

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CALIDAD DE VIDA DE
PACIENTES DIABÉTICOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO.**

CHIMBOTE, 2018

PRESENTADO POR:

Bach. MARTÍNEZ URRUTIA, Raissa Omayra Consuelo

Bach. PAREDES CANO, Heliana Brisseth

ASESORA:

Dra. VARGAS GUTIERREZ, Deysi Elizabeth

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

NUEVO CHIMBOTE – PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Revisado y Vo Bo de:

Dra. VARGAS GUTIÉRREZ, Deysi Elizabeth
ASESORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Revisado y Vo Bo de:

Dra. Margarita Huañap G
Presidenta

Dra. Inés Rosas Guzmán
Secretaria

Dra. Deysi Vargas Gutierrez
Asesora

ACTA DE CALIFICACIÓN DE LA SUTENTACIÓN DE LA TESIS

En el Distrito de Nuevo Chimbote, en la Universidad Nacional de Santa, en el Aula Multimedia de la EPE, siendo las 19 horas del día 20 de Mayo 2019, dando cumplimiento a la Resolución N° 072-2019-UNS-FC se reunió el Jurado Evaluador presidido por Dra. Margarita Huamán Guzmán, teniendo como miembros a Dra. Inés Rosas Guzmán (secretario) (a), y Dra. Deysi Vargas Gutiérrez (integrante), para la sustentación de tesis a fin de optar el título de Licenciada en Enfermería realizado por el, (la), (los) tesista (as) Raissa Omayra Consuelo Martínez Urutic Heliane Brisseth Paredes Lano

..... quien (es) sustentó (aron) la tesis intitulada:
Adherencia terapéutica y calidad de vida de
pacientes diabéticos de un Hospital Público.
Chumbote, 2018

Terminada la sustentación, el (la), (los) tesista (as)s respondió (ieron) a las preguntas formuladas por los miembros del jurado.

El Jurado después de deliberar sobre aspectos relacionados con el trabajo, contenido y sustentación del mismo y con las sugerencias pertinentes, declara la sustentación como **SOBRESALIENTE** asignándole un calificativo de 19 puntos, según artículo 103° del Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad Nacional del Santa, vigente (Resolución N° 492-2017-CU.-R-UNS)

Siendo las 20:30 horas del mismo día se dio por terminado el acto de sustentación firmando los miembros del Jurado en señal de conformidad

Margarita Huamán
Nombre: Dra. Margarita Huamán G.
Presidente

Inés Rosas
Nombre: Dra. Inés Rosas G.
Secretario

Nombre: Dra. Deysi Vargas G.
Integrante

Distribución: Integrantes J.E (), tesistas () y archivo (02).



DEDICATORIA

A mis padres, **Néllida** y **Foster**, por haberme brindado su apoyo incondicional, la motivación para continuar durante la realización de esta investigación, su comprensión y amor el cual me fortalece día a día.

A mi hermana, **Carolina**, por no dejarme caer, ni flagelar, por esas noches de empuje, por las sabías palabras que me ayudan a afrontar los retos que se vienen.

A mi familia en general, gracias por siempre tener la mano amiga y el aliento en los momentos que más necesité.

Con todo mi cariño para todas las personas que estuvieron conmigo, apoyándome, por darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba.

RAISSA OMAIRA CONSUELO MARTÍNEZ URRUTIA

DEDICATORIA

A Dios, por brindarme Salud, por guiar mis pasos día a día y por permitirnos culminar nuestra investigación.

A mis padres: Jovana Edith Cano Tinoco y José Antonio Paredes Arteaga, gracias por darme la vida y por todas las enseñanzas brindadas hasta ahora, por darme la motivación de cada día ser una mejor persona. Le dedico este logro con mucho cariño, amor, respeto y admiración.

HELIANA BRISSETH PAREDES CANO

AGRADECIMIENTO

A nuestra querida asesora, Dra. Deysi Elizabeth Vargas Gutiérrez, por su gran paciencia cuando sentíamos caer, su apoyo incondicional, confianza plena y gran comprensión brindada durante el desarrollo del presente trabajo de investigación.

A esta casa superior de estudios Universidad Nacional del Santa, en especial a la Escuela Profesional de Enfermería, por abrirnos sus puertas para brindarnos la oportunidad de adquirir y madurar conocimientos en ella para tener un mejor futuro. Allí quedan nuestros recuerdos de estudios, amigos y aprendizajes para ser profesionales y personas de calidad.

A todas las personas que nos ayudaron en el proyecto, siendo parte de nuestra población y que gracias a ellos es realizable este trabajo de investigación.

INDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN	xii
ABSTRAC	xiii
I. INTRODUCCIÓN	14
II. MARCO TEORICO	26
III. MATERIAL Y MÉTODO	38
IV. RESULTADO Y DISCUSIÓN	48
4.1. RESULTADOS	48
4.2 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	51
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	55
5.1 CONCLUSIONES	55
5.2 RECOMENDACIONES	56
VI. REFERECIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	63

INDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1: Calidad de vida de pacientes diabéticos de un hospital público, Chimbote, 2018	49
TABLA 2: Relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida de los pacientes diabéticos de un hospital público, Chimbote, 2018	50

INDICE DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA 1: Adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica de los pacientes diabéticos de un Hospital público, Chimbote, 2018	37

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Cuestionario de adherencia terapéutica de paciente Diabético de un hospital público, Chimbote, 2018	63
Anexo 2. Cuestionario sobre Calidad de Vida del paciente diabético de un hospital público, Chimbote, 2018	65
Anexo 3. Consentimiento Informado	67

RESUMEN

La Diabetes Mellitus actualmente es un importante problema de salud pública que afecta la calidad de vida de las personas; según el Ministerio de Salud peruano, esta enfermedad crónica degenerativa afecta a casi 2 millones de peruanos y es la décima quinta causa de muerte en el país por las complicaciones que produce debido a la inadecuada adherencia terapéutica; esta investigación descriptiva – transversal – correlacional, se realizó con el objetivo de determinar la correlación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida de los pacientes diabéticos. La muestra fue la población censo, constituida por 50 pacientes diabéticos, que asistieron recurrentemente a la Estrategia Sanitaria Nacional Hipertensión Arterial y Diabetes del Hospital La Caleta; los datos se recolectaron utilizando instrumentos como el Cuestionario de adherencia terapéutica de paciente diabético y el Cuestionario sobre Calidad de Vida del paciente diabético. Los resultados mostraron que el 82.1% de los pacientes no se adhieren al tratamiento farmacológico, el 98.3% y 71.4% no se adhieren a la dietoterapia y ejercicio, respectivamente; la calidad de vida fue regular en el 48.9% de los pacientes diabéticos y deficiente en el 42.2%. En base al análisis estadístico de Chi cuadrado se concluyó que la adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica como la dieta y el ejercicio no tienen relación estadísticamente significativa con la calidad de vida, al tener valores de $p= 0.158$, $p= 0.289$ y $p= 0,9896$, superiores al 0,05, respectivamente.

Palabra claves: Adherencia terapéutica, Calidad de vida, paciente diabético.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is currently an important public health problem that affects the quality of life of people; According to the Peruvian Ministry of Health, this chronic degenerative disease affects almost 2 million Peruvians and is the eleventh cause of death in the country due to the complications it causes due to inadequate therapeutic adherence; This descriptive - transversal - correlational research was carried out with the aim of determining the correlation between therapeutic adherence and the quality of life of diabetic patients. The sample was the census population, consisting of 50 diabetic patients who frequently attended the National Hypertension and Diabetes Health Strategy of La Caleta Hospital; the data were collected using instruments such as the Therapeutic Adherence Questionnaire for diabetic patients and the Quality of Life Questionnaire for diabetic patients. The results showed that 82.1% of patients do not adhere to pharmacological treatment, 98.3% and 71.4% do not adhere to diet and exercise, respectively; quality of life was regular in 48.9% of diabetic patients and deficient in 42.2%. Based on the statistical analysis of Chi-square, it was concluded that pharmacological and non-pharmacological therapeutic adherence such as diet and exercise have no statistically significant relationship with quality of life, having values of $p = 0.158$, $p = 0.289$ and $p = 0,9896$, greater than 0.05, respectively.

Keyword: Therapeutic adherence, Quality of life, diabetic patient.

I. INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) es una de las cuatro enfermedades no transmisibles (ENT), crónicas degenerativas que se ha convertido a nivel mundial en un problema de salud pública muy importante y necesita ser atendido con carácter prioritario y de urgencia, para evitar el deterioro de la calidad de vida de las personas que la padecen, debido a las complicaciones micro y macro vasculares que trae consigo como la cardiovascular, retinopatía, nefropatía, neuropatía y amputaciones de miembros inferiores. Los adultos con diabetes tienen un riesgo 2 a 3 veces mayor de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular. Entre las complicaciones tenemos a la neuropatía periférica que se ubica principalmente en los pies y combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementa el riesgo de úlceras en los pies, infección y amputación. La retinopatía diabética es una de las principales causas de ceguera en el mundo. La nefropatía que tiene una alta prevalencia a nivel mundial y causas insuficiencia renal; la incidencia de la nefropatía aumenta en relación a los años de evolución de la diabetes. Estas complicaciones producen 4,8 millones de muertes cada año (OMS, 2016) (Sarmiento, 2018) (Sarwar, 2010).

En los últimos años, el número de casos y la prevalencia de esta enfermedad, aumentó progresivamente, principalmente en países de ingresos bajos y medianos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1980, existía 108 millones de personas adultas con esta enfermedad y para el 2014 esta cifra se incrementó a 422 millones en todo el mundo. La prevalencia mundial (normalizada por edades) casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta. En 2012, murieron 1,5 millones pacientes por esta enfermedad y 2,2 millones por hiperglicemia. En el Perú, en el 2016 fallecieron 710 hombres y 640 mujeres de 30 a 69 años por esta enfermedad y la mortalidad de los pacientes mayores de 70 años fue de 750 hombres y 850 mujeres; las

tendencias de la diabetes estandarizadas por edades también se están incrementando paulatinamente cada año (OMS, 2016).

Dichas estadísticas pueden disminuir haciendo un diagnóstico temprano e instaurando un tratamiento integral adecuado para cada tipo de DM, es decir administrando medicamentos hipoglicemiantes orales o terapia combinada con insulina para pacientes con DM tipo 2 (DM2), o monoterapia a base de insulina para los de DM tipo 1 (DM1); en ambos casos dicha terapia farmacológica deberá complementarse con el tratamiento no farmacológico, el cual comprende consumir dietas saludables bajas en carbohidratos y actividad física; además de aplicar cuidados podológicos (Dirección General de Epidemiología, 2013).

