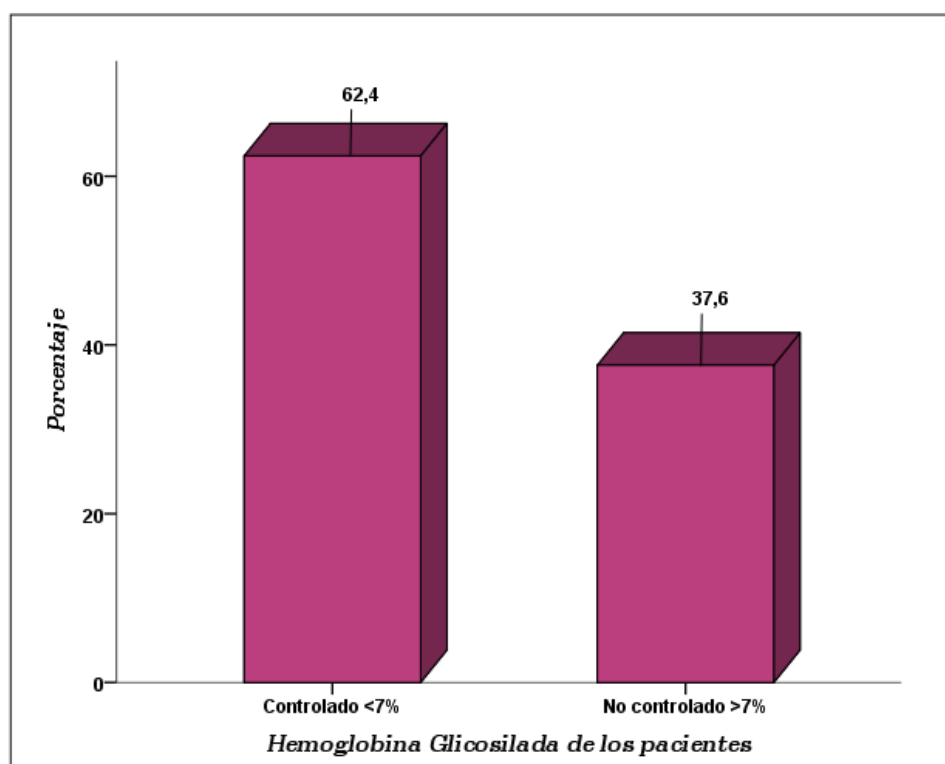
En relación a los valores y control de la glicemia, se observó que el 82,0% (109) de los usuarios no están controlados y presentan una glicemia >110mg/dl y el 18,0% (24) si se encuentran controlados y presentan una glicemia <110mg/dl.

**Tabla 11. Descripción de la hemoglobina glicosilada de los usuarios diabéticos Tipo II atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María - 2017.**

HEMOGLOBINA GLICOSILADA	F	%
Controlado <7%	83	62,4
No controlado >7%	50	37,6
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017.

**Gráfico 11. Porcentaje de la hemoglobina glicosilada de los usuarios diabéticos Tipo II atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María - 2017**



FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017

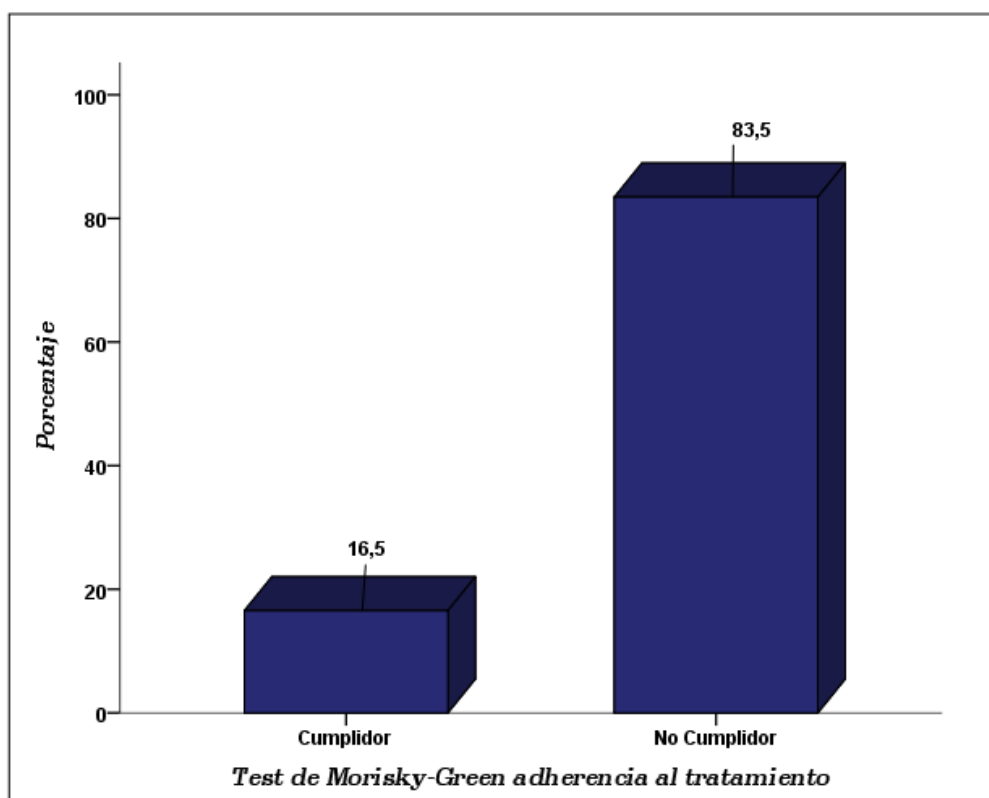
En relación a la hemoglobina Glicosilada, se observó que el 62,4% (83) de los usuarios están controlados y presentan una hemoglobina glicosilada <7% y el 37,6% (50) no se encuentran controlados y presentan una hemoglobina glicosilada >7%.

**Tabla 12. Descripción de la adherencia al tratamiento de los usuarios diabéticos Tipo II atendidos en el Hospital I Tingo María ESSALUD, 2017.**

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	F	%
<b>Test de Morisky-Green</b>		
Cumplidor	22	16,5
No Cumplidor	111	83,5
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017.

**Grafico 12. Porcentaje de la adherencia al tratamiento de los usuarios diabéticos Tipo II atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María - 2017.**



FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017

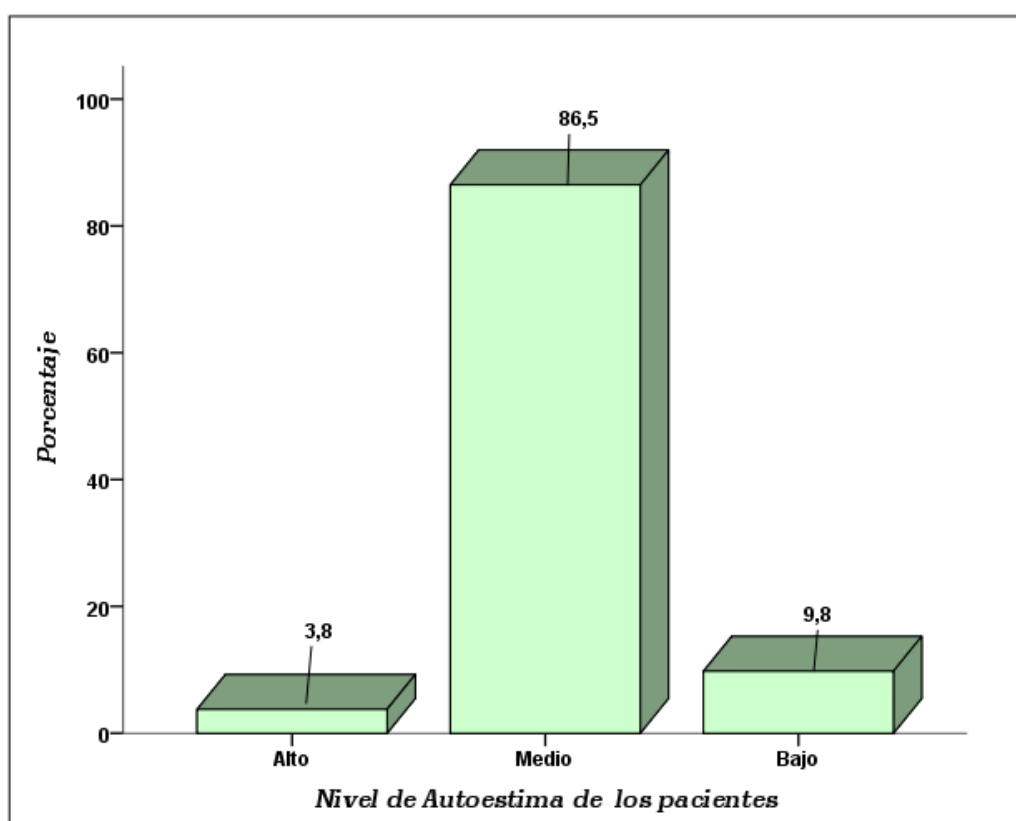
Referente a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus de los usuarios en estudio, encontramos que el 83,5% (111) no son cumplidores con el tratamiento y el 16,5% (22) si cumplen con el tratamiento recomendado.

**Tabla 13. Descripción de la autoestima de los usuarios diabéticos Tipo II atendidos en el Hospital I Tingo María ESSALUD, 2017.**

<b>AUTOESTIMA</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Alto	5	3,8
Medio	115	86,5
Bajo	13	9,8
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100,0</b>

FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017.

**Grafico13. Porcentaje de la autoestima de los usuarios diabéticos Tipo II atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María -2017.**



FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017

En relación a la autoestima de los usuarios en estudio, se obtuvo que el 86,5% (115) presentan un autoestima medio; el 9,8% (13) autoestima bajo y por último el 3,8% (5) autoestima Alto.

#### 4.2. Contrastación de Hipótesis y Prueba de Hipótesis:

**Tabla 14. Relación entre la adherencia al tratamiento y el nivel de conocimientos de la diabetes mellitus tipo II en usuarios atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María -2017.**

Nivel de Conocimiento de los pacientes	Adherencia al tratamiento/Test de Morisky-Green				Total		Prueba de Chi-Cuadrado	Significancia
	Cumplidor		No cumplidor		N°	%		
	N°	%	N°	%				
<b>Alto</b>	2	1.5	22	16.5	24	18.0	4,738	0,094
<b>Medio</b>	<u>12</u>	<u>9.0</u>	<u>70</u>	<u>52.6</u>	82	61.7		
<b>Bajo</b>	8	6.0	19	14.3	27	20.3		
Total	22	16.5	111	83.5	133	100		

FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017.

En lo que respecta a la relación entre la adherencia al tratamiento y el nivel de conocimiento, se encontró que el 52.6% (70) evidenciaron no cumplir con el tratamiento y un nivel de conocimiento medio con 61.7%, a diferencia de un 9.0% (12) quienes evidenciaron cumplir el tratamiento y un nivel de conocimiento medio.

Al comprobar estadísticamente se encontró relación entre la adherencia al tratamiento y el nivel de conocimiento de los usuarios en estudio, habiéndose comprobado con la prueba Chi cuadrado, con el que se obtuvo un valor calculado de  $x^2=4,738$  y  $p= 0,094$ , siendo significativo, con lo que se rechazó la hipótesis nula.

**Tabla 15. Relación entre la adherencia al tratamiento y la autoestima de los usuarios con diabetes mellitus tipo II atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María -2017.**

Nivel de Autoestima de los pacientes	Adherencia al tratamiento/Test de Morisky-Green				Total		Prueba de Chi-Cuadrado	Significancia
	Cumplidor		No cumplidor		N°	%		
	N°	%	N°	%				
<b>Alto</b>	0	0.0	5	3.8	5	3.8		
<b>Medio</b>	<u>20</u>	<u>15.0</u>	<u>95</u>	<u>71.4</u>	115	86.5	1,064	0,587
<b>Bajo</b>	2	1.5	11	8.3	13	9.8		
<b>Total</b>	22	16.5	111	83.5	133	100		

FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017

En lo que respecta a la relación entre la adherencia al tratamiento y el nivel de autoestima, se encontró que el 71.4%(95) evidenciaron no cumplir con el tratamiento y a su vez presentar un autoestima medio, a diferencia de un 15.0% (20) quienes evidenciaron cumplir el tratamiento y un autoestima medio.

Al comprobar estadísticamente no se encontró relación entre las dos variables en estudio, comprobándose con Chi cuadrado con valor 1,064 y una  $p=0,587$ , indicando que no existe un grado de significancia entre las dos variables, con lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de investigación.

**Tabla 16. Relación entre la adherencia al tratamiento y el apoyo familiar de los usuarios con diabetes mellitus tipo II atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María -2017.**

Apoyo Familiar al Paciente	Adherencia al tratamiento/Test de Morisky-Green				Total		Prueba de Chi-Cuadrado	Significancia
	Cumplidor		No cumplidor		N°	%		
	N°	%	N°	%				
<b>Si</b>	<u>22</u>	<u>16.5</u>	<u>105</u>	<u>78.9</u>	127	95.5		
<b>No</b>	0	0.0	6	4.5	6	4.5	1,245	0,264
<b>Total</b>	22	16.5	111	83.5	133	100		

FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017

En lo que respecta a la relación entre la adherencia al tratamiento y el apoyo familiar al paciente, se encontró que el 78.9% (105) evidenciaron no cumplir con el tratamiento y a la vez que si recibe apoyo familiar, a diferencia de un 16.5% (22) quienes evidenciaron cumplir el tratamiento y también que reciben apoyo familiar.

Al comprobar estadísticamente no se encontró relación entre las dos variables en estudio, habiéndose comprobado con Chi cuadrado con un valor de 1,245 y una  $p=0,264$ , indicando que no existe un grado de significancia entre las dos variables, con lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de investigación.



**Tabla 17. Relación entre la adherencia al tratamiento y el apoyo de Pares o amigos cercanos de los usuarios con diabetes mellitus tipo II atendidos en el Hospital I Tingo María ESSALUD- 2017.**

Apoyo de Amigos cercanos al paciente	Adherencia al tratamiento/Test de Morisky-Green				Total		Prueba de Chi-Cuadrado	Significancia
	Cumplidor		No cumplidor		N°	%		
	N°	%	N°	%				
<b>Si</b>	10	7.5	<u>63</u>	<u>47.4</u>	73	54.9		
<b>No</b>	<u>12</u>	<u>9.0</u>	48	36.1	60	45.1	1,064	0,587
<b>Total</b>	22	16.5	111	83.5	133	100		

FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017

En lo que respecta a la relación entre la adherencia al tratamiento y el apoyo de pares o amigos cercanos al paciente, se encontró que el 47.4% (63) evidenciaron no cumplir con el tratamiento y a la vez si recibe apoyo de pares o amigos cercanos, a diferencia de un 9.0% (12) quienes evidenciaron cumplir el tratamiento y también que no reciben apoyo de pares o amigos cercanos.

Al comprobar estadísticamente no se encontró relación entre las dos variables en estudio, habiéndose comprobado con Chi cuadrado con un valor de 1,064 y una  $p=0,587$ , indicando que no existe un grado de significancia entre las dos variables, con lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de investigación.

**Tabla 18. Relación entre la glicemia y hemoglobina glicosilada de los usuarios con diabetes mellitus tipo II atendidos en el Hospital I Tingo María ESSALUD- 2017**

Glicemia	Hemoglobina Glicosilada				Total		Prueba de Chi-Cuadrado	Significancia
	Controlado <7%		No controlado >7%					
	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>Controlado &lt;110mg/dl</b>	16	12,0	8	6,0	24	18,0	0,227	0,634
<b>No controlado &gt;110mg/dl</b>	67	50,4	42	31,6	109	82,0		
Total	83	62,4	50	37,6	133	100,0		

FUENTE: Encuesta Elaborada/MCV/2017

En lo que respecta a la relación entre la glicemia y la hemoglobina glicosilada; al comprobar estadísticamente no se encontró relación entre las dos variables en estudio, habiéndose comprobado con la prueba Chi cuadrado con un valor de  $X^2 = 0,227$  y una  $p = 0,634$ , indicando que no existe un grado de significancia entre ambas variables.

## CAPITULO V

### 5. DISCUSION DE RESULTADOS:

#### 5.1 Presentación de la Contrastación de los Resultados del Trabajo de Investigación:

La Diabetes Mellitus, es una enfermedad crónica que afecta la calidad de vida de quienes la padecen, generando grandes gastos económicos en los distintos países, así como también, gran mortalidad. Dos son los principales tipos de Diabetes Mellitus: Tipo 1 y Tipo 2, caracterizándose ambas, por una incapacidad de la insulina para ejercer en forma adecuada sus efectos metabólicos. La DM Tipo 1 es una enfermedad autoinmune en que se destruyen las células que secretan insulina y la DM2 en cambio supone una alteración en la acción de la insulina y a veces en la secreción de la misma, relacionándose directamente con el estilo de vida de la persona, con una dieta poco saludable y escasa actividad física<sup>(46)</sup>.

Según la Organización mundial de la salud, es fundamental realizar estudios sobre adherencia al tratamiento, sobre todo en países en vías de desarrollo, puesto que existen pocos estudios al respecto. Además, es la adherencia la que hace que un tratamiento sea efectivo, es relevante llevar a cabo estudios en torno a este tema, considerando que en las enfermedades crónicas la adherencia al tratamiento gira en torno al 50%, que conlleva a la alta mortalidad la diabetes mellitus tipo 2. La adherencia al tratamiento se define como “el grado en que el comportamiento de una persona es tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida<sup>(47)</sup>.”

Luego de recolectar los datos, éstos fueron procesados y presentados en tablas a fin de ser sometidos al análisis e interpretación respectiva.

Así tenemos:

En cuanto a los resultados obtenidos, en relación a la edad de los usuarios se muestra que la mayoría pertenecieron a las edades de 54-60 años (56,4%), en cuanto al sexo la mayor proporción de población lo domina el sexo femenino (62,4%), según el grado de instrucción tuvieron una educación secundaria (38,3%), en estado civil la mayor cantidad se encuentran casados (59,4%) y en la ocupación los usuarios en estudio se obtuvo que son amas de casa (36,8%).

Este resultado concuerda con el estudio de **Garay** <sup>(48)</sup>, cuyos resultados fueron que el 48,1% están entre las edades de 50 a 64 años de edad, el 64,8% son del sexo femenino, en cuanto al grado de instrucción el 42,6% tienen un instrucción al nivel secundaria, en estado civil el 40,7% son casados y el 31,5% tienen una ocupación de comerciante.

En relación al ingreso familiar mensual de los usuarios en estudio, se obtuvo que poseen un ingreso económico bajo de 1000 a <2000 soles (44,4%), si reciben apoyo familiar (95,5%) y si reciben apoyo de amigos cercanos (54,9%)

Resultado que no es similar con el estudio de **Gonzalo** <sup>(49)</sup>, donde se obtuvo que el 79,57% tienen ingresos mensuales inferiores a 1 salario mínimo, en cuanto al apoyo que reciben, el 7,53% son de parte de familiares y el 1,08% son de amigos y vecinos.

Referente al nivel de conocimiento de los usuarios con diabetes mellitus 2, se encontró que poseen un nivel de conocimiento medio sobre la

enfermedad (61,7%). Resultado similar se encuentra en el estudio realizado por **Melgarejo** <sup>(50)</sup>, donde el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo II fue intermedio en el 61.5% de los casos, observándose además que en relación al nivel de conocimientos respecto a las causas también fue intermedio (48.7%), así como en lo que respecta al nivel de conocimientos de las medidas preventivas y promocionales (51.3%); sin embargo en lo que respecta al nivel de conocimientos de complicaciones observamos una mayor frecuencia de conocimiento inadecuado en el 71.8% de los casos.

En cuanto a los valores de glicemia que presentan los usuarios en estudio, se obtuvo que presentan una glicemia  $>110\text{mg/dl}$  que significa que los usuarios no están controlados (82,0%), en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus se encontró que los usuarios no son cumplidores con el tratamiento (83,5%) y en los valores de la hemoglobina glicosilada son  $<7\%$  estando no controlados; resultado equivalente al estudio de **Dávila., García y Saavedra**<sup>(51)</sup> cuyos resultados que obtuvieron fueron que el 85,3% presentan hiperglicemia valores de  $111\text{mg}$  a más y en la adherencia al tratamiento el 69,33% no son adherentes.

En relación a la autoestima de los usuarios con dicha patología, se evidencio que los usuarios presentan una autoestima medio (9,8%).

En cuanto a los resultados inferenciales, en la tabla 14 muestra que existe una relación significativa estadísticamente entre las variables, adherencia al tratamiento y nivel de conocimiento de los usuarios con

diabetes mellitus 2, en cual se observó que 52.6% no son cumplidores y a la vez tienen un conocimiento medio.

En la tabla 15 describe que la adherencia al tratamiento no se relaciona significativamente con el nivel de autoestima de los usuarios diabéticos, en el cual se observó que el 71.4% de los usuarios presentaron un nivel de autoestima medio y a la vez no cumplen con el tratamiento.

En la tabla 16 no se encontró un resultado significativo estadísticamente entre las variables de la adherencia al tratamiento y el apoyo familiar donde se obtuvo que el 78.9% no cumplen con el tratamiento y a la vez si reciben apoyo familiar; de igual manera en la tabla 17 donde el 47,4% no cumplen el tratamiento y a la vez si reciben apoyo de amigos cercanos.

## CONCLUSIONES

Luego de los cálculos realizados y el análisis respectivo se llega a la siguiente conclusión:

- La población en estudio presenta las siguientes variables sociodemográfico, la edad en años de los usuarios en estudio, 56.4% (75) pertenecen a las edades de 54-60 años y con menor porcentaje de 0.8% (1) comprenden las edades de 29-33 y 34-38 años; son del sexo femenino 62.4% (83) y 37.6% (50) corresponden al sexo masculino; el grado de instrucción de los usuarios en estudio, se encontró que 38.3% (51) tuvieron una educación secundaria; 24.1% (32) superior universitaria; 18.8% (25) solo cursaron educación primaria; 15,0% (20) alcanzaron un nivel de educación superior técnico y por último se encontró 3.8%(5) no estudiaron; ocupación de los usuarios en estudio, se obtuvo que la mayoría 36.8% (49) son ama de casa; 29.3% (39) son empleados; 26.3% (35) se dedican a otras ocupaciones; 6.0% (8) son pensionistas y en menor porcentaje el 1.5% (2) son estudiantes
- Se encontró relación entre la adherencia al tratamiento y el nivel de conocimiento de los usuarios en estudio, habiéndose comprobado con la prueba Chi cuadrado, con el que se obtuvo un valor calculado de  $\chi^2=4,738$  y  $p= 0,094$ , siendo significativo.
- Al evaluar si la autoestima es un factor asociado a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II se comprueba estadísticamente que no se encontró relación entre las dos variables en estudio.
- Al evaluar el apoyo de pares y apoyo de los familiares si son factores asociados a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos; no se encontró relación en ambos casos.

- En relación a la glicemia y hemoglobina glicosilada; al comprobar estadísticamente no se encontró relación entre las dos variables en estudio, indicando que no existe un grado de significancia corroborándose con la práctica diaria es decir un paciente puede no coincidir entre ambos resultados.



## RECOMENDACIONES

Luego de evaluar los resultados y el análisis inferencial se recomienda:

- A los profesionales de la salud incidir en la mejora de las condiciones de adherencia al tratamiento haciendo énfasis en el nivel de conocimiento de los pacientes.
- A los directivos de ESSALUD Hospital I Tingo María implementar programas de educación e información dirigido a los pacientes con diabetes mellitus para la mejora de la adherencia al tratamiento.
- A los estudiantes de Enfermería de las diferentes universidades incidir en el trabajo de promoción de la salud como una actividad de mejora del nivel de conocimiento de los pacientes con diabetes mellitus y de esta manera contribuir a la mejora de la adherencia al tratamiento.
- A los docentes y estudiantes de Enfermería y las otras especialidades del sector salud implementar trabajos de investigación similares para ampliar las evidencias en relación a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus.
- Implementar un cafetín saludable para los estudiantes de Enfermería.
- Al personal de salud encargado de la atención de los pacientes con diabetes tipo 2, coordinar con el médico tratante para que todo paciente tenga un examen de hemoglobina glicosilada cada tres meses.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra: OMS; c2016. [Consultado 2017 Ago 11]. Disponible en:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>.
2. Hoyos TN., Arteaga MV., Muñoz M. Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar Invest. educ. enferm. [Internet]. 2011;29 (2):194-203 [Consultado 2017 Ago 11]. Disponible en:[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072011000200004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000200004).
3. Durán BR., Rivera B., Franco E. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Salud pública Méx. [Internet]. 2001;43(3): [Consultado 2017 Ago 11]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342001000300009](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000300009).
4. Terechenko NS., Baute AE., Zamonsky JN. Adherencia al Tratamiento en Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II. Biomedicina. [Internet]. 2015;10(1): 20-33. [Consultado 2017 Ago 11]. Disponible en:<http://www.um.edu.uy/docs/diabetes.pdf>.
5. Gómez GDC., Cruz A., Zapata R., Morales F. Nivel de conocimiento que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en relación a su enfermedad. Salud en Tabasco. [Internet]. 2015;21(1): 17-25. [Consultado 2017 Ago 11]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48742127004>.
6. Terechenko NS., Baute AE., Zamonsky JN. Op.cit., p.21
7. Ibid.,p.22.
8. Organización Mundial de la salud. [Internet].Ginebra: OMS; c2016. [Consultado 2017 Ago 11]. Disponible en:<http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>
9. Fuentes Campos N.Comportamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el consejo popular costa norte [tesis para optar por el título de especialista en Medicina General Integral]. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. Policlínico Flores Betancourt; 2010.
10. *III Foro Diálogos Pfizer-pacientes: La adherencia al tratamiento para mejorar la calidad de vida. Madrid 2009 May 29. Madrid: Compañía Biomédica Pfizer Comunidad de Madrid-España; 2009.*
11. Federación Española de Hemofilia. [Internet]. España: Fedhemo; c2008. [Consultado 2017 Ago 15]. Disponible en: <http://fedhemo.com/que-es-la-hemofilia/tratamiento/adherencia-al-tratamiento/>.
12. RodríguezDíaz J. [Internet]. Mexico: Documents.mx;c2016. [Consultado 2017 Ago 15]. Disponible en: <https://documents.mx/documents/adherencias-al-tratamiento-de-pame.html>.
13. NEI. [Internet]. Lima: INEI;c2016. [Consultado 2017 Ago 15]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-3-de-cada-100-personas-de-15-y-mas-anos-reportan-tener-diabetes-8993/>.

14. Ministerio de Salud. [Internet]. Lima: MINSA;c2010.[Consultado 2017 Ago 15]. Disponible en: Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/diabetes/datos.asp>.
15. Lazo V. La diabetes sigue avanzando en adultos y niños. Correo. 2015 Nov 17; sec: Lo más leído. Disponible en: <http://diariocorreo.pe/edicion/huanuco/huanuco-la-diabetes-sigue-avanzando-en-adultos-y-ninos-633414/>.
16. Hospital I Tingo María ESSALUD. Cartera de servicios del adulto/Adulto Mayor 2016.
17. Heredia Galán M. Qué influye en la adherencia al tratamiento de la diabetes. Rev. Rol de Enfermería. [Internet]. 2004; 27(1): 57-60[Consultado 2017 Ago 15]. Disponible en:<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=787859>.
18. Calderón Santana GA., Rojas Duque JE. Prácticas de autocuidado que realizan los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II, inscritos al programa “riesgo cardiovascular” en la ese Carmen Emilia Ospina Sede Granjas Neiva. [Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de enfermero]. Colombia: Universidad Sur Colombiana, Facultad de Salud Programa de Enfermería; 2014.
19. Araneda M. Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 1, durante la Adolescencia. Rev. Chil. Pediatr. [Internet]. 2009; 80 (6): 560-569 [Consultado 2017 Ago 15]. Disponible en:[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062009000600010](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000600010).
20. Quirós Morales D., Villalobos Pérez A. Comparación de factores vinculados a la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo II entre una muestra urbana y otra rural de Costa Rica. Univ. Psychol. [Internet]. 2007; 6(3):679-688. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64760317>.
21. Dávila Soto, RA.,  
García Bustamante, NA.,  
Saavedra Huanuiri, KJ. Adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores: variables asociadas. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. 2014.
22. Haya Pezo K., Paima Angulo K. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II. programa diabetes mellitus. Hospital EsSalud - II Tarapoto. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería]. Universidad Nacional de San Martín. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Enfermería; 2012.
23. Molina García, YR. 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". [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Escuela Académico Profesional de Enfermería; 2008.
24. Tarazona Cruz C. Adherencia al tratamiento y autocuidado del adulto mayor diabetico, usuarios de un programa de un centro de salud de Ambo. [Tesis

