

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD



**Tesis Para optar el Grado Académico de Maestro en Psicología Clínica
y de la Salud**

**Adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con diabetes
mellitus tipo 2 en un hospital de Ayacucho**

Autor: Bach. Sánchez Reynaga Witman

Asesor: Dr. Díaz Gervasi Giovanni

LIMA – PERÚ

2021

Página del jurado

Dedicatoria

A todas las personas que conviven con la diabetes y día a día luchan para tener una mejor calidad de vida.

A mis padres, por ser un pilar importante en mi vida, por su apoyo incondicional, además de transmitirme los deseos de superación y siempre creyeron en mí.

A mis hijos Thiago y Camila, por ser mi motivo a ser mejor cada día y aprender de ellos, los amo mucho.

Agradecimientos

Agradezco a Dios, que me ha concedido culminar esta investigación, descubrir esta temática que he planteado y guiar constantemente mis pasos.

A los pacientes que amablemente colaboraron en este estudio y me han permitido conocer un poco más sobre la realidad que viven día a día.

Al Dr. Giovanni Díaz por haberme apoyado desde el inicio de este estudio hasta la culminación del mismo, por impartirme sus conocimientos y por su seguimiento constante en todo el trabajo.

Índice

Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice de tablas	vii
Índice de figuras	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción del problema.....	3
1.2 Formulación del problema	5
1.2.1 Problema General	5
1.2.2 Problemas específicos	6
1.3 Importancia y Justificación del estudio	6
1.4 Delimitación del estudio.....	7
1.5 Objetivos de la investigación	7
1.5.1 Objetivo General	7
1.5.2 Objetivo específicos	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	9
2.1 Marco Histórico	9
2.2 Investigaciones relacionadas con el tema.....	11
2.3 Estructura teórica y científica que sustenta el estudio.....	18
2.3.1 Diabetes Mellitus.....	18
2.3.1.1 Clasificación de la Diabetes Mellitus	18
2.3.1.2 Tratamiento de la Diabetes Mellitus	19
2.3.1.3 Diabetes Mellitus Tipo 2	20
2.3.1.4 Determinantes sociales asociados a la Diabetes Mellitus Tipo 2.....	20
2.3.2 Adherencia terapéutica	22
2.3.3 Calidad de vida.....	27
2.3.4 Modelos de calidad de vida	28
2.4 Definición de términos básicos	31
2.5 Fundamentos teóricos que sustenta las hipótesis	33
2.6 Hipótesis.....	34
2.6.1 Hipótesis General	34
2.6.2 Hipótesis Específica	34
2.7 Variables (definición y operacionalización de variables: Dimensiones e indicadores)	35
2.7.1 Definiciones conceptual y operacional de las variables principales:	35
2.7.2 Definiciones conceptual y operacional de las variables principales:	35
2.7.3 Variables sociodemográficas.....	36
2.7.4 Operacionalización de variables.....	37
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	39
3.1 Enfoque, tipo y diseño de investigación.....	39
3.2 Población y muestra	39

3.3	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	42
3.4	Descripción de procedimientos de análisis	46
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS		48
4.1	Resultados	48
4.1.1	Análisis descriptivo de las variables	48
4.1.2	Análisis Inferencial de las variables	49
4.2	Análisis de los resultados o discusión de resultados	51
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		57
5.1	Conclusiones	57
5.2	Recomendaciones.....	58
REFERENCIAS.....		59
ANEXOS.....		70
	Anexo 01: Declaración de Autenticidad.....	71
	Anexo 02: Autorización de consentimiento para realizar la investigación	72
	Anexo 03: Matriz de Consistencia.....	73
	Anexo 04: Matriz de Operacionalización	75
	Anexo 05: Protocolos o instrumentos utilizados	76
	Anexo 06: Resultados adicionales	81

Índice de tablas

Tabla 1. Recopilación histórica de la diabetes mellitus.....	9
Tabla 2. Operacionalización de la variable adherencia terapéutica.....	38
Tabla 3. Operacionalización de la variable calidad de vida	38
Tabla 4. Operacionalización de las variables sociodemográficas.....	38
Tabla 5. Distribución de la muestra	41
Tabla 6. Interpretación de los puntajes del Cuestionario MBG.....	44
Tabla 7. Técnicas e instrumentos.....	45
Tabla 8. Matriz de análisis de datos.....	47
Tabla 9. Descripción de los niveles de adherencia que presentan los pacientes	48
Tabla 10. Descripción de los niveles de calidad de vida que presentan los pacientes....	48
Tabla 11. Resultados de la prueba de bondad de ajuste para las variables estudiadas ...	49
Tabla 12. Valores de la prueba de correlación rho de Spearman	49
Tabla 13. Valores para adherencia al tratamiento y datos sociodemográficos.....	50
Tabla 14. Valores de X^2 para relacionar calidad de vida y datos sociodemográficos	50
Tabla 15. Matriz de consistencia	73
Tabla 16. Matriz de operacionalización.....	75
Tabla 17. Dieta, consumo de grasa, realización de ejercicio y medicinas.....	81
Tabla 18. Medias, desviaciones estándar y coeficiente de variación para adherencia ...	81
Tabla 19. Medias, desviaciones estándar y coeficiente de variación para calidad de vida	82

Índice de figuras

Figura 1. Esquema del fundamento teórico	33
--	----

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho. La investigación fue de enfoque cuantitativo, de tipo correlacional y de diseño no experimental de corte transversal. La muestra fue probabilística y estuvo conformada por 100 pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, de ambos sexos y entre 18 a 83 años. Se aplicó el Cuestionario de Martín– Bayarre–Grau (MBG) para la evaluación de la adherencia terapéutica, el Índice de Calidad de Vida (Mezzich) y una ficha de datos sociodemográficos. Se halló una relación significativa entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida ($\rho = .511$; $p = .000$). El 61% de pacientes que integraron la muestra presentó una adherencia total al tratamiento. Del mismo modo, el 86% de los pacientes presentaron un nivel promedio de calidad de vida. Por otro lado, los datos indicaron que la adherencia estaba relacionada significativamente con la edad ($X^2 = 13.449$; $p = .009$) y con el soporte familiar ($X^2 = 4.424$; $p = .035$). Además, se encontró que la calidad de vida está relacionada de manera significativa con el sexo ($X^2 = 8.334$; $p = .015$), el grado de instrucción ($X^2 = 16.870$; $p = .010$) y el soporte de familiar ($X^2 = 8.375$; $p = .015$). Finalmente, se concluye que las variables estudiadas se relacionan de manera directa.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, calidad de vida, diabetes mellitus tipo 2, Ayacucho.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship between adherence to treatment and quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus at a Hospital in Ayacucho. The research was of a quantitative approach, of a correlational type and of a non-experimental cross-sectional design. The sample was probabilistic and consisted of 100 patients diagnosed with type 2 diabetes mellitus, of both sexes and between 18 and 83 years of age. The Martín-Bayarre-Grau Questionnaire (MBG) was applied for the evaluation of therapeutic adherence, the Quality of Life Index (Mezzich) and a sociodemographic data sheet. A significant relationship was found between adherence to treatment and quality of life ($\rho = .511$; $p = .000$). 61% of patients that made up the sample had total adherence to treatment. Similarly, 86% of the patients presented an average level of quality of life. On the other hand, the data indicated that adherence was significantly related to age ($X^2 = 13.449$; $p = .009$) and family support ($X^2 = 4.424$; $p = .035$). In addition, it was found that quality of life is significantly related to gender ($X^2 = 8.334$; $p = .015$), educational level ($X^2 = 16.870$; $p = .010$) and family support ($X^2 = 8.375$; $p = .015$). Finally, it is concluded that the variables studied are directly related.

Keywords: Ayacucho, Adherence to treatment, quality of life, type 2 diabetes mellitus.

INTRODUCCIÓN

La diabetes es una enfermedad crónica que en muchos países se ha convertido en un problema de salud pública y es una de las cuatro enfermedades no transmisibles que la Organización Mundial de la Salud prioriza para su intervención (Organización Mundial de la Salud, 2018). El número de personas con diabetes ha aumentado de 108 millones en el año 1980 a 422 millones en el año 2016. Por lo tanto, la prevalencia mundial de esta enfermedad en adultos ha aumentado del 4.7% en 1980 al 8.5% en 2016. La diabetes es una importante causa de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores. Se estima también que, en el 2019 la diabetes fue la causa directa de 1,6 millones de muertes (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

Además del impacto que genera la enfermedad por sí misma, esta podría presentar una serie de causas, entre ellas la falta de adherencia y constancia frente al tratamiento, tal como se ha indicado por varios autores (Barra, 2018; Martínez & Paredes, 2019; Rivera, 2017), como consecuencia, generará grandes repercusiones en la calidad de vida de los pacientes (Martínez & Paredes, 2019; Martínez, Prado-Aguilar, Rascón-Pacheco & Valdivia-Martínez, 2008).

Ante esta problemática, las variables propuestas en la presente investigación constituyen aspectos imprescindibles para comprender la situación de los pacientes que padecen de diabetes mellitus tipo 2, por ello el presente estudio plantea como objetivo determinar la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al hospital regional de Ayacucho, contribuyendo así a demostrar la necesidad de mejorar las condiciones bajo las cuales se brinda el servicio asistencial a estos pacientes.

En la presente investigación, se ha seguido un diseño correlacional, ya que se pretende brindar información de cada una de las variables en estudio, describiéndolas e identificando el grado de relación entre ambas, de tal manera que los resultados nos permitan reflexionar con respecto a las medidas que serán necesarias implementar, a fin de que se revierta la problemática identificada.

Se espera que esta investigación promueva la realización de otros estudios que constituyan un aporte en la misma línea, en otras instituciones y en otras regiones del país, lo cual permitirá que se contribuya con el mejoramiento de los aspectos asociados con la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

La investigación ha sido estructurada en cuatro capítulos: en el primer capítulo, se desarrolla el planteamiento del problema de investigación, teniendo en cuenta la descripción de la realidad problemática y la formulación del problema de la investigación, señalando además la importancia del tema a investigar y los objetivos.

En el segundo capítulo, se presenta el marco teórico que contextualiza la investigación, los antecedentes que brindan un panorama acerca del estado del arte sobre el tema investigado y las hipótesis formuladas que serán contrastadas en este estudio.

En el tercer capítulo, se explica el marco metodológico que incluye el enfoque, tipo, método y diseño de investigación. Asimismo, se presenta la población y muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos y la descripción de los procedimientos de análisis.

En el cuarto capítulo, se muestran los resultados para cada variable y la relación entre ambas. Los análisis se han dividido a nivel descriptivo e inferencial y los datos son presentado en tablas estadísticas.

Finalmente, se expone la discusión de los resultados obtenidos en la presente investigación, así como las conclusiones y recomendaciones, respectivamente.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

La diabetes es una enfermedad crónica muy grave que se origina cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce, además de ser un importante problema de salud pública y una de las cuatro enfermedades no transmisibles para intervenir de carácter prioritario (Organización Mundial de la Salud, 2018).

El número de personas con diabetes ha aumentado de 108 millones en el año 1980 a 422 millones en el año 2016. Por lo tanto, la prevalencia mundial de esta enfermedad en adultos ha aumentado del 4.7% en 1980 al 8.5% en 2016. La diabetes es una importante causa de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores. Se estima también que, en el 2019 la diabetes fue la causa directa de 1,6 millones de muertes (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2016), en el Perú el 2.9% del total de la población de 15 y más años de edad reporta tener diabetes mellitus diagnosticada. La mayor concentración de estos casos se encuentra en la costa (4%), siendo la mayor incidencia en la zona urbana (4%) que en la zona rural (2.7%).

La diabetes es una de las principales causas de muerte en la población, sobre todo por las complicaciones crónicas que se desarrollan en su evolución. Ello implica elevados costos económicos para su mantenimiento y control por parte de los países desarrollados y en vías de desarrollo. Esta enfermedad afecta entre 60 a 100 millones de personas en el mundo, siendo la primera causa de muerte temprana en adultos después del cáncer y el infarto al miocardio. Los fallecidos a causa de diabetes, que era inferior a un millón en 2000, alcanzaron los 1.6 millones en 2016 (Organización Mundial de la Salud, 2018). La repercusión socioeconómica de la diabetes es muy seria, estimándose que el costo es cada día más elevado debido a las

hospitalizaciones, la invalidez laboral, el gasto en el tratamiento y sus complicaciones (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Existen dos tipos principales de diabetes: diabetes tipo 1, que es la más frecuente entre los niños y adolescentes; la diabetes tipo 2, que es la más frecuente entre los adultos y está ligada a la obesidad o el sobrepeso, la falta de actividad física y mala nutrición; y la diabetes gestacional es una complicación del embarazo que afecta a un estimado 10% de los embarazos a nivel mundial. La diabetes tipo 2 afecta más del 90% de las personas con diabetes en el mundo, siendo su manifestación usualmente asintomática o con síntomas de intensidad mínima. Debido a ello, la enfermedad puede pasar desapercibida y sin diagnosticar durante muchos años, hasta que las complicaciones aparecen (OMS, 2018).

Este tipo de diabetes se caracteriza principalmente por una deficiencia en la secreción o en la acción de la insulina. Si bien es cierto en un inicio no se observan manifestaciones sintomáticas, si esta no se controla, existe un alto riesgo de que el paciente fallezca, principalmente por complicaciones con infecciones, ya que se bloquea el sistema inmunológico (Organización Panamericana de la Salud, 2016). Además, se pueden observar complicaciones posteriores que van desde neuropatía, nefropatía, ulceraciones y amputaciones de los miembros, entre otros; ocasionando altos costos económicos y social para los pacientes y sus familias, afectando también su calidad de vida (Apaza & Huaraya, 2016).

Otro de los problemas que surge durante la atención de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (y otras enfermedades crónicas) es la no adherencia al tratamiento, obstaculizando los esfuerzos para lograr el éxito terapéutico. Condori y Cruz (2018) mencionan que la tasa de adherencia de los enfermos crónicos es de menos del 50%, probablemente debido a que solo considerarían la ingesta de medicamentos y no otras indicaciones tales como ejercicio físico y dieta, trayendo complicaciones para los pacientes, lo cual, a su vez, deterioraría su calidad de vida como consecuencia.

En la región de Ayacucho, la población con diagnóstico de diabetes tipo 2, en el 2018 se registró 2998 casos entre las edades de 18 años a más, de los cuales el Hospital

Regional de Ayacucho atendió a un total de 729 casos (Dirección de Epidemiología, 2018).

Algunos estudios han indicado que menos del 1% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tienen un nivel de calidad de vida alta (Ñique & Manchay, 2018) y que el 63 % de los pacientes no cumplen con las recomendaciones terapéuticas (Ramos et al., 2017), lo cual sugiere la posible relación entre la calidad de vida y la adherencia al tratamiento.