Para el control adecuado de dicha enfermedad y garantizar la eficacia del tratamiento es fundamental que el paciente cumpla estrictamente con el tratamiento integral; así mismo es importante el apoyo constante de la familia, la buena relación médico-paciente-enfermera, entre otros factores. En la medida que exista un mayor compromiso del paciente en cumplir las normas, consejos o recomendaciones del tratamiento dados por los profesionales de salud, mejor será su calidad de vida. Sin embargo, diversos estudios reportan que en algunos casos existen porcentajes altos de pacientes con DM2 y DM1, que no se adhieren o se adhieren parcialmente al tratamiento farmacológico y no farmacológico, debido a diversos factores, así se tiene que:

En el ámbito internacional

Sarmiento (2018), cuando propuso un programa educativo para promover la adherencia terapéutica con antidiabéticos orales en pacientes atendidos en el Centro de Rehabilitación Integral Especializado Azogues, en Ecuador, observó que un 49,3% de ellos no se adherían

al tratamiento, el 27,3% se automedicaban, el 55,8% tenían un control metabólico inadecuado, el 70,1% era polimedicado y el 36,4% tenía un conocimiento deficiente sobre la enfermedad.

Martín, Castillo y Almenares (2017), al identificar los niveles de la adherencia terapéutica y los factores influyentes en la adherencia deficitaria en pacientes diabéticos del Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga" de la ciudad de Pinar del Río, en Cuba, encontraron que en el 74,1 % de los pacientes predominaba el nivel de adherencia parcial y la mayor adherencia terapéutica deficitaria se debió al componente implicación personal, al igual que los factores personales como conocimientos sobre la dieta y la motivación hacia el tratamiento.

Ramos, Morejón, Gómez, Reina, Rangel y Cabrera (2017), al estimar algunos factores relevantes de la adherencia terapéutica en pacientes con DM2, del consejo popular de Cartagena, Colombia, observaron que el 63 % de los pacientes no cumplían con las recomendaciones terapéuticas; los más cumplidores fueron del sexo femenino (73%), cuyas edades fueron de 51 a 60 años (82%); los varones de 30 a 40 y 51 a 60 años fueron los más incumplidores; la adherencia al tratamiento fue mayor en los dos primeros años y a los diez; el 82 % presentó enfermedades concomitantes. El porcentaje de cumplidores e incumplidores fue similar en paciente con régimen terapéutico combinado (96,7%) y multidosis (100%).

Orozco, Mata, Artolac, Conthed, Mediavillae y Miranda (2015), al evaluar la situación actual y plantear propuestas de posibles soluciones para la adherencia en DM2, en Barcelona, España; encontraron que la falta de adherencia de los pacientes diabéticos dificulta lograr el control terapéutico; asimismo, la formación específica y disponer de

recursos necesarios en la consulta fueron esenciales para minimizar el impacto de la falta de adherencia terapéutica.

Novales, García, Hernández y González (2015), al caracterizar la adherencia terapéutica en adolescentes con DM1 del Hospital Pediátrico Provincial Docente "Pepe Portilla", de Pinar del Río, observaron que el 80% de los pacientes presentó adherencia parcial al tratamiento y el 20% total adherencia; los factores independiente a ello fueron el conocimiento, la autoeficacia percibida, el estilo de afrontamiento centrado en la regulación emocional y la satisfacción con el equipo de salud; concluyeron que los factores: motivación, estrés, creencias de salud y apoyo familiar y social, se asociaron a la adherencia terapéutica.

Mattos y Ochoa (2015), al evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con DM2 del hospital de Bossa de Bogotá, Colombia, observaron que el 56% de los pacientes no cumple estrictamente con la dieta hipoglúcida; el 78% no cumple las recomendaciones de realizar ejercicio al menos tres veces por semana y el 73% no son adherentes al tratamiento, en base a los cual concluyeron que los pacientes con DM 2 no tiene buena adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico; la no adherencia es un fenómeno multifuncional y la mejor adherencia puede estar relacionado con la escolaridad y la mayor edad del paciente; la menor adherencia se relaciona con la polidosificación de un mismo medicamento.

Terechenko, Baute y Zamonsky (2014), al estudiar la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de DM2 en instituciones de Asistencia Médico Colectivas de la ciudad de Carmelo, Uruguay; encontraron que el 56% de los pacientes presentaron buena adherencia al tratamiento farmacológico, el 80% refirieron no olvidarse de tomar la medicación y el 88% toma su medicación a las horas indicadas; el 86% no abandona la

medicación aunque se encuentre bien, y más de dos tercios (65%) no dejan de tomar la medicación a pesar de no sentirse bien con ella.

Gamboa (2014), al investigar la calidad de vida en pacientes ambulatorios con DM2, en el hospital de Tamaulipas, Mexico; encontró que no existe normalidad en apoyo de la familia ($p < 0.05$), ni en tiempo de padecer la enfermedad ($p < 0.05$), el tiempo de padecer la enfermedad con índice de impacto ($r = .263$, $p = .001$), con índice de sintomatología ($r = .182$, $p = .018$) y con índice de calidad de vida ($r = .857$, $p = .000$). En base a estos datos se concluye que a menor tiempo de padecer la enfermedad mayor es la calidad de vida.

Troncoso, Delgado y Rubilar (2013), cuando investigaron sobre la adherencia al tratamiento en pacientes ambulatorios con DM2 de un Centro de Salud Familiar de Chile, observaron que dichos pacientes no presentaban buena adherencia al tratamiento no farmacológico antidiabético. La dieta era percibida como necesaria para su manejo terapéutico, pero no era cumplida en forma adecuada, debido a la situación económica de los pacientes y a la limitada disponibilidad horaria para seguir el régimen. El tratamiento farmacológico fue percibido como necesario y era seguido en forma adecuada, pero algunos pacientes incumplían el tratamiento debido a la intolerancia a fármacos o al estado más avanzado de deterioro secundario por descontrol de su patología

En el ámbito nacional

Barra (2018), cuando investigó la adherencia al tratamiento farmacológico oral de personas diabéticas en 7 localidades de la costa de Perú, observó que el 27.8% de ellas se adhería al tratamiento; la Metformina fue la más prescrita (96,4%), seguido de la Glibenclamida (17.2%).

Pari (2018), cuando investigó el grado de cumplimiento al tratamiento de pacientes diabéticos, los determinantes del incumplimiento y proponer un perfil de la actitud de los pacientes diabéticos adherente al tratamiento del servicio de endocrinología del Hospital Carlos Monge Medrano, de Julica en Puno, encontró que el 12.5% cumplía el tratamiento y el 87.5% lo incumplía, y los factores negativos que más influyeron en ello fueron la falta de conocimiento sobre: la enfermedad con un riesgo significativo (OR = 11,66), y los efectos del medicamento con riesgo significativo (OR = 7); concluyó que en base a los resultados, se debe elaborar estrategias educativas personalizadas o grupales para eliminar los factores negativos y evitar el incumplimiento.

Santamaria y Custodio (2016), al determinar la calidad de vida y su relación con la adherencia al tratamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Programa de Enfermedades no transmisibles, del hospital provincial docente de Belen de Lambayeque, encontraron que el 50.03% de los pacientes tenían calidad de vida regular y el 42.87% presentaban regular adherencia al tratamiento, sin relación significativa entre ambas variables ($p= 0.01 < 0.05$). Concluyeron que la mayoría los pacientes tenía una regular calidad de vida, influida por el funcionamiento sexual, carga social y ejercicio físico. En cuanto a la adherencia los aspectos que más afectaron fue el control y tratamiento médico continuado por el deficiente apoyo familiar; lo cual indicó que en la medida que el adulto asume con mejor calidad de vida su bienestar biopsicosocial tendrá una mejor adherencia terapéutica.

Gonzales (2016), al estudiar la calidad de vida en adultos mayores con DM2 del programa de Medicina Física “Pie diabético y Amputados” del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen de Lima, observó que el 72% de los pacientes tenían una calidad de vida regular, 16% buena y 12% deficiente. Las dimensiones que resaltaron fueron la salud psicológica

(50%); las relaciones sociales (48%), la salud física (47%) y la ambiente /entorno (46%). El mayor porcentaje de pacientes que percibió su calidad de vida como regular tenían entre de 70 a 79 años de edad; el 40% era mujeres; tenían grado de instrucción de nivel secundaria completa, y el 31% consumen hipoglucemiantes.

Cárdenas (2016), al investigar la calidad de vida del paciente diabético atendido en el Hospital I Víctor Alfredo Lazo Peralta, de EsSalud, de la ciudad de Tambopata en Madre de Dios, encontró que el 62 % de pacientes tenían entre 50 a 65 años, el 52% eran del sexo masculino. El 46% se encuentra satisfecho con el tratamiento, el 44% es indiferente o neutral ante el impacto del tratamiento, el el 58% esta satisfecho en acunto a la preocupación social/vocacional relacionada con la enfermedad. Concluyó que la mayoría de los pacientes tenía buena calidad de vida.

Gonzales (2015), al evaluar el conocimiento sobre la DM2 y la funcionalidad familiar asociados a la adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2 del Hospital Militar Central; encontró que en el 69% de los pacientes el conocimiento sobre DM T2 no fue aceptable, más del 50% tenían una buena función familiar. Concluyeron que las variables asociados a la mala adherencia del tratamiento antidiabético fueron la disfunción familiar y conocimiento no aceptable sobre DM2.

Chavarri y López (2015), al determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos, se encontraron que el 68,6 % de los pacientes tenía un nivel de conocimiento bueno y el 31.4% regular. El 53,5% de pacientes no mostraron adherencia; concluyendo que existe relación estadística altamente significativa entre el nivel de conocimiento y la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos.

Benites (2014), al identificar la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus de la estrategia sanitaria de enfermedades no transmisibles de la ciudad de Piura, encontró que los pacientes no presentaron una buena calidad de vida. En la dimensión física refirieron presentar malestar general como: dolor de cabeza, sed y hambre; un estilo de vida no saludable. Complicaciones como las neuropatías, retinopatías y disminución de la agudeza visual, además se evidencia la presencia del factor genético, que los predispone a sufrir la enfermedad. En la dimensión social, presentaron problemas de pareja, de dinámica familiar, además presentan problemas económicos, lo cual conlleva a que no tengan buenas relaciones interpersonales. En la dimensión psicológica, en el área emocional se sienten deprimidos, tristes, alterando de esta manera su calidad de vida.

Dávila, García y Saavedra (2014), cuando estudiaron las variables asociadas a la adherencia al tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos mayores de un hospital de Piura, encontraron que el 69,33% de los pacientes no fueron adherentes al tratamiento; las variables que mostraron correlación positiva con la adherencia fueron el estado civil ($r=0,235$), grado de instrucción ($r=0,257$), la presencia de pluripatología: artrosis ($r=0,232$), dislipidemia ($r=0,333$) y retinopatía ($r=0,323$).

Noriega (2013), al investigar los factores que influyen sobre la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos atendidos en el Centro de Salud “Club de Leones” de Trujillo entre abril a Mayo de 2010, encontró una marcada prevalencia de no adherentes (83.3%); el no tomar el medicamento a la hora fue el indicador más frecuente (66.7%); los factores negativos fueron los asociados con el desconocimiento de las características del tratamiento y el factor más favorable para el cumplimiento del tratamiento fue el conocimiento que tenía el paciente (2,17%) sobre la gravedad de su enfermedad.

En el ámbito local

Vargas et al., (2018), al investigar los factores relacionados con la adherencia integral (farmacológica y no farmacológica) en pacientes diabéticos de un hospital de Chimbote, encontraron que dentro del factor personal, el género fue el único que se relacionó significativamente con la no adherencia integral, al igual que la antigüedad de la DM del factor clínico ($p= 0,028$ farmacológico, $p= 0,047$ no farmacológico). El apoyo familiar, la información sobre la enfermedad y la relación médico – paciente - enfermera no tuvieron relación significativa con la adherencia farmacológica; concluyeron que no todos los factores estudiados se relacionan significativamente con la adherencia al tratamiento integral.

En base a los resultados de estas investigaciones que indican la existencia de un alto porcentaje de no adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica tanto en pacientes con DM1 y DM2, se podría inferir que el equipo multidisciplinar de salud no estarían logrando sus objetivos de incentivar la adherencia terapéutica integral para disminuir la morbimortalidad en estos pacientes y mejorar su calidad de vida; especialmente el profesional de enfermería quien es responsable del cuidado integral del paciente.

Según lo observado en la actualidad, las personas con el padecimiento de diabetes mellitus, tienden a ejercitarse menos y a llevar una vida poco saludable, por ello, nos centraremos en esos dos puntos, en la dietoterapia y en los ejercicios a nivel de adherencia terapéutica no farmacológica.

Las intervenciones de enfermería como: la valoración psicosocial, detección precoz de la patología, educación terapéutica en diabetes, terapia cognitiva-conductual, evaluación de la adherencia terapéutica, intervenciones de apoyo y refuerzo, y terapia familiar; contribuyen grandemente en el adecuado control metabólico, mejora de la calidad de vida y bienestar psicológico y promover la integración social y escolar del paciente. Según la Asociación Americana de Diabetes, la mencionada intervención debe ser parte de la atención continuada (Lozano, 2018); pero en la práctica a nivel nacional se observa que esta no se cumple debido a múltiples factores, especialmente al escaso recurso de profesionales de enfermería asignados a la Estrategia Sanitaria Nacional Hipertensión Arterial y Diabetes en los establecimientos del MINSA. Las investigadoras durante sus prácticas preprofesionales e internado pudieron observar que la mayoría de las enfermeras responsables de dicha estrategia de los diferentes establecimientos de salud de Chiclaya, cumplían prioritariamente funciones administrativas, y los aspectos psicosociales los trataban superficialmente, la información sobre la enfermedad no estaba estandarizada y los cuidados no eran personalizados tomando en cuenta las necesidades y expectativas de cada paciente; lo cual estaría contribuyendo al alto porcentaje de no adherencia terapéutica integral de los pacientes con DM1 y DM2, lo cual repercutiría negativamente en su calidad de vida; ante ello las autoras de esta investigación consideraron fundamental investigar para comprobar objetivamente lo indicado, pues son escasos los estudios realizados a nivel local. La investigación tuvo como finalidad determinar el nivel adherencia terapéutica y la calidad de vida de los pacientes diabéticos de un hospital público de Chiclaya, 2018; planteándose la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida de los pacientes diabéticos de un hospital público, Chiclaya 2018?

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. OBJETIVO GENERAL:

- Estimar la relación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida de pacientes diabéticos de un hospital público, Chimbote 2018.

1.1.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS:

- Determinar la adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica de los pacientes diabéticos de un hospital público Chimbote, 2018.
- Identificar la calidad de vida de pacientes diabéticos de un hospital público Chimbote, 2018.
- Determinar la relación entre la adherencia y la calidad de vida de los pacientes diabéticos de un hospital público, Chimbote, 2018.

1.2. HIPÓTESIS:

- **Hipótesis alterna** - H1: Existe relación significativa entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida de los pacientes diabéticos de un hospital público, Chimbote 2018.
- **Hipótesis nula** Ho: No existe relación significativa entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida de los pacientes diabéticos de un hospital público Chimbote, 2018.

Esta investigación es importante desde el punto de vista teórico y práctico, pues los resultados obtenidos brindan información sobre la adherencia terapéutica y la calidad de vida, los cuales podrán ser utilizados como antecedentes estadísticos y epidemiológicos o marco de referencia para futuras investigaciones similares. Asimismo, los resultados de este estudio servirán a las instituciones de salud, para planificar y ejecutar estrategias que refuercen la adherencia terapéutica integral en pacientes con diabetes a fin de garantizar un buen estado de salud de toda la población que padece de esta enfermedad.

Este estudio también tiene importancia metodológica al adaptar a la realidad local los instrumentos de recolección de datos utilizados en ámbitos internacionales; dichos instrumentos podrán ser utilizados en poblaciones similares o servir de guía para nuevos instrumentos relacionados a las variables del estudio.

II. MARCO TEORICO

Un paciente diabético es aquella persona que padece de una enfermedad metabólica crónica degenerativa, caracterizada por elevados niveles de glucosa en sangre, secundaria a una alteración absoluta o relativa de la secreción de insulina y/o a una alteración de la acción de dicha hormona en los tejidos insulino-dependientes; dicha enfermedad es conocida como Diabetes Mellitus (DM) y va acompañada de modificaciones del metabolismo de carbohidratos, lípidos y proteína (Fernández, Tuneu, 2004, citado por Dávila, García y Saavedra, 2013).

Según la American Diabetes Association (ADA), los pacientes diabéticos pueden presentar Diabetes Mellitus Tipo I (DM1) o insulino-dependiente, la cual se inicia en la etapa juvenil o inicio de la infancia, debido a que la persona nace con una susceptibilidad genética para desarrollar autoinmunidad contra las células β del páncreas las cuales sintetizan y secretan la única hormona hipoglicémica, llamada insulina. La destrucción de dichas células produce una disminución progresiva de la secreción de insulina generando intolerancia a los carbohidratos con el consiguiente incremento anormal de la glucemia; cuando no se controla adecuadamente la hiperglicemia, esta produce complicaciones micro y macro vasculares crónicas que pueden llevar a la muerte. Existen DM1 sin etiología autoinmune llamadas DM1 idiopática, las cuales en su mayoría son de origen africano o asiático, tienen asociación familiar y no tienen marcadores autoinmunes; predisponen a la cetosis (Dávila, García y Saavedra, 2013).

Las personas adultas y mayormente obesas que debutan con cuadros de hiperglicemia, pueden presentar Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) o no insulino-dependiente, la cual no está asociada a factores inmunes pero sí familiares; dicha patología se caracteriza por una

resistencia a la acción de la insulina provocando incremento de la glicemia, aun cuando los niveles de la mencionada hormona puedan ser normales o elevados; en algunos pacientes la insulina puede estar disminuida.

Algunas mujeres durante la gestación, pueden presentar niveles elevado de glicemia a lo cual se denomina Diabetes gestacional; esta tiene un alto riesgo de morbimortalidad perinatal, principalmente para el feto y aun para la madre. En caso de persistir la hiperglicemia en la madre después de seis semanas de producido el parto existe un riesgo aumentado de presentar diabetes tipo 2.

Otros pacientes pueden presentar DM específicos, debido a defectos genéticos de la función de las células beta o de la acción de la insulina; enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías, drogas químicas que inducen diabetes, infecciones, formas raras inmunológicas y otros síndromes genéticos (Dávila, García. y Saavedra, 2013).

ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Según Haynes, (citado por Borda, Pérez, y Blanco, 2000), la adherencia terapéutica se define como: “La medida en que el comportamiento de la persona coincide con las instrucciones médicas o de salud que se le han proporcionado”.

Otros autores consideran que la adherencia terapéutica es mucho más que el grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitarias e indicaciones terapéuticas, pues involucra además la asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificaciones de estilo de vida (Gil et al, citado por López, Romero, Parra y Rojas, 2016), además de estudios de laboratorio o pruebas solicitadas

(Henández, 2009). La adherencia terapéutica comprende la adherencia al tratamiento farmacológica y no farmacológico.

La adherencia al tratamiento farmacológica corresponde al grado de comportamiento del paciente frente a las recomendaciones del profesional médico, de enfermería y químico farmacéutico sobre la administración del medicamento prescrito, en cuanto a la dosis, intervalo de administración, duración del tratamiento, recomendaciones con horarios de comida y otros horarios.

La adherencia al tratamiento no farmacológico, es el grado de comportamiento de un paciente frente a las recomendaciones de dieta hipocalóricas, ejercicio frecuente, control del estrés, cuidado de los pies, control de glicemia, entre otros. (Inguil y López, 2015).

Aun cuando la no adherencia terapéutica es un problema multifactorial, algunos factores pueden modificarse y otros no, por ello la predicción de la falta de adherencia a nivel individual es difícil de determinar. Las causas de la no adherencia pueden ser intencionadas cuando el paciente decide no cumplir con las recomendaciones de tratamiento por temor a reacciones adversas, creencias, etc. También pueden ser no intencionadas cuando el paciente quiere cumplir con el tratamiento, pero no lo logra por situaciones que no puede controlar como: olvidos, falta de comprensión de las instrucciones, incapacidad para pagar el tratamiento, etc.

Los factores que influyen en la adherencia terapéutica pueden clasificarse en grupos, tales como:

Factores relacionados con el paciente, entre los cuales están la edad madura, el sexo femenino, los mayores ingresos económicos y nivel educativo superior, pueden tener efectos positivos sobre la adherencia; mientras que, mantener conductas de riesgo como el alcoholismo y tabaquismo; el estrés, la gravedad percibida y la depresión afectarían negativamente la adherencia.

Factores relacionados con la enfermedad que influyen positivamente en la adherencia se considera que cuanto más grave es la misma el paciente usa la medicación, al igual que el mayor tiempo de evolución de la DM y la presencia de complicaciones como enfermedades cardiovasculares.

Factores relacionados con los tratamientos, están aquellos que influyen negativamente en la adherencia y pueden llevar al abandono del tratamiento, en este grupo se encuentra la presencia de reacciones adversas medicamentosas, el mayor tiempo de duración del tratamiento, el régimen terapéutico y la complejidad del mismo especialmente en paciente polimedicados, quienes olvidan o confunden con facilidad las indicaciones médicas sobre la dosis, horarios de administración, distribución de dosis diarias (peor adherencia, dosis del medio día); de igual manera la administración de medicamentos inyectables y la disminución de la calidad de vida por la administración de medicamentos. Las dosis únicas, los regímenes simples, combinaciones a dosis fijas y la participación del paciente en la elección del tratamiento, tienen efecto positivo sobre la adherencia.

Factores socioeconómicos como el mayor apoyo familiar y niveles de cohesión y apoyo social favorecen la adherencia; la falta del mismo o la existencia de conflictos familiares influyen negativamente al igual que el alto costo de los medicamentos.