- Para Optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2016.
25. Garay Acosta JP. Adherencia a la terapéutica en pacientes adultos con diabetes mellitus 2 del centro de salud Carlos Showing Ferrari. [Tesis Para Optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2016.
  26. Prado Solar LA., González Reguera M., Paz Gómez M., Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [Internet]. 2014; 36(6):835-845. [Consultado 2017 Ago 15]. Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000600004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004).
  27. Meiriño JL., Vasquez MM. Simonetti C., Palacio MM. [Internet]. [Consultado 2017 Ago 15]. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/nola-pender.html>
  28. <http://grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formacion/tema4.pdf>.
  29. Marcano Pasquier RJ. [Internet] Caracas: Medicina Preventiva Santa Fe; c2015. [Consultado 2017 Ago 16]. Disponible en: [http://www.medicinapreventiva.com.ve/articulos/diabetes\\_mellitus.htm](http://www.medicinapreventiva.com.ve/articulos/diabetes_mellitus.htm).
  30. Biblioteca Nacional de los Estados Unidos. [Internet]. Maryland: MedlinePlus; c2017. [Consultado 2017 Ago 16]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001214.htm>.
  31. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo II en el primer nivel de atención. [Internet]. [Consultado 2017 Ago 16]. Disponible en:<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>.
  32. Ibid., p. 11.
  33. Ibid., p. 12-14.
  34. Ibid., p. 15.
  35. Ibid., p. 16.
  36. Ibid., p. 16.
  37. Ibid., p. 17.
  38. Biblioteca Nacional de los Estados Unidos. [Internet]. Maryland: MedlinePlus; c2015. [Consultado 2017 Ago 16]. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000313.htm>.
  39. Ministerio de Salud. Op.Cit.,p.26.
  40. Ibid.,p.27.
  41. Ibid.,p.28.
  42. Sapiens Medicus. [Internet]. Guadalajara:Medicus sapiens.org; c2015. [Oncultado 2017 Nov 28]. Disponible en: <https://sapiensmedicus.org/insulinoterapia-esquemas-de-tratamiento-para-la-dm2/>.
  43. Orozco Beltrána D., Mata Casesb M., Artolac S., Conthed P., Mediavillae J., Miranda C. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. Elsevier. [Internet].2016;

- 48(6):406-420. [Consultado 2017 Ago 16]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671500270X>.
44. Unidad MedicaPares Educadores en Salud PES de La Pontifica Universidad Católica de Chile 2014. [Consultado 2017 Ago 17]. Disponible en <http://medica.saludestudiantil.uc.cl/index.php/pares-educadores-en-salud-pes>.
45. Mediavilla Bravo JJ. Factores asociados con la adherencia a la medicación en las personas con diabetes tipo 2. *DiabetMed*. [Internet]. 2015;32(6):29-31. [Consultado 2017 Ago 18]. Disponible en: <http://www.redgdps.org/gestor/upload/file/UPDATE%202015/Update%20en%20diabetes%206-2-2-2015%20.pdf>.
46. Escandón Nagel N., Azócar B., Pérez C., Matus, V. Adherencia al Tratamiento en Diabetes Tipo 2: Su relación con Calidad de Vida y Depresión. *Revista de Psicoterapia*. [Internet] 20015; 26(101): 125-138: [Consultado 2017 Ago 18]. [https://www.researchgate.net/publication/280881421\\_Adherencia\\_al\\_tratamiento\\_en\\_diabetes\\_tipo\\_2\\_Su\\_relacion\\_con\\_calidad\\_de\\_vida\\_y\\_depresion](https://www.researchgate.net/publication/280881421_Adherencia_al_tratamiento_en_diabetes_tipo_2_Su_relacion_con_calidad_de_vida_y_depresion).
47. Ibid,. p. 28.
48. Garay Acosta JP., Op.cit. p., 41-44.
49. Calderón Santana GA., Rojas Duque JE. Op.cit. p., 59-63.
50. Melgarejo Chacón N. Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con diagnóstico de esta enfermedad en el Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP. [Tesis Para optar el Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2012.
51. Dávila Soto, RA.,  
García Bustamante, NA.,  
Saavedra Huanuiri, KJ. Op.cit. p., 80-86.

# **ANEXO**



## FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

### **RESOLUCION N° 729-2017-D-FCS-UDH**

Huánuco, 24 de Mayo del 2017

**VISTO**, la solicitud con Registro N° 399-17 de fecha 22/MAY/17, presentado por doña **Maritza CARHUARICRA VALLE** alumna de la Escuela Académico Profesional de Enfermería Sede Tingo María, quien solicita cambio del nombre del Título del Proyecto de Investigación titulado: : "FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II EN USUARIOS ADULTOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL I TINGO MARÍA ESSALUD DE OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2016", POR EL NUEVO TITULO "**FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II EN USUARIOS ADULTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL I ESSALUD TINGO MARÍA - 2017**", y;

#### **CONSIDERANDO:**

Que, con Oficio N° 177-2017-C. PAENF.UDH/STM de fecha 23/MAY/17 la Consejera del Programa Académico de Enfermería opina declarar procedente lo peticionado por la indicada alumna;

Estando a lo expuesto y en uso de las atribuciones conferidas en el Art. 45° del Estatuto de la Universidad de Huánuco y la Resolución N° 665-16-R-UDH del 25/AGO/16;

#### **SE RESUELVE:**

**Artículo Primero: MODIFICAR** el Título del Proyecto de Investigación titulado: "FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II EN USUARIOS ADULTOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL I TINGO MARÍA ESSALUD DE OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2016".

**Artículo Segundo: APROBAR** el Título del Proyecto de Investigación titulado: "**FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II EN USUARIOS ADULTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL I ESSALUD TINGO MARÍA - 2017**", presentado por doña **Maritza CARHUARICRA VALLE**, alumna del Programa Académico de Enfermería, Sede Tingo María.

**REGISTRESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVASE.**

  
Dra. Julia M. Palacios Levallos  
DECANA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**Distribución:** Exp. Grad./Interesada/Asesor/P.A.Enf./ Archivo JPZ/gtc



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

## FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

### RESOLUCION N° 576-2016-D-FCS-UDH

Huánuco, 02 de Mayo del 2016

**VISTO**, el expediente con Registro N° 418-2016-FCS de fecha 28/ABR/16, presentado por doña Maritza CARHUARICRA VALLE alumna de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, quien solicita designación de Asesor del Trabajo de Investigación titulado "FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II EN USUARIOS ADULTOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL I TINGO MARÍA ESSALUD DE OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2016", y;

#### **CONSIDERANDO:**

Que, según el Reglamento de Grados y Títulos de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, en su Capítulo II, del Trabajo de Investigación o Tesis, Art. 36º estipula que el interesado deberá solicitar asesor para obtener el Título Profesional de LICENCIADO DE ENFERMERIA, el cual será nombrado por la Facultad en Coordinación con la Escuela Académico Profesional de Enfermería, y a propuesta del o la interesado (a), y;

Que, según Oficio N° 097-CEAP. Enf.16-UDH-STM, de fecha 28/MAR/16, emitido por la Consejera Académica de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, acepta lo solicitado por el recurrente, y propone como Asesor al LIC. ENF. HÉCTOR HUILDO REYES PAREDES, y,

Estando a lo expuesto y en uso de las atribuciones conferidas en el Art. 45º del Estatuto de a Universidad de Huánuco;

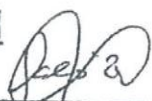
#### **SE RESUELVE:**

**Artículo Único:** DESIGNAR como Asesor al LIC. ENF. HÉCTOR HUILDO REYES PAREDES en el contenido del Trabajo de Investigación titulado: "FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II EN USUARIOS ADULTOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL I TINGO MARÍA ESSALUD DE OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2016", presentado por doña: Maritza CARHUARICRA VALLE alumna de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, para obtener el Título Profesional de LICENCIADO EN ENFERMERIA.

Tanto el Profesor Asesor y el alumna, se sobre entiende que se ajustarán a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.



  
My. Julia M. Patricia Rosalino  
DECANA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**Distribución:** EAPEnf/Exp.Grad /Interesada/Asesor/Archivo/JPZ/gtc



**ANEXO IV: MATRIZ DE CONSISTENCIA**

<p><b>PROBLEMA GENERAL:</b> ¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María - 2017?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son las características de la población en estudio desde el punto de vista sociodemográfico, en los usuarios atendidos en la Carteras de servicios del Adulto / Adulto Mayor del Hospital I ESSALUD Tingo María- 2017?</li> <li>• ¿Cuáles son los factores asociados más importantes a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en</li> </ul>	<p><b>OBJETIVO GENERAL.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer los factores asociados a la adherencia del tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con DM tipo II en adultos atendidos en el Hospital I Tingo María ESSALUD - 2017?.</li> </ul> <p><b>OBJETIVOS ESPECIFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>.Determinar las características de la población en estudio desde el punto de vista sociodemográfico, en los usuarios atendidos en la Carteras de servicios del Adulto/Adulto Mayor del Hospital I ESSALUD. Tingo María-2017</li> <li>• Determinar si el nivel de conocimientos es un factor asociado a la adherencia del</li> </ul>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL:</b></p> <p><b>Ha:</b> Los factores el nivel de conocimientos, la autoestima, apoyo de pares y familiares son factores asociados a la adherencia del tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en adultos atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María - 2017?.</p> <p><b>Ho:</b> Los factores el nivel de desconocimientos, la autoestima, apoyo de pares y familiares no son factores asociados a la adherencia del tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con DM tipo II en adultos atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María - 2017</p> <p><b>1.4.2. HIPÓTESIS ESPECIFICA:</b></p> <p><b>H<sub>a1</sub></b> = El nivel de conocimientos es un factor asociado a la adherencia del</p>	<p><b>VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS</b></p> <p>Años cumplidos</p> <p>Genero</p> <p>DNI</p> <p>Estudio alcanzado</p> <p>Ingreso Familiar</p>	<p>Años cumplidos</p> <p>Masculino Femenino</p> <p>Soltero Casado Conviviente Divorciado Viudo</p> <p>Sin instrucción Primaria Secundaria Superior Técnico Superior Universitario</p> <p>Ingreso &gt;S/. 5000 Ingreso 3000 a &lt; 5000 Ingreso 2000 a &lt; de 3000 Ingreso 1000 a &lt; de 2000 Menor de 1000</p> <p>Ama de Casa</p>	<p><b>TIPO DE ESTUDIO: DESCRIPTIVO.-</b> Se identificó la población en estudio el cual me permitió recolectar datos y procesar en forma clara y ordenada las características relevantes del problema, luego describir los factores asociados a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital IESSALUD Tingo María - 2017.</p> <p><b>ANALITICO.-</b> A través del presente estudio Se me permitió analizar los factores asociados a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital</p>
--	--	---	---	---	--

<p>usuarios adultos atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María - 2017?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué el nivel de conocimientos es un factor asociado a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María-2017?</li> <li>• ¿La autoestima es un factor asociado a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María - 2017?</li> <li>• ¿El apoyo de pares y apoyo de los familiares son factores asociados a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María - 2017?</li> </ul>	<p>tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María -2017?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar si la autoestima es un factor asociado a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidas en el Hospital I ESSALUD Tingo María-2017?</li> <li>• Identificar el apoyo de pares y apoyo de los familiares si son factores asociados a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María-2017.</li> </ul> <p>Identificar las cifras máximas y mínimas de glicemia en esta población e identificar la presencia o ausencia de complicaciones vinculadas a la DM tipo</p>	<p>tratamiento de la DM tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María-2017.</p> <p><b>H<sub>o1</sub></b> = El nivel de conocimientos no es un factor asociado a la adherencia del tratamiento de la DM tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María-2017.</p> <p><b>H<sub>a2</sub></b>= La autoestima es un factor asociado a la adherencia del tratamiento de la DM tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María - 2017.</p> <p><b>H<sub>o2</sub></b> = La autoestima no es un factor asociado a la adherencia del tratamiento de la DM tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María - 2017.</p> <p><b>H<sub>a3</sub></b> = El apoyo de pares y apoyo de los familiares son factores asociados a la adherencia del tratamiento de la DM tipo II en usuarios adultos atendidos en e. I Hospital I Tingo María ESSALUD - 2017.</p> <p><b>H<sub>o3</sub></b> = El apoyo de pares y apoyo de los familiares no son</p>	<p>Actividad a la que se dedica</p> <p>Nivel de conocimiento</p> <p>Autoestima</p> <p>Tiene apoyo de amigos o pacientes adheridos</p> <p>Apoyo familiar</p> <p>Cumplidor</p> <p>No cumplidor</p> <p>Glicemia: Controlado</p> <p>No Controlado</p> <p>Hemoglobina Glicosilada Controlado</p>	<p>Estudiante Empleado Pensionista Otros.</p> <p>Alto : 16 a 20 Medio : 13 a 15 Bajo: Menor de 13</p> <p>11-14 puntos: Nivel alto de autoestima. 7-10 puntos: Nivel medio de autoestima. 0-6 puntos: Nivel bajo de autoestima.</p> <p>Si/No</p> <p>Si/No</p> <p>Si/No</p> <p>Glucosa Igual o &lt; de 110 mg por dl. Glucosa Mayor de 110 mg por dl</p> <p>Hemoglobina glicosilada &lt; de 7% Hemoglobina glicosilada mayor de 7%</p>	<p>I Tingo María ESSALUD - 2017.</p> <p><b>TRANSVERSAL.-</b> El estudio se realizara en una sola etapa determinada para recolectar los datos.</p> <p><b>DISEÑO DEL ESTUDIO.-</b> El diseño que se utilizó en el presente trabajo de investigación fue el diseño observacional descriptivo correlacional, representado en el siguiente esquema:</p> <p>Ox M Oy Dónde: M = Población de estudio Ox = Factores asociados. Oy = Adherencia al tratamiento de la diabetes Mellitus r = Relación entre las variables a estudiar</p> <p><b>POBLACIÓN:</b> Se ha considerado como grupo de estudio a todos los usuarios inscritos en la Cartera del adulto / adulto mayor con</p>
---	--	--	---	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer si cumplen con el tratamiento farmacológico propuesto como un indicador de la adherencia al tratamiento.</li> </ul>	<p>factores asociados a la adherencia del tratamiento de la DMtipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I ESSALUD Tingo María - 2017.</p>	<p>No controlado</p>		<p>diagnóstico de diabetes mellitus tipo II que son en total de 203 a Diciembre 2016.  <b>Marco Muestral.-</b> El marco muestral se construirá del libro de registro y seguimiento de pacientes, que son atendidos en la Cartera del Adulto, a partir de allí se elaborará una matriz en la hoja de cálculo excel  <b>Tamaño de la muestra.-:</b>   DONDE:  N = Total de la población  <math>Z_{\alpha} = 1.96</math> al cuadrado (si la seguridad es del 95%)  p = proporción esperada (en este caso 86% = 0.86)  <math>q = 1 - p</math> (en este caso <math>1 - 0.86 = 0.14</math>)  d = precisión (en su investigación use un 5%)  Reemplazando datos para la población descrita tenemos:   n=133</p>
--	--	--	----------------------	--	--