A pesar de las consecuencias mencionadas en los párrafos precedentes, existen pocos estudios que hayan relacionado las variables adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Los estudios en el extranjero han asociado la adherencia con la calidad de vida y otras variables (Escandón-Nagel, Azócar & Matus, 2015); mientras que los estudios en el Perú han asociado la adherencia o la calidad de vida con otras variables (Chávez, 2015) y en pacientes con otras enfermedades crónicas (Suclupe, 2019) o han relacionado ambas variables, pero su análisis fue de tipo más cualitativo (Martínez & Paredes, 2019), no encontrándose estudios en Ayacucho.

Lo indicado en el párrafo anterior hace importante iniciar una línea de investigación que permita conocer la realidad de estos pacientes con relación a las variables propuestas en una región que posee una idiosincrasia particular, con costumbres y creencias propias de la región.

1.2 Formulación del problema

Todo lo anteriormente señalado, nos lleva a formular las siguientes preguntas de investigación:

1.2.1 Problema General

- ¿Cuál es la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho?
- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho?
- ¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y los datos sociodemográfico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho?
- ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y los datos sociodemográfico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho?

1.3 Importancia y Justificación del estudio

El presente estudio tiene relevancia teórica pues busca solventar las carencias teóricas respecto a la probable relación entre adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital del MINSA de Ayacucho. De esta manera, se podría incrementar el conocimiento de estas dos variables. Además, la mayoría de los estudios se ha realizado en el ámbito internacional, en Lima u otras regiones y con otro tipo de pacientes.

Asimismo, este estudio se orientó a establecer la relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en los pacientes diabéticos de tipo II, ya que al ser comprobadas las hipótesis planteadas se puede determinar que la relación entre estas dos variables tiene una gran importancia en la mejoría en la vida del paciente, dado que su involucramiento proporcionaría bienestar y equilibrio emocional a los pacientes que se encuentran atravesando esta enfermedad pudiéndose así lograr la recuperación o el mantenimiento de su salud y esto permitirá darnos a conocer cuán importante es la relación entre la adherencia al tratamiento con una adecuada calidad de vida.

Por otro lado, este estudio se justifica a nivel práctico, debido la información recolectada y analizada servirá de base para una toma de decisiones por parte del cuerpo directivo de las instituciones hospitalarias, para implementar estrategias y planes de acción que permitan incrementar y optimizar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

1.4 Delimitación del estudio

- **Delimitación espacial**

La investigación abarcó el ámbito de la jurisdicción del Hospital Regional de Ayacucho, específicamente comprendido en la ciudad de Huamanga.

- **Delimitación temporal**

Los datos de la presente investigación se recolecto durante los meses de julio a diciembre del año 2020.

- **Delimitación teórica**

La presente investigación se ha basado en la conceptualización de las variables realizadas por los autores de los instrumentos que se emplearon para su medición.

1.5 Objetivos de la investigación

1.5.1 Objetivo General

- Determinar la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho.

1.5.2 Objetivo específicos

- Describir el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho.
- Describir el nivel de calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho.
- Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y los datos sociodemográficos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho.
- Determinar la relación entre la calidad de vida y los datos sociodemográficos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Histórico

La diabetes mellitus se ha observado e informado a lo largo de la historia escrita desde al menos 1500 a. C. Hace relativamente poco tiempo que la percepción de esta enfermedad ha cambiado. La diabetes tipo 1 ya no conlleva el estigma de una enfermedad inevitablemente rápida y mortal. La investigación científica intensiva en todo el mundo ha aportado nuevos conocimientos sobre esta enfermedad con métodos de gestión modernos. Sin embargo, queda mucho por hacer y la cura sigue siendo difícil de alcanzar. Con la mejora del nivel de vida y el aumento de la riqueza, el mundo occidental está presenciando ahora la creciente epidemia de obesidad que predispone a la diabetes tipo 2. Dado que la enfermedad en sí misma y sus complicaciones imponen grandes cargas sociales y económicas, la atención de los profesionales médicos debe dirigirse cada vez más hacia la concienciación sobre la diabetes y la promoción de un estilo de vida saludable para prevenir el desarrollo de esta enfermedad. En última instancia, con estrategias efectivas para la prevención y cura de la diabetes, esta enfermedad se eliminará.

Zajac, Shrestha, Patel y Poretsky (2010) realizaron una recopilación histórica de la diabetes mellitus, la cual se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1. Recopilación histórica de la diabetes mellitus

Año/Autor	Hallazgo/Acontecimiento
Circa 1500 a.C., Papiro de Ebers	Primera referencia escrita a la diabetes por médicos del antiguo Egipto.
230 a C., Apolonio de Menfis	El nombre diabetes (del griego "pasar") que se le da a la enfermedad.
Siglo I d.C., Aulo Cornelio Celsus	Primera descripción clínica de la diabetes.
Siglo V d.C., Susruta y Charaka, India	Primera distinción entre diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2.

Tabla 1. (Continuación)

Año/Autor	Hallazgo/Acontecimiento
1776, Mathew Dobson, Inglaterra	Determinó que la sustancia de sabor dulce en la orina de los diabéticos es azúcar.
1788, Thomas Cowley, Inglaterra	Primer vínculo entre diabetes y pancreas.
1869, Paul Langerhans, Alemania	Descubrimiento de grupos de células pequeñas en el páncreas, no drenados por los conductos pancreáticos. Estos grupos de células luego se llamaron "islotos de Langerhans".
1889, Oscar Minkowski, Joseph von Mehring, Alemania	Extirpación del páncreas en los perros que provoca el desarrollo inmediato de diabetes.
1893, Edouard Laguesse, Francia	Los islotes de Langerhans podrían ser la fuente de una sustancia antidiabética.
1907, Georg Zuelzer, Alemania	El extracto de páncreas "acomatol", producido por Zuelzer, disminuyó la glucosuria y aumentó el pH sanguíneo en perros diabéticos.
1921-1922, Frederick Banting, Charles Best, James Collip y John J.R. Macleod, Canadá	Se ha demostrado que los extractos pancreáticos de perro disminuyen la glucosuria. Primer uso clínico exitoso de extracto de páncreas refinado para pacientes diabéticos. Eli Lilly Company comienza los trabajos sobre el desarrollo comercial de insulina.
1928, Alemania	Synthalin: un derivado de guanidina administrado por vía oral para el tratamiento de la diabetes.
1939, C. Ruiz, L.L. Silva, Argentina	Propiedades hipoglucémicas de los antibióticos de sulfonamida observadas por primera vez.

Tabla 1. (Continuación)

Año/Autor	Hallazgo/Acontecimiento
1958, Frederick Sanger, Gran Bretaña	Premio Nobel por la fórmula estructural de la insulina bovina
1959, Rosalyn Yalow y Salomon Berson, Estados Unidos	Desarrollo de radioinmunoensayo. Rosalyn Yalow recibió el Premio Nobel de RIA en 1977.
1966, Universidad de Minnesota, EE. UU.	Primer trasplante de páncreas realizado.
1969, Dorothy Hodgkin, Gran Bretaña	Descripción de la estructura tridimensional de la insulina porcina mediante cristalografía de rayos X.
1978, Robert Crea, David Goeddel, Estados Unidos	Producción de insulina humana mediante tecnología de ADN recombinante.
1993, Ensayo de control y complicaciones de la diabetes, EE. UU	Relación del control metabólico de la diabetes tipo 1 con el desarrollo de complicaciones diabéticas.
1998, Estudio prospectivo de diabetes del Reino Unido, Gran Bretaña	Relación del control metabólico de la diabetes tipo 2 con el desarrollo de complicaciones diabéticas.
2001, Programa de Prevención de la Diabetes, EE. UU.	Relación de la dieta y el ejercicio con la tasa de desarrollo de diabetes tipo 2 en la población de alto riesgo.
2003, Proyecto Genoma Humano	Secuenciación del genoma humano
2007, primeros estudios de asociación de genoma completo para la diabetes	Nuevos loci identificados en asociación con la diabetes tipo 2.

Fuente: Zajac et al. (2010).

2.2 Investigaciones relacionadas con el tema

La búsqueda de la información para elaborar la sección de antecedentes ha sido realizada de las siguientes bases de datos: Dialnet, Redie, Redalyc, Scielo, Repositorio, EBSCO y ALICIA, para el periodo 2010-2020, los cuales se presentan a continuación:

A nivel nacional se han encontrado los siguientes estudios:

Rodríguez (2019) realizó un estudio con la finalidad de determinar la relación entre adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus y el pie diabético en los pacientes de endocrinología del Hospital Nacional Sergio Bernales de Lima. Se usó un diseño correlacional. Se evaluaron 157 pacientes a los cuales se les aplicó un instrumento de recolección de datos y el Test de Morisky-Green. Los resultados refieren que se halló adherencia en un 43.4% de pacientes y no adherencia en el 56.7%, hubo prevalencia de pie diabético en el 14.7% y en el 46.1% que no fueron adherentes al tratamiento, lo que demuestra una consecuencia de la inadecuada adherencia ($X^2 = 17.287$; $p = .000$).

Martínez y Paredes (2019) realizaron una investigación para determinar la correlación entre adherencia terapéutica y calidad de vida en los pacientes diabéticos de Chimbote. Se empleó un diseño transversal-descriptivo-correlacional. Participaron 50 pacientes diabéticos incluidos en el programa promovido por la Estrategia Sanitaria Nacional Hipertensión Arterial y Diabetes del Hospital La Caleta. Los instrumentos empleados fueron el Cuestionario de Adherencia Terapéutica de Paciente Diabético y el Cuestionario sobre Calidad de Vida del Paciente Diabético. Se halló que los pacientes no fueron persistentes a la prescripción farmacológica (82.1%), no hubo adherencia a la dietoterapia (98.3%) ni a ejercitarse (71.4%); su calidad de vida fue regular (48.9%) y deficiente (42.2%). Finalmente, no hubo relación estadísticamente significativa entre adherencia farmacológica ($X^2 = 3.718$; $p = .158$) y no farmacológica ($X^2 = 21.489$; $p = .289$) con calidad de vida.

Suclupe (2019) estudió la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento en lupus eritematoso sistémico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2018, en Lima. Empleó un diseño descriptivo-correlacional. Participaron 150 pacientes con lupus eritematoso sistémico, de sexo femenino y masculino, que asisten a consulta externa de reumatología del Hospital Nacional Arzobispo. Los pacientes fueron evaluados con el Test FACES III y el Test de Morisky-Green. Los resultados indicaron la existencia de una relación directa y estadísticamente significativa entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento ($r = .311$; $p = .000$).

Barra (2018) con el objetivo de caracterizar la adherencia farmacológica oral de personas con diabetes mellitus en siete localidades de la Costa del Perú, aplicó dos cuestionarios a 284 pacientes: Test Morisky Green y un Cuestionario estructurado. Los resultados evidenciaron una relación inversa entre adherencia y tiempo de tratamiento (OR = 0.30; IC95% = 0.14-0.63; p = .002), así como con el trabajo fuera de casa (OR = 1.8; IC95% = 1.01-3.24; p = .047). Finalmente, solo un pequeño número de pacientes se adhirieron al tratamiento oral (27.8%).

Ñique y Manchay (2018) realizaron un estudio para caracterizar la calidad de vida en personas diabéticas atendidas en consulta externa del Hospital Nacional Sergio Bernales. El diseño del estudio fue descriptivo. Participaron 138 personas adultas y adultas mayores. El instrumento empleado fue el cuestionario de calidad de vida Whoqol Bref. Se halló que el 97.8% de los pacientes tuvieron un nivel de calidad de vida media, el 1.4% tuvieron un nivel de calidad de vida baja y el 0.7% de los pacientes obtuvo un nivel de calidad de vida alta.

Anchante (2017) realizó un estudio con la finalidad de describir y comparar según el sexo, la calidad de vida en pacientes adultos con la enfermedad de diabetes mellitus tipo 2 del hospital San José de Chincha en el periodo enero a julio de 2017, en el primer nivel de atención. Se siguió un diseño descriptivo-comparativo. Se administraron dos instrumentos, el primero para recoger información sobre datos sociodemográficos y médicos del paciente, y, el segundo fue el Cuestionario de Calidad de Vida en Diabetes (DQML). Los resultados indicaron que son los hombres quienes principalmente se encuentran padeciendo con la enfermedad de DM-2 y que, la calidad de vida, en su mayoría es alta con un 60.53%; mientras que el 36.84% presenta una calidad de vida regular y el 2.63% una calidad de vida baja.

Castillo (2017) determinó los factores relacionados con la adherencia del tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos del Hospital Santa Rosa de Piura. La muestra estuvo conformada por 167 pacientes distribuidos en dos grupos denominados con y sin adherencia terapéutica. Los resultados refieren que los factores asociados a adherencia fueron: número de medicamentos ($X^2 = 4.087$; p = .034), nivel educativo ($X^2 = 7.394$; p = .048) y educación médico – paciente ($X^2 = 4.083$; p = .043).

Rivera (2017) determinó las variables asociadas con la adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores con diabetes tipo 2 del Hospital Nacional PNP, en Lima. El estudio estuvo conformado por 95 pacientes y se les aplicó el test Morisky-Green-Levin y el test de APGAR Familiar. Se halló que la mayoría de los pacientes tuvieron comorbilidad de hipertensión arterial. Por otro lado, sólo el 15.8% tuvieron adherencia terapéutica. La dieta ($X^2 = 14.525$; $p = .006$), la presencia de percepción de disfunción familiar ($X^2 = 12.743$; $p = 0.005$) y sus dimensiones, como adaptación familiar ($X^2 = 6.021$; $p = 0.014$), participación familiar ($X^2 = 6.191$; $p = 0.013$), ganancia en la funcionalidad familiar ($X^2 = 4.566$; $p = 0.033$) y afecto ($X^2 = 9.669$; $p = 0.002$), como esquema terapéutico, estuvieron asociados con la adherencia al tratamiento.

Custodio y Santamaría (2016) realizaron un estudio con el objetivo de relacionar calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Se siguió un diseño cuantitativo transversal - descriptiva – correlacional. La muestra fue integrada por 46 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Los instrumentos empleados fueron el cuestionario D-39 y DM2-Versión III. Los hallazgos indicaron la presencia de un nivel regular de calidad de vida de los pacientes (50.03%) así como una regular adherencia al tratamiento (42.87%); además, estas variables se encuentran relacionadas de manera directa ($r = .418$; $p = .01$).

A nivel internacional se han encontrado los siguientes estudios:

Moreno et al. (2019), en España, con el objetivo de describir la adherencia al tratamiento de diabetes mellitus, dislipidemia e hipertensión arterial, e identificar los factores que influyen, estudiaron a 16208 pacientes mayores de 65 años que iniciaron tratamiento en monoterapia de un antidiabético, un hipolipidemiante o antihipertensivo en 2010. La adherencia se evaluó mediante el cálculo de la relación de posesión de medicación durante un año seguido. Los resultados mostraron que la adherencia al tratamiento antidiabético, un hipolipidemiante o antihipertensivo fue de 72.4%, 50.7% y 44.3% respectivamente. Se halló un incremento en la adherencia

del 3-8% por enfermedad crónica añadida del paciente. No se halló asociación de enfermedad mental con la adherencia, sexo, edad y número de fármacos.

Ramos et al. (2017), en Colombia, investigaron sobre los factores relevantes de la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos. Se empleó un diseño descriptivo. La muestra estuvo conformada por 30 pacientes del Consejo Popular de Cartagena, entre octubre del 2014 a mayo del 2015. Se halló que más de la mitad de pacientes (63%) no cumplen con las recomendaciones terapéuticas, las personas de sexo femenino se adhieren más al tratamiento, al igual que los de 51 a 60 años. Finalmente, se observó mayor adherencia al tratamiento en los dos primeros años y después de diez años.

Perwitasari y Urbayatun (2016), en Indonesia, realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus, en relación con la calidad de vida y evaluar los factores asociados a la adherencia y la calidad de vida. Este estudio siguió un diseño correlacional. La muestra estuvo constituida por 65 pacientes con diabetes mellitus que asistían a dos hospitales privados en Yogyakarta y que se encontraban con medicación durante más de 6 meses. Se utilizó el Cuestionario Breve de Medicamentos (BMQ) para medir la adherencia de los pacientes y el Cuestionario de Ensayos Clínicos de Calidad de Vida en Diabetes (DQLCTQ) para medir la calidad de vida de los pacientes. Los resultados indicaron que no hubo diferencias significativas en los resultados de BMQ y las funciones de DQLCTQ entre los grupos de monoterapia y terapia de combinación ($p > .05$). La puntuación de la terapia de combinación de BMQ fue más alta que la de los grupos de monoterapia. La función física, los problemas de salud y la salud mental de los grupos de terapia combinada fueron más altos que los del grupo de monoterapia. Los pacientes masculinos tuvieron una puntuación significativamente más alta en el dominio del régimen de BMQ que los pacientes femeninos (0.35 y 0.17, respectivamente). La edad avanzada tiene la puntuación más baja del efecto del tratamiento de DQLCTQ ($p < .05$). La creencia, el recuerdo y la creencia sobre la reacción adversa al fármaco del BMQ tienen una correlación positiva con la función física ($r = .542, .424$ y $.640$, respectivamente). Finalmente, se concluyó que la calidad de la atención, el sexo y la edad pueden predecir la adherencia y la calidad de vida de los pacientes. Hubo una relación directa entre adherencia y calidad de vida de los pacientes.

Zioga et al. (2016), en Grecia, realizaron un estudio con el propósito de evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos, así como la conexión entre adherencia y calidad de vida. Se empleó un diseño descriptivo-correlacional en un hospital provincial del norte de Grecia. La muestra fue de conveniencia, compuesta por 108 pacientes. Se emplearon el Cuestionario de Actividades de Autocuidado de la Diabetes y el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36. Los hallazgos indicaron que los pacientes tenían una buena adherencia a la dieta y las rutinas de análisis de sangre / glucemia, pero no experimentaron niveles elevados de calidad de vida. El tipo de tratamiento afectó la adherencia a los análisis de sangre con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.000$). Además, el estado civil afectó la salud mental con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,032$). Las subescalas de adherencia se correlacionan con todos los dominios de la calidad de vida. Se concluyó que es importante planificar intervenciones para mejorar la adherencia a otros tipos de tratamiento y ayudar a los pacientes a mejorar aún más su calidad de vida.

Escandón-Nagel et al. (2015), en Chile, relacionaron adherencia al tratamiento, calidad de vida y sintomatología depresiva, en pacientes diabéticos de un centro de salud de Concepción, Chile. La muestra estuvo conformada por 101 pacientes de entre 45 a 65 años de edad. Los instrumentos empleados fueron el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II y un Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS. Los hallazgos indicaron que los pacientes tenían una elevada adherencia al tratamiento, baja sintomatología depresiva y una elevada calidad de vida. Además, se halló una correlación inversa entre la adherencia al tratamiento y la sintomatología depresiva ($r = -0.17$; $p < .05$); así como, una correlación positiva entre adherencia al tratamiento y calidad de vida ($r = 0.50$; $p < 0.01$).

Muñoz (2013), en Chile, realizó un estudio con la finalidad de comparar la calidad de vida de pacientes con diabetes con tratamiento con y sin insulina. El diseño de investigación fue de comparación de grupos independientes. El muestreo fue por conveniencia (con insulina $n = 50$ y sin insulina $n = 50$). La recolección de la información se realizó mediante la aplicación de un cuestionario de aspectos sociodemográficos y el *Diabetes Quality of Life* (DQOL). Los resultados indicaron

que, solamente existen diferencias significativas en el impacto del tratamiento ($p = .001$) y la preocupación vocacional/social ($p = .033$), a favor del grupo que recibió insulina. Asimismo, se hallaron diferencias estadísticas en la dimensión de preocupación por la diabetes ($p = .002$) y en calidad de vida, favorablemente para el grupo con en el grupo con insulina.

Martínez et al. (2008), en México, investigaron la asociación entre adherencia y calidad de vida en pacientes diabéticos. El estudio implicó un diseño transversal comparativo. La muestra fue aleatoria y estuvo constituida por 238 pacientes diabéticos tipo 2 durante un año en cuatro unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Aguascalientes, México. La adherencia al tratamiento se midió mediante el método indirecto de recuento de píldoras para evaluar el comportamiento de adherencia, obteniendo información en dos visitas domiciliarias. También se evaluó dos precursores de conducta de adherencia: el conocimiento de los pacientes sobre su prescripción médica medido a través de un cuestionario estructurado; y actitudes hacia la adherencia al tratamiento mediante una escala Likert. La calidad de vida se midió mediante el WHOQOL-100 (cuestionario de calidad de vida de la OMS). La información relativa tanto al conocimiento como a la actitud se obtuvo a través de entrevistas con los pacientes. Los resultados indicaron que no hubo correlación entre la calidad de vida y el comportamiento de adherencia al tratamiento. No obstante, la combinación de un conocimiento sólido y una actitud positiva se asoció con cinco de los seis dominios de la calidad de vida: física ($\beta = 0.19$; $p = .000$), psicológica ($\beta = 0.16$; $p = .000$); nivel de independencia ($\beta = 0.11$; $p = 0.05$), relaciones sociales ($\beta = 0.14$; $p = .02$), ambiente ($\beta = 0.16$; $p = .000$). Los resultados sugieren que es importante explorar los precursores psicológicos de la conducta de adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2.

2.3 Estructura teórica y científica que sustenta el estudio

2.3.1 Diabetes Mellitus

Velasco-Guzmán y Brena-Ramos (2014) definen a la diabetes mellitus como un padecimiento consistente una deficiente acción de la insulina endógena elaborada por el páncreas, que produce una hiperglucemia; del mismo modo, se general complicaciones en el metabolismo (principalmente lípidos), provocando daño vascular en varios órganos.

En la actualidad, según la Organización Mundial de la Salud (2019) se acepta generalmente que la característica subyacente común a todas las formas de diabetes es la disfunción o destrucción de las células β pancreáticas. Muchos mecanismos pueden provocar una disminución de la función o la destrucción completa de las células β estas células no se reemplazan, ya que el páncreas humano parece incapaz de renovar las células β después de los 30 años. Estos mecanismos incluyen predisposición genética y anomalías, procesos epigenéticos, resistencia a la insulina, autoinmunidad, enfermedades concurrentes, inflamación y factores ambientales. Diferenciar la disfunción de las células β y la disminución de la masa de las células β podría tener implicaciones importantes para los enfoques terapéuticos para mantener o mejorar la tolerancia a la glucosa. Comprender el estado de las células β puede ayudar a definir los subtipos de diabetes y guiar el tratamiento.

2.3.1.1 Clasificación de la Diabetes Mellitus

Para Velasco-Guzmán y Brena-Ramos (2014) la diabetes mellitus se organiza, según el CIE-10 en tres tipos:

1. **Diabetes mellitus tipo 1:** Ocurre una pobre elaboración de insulina y requiere de una dosis diaria de esta. Usualmente se origina a partir de un padecimiento autoinmune que destruye el páncreas. La

sintomatología implica: poliuria, polidipsia, polifagia, disminución de peso, problemas visuales y agotamiento.

2. **Diabetes gestacional:** Ocurre en el embarazo, ocasionando dificultad en cuanto a la adaptación a la insulino-resistencia en la embarazada.
3. **Diabetes mellitus tipo 2:** Se produce por la resistencia a la insulina o dificultades en la elaboración de esta. Debido a ello, la glucosa no se traslada correctamente a la célula, provocando un incremento de glucosa en la sangre (hiperglucemia).

2.3.1.2 Tratamiento de la Diabetes Mellitus

La terapia implica en lograr un adecuado control de las concentraciones de glucosa en sangre, para ello es importante realizar las siguientes actividades:

1. **Dieta:** Para Fenco (2010) se debe controlar este padecimiento alcanzando o manteniendo un peso adecuado. Se aconseja una alimentación eliminando los carbohidratos simples y las grasas poliinsaturadas.
2. **Ejercicio:** El ejercicio mejora el trabajo de la insulina a nivel periférico. Debido a esto, se recomienda que el paciente con diabetes mellitus tipo 2, desarrolle sistemáticamente algún tipo de ejercicio moderadamente (OMS, 2016).
3. **Medicación:** La medicación implica usar hipoglicemiantes orales, los tienen el propósito de nivelar la concentración de azúcar en sangre (OMS, 2016).
4. **Educación Diabetológica:** Está dirigida a brindar conocimiento de manera comprensible sobre la enfermedad: tratamientos,

complicaciones, condiciones de alarma y cuidados en el hogar, entre otros.

Es de gran importancia que acudan en compañía de algún familiar quien participará activamente en el cuidado de la diabetes del paciente (OMS, 2016). Este componente es en estricto un programa con un fuerte componente psicológico.

2.3.1.3 Diabetes Mellitus Tipo 2

Escalante (2001) refiere que la diabetes mellitus tipo 2 constituye un conjunto de padecimientos con múltiples dificultades del metabolismo. Estas implican: incremento en elaboración de glucosa por el hígado, déficit de segregación de insulina por el páncreas y una disminuida acción del cuerpo hacia la insulina, denominada resistencia a la insulina. En consecuencia, se hace necesaria una adecuada identificación de los diversos fármacos vigentes para tratar eficazmente las diversas complicaciones de este trastorno.

Por supuesto con este estudio se trata de mostrar que un manejo de la Diabetes Tipo 2 incluirá un manejo integral aplicando técnicas psicoterapéuticas que trabajen con los diferentes factores psicológicos, familiares y sociales que se ven involucrados en esta enfermedad.

2.3.1.4 Determinantes sociales asociados a la Diabetes Mellitus Tipo 2.

Pérez y Berenguer (2015) indagaron sobre un grupo de condiciones sociales que afectan la salud y que se relacionan con la diabetes mellitus de tipo 2. Estos son: entorno socioeconómico, grado de instrucción, tipo de trabajo, acceso a servicios de salud, alimentación elevada en calorías, entre otros.

Domínguez (2013) indicó que la diabetes mellitus de tipo 2 es afectada directamente por factores sociales, estos son:

- **Nivel de ingreso:** las condiciones socioeconómicas afectan los hábitos alimenticios y la ejercitación física.
- **Nivel educacional:** el grado de educación alcanzado puede generar prácticas alimenticias y estilos de vida que conducen a la obesidad.
- **Ocupación:** el tipo de trabajo puede proteger a la persona ante peligros relacionados con su labor, les brinda acceso a servicios de salud, provoca distintos grados de estrés psicológico que pueden afectar su estilo de vida.
- **Accesibilidad a los servicios de salud:** si la persona está privada de acceso a servicios de salud o estos son escasos o inadecuados, entonces esto afectará de modo negativo en el abordaje de cualquier enfermedad.
- **Dietas hipercalóricas:** la comida “chatarra”, publicitada como “alimento rápido”, afecta al estado nutricional provocando obesidad.
- **Inactividad física:** ejercitarse constituye un aspecto que contribuye al mejoramiento de paciente con diabetes mellitus si se realiza de manera continua.
- **Creencia sobre la belleza y la salud:** algunas ideas culturalmente difundidas son la creencia que un cuerpo voluminoso es sinónimo de salud y hermosura, ignorando que en realidad se está promoviendo la obesidad, que podría producir diabetes mellitus de tipo 2.
- **Género:** las mujeres son más propensas a desarrollar diabetes mellitus, debido a ideas culturalmente mantenidas, como por ejemplo las diferencias en las remuneraciones y otras que les generan estar en una desventaja social en varios lugares a nivel mundial.

- **Funcionalidad familiar:** contar con una familia que apoye al paciente influye en la enfermedad, su desarrollo y término, debido a que implica un aspecto importante para generar comportamiento saludables y cumplimiento del tratamiento médico. El apoyo familiar general adaptación, respaldo, cariño y la facultad de resolver problemas. Este aspecto constituiría una variable fundamental para prevenir la evolución de la diabetes mellitus.

2.3.2 Adherencia terapéutica

La Organización Mundial de la Salud (2014) define la adherencia terapéutica como el correcto cumplimiento al tratamiento; es decir la toma de acuerdo a dosis y programa prescrito por el médico, también considera la persistencia en tomar la medicación a lo largo del tiempo de tratamiento indicado. Existen muchas causas que influyen en la falta de adherencia:

- Problemas con el régimen prescrito (efectos adversos)
- Malas, o insuficientes instrucciones por parte del personal de salud.
- Mala relación entre el médico y paciente.
- Que el paciente no esté de acuerdo con el tratamiento indicado.
- Descuidos y la mala memoria del paciente o del encargado del paciente.

Para favorecer la adherencia al tratamiento se puede tomar en cuenta:

- Redactar un calendario con los días, horas que se debe administrar el medicamento, especificando detalles del medicamento (nombre, dosis, color, etc.)
- Pedir a un familiar o responsable del paciente el monitoreo de cada medicamento.
- Pedir a un familiar o persona responsable del paciente que lleve un control de cada medicamento.
- Organizar los medicamentos y mantenerlos en lugares visibles y accesibles.

La adherencia al tratamiento es una condición dinámica; debido a ello las conductas de rechazo o evitación al tratamiento deben comprenderse como ambivalentes o críticas: a veces el paciente puede estar predispuesto al tratamiento yendo a terapia voluntariamente, pero luego, puede apartarse, ausentándose o desobedeciendo a las indicaciones terapéuticas (Arkowitz, 2002).

Asimismo, se puede comprender la resistencia al tratamiento a partir de tres orientaciones distintas y complementarias: el primero como una debilidad a nivel psicológico, que implica una carencia de habilidades o déficit inactivación de estas (Clarkin & Levy 2004); el segundo como reacción de adaptación al problema (Arkowitz, 2002); y, el último, como componente de la interacción médico-paciente que pueden incrementar o disminuir el comportamiento resistente (Miller & Rollnick, 2002).