Factores relacionados con el sistema sanitario, como el deficiente acceso a los servicios de salud debido a la distancia de establecimiento de salud, incompatibilidad de horarios, medio rural, etc., así como no recibir instrucciones claras y precisas sobre la administración y acción de los fármacos, o prescripciones de diferentes profesionales influyen negativamente en la adherencia terapéutica; por el contrario aumenta la misma al disminuir las veces que debe asistir al servicio de farmacia para adquirir sus medicamentos.

Factor relación profesional de salud y paciente es uno de los factores más importantes y claves en la adherencia terapéutica; entre los que influyen positivamente está la adecuada comunicación del profesional, pues cuando la información es sencilla de entender por el paciente, éste incrementará su adherencia al tratamiento; esto mismo ocurre cuando es mayor el grado de empoderamiento del paciente y la relación de confianza (Mattos y Ochoa, 2015).

TEORÍAS QUE EXPLICAN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Existen algunas teorías que sustentan la adherencia terapéutica, las principales son: la Teoría Social Cognitiva, considera que mediante un buen sentido de autoeficacia los pacientes diabéticos afrontarán las demandas requeridas por el tratamiento; dicha autoeficacia se correlaciona positivamente con las conductas de salud deseables en el tratamiento de la diabetes; esta variable es un mediador para la relación entre responsabilidad y adherencia al tratamiento (Rodríguez, Rentería y García, 2013). La Teoría de la acción razonada, considera que las creencias, actitudes, intenciones y conducta, son las más importantes para la adherencia y el mejor predictor de la conducta es la intención de llevarla a cabo. El Modelo de creencias de salud, pone énfasis en el grado

de motivación, la información del paciente sobre su salud, autoperibirse vulnerable ante la enfermedad, estar convencido de la eficacia del tratamiento o intervención. Diversos autores afirman que la motivación tiene mayor influencia en la adherencia que los factores demográficos y metabólicos (Rodríguez, Rentería y García, 2013).

La Teoría del Deficit del Autocuidado de Dorothea Orem, define como, las acciones que permiten a la persona mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida, curar las enfermedades y/o heridas y hacer frente a las complicaciones. Según esta teoría, el paciente toma las decisiones en su salud y en el desarrollo de sus capacidades de autocuidado, porque si se adhiere al tratamiento farmacológico y no farmacológico podrá lograr tener una óptima calidad de vida; pero si no se adhiere al tratamiento farmacológico y no farmacológico, obtendrá una regular u deficiente calidad de vida.

En el presente estudio, las autoras han considerado utilizar a Dorothea Orem como teorista, para sustentar a la adherencia terapéutica de los pacientes diabéticos y como repercute en la calidad de vida de estos mismos, dando como resultados que no existe una relación entre ambas variables estudiadas por factores intervinientes.

El autocuidado es la práctica de actividades que las personas inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Medir la adherencia terapéutica es complicado por ser ésta multifactorial; hasta la actualidad ninguna técnica o método permite valorar todos los aspectos de la adherencia. Existen varios métodos para evaluar la adherencia terapéutica en forma cualitativa o cuantitativa; algunos son directos y otros indirectos; en los métodos directos está el dosaje de medicamento, sus metabolitos o marcadores de ellos en sangre, orina u otros fluidos corporales; dichos métodos sofisticados y específicos, tienen altos costos por ello no se emplean comúnmente. Los métodos indirectos son baratos y de fácil aplicación, se basan en la información que brindan los pacientes, familiares o personal de salud, entre ellos están el autoinforme de los pacientes, el recuento de pastillas, el reordenamiento de las recetas, los registros de resurtido de la farmacia, el control electrónico de la medicina, el efecto terapéutico para evaluar el cumplimiento, el juicio clínico del médico, asistencia a citas, valoración de las reacciones adversas y el conocimiento del paciente sobre la enfermedad (Mattos y Ochoa, 2015).

En la práctica clínica habitual clásicamente se mide aplicando un test en la consulta, donde se plantean preguntas al paciente sobre la ingesta o administración de sus medicamentos prescritos. Los test más utilizados son el de Morisky-Green y el de Haynes-Sackett o cumplimiento autocomunicado, la desventaja de ambos es tener alta especificidad y baja sensibilidad, pues según una investigación que valoró adherencia terapéutica por los dos métodos, encontró que solo 11,1 % de los pacientes reconoció no tomar los fármacos correctamente, mientras que el 30,3 % no tenían buena adherencia para el conjunto de fármacos por recetas retiradas de farmacia.

El test de Morisky Green Levine es un test o cuestionario de cumplimiento autocomunicado, basado en la entrevista voluntaria; contiene cuatro preguntas que permite medir indirectamente la adherencia al tratamiento farmacológico y orientan a la adherencia

cuando la persona responde “NO” a las cuatro preguntas o no adherencia al tratamiento si contesta “SI” a al menos una de las preguntas.

Las investigadoras de este estudio, consideraron utilizar dicho test como base para elaborar un instrumento para determinar la adherencia terapéutica farmacológica, por ser válido y confiable y de fácil aplicación; y además por ser utilizado por muchos investigadores.

CALIDAD DE VIDA

La Calidad de Vida (CV) es un constructo complejo que forma parte de la vida social, la cual se inicia después de la Segunda Guerra Mundial en los Estados Unidos; su conceptualización es difícil debido a que es multidimensional pues involucra aspectos económicos, culturales, emocionales, etc. Una aproximación de la misma incluye tres significados, el primero la considera como la calidad del entorno en el cual las personas habitan; el segundo es la Calidad de acción, mediante el cual las personas tienen la capacidad de enfrentar los problemas que se presentan en su vida; y el tercer significado se refiere a la calidad del resultado o productos de la vida y el disfrute de esta, lo cual incluye la plenitud y felicidad completa de la vida (Espinoza, 2014).

En la actualidad su estudio de la CV es muy frecuente en el ámbito económico, político, de educación y salud; en este último los estudios están relacionados con el estado físico de las personas, su capacidad de moverse, cuidarse y atender sus propias necesidades.

Según Mayers, Van Hooff y Balwin (citados por Bonilla y Sosa, 2005) la calidad de vida puede dividirse en tres subcategorías como: el bienestar físico, el bienestar mental y la calidad de las relaciones.

Bienestar físico: Si hay descontrol en la enfermedad se produce deterioro físico, constante y progresivo. En ciertos casos ésto puede generar dificultad para que el paciente realice sus actividades cotidianas. Esto a su vez, puede contribuir a exacerbar factores de riesgo como el sedentarismo, tabaquismo, obesidad o sobrepeso y problemas cardiovasculares.

Bienestar mental o emocional: La salud mental y estabilidad emocional se pueden ver afectadas desde el momento del diagnóstico ya que el paciente se enfrenta a una crisis que implica un cúmulo de pensamientos, emociones, sensaciones e interrogantes que generan un impacto en diversos ámbitos de su vida. Esta crisis surge debido a varias razones: dificultad para aceptar la enfermedad, resistencia al cambio de ciertas conductas que son parte indispensable del tratamiento, que se perciba poco eficaz ante el tratamiento o que se presenten problemas de distrés psicológico, ansiedad y depresión.

Calidad de las relaciones o sociales. La relación con familiares, amigos y cuidadores primarios, se puede ver afectada por las futuras complicaciones y los cambios necesarios que se dan en su estilo de vida. Pueden aparecer desacuerdos o discusiones que lleven al desgaste físico, económico y emocional.

Por ejemplo, los cambios en la alimentación y otras modificaciones en el estilo de vida del paciente pueden generar una resistencia al cambio en el resto de los integrantes de la familia y afectar su apego a tratamiento. Eventualmente, ésto se atribuye a una falta de empatía y a la poca conciencia sobre la enfermedad que tiene tanto el paciente como su familia (citado por Arcila y Patiño, 2013).

Las personas que viven con diabetes y quieren mejorar su calidad de vida requieren implementar modificaciones en su estilo de vida y necesariamente deben: conocer las causas y consecuencias de la diabetes; eliminar los mitos de la misma; Identificar las metas de control saludables; conocer la acción de cada medicamento prescrito y practicar las

conductas de autocuidado; recordar la fecha para la realización de estudios de laboratorio; ser consciente de qué áreas del cuerpo pueden verse afectadas; reconocer y expresar las emociones o estados de ánimo que afecten el autocuidado y el apego al tratamiento; y llevar una atención multidisciplinaria para su control y tratamiento.

Asimismo, para aumentar la calidad de vida del paciente diabético es importante que éste participe activamente en su autocuidado y tenga el apoyo activo de sus familiares y del equipo de salud. Según la teoría de Orem, cada persona tiene la habilidad innata de cuidarse así mismo (agencia de autocuidado) durante los cambios en la salud que van pasando; puede volverse dependiente y toma conciencia de su misma enfermedad y de su mismo cuidado (Orem,1969).

La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud ha adquirido mucha importancia en la práctica clínica como indicador de la calidad de variados y diferentes tratamientos y sus resultados (Miranda, Villegas y Plata, 2012). Desde hace algún tiempo se dispone de diversos instrumentos para evaluar la calidad de vida en pacientes diabéticos, pero según Bradley (citado por Salazar, Gutierrez, Aranda, Gonzales y Pando, 2012), sólo tres son los más aceptados por ser multidominio, entre ellos se tiene los derivados del Medical Outcomes Study como el Short Form36 (SF-36); dicho cuestionario disponible en español puede utilizarse para evaluar el impacto de un programa de diabetes, se elaboró a inicios de la década de los noventa en Estados Unidos; esta escala genérica proporciona un perfil del estado de salud; tiene buenas propiedades psicométricas, por ello es uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la calidad de vida. Está compuesto por 36 ítems que valoran los estados positivos y negativos de la salud y cubre ocho escalas, como son: la función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, además incluye un ítem de transición sobre el cambio

en el estado de salud general respecto al año anterior, pero este ítem no se considera en el cálculo de ninguna de las escalas, solo es útil para conocer el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del instrumento.

Otros autores consideran que la Calidad de Vida, puede evaluarse a partir de medidas generales y específicas; las primeras medidas evalúan el funcionamiento de personas con diversas enfermedades, y se utilizan en estudios comparativos de diferentes poblaciones, aun cuando son menos sensibles a los cambios en el funcionamiento; las segundas medidas evalúan las características de una enfermedad o población determinada, fue desarrollada en 1988 por el grupo de investigación para evaluar la calidad de vida relacionada con los tratamientos intensivos de la enfermedad. El instrumento de medida es conocido como Diabetes Quality of Life (DQOL), la cual contiene 46 ítems correspondientes a cinco dimensiones: Satisfacción (15 ítems), impacto (20 ítems), preocupación social/vocacional (siete ítems), preocupación relativa a la diabetes (cuatro ítems), y bienestar en general. (Miranda, Villegas y Plata, 2012)..

Otro instrumento o escala de evaluación de la CV en pacientes diabéticos es el cuestionario Diabetes 39, el cual es multidimensional e incluye aspectos de bienestar psicológico y funcionamiento social. es de fácil autoadministración pues esta centrado en en el paciente; tiene elevada consistencia interna, validez de contenido y criterio; por ello se lo considera como uno de los instrumentos específicos con mejor validez para medir la calidad de vida en los pacientes con diabetes mellitus igual que el SF-36. En el presente estudio se ha considerado utilizar este último instrumento para determinar la calidad de vida de la población estudio.

**PACIENTES
DIABÉTICOS**

**ADHERENCIA
TERAPÉUTICA**

**CALIDAD DE
VIDA**

**DEFICIT DEL
AUTOCUIDADO**

**TTO.
FARMACOLÓGICO**

ADHERENTE

**TTO. NO
FARMACOLÓGICO**

NO ADHERENTE

DIETA

EJERCICIOS



**FACTORES
INTERVINIENTES**

OPTIMO

REGULAR

DEFICIENTE

ESQUEMA ADAPTADO Y MODIFICADO PARA LA PRESENTE INVESTIGACION BASADA EN LA TEORIA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

III. MATERIAL Y MÉTODO

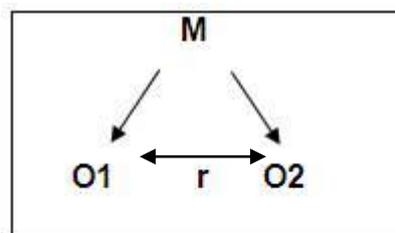
3.1. MÉTODO DE ESTUDIO

El trabajo de investigación fue de tipo descriptivo correlacional de corte trasversal.

- **Descriptivo**, porque se midió las variables en estudio con hechos que se dieron en la realidad.
- **Correlacional**, porque se determinó la relación existente entre las variables de estudio.
- **Trasversal**, porque la información se obtuvo en un solo momento dado.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de este estudio fue de tipo descriptivo correlacional de corte trasversal.



Dónde:

N= población de estudio

O1= variable dependiente

O2= variable independiente

r= relación

3.3. POBLACIÓN

La población estuvo conformada por un total de 50 pacientes que asistieron frecuentemente a las reuniones de la Estrategia Sanitaria de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus del Hospital “La Caleta” durante el año 2018.

3.3.1. UNIDAD DE ANÁLISIS

Un paciente de la Estrategia Sanitaria de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus del Hospital “La Caleta”, durante el año 2018.

3.3.2. MARCO MUESTRAL

Estuvo conformado por la relación de pacientes que asistieron frecuentemente a las reuniones de la Estrategia Sanitaria de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus del Hospital “La Caleta”, durante el 2018.

3.3.3. MUESTRA

La muestra estuvo conformada por la población censo de los pacientes de la Estrategia Sanitaria de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus del Hospital “La Caleta”.

3.3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los criterios de inclusión considerados fueron:

- Personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 1 o tipo 2, atendidos en la Estrategia Sanitaria de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus del Hospital

“La Caleta” y asistieron frecuentemente a las actividades programadas durante el año 2018.

- Pacientes con tiempo de tratamiento farmacológico mayor a 1 año.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio.

3.3.5 ASPECTOS ÉTICOS

En la realización de esta investigación se consideraron los principios indicados en el informe Belmont (citado por Eleonora, 2014), tales como:

- A. Autonomía**, es la condición por la cual se respetó siempre la voluntad de cada paciente que formó parte del estudio.
- B. Anonimato y confidencialidad**, durante todo el estudio se protegió la identidad de los pacientes que conformaron la muestra; asimismo se mantuvo el secreto profesional y se garantizó que los datos personales solo sería accesibles al personal autorizado.
- C. No maleficencia**, comprende no hacer daño o perjudicar a los pacientes que participaron en el estudio.
- D. Justicia**, se brindó a cada paciente un trato cordial y respetuoso y se le dió lo que le correspondía; asimismo se distribuyó equitativamente los beneficios y potenciales riesgos de la investigación.
- E. Integridad científica**, en esta investigación se consideró el marco de principios, valores y prácticas profesionales que en su conjunto contribuyeron a asegurar que todos los aspectos del proceso de investigación se realicen de manera honesta y precisa.
- F. Consentimiento informado**, a cada paciente que conformó la muestra se le permitió expresar voluntariamente su intención de participar en la

investigación después de haber comprendido la información brindada sobre los objetivos, beneficios, molestia, posibles riesgos y alternativas, derechos y responsabilidad.

- G. **Responsabilidad**, las investigadoras no delegaron a otras personas la ejecución de este estudio, pues consideraron las consecuencias de la realización y difusión de los resultados de la investigación y lo que implica ello para los participantes y la sociedad en general”.

3.4. DEFINICIÓN Y OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

3.4.1. Variable independiente:

• Adherencia terapéutica

Definición conceptual

La adherencia al tratamiento es el grado de comportamiento de un paciente diabético respecto a la toma de sus medicamentos, cumplimiento de la dieta y práctica de ejercicios según las instrucciones proporcionadas por un profesional de salud. Sus dimensiones son la farmacológica y no farmacológica, la cual incluye la dieta y el ejercicio.

Definición operacional

La adherencia al tratamiento según la dimensión se determinó considerando los siguientes indicadores:

Dimensión farmacológica, es como el paciente cumple con la administración de sus medicamentos.

- Indicadores:

- Incumplimiento de horario
- Incremento de dosis por iniciativa propia

- Olvido de administración del medicamento
- Abandono del tratamiento por sentirse mejor
- Abandono del tratamiento por sentirse peor
- Abandono del tratamiento por falta de medicamentos
- Abandono de tratamiento por otras razones

- **Escala:** Si / No

Valoración de la adherencia terapéutica farmacológica:

- **Adherente:** cuando responde “NO” a las siete preguntas sobre la adherencia al tratamiento farmacológico.
- **No adherente:** cuando contesta “SI” en al menos una de las siete preguntas sobre la adherencia al tratamiento farmacológico.

Dimensión No farmacológica:

➤ **Dietoterapia**

- **Indicadores:**

- Consumo de bebidas alcohólicas
- Uso de edulcorantes
- Consumo durante la última semana, de:
 - Harinas, fideos, galletas, pan
 - Dulces, jugos envasados, gaseosas
 - Frituras, parrilladas
- Consume alimentos más de 3 veces al día
- Toma 1 litro de agua
- Sigue la dieta indicada por el profesional de salud

- **Escala:** Si / No

➤ **Ejercicios**

- **Indicadores:**

- Practica ejercicios
- Realiza mínimo 15 minutos de ejercicios diariamente.

- **Escala:** Nunca, Raras veces, a veces y siempre

Valoración de la adherencia terapéutica no farmacológica:

- **Adherente:** cuando responde nunca a las cuatro primeras afirmaciones de la dieta y siempre a la quinta y sexta; además responde siempre a las dos afirmaciones sobre la práctica de ejercicio.
- **No adherente:** cuando responde raras veces, a veces o siempre a las cuatro primeras afirmaciones de la dieta; y nunca, raras veces y a veces a la quinta y sexta afirmación de la dieta y las dos sobre el ejercicio.

3.4.2. Variable dependiente:

• **Calidad de vida**

Definición conceptual:

Es la valoración subjetiva que hace el paciente diabético de su vida dentro de un contexto cultural y sistema de valores en los que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, normas, inquietudes, efectos de su enfermedad y tratamiento en diversos ámbitos de su vida (energía – movilidad, control de la diabetes, ansiedad – preocupación, carga social y funcionamiento sexual).

Definición operacional: La calidad de vida de los pacientes diabéticos se determinó considerando los siguientes indicadores: energía – movilidad, control de la diabetes, ansiedad – preocupación, carga social y funcionamiento sexual.

Valoración de la Calidad de Vida:

- Óptima: 39-89 pts
- Regular: 90-156 pts
- Deficiente: 157-273 pts

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó mediante la técnica de la encuesta a los pacientes diabéticos de la Estrategia Sanitaria de Diabetes Mellitus del hospital La Caleta, que cumplían con los criterios de inclusión; se empleó los siguientes instrumentos:

A. Cuestionario de adherencia al tratamiento integral para pacientes diabéticos tipo 1 y tipo 2: (anexo 1)

Las investigadoras elaboraron un cuestionario para evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico del paciente diabético, para ello incluyeron en un solo instrumento los ítems del Test de Morisky, Green y Levine, y del cuestionario de Medida de Adhesión a los tratamientos (MAT), uno para uso de antidiabéticos orales y otro para insulina, los cuales fueron validados por Gómez, Soares Almeida y Pace (2014). Para evaluar la terapia no farmacológica se han incluido los ítems del instrumento elaborado por Inguil y López (2015).

El instrumento utilizado en este estudio, tiene en primer lugar una introducción donde se describen el objetivo y alcances de la investigación; luego tiene las instrucciones de como desarrollar el mismo. Seguidamente, esta la Parte I, la cual contiene el cuestionario con 7 preguntas dicotómicas (Si/No) sobre la adherencia al tratamiento farmacológico con antidiabéticos orales para pacientes con DM2; o

insulina para pacientes con DM1. En la Parte II, corresponde a ítems sobre la adherencia al tratamiento no farmacológico, contiene 8 preguntas sobre la dieta y ejercicio, con respuestas tipo Likert: nunca, raras veces, a veces y siempre (ver Anexo N° 1).

B. Cuestionario sobre Calidad de vida del paciente con Diabetes

Este instrumento corresponde al cuestionario Diabetes 39, el cual es multidimensional y cubre aspectos de bienestar psicológico y funcionamiento social entre otros; permite medir la calidad de vida en pacientes con DM1 y DM2; fue adaptado y validado para una población mejicana por López y Rodríguez (2005). Consta de 39 preguntas cerradas que se agrupan en cinco secciones: Energía-Movilidad (15 ítems: 3, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 25, 29, 32, 33, 34, 35 y 36), Control de la diabetes (12 ítems: 1, 4, 5, 14, 15, 17, 18, 24, 27, 28, 31 y 39); Ansiedad-preocupación (cuatro ítems: 2, 6, 8 y 22), Carga social (cinco ítems: 19, 20, 26, 37 y 38) y Funcionamiento sexual (tres ítems: 21, 23 y 30). Los pacientes responden qué tanto está afectada su calidad de vida durante el último mes por la acción o actividad que expresa cada ítem, colocando una X en una escala de tipo análoga visual modificada, que ubican los números del 1 al 7, cuya escala de valores es el número 1 para nada afectado en lo absoluto y el 7 a sumamente afectado en la calidad de vida. Las puntuaciones de cada sección se transforman a una escala de 0 a 100 mediante una fórmula para su conversión lineal. Además contiene dos preguntas finales que califican la percepción del paciente acerca de su calidad de vida de manera global, con un rango del 1 (mínima) al 7 (máxima) y la severidad de la diabetes con un rango del 1 (ninguna severidad) al 7 (extremadamente grave) (ver anexo N° 2)

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

• VALIDEZ

La validez de su contenido del primer instrumento sobre adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica, fue determinada en base al juicio de tres expertos en la materia (médico, farmacéutico y enfermera), utilizando el formato de validación correspondiente; quienes consideraron válido dicho instrumento.

El cuestionario sobre calidad de vida fue validado por López y Rodríguez (2005), quienes afirmaron que el mismo era válido.

• CONFIABILIDAD

La confiabilidad fue determinada con una muestra piloto de 10 pacientes con características similares a la muestra del presente estudio, se calculó el alfa de Cronbach, cuyo valor fue de 0.712, lo cual indica que tiene una confiabilidad buena.

La confiabilidad del cuestionario sobre calidad de vida del paciente diabético fue determinado por López y Rodríguez (2005), quienes obtuvieron un alfa de Cronbach de 0.80, lo cual indica que su confiabilidad es alta.

3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos fueron recolectados realizando los siguientes pasos:

1. Se solicitó a la dirección de la E. P. Enfermería para que emita un documento a la dirección del Hospital La Caleta, para que autorice la recolección de datos.

2. Después de obtenido el permiso correspondiente, se coordinó con la enfermera responsable de la Estrategia Sanitaria de hipertensión arterial y Diabetes Mellitus a fin de seleccionar a los pacientes que conformarían la muestra; asimismo se fijó la fecha de reunión para brindar la información correspondiente a los pacientes sobre la finalidad y objetivos del trabajo de investigación; en dicha reunión los pacientes firmaron el formato de consentimiento (Anexo N° 3).
3. Posteriormente, las investigadoras distribuyeron los instrumentos a cada paciente para el desarrollo de los mismos en forma anónima e independiente, previamente les brindaron las indicaciones respectivas para el correcto llenado; asimismo, absolvió las dudas correspondientes y apoyaron a los pacientes con algunas limitaciones físicas en el llenado de los mismos. El tiempo promedio del llenado de ambos instrumentos fue de 20 minutos.

3.7. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Los datos obtenidos fueron codificados en una matriz de tabulación empleando el Software The Package Sottisfical for el Sciences – SPSS versión. 22:0; asimismo, con el cual se realizó el análisis estadístico descriptivo de los resultados, se calculó las frecuencias relativa y simple, media aritmética y desviación estándar. Para determinar la relación entre variables se aplicó la prueba de chi cuadrado de Pearson (X^2), el valor “p” igual o menor a 0,05 se consideró como estadísticamente significativo para verificar la hipótesis. Los resultados fueron presentados en tablas bidimensionales y en gráficos de barras utilizando el software Office Excel. 2010.

IV. RESULTADO Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

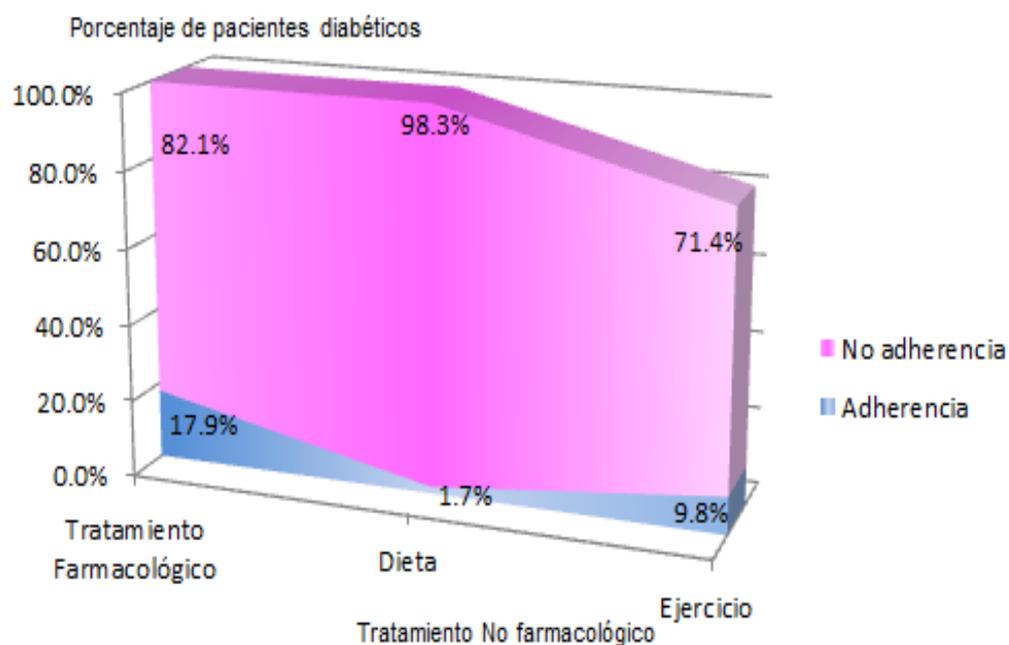


Figura 1. Adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica de pacientes diabéticos de un hospital público, Chimbote, 2018

En relación a la adherencia al tratamiento farmacológico, se observa que el 82.1% de los pacientes diabéticos son no adherentes; en cuanto al tratamiento no farmacológico, un alto porcentaje es no adherente a la dieta (98.2%) y al ejercicio (71.4%).

Tabla 1. Calidad de vida de pacientes diabéticos de un hospital público, Chicbote, 2018

Calidad de Vida	Pacientes diabéticos N=50	
	N°	%
Regular	24	48.9
Deficiente	22	42.2
Óptima	4	8.9
Total	50	100.0

Los resultados muestran que un gran porcentaje (48.9%) de pacientes diabéticos tiene una calidad de vida regular y un 42.2% deficiente; solo en un escaso porcentaje (8.9%) es óptima.

Tabla 2. Relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida de los pacientes diabéticos de un hospital público, Chimbote, 2018.

Adherencia Terapéutica	Calidad de Vida						Valor
	Óptima		Regular		Deficiente		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Farmacológica							
➤ Adherencia	22	46	24	48	4	6	X ² = 3.7184 Gl= 2 p= 0.158 No sig
➤ No adherencia	4	8	20	44	26	48	
No Farmacológica							
Dietoterapia							
➤ Adherencia	5	10	26	52	19	38	X ² = 21.4895 Gl= 3 p= 0.289 No Sig
➤ No adherencia	3	6	28	56	19	38	
Ejercicios							
➤ Adherencia	2	10	8	20	40	70	X ² = 0.1854 Gl= 3 p= 0.9896 No sig
➤ No adherencia	2	8	22	44	26	49	

Según los valores de p calculados se observa que la adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica como la dietoterapia y ejercicio, no tienen relación estadística significativa con la calidad de vida, al tener valores de p superiores al 0,05.

4.2 Análisis y Discusión

En la actualidad la falta de adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus, es un problema de salud pública debido al incremento de la morbimortalidad por las complicaciones crónicas como: afecciones cardiovascular, ceguera, insuficiencia renal y/o amputación de miembros inferiores entre otros, los cuales podrían ser evitados si el paciente cumpliera con el tratamiento establecido.

La mayoría de los estudios realizados en países de América Latina incluido el Perú, sobre adherencia terapéutica han reportado que en algunos casos más del 40% de pacientes diabéticos no se adhería al tratamiento farmacológico (Sarmiento, 2018), (Barra, 2018), (Pari, 2018), (Ramos, Morejón, Gómez, Reina, Rangel y Cabrera, 2017), lo cual es semejante al encontrado en este estudio, donde 82.1% de los pacientes no se adherían a dicho tratamiento, tal como se observa en la **Figura 1**. Otros estudios reportaron que más del 70% se adhería parcialmente (Martín, Castillo y Almenares, 2017), o regularmente (42.87%) a dicho tratamiento (Santamaria y Custodio, 2016), debido a algunos factores negativos como la terapia combinada y multidosis (Mattos y Ochoa, 2015), los efectos adversos de los medicamentos (Pari, 2018), el alto costo de los mismos, el mayor tiempo de duración del tratamiento, el régimen terapéutico y la complejidad del mismo especialmente en pacientes polimedicados (Sarmiento, 2018), los horarios de administración especialmente las dosis que se administran al medio día y la vía de administración de medicamentos inyectables. Sin embargo, Terechenko, Baute y Zamonsky (2014), encontraron que el 56% de pacientes con DM2 de la ciudad de Carmelo en Uruguay, presentaron buena adherencia al tratamiento farmacológico al no olvidar tomar la medicación, cumplir con su hora de administración y con la medicación aun cuando se encontraban bien o a pesar de no sentirse bien con ella.

Aun cuando, esta investigación evaluó la adherencia terapéutica en base al factor relacionado al tratamiento; otros estudios indican que la adherencia es influenciada positiva o negativamente por otros factores, como los personales del paciente, donde: el mayor nivel de escolaridad produce una mejor adherencia (Dávila, García y Saavedra, 2014); por el contrario, un bajo nivel de conocimiento de la enfermedad misma (Pari, 2018), (Gonzales, 2015), de las características del tratamiento (Noriega, 2013) y de la dieta, la escasa motivación al cumplimiento del tratamiento generan una menor adherencia (Sarmiento, 2018), (Martín, Castillo y Almenares, 2017). Según Chavarri y López (2015). Asimismo, la relación del profesional de salud con el paciente es un factor importante y clave en la adherencia terapéutica, pues la adecuada comunicación del profesional de salud al brindar información sencilla de entender, ésta incrementará la adherencia al tratamiento del paciente (Ramos 2015).

En la **Figura 1**, también se observa que el 98,3% y 71,4% de dichos pacientes tampoco se adhieren al tratamiento no farmacológico como la dieta y el ejercicio respectivamente; estos resultados son semejantes a los de Mattos y Ochoa (2015), quienes encontraron que el 56% de pacientes con DM2 del hospital de Bossa de Bogotá, Colombia no cumplían estrictamente con la dieta hipoglúcida y el 78% tampoco cumplía con las recomendaciones de realizar ejercicio al menos tres veces por semana. Por otra parte, Troncoso, Delgado y Rubilar (2013), encontraron que los pacientes con DM2 de un Centro de Salud Familiar de Chile no presentaban buena adherencia a la dieta aun cuando la consideraban necesaria, esto debido a que tenían una deficiente situación económica y una limitada disponibilidad horaria para cumplir con el régimen dietético.

En cuanto a la Calidad de vida de los pacientes diabéticos en la **Tabla 1**, se observa que el más del 40% de los pacientes diabéticos presentan una calidad de vida regular o deficiente

y solo en el 8.9% es óptima; esto es similar al reportado por Santamaría y Custodio (2016), donde el 1/3 de los pacientes tenía una calidad de vida óptima, también podemos observar que en el estudio de Gonzales (2016), donde se observó que el 72% de los pacientes tenían una calidad de vida regular, 16% buena y 12% deficiente. Las dimensiones que resaltaron fueron la salud psicológica (50%); las relaciones sociales (48%), la salud física (47%) y la ambiente /entorno (46%). El mayor porcentaje de pacientes que percibió su calidad de vida como regular tenían entre de 70 a 79 años de edad; el 40% era mujeres; tenían grado de instrucción de nivel secundaria completa, y el 31% consumen hipoglucemiantes.

La falta de adherencia terapéutica conlleva a una deficiente calidad de vida en los pacientes diabéticos; tal como lo confirmó Benites (2014), al encontrar que los pacientes diabéticos de la estrategia sanitaria de enfermedades no transmisibles de Piura no presentaron una buena calidad de vida; por otra parte, Santamaria y Custodio (2016), reportaron que el 42,87% de los pacientes con DM2 del Hospital Provincial Docente de Belen de Lambayeque con regular adherencia al tratamiento, el 50,03% tenían una calidad de vida regular, sin relación significativa entre las variables ($p= 0.01 <0.05$). Este mismo tipo de calidad de vida fue encontrado por Gonzales (2016) en el 72% de los pacientes con pie diabético o amputados; esta tipo de complicación así como la retinopatía y la nefropatía son muy frecuentes en pacientes diabéticos que no se adhieren al tratamiento. Estos resultados sobre la calidad de vida son similares encontrados en este estudio, donde el 48,9% de los pacientes con DM1 y DM2 presentan una calidad de vida regular, sin relación significativa con la adherencia farmacológica ($p= 0.158$) y no farmacológica como la dieta ($p= 0.289$) y el ejercicio ($p= 0.9896$), tal como se muestra en la **Tabla 2**. Por el contrario, Cárdenas (2016), encontró que la mayoría de los pacientes diabéticos del Hospital I Víctor Alfredo Lazo Peralta, de Madre de Dios, tenían buena calidad de vida y se encontraban satisfechos con el tratamiento.

Según Gonzales (2016), en los pacientes con calidad de vida regular, las dimensiones que resaltaron fueron la salud psicológica; las relaciones sociales, la salud física y la ambiente /entorno; además afirmó que, en la medida que el adulto asume una mejor calidad de vida tendrá una mejor adherencia terapéutica. Asimismo, Benites (2014), refiere que la mala calidad de vida afecta las diferentes dimensiones de vida del paciente, tales como: la física, produciendo dolor de cabeza, sed y hambre; la social, generando problemas de pareja, de dinámica familiar y problemas económicos; y la psicológica, produciendo problemas de distrés, ansiedad y depresión. Todo esto lleva a un descontrol en la enfermedad incrementando el deterioro constante y progresivo de la salud del paciente diabético; además de limitar sus actividades cotidianas y exacerbar los factores de riesgo como el sedentarismo, tabaquismo, obesidad o sobrepeso y problemas cardiovasculares.

Todo ello puede minimizarse si los profesionales de salud especialmente el de enfermería brinda un cuidado integral a dichos pacientes; la consejería y la educación en salud son pilares importantes para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con enfermedades metabólicas como la DM y por consiguiente mejorar la calidad de vida tanto en su dimensión física con la psicológica al incrementar el bienestar mental o emocional, pues la salud mental y estabilidad emocional se ven afectadas desde que el paciente es diagnosticado pues se enfrenta a un acúmulo de pensamientos, emociones, sensaciones e interrogantes que generan un impacto negativo en diversos ámbitos de su vida, además de negarse aceptar la enfermedad y resistirse al cambio de ciertas conductas y estilos de vida.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- El 82.1% de los pacientes diabéticos, no se adhieren al tratamiento farmacológico; en cuanto al tratamiento no farmacológico el 98,3% no cumple con la dieta recomendada y el 71.4% no realiza ejercicio.

- El 48.9% de los pacientes diabéticos consideran que tienen una calidad de vida regular, el 42.2% deficiente y el 8.9% óptima.

- La adherencia terapéutica no tiene relación estadística significativa con la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

5.2 Recomendaciones

La Escuela Académico Profesional de Enfermería, realizar coordinaciones respectivas con los cursos que tienen en la curricula y hacerlos que trabajen en coordinación, para que eso permita la intervención en las Estrategías Sanitarias, donde se puedan dar la ejecución de proyectos de proyección social y programas educativos en beneficio de los pacientes que asisten a las mismas, con el fin de mejorar el nivel de conocimiento y así se logre una mejor adherencia terapéutica al tratamiento, tanto farmacológica como no farmacológica y esto repercute positivamente en su calidad de vida.

Los responsables de la Estrategia Sanitaria de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus del Hospital “La Caleta” deben ejecutar estrategias de trabajo conjunto con profesionales médicos, enfermeros, farmacéuticos y nutricionista, para impulsar la adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica de todos los pacientes diabéticos a fin de minimizar la morbi mortalidad por complicaciones debido al incumplimiento del tratamiento integral.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barra, S. (2018). Adherencia al tratamiento farmacológico oral de personas con Diabetes Mellitus en 7 localidades de la costa de Perú (tesis de maestría). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú.
- Benavides, M., Bruscas, M., Mozota, J. y Medrano, S. (2000). Los nuevos antidiabéticos orales para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Medicina Integral*, 36 (9). España. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-los-nuevos-antidiabeticos-orales-el-10022164>
- Benítez, M. (2014). Calidad de vida de los pacientes con diabetes - Piura, 2014 (tesis de titulación). Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Perú.
- Bonilla, S. y Sosa, C. (2005). Evaluación de las prácticas de crianza y su impacto en la calidad de vida infantil en una muestra de escuelas PEC y No PEC en el municipio de Puebla (Tesis de licenciatura). Universidad de las Américas Puebla. México.
- Borda, M., Pérez, A. y Blanco, A. (2000). Manual de técnicas de modificación de conducta en medicina comportamental. Serie: Manuales Universitarios, España. Recuperado de https://books.google.com.pe/books?id=_WruujmMkQwC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.
- Carretero, M. (2005). Pioglitazona. Monoterapia oral en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Offarm*, volumen(24): 2. 11 – 136. España. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-pioglitazona-13071468>
- Calvo, J. y Lima, E. (2001). Repaglinida un nuevo antidiabético oral. *MEDIFAM* volumen(11):331-334. España. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v18n7/colaboracion.pdf>

- Cárdenas, G. (2016). Calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en el hospital I Víctor Alfredo Lazo Peralta, EsSalud Puerto Maldonado (tesis de titulación). Universidad Madre de Dios, Perú.
- Chavarri, M. y López, L. (2015). Nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos. Hospital Regional docente de Trujillo – 2015 (tesis de titulación). Universidad Privada Antenor Orrego, Perú.
- Dávila, S., García N. y Saavedra, K. (2013). Adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores: variables asociadas. Iquitos – 2013 (tesis de titulación). Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Perú.
- Dirección General de Epidemiología. (2013). Boletín epidemiológico diabetes mellitus tipo 2. Primer trimestre .2013. México. Recuperado de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/bol_diabetes/dm2_bol1_2013.
- Eleonora, J. (2014). Integridad científica: Fortaleciendo la investigación desde la ética. Revista Médica Honduras, volumen(82), 3. Recuperado de <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2014/pdf/Vol82-3-2014-11.pdf>
- Espinoza, F. (2014). Aproximación teórica al concepto de calidad de vida. Entre las condiciones objetivas externas y la evaluación subjetiva de los individuos. Revista de Antropología Experimental, volumen(14), 331-347. Universidad de Jaén (España). Recuperado de <http://revista.ujaen.es/huesped/rae/articulos2014/23/espinoza14.pdf>
- Figuroa, C. (2010). Factores asociados con la no adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos en un programa de control de riesgo cardiovascular de una empresa promotora de salud de Bucaramanga, Colombia (tesis de maestría). Universidad Industrial de Santander, Colombia

- Saavedra, K. (2013). Adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores: variables asociadas. Iquitos – 2013 (tesis de titulación). Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Perú.
- Gonzales, G. (2016). Calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al Programa de medicina física “pie diabético y amputados” del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen (tesis de titulación). Universidad Alas Peruanas, Perú.
- Gonzales, W. (2015). Conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y funcionalidad familiar asociados a la adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2, Hospital Militar Central, Lima, noviembre 2014 - enero 2015 (tesis de titulación). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.
- Hernández, C. (2009). Adherencia terapéutica en los pacientes del Programa de Salud Cardiovascular atendidos en atención primaria. CESFAM Rosita Renard, Santiago (tesis de maestría). Universidad Mayor, Chile
- Inguil, M. y López, L. (2015). Nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos. Hospital Regional docente de Trujillo (tesis de titulación). Universidad Privada Antenor Orrego, Perú.
- López, L., Romero, S., Parra, D. y Rojas, L. (2016). Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Revista Hacia promoción salud*, 21(1): 117-137. doi: 10.17151/hpsal.2016.21.1.10.
- Lozano, M. (2018). Intervención de Enfermería en el cuidado emocional y psicosocial del adolescente con Diabetes Mellitus tipo 1 Revisión bibliográfica narrativa (tesis de pregrado). Universidad de Valladolid. España.
- Martín, L., Castillo, M. y Almenares, K. (2017). Adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Recuperado de <http://www.revmgisld.cu/index.php/mgi/article/view/369>

- Mattos, G. y Ochoa, A. (2015). Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en el hospital de Bossa, Bogotá entre agosto y octubre de 2015. (tesis de titulación), Universidad de Ciencias aplicadas y ambientales,.Colombia.
- Meza, S. (2014). Calidad de vida en pacientes ambulatorios con Diabetes Mellitas Tipo 2 (tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León. México.
- Mendivil, C. y Sierra, I. (2004). Acción insulínica y resistencia a la insulina: Aspectos moleculares. Revista de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia, volumen(53):4, 235-243. Colombia. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v53n4/v53n4a05.pdf>
- NaranjoH. y otros. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana, 19(3), 89-100. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-8921201700030009&lng=es&tlng=es
- Novales, A., Novales, R., García, A., Hernández, J. y González, R. (2015). Adherencia terapéutica en adolescentes con diabetes mellitus tipo 1. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext &pid =S1561-31942015000600015 &lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000600015&lng=es&tlng=es)
- Noriega, R. (2011). Factores influyentes sobre la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos atendidos en el Centro de Salud “Club de Leones” Abril –Mayo de 2010 (tesis de titulación). Universidad Los Ángeles de Chimbote, Perú.
- Orozco, D. y otros (2016). Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. Aten Primaria. volumen(6), 406-420. Barcelona. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671500270X>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Perfiles de los países para la diabetes. OMS. Recuperado de: http://www.who.int/diabetes/country-profiles/per_es.pdf?ua=1

- Organización Mundial de la Salud. (2004). La calidad de vida. Pruebas para acción. Recuperado de https://www.ecured.cu/Calidad_de_vida.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Perfiles de los países para la diabetes. OMS. Recuperado de http://www.who.int/diabetes/country-profiles/per_es.pdf?ua=1
- Orem, D. 1969. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>.
- Pari, E. (2018). Factores asociados al grado de cumplimiento terapéutico en pacientes diabéticos tipo 2, atendidos en el servicio de endocrinología del Hospital Carlos Monge Medrano - Juliaca 2017-2018 (tesis de titulación). Universidad Nacional del Altiplano. Perú.
- Rodríguez, M., Rentería, A. y García, J. (2013). Adherencia a la dieta en pacientes diabéticos; efectos de una intervención. SUMMA Psicológica UST, volumen (1), 91-101. Tlalnepantla. México. Recuperado de <http://132.248.9.34/hevila/SummapsicologicaUST/2013/vol10/no1/9.pdf>
- Ramos, Y., Morejón, R., Gómez, M., Reina, M., Rangel, C. y Cabrera, Y. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Finlay. Recuperado de <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/474>
- Sánchez, O., Romero, A., Rodríguez, V., Rangel, B. y Muñoz S. (2012). Adolescentes diabéticos: el problema de la no adherencia al tratamiento. Acta Pediatr Mex, volumen(3), 148-149. México. DF. Recuperado de <http://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/view/556>.
- Sarwar N. et al (2010). Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. Lancet, volumen (26), 2215. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60484-9.

- Sarmiento J. (2018). Programa educativo para promover la adherencia farmacológica en pacientes con terapia antidiabética oral atendidos en el centro de rehabilitación integral especializado – Azogues. Ambato. Ecuador (tesis de maestría). Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador.
- Santamaría, M., y Custodi, A. (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 titulación). Universidad Señor de Sipán, Perú.
- Salazar, J., Gutiérrez, A., Aranda, C, Gonzales, R. y Pando, M. (2012). La Calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en centros de salud de Guadalajara, Jalisco. México. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n2/v28n2a09.pdf>
- Terechenko, N., Baute, A. y Zamonsky, N. (2014). Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes Mellitus tipo II. Revista Biomedicina, 10 (1) Medicina Familiar y Comunitaria 20 – 33. ISSN 1510-974. Uruguay. Recuperado de <https://www.um.edu.uy/docs/diabetes.pdf>
- Troncoso, C., Delgado, D. y Rubilar, C. (2012). Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2. Rev Costarr Salud Pública, volumen (22), 9-13. Recuperado de <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v22n1/art03v22n1.pdf>
- Vargas, D. y otros (2018). Factores asociados con la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos de un hospital público. Chimbote. 2017. Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote. Perú

ANEXO N° 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



CUESTIONARIO DE ADHERENCIA TERAPEUTICA DE PACIENTES DIABÉTICOS

N°

Fecha: _____

Estimado (a) señor (a), (ita).

Este cuestionario es anónimo y tiene como fin obtener información objetiva sobre la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico del tipo de diabetes que usted padece. Los resultados que se obtengan servirán al personal de salud en futuro para que planteen estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento de una persona diabética a fin de evita que su salud se deterioros por las complicaciones de dicha enfermedad.

Las investigadoras agradecen su colaboración.

INSTRUCCIONES: En la Parte I, escriba el dato que se solicita o marque con un aspa (X) donde usted crea que corresponde a sus datos personales o estén relacionados a la enfermedad que padece. Igualmente, en la Parte II, lea cada afirmación y coloque un aspa donde usted crea conveniente.

PARTE I. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

PREGUNTA	SI	NO
1. ¿Alguna vez usted olvidó tomar sus pastillas/aplicar la insulina para la diabetes?		
2. ¿Alguna vez usted fue descuidado (a) con el horario de tomar pastillas/aplicar la insulina para la diabetes?		
3. ¿Alguna vez usted dejó de tomar sus pastillas/aplicar la insulina para la diabetes por su propia cuenta debido a que sentía mejor?		
4. ¿Alguna vez usted dejó de tomar sus pastillas/aplicar la insulina para la diabetes por iniciativa propia debido a que sentía peor al administrarse la medicación?		
5. ¿Alguna vez usted tomó una o más de una pastilla/o se aplicó más unidades de insulina para la diabetes, por iniciativa propia debido a que sentía peor?		
6. ¿Alguna vez usted interrumpió el tratamiento para la diabetes, porque se acabaron las pastillas / insulina?		
7. ¿Alguna vez usted dejó de tomar las pastillas/aplicar la insulina para la diabetes, por alguna otra razón que no sea la indicación médica?		

PARTE II. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

Tratamiento no farmacológico	Cumplimiento			
	Nunca	Raras veces	A veces	Siempre
Dietoterapia				
1. Consumo bebidas alcohólicas				
2. Endulzo mis alimentos con edulcorantes como Stevia				
3. Durante la última semana usted consumió: 3.1 Harinas, fideos, galletas, pan () 3.2 Dulces, jugos envasados, gaseosas () 3.3 Frituras, parrilladas ()				
4. Consumo alimentos más de 3 veces al día				
5. Tomo por lo menos 1 litro de agua durante el día.				
6. Sigo la dieta que el profesional de salud me indica				
Ejercicios				
1. Practico ejercicios				
2. Los ejercicios que realizo duran por lo menos 15 minutos				

ANEXO N° 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABETICO DE UN HOSPITAL PÚBLICO, CHIMBOTE, 2018

Estimado (a) señor (a), (ita).

Este cuestionario es anónimo y tiene como fin obtener información objetiva sobre la calidad de vida que usted tiene y en qué grado de afectó la diabetes en el *último año*. Se le agradecerá que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste colocando un aspa (X) en el cuadro del número que refleje mejor el grado de afectación, tome en cuenta que el número 7, indica la afectación máxima. Se tiene alguna duda, no tenga temor en consultarnos, con gusto le ayudaremos.

I. Calidad de vida.

Durante el último año, *¿en qué medida las siguientes causas afectaron su calidad de vida?*

CAUSA QUE AFECTAN LA CALIDAD DE VIDA	Grado de afectación						
	Mínimo	→					Máximo
1. El horario de los medicamentos para su diabetes	1	2	3	4	5	6	7
2. Preocupaciones por problemas económicos	1	2	3	4	5	6	7
3. Limitación en su nivel de energía	1	2	3	4	5	6	7
4. Seguir el plan indicado por el médico para el tratamiento de su diabetes	1	2	3	4	5	6	7
5. No comer ciertos alimentos para poder controlar su diabetes	1	2	3	4	5	6	7
6. Estar preocupado (a) por su futuro	1	2	3	4	5	6	7
7. Otros problemas de salud aparte de la diabetes	1	2	3	4	5	6	7
8. Tensiones o presiones en su vida	1	2	3	4	5	6	7
9. Sensación de debilidad	1	2	3	4	5	6	7
10. Restricciones sobre la distancia que puede caminar	1	2	3	4	5	6	7
11. Los ejercicios diarios que ha de hacer por su diabetes	1	2	3	4	5	6	7
12. Visión borrosa o pérdida de la visión	1	2	3	4	5	6	7
13. No poder hacer lo que quisiera	1	2	3	4	5	6	7
14. Tener diabetes	1	2	3	4	5	6	7
15. El descontrol de su azúcar en sangre	1	2	3	4	5	6	7
16. Otras enfermedades aparte de la diabetes	1	2	3	4	5	6	7
17. Hacer los análisis para comprobar el nivel de azúcar en sangre	1	2	3	4	5	6	7
18. El tiempo requerido para controlar su diabetes	1	2	3	4	5	6	7
19. Las restricciones que la diabetes impone a su familia y amigos	1	2	3	4	5	6	7
20. La vergüenza producida por tener diabetes	1	2	3	4	5	6	7
21. La interferencia de su diabetes en su vida sexual	1	2	3	4	5	6	7
22. Sentirse triste o deprimido	1	2	3	4	5	6	7
23. Problemas con respecto a su capacidad sexual	1	2	3	4	5	6	7
24. Tener bien controlada su diabetes	1	2	3	4	5	6	7
25. Complicaciones debidas a su diabetes	1	2	3	4	5	6	7

26. Hacer cosas que su familia y amigos no hacen	1	2	3	4	5	6	7
27. Tener que anotar sus niveles de azúcar en sangre	1	2	3	4	5	6	7
28. La necesidad de tener que comer a intervalos regulares	1	2	3	4	5	6	7
29. No poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados con la casa	1	2	3	4	5	6	7
30. Menor interés en su vida sexual	1	2	3	4	5	6	7
31. Tener que organizar su vida cotidiana alrededor de la diabetes	1	2	3	4	5	6	7
32. Tener que descansar a menudo	1	2	3	4	5	6	7
33. Problemas al subir escaleras	1	2	3	4	5	6	7
34. Dificultades para sus cuidados personales (bañarse, vestirse o usar el sanitario)	1	2	3	4	5	6	7
35. Tener el sueño intranquilo	1	2	3	4	5	6	7
36. Andar más despacio que otras personas	1	2	3	4	5	6	7
37. Ser identificado como diabético	1	2	3	4	5	6	7
38. Interferencia de la diabetes con su vida familiar	1	2	3	4	5	6	7
39. La diabetes en general	1	2	3	4	5	6	7

CALIFICACIÓN GLOBAL

PREMISAS	1	2	3	4	5	6	7
1. ¿Cómo califica su calidad de vida?	1	2	3	4	5	6	7
2. ¿Cómo califica el nivel de gravedad de su diabetes?	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO N° 3
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES DIABÉTICOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO. CHIMBOTE, 2018, el propósito de este estudio es estimar la relación entre la adherencia terapéutica y la calidad de vida de pacientes diabéticos de un hospital público, Chimbote 2018. El siguiente proyecto de investigación está siendo conducida por las BACH. MARTÍNEZ URRUTIA RAISSA OMAIRA CONSUELO, BACH. PAREDES CANO HELIANA BRISSETH, con la asesoría del profesor Dra. DEYSI VARGAS GUTIERREZ, de la Universidad Nacional del Santa.

Si accedo A participar en este estudio, debe responder a una entrevista y test, la que tomara 15 minutos de tiempo. La participación es voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación. En principio, las entrevistas resueltas serán anónimas, por serán codificadas utilizando un número de identificación. Si la naturaleza del estudio requiera su identificación, ellos solo será posible si es que doy consentimiento expreso para proceder de esa manera. Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, es libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Si sintiera incomodidad, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder. Gracias por su participación.

Yo _____ doy

Mi consentimiento para participar en el estudio soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he comprendido la información y las explicaciones alcanzadas por el equipo investigador. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas. Reconozco que la información que provee en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio participando en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo comunicarme con:

Nombre de las Investigadoras: PAREDES CANO HELIANA BRISSETH / MARTINEZ URRUTIA RAISSA OMAIRA CONSUELO

Institución: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA Teléfono: 933420805/943212155

Nombre de la Asesora: VARGAS GUTIERREZ DEYSI

Institución: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

Firma del participante y fecha

Nombre del participante DNI

Firma del investigador y fecha

Firma del investigador y fecha