					<p><b>Métodos e instrumentos de recolección de datos</b>  Es la Encuesta estructurada, la técnica a utilizar en el estudio es la observación y entrevista, en la que se clasificó o priorizo las variables para cada instrumento:</p> <p><b>ENCUESTA ESTRUCTURADA.-</b>  - Ficha clínica de seguimiento del asegurado con diabetes mellitus  - Test de Morisky - Green - Cuestionario Breve de Autoestima</p> <p><b>ANÁLISIS DE LOS DATOS</b>  - Aplicación del consentimiento informado.  - Tabulación de los datos obtenidos.  - Elaboración de una base de datos en Excel y SPSS.</p>
--	--	--	--	--	--

## NEXO N°01:

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

#### Anexo 1-A

#### ENCUESTA SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

##### TIPO II

Sr. Tenga ud. Mis cordiales saludos luego paso a solicitarle tenga a bien contestar con toda sinceridad a las siguientes preguntas que tiene por finalidad determinar ¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios atendidos en el Hospital IEssalud Tingo Maria-2017? .

#### I. DATOS GENERALES:

- Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ingreso Familiar: \_\_\_\_\_
- Estado Civil: \_\_\_\_\_
- Tiene apoyo de su Familia: **si ( )** **No ( )**
- **Como lo apoyan:** \_\_\_\_\_
- Tiene apoyo de sus amigos cercanos (pares): **si ( )** **No ( )**

**Como lo apoyan:** \_\_\_\_\_

#### Grado de Instrucción:

- Sin instrucción ( )
- Primaria, ( )
- Secundaria, ( )
- Superior Técnico, ( )
- Superior Universitario ( )

#### Ocupación:

- Ama de Casa ( )
- Estudiante ( )
- Empleado ( )
- Pensionista ( )
- Agricultor ( )
- Otros. ( )

#### II. DATOS ESPECIFICACOS:

1. Sabe Ud.Cuál es su nombre de su enfermedad?.

\_\_\_\_\_

2. ¿Sabe usted qué es y en qué consiste?:

\_\_\_\_\_

3. ¿Es una enfermedad curable?: **si ( )** **No ( )**

4. ¿Sabe usted que factores o actitudes complicarían su enfermedad?

- a) Olvidarse tomar la medicación
- b) No cuidarse en su alimentación.
- c) No asistir a los controles.
- d) No hacer ejercicio.
- e) Todas las anteriores.
- f) Otras: .....

5. ¿Sabe usted que daños produce la diabetes mellitus tipo II en su organismo?  
Puede marcar varias alternativas:
- a) Complicaciones oculares (Retinopatía, Ceguera, pérdida de la visión).
  - b) Complicaciones renales (Insuficiencia Renal).
  - c) Pie diabético.
  - d) Neuropatía diabética y daño nervioso.
  - e) Complicaciones vasculares
6. ¿Sabe usted si tiene algún daño en su organismo provocado por la diabetes mellitus tipo II?. si ( ) No ( )
7. ¿Sabe usted que les pasa a las personas que tienen esta enfermedad y no reciben o no toman su tratamiento indicado?
- a) No controlan su enfermedad y se complican
  - b) Se hospitalizan, recaen y mueren.
  - c) No pasa nada
8. ¿Sabe usted cuál es el tratamiento que está recibiendo para la diabetes mellitus tipo II? (Mencione los medicamentos)\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
9. ¿Sabe usted si el tratamiento que recibe puede tener alguna complicación?  
¿Cuál?:
- \_\_\_\_\_
10. ¿Qué otras medidas conoce, además de la medicación e Insulina, que ayude a controlar la diabetes?:
- a) Hacer la dieta indicada
  - b) Ejercicios.
  - c) Bajar de peso.
  - d) Ir la a la farmacia o botica.
  - e) No hacer nada
11. ¿Sabe cuánto tiempo dura el tratamiento?:
- \_\_\_\_\_
12. ¿Sabe usted cual es el valor normal de la glucosa?:
- \_\_\_\_\_

## Anexo 1-B

### FICHA DE SEGUIMIENTO DEL ASEGURADO CON DIABETES MELLITUS

<b>FILIACION</b>	
APELLIDOS Y NOMBRES:	Edad:
Email:	Telefono:
Dirección:	DNI:

**ANTECEDENTES:**

Patologicos		RAM						MEDICINA QUE TOMA:	
Fecha	Valor Meta	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8
Peso									
Talla									
IMC									
Cintura									
PA									
FC									
Glucosa									
Colesterol									
HDL									
LDL									
Creatinina									
Hemoglobina Glicosilada									
Tasa albumina / Creatinina en Orina									
TFG estimada (1 - 2 v / años según estadio de ERC), que varia según estadio Clínico									
Resultado de Test de Morisky									
ESTILOS DE VIDA SALUDABLES					EVALUACION POR ESPECIALISTAS				
Items	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	Items	Fecha			
6Hrs de Sueño					Cardiología				
Actividad fisica 150 min					Nefrología				
Actividad fisica 70 min					Oftalmología				
3 frutas al día					Nutricionista				
Ingesta de vegetales					Psicología				
Ingesta de agua 2-3 lit/dia					Medicina Familiar				

### Anexo 1-C

#### Test de Morisky– Green para medir la Adherencia al tratamiento:

N°	PREGUNTAS	SI	NO
1	¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?		
2	¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
3	Cuando se encuentra bien, ¿Deja de tomar la medicación?		
4	Si alguna Vez le sienta mal ¿Deja usted de tomarla?		

#### INTERPRETACION:

El paciente es considerado como cumplidor si responde de forma correcta a las 4 preguntas es decir: 1) No 2) Si 3) No 4) No



## Anexo 1-D

### CUESTIONARIO BREVE DE AUTOESTIMA

1. Normalmente me siento cómodo/a si tengo que expresar mi opinión en un grupo de personas conocidas. **Sí ( ) No ( )**.
2. Siento que yo valgo tanto como cualquier otra persona **Sí ( ) No ( )**.
3. Creo que soy o en el futuro seré capaz de alcanzar la mayoría de mis metas y sueños, aunque en ocasiones haya personas que no me comprendan o apoyen **Sí ( ) No ( )**.
4. Si compruebo que me he equivocado, generalmente sé rectificar y ser flexible sin sentirme mal ni culpable por ello **Sí ( ) No ( )**.
5. Creo que ya he conseguido algunas metas o propósitos importantes en mi vida **Sí ( ) No ( )**.
6. Si tengo claro que algo no me gusta o que no quiero hacerlo, casi siempre puedo decir que no sin sentirme mal por ello **Sí ( ) No ( )**.
7. En general me siento satisfecha/o conmigo mismo/a y con la vida que llevo **Sí ( ) No ( )**.
8. Me resulta fácil expresar mis opiniones y mis gustos a otras personas **Sí ( ) No ( )**.
9. Me es sencillo hacer planes, mantenerme ocupado/a y llevar mis proyectos grandes o pequeños a cabo **Sí ( ) No ( )**.
10. Me considero una persona flexible, capaz de adaptarme a los cambios y continuar mis proyectos e ideas pese a las dificultades, buscando nuevas soluciones **Sí ( ) No ( )**.
11. Realmente no siento que dependa de ninguna persona para tomar mis decisiones importantes **Sí ( ) No ( )**.
12. Siento que en general la gente que es importante para mí me aprecia **Sí ( ) No ( )**.
13. No me disgusta hacer cosas nuevas siempre que me resulten interesantes o estimulantes **Sí ( ) No ( )**.
14. Siento respeto por mí mismo/a, trato de cuidarme a todos los niveles y me mantengo fiel a mis principios, sentimientos e ideas más importantes digan lo que digan los demás **Sí ( ) No ( )**.

#### **LEYENDA:**

- Cada Sí equivale a 1 punto y cada No equivale a 0 puntos

#### **RESULTADO:**

- 11-14 puntos: Nivel alto de autoestima, tienes un buen aprecio por ti mismo y un gran nivel de autoconfianza. La autoestima no supone un problema en tu vida.
- 7-10 puntos: Nivel medio de autoestima, tu autoconcepto es correcto y saludable, aunque haya algún área en la que aún podrías mejorar más.
- 0-6 puntos: Nivel bajo de autoestima, es posible que esto te esté provocando problemas en algunos ámbitos de tu vida. Sería muy positivo para ti buscar soluciones y recursos, trabajando para mejorar tu autoconcepto.

**ANEXO N°02:**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El presente trabajo de investigación titulado “cuáles son los factores asociados a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital ITingo María ESSALUD- 2017”, tiene por finalidad conocer la adherencia al control de la diabetes en los usuarios de EsSalud

**OBJETIVOS DE ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:** Conocer los factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con DM tipo II en adultos atendidos en el Hospital I Tingo María ESSALUD de Enero a Agosto del 2017.

**DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

En este estudio ingresan aproximadamente 133 usuarios atendidos en el Hospital IEssalud Tingo María, por lo que se le solicita que consienta en participar, ya que usted ha cumplido con todos los criterios de inclusión y exclusión planteados en el estudio. Si acepta se le aplicara un cuestionario que consta de preguntas de fácil respuesta.

**BENEFICIO:**

Su participación en este estudio puede o no brindarle un beneficio directo. El cuestionario que reciba nos ayudara a conocer cuáles son los factores asociados a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I EssaludTingo María.

**PARTICIPACIÓN/ INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA:**

Su decisión de participar en el presente trabajo de investigación es completamente voluntaria. Usted es libre de elegir cualquiera de las dos opciones: ingresar o no ingresar en el estudio. Si decide no participar, no recibirá ninguna sanción alguna. Aun después de haber aceptado formar parte del estudio de investigación podrá retirarse en cualquier momento.

**RIESGOS DEL ESTUDIO:**

Este estudio no representa ningún tipo de riesgo para Ud., ya que el cuestionario es anónimo. Beneficios del estudio: Con este estudio, Ud. Nos permitirá saber cuáles son los factores asociados a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidas en el Hospital I ESSALUDTingo María.

Declaración Voluntaria Yo,  
.....he sido informada del

objetivo del estudio, conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el mismo es gratuita. He sido informada de la forma como se tomarán los datos. Estoy enterada también que puedo abandonar mi participación en el momento que considere necesario, o por alguna razón específica, sin que esto represente algún pago de mi parte o represalia de parte del investigador u otro.

Por lo anterior acepto voluntariamente participar en la investigación.

**PERSONA CON QUIEN COMUNICARSE:**

La persona que está a cargo de esta investigación es:

La Bach. En Enfermería, **MARITZA CARHUARICRA VALLE**. A quien podrás consultar cualquier duda llamando al Celular: 971412838 o en su domicilio en: Los Laureles Pasaje Bella Durmiente N° 160.

**NOMBRE DE LA PARTICIPANTE:** \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL PARTICIPANTE

NEXO N°03:

**TABAL DE VALIDACION DE LOS INSTRUMENTOS:  
Matriz de Análisis de las respuestas de expertos  
Según Coeficiente de AIKEN**

Items	Jueces							Total	V
	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Acuerdo	
1	1	1	1	1	0	1	1	6	0,86
2	1	1	1	1	0	1	1	6	0,86
3	1	0	1	1	1	1	1	6	0,86
4	1	1	1	1	1	1	1	7	1,00
5	1	0	1	1	1	1	1	6	0,86
6	1	0	1	1	1	1	1	6	0,86
7	1	1	1	1	1	1	1	7	1,00
<b>Total</b>	<b>1,00</b>	<b>0,57</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>	<b>0,71</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>	<b>6,29</b>	<b>0,90</b>

Se ha considerado:

1 = Si la respuesta es correcta.

0 = Si la respuesta es incorrecta.

Se considera que existe validez de los instrumentos cuando el valor del coeficiente de AIKEN fuera mayor de 0.60. Con estos instrumentos se alcanzó un coeficiente de 0.90; por lo que nos muestra que si es válido para su aplicación y se encuentra dentro del rango excelente.