La ausencia de adherencia es una dificultad constante en los padecimientos crónicos que tienen consecuencias nefastas para la salud y la calidad de vida. En un padecimiento como la diabetes, que implica el máximo compromiso del paciente, la adherencia guarda un rol decisivo sobre el tratamiento. En consecuencia, los profesionales de la salud encargados de atender a pacientes con diabetes deben tener la capacidad de identificar la ausencia de adherencia y su origen, con la finalidad de ejecutar las técnicas apropiadas (González & Mendoza, 2016).

El Modelo de Creencias de Salud (MCS) se desarrolló en 1966 para predecir el comportamiento de promoción de la salud y se ha utilizado en pacientes con una amplia variedad de enfermedades. El MCS también se ha utilizado para informar el desarrollo de intervenciones para mejorar los comportamientos de salud. Varias revisiones han documentado el desempeño de MCS en la predicción del comportamiento, pero ninguna revisión ha abordado su utilidad en el diseño de intervenciones o la eficacia de estas intervenciones.

Jons, Smith y Llewellyn (2013) realizaron una revisión sistemática para identificar los estudios de intervención que utilizaron el MCS como base teórica para el diseño de la intervención, descubriendo que se ha utilizado continuamente en el desarrollo de intervenciones de cambio de comportamiento durante 40 años. De 18 estudios elegibles, 14 (78%) informaron mejoras significativas en la adherencia, de los cuales siete (39%) mostraron efectos moderados a grandes.

El MCS tiene los siguientes postulados centrales (Jones, Smith & Llewellyn, 2013):

- El MCS propone que la gravedad percibida (creencias sobre la gravedad de la afección y las consecuencias relacionadas de la afección) junto con la susceptibilidad percibida (la medida en que el individuo se siente en riesgo de estar expuesto / sufriendo la afección) y las señales de acción, en su conjunto, contribuyen a la percepción del individuo de la amenaza.
- Las señales de acción pueden ser internas (por ejemplo, estado corporal o síntoma) o externas (por ejemplo, recordatorio sobre la cita con el médico).
- La percepción del individuo de la amenaza a una condición más los beneficios percibidos (la efectividad y la disponibilidad de tomar un curso de acción particular) y las barreras percibidas (los aspectos negativos relacionados con seguir el curso de acción) contribuyen a la probabilidad de que la acción sea seguida.

Por otra parte, el modelo del MCS, presenta los siguientes constructos principales según Wheeler (2011):

- Susceptibilidad percibida / Severidad percibida.

La percepción de amenaza se destaca en este modelo como un paso importante para reconocer el valor de tomar una acción recomendada para reducir la amenaza. Las versiones anteriores del modelo, de hecho, combinaban la susceptibilidad percibida y la severidad percibida y etiquetaban el componente como amenaza percibida. Se ha planteado si los dos conceptos son realmente percibidos por la persona promedio por separado. Percepciones de susceptibilidad y severidad son altamente subjetivas. Cuando algunas personas vean un problema de salud en particular como inminente y potencialmente mortal, y estén preparadas para tomar medidas preventivas, otras se verán a sí mismas como inmunes y las medidas preventivas son innecesarias.

- Beneficios percibidos / Barreras percibidas.

Incluso si un individuo percibe que la susceptibilidad a una amenaza para la salud es grave, la percepción de los beneficios que se obtendrían si se realizan cambios, influye en la decisión de cambiar comportamientos riesgosos. Del mismo modo, el individuo puede percibir los beneficios de ajustar el comportamiento, pero estar limitado por las barreras percibidas para tomar medidas. Los beneficios percibidos de la acción deben superar las barreras percibidas.

Con frecuencia, se ha demostrado que estas dos dimensiones son más significativas que las otras, y la construcción de barreras percibidas con mayor frecuencia es la más importante para predecir el desempeño de un comportamiento de salud particular. Las barreras percibidas pueden incluir elementos disuasivos físicos como la distancia, el dinero, el tiempo, la conveniencia y la incapacidad física o accesibilidad.

- Autoeficacia.

El concepto de autoeficacia, según lo definido es la convicción de que uno puede ejecutar con éxito el comportamiento requerido para producir los resultados, es una adición relativamente reciente a la MCS. El componente de autoeficacia fue integrado en el modelo reformulado, manteniendo los conceptos originales de susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras. La confianza en la capacidad de realizar un comportamiento de salud recomendado puede ser un factor vital para que un individuo implemente el cambio de comportamiento y/o el cumplimiento de un comportamiento de salud recomendado. Las creencias de autoeficacia también determinan cómo se ven los obstáculos e impedimentos. Aquellos que tienen baja eficacia se convencen fácilmente de la inutilidad del esfuerzo frente a las dificultades, mientras que aquellos de alta eficacia perseverarán ante los elementos disuasivos.

- Señales de acción.

Varias versiones tempranas del modelo MCS incluyeron el concepto de señales o desencadenantes de acción. La modificación de creencias presenta algunos problemas, incluido el hecho de que los intentos de cambio implican proporcionar pistas. Las señales de acción pueden incluir eventos físicos como dolor o inicio de enfermedad, un animal enfermo, un familiar o amigo que contrajo una afección, cobertura mediática de una afección de salud o profesionales de la salud que brindan información educativa. Cada uno de estos ejemplos podría resultar en un mejor cumplimiento de un comportamiento de salud recomendado. Aunque este componente del modelo ha recibido poca atención de investigación, posiblemente porque, las señales de acción son difíciles de estudiar en encuestas explicativas; una señal puede ser tan fugaz como un estornudo o la percepción apenas consciente de un póster. Sin embargo, se sugiere

que existe evidencia considerable de que este componente puede tener efectos poderosos en el comportamiento de la salud.

2.3.3 Calidad de vida

Church (2004) realizó una revisión de varios estudios encontrando que esta variable ha sido definida como:

- La visión de una persona de su ubicación en la vida desde la perspectiva cultural y valorativa en los que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones.
- Satisfacción subjetiva del paciente con la vida.
- La ausencia de pobreza, desnutrición, aislamiento, negligencia y falta de servicios de salud.

La primera definición es la definición desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para cumplir con la definición de salud de la OMS (1995) como algo más que la ausencia de enfermedad. Todas las definiciones conceptuales identificadas incluyen ámbitos más allá de los de la ausencia de enfermedad.

La mayoría de las definiciones de calidad de vida incluyen dominios que dependen en gran medida de la satisfacción y felicidad del paciente con su vida en su conjunto, o aspectos específicos de su vida. La idea de satisfacción o percepción del paciente de la calidad de vida es incluida por los autores en sus definiciones conceptuales para resaltar la importancia generalmente aceptada de elementos distintos del estado de salud que se consideran parte integral de la idea de calidad de vida (Starace et al., 2002; Montgomery, Pocock, Titley, & Lloyd, 2002).

La definición final representa dominios fuera del estado de salud o la satisfacción del paciente que también contribuyen a la calidad de vida.

Situación socioeconómica, nivel educativo, situación laboral, estado civil y condiciones de vida fueron factores también citados cuando se revisan las discusiones conceptuales sobre la calidad de vida (Church, 2004).

Finalmente, Church, (2004) conceptualiza la calidad de vida como una medida de la capacidad de una persona para funcionar física, emocional y socialmente dentro de su entorno a un nivel consistente con sus propias expectativas.

2.3.4 Modelos de calidad de vida

La calidad de vida es un concepto multinivel y amorfo que refleja las influencias macrodemográficas y sociodemográficas y también las micro preocupaciones, como las experiencias de los individuos, las circunstancias, la salud, el bienestar social, los valores, las percepciones y la psicología (Bowling et al., 2003).

Sin embargo, no existe ningún modelo consistente de calidad de vida. Se han propuesto varias teorías utilizando diferentes atributos de la calidad de vida para explicar este complejo fenómeno. Cualquier intento de taxonomizar estas teorías y modelos propuestos podría considerarse, según la frase de Cummin (1996), como "un intento de ordenar el caos".

Bowling creó una lista de modelos, al agrupar varias teorías que se han propuesto y dividir las en nueve categorías principales (Brown et al., 2004; Bowling, 2005a). Estas categorías son (Pisimisis, 2013):

- **Indicadores objetivos.**

Los indicadores objetivos generalmente incluyen áreas como salud, ingresos, nivel de vida, vivienda, educación, etc. Estos factores han sido propuestos por los investigadores como componentes de la calidad de vida y se centran en medir hechos "duros" (Veenhoven, 2002). Los indicadores objetivos tienen la ventaja de recopilar datos relativamente fáciles.

Los indicadores objetivos pueden ser de naturaleza demográfica, económica o epidemiológica. El estado socioeconómico y la salud (como lo indica la morbilidad o la mortalidad y no el estado de salud subjetivo) son dos indicadores utilizados como predictores objetivos de la calidad de vida. Hay correlaciones entre ellos y un indicador determina el nivel de otro, lo que afecta la calidad de vida. En la mayoría de los casos, estos mecanismos no se han explicado, pero la asociación está bien establecida. Sin embargo, existe una fuerte evidencia de que los dos están constantemente asociados, aunque los mecanismos, la causalidad y la complejidad de esta asociación no se han determinado (Adler et al., 1994).

Los indicadores sociales son una variante de los indicadores objetivos. Se suponía que un indicador social era una medida directa del bienestar y era una estadística de interés normativo directo, que facilitaba los juicios sobre un aspecto importante de la sociedad. Se han utilizado para detectar cambios a lo largo del tiempo, para monitorear el sistema social, para evaluar intervenciones y para pronosticar el futuro (Sirgy et al., 2006).

Los indicadores objetivos no han tenido mucho éxito en la predicción de la calidad de vida porque se centran solo en factores y condiciones externas que los investigadores pensaron que constituyen este constructo (Pisimisis, 2013).

- **Indicadores subjetivos.**

Los indicadores subjetivos o experimentales son aquellos que implican algún tipo de evaluación por parte de una persona con respecto a algún aspecto o condición de su vida (Brown et al., 2004). Hay conceptos como el bienestar, la felicidad o la calidad de vida que no se pueden entender completamente sin preguntar a las personas cómo experimentan y perciben la condición. Se ha establecido que la calidad de vida es principalmente una percepción subjetiva de la vida y que las características que la afectan se basan en juicios de valor más que en observaciones objetivas. Por lo tanto, las evaluaciones realizadas por las personas de los conceptos relacionados con sus vidas a medida que las

experimentan se institucionalizan o formalizan mediante indicadores subjetivos (Pisimisis, 2013).

La crítica de los indicadores subjetivos se ha centrado principalmente en su comparabilidad, validez y fiabilidad. El primero se refiere a la capacidad limitada de los indicadores subjetivos para comparar las condiciones de diferentes personas, culturas o estándares cambiantes a lo largo del tiempo (Veenhoven, 2002). Las preguntas de validez surgen porque existe la posibilidad de que un encuestado entienda las preguntas de manera diferente a lo que el investigador tiene en mente, mientras que las dudas sobre la confiabilidad surgen debido a la falta de precisión de las respuestas, así como a varias distorsiones, como el sesgo de deseabilidad social o sesgos culturales. Sin embargo, Veenhoven (2002) argumentó que los indicadores objetivos solo pueden proporcionar parte de la información requerida y centrarse en los detalles en lugar de centrarse en el todo.

En este sentido, Quiceno y Vinaccia (2010) hallaron, al investigar diversas enfermedades, que la percepción de la patología se vincula con la calidad de vida, lo cual prueba que las percepciones nefastas sobre la patología tienen una influencia directa sobre el bienestar físico y mental de los pacientes crónicos, lo cual fue verificado por otras investigaciones (Vinaccia, Quiceno, & Remor, 2012).

Vinaccia, Quiceno, Lozano y Romero (2017) analizaron la asociación entre calidad de vida vinculada con la salud, la percepción de patología, la felicidad, la ansiedad y la depresión en personas diagnosticadas con artritis reumatoide de Bogotá. Hallaron una adecuada calidad de vida relacionada con la salud. Adicionalmente, se encontró una relación inversa con la ansiedad y una positiva con la felicidad.

Vinaccia, Garavito, Padilla y Quiceno (2018) evaluaron las relaciones entre calidad de vida relacionada con la salud -CVRS, la ansiedad, la

depresión y el bienestar espiritual en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica -EPOC. Los resultados indicaron un nivel de calidad de vida general favorable en los pacientes. Además, se halló una relación negativa entre la ansiedad con la calidad de vida medida, confirmándose la influencia de la ansiedad sobre la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud.

En tal sentido, el enfoque seguido en esta investigación será el ideográfico para la calidad de vida.

2.4 Definición de términos básicos

- **Adherencia al tratamiento**

Es la implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con su médico (Martín, Bayarre & Grau (2008).

- **Apoyo comunitario**

Es poseer un buen vecindario, disponer de apoyos financieros y de otros servicios (Mezzich como se citó en Robles, 2010).

- **Apoyo social-emocional**

Es poseer disponibilidad de personas en quien confiar y de personas que le proporcionen ayuda y apoyo emocional (Mezzich como se citó en Robles, 2010).

- **Autocuidado y funcionamiento independiente**

Es cuidar bien de su persona, tomar sus propias decisiones (Mezzich como se citó en Robles, 2010).

- **Bienestar físico**

Es sentirse con energía, sin dolores ni problemas físicos (Mezzich como se citó en Robles, 2010).

- **Bienestar psicológico**

Es sentirse bien y satisfecho consigo mismo (Mezzich como se citó en Robles, 2010).
- **Calidad de vida**

Es la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que esta experimenta y como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (Robles et al., 2010).
- **Cumplimiento del tratamiento**

Es la ejecución por la persona de las indicaciones médicas prescritas (Martín et al., 2008).
- **Funcionamiento interpersonal**

Es ser capaz de responder y relacionarse bien con su familia, amigos y grupos (Mezzich como se citó en Robles, 2010).
- **Funcionamiento ocupacional**

Es ser capaz de realizar un trabajo remunerado, tareas escolares y/o domésticas (Mezzich como se citó en Robles, 2010).
- **Implicación personal**

Es la búsqueda por el paciente de estrategias para garantizar el cumplimiento de las prescripciones con la ejecución de los esfuerzos necesarios (Martín et al., 2008).
- **Plenitud personal**

Es el sentido de realización personal y de estar cumpliendo con sus metas más importantes (Mezzich como se citó en Robles, 2010).

- **Relación transaccional**

Es la relación de colaboración establecida entre el paciente y su médico para instaurar el tratamiento y elaborar la estrategia a seguir que garantice su cumplimiento y aceptación por ambos (Martín et al., 2008).

- **Satisfacción espiritual**

Es haber desarrollado una actitud hacia la vida más allá de lo material y un estado de paz interior consigo mismo y con las demás personas (Mezzich como se citó en Robles, 2010).

2.5 Fundamentos teóricos que sustenta las hipótesis

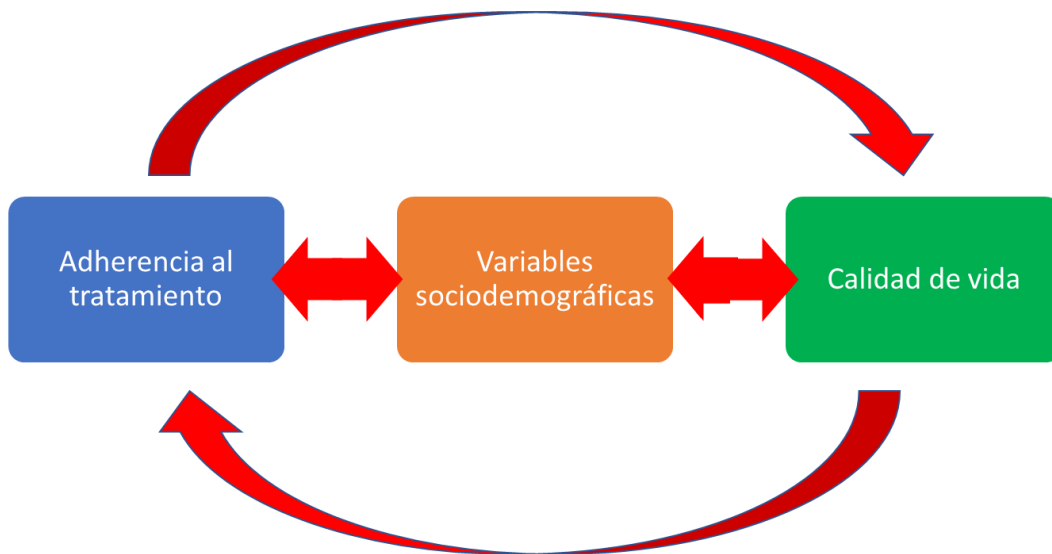


Figura 1. Esquema del fundamento teórico
Fuente: elaboración propia

2.6 Hipótesis

2.6.1 Hipótesis General

H_{1G} : Existe relación estadísticamente significativa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho.

H_{0G} : No existe relación estadísticamente significativa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho.

2.6.2 Hipótesis Específica

No se considerarán hipótesis descriptivas con respecto a la adherencia al tratamiento y la calidad de vida que se espera encontrar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital del MINSA de Ayacucho, debido a que no se cuenta con información teórica o empírica suficiente que permita precisar a priori el valor que podrían adoptar estas variables y a con ella formular hipótesis predictivas (Hernández et al., 2014).

H_{1E} : Existe relación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento y los datos sociodemográfico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho.

H_{0E} : No existe relación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento y los datos sociodemográfico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho.

H_{2E} : Existe relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y los datos sociodemográfico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho.

H_{0E} : No existe relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y los datos sociodemográfico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho.

2.7 Variables (definición y operacionalización de variables: Dimensiones e indicadores)

2.7.1 Definiciones conceptual y operacional de las variables principales:

Variable a relacionar 1: Adherencia al tratamiento

Definición conceptual

Es la implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con su médico (Martín, Bayarre & Grau, 2008).

Definición operacional

Variable cualitativa politómica ordinal, evidenciada a través de las puntuaciones obtenidas por un paciente según el instrumento para medir la adherencia terapéutica (MBG) de Martín et al., (2008), que cuenta con tres niveles: adherencia total de (38 a 48 pts), adherencia parcial (18 a 37 pts.) y no adherencia de (0 y 17 pts).

2.7.2 Definiciones conceptual y operacional de las variables principales:

Variable a relacionar 2: Calidad de vida

Definición conceptual

Es la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que esta experimenta y como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (Robles et al., 2010).

Definición operacional

Variable cualitativa politómica ordinal, evidenciada a través de las puntuaciones obtenidas por un paciente según el instrumento para medir la calidad de vida (Índice de Calidad de Vida) de Mezzich (Robles et al., 2010), que cuenta con diez dimensiones: Bienestar físico, bienestar psicológico o emocional, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento

ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo socio-emocional, apoyo comunitario, plenitud personal, satisfacción espiritual y calidad de vida global.

2.7.3 Variables sociodemográficas

SEXO

Definición conceptual

Condición orgánica que diferencia al hombre de la mujer, plantas y animales (Real Academia Española, 2019).

Definición operacional

Variable cualitativa dicotómica nominal, la cual será identificada en masculino (M) o femenino (F), información que será recopilada de la ficha de datos sociodemográficos.

EDAD

Definición conceptual

Tiempo en que ha vivido una persona (Real Academia Española, 2019).

Definición operacional

Variable cualitativa politómica ordinal que se categoriza de 18 a 30 años y de 31 a 40 de 41 A 50 y 61 A más, información que será recopilada de la ficha de datos sociodemográficos.

GRADO DE INSTRUCCIÓN

Definición conceptual

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (Sempertegui & Ticlla, 2018).

Definición operacional

Variable cualitativa politómica ordinal, la cual será identificada en primaria, secundaria, superior técnico y superior universitario, información que será recopilada de la ficha de datos sociodemográficos.

TIPO DE FAMILIA

Definición conceptual

Es la clasificación del grupo humano que convive bajo un mismo techo y que está vinculado por emociones, sentimientos y lazos de consanguinidad, compartiendo problemas, necesidades y sentimientos (Sánchez, 2011).

Definición operacional

Variable cualitativa dicotómica nominal, la cual será identificada en familia que da soporte y familia que no da soporte, información que será recopilada de la ficha de datos sociodemográficos.

2.7.4 Operacionalización de variables

En la Tabla 2 se presenta la operacionalización de la variable adherencia terapéutica.

Tabla 2. Operacionalización de la variable adherencia terapéutica

VARIABLE	NIVEL	VALORES
Adherencia Terapéutica	No Adherencia	0 – 17
(Cuestionario para la evaluación de la adherencia Terapéutica MBG de Martín– Bayarre–Grau)	Adherencia parcial	18 – 37
	Adherencia total	38 – 48

En la Tabla 3 se presenta la operacionalización de la variable calidad de vida.

Tabla 3. Operacionalización de la variable calidad de vida

VARIABLE	NIVEL	VALORES
Calidad de vida	Bajo	0 – 5
(Índice de Calidad de Vida de Mezzich)	Promedio	6 – 8
	Alto	9 – 10

En la Tabla 4 se presenta la operacionalización de las variables sociodemográficas.

Tabla 4. Operacionalización de las variables sociodemográficas

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIAS
SOCIODEMOGRÁFICAS		
Sexo	Cualitativa dicotómica	Masculino
(Ficha de datos sociodemográficos)	nominal	Femenino
Edad	Cualitativa Politómica	18 – 30 años
(Ficha de datos sociodemográficos)	ordinal	31 a 40 años
		41 A 50 años
		61 A más
Grado de instrucción	Cualitativa Politómica	Primaria
(Ficha de datos sociodemográficos)	ordinal	Secundaria
		Superior técnico
		Superior universitario
Tipo de familia	Cualitativa politómica	Familia que no da soporte
(Ficha de datos sociodemográficos)	ordinal	Familia que da soporte

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque, tipo y diseño de investigación

- **Enfoque de investigación**

El enfoque de la presente investigación es el de una investigación cuantitativa, definido por Salgado-Lévano (2018) como “un estudio que presenta datos empíricos originales enmarcados dentro de la lógica epistemológica de tradición objetivista” (p. 69).

- **Nivel de investigación**

Nivel de investigación es denominada correlacional porque se apoya en un contexto teórico y su propósito fundamental es el de desarrollar teorías mediante principios y de generalizaciones amplias. Tiene como objeto la búsqueda del conocimiento (Hernández, 2014).

- **Diseño de la investigación**

La presente investigación seguirá un diseño no experimental de corte transversal. Ya que no se interviene sobre la muestra de estudio y los datos son recolectados en un momento determinado del tiempo (Hernández, 2014).

3.2 Población y muestra

- **Población**

La población de presente investigación estuvo constituida por 729 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, cuyas edades oscilan entre 18 a 70 años a más, de ambos sexos, según el dato proporcionado por la Dirección de Epidemiología del Hospital del MINSA de Ayacucho (2018).

- **Muestra**

Se trabajó con un muestreo de tipo probabilístico, siendo la muestra de 100 pacientes, la cual ha sido calculada por el programa G*Power [Versión 3.1.9.2] (Bunchner, Erdfelder, Faul & Lang, 2014) bajo el criterio de hipótesis de dos colas, con un tamaño del efecto de .46 (Escandón-Nagel et al., 2015), asumiendo un margen de error de .01 y un poder estadístico de .99.

a. Unidad de análisis

- Un paciente del Hospital MINSA de Ayacucho, diagnosticado con diabetes mellitus tipo 2.

b. Marco muestral:

- Relación de pacientes del Hospital MINSA de Ayacucho, diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, que se encuentran en la base de datos de la Unidad de Estadística de la institución.

c. Criterios de inclusión

Las características de los pacientes que formarán parte del estudio son:

- Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 desde hace un año o más.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes de 18 a más años.
- Pacientes del Hospital del Ministerio de Salud (MINSA) de Ayacucho.
- Haber firmado voluntariamente el consentimiento informado.

d. Criterios de exclusión

- Pacientes que no tienen precisados el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.
- Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 desde hace menos de un año.

- Pacientes durante la evolución que puedan presente algún problema físico.

En la Tabla 5 se presentan las características de los participantes en la presente investigación. Se aprecia que la mayoría de los participantes en el estudio son mujeres (61%), entre 60 a 69 años de edad (29%), con instrucción superior universitaria (38%), cuentan con una familia que les brinda soporte (89%), son amas de casa (28%) y tienen entre 1 a 5 años de haber sido diagnosticado con diabetes mellitus tipo 2 (44%).

Tabla 5. Distribución de la muestra

Variables	Fr.	%
Sexo		
Mujer	61	61.0
Varón	39	39.0
Edad		
39 a menos	13	13.0
40 a 49 años	17	17.0
50 a 59 años	17	17.0
60 a 69 años	29	29.0
70 a más	24	24.0
Grado de Instrucción		
Primaria	33	33.0
Secundaria	20	20.0
Superior Técnico	9	9.0
Superior universitario	38	38.0
Soporte familiar		
Familia que no da soporte	11	11.0
Familia que da soporte	89	89.0

Tabla 5. (Continuación)

Variables	Fr.	%
Ocupación		
Ama de casa	28	28.0
Agricultor	9	9.0
Jubilado	3	3.0
Cocinera	1	1.0
Servicio de limpieza	1	1.0
Secretaria	3	3.0
Docente	6	6.0
Enfermera	2	2.0
Ingeniero	3	3.0
Mecánico	2	2.0
Negociante	22	22.0
Odontólogo	2	2.0
Trabajo social	1	1.0
Abogado	2	2.0
Administrador	2	2.0
Agrónomo	1	1.0
Comunicador	2	2.0
Contador	3	3.0
Estudiante	7	7.0
Tiempo de diagnosticado		
1 a 5 años	44	44.0
6 a 10 años	29	29.0
11 a 15 años	11	11.0
16 a 20 años	11	11.0
21 a más	5	5.0
Total	102	100.00

Fuente: Elaboración propia.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas

En la presente investigación se utilizará la técnica de encuesta (Alarcón, 2013).

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

El cuestionario fue construido por Martín et al. (2008). Es un instrumento empleado para identificar el grado de adherencia terapéutica. En un inicio fue administrado a personas con hipertensión, mientras que en la actualidad se aplica de manera

extendida en estudios con personas que tienen diabetes mellitus tipo 2 y pacientes con VIH.

El cuestionario tiene 12 afirmaciones referidas a aspectos que conforman la operacionalización de adherencia terapéutica. Estas son:

1. Cumplimiento del tratamiento: Cumplimiento de las instrucciones del médico. Ítems 1, 2, 3 y 4.
2. Implicación personal: Indagación del paciente de formas que aseguren la ejecución de las instrucciones del médico. Ítems 5,6, 8, 9 y 10.
3. Relación transaccional: Vínculo de cooperación paciente-médico para determinar el tratamiento y construir el plan que se ejecutará para garantizar su cumplimiento. Ítems 7, 11 y 12.

Para la aplicación se cuenta con una escala de Likert de cinco alternativas, desde siempre, hasta nunca, marcando con una (x) según corresponda.

Para calcular la puntuación obtenida por cada paciente se asignó el valor 0 a la columna nunca, 1 a casi nunca, 2 para a veces, 3 a casi siempre y 4 a siempre, siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar, el cuestionario recoge, además, datos generales del paciente (edad, género, ocupación, escolaridad, estado civil, años de diagnosticada la enfermedad y tipo de tratamiento farmacológico que tiene indicado).

Su calificación se establece a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, considerando como adheridos totales a los que obtienen 38 a 48 puntos, adheridos parciales de 18 a 37 puntos, y no adheridos a los que obtienen entre 0 y 17 puntos, de modo que se pueda cuantificar con rapidez las respuestas del paciente y determinar tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento según lo señala Martín et al. (2008), como se muestra en la Tabla 6.

Tabla 6. Interpretación de los puntajes del Cuestionario MBG

Puntaje	Nivel de adherencia
38 a 48	Adherencia total
18 a 37	Adherencia parcial
0 y 17	No adherencia

Fuente: Martín et al. (2008)

En cuanto a la validez y confiabilidad del Cuestionario MBG, en el estudio de Martín et al. (2008), la validez se determinó mediante la consulta de ocho jueces o expertos en el tema. Los datos resultantes fueron una “V” de Aiken con puntajes entre .92 a .96 con una $p < .05$. Por otro lado, la confiabilidad se determinó mediante la consistencia interna, empleando el coeficiente Alpha de Cronbach, el cual fue de .889.

En el Perú, Olivera (2018) reportó evidencias de validez y confiabilidad del instrumento en una muestra de adultos mayores que eran atendidos en un hospital estatal de Chiclayo, obteniendo un coeficiente Alfa de Cronbach de .848. Del mismo modo, Huamán (2018) reportó evidencias de validez y confiabilidad del instrumento en una muestra de pacientes que eran atendidos en el Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud de Ayacucho, obteniendo un coeficiente Alfa de Cronbach de .813.

Índice de Calidad de Vida (Mezzich como se citó en Robles, 2010)

El instrumento fue construido por Mezzich en el año 2000 (como se citó en Robles, 2010). Es un cuestionario utilizado para medir la calidad de vida. Consta de diez ítems relacionados con bienestar físico, bienestar psicológico, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo social-emocional, apoyo comunitario y de servicios, plenitud personal, satisfacción espiritual y calidad de vida global.

La prueba consta de 10 ítems calificados en una escala que va en el rango de 1 a 10 puntos.

En cuanto a la validez y confiabilidad del Índice de Calidad de Vida, en el Perú, la validez se determinó mediante el análisis factorial exploratorio que determinó cuatro factores que explicó el 73.5% de la varianza total. Por otro lado, la confiabilidad se determinó mediante la consistencia interna, empleando el coeficiente Alpha de Cronbach, el cual fue de .870 (Robles et al, 2010).

Ficha de datos sociodemográficos

Se diseñó un cuestionario sociodemográfico con el objetivo de recolectar datos importantes de los participantes, como los siguientes: sexo, edad, grado de instrucción y tipo de familia. Este cuestionario se realizará con el propósito de conocer cómo es la población que participará en la investigación y de esta manera contar con los datos exactos que nos permita analizar la muestra obtenida.

En la Tabla 7 se muestran las técnicas a emplear en el presente estudio; así como, los instrumentos a utilizar para cada una de ellas.

Tabla 7. Técnicas e instrumentos

Variables a relacionar	Indicador	Técnica	Instrumento
Adherencia Terapéutica	Resultado obtenido en el cuestionario (No adherencia, adherencia parcial, adherencia total).	Encuesta	Cuestionario MBG para la evaluación de la adherencia Terapéutica (Martín-Bayarre-Grau)
Calidad de vida	Resultado obtenido en el cuestionario (Bajo, promedio y alto).	Encuesta	Cuestionario de Calidad de Vida (Mezzich)

Fuente: Elaboración propia

3.4 Descripción de procedimientos de análisis

Una vez que se haya concluido con la recolección de la información, se elaboró una base de datos, en el programa estadístico IBM SPSS Statistics, versión 25.

Los cálculos estadísticos que se emplearon en la presente investigación fueron los siguientes:

- Análisis descriptivo: medias, desviación estándar y coeficientes de variación para cada una de las variables.
- Test de Shapiro Wilk para determinar si los datos se aproximan a una distribución normal.
- Prueba de correlación de Spearman, para identificar el grado de asociación entre las variables estudiadas.

Los resultados se analizaron con un nivel de significancia de $p < .05$.

Con las variables y sus indicadores ya establecidos anteriormente, permite medir, analizar y verificar los datos, y así obtener la información suficiente y necesaria para el análisis de los resultados de la investigación. Para ello se desarrolló la matriz de análisis de datos que se muestra a continuación (Ver Tabla 8).

Tabla 8. Matriz de análisis de datos

VARIABLES A RELACIONAR	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS	ANÁLISIS INFERENCIAL
Adherencia Terapéutica	Resultado obtenido en el cuestionario (No adherencia, adherencia parcial, adherencia total).	Ordinal	Medidas de tendencia central (media) y medidas de variabilidad (desviación estándar y coeficiente de variación).	Test de Shapiro Wilk. Prueba de correlación de Spearman.
Calidad de vida	Resultado obtenido en el cuestionario (Bajo, promedio y alto).	Ordinal	Medidas de tendencia central (media) y medidas de variabilidad (desviación estándar y coeficiente de variación).	Test de Shapiro Wilk. Prueba de correlación de Spearman.

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

1.1 Resultados

1.1.1 Análisis descriptivo de las variables

Se puede apreciar en la Tabla 9, que la mayoría de los pacientes posee una adherencia total al tratamiento (61%).

Tabla 9. Descripción de los niveles de adherencia que presentan los pacientes

Nivel de adherencia	<i>f</i>	%
Adherencia parcial	39	39.0
Adherencia total	61	61.0
Total	100	100.0

Nota: *f* = Frecuencia

Fuente: Elaboración propia.

Se puede apreciar en la Tabla 10, que la mayoría de los pacientes posee un nivel de calidad de vida dentro del promedio (86%).

Tabla 10. Descripción de los niveles de calidad de vida que presentan los pacientes

Nivel de calidad de vida	<i>f</i>	%
Bajo	7	7.0
Promedio	86	86.0
Alto	7	7.0
Total	100	100.0

Nota: *f* = Frecuencia

Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, en el Anexo 6 se presentan otros datos descriptivos relacionados con la dieta de los pacientes, ejercicio físico y tratamiento con

medicamentos. Por otro lado, también se presentan las medias, desviaciones estándar y coeficientes de variación para la variable adherencia.

4.1.2 Análisis Inferencial de las variables

Para poder elegir la estadística para comprobar las hipótesis formuladas con respecto a la adherencia al tratamiento y la calidad de vida, se realizó una prueba de bondad de ajuste, para determinar si sus puntuaciones se aproximaban a una distribución normal. La Tabla 11, presenta los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Shapiro Wilk. Se observa que todas las variables no tienen puntuaciones que se aproximen a una distribución normal, ya que los coeficientes obtenidos son estadísticamente significativos ($p < .05$) y por lo tanto se deberá emplear estadísticas no paramétricas para su análisis.

Tabla 11. Resultados de la prueba de bondad de ajuste para las variables estudiadas

Variables	S-W	gl	P
Adherencia al tratamiento	0.955	100	0.002 *
Calidad de vida	0.862	100	0.000 *

Nota: * $p < .05$

Fuente: Elaboración propia.

Hipótesis General: Existe una relación estadísticamente significativa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho.

En la Tabla 12, se observa que existe una relación estadísticamente significativa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida ($p < .001$).

Tabla 12. Valores de la prueba de correlación rho de Spearman

Variables	rho	P
Adherencia al tratamiento y calidad de vida	0.511	.000 ***

Nota: *** $p < .001$

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 13 se observa una relación estadística significativa entre la adherencia al tratamiento, la edad y soporte familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho.

Tabla 13. Valores para adherencia al tratamiento y datos sociodemográficos

Datos sociodemográficos	Adherencia al tratamiento		
	X ²	Gl	P
Sexo	2.432	1	0.372
Edad	13.449	4	0.009**
Grado de instrucción	2.662	3	0.447
Soporte familiar	4.424	1	0.035*

Nota: * p < .05, ** p < .01

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 14 se aprecia una relación estadísticamente significativa entre calidad de vida y las variables sexo (p = 0.015), grado de instrucción (p = 0.010) y soporte familiar (p = 0.015) en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho.

Tabla 14. Valores de X² para relacionar calidad de vida y datos sociodemográficos

Datos sociodemográficos	Calidad de vida		
	X ²	Gl	P
Sexo	8.334	1	0.015*
Edad	7.250	8	0.510
Grado de instrucción	16.870	6	0.010*
Soporte familiar	8.375	2	0.015*

Nota: * p < .05

Fuente: Elaboración propia.

4.2 Análisis de los resultados o discusión de resultados

En la muestra de estudio se halló una relación estadísticamente significativa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida.

En los estudios de Custodio y Santamaría (2016) encontraron que la calidad de vida presenta una relación estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento. Así mismo, Escandón-Nagel et al. (2015) reportaron una relación positiva entre adherencia al tratamiento y calidad de vida. Los mismos resultados fueron hallados por Perwitasari y Urbayatun (2016) al correlacionar la adherencia de los pacientes con diabetes mellitus 2 y la calidad de vida. Los estudios mencionados guardan relación con los hallazgos de la presente investigación. En consecuencia, la calidad de vida y la adherencia a la medicación están estadísticamente relacionados. Los pacientes con diabetes que se adhieren a su tratamiento pueden experimentar una mejora en la calidad de vida y viceversa (Zioga et al., 2016). En este sentido la mayoría de los participantes presento una buena adherencia que estaría relacionada a una adecuada calidad de vida. De esta manera el pronóstico del cuadro de diabetes puede estar relacionado a la manera en la que el paciente se adhiere a las indicaciones del equipo de salud en cuanto a cambios en el estilo de vida, hábitos alimenticios y tratamiento médico.

El primer objetivo de la presente investigación implicó describir el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho. Los resultados hallados indicaron que el 61% de los pacientes que participaron en este estudio tenían una adherencia total al tratamiento.

Es así que los resultados más cercanos a los hallazgos en el presente estudio son los reportados por Moreno et al. (2019) quienes encontraron un nivel de adherencia al tratamiento antidiabético que oscilaba entre un 44.3% hasta un 72.4%. También Rodríguez (2019) quien encontró un nivel de adherencia al tratamiento del 43.4%, al igual que lo reportado por Custodio y Santamaría (2016) quienes señalaron la existencia de un 42.8% de pacientes con una regular adherencia al tratamiento que recibieron. Como se puede apreciar, existen diversos estudios sobre la adherencia (Custodio & Santamaría, 2016; Moreno, et al., 2019; Ramos, et al., 2017; Rodríguez,

2019), todos con diferentes resultados. Estos hallazgos se pueden explicar tomando en cuenta que las condiciones bajo las cuales se administraron los tratamientos obedecen a muchos factores. Barra (2018) indicó que existe una mayor adherencia en aquellos pacientes con menos tiempo de tratamiento y con ocupación laboral fuera del hogar. Por su parte, Rivera (2017) halló que la mayoría de los pacientes adultos mayores presentaron alguna comorbilidad (con mayor frecuencia hipertensión arterial), lo cual podría influir en la adherencia. Así mismo, Moreno et al. (2019) reportó una mayor adherencia al tratamiento antidiabético cuando fue acompañado de medicación antihipertensiva. Otros factores que pueden explicar los diversos niveles de adherencia al tratamiento son los factores asociados como: tiempo de diagnóstico de la enfermedad, cantidad de medicamentos, insulino terapia, complicaciones tardías, nivel educativo, nivel socioeconómico y educación médico-paciente (Castillo, 2017).

Finalmente, cabe destacar no obstante que la mayoría de los evaluados tiene niveles de adherencia alta. Existe un grupo significativo que tiene una adherencia parcial. Este grupo podría requerir una intervención psicológica para desarrollar una alta adherencia. El nivel de adherencia podría estar relacionado también a diversos factores psicosociales como una gran parte del sector de la población en la región de Ayacucho trabajan de manera independiente, es así que la actividad socioeconómica podría influir en la dieta requerida, en una adecuada toma de medicación y en la poca práctica de actividad física.

El segundo objetivo del presente estudio fue describir el nivel de calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho. Los resultados hallados indicaron que el 86% de los pacientes posee un nivel promedio de calidad de vida.

Al respecto, también se han hallado coincidencias con otras investigaciones. Anchante (2017) reportó un 60.5% de pacientes que presentaron una percepción de calidad de vida alta. Por su parte Ñique y Manchay (2018) hallaron que el 97.8% de los pacientes tuvieron un nivel de calidad alta. Otros estudios como el de Martínez y Paredes (2019) reportaron un 48.9% de pacientes con una percepción de calidad de

vida regular. Del mismo modo, Custodio y Santamaría (2016) hallaron un 50% de pacientes que percibían su calidad de vida dentro de un nivel regular.

Estas diferencias en los reportes con respecto a la calidad de vida de los pacientes diabéticos tipo 2, podrían estar relacionadas con los resultados en las variables clínicas de riesgo cardiovascular, presión arterial y compensación de la enfermedad, demostrando que afectan la percepción de calidad de vida de los pacientes diabéticos (Muñoz, 2013).

En la muestra de estudio la predominancia de una calidad de vida promedio podría relacionarse a algunas políticas públicas y programas que apoyan su tratamiento, como en el hospital de la región de Ayacucho que realiza una intervención multidisciplinaria. Y las características de accesibilidad que tiene el programa de DM del hospital

Por otro lado, al analizar las hipótesis planteadas en el presente estudio, se encontró, con respecto a la hipótesis general que indicaba la existencia de una relación estadísticamente significativa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho, que fue comprobada. Los datos indicaron la existencia de una correlación directa, moderada y altamente significativa ($p < .001$); es decir, a mayor adherencia al tratamiento, existirá mayor calidad de vida.

Es así como, Custodio y Santamaría (2016) encontraron que la calidad de vida presenta una relación estadísticamente significativa, positiva y directa con la adherencia al tratamiento. Así mismo, Escandón-Nagel et al. (2015) reportaron una relación positiva entre adherencia al tratamiento y calidad de vida. Estos mismos resultados fueron hallados por Perwitasari y Urbayatun (2016) al correlacionar la adherencia de los pacientes con diabetes mellitus 2 y la calidad de vida. Estos datos guardan relación con los hallazgos de la presente investigación.

A pesar de los resultados contradictorios, no se puede negar que una mejor adherencia médica conduce a un mejor control de la enfermedad y menos

complicaciones relacionadas con la diabetes. En consecuencia, la calidad de vida y la adherencia a la medicación están interrelacionadas. Los pacientes con diabetes que se adhieren a su tratamiento pueden experimentar una mejora en la calidad de vida y viceversa (Zioga et al., 2016).

Los resultados sugieren que se deben realizar intervenciones que modifiquen las actitudes negativas hacia la adherencia al tratamiento y que promuevan el conocimiento de la prescripción médica, lo que puede ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes (Martínez et al., 2008).

En este sentido la mayoría de los participantes presento una buena adherencia la cual podría estar relacionada a una mayor edad. Una característica de la familia ayacuchana podría ser que guarde aun la unidad y el apoyo entre sus miembros.

Por otro lado, al analizar la primera hipótesis específica, donde se formula que existe una relación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento y los datos sociodemográfico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho, fue comprobada de manera parcial, debido a que la adherencia al tratamiento no se relacionó con todos los datos sociodemográficos. Solamente se halló evidencia de que la adherencia al tratamiento estaba relacionada con la edad y el soporte familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho.

Los estudios referidos a la adherencia indicaron que existen variables sociodemográficas que están asociadas con este. Al respecto, Ramos et al. (2017) reportaron que las personas de sexo femenino son las más cumplidoras del tratamiento, así como aquellas que se encuentran en el rango de 51 a 60 años. Por otro lado, Castillo (2017) indicó que el nivel educativo y nivel socioeconómico estaban asociados con la adherencia al tratamiento. Por otro lado, Moreno et al. (2019) observó que el sexo y edad no presentaron efectos consistentes sobre la adherencia al tratamiento.

Sin embargo, existen estudios que reportaron la existencia de una relación directa y estadísticamente significativa entre el funcionamiento familiar y la adherencia al

tratamiento (Suclupe, 2019). Además, Rivera (2017) indicó que la percepción de funcionalidad familiar influyó en la adherencia al tratamiento en pacientes. Estas variables son importantes al predecir la adherencia, independientemente del sexo y edad. En este sentido la mayoría de los participantes presento una buena adherencia que estaría relacionada a una adecuada calidad de vida.

En este sentido la mayoría de los participantes presento una buena adherencia la cual podría estar relacionada a una mayor edad. Una característica de la familia ayacuchana podría ser que guarde aun la unidad y el apoyo entre sus miembros.

Finalmente, con respecto a la segunda hipótesis específica, donde se formuló que existe una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y los datos sociodemográficos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho, fue comprobada de manera parcial, debido a que la calidad de vida no se relacionó con todos los datos sociodemográficos. Solamente se halló evidencia de que la calidad de vida estaba relacionada con el sexo, el grado de instrucción y el soporte familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho.

Al respecto, los estudios sobre la calidad de vida en pacientes diabéticos coincidieron con los hallazgos de Anchante (2017) quien señaló la influencia del sexo en la percepción de la calidad de vida, indicando que son los hombres quienes principalmente presentan una alta percepción de calidad de vida. Del mismo modo, Perwitasari¹ y Urbayatun (2016) concluyeron que la calidad de la atención, el sexo y la edad pueden predecir la calidad de vida de los pacientes. Con relación a los otros datos sociodemográficos, no se han hallado estudios que los hayan considerado, constituyéndose esta la primera investigación que los relaciona con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus.

Estos hallazgos sobre la calidad de vida podría estar relacionada con un buen soporte de la familia de esta región, que podría contribuir en el desarrollo conductas de salud y autocuidado, también está vinculado con aspectos culturales y con los bajos ingresos como consecuencia posiblemente con los roles de género tradicionales. El nivel académico podría estar relacionado a una mayor calidad de vida.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

En el presente estudio se evidenció que existe una relación entre la adherencia alta y una adecuada calidad de vida. De esta manera el pronóstico de mejoría del cuadro de diabetes puede estar relacionado a la manera en la que el paciente se adhiere a las indicaciones del equipo de salud y en cuanto a cambios en el estilo de vida, hábitos alimenticios y tratamiento médico. El nivel de adherencia podría estar relacionado también a diversas condiciones de factores psicosociales del paciente como percepción de la propia enfermedad, los factores de la personalidad, el acceso a servicios de salud entre otros.

Por otra parte se halló en la muestra de estudio que los pacientes con alta adherencia están relacionados con las variables sociodemográficas edad y soporte familiar. De esta manera se concluye que los adultos mayores de mayor edad presentan mayor adherencia al tratamiento. La familia como red de soporte socioemocional sería una variable importante que fomente la adecuada adherencia a su tratamiento.

La calidad de vida de los pacientes de la muestra con diabetes se halló principalmente en un nivel promedio. Este resultado podría deberse a que existe una política pública que apoya el tratamiento de la diabetes con accesibilidad a una atención médica, detección temprana; además existe apoyo a nivel emocional.

Se evidencia en la investigación que, a pesar de los resultados de adherencia alta, existe un grupo que tiene una adherencia parcial, esto significa que podría tener un inconveniente en el acceso a salud, el cual dificulte su adherencia y que requiera mayor intervención del psicólogo y cambios en su estilo de vida para incrementarla.

Finalmente es necesario precisar que tanto la adherencia y calidad de vida son variables que pueden coexistir en la persona. También es preciso considerar la relación de estas variables con factores psicosociales que favorecen el cambio de las mismas en el tiempo.

5.2 Recomendaciones

- De acuerdo con los hallazgos de este estudio se sugiere para estudios posteriores que la muestra sea más amplia, para realizar investigaciones en otros hospitales de la Región Ayacucho, así comprender mejor la adherencia y su relación con la calidad de vida de estos pacientes.
- Asimismo, se recomienda concientizar a los profesionales de salud que trabajan en el Hospital de Regional de Ayacucho, mediante talleres sobre la importancia de la alta adherencia al tratamiento y su relación con la calidad vida de los pacientes diabéticos.
- Desarrollar estudios causales para conocer la relación causa y efecto entre las variables de estudio.
- Realizar estudios longitudinales para conocer los cambios en el comportamiento de dichas variables a lo largo del tiempo.
- Emplear los hallazgos de este estudio para proponer programas de intervención psicológica que tengan como meta el refuerzo de la adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

REFERENCIAS

- Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. L., & Syme, S. L. (1994). Socioeconomic status and health. The challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49, 15-24.
- Anchante, E. (2017). *Calidad de vida de los pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 del hospital San José de Chincha, enero a junio de 2017*. (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Ica, Ica. Recuperado de <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/135/1/ESPERANZA%20ANCHANTE%20ROJAS-CALIDAD%20DE%20VIDA%20DE%20LOS%20PACIENTES%20ADULTOS.pdf>
- Apaza, Y. A. & Huaraya, M. (2016). *Capacidad de autocuidado y calidad de vida en personas con diabetes mellitus tipo 2*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Arequipa.
- Arkowitz, H. (2002). Toward an integrative perspective on resistance to Change. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 219-227. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11793334/>
- Barra, S (2018). *Adherencia al tratamiento farmacológico oral de personas con diabetes mellitus en 7 localidades de la Costa De Perú*. (Tesis para optar al grado de Maestro en Diabetes y Obesidad con mención en Manejo Nutricional). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.
- Bigelow, D. A., McFarland, B. H., & Olson, M. M. (1991). Quality of life of community mental health program clients: validating a measure. *Community Mental Health Journal*, 27(1), 43 – 55. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00752714>
- Bowling, A. (2005a). Just one question: If one question works, why ask several? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 342-345.

- Bowling, A. (2005b). *Ageing well. Quality of life in old age*. Maidenhead: Open University Press.
- Bowling, A. (2005c). Measuring health outcomes from the patient's perspective; in A. Bowling, S. Ebrahim, (eds). *Handbook of health research methods. Investigation, measurement and analysis*. Maidenhead: Open University Press.
- Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L. M., Evans, O., Fleissig, A., Banister, D., & Sutton, S. (2003). Let's ask them: A national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal of Aging and Human Development*, 56(4), 269-306.
- Brown, D. W., Balluz, L. S., Giles, W. H., Beckles, G. L., Moriarty, D. G., Ford, E. S., & Mokdad, A. H. (2004). Diabetes mellitus and health-related quality of life among older adults. Findings from the behavioural risk factor surveillance system (BRFSS). *Diabetes Research and Clinical Practice*, 65, 105-115.
- Buchner, A., Erdfelder, E., Faul, F., y Lang, A. (2012). G*Power (Versión 3) [Software de Computadora]. Dusseldorf, Alemania: Universidad de Dusseldorf.
- Castillo (2017). *Factores asociados a la adherencia del tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Santa Rosa de Piura*. (Tesis para obtener el Título de Médico Cirujano). Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo.
- Chan, J., To, H. P., & Chan, E. (2006). Reconsidering social cohesion: developing a definition and analytical framework for empirical research. *Social Indicators Research*, 75, 273-302.
- Chávez, C. P. (2015). *Calidad de vida y bienestar psicológico en personas con discapacidad motriz de un centro de integración de discapacitados de Trujillo*. (Tesis de licenciatura). Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo.

- Church, M. C. (2004). *The conceptual and operational definition of quality of life: a systematic review of the literature*. (Thesis of Master). Texas A&M University, Texas.
- Clarkin, J. & Levy, K. (2004). *The influence of client variables in psychotherapy*. New York: Wiley. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/234626801_The_influence_of_client_variables_on_psychotherapy
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7(3), 269-297.
- Condori, S. & Cruz, G. (2018). *Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2, pacientes Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa – 2017*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Arequipa.
- Cummins, R. A. (1996). The domains of life satisfaction: An attempt to order chaos. *Social Indicators Research*, 38, 303-328.
- Custodio, R. & Santamaría, D. L. R. (2016). *Calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Programa de Enfermedades no Transmisibles – Diabetes. Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2016*. (Tesis de licenciatura). Universidad Señor de Sipán, Lambayeque.
- De Silva, M. J., McKenzie, K., Harpmam, T., & Huttly, S. R. A. (2005). Social capital and mental illness: a systematic review. *Journal of Epidemiology Community Health*, 59, 619-627.
- Dirección de Epidemiología del Hospital del MINSA de Ayacucho (2018). *Reporte epidemiológico*. Huamanga: Autor.

- Domínguez, E. (2013). Desigualdades sociales y diabetes mellitus. *Revista Cubana de Endocrinología*, 24(2), 200-213. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/end/v24n2/end09213.pdf>
- Escalante, J. M. (2001). Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Investigación en Salud*, 3(99), 57-61. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14239909>
- Escandón-Nagel, N., Azócar, B., Pérez, C. & Matus, V. (2015). Adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2: Su relación con calidad de vida y depresión. *Revista de Psicoterapia*, 26(101), 125-138. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/280881421_Adherencia_al_tratamiento_en_diabetes_tipo_2_Su_relacion_con_calidad_de_vida_y_depresion
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2007). *Quality of life: The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. (2nd ed.). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Fenco, M. (2010). *Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el HNDAC*. (Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Fox-Rushby, J., & Parker, M. (1995). Culture and the measurement of health-related quality of life. *European Review of Applied Psychology*, 45, 257-63.
- Gary, T. L., Safford, M. M., Gerzoff, R. B., & Ettner, S. L. (2008). Perception of neighborhood problems, health behaviours, and diabetes outcomes among adults with diabetes in managed care: The translating research into action for diabetes (TRIAD) study. *Diabetes Care*, 31(2), 273-278.
- González, C. & Mendoza, L. (2016). *Adherencia al tratamiento en la diabetes. Factores que influyen y estrategias para mejorar*. *Medicine*, 12(18), 1054-1056. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541216301639>

- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana.
- Holmes, E. A. F., Hughes, D. A. & Morrison, V. L. (2014). Predicting adherence to medications using health psychology theories: A systematic review of 20 years of empirical research. *Value in Health*, 17(8), 863-876. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2014.08.2671>
- Huamán, R. Y. (2018). *Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial de 30 a 60 años atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital II Carlos Tuppia García Godos-EsSalud. Ayacucho -2018*. (Tesis de titulación). Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Ayacucho.
- Hunt, S. M., & McKenna, S. P. (1992). The QLDS: A scale for the measurement of quality of life in depression. *Health Policy*, 22, 307-319.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2016). *En el Perú 3 de cada 100 personas de 15 y más años reportan tener diabetes*. Recuperado de <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-3-de-cada-100-personas-de-15-y-mas-anos-reportan-tener-diabetes-8993/>
- Jones, C. J., Smith, H., & Llewellyn, C. (2013). Evaluating the effectiveness of health belief model interventions in improving adherence: A systematic review. *Health Psychology Review*, 8(3), 253-269. Doi: 10.1080/17437199.2013.802623
- Maddigan, S. L., Feeny, D. H., & Majumdar, S. R. (2006). Understanding the determinants of health for people with type 2 diabetes. *American Journal of Public Health*, 96(9), 1649-1655.
- Martín, L., Bayarre, H. & Grau, J. (2008). Validación del Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012

- Martínez, R. O. M. & Paredes, H. B. (2019). *Adherencia terapéutica y calidad de vida de pacientes diabéticos de un hospital público. Chimbote, 2018.* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional del Santa, Nuevo Chimbote.
- Martínez, Y., Prado-Aguilar, C., Rascón-Pacheco, R., & Valdivia-Martínez, J. (2008). Quality of life associated with treatment adherence in patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 8, 164. doi:10.1186/1472-6963-8-164. Recuperado de <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-164>
- Matías-Córdova, C., Díaz-Gervasi, G. & Rojas-Vilca, I. (2019). Adolescentes con diabetes tipo 1: autoestima, dinámica familiar y adherencia al tratamiento. *CASUS*, 4(1), 8-14.
- McDowell, I. (2006). *Measuring Health: a guide to rating scales and questionnaires.* Oxford: Oxford University Press.
- Miller, W. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change.* New York: Guilford Press. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/2002-02948-000>
- Montgomery, C., Pocock, M., Titley, K., & Lloyd, K. (2002). Individual quality of life in patients with leukemia and lymphoma. *Psycho-Oncology*, 11, 239-243.
- Moreno, A., Gimeno, A., Poblador, B., González, F., Aza, M. M., Menditto, E. & Prados, A. (2019). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes en población anciana de una cohorte española. *Medicina Clínica*, 153(1), 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.10.023>
- Muñoz, D. (2013). *Calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2 tratados con insulina vs tratados sin insulina en atención primaria.* (Tesis de maestría). Universidad Mayor, Santiago de Chile. Recuperado de <http://www.saludpublicachile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/346/Tesis%20Dennys%20Munoz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Olivera, K. L. (2018). *Factores relacionados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el adulto mayor de un hospital – Chiclayo, 2018*. (Tesis de licenciatura). Universidad Señor de Sipán, Pimentel.
- Organización Mundial de la Salud (1995). The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) assessment: Position paper from the World Health Organization. *Social Science Medicine*, 10, 1043- 1110.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Diabetes*. Ginebra: Autor. Recuperado de <http://www.who.int/diabetes/es>
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Informe mundial sobre la diabetes*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf;jsessionid=6FC9939079160F2A2172F58053EA4ADF?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Las principales causas de defunción*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Classification of diabetes mellitus 2019*. Ginebra: Autor. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325182/9789241515702-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la Salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135, 647-652. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v135n5/art14.pdf>
- Pérez, A. & Berenguer, M. (2015). Algunos determinantes sociales y su asociación con la diabetes mellitus de tipo 2. *MEDISAN*, 19(10), 1268-1271. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n10/san121910.pdf>

- Perwitasari, D. A. & Urbayatun, S. (2016). Treatment adherence and quality of life in diabetes mellitus patients in Indonesia. *Sage Open*, 6, 1-7. DOI: 10.1177/2158244016643748. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/301719762_Treatment_Adherence_and_Quality_of_Life_in_Diabetes_Mellitus_Patients_in_Indonesia
- Pisimisis, T. (2013). *Quality of life of people with diabetes mellitus in Greece*. (Ph.D. Thesis). University College London, London. Recuperado de <https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/1432139/>
- Putnam, R. D. (1993). The prosperous community: social capital and public life. *The American Prospect*, 13, 35-42.
- Putnam, R. D. (2004). Commentary: 'Health by association': some comments. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 667-671.
- Quiceno, J. M. & Vinaccia, S. (2010). Percepción de enfermedad: Una aproximación a partir del Illness Perception Questionnaire. *Revista Psicología desde el Caribe*, 25, 56- 83.
- Quiceno, J. M. & Vinaccia, S. (2014). Calidad de vida en adolescentes: Análisis desde las fortalezas personales y las emociones negativas. *Terapia Psicológica*, 32(3), 185-200.
- Ramos, Y., Morejón, R., Gómez, M., Reina, M. Rangel, C. & Cabrera, Y. (2017). *Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. *Revista Finlay*, 7(2), 89-98. Recuperado de <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/474>
- Real Academia Española (2019). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de <https://dle.rae.es/grado%20de%20instrucci%C3%B3n?m=form>
- Rivera, G. (2017). *Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en adultos mayores diabéticos que acuden al área de emergencia del Hospital Nacional de la*

- PNP “Luis N. Sáenz”. (Tesis para optar el Grado Académico de Doctor en Medicina). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Robles, Y., Saavedra, J. E., Mezzich, J. E., Sanez, Y., Padilla, M., & Mejía, O. (2010). Índice de calidad de vida: validación en una muestra peruana. *Anales de Salud Mental*, 26(2), 33-43. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/333519989_Indice_de_Calidad_de_Vida-_Validacion_en_una_Muestra_Peruana_2010
- Rodríguez, X. (2019). *Adherencia al tratamiento y pie diabético en pacientes de endocrinología del Hospital Nacional Sergio Bernales en enero del 2019*. (Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano). Universidad Privada San Juan Bautista, Lima.
- Salgado-Lévano, C. (2018). *Manual de investigación. Teoría y práctica para hacer la tesis según la metodología cuantitativa*. Lima: Fondo editorial de la Universidad Marcelino Champagnat.
- Sánchez, J. M. (2011). *Un recurso de integración social para niños/as, adolescentes y familias en situación de riesgo: los centros de día de atención de menores*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada.
- Sánchez, H. & Reyes, C. (2006). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima: Latinoamericana.
- Salgado-Lévano, C. (2018). *Manual de investigación. Teoría y práctica para hacer la tesis según la metodología cuantitativa*. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Marcelino Champagnat.
- Sempertegui, G. & Ticlla, R. F. (2018). *Grado de instrucción de padres de familia y su relación con el estado nutricional de sus hijos menores de 5 años, Puesto de Salud “El Naranjo”- Chalamarca 2018*. (Tesis de maestría). Universidad César Vallejo, Chiclayo.

- Sirgy, J. M., Michalos, A. C., Ferriss, A. L., Easterling, R. A., Patrick, D. & Pavot, W. (2006). The quality of life (QOL) research movement: Past, present, and future. *Social Indicators Research*, 76, 343-466.
- Starace, F., Cafaro, L., Abrescia, N., Chirianni, A., Izzo, C., Rucci, P., & de Girolamo, G. (2002). Quality of life assessment in HIV-positive persons: Application and validation of the WHOQOL-HIV, Italian version. *AIDS Care*, 14, 405- 415.
- Suclupe, M. E. (2019). *Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en lupus eritematoso sistémico. Hospital Arzobispo Loayza 2018*. (Tesis de segunda especialidad). Universidad San Martín de Porres, Lima.
- Szreter, S., & Woolcock, M. (2004). Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*, 33, 650-667.
- Tamayo, M (200). *El proceso de la investigación científica*. México: Limusa.
- Veenhoven, R. (2002). Why social policy needs subjective indicators. *Social Indicators Research*, 58, 33-45.
- Velasco-Guzmán, B. & Brena-Ramos, V. (2014). Diabetes mellitus tipo 2: Epidemiología y emergencia en salud. *Salud y Administración*, 1(2), 11-16. Recuperado de http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol1num2/A2_Diabetes_Mellitus.pdf
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., & Remor, E. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de Psicología*, 28(2), 366-377. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/download/analesps.28.2.148821/133241>
- Vinaccia, S., Garavito, A., Padilla, M., & Quiceno, J. M. (2018). Calidad de vida relacionada con la salud, ansiedad, depresión y bienestar espiritual en pacientes con

diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(3), 413-423. Doi: 10.24205/03276716.2018.1074.

Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Lozano, F., & Romero, S. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud, percepción de enfermedad, felicidad y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Acta Colombiana Psicológica*, 20(1), 60-69.



Wheeler, K. L. (2011). *Use of the health belief model to explain perceptions of zoonotic disease risk by animal owners*. (Thesis for the degree of Master of Science). Colorado State University, Fort Collins, Colorado.

Zajac, J., Shrestha, A., Patel, P., & Poretsky, L. (2010). The main events in the history of diabetes mellitus. En: Poretsky, L. (eds.) *Principles of diabetes mellitus*. Boston, MA: Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-09841-8_1

Zioga, E., Kazakos, K., Dimopoulos, E., Koutras, C., Marmara, K., Marmara, E. E., Marmaras, A., & Lavdaniti, M. (2016). Adherence and quality of life in patients with type II diabetes mellitus in Northern Greece. *Mater Sociomedical*, 28(4), 258-262. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5034999/pdf/MSM-28-258.pdf>


ANEXOS

Anexo 01: Declaración de Autenticidad

	Universidad Ricardo Palma	Escuela de Posgrado
DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y NO PLAGIO		
DECLARACIÓN DEL GRADUANDO		
Por el presente, el graduando: <i>(Apellidos y nombres)</i>		
SANCHEZ REYNAGA, WITMAN		
en condición de egresado del Programa de Posgrado:		
PSICOLOGIA CLINICA Y DE LA SALUD		
deja constancia que ha elaborado la tesis intitulada:		
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UN HOSPITAL DE AYACUCHO		
<p>Declara que el presente trabajo de tesis ha sido elaborado por el mismo y no existe plagio/copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica, de investigación, profesional o similar.</p> <p>Deja constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no ha asumido como suyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de la Internet.</p> <p>Asimismo, ratifica que es plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asume la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento y es consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.</p> <p>En caso de incumplimiento de esta declaración, el graduando se somete a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y los dispositivos legales vigentes.</p>		
 Firma del graduando		22/12/2020 Fecha

Anexo 02: Autorización de consentimiento para realizar la investigación

FORMATO 4: Autorización para realizar la investigación



**Universidad
Ricardo Palma**

Escuela de Posgrado

AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN

**DECLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL AREA O DEPENDENCIA
DONDE SE REALIZARA LA INVESTIGACIÓN**

Dejo constancia que el área o dependencia que dirijo, ha tomado conocimiento del proyecto de tesis titulado:

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UN HOSPITAL DE AYACUCHO

el mismo que es realizado por el Sr./Srta. Estudiante (Apellidos y nombres):

SANCHEZ REYNAGA, WILMAN

, en condición de estudiante - investigador del Programa de:

PROYECTO TESIS - MAESTRIA


Así mismo señalamos, que según nuestra normativa interna procederemos con el apoyo al desarrollo del proyecto de investigación, dando las facilidades del caso para aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

En razón de lo expresado doy mi consentimiento para el uso de la información y/o la aplicación de los instrumentos de recolección de datos:

Nombre de la empresa:	Autorización para el uso del nombre de la Empresa en el Informe Final	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
HOSPITAL REGIONAL AYACUCHO		

Apellidos y Nombres del Jefe/Responsable del área:	Cargo del Jefe/Responsable del área:
TORREALBA CABRERA MARIO	CAPACITACION

Teléfono fijo (incluyendo anexo) y/o celular:	Correo electrónico de la empresa:
(066) 31 21 30	hr@direccion@hotmail.es



DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD AYACUCHO
HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO
UNIDAD DE DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN

Dra. María E. Torrealba Cabrera
C.M.P. 2998051, P.N.B. 22447

10/10/2020

Fecha

Anexo 03: Matriz de Consistencia

Tabla 15. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
Problema General ¿Cuál es la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho?	Objetivo General Determinar la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital de Ayacucho.	Hipótesis general H_{1G} : Existe una relación estadísticamente significativa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital del MINSA de Ayacucho.	Variable principal 1 Adherencia al tratamiento, medida con el instrumento para medir la adherencia terapéutica (MBG) de Martín, Bayarre y Grau (2008). Variable principal 2 Calidad de vida, medido con el Índice de Calidad de Vida) de Mezzich (Robles et al., 2010). Variables sociodemográficas • Sexo: masculino y femenino. • Edad: 18 a 30 años. • Grado de instrucción: secundaria, superior	Tipo y método de investigación Investigación de tipo correlacional, de diseño no experimental correlacional no causal y método cuantitativo. Población de estudio Constituida por pacientes con diabetes mellitus tipo 2, cuyas edades aproximadas oscilan entre 30 a 60 años, de ambos sexos y que se encuentran en el Hospital del MINSA de Ayacucho. Diseño muestral Se trabajará con 83 pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Técnicas e instrumentos de
Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Hipótesis específicas		
1. ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital de Ayacucho?	1. Describir el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital de Ayacucho.			
2. ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2	2. Describir el nivel de calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un			

en un hospital de Ayacucho?	hospital de Ayacucho.		técnico y superior universitario.	recolección de datos
3. ¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y los datos sociodemográficos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho?	3. Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y los datos sociodemográficos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital de Ayacucho.	<p>H₁: Existe una relación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento y los datos sociodemográficos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital de Ayacucho.</p> <p>H₂: Existe una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y los datos sociodemográficos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital de Ayacucho.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Tipo de familia que da soporte. 	<p>Se utilizarán los siguientes instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau). - Índice de Calidad de Vida (Mezzich).
4. ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y los datos sociodemográficos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ayacucho?	4. Determinar la relación entre la calidad de vida y los datos sociodemográficos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital de Ayacucho.			

Fuente: Elaboración propia

Anexo 04: Matriz de Operacionalización

Tabla 16. Matriz de operacionalización

Variable a relacionar 1	Indicador	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Instrumento	Ítem
Adherencia Terapéutica	Resultado obtenido en el cuestionario (No adherencia parcial, adherencia total).	Es la implicación activa y voluntaria del paciente en el comportamiento relacionado con el cumplimiento de mutuo acuerdo con su médico (Martín Bayarre y Grau (2008).	Variable cualitativa politómica ordinal, evidenciada a través de las puntuaciones obtenidas por un instrumento para medir la adherencia del tratamiento (MBG) de Martín et al., (2008), que cuenta con tres niveles: adherencia total de (38 a 48 pts), adherencia parcial (18 a 37 pts.) y no adherencia de (0 y 17 pts).	Cumplimiento Implicación Relación transaccional.	Cuestionario MBG para la evaluación de la adherencia y Terapéutica (Martín-Bayarre-Grau)	1 al 12.
Variable a relacionar 2	Indicador	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Instrumento	Ítem
Calidad de vida	Resultado obtenido en el cuestionario (Bajo, promedio y alto).	Es la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que esta experimenta y como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (Robles et al., 2010).	Variable cualitativa politómica ordinal, evidenciada a través de las puntuaciones obtenidas por un paciente según el instrumento para medir la calidad de vida (Índice de Calidad de Vida) de Mezzich (Robles et al., 2010).	Bienestar físico, bienestar psicológico o emocional, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo socio-emocional, apoyo comunitario, plenitud personal, satisfacción espiritual y calidad de vida global.	Cuestionario de Calidad de Vida (Mezzich)	1 al 10.

Fuente: Elaboración propia

Anexo 05: Protocolos o instrumentos utilizados

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es dar a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por el Lic. Witman Sánchez Reynaga, para optar el grado académico de Maestro en Psicología Clínica y de la Salud en la Universidad Ricardo Palma. El objetivo del estudio es: Determinar la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de Ayacucho. Si usted accede a participar, se le pedirá responder dos instrumentos, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos.

La participación es voluntaria. Así mismo la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Una vez transcritas las respuestas a una base de datos, las pruebas se destruirán.

Del mismo modo, puede retirarse de la investigación en cualquier momento, sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

De tener alguna consulta adicional sobre la investigación y del rol que cumplirá durante su participación en este estudio, puede contactar al correo electrónico: witmansan17@hotmail.com.

Desde ya se le agradece su valiosa participación.

Witman Sánchez Reynaga

Yo (nombres y apellidos).....

- He leído la ficha de consentimiento informado y estoy de acuerdo con lo que allí se indica.
- He recibido información necesaria sobre la presente investigación.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme si así lo deseo, aunque no haya respondido del todo los instrumentos, sin que eso me perjudique.
- Comprendo que los datos obtenidos son confidenciales.
- Expreso libremente participar en esta investigación.

Firma del participante

**CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA
TERAPÉUTICA MBG (MARTÍN- BAYARRE- GRAU)**

Estimado paciente: Solicitamos su colaboración para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con hipertensión arterial primaria. Sólo debe dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio. Muchas gracias

Nombre : _____
Edad : _____ Sexo: _____
Ocupación : _____
Nivel de escolaridad : _____
Consultorio : _____
Años de diagnosticada la enfermedad: _____

A) De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una X, cuál o cuáles le ha indicado su médico.

Tratamiento higiénico-dietético:

1. Dieta sin sal o baja de sal _____
2. Consumir grasa no animal _____
3. Realizar ejercicio físico _____

B) Tiene Usted indicado tratamiento con medicamentos

1. Si _____
2. No _____

C) A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

Afirmaciones	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1. Toma los medicamentos en el horario establecido					
2. Se toma todas las dosis indicadas					
3. Cumple con las indicaciones relacionadas con la dieta					
4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
5. Realiza los ejercicios físicos indicados					
6. Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria					
7. Usted y su médico deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir					
8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos					
9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento					
11. Usted y su médico analizan, cómo cumplir el tratamiento					
12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico					

ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (MEZZICH)

Con respecto a los siguientes aspectos de su vida, califique de 1 a 10 su situación actual, donde 10 es excelente:

Afirmaciones	Calificación
1. Bienestar físico; es decir, sentirse con energía, sin dolores ni problemas físicos.	
2. Bienestar psicológico o emocional; es decir, sentirse bien y satisfecho con sigo mismo.	
3. Autocuidado y funcionamiento independiente; es decir, cuidar bien de su persona, tomar sus propias decisiones.	
4. Funcionamiento ocupacional; es decir, ser capaz de realizar un trabajo remunerado, tareas escolares y/o domésticas.	
5. Funcionamiento interpersonal; es decir, ser capaz de responder y relacionarse bien con su familia, amigos y grupos.	
6. Apoyo social-emocional; es decir, poseer disponibilidad de personas en quien confiar y de personas que le proporcionen ayuda y apoyo emocional.	
7. Apoyo comunitario; es decir, poseer un buen vecindario, disponer de apoyos financieros y de otros servicios.	
8. Plenitud personal; es decir, sentido de realización personal y de estar cumpliendo con sus metas más importantes.	
9. Satisfacción espiritual; es decir, haber desarrollado una actitud hacia la vida más allá de lo material y un estado de paz interior consigo mismo y con las demás personas.	
10. Calidad de vida global; es decir, sentirse satisfecho y feliz con su vida en general.	

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A continuación, se le presenta una breve encuesta, en la cual se pide que marque con una (X) los espacios en blancos, y en algunos casos completarlos.

1. Sexo: 1___ Masculino 2___ Femenino

2. Edad: _____

3. Grado de instrucción: 1___ Secundaria

2___ Superior técnico

3___ Superior universitario

4. Tipo de familia: 1___ Familia que da soporte 2___ Familia que no da soporte

Anexo 06: Resultados adicionales

Tabla 17. Dieta, consumo de grasa, realización de ejercicio y medicinas

Condiciones	No		Sí	
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%
Dieta sin sal o baja de sal	9	9.0	91	91.0
Consumir 0 grasa animal	17	17.0	83	83.0
Realizar ejercicio físico	26	26.0	74	74.0
Tratamiento con medicamentos	0	0.0	100	100.0

Nota: *f* = Frecuencia

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 18. Medias, desviaciones estándar y coeficiente de variación para adherencia

Variables	M	DE	CV
Cumplimiento del tratamiento	15.63	2.84	18.18
Implicación personal	15.13	2.59	17.13
Relación transaccional	8.57	1.74	20.26
Adherencia al tratamiento	39.33	6.66	16.94

Nota: M = Media, DE = Desviación estándar, CV = Coeficiente de variación.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 19. Medias, desviaciones estándar y coeficiente de variación para calidad de vida

Variables	M	DE	CV
Bienestar físico	6.32	1.52	24.00
Bienestar psicológico o emocional	7.56	1.22	16.10
Autocuidado y funcionamiento independiente	7.01	1.20	17.14
Funcionamiento ocupacional	6.79	1.58	23.24
Funcionamiento interpersonal	7.33	1.05	14.39
Apoyo social-emocional	7.43	1.05	14.09
Apoyo comunitario	4.19	1.36	32.48
Plenitud personal	6.66	1.27	19.11
Satisfacción espiritual	6.31	1.24	19.73
Calidad de vida global	7.33	1.04	14.26

Nota: M = Media, DE = Desviación estándar, CV = Coeficiente de variación.

Fuente: Elaboración propia.