

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA  
FILIAL JAÉN**



**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES  
MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES ATENDIDOS EN  
EL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN, 2018**

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

**AUTORA:**

**YERLY CORREA CRÚZ**

**ASESORA:**

**ALBILA BEATRIZ DOMÍNGUEZ PALACIOS**

**JAÉN, PERÚ**

**2021**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA  
FILIAL JAÉN**



**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES  
MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES ATENDIDOS EN  
EL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN, 2018**

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

**AUTORA:**

**YERLY CORREA CRÚZ**

**ASESORA:**

**ALBILA BEATRIZ DOMÍNGUEZ PALACIOS**

**JAÉN, PERÚ**

**2021**

**COPYRIGHT © 2021 by**  
**YERLY CORREA CRÚZ**  
Todos los derechos reservados

Correa Y. 2021. **Adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes atendidos en el Hospital General de Jaén, 2018.** Yerly Correa Cruz/86 páginas.

Asesora: Albila Beatriz Domínguez Palacios.

Disertación académica para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería – UNC, 2021.

**Adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en  
pacientes atendidos en el Hospital General de Jaén, 2018**

**AUTORA:** Yerly Correa Cruz

**ASESORA:** Albila Beatriz Domínguez Palacios

Tesis evaluada y aprobada para la obtención del título de  
Licenciada en Enfermería:

JURADO EVALUADOR



.....  
M.CS. INSOLINA RAQUEL DIAZ RIVADENERIA  
**PRESIDENTE**



.....  
DR. EMILIANO VERA LARA  
**SECRETARIO**



.....  
LIC. ENF. MARLENY E. MIRANDA CASTRO  
**VOCAL**

JAÉN, PERÚ 2021

Dedico este trabajo a mis abuelos que desde el cielo guiaron mis pasos para culminar con éxito mi profesión.

A mis padres por el apoyo, la confianza y comprensión a lo largo de mi carrera.

Se agradece:

A Dios, por darme la sabiduría y fortaleza cada día de mi vida.

A mis abuelitos, quienes cuidaron de mí desde que era una niña hasta el último día de sus vidas.

A mis padres, por brindarme todo su apoyo para lograr cumplir este reto, dándome fuerzas para seguir adelante.

A mi asesora, Albila Beatriz Domínguez Palacios, por el apoyo incondicional en la realización de esta tesis.

A la Universidad Nacional de Cajamarca y a los docentes por haber contribuido en mi formación profesional.

A las personas, que proporcionaron la información necesaria para la producción de este estudio.



## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vii
TABLA DE CONTENIDO.....	vii
LISTA DE TABLAS.....	ix
LISTA DE ANEXOS.....	xi
GLOSARIO.....	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1
<b>CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>2</b>
1.1 Planteamiento del problema.....	2
1.2 Formulación del problema.....	3
1.3 Objetivos.....	3
1.4 Justificación del estudio.....	4
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>5</b>
2.1 Antecedentes de la investigación.....	5
2.2 Base teórica.....	8
2.3 Hipótesis de la investigación.....	16
2.4 Variables del estudio.....	17
2.5 Operacionalización de variables.....	18
<b>CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>22</b>
3.1 Tipo y Diseño de estudio.....	22
3.2 Población de estudio.....	23
3.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	23
3.4 Muestra.....	23
3.5 Unidad de análisis.....	23
3.6 Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	24
3.7 Validez y confiabilidad del instrumento.....	25
3.8 Proceso de recolección de datos.....	25
3.9 Procesamiento y análisis de datos.....	26
3.10 Consideraciones éticas.....	26

<b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>28</b>
4.1 Resultados.....	28
4.2 Discusión.....	39
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>44</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>55</b>

**LISTA DE TABLAS**

	Pág.
Tabla 1. Características sociodemográficas del paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Hospital General de Jaén, 2018	28
Tabla 2. Conocimientos del paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 acerca de la enfermedad. Hospital general de Jaén, 2018	29
Tabla 3. Financiamiento de la atención de la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Hospital General de Jaén, 2018	30
Tabla 4. Adherencia al tratamiento no farmacológico del paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Hospital general de Jaén, 2018	30
Tabla 5. Conducta de salud del paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Hospital general de Jaén, 2018	31
Tabla 6. Antecedentes clínicos del paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Hospital General de Jaén, 2018	32
Tabla 7. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Hospital General de Jaén, 2018	33
Tabla 8. Características sociodemográficas y la adherencia al tratamiento del paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Hospital General de Jaén, 2018	34
Tabla 9. Conocimiento sobre la enfermedad y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Hospital General de Jaén, 2018	35

Tabla 10.	Financiamiento de la atención de salud y la adherencia al tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes atendidos en el Hospital General de Jaén, 2018.....	36
Tabla 11	Adherencia al tratamiento no farmacológico y adherencia al tratamiento farmacológico de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes atendidos en el Hospital General de Jaén, 2018.....	37
Tabla 12	Conducta de salud del paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y la adherencia al tratamiento farmacológico, Hospital general de Jaén, 2018.....	38

## LISTA DE ANEXOS

xi

	Pág.
Anexo 1	Determinación del tamaño de la muestra..... 56
Anexo 2	Cuestionario dirigido a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2..... 57
Anexo 3	Confiabilidad mediante la prueba Alfa de Cronbach..... 61
Anexo 4	Solicitud de autorización..... 62
Anexo 5	Autorización..... 63
Anexo 6	Constancia de validación..... 64
Anexo 7	Consentimiento informado..... 65
Anexo 8	Libro de códigos..... 66
Anexo 9	Datos estadísticos complementarios..... 67
Anexo 10	Repositorio digital institucional..... 68

## GLOSARIO

**Paciente:** Es la persona que padece físicamente y que, por lo tanto, se encuentra bajo atención médica<sup>1</sup>.

**No adherencia terapéutica:** Es el incumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida<sup>2</sup>.

**Tratamiento:** Asistencia y cuidados prestados a un paciente<sup>2</sup>.

## RESUMEN

Título: Adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes atendidos en el Hospital General de Jaén, 2018

Autora: Yerly Correa Cruz<sup>1</sup>

Asesora: Albila Beatriz Domínguez Palacios<sup>2</sup>

El estudio tuvo como objetivo Determinar los factores relacionados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes atendidos en el Hospital General de Jaén. El diseño metodológico siguió el enfoque descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 91 pacientes determinada probabilísticamente, a quienes se les aplicó un cuestionario diseñado por Contreras en Guatemala en el año 2015, validado por juicios expertos y adaptado a la realidad local por la autora. La diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General de Jaén, es prevalente en mujeres, con nivel de educación primaria y que viven en relación marital casado o conviviente. Más de la mitad de las personas conocen aspectos relativos a la enfermedad. Realizan actividad física, acuden puntualmente a sus controles y no se automedican. El coste de la atención de la salud es cubierto a través del SIS, solo en ocasiones es asumido por los pacientes. La gran mayoría de pacientes tienen menos de cinco años de evolución de su enfermedad. Siete de diez personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en éste nosocomio, son adherentes a la terapia farmacología. Se concluye que existe relación significativa entre la adherencia farmacológica con el sexo, grado de instrucción, conocimientos sobre la enfermedad y conducta en salud con  $p < 0,05$ ; pero, no es significativa con el financiamiento de la atención de la salud y la adherencia no farmacológica ( $p > 0,05$ ).

**Palabras clave:** Adherencia al tratamiento, diabetes mellitus, no adherencia terapéutica

---

<sup>1</sup>Aspirante a Licenciada en Enfermería (Bach. Enf. Yerly Correa Cruz, UNC - Filial Jaén.)

<sup>2</sup>Albila B. Domínguez Palacios, Doctora en Salud Pública. Profesora principal de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNC – Filial Jaén.

**ABSTRACT**

Title: Adherence to the treatment of type 2 diabetes mellitus in patients treated at the General Hospital of Jaén, 2018

Author: Yerly Correa Cruz<sup>1</sup>

Adviser: Albila Beatriz Domínguez Palacios<sup>2</sup>

The objective of the study was to determine the factors related to adherence to type 2 diabetes mellitus treatment in patients treated at the General Hospital of Jaén. The methodological design followed the descriptive cross-sectional approach. The sample consisted of 91 probabilistically determined patients, to whom a questionnaire designed by Contreras in Guatemala in 2015 was applied, validated by expert judgments and adapted to the local reality by the author. Type 2 diabetes mellitus in the General Hospital of Jaén is prevalent in women, with a primary education level and who live in a married or cohabiting marital relationship. More than half of the people know about the disease. They carry out physical activity, attend their check-ups on time and do not self-medicate. The cost of health care is covered through the SIS, only sometimes it is borne by the patients. The vast majority of patients have less than five years of evolution of their disease. Seven out of ten people with type 2 diabetes mellitus treated in this hospital are adherents to pharmacological therapy. It is concluded that there is a significant relationship between drug adherence with gender, level of education, knowledge about the disease and health behavior with  $p < 0.05$ ; but, it is not significant with the financing of health care and non-pharmacological adherence ( $p > 0.05$ ).

Key words: Treatment adherence, diabetes mellitus, therapeutic non-adherence

---

<sup>1</sup>Applicant to Nursing Graduate (Bach. Enf. Yerly Correa Cruz, UNC - Filial Jaén.)

<sup>2</sup>Albila B. Dominguez Palacios, Doctor in Public Health. Professor of the Faculty of Health Sciences of the UNC- Jaén Branch.



## INTRODUCCIÓN

La diabetes Mellitus, es un trastorno metabólico, considerado un problema de salud pública<sup>3</sup> por su impacto creciente y sostenido en el estado de salud de las personas, tanto por su frecuencia como por sus complicaciones<sup>3</sup>. Enfermedad crónica, en la que la adherencia terapéutica a largo plazo<sup>4</sup> es fundamental para que las personas que la padecen puedan mantener su salud. Sin embargo, en la actualidad, los profesionales de la salud presencian con frecuencia una escasa adhesión<sup>5</sup> en la que se encuentran implicados factores<sup>4</sup> de índole sistémica.

La problemática de la no adhesión terapéutica en la zona en estudio persiste con las consecuencias en la calidad de vida, de las personas con diabetes lo que resulta injusto ya que podría ser evitable<sup>5</sup>. Las estrategias implementadas hasta la fecha no han obtenido los resultados esperados, de allí la necesidad de contar con evidencia empírica que podría sustentar las medidas de intervención de manera pertinente, oportuna, y con un enfoque multidimensional.

El objetivo de éste estudio fue determinar los factores relacionados a la adherencia al tratamiento. La muestra estuvo constituida por pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acudieron al programa de enfermedades no transmisibles del Hospital General de Jaén, durante el tercer trimestre del año 2018. El diseño fue no experimental, correlacional de corte transversal.

El documento está organizado en diferentes apartados: Introducción. Capítulo I. El problema de investigación, los objetivos y justificación. Capítulo II. El marco teórico: incluye el estado del arte, las bases teóricas, hipótesis, las variables, indicadores, escala de medición, fuente, entre otros. Capítulo III. Marco metodológico: contiene el tipo de investigación, población, criterios de inclusión y exclusión, muestra, técnica e instrumento de recopilación de datos, validez y confiabilidad del instrumento, procesamiento y análisis de datos, y las consideraciones éticas. Capítulo IV. Incluye los resultados y la discusión. Finalmente, precisa las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1 Planteamiento del problema

La diabetes es una de las cuatro enfermedades no transmisibles (ENT) identificada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como prioritaria junto con las enfermedades cardiovasculares. Es frecuente, crónica y costosa. Tiene un componente genético y algunas personas son más susceptibles que otras a desarrollarla <sup>6,7</sup>.

En el mundo, cada año 4, 6 millones de personas fallecen a causas atribuidas a la diabetes tipo 2. Se encuentra entre las diez (10) principales causas de discapacidad; además, en algunos países muchos niños y jóvenes fallecen sin haber sido diagnosticados<sup>8</sup>. El desafío del sistema de salud, es reducir los costes humanos y económicos a través de un diagnóstico precoz, control eficaz y la prevención de la enfermedad <sup>9</sup>.

En Latinoamérica alrededor de 15 millones de personas tienen esta enfermedad y afecta tanto a poblaciones de ingresos altos, medios y bajos<sup>10</sup>. En el Perú, los estudios de prevalencia muestran cifras que se encuentran en el rango de 6,9% en Chiclayo y 7,5% en Lima; aproximadamente un millón de persona en el país padecen enfermedad<sup>11</sup>. Afecta más a las mujeres (3,6%) que a los varones (2,9%)<sup>12</sup>.

Esta patología, está creciendo rápidamente en todo el país, atribuido a diversos factores de riesgo, entre los que destacan: el cambio en los estilos de vida caracterizados por una ingesta excesiva de alimentos de alto contenido calórico, el consumo de bebidas azucaradas, así como, la reducción de la actividad física, que conllevan a altas tasas de sobrepeso y obesidad<sup>13</sup>.

En la diabetes mellitus tipo 2, se requieren tratamientos eficaces y de adherencia al tratamiento<sup>14</sup>. La escasa adherencia, es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, estimándose que entre el 20 a 50% de los pacientes no toman sus medicaciones como están prescritos, lo que se expresa en graves complicaciones

de salud y aumento de la mortalidad<sup>20</sup>. A pesar de contar con evidencia convincente relacionada a la eficacia de los medicamentos, la no adherencia es reconocida como un importante problema en el paciente con patología crónica no transmisible<sup>15 -17</sup>.

A nivel nacional, regional y local, el problema de adherencia al tratamiento<sup>18</sup> se atribuye a factores de desinformación respecto a la enfermedad, a la actitud negativa o a la influencia de la familia<sup>19</sup>. Sin embargo, en el caso de la diabetes mellitus tipo 2, es una condición que no solo afecta a la persona que la padece, sino que trae complicaciones a nivel social, familiar, cultural y económico <sup>20</sup>.

En Jaén, al entrevistar a pacientes con diabetes mellitus refirieron: *“cuando me confirmaron el diagnóstico no estuve preparado experimenté momentos de inquietud; no fue fácil adoptar nuevos hábitos como parte de mi tratamiento. Cuando me he sentido bien he dejado el tratamiento, pero me ha traído problemas, es difícil vivir el día a día”*.

La situación descrita planteó la necesidad de estudiar los factores que estarían relacionados a la adherencia al tratamiento en el hospital de mayor capacidad resolutive del Ministerio de la Salud (MINSA) centro de referencia en la parte norte de Cajamarca.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Qué relación existe entre algunos factores socioeconómicos y culturales y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes atendidos en el Hospital General de Jaén, 2018?

## **1.3. Objetivos**

### **1.1.1 Objetivo general**

Determinar la relación que existe entre los factores socioeconómicos y culturales y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes atendidos en el Hospital General de Jaén.

## **Objetivos específicos**

- a. Describir algunos factores socioeconómicos y culturales en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2
- b. Identificar adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes atendidos en el Hospital General de Jaén, 2018?
- c. Identificar los antecedentes clínicos de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2
- d. Medir la relación entre algunos factores socioeconómicos y culturales con la adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2.

### **1.4. Justificación del estudio**

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica considerada actualmente un problema de salud pública, es una de las patologías que genera mayor discapacidad y mortalidad, especialmente en el adulto y adulto mayor.

El estudio, tiene importancia teórica porque permitió obtener nuevos conocimientos que servirán de base para otros estudios. Además, al conocer los factores relacionados a la adherencia terapéutica permitirá al personal de salud del nosocomio, planificar intervenciones pertinentes, permanentes y oportunas, la que redundará en una mejor calidad de vida de las personas con este tipo de patología.

La investigación fue viable porque contó con los recursos, humanos financieros, materiales, y de tiempo para la implementación del proyecto según el cronograma de ejecución. La principal limitante, estuvo relacionada con la evidencia empírica a nivel local para establecer la comparación de los resultados.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes de la investigación**

##### **A nivel internacional**

Maidana et al.<sup>21</sup> en el año 2016 realizaron un estudio sobre los Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa en la Universidad Nacional del Estado de Sao Paulo. Concluyeron: Que el 65% de paciente era del sexo femenino, la edad promedio fue de 53 años, y tiempo promedio de evolución de la enfermedad 11 años; el 51,2% tenía grado de instrucción primaria; 60% vivía en pareja, y 28% de los pacientes tenía la hemoglobina glicosilada = 6,5%. El 13,4% de los pacientes reportó no cumplir, a veces cumplir o no recordar las indicaciones dadas por los prescriptores, siendo los motivos más frecuentes de la falta de cumplimiento: el olvido (58,8%), la utilización de muchos medicamentos (29,4%) y la falta de disponibilidad en el programa (29,4%). El olvido y la polimedicación fueron los factores más frecuentes por los cuales los pacientes no se adhieren al tratamiento farmacológico<sup>21</sup>.

Otro estudio realizado en Guatemala en el año 2015, por Contreras<sup>22</sup> sobre los Factores que influyen en la no-adherencia del tratamiento alimentario nutricional para la diabetes mellitus tipo 2, mostró los siguientes hallazgos: La adherencia al tratamiento se ve afectada por distintos factores, ya que la diabetes mellitus tipo 2 es una condición que no solo afecta al cuerpo de quien la padece, sino que también trae complicaciones a nivel social, familiar, cultural y económico. La dieta, la actividad física y el manejo farmacológico son los pilares del tratamiento de la enfermedad. Concluyó, que la gran mayoría de los pacientes tienen algún conflicto a nivel psicológico emocional. Durante las entrevistas afloraron reacciones de tristeza, pesimismo, desánimo y en algunos casos hasta de enojo<sup>22</sup>.

Quisiguiña<sup>7</sup> en la tesis titulada Factores que inciden en el incremento de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo 2, en el Servicio de Medicina

Interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el Ecuador, encontró: Que la enfermedad es más frecuente en el sexo femenino (75,3%) en relación al sexo masculino (24,7%); en la zona urbana (59,3%) que la rural (40,7%); en la edad entre los 61 a 70 años (27,2%) y entre los 71 a 80 años (28,4%); tiempo de evolución de la enfermedad fue mayor de 10 años (55,6%); en personas con sobrepeso 46,9%; hemoglobina glicosilada HbA1c con valores entre 7% y 8%, con glicemias entre 135 a 170 mg/d/ (43,2%). El 24,7% presentaron retinopatía diabética; 19,8% insuficiencia renal crónica; 21% neuropatía diabética; 18,5% pie diabético; 8,6% infarto agudo de miocardio (IAM); 16% arritmias cardiacas y 8,6% insuficiencia cardiaca <sup>7</sup>.

Mora et al.<sup>23</sup> en el año 2017 realizaron una investigación en Guayaquil-Ecuador acerca de la diabetes mellitus tipo 2 y la falta de adherencia al tratamiento. Los autores demuestran que el perfil epidemiológico del paciente se ve relacionado con el sexo femenino, en un rango de edad que va desde los 45 hasta los 65 años y cuya procedencia es de un área urbana. Concluyen que más de la mitad (55,5%) de la población analizada no es adherente al tratamiento <sup>23</sup>.

### **A nivel nacional**

Al determinar los factores asociados a la adherencia del tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Santa Rosa Piura, en el año 2017 Castillo<sup>24</sup> mostró que: Los factores asociados a la adherencia al tratamiento fueron: el tiempo de diagnóstico de la enfermedad ( $p < 0,056$ ), cantidad de medicamentos (RP: 2.56;  $p < 0,05$ ), las complicaciones tardías (RP cercana a 1;  $p > 0,05$ ), el nivel educativo ( $p < 0,05$ ). Concluyó que el tiempo de diagnóstico de la enfermedad, cantidad de medicamentos, nivel educativo, nivel socioeconómico, y educación médico-paciente; son factores asociados a la adherencia del tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, no lo son las complicaciones tardías <sup>24</sup>.

Huamán et al. <sup>25</sup> estudiaron los factores asociados a la adherencia del tratamiento de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, en hospitales del MINSA, Cusco, el año 2016. Los autores encontraron que una menor proporción de la

población fue adherente al tratamiento; sin embargo, existen factores que pueden debilitar el cumplimiento deseado del tratamiento, los cuales son necesarios conocer para un adecuado seguimiento de la enfermedad.

Otro estudio realizado en Lima – Perú, el año 2015, por Gonzales,<sup>26</sup> concluyó que: La diabetes está influenciada por la disfunción familiar y el pobre conocimiento sobre la enfermedad. La edad promedio del paciente fue de 66 años. El conocimiento sobre DM T2 fue no aceptable (69%) y más del 50% obtuvieron una buena función familiar. Las variables asociadas a la mala adherencia del tratamiento diabético fueron: disfunción familiar [ $p=0,00$ ; OR=4: IC 95% (1,61 – 9,96)] y conocimiento no aceptable sobre DM T2 [ $p=0,01$ ; OR=3,1: IC 95% (1,31 – 7,81)].

Dávila et al.<sup>27</sup> al estudiar la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en adultos, en un estudio realizado en Iquitos-Perú, el año 2013, mostraron los siguientes hallazgos: El 69,3% de adultos mayores son no adherentes al tratamiento de la diabetes. El 82,7% son adultos gerontológicos, el 73% de sexo femenino y estado civil casado/conviviente, un 80% tiene acceso al seguro de salud. El 52% tiene estudios primarios. El 70,7% no cuentan con remuneración económica, el 36% dependen de sí mismos. El 92% no pertenecen a alguna organización social. El 72,0% de los adultos mayores cuenta con alto apoyo familiar. El 40%, informó tiempo de enfermedad inferior a 5 años y el 38,7%, de 11 años a más. La patología asociada con mayor frecuencia fue la artrosis (66,7%), y son no adherentes al tratamiento el 69,3% de adultos.

### **A nivel local**

Luego de la revisión bibliográfica no se encontró antecedentes a nivel local relacionados con el tema objeto de estudio.

## **2.2 Base teórica conceptual**

### **2.2.1 Diabetes mellitus**

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica que puede desarrollar devastadoras complicaciones en los pacientes y producir un impacto socioeconómico importante<sup>8</sup> de allí que se está poniendo énfasis en la prevención de su aparición, como en un mejor diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Además, de un mejor control de la enfermedad una vez instalada.

Se distinguen tres tipos de diabetes: la diabetes mellitus tipo 1, la diabetes mellitus tipo 2 y la diabetes mellitus gestacional. Los dos primeros son antecedidos por una fase de metabolismo anormal de glucosa, conforme evolucionan los procesos patógenos<sup>28</sup>.

La diabetes mellitus tipo 1, tiene que ver con la deficiencia completa o casi total de insulina, afecta entre el 5% al 10% de la población total. Es más común en personas jóvenes, aunque puede aparecer en cualquier etapa de la vida. Se caracteriza por una nula producción de insulina debido a la destrucción autoinmune de las células de los islotes de langerhans del páncreas mediado por las células t. Aparece antes de los 30 años de edad, siendo mayor su incidencia entre en los 12 y 15 años<sup>29</sup>.

En cambio la diabetes mellitus tipo 2, se caracteriza porque tiene grados variables de resistencia a la insulina, menor secreción de dicha hormona y una mayor producción de glucosa, actualmente tiene enormes posibilidades terapéuticas. Aparece en la en etapa adulta de la vida, el 90% de personas padecen este tipo de diabetes, está estrechamente relacionada a la obesidad<sup>29</sup>.

El tercer tipo de diabetes aparece durante la gestación, de allí su denominación de “diabetes mellitus gestacional”, aparece entre el 1% al 14% de las pacientes, y casi siempre entre las semanas 24 y 28 del embarazo. Se asocia a trastornos como: hipertensión arterial, infecciones vaginales y de las vías urinarias, parto prematuro y cesárea, lo que puede ocasionar muerte fetal o macrosomía. Debido al incremento en la segregación de insulina el feto aumenta su tamaño lo que puede generar lesiones al momento de pasar por el canal de parto<sup>29</sup>.



El tratamiento de la diabetes mellitus puede ser farmacológico y no farmacológico:

El tratamiento farmacológico, como primera elección es a base de la metformina, este fármaco ha demostrado eficacia en la reducción de la glucemia/ hemoglobina glucosilada (HbA1c). Se inicia, luego de no conseguir resultados con el tratamiento no farmacológico por un periodo de seis meses. Del grupo sulfonilureas, la glibenclamida, gliclazida y glimepirida son los más utilizados. Tras el fracaso de este tratamiento (monoterapia) las terapias de combinación tienen un efecto aditivo y reducen la HbA1c<sup>30</sup>.

El tratamiento no farmacológico, está basado en la alimentación y en la actividad física. La alimentación, debe adaptarse a las condiciones de vida del paciente. Debe ser fraccionada, en cinco o seis porciones diarias (desayuno, media mañana, almuerzo, lonche y cena). El consumo de sal debe ser moderado, (seis a ocho gramos) y debe restringirse en caso de enfermedades concomitantes como hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca y renal<sup>30</sup>. Se debe evitar el consumo de bebidas alcohólicas, su exceso puede producir hipoglucemia. Así mismo, se debe evitar infusiones como té, café, mates, porque no tienen ningún valor calórico intrínseco. Los jugos pueden tomarse después de los alimentos, pero no para calmar la sed, igualmente las bebidas energéticas.

Respecto al ejercicio físico, se recomienda caminatas diarias y actividad física tres veces por semana con una duración de 30 minutos cada vez. Puede hacerse ejercicio aeróbico como trotar, nadar y el ciclismo, etc. Las personas deben realizar actividad física en un lugar donde pueda recibir auxilio en caso que lo requieran <sup>30</sup>.

Las personas con diabetes pueden desarrollar enfermedades graves que afectan al corazón, vasos sanguíneos, riñones, visión, entre otras. La causa más común es la enfermedad cardiovascular, tal como la angina de pecho, el infarto de miocardio y la insuficiencia cardiaca congestiva. La hipertensión, el incremento de colesterol y glucosa en sangre son factores de riesgo de esta enfermedad<sup>30</sup>.

Otra complicación está relacionada con alteraciones en la visión, como la retinopatía común en personas con diabetes que puede provocar ceguera, a consecuencia de los valores altos de glucosa en sangre, hipertensión arterial e hipercolesterolemia<sup>31</sup>.

También, las personas con diabetes pueden desarrollar una serie de problemas en los pies como consecuencia del daño en los nervios y vasos sanguíneos. La infección y ulceración puede aumentar el riesgo de amputación de los miembros afectados; sin embargo, con el tratamiento adecuado puede reducirse el riesgo de éstas complicaciones<sup>31</sup>.

### **2.2.2 Adherencia al tratamiento**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adherencia terapéutica como “la magnitud con la cual el paciente sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento. El seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico que está a cargo de su tratamiento”<sup>31</sup>.

Incluye la capacidad del paciente para tomar los medicamentos de acuerdo a la prescripción, realizar los cambios recomendados en su estilo de vida y completar los análisis o pruebas solicitadas. La no adherencia involucra tanto a los proveedores de servicios de salud como a los usuarios, acarrea graves riesgos para la salud e incrementa el coste sanitario<sup>32</sup>.

Gran parte del tratamiento de la diabetes se basa en el autocuidado del paciente, en el empleo de la tecnología médica para el control y en la modificación del modo de vida. De allí que la responsabilidad de la adherencia terapéutica debe compartirse entre el personal de salud, el paciente, el sistema de atención, la familia, y las organizaciones de apoyo social<sup>32</sup>.

La falta de adherencia a la terapéutica por el riesgo clínico que supone tiene un impacto económico en el paciente, su familia y en el sistema sanitario, de allí que requiere identificar los costos y los resultados asociados<sup>33</sup>.

### **2.2.3 Factores de la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo2**

Existen diversos factores que potencian la adherencia o la debilitan:

#### **A. Factores socioeconómicos**

- Edad. Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. En el estudio será expresada en años cumplidos en el momento de la entrevista.
- Sexo. Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo. Varón y mujer.
- Estado civil. Situación de la persona determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o parentesco que establece derechos y deberes. Soltero, casado, divorciado, conviviente <sup>34</sup>.
- Grado de instrucción. Último año escolar cursado por la persona donde puede demostrar sus capacidades cognitivas, conceptuales, actitudinales, procedimentales<sup>35</sup>.
- Nivel de conocimiento. Es el grado de información acerca de la prevención de un daño o enfermedad, que acumula la persona como producto de su experiencia<sup>35</sup>.
- Financiamiento de la salud. Gasto efectuado en la atención de la salud. En países en desarrollo las familias con un bajo nivel socioeconómico están sujetas a tener que elegir entre satisfacer sus necesidades básicas como alimentación y vestuario, versus la adquisición de medicamentos que el sistema de salud no puede cubrir<sup>36</sup>.
- La estabilidad familiar y el acompañamiento aseguran el cumplimiento de buenas conductas terapéuticas, así como también la participación en grupos sociales que mantienen como meta la salud; pertenecer a un grupo de diabéticos, se refleja en una mejor adherencia<sup>33</sup>.
- El conocimiento sobre los síntomas de la enfermedad, el tratamiento, la alimentación, actividad física, el no percibir la necesidad de tratamiento, las creencias negativas con respecto a la efectividad, el entender mal las instrucciones del tratamiento y no aceptar la enfermedad, la incredulidad en

el diagnóstico, el escaso monitoreo, las bajas expectativas de tratamiento, la inadecuada asistencia a los controles de seguimiento, los sentimientos y el sentirse estigmatizado por la enfermedad, actúan sobre la adherencia terapéutica<sup>33</sup>.

- Antecedentes clínicos. Es el registro de la información sobre la salud de una persona. Los antecedentes clínicos personales pueden incluir información acerca de las enfermedades, los resultados de los exámenes físicos y las pruebas diagnósticas. A veces, también incluyen información de los medicamentos que tomó la persona, y sus hábitos de salud, como el régimen de alimentación y el ejercicio.

Los antecedentes clínicos familiares incluyen información sobre la salud de los familiares cercanos (padres, abuelos, hijos y hermanos). Esto incluye sus enfermedades actuales y pasadas los antecedentes familiares pueden ser una de las mayores influencias en el riesgo de afecciones cardíacas, infartos, diabetes o cáncer, si bien nadie puede cambiar su mapa genético, conocer sus antecedentes familiares puede ayudarle a reducir el riesgo de desarrollar problemas de salud <sup>33</sup>.

- La pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo del transporte, de la medicación, y la disfunción familiar, pueden condicionar el tratamiento farmacológico y no farmacológico<sup>33</sup>.

## **B. Factores de índole cultural**

La cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento, influyen en la aceptación del régimen y la adherencia a éste. Existen conductas que adoptan las personas para mejorar y conservar la salud. Las conductas inapropiadas de salud son importantes no solo porque conllevan a enfermedades, sino también porque fácilmente pueden convertirse en hábitos inadecuados de salud<sup>37</sup>.

El estilo de vida saludable es un conjunto de patrones de conducta relacionados con la salud, determinado por la elección que hacen las personas de las opciones disponibles acordes con las oportunidades que se les ofrece. Puede entenderse como una conducta relacionada con la salud de carácter consistente (como la práctica habitual de actividad física) que está posibilitada o limitada por la situación social de una persona y sus condiciones de vida<sup>37</sup>.

Diversos autores han intervenido impartiendo conocimientos a las personas con diabetes acerca de la dieta a seguir o han aplicado programas cognitivo-conductuales para alterar hábitos alimenticios y comportamientos asociados <sup>33</sup>.

#### **2.2.4 Teoría del autocuidado de Orem**

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea Orem<sup>36</sup>. La teórica define autocuidado como “la actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”<sup>38</sup>.

Orem, estableció la teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí. *La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería*, como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería<sup>38</sup>.

## **La teoría del autocuidado**

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente. El término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos:

Requisitos de autocuidado universal: “son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana”<sup>38</sup>.

Requisitos de autocuidado del desarrollo: promueven las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez <sup>38</sup>.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Existen factores internos o externos a los individuos que afectan sus capacidades para ocuparse de su autocuidado. También afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido, se denominan factores condicionantes básicos. Orem identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo, desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos; pueden ser seleccionadas para los propósitos específicos de cada estudio en particular ya que, de acuerdo a sus supuestos, deben estar relacionadas con el fenómeno de interés que se pretende investigar <sup>38</sup>.

## **La teoría del déficit de autocuidado**

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas<sup>38</sup>.

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero puede darse una situación en la que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería<sup>38</sup>.

A la persona que proporciona cuidados o realiza su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado<sup>38</sup>. Existen acciones de autocuidado interna y externas. Entre las acciones externas, se menciona:

1. Acción de búsqueda de conocimientos.
2. De búsqueda de ayuda y de recursos.
3. Acciones interpersonales.
4. Acciones para controlar factores externos.

Y las acciones de autocuidado orientadas internamente son:

1. Acción de recursos para controlar los factores internos.
2. Acción para controlar uno mismo sus pensamientos, sentimientos, orientación y por tanto regular los factores internos o las externas.

Por ello, la comprensión del autocuidado como una acción intencionada con orientaciones internas y externas ayuda a las personas a adquirir, desarrollar y perfeccionar las habilidades necesarias para:

1. Asegurar información válida y fidedigna para lograr que los individuos logren aprendizaje de autocuidado.
2. Analizar la información para el aprendizaje de autocuidado y cuidado dependiente.
3. Emitir juicios de cómo pueden ser ayudados los individuos en la realización de las operaciones del aprendizaje de autocuidado terapéutico, se identifican las secuencias de acción de una demanda de aprendizaje de autocuidado terapéutico y agruparse de acuerdo con sus orientaciones internas y externas<sup>38</sup>.

## **La teoría de los sistemas de Enfermería.**

La autora establece los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería, éstos son: i) La enfermera, ii) l paciente o grupo de personas y iii) y los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos <sup>38</sup>.

Los sistemas de enfermería contemplan los siguientes aspectos:

1. Las relaciones claramente establecidas .para una buena interacción de enfermería
2. Es preciso determinar el alcance de la responsabilidad de enfermería, para tal efecto se debe definir los papeles generales y específicos de la enfermera, del paciente y las personas significativas.
3. Debe formularse la acción específica a adoptar a fin de satisfacer las necesidades específicas de cuidados de la salud a la persona.
4. Se debe determinar la acción requerida para regular la capacidad de autocuidado en la satisfacción a las demandas de autocuidado en el futuro<sup>38</sup>.

Cuando existe déficit de autocuidado, los enfermeros pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un sistema de enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo<sup>38</sup>.

### **2.3 Hipótesis de la investigación**

H1: Existe adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

H2: Algunos factores socioeconómicos y culturales están relacionados significativamente a la adherencia de la diabetes mellitus tipo 2



## **2.5 Variables del estudio**

### **V1. Adherencia al tratamiento:**

- Indicadores: Adherentes  
No adherentes

### **V2. Factores socioeconómicos y culturales**

- Indicadores:
  - Edad
  - Sexo
  - Estado civil
  - Grado de instrucción
  - Conocimientos sobre la enfermedad
  - Financiamiento de la atención de la salud
  - Adherencia al tratamiento no farmacológico
  - Conducta en salud

### **V3. Antecedentes clínicos**

## **2.6 Operacionalización de variables**



Adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 de los pacientes atendidos en el Hospital General de Jaén, Perú; 2018

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	dimensiones	Indicador	Ítem	Escala de medición	Fuente	instrumento
V1: Adherencia al tratamiento	Cumplimiento del tratamiento, farmacológico según las indicaciones médicas	La adherencia al tratamiento se clasificará en:  Adherentes No adherentes		- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? - ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? - Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? - Si alguna vez le cae mal, ¿deja usted de tomarla?	-Si (2) -No (1)	Nominal Adherente: 7-8 puntos No adherente: 4-6 Puntos	Paciente	Cuestionario
V2: Factores relacionados a la adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2.	Aspectos que influyen en el comportamiento de la persona, con diabetes para que siga las recomendaciones brindadas por el prestador sanitario.	Los factores relacionados a la adherencia al tratamiento se clasifican en: Socioeconómicos y culturales	<b>Factores socioeconómicos y culturales.</b>  a) Conocimientos sobre la enfermedad	- Edad - Sexo - Estado civil - Nivel de instrucción - ¿La diabetes mellitus una enfermedad crónica, y dura toda la vida? - ¿Se puede controlar la diabetes mellitus tipo 2 con dieta alimentaria? - ¿La diabetes es contagiosa? - ¿La diabetes puede ser hereditaria? - ¿La diabetes se produce por falta de insulina? - ¿La diabetes mellitus afecta a todas las edades?	Edad en años - Masculino - Femenino - Casado - Conviviente - Viudo - Divorciado Sin instrucción - Primaria - Secundaria - Superior - Si - No - No sabe	Nominal	Paciente	Cuestionario

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuál es el valor del nivel de azúcar para una persona sin diabetes mellitus antes de comer?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menos de 65 mg/dL</li> <li>- 70 a 110 mg/dL</li> <li>- Más de 110 mg/dL</li> </ul>			
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuál es el valor del nivel de azúcar para una persona con diabetes mellitus antes de comer?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menos de 65 mg/Dl.</li> <li>- 80 a 130 mg/dL.</li> <li>- Más de 130 mg/dL</li> </ul>			
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿La enfermedad renal y la ceguera son complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si</li> <li>- No</li> <li>- No sabe</li> </ul>			
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Se puede controlar con actividad física permanente?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si</li> <li>- No</li> <li>- No sabe</li> </ul>			
			b) Financiamiento en salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿El SIS cubre los costes de su enfermedad (medicamentos, análisis de laboratorio)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siempre</li> <li>- A veces</li> <li>- Nunca</li> </ul>	Nominal	Paciente	Cuestionario
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Existe disponibilidad de medicamentos en farmacia del hospital?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siempre</li> <li>- A veces</li> <li>- Nunca</li> </ul>			
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Tiene problemas económicos para la adquisición del tratamiento no disponible?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siempre</li> <li>- A veces</li> <li>- Nunca</li> </ul>			
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Recibe apoyo económico de su familia para cubrir gastos derivados de su enfermedad?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siempre</li> <li>- A veces</li> <li>- Nunca</li> </ul>			
			c) Adherencia no farmacológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Controla su peso regularmente?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siempre</li> <li>- A veces</li> <li>- Nunca</li> </ul>	Nominal	Paciente	Cuestionario
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Acude a sus controles médicos regularmente?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siempre</li> <li>- A veces</li> <li>- Nunca</li> </ul>			

				- ¿Realiza actividad física por lo menos 3 veces por semana?	- Siempre - A veces - Nunca			
				- ¿Realiza el autocontrol de los niveles de azúcar en sangre?	- Siempre - A veces - Nunca			
				- ¿Cumple con sus requerimientos dietéticos?	- Siempre - A veces - Nunca			
			d) Conducta en salud	- ¿Usted se automédica?	- Siempre - A veces - Nunca	Nominal	Paciente	Cuestionario
				- ¿Usted utiliza plantas medicinales para la diabetes mellitus?	- Siempre - A veces - Nunca			
				- ¿Se mantiene informado sobre su enfermedad?	- Siempre - A veces - Nunca			
V3: antecedentes clínicos del paciente.	Registro con información sobre la salud de una persona.			- ¿Hace que tiempo que padece de diabetes mellitus tipo 2?	- Menos de 1 año - De 1 a 5 años - Más de 5 años	Ordinal	Paciente	Cuestionario
				- ¿Qué medicamento toma para la diabetes?	- Metformina - Glibenclamida - Ambas - Insulina - Otro			
				- ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado a causa de la diabetes mellitus?	- 1 a 2 veces - 3 a 5 veces - Más de 5 veces - nunca			

# CAPÍTULO III

## MARCO METODOLÓGICO

### 3.1 Tipo y diseño de estudio

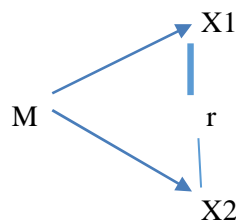
El estudio se enmarca en el tipo de investigación descriptiva, transversal, correlacional, según Hernández y Batista<sup>39</sup>.

Es descriptivo, porque busca especificar las propiedades importantes de las personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis; miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. El estudio describió la adherencia al tratamiento y los factores relacionados a la adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2.

Es de corte transversal porque describió las observaciones en un momento dado.

Es correlacional, porque evalúa el grado de relación entre dos o más variables en un solo momento <sup>39</sup>. En este caso permitió demostrar la relación entre algunos factores socioeconómicos y culturales y la adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2, sin determinar causa-efecto.

El diseño del estudio se representa en el siguiente esquema:



Dónde:

M = Muestra

X1 = Adherencia al tratamiento

X2 = Factores socioeconómicos y culturales

r = Coeficiente de correlación.

El estudio fue realizado en el Hospital General de Jaén, en el Programa de Enfermedades no transmisibles durante el tercer trimestre del año 2018. El Hospital es un establecimiento de Salud categoría II-1, hospital de referencia de la parte norte del departamento de Cajamarca-Perú, depende administrativamente de la Dirección de Salud Jaén- DISA Jaén.

### **3.2 Población de estudio**

La población estuvo constituida por 240 pacientes atendidos en el Hospital General de Jaén con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que estuvieron recibiendo el tratamiento durante el tercer trimestre del año 2018.

### **3.3 Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión**

- Pacientes entre 30 a 85 años
- Pacientes varones y mujeres con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.
- Pacientes que recibieron tratamiento durante el tercer trimestre del año 2018.
- Pacientes que aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

#### **Criterio de exclusión**

- Pacientes con alteraciones mentales y otras enfermedades crónicas.

### **3.4 Muestra**

El tamaño de la muestra fue determinado utilizando la fórmula para poblaciones conocidas, con un nivel de confianza de 95% y un margen de error del 5%. (anexo1). Fue seleccionada utilizando el muestreo aleatorio simple. El marco muestral lo constituyó el sistema de registro de pacientes del año 2018 del Programa de enfermedades no transmisibles.

### **3.5 Unidad de análisis**

Cada uno de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

### 3.6 Técnica e instrumento de recolección de datos

Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario. Se tomó como referencia el cuestionario de Contreras<sup>22</sup> realizado en Guatemala en el año 2015, algunos ítems fueron reformulados por la investigadora para que responda al contexto donde se realizó el estudio (anexo 2).

El instrumento contiene 32 ítems, estructurado en tres partes: la primera parte atañe a los *factores socioeconómicos y culturales*, que contiene los siguientes aspectos:

- Datos sociodemográficos de los pacientes, contiene 4 preguntas (1 -4) (edad, sexo, estado civil y grado de instrucción)
- Conocimientos acerca de la enfermedad, constituido por diez (10) preguntas, con opciones de respuesta: Si, No, No sabe. Se categorizó en:
  - Conoce : ( $\geq 70$  % de preguntas, contestadas correctamente)
  - No conoce : (< de 70 % preguntas contestadas correctamente)
- Financiamiento de la salud, conformada por cuatro (4) preguntas, el valor final de este indicador es:
  - Recursos propios : 4-8 puntos
  - Seguro Integral de Salud : 9-12 puntos.
- Adherencia al tratamiento no farmacológico, contiene cinco (5) preguntas, el valor final fue:
  - SI : 5-10 puntos
  - No : 11-15 puntos
- Conducta de salud, contiene tres (3) preguntas, el valor final fue:
  - Conducta saludable : 7-9 puntos
  - Conducta no saludable : 3-6 puntos

Además, se incluyó preguntas referidas a los antecedentes clínicos (3 preguntas). Los intervalos o amplitud de rango fueron determinados mediante el método de Sturges.

La segunda parte corresponde a los *antecedentes clínicos* del paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, contiene 4 ítems



*La tercera parte corresponde a la adherencia al tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2, contiene 4 ítems (5 - 8). La adherencia se catalogó en adherentes y no adherentes*

- Adherente: responde “No” a las cuatro preguntas del test de Morisky Green.
- No adherente: cuando contesta “Si” en al menos una de las preguntas del test de Morisky-Green.

### **3.7 Validez y confiabilidad del instrumento**

Para asegurar la validez del instrumento<sup>39</sup>, que mide la Adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 de los pacientes, se sometió a la evaluación con cuatro jueces expertos en el tema, quienes evaluaron el contenido de, con sus sugerencias se rediseñaron algunos ítems. Para determinar la confiabilidad (produce resultados consistentes), se realizó una prueba piloto en 15 pacientes con características similares a la muestra de estudio. Luego los resultados fueron sometidos al alfa de Cronbach dando como resultado 0,8 (anexo 3), lo indica que el instrumento es confiable.

### **3.8 Proceso de recolección de datos**

- En primer lugar, se solicitó la autorización al director del Hospital General de Jaén (anexo 5), luego se coordinó con la enfermera encargada del programa de enfermedades no transmisibles para recibir el aval institucional.
- Una vez identificados los pacientes se les explicó el objetivo del estudio y se les solicitó su participación. Se hizo firmar el consentimiento informado, (anexo 8), procurando en todo momento cumplir con los criterios éticos de investigación
- La recolección de datos se realizó en el servicio donde el paciente fue atendido, en un ambiente adecuado que favoreció la interacción, proceso que estuvo a cargo de la investigadora.
- La aplicación del instrumento se realizó en un tiempo de 20 minutos aproximadamente, de lunes a viernes, en las mañanas de 8 am a 1 pm.

### 3.9 Procesamiento y análisis de datos

Los datos fueron codificados, procesados y analizados utilizando el paquete estadístico Statistical Package For The Social Sciences-SPSS versión 24.0.

Para el estudio de los conocimientos se elaboró el libro de códigos, que sirvió de base para el procesamiento de la información (anexo 8).

Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva (Mediana, Desviación estándar), los datos se organizaron en tablas de distribución de frecuencias. Y para determinar la relación entre variables (factores socioeconómicos y culturales con la adherencia al tratamiento farmacológico) se usó la prueba Chi cuadrado ( $\chi^2$ ) los resultados de este objetivo se presentan en tablas de contingencia o de doble entrada. Además los resultados fueron discutidos a la luz del marco teórico empírico.

### 3.10. Consideraciones éticas

Se tuvo en cuenta los siguientes criterios éticos:

- **Principio de respeto por las personas:** Este principio se refiere a respetar la autonomía de cada persona y por consiguiente, las personas con autonomía disminuida tienen derecho a gozar de protección<sup>38</sup>. En el estudio los pacientes decidieron participar o no en la investigación, sin presión, luego de conocer los objetivos del estudio.
- **Principio de beneficencia:** Este principio indica que las personas no solamente deben de tratarse de manera ética respetando sus decisiones y autonomía sino asegurará su bienestar<sup>40</sup>. Se les comunicó a las pacientes con diabetes tipo 2 que la información proporcionada solo será utilizada con fines de investigación.
- **Principio de justicia:** Para efectos de la bioética, este principio exige que haya equidad en la distribución de los beneficios y los esfuerzos de la investigación<sup>40</sup>. Los participantes del estudio fueron tratados con amabilidad y respeto sin perjuicios, sin discriminaciones de raza, etnia, edad, nivel económico.

- **Consentimiento informado:** Hace hincapié en la importancia de este elemento para realizar la investigación<sup>40</sup>. Los participantes de la investigación recibieron información necesaria sobre los objetivos y la metodología. Decidieron participar sin haber sido sometidos a coerción, intimidación o incentivos indebidos.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. RESULTADOS

##### 4.1.1. Factores socioeconómicos y culturales de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2

Tabla 1. Características sociodemográficas del paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Hospital General de Jaén, 2018

Características sociodemográficas		n=91	%
Edad	35-50	36	39,6
	51-66	20	21,9
	Más de 66	35	38,5
Media+ DS: 58,7 ± 13,9		Min -Max: 36 - 85	
Sexo	Femenino	66	72,5
	Masculino	25	27,5
Escolaridad	Sin instrucción	21	23,1
	Primaria	46	50,5
	Secundaria	23	25,3
	Superior	01	1,1
Estado civil	Casado/conviviente	66	72,5
	Viudo/separado	25	27,5

El 39,6% de personas estudiadas cuenta con 35 a 50 años de edad; seguido por un 38,5% que tiene de 66 años de edad a más, el 72,5% son de sexo femenino y estado civil casado/conviviente, el 50,5% tiene grado de instrucción primaria.

Tabla 2. Conocimientos del paciente acerca de la enfermedad. Hospital General de Jaén, 2018

<b>Diabetes mellitus tipo 2</b> n=91	<b>Conoce</b>		<b>No conoce</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Es una enfermedad crónica, y dura toda la vida	75	82,4	16	17,6
Se controla con dieta alimenticia	61	67,0	30	33,0
Es contagiosa	83	91,2	8	8,8
Es hereditaria	54	59,3	37	40,7
Se produce por falta de insulina	37	40,7	54	59,3
Afecta a personas de todas las edades	75	82,4	16	17,6
Glicemia normal (70 a 110 mg/dl)	53	58,2	38	41,8
Hiperglicemia (111 mg/dl a más)	47	51,6	44	48,4
Puede generar enfermedad renal y ceguera	72	79,1	19	20,9
Se puede controlar con actividad física permanente	79	86,8	12	13,2
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>63,7</b>	<b>33</b>	<b>36,3</b>

El 63,7% de pacientes conocen aspectos relativos a la diabetes. Identifican que es una enfermedad crónica y dura toda la vida (82,4%), es hereditaria (59,3%), puede generar enfermedad renal y ceguera si no se sigue un tratamiento riguroso (79,1%), que se puede controlar con régimen dietético (67,0%) y actividad física permanente (86,8%). Además, conoce la cifra de glucosa en sangre en personas sanas (58,2%) y en los que padecen la enfermedad (51,6%), aunque existe un alto porcentaje de pacientes que desconocen los valores de la glicemia en sangre (48,4%), y que es ocasionada por falta de insulina (40,7%).

Tabla 3. Financiamiento de la atención de la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Hospital General de Jaén, 2018

Indicadores n=91	Siempre		A veces		Nunca	
	n	%	n	%	n	%
El SIS cubre los costes de su enfermedad (medicamentos, análisis de laboratorio)	82	88,2	10	10,8	-	-
Existe disponibilidad de medicamentos en farmacia del hospital	11	12,1	73	82,1	07	7,6
Tiene problemas económicos para la adquisición del tratamiento no disponible	12	13,2	70	76,9	09	9,9
Recibe apoyo económico de su familia para cubrir gastos derivados de su enfermedad	10	11,0	72	79,1	09	9,9

Respecto al financiamiento de la atención de la salud, se muestra que al 88,2% de personas encuestadas tienen acceso al seguro integral de salud; pero no siempre existe disponibilidad de medicamentos en la farmacia del hospital (82,1%), de allí que las personas refieren que suelen presentar problemas económicos para la adquisición del tratamiento (76,9%) y solo algunas veces reciben apoyo económico de su familia (79,1%).

Tabla 4. Adherencia al tratamiento no farmacológico en el paciente con diabetes mellitus tipo 2. Hospital General de Jaén, 2018

Indicadores n=91	Siempre		A veces		Nunca	
	n	%	n	%	n	%
Controla su peso con regularidad	15	16,1	60	65,9	16	17,3
Acude a sus controles médicos	73	80,2	5	5,4	10	10,8
Realiza actividad física por lo menos 3 veces por semana	61	64,8	26	28,6	06	6,6
Auto monitorea la glucosa	46	50,4	32	35,2	13	14,3
Sigue un régimen dietético	15	16,5	52	57,1	24	26,4

Con respecto a las medidas no farmacológicas, se observa que los pacientes acuden “siempre” a sus controles médicos (80,2%), realiza actividad física por menos 3 veces por semana (64,8%), realiza el control de la glicemia (50,4%);

algunas veces, controla su peso (65,9%) y sigue un régimen dietético (57,1%). Un cuarto de la población encuestada “nunca” sigue un régimen dietético (26,4%).

Tabla 5. Conducta de salud del paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Hospital General de Jaén, 2018

<b>Indicadores</b> <b>n=91</b>	<b>Siempre</b>		<b>A veces</b>		<b>Nunca</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Se automedica	13	13,0	37	29,8	42	46,2
Usa plantas medicinales	15	16,1	60	65,9	16	17,6
Busca información para su autocuidado	69	74,2	22	23,7	02	2,2

El análisis del factor cultural estudiado a través de la conducta del paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, muestra que la mayoría de los pacientes nunca se automedican (46,2%), seguido de otro porcentaje importante de personas que lo hacen a veces (29,8%). El 65,9% de pacientes usan las plantas medicinales como medidas complementarias; el 74,2% siempre busca información para su autocuidado.

Tabla 6. Antecedentes clínicos del paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Hospital General de Jaén, 2018

<b>Antecedentes clínicos</b>	<b>n (91)</b>	<b>% (100,0)</b>
<b>Medicamentos usados en su tratamiento</b>		
Metformina	25	27,5
Glibenclamida	16	17,6
Metformina + Glibenclamida	48	52,7
Insulina	02	2,2
<b>Tiempo de evolución de la enfermedad</b>		
Menos de 1 año	19	20,9
1 a 5 años	57	62,6
Más de 5 años	15	16,5
<b>Hospitalización a causa de la enfermedad</b>		
1-2 veces	76	83,5
3-5 veces	5	5,5
Más de 5 veces	8	8,8
Nunca	2	2,2

Los antecedentes clínicos de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, muestran aspectos como: Tratamiento farmacológico, tiempo de evolución de la enfermedad y hospitalización a causa de la enfermedad. La terapia farmacológica más usada es la terapia combinada (Metformina + Glibenclamida) en un (52,7%); seguido del uso de la monoterapia (Metformina) en un 27,5%.

El tiempo de enfermedad, en mayor proporción fue entre 1 a 5 años en un 62,6%), seguido de aquellos que reportaron tener un tiempo inferior a 1 año (20,9%). Un alto porcentaje (83,5%) de pacientes informaron que han sido hospitalizados entre 1 a 2 veces a consecuencia de la enfermedad.



#### 4.1.2. Adherencia al tratamiento farmacológico en paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, según el test de Morisky Greem

Tabla 7. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Hospital General de Jaén, 2018

<b>Adherencia al tratamiento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Adherente	59	64,8
No adherente	32	35,2
TOTAL	91	100,0

Un 64,8% de los encuestados son adherentes al tratamiento farmacológico, frente a un 35,2% que no son adherentes.

#### 4.1.3. Relación entre los factores socioeconómicos y la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2

Tabla 8. Características sociodemográficas y la adherencia al tratamiento del paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Hospital General de Jaén, 2018

Características sociodemográficas	Adherencia al tratamiento				Total		Valor de p
	Si		No		n	%	
	n	%	N	%			
<b>Sexo</b>							
Varón	14	15,4	11	12,1	25	27,5	
Mujer	35	38,5	21	34,1	66	72,5	0,029*
<b>Estado civil</b>							
Casado/conviviente	46	50,5	20	34,1	66	73,5	
Viudo/divorciado	13	14,3	12	13,1	25	27,5	0,144
<b>Escolaridad</b>							
Ninguna	10	10,9	11	12,1	21	23,1	
Primaria	38	41,8	08	8,8	46	50,5	0,050*
Secundaria	10	10,9	13	14,3	23	25,3	
Superior	01	1,1	-	-	01	1,1	

Chi cuadrado \*p <0,05, estadísticamente significativo

Las mujeres tienen mejor adherencia (38,5%) que los varones (15,4%), igualmente son adherentes las personas que tienen pareja (50,5%) y escolaridad primaria (41,8%). El coeficiente de correlación demuestra que existe relación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento con la edad y el grado de instrucción (p<0,05), pero no existe relación significativa con el estado civil (p>0,05)

Tabla 9. Conocimiento sobre la enfermedad y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Hospital General de Jaén, 2018

Conocimientos Sobre la enfermedad	Adherencia al tratamiento				Total	
	No		Si		n	%
	n	%	n	%		
Conoce	12	13,2	46	50,5	58	63,7
No conoce	20	21,9	13	14,3	33	36,3
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>35,2</b>	<b>59</b>	<b>64,8</b>	<b>91</b>	<b>100,0</b>

Adherencia	Prueba estadística	Valor	gl	p-valor
Conocimientos	Chi cuadrado	14,69	1	0,000*

\* $p < 0,05$ , estadísticamente significativo

El 50,5% de personas adherentes conocen aspectos relativos a la enfermedad, mientras, un 21,9% de los no adherentes no conocen aspectos relativos a la diabetes.

El Chi cuadrado ( $\chi^2$ ) indica que las variables adherencia al tratamiento con los conocimientos sobre la enfermedad son dependientes, lo que significa que las variables están relacionadas ( $p < 0,05$ ); por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 10. Financiamiento de la atención de la salud y la adherencia al tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes atendidos en el Hospital General de Jaén, 2018

Financiamiento	Adherencia				Total	
	No		Si		n	%
	n	%	N	%	n	%
Recursos propios	20	21,9	21	14,3	41	45,1
Seguro Integral de Salud	12	13,2	38	41,7	50	54,9
TOTAL	32	35,2	59	64,8	91	100,0

Adherencia	Prueba estadística	Valor	gl	p-valor
Financiamiento	Chi cuadrado	3,48	1	0,078*

\* $p > 0,05$ , estadísticamente significativo

El 41,7% de las personas adherentes cubre los costes de la enfermedad a través del seguro integral de salud; mientras que el 14,3% de las personas financian los gastos que derivan de su enfermedad a través de gasto de bolsillo. Por otro lado, el 21,9% de personas no adherentes que no encuentran disponibilidad de medicamentos e insumos a través del seguro, los costes son derivados de sus recursos propios

Se acepta la hipótesis nula. La adherencia al tratamiento y el financiamiento de la atención de su enfermedad son variables independientes, lo que significa que no existe relación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y el financiamiento de la atención de la diabetes ( $p > 0,05$ ).

#### 4.1.4. Relación entre los factores culturales y la adherencia al tratamiento del paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2

Tabla 11. Adherencia al tratamiento no farmacológico y adherencia al tratamiento farmacológico de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes atendidos en el Hospital General de Jaén, 2018

Adherencia al tratamiento no farmacológico	Adherencia al tratamiento Farmacológico				Total	
	No		Si		n	%
	n	%	N	%		
Si	14	15,4	15	16,5	29	31,9
No	18	19,8	44	48,4	62	68,1
TOTAL	32	35,2	59	64,8	91	100,0

Adherencia farmacológica	Prueba estadística	Valor	gl	p-valor
Adherencia No farmacológica	Chi cuadrado	3,30	1	0,072*

\* $p > 0,05$ , estadísticamente significativo

Los pacientes adherentes al tratamiento farmacológico en un 48,4% son no adherentes a las medidas no farmacológicas, seguida de un 19,8% de pacientes no adherentes a la terapia farmacológica que no cumplen las medidas no farmacológicas.

El Chi cuadrado demostró que no existe relación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y la adherencia no farmacológica. ( $p > 0,05$ ). Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula.

Tabla 12. Conducta de salud del paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y la adherencia al tratamiento farmacológico. Hospital General de Jaén, 2018

Conducta de salud	Adherencia farmacológica				Total	
	No		SI		n	%
	n	%	n	%		
No saludable	18	19,8	22	24,2	40	44,0
Saludable	14	15,4	37	40,6	51	56,0
TOTAL	32	35,2	59	64,8	91	100,0

Adherencia	Prueba estadística	Valor	gl	p-valor
Conducta	Chi cuadrado	12,105	1	0,021*

\*p<0,05, estadísticamente significativo

El factor cultural medido a través de la conducta de salud muestra que, el 56,0% de los pacientes tiene conducta saludable frente a un 44% que tiene una conducta no saludable respecto al autocuidado frente a la diabetes mellitus. También, se observa que el 40,6% de las personas adherentes tiene conducta saludable, en cambio el 15,4% de los no adherentes tiene conducta no saludable.

Existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento farmacológico y la conducta del paciente ( $p < 0,05$ ). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y acepta la hipótesis de investigación: existe relación significativa entre la conducta del paciente con la adherencia farmacológica en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital General de Jaén.

## 4.2. DISCUSIÓN

El estudio de las características sociodemográficas de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en el Hospital General de Jaén, evidenció que la edad promedio de los participantes fue de 58,7 años de edad, con una desviación estándar de  $\pm 13,9$  años. De los resultados se puede deducir que los casos en su mayoría se diagnosticaron en la edad madura, pasados los 45 años de edad, lo cual es coherente con lo que señala la literatura, que esta enfermedad por lo general se desarrolla a partir de los 40 o 45 años de edad <sup>41</sup>.

Existe un cuarto de participantes que tiene menos de 45 años de edad (edad mínima 36 años). La literatura menciona también, que en los últimos años está ocurriendo un cambio en el comportamiento de la DM2. La edad de aparición de la enfermedad está disminuyendo, es más puede aparecer a cualquier edad, incluso en niños<sup>41</sup>. El tiempo de enfermedad es inferior a 5 años (62,6%) y las personas con diabetes han sido hospitalizadas entre 1 a 2 veces a consecuencia de la enfermedad (83,5%). Para la Organización Panamericana de la Salud, si la enfermedad se diagnostica a temprana edad es más peligrosa desde el punto de vista cardiovascular, que la aparición tardía <sup>42</sup>.

Respecto al sexo, el 72,5% de entrevistados fueron de sexo femenino, encontrándose una relación mujer/varón de tres a uno, lo que significa que por cada tres pacientes de sexo femenino hay uno de sexo masculino, este hallazgo confirma que la enfermedad de la diabetes afecta en mayor medida a personas de este género, lo cual es corroborado por Mora *et al.*<sup>23</sup> en su estudio realizado en Ecuador. La literatura indica que los roles de género colocan a la mujer en una situación de riesgo, pues muchas de ellas retrasan el acceso a los servicios de salud por priorizar el cuidado de su familia; también su perfil socioeconómico la condiciona a una dieta y nutrición deficiente, y escasa actividad física. Por otro lado, una vez que adquiere la enfermedad existe la probabilidad de desarrollar enfermedades del corazón a consecuencia de la diabetes<sup>42</sup>.

La escolaridad de los participantes es baja, la mitad tiene instrucción primaria (50,5%), un cuarto educación secundaria (25,3%), y otro tanto no posee ningún grado de instrucción (23,1%), aspecto perjudicial, ya que la evidencia científica muestra que la educación que reciben las personas es esencial para implementar

medidas de autocuidado y la mejor aceptación del tratamiento <sup>43</sup>. Por el contrario, la mujer alfabetizada tiene muchas más probabilidades de tener mejores conocimientos sobre la salud-enfermedad; además, la educación es un arma poderosa para romper el ciclo de la pobreza, la enfermedad y la persistencia intergeneracional del bajo nivel socioeconómico de la población <sup>44</sup>.

Acerca del estado civil de los pacientes, se encontró que las tres cuartas partes de participantes viven junto a su pareja, lo cual es relevante porque el apoyo familiar puede contribuir al cumplimiento de las prescripciones médicas, al animar a mantener el régimen prescrito <sup>45</sup>.

Investigaciones en pacientes con diabetes, muestran porcentajes similares a los hallados en la investigación donde el 65 % era del sexo femenino, la edad promedio fue de 53 años, el 51,2% tenía grado de instrucción primaria y el 60% vivía en pareja <sup>46</sup>.

El estudio encontró que los pacientes tienen conocimientos suficientes (63,7%) sobre la diabetes a diferencia de un 36,3% que no los tienen. Los resultados están relacionados con la educación diabetológica ofrecida durante la atención integral a las personas en la consulta médica, en la consulta de enfermería, en el servicio de nutrición, entre otros<sup>47</sup>.

Poseer conocimientos es un factor condicionante de la conducta de cada paciente, frente a la aceptación de la enfermedad y el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, permite identificar las reacciones adversas y actuar de manera apropiada. La carencia de conocimientos genera comportamientos errados y valorizaciones equivocadas con respecto al tratamiento. Para lograr un mayor conocimiento en quienes padecen esta enfermedad, se debe poner énfasis en el cuidado clínico, la educación terapéutica continuada y el trabajo social<sup>47</sup>.

Al comparar los resultados con otras investigaciones, se encontró estudios que son congruentes con los resultados de la investigación, como el de Clavijo et al.<sup>48</sup> quienes encontraron un nivel adecuado de conocimientos sobre la enfermedad y de las medidas preventivas de las complicaciones de la DM2. Otros estudios demostraron lo contrario, donde el 71,2% de los pacientes tuvieron nivel insuficiente de conocimiento. Los estudios de Gonzales <sup>48</sup> y Huamán <sup>49</sup> mostraron



un nivel regular de conocimientos sobre DM2 (69%), datos que son similares con los del estudio, lo ideal es que la totalidad de pacientes tengan conocimientos sobre la enfermedad como el reporte de Gómez,<sup>50</sup>; aunque hay evidencias que el solo conocer no garantiza una conducta positiva.

Sintetizando los hallazgos referidos líneas arriba, se puede decir que un poco más de la mitad de pacientes conocen aspectos relativos a su enfermedad, tienen una conducta saludable, lo que se refleja en la adherencia al tratamiento; pero, también es cierto que en más de un tercio ocurre lo contrario. Si interpretamos estos resultados a la luz de la teoría de Orem citado por Naranjo et al.<sup>51</sup> el hecho que una persona o grupo sea agente de autocuidado en un momento dado, no significa que la situación está resuelto, ya que puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, movido por factores internos y externos. De allí que el profesional de enfermería del Hospital General de Jaén debe seguir compensando el déficit de autocuidado de los pacientes, relacionado con el “sistema de apoyo educativo” para fortalecer la capacidad de agencia de autocuidado en los pacientes que lo vienen realizando y compensando en las personas que no lo tienen, para que ejecuten su autocuidado sustentado en una autocuidado terapéutico.

En este estudio la adherencia al tratamiento farmacológico fue de 64,8%, lo cual es similar a la de otros estudios realizados en algunos países latinoamericanos que utilizaron el test de Morisky Greem, como el de Terechenko<sup>52</sup> en Uruguay donde se indica que la población tiene una buena adherencia (56%), y divergentes con investigaciones realizadas en Trujillo- Perú por Noriega, quién mostró una marcada prevalencia de pacientes no adherentes con DM2 (83,3%) y por Barra<sup>52</sup> en su estudio realizado en localidades de la costa de Perú donde se encontró un 27,8% de adherencia al tratamiento antidiabético oral en pacientes atendidos en el sistema de salud pública.

La pregunta que generó mayores respuestas de incumplimiento fue “deja de tomar los medicamentos porque le caen mal”. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los países en desarrollo la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es del 50%, lo que fundamenta el resultado encontrado. Además, se añade la no adherencia al tratamiento no farmacológico (dieta, ejercicio físico, automonitoreo de la glicemia y control de peso), lo cual

agudiza el problema por las complicaciones que se derivan de un uso irregular del tratamiento <sup>53</sup>.

Además, en este estudio se constató que los entrevistados en su mayoría no siguen con regularidad el tratamiento no farmacológico, avalado por la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y las más importantes sociedades a nivel internacional. Se observa una conducta no saludable sobre la dieta alimenticia y ejercicio físico. La realización de estas actividades es fundamental en el tratamiento y control de la diabetes, pero, es poco valorada por los entrevistados quienes no lo asumen con responsabilidad. Incorporarlas como complementaria al tratamiento medicamentos, implica cambios comportamentales en las personas, por lo que se requiere de una educación terapéutica continuada<sup>38</sup> y el soporte de la familia. La medicalización podría reducirse si el personal de salud respaldaría más la aplicación de medidas no farmacológicas y apoyarían la práctica del autocuidado como parte del tratamiento de los procesos crónicos<sup>54</sup>.

La diabetes como padecimiento crónico requiere de tratamiento a largo plazo para su adecuada evolución y control. Si los pacientes no son adherentes y no manejan adecuadamente su dieta es probable que la persona se descompense y requieran de hospitalizaciones frecuentes.

Respecto a los antecedentes clínicos, la medicación basada en la metformina asociada a la glibenclamida son los fármacos hipoglicemiantes que más se prescriben, a diferencia de otros estudios donde el fármaco de elección es la metformina (96,4%) seguido de glibenclamida (17, 2%). La literatura refiere que la multiterapia favorece el incumplimiento, por lo que se sugiere fomentar tratamiento monoterapicos para lograr los objetivos terapéuticos<sup>55</sup>.

De otra parte, al establecer la relación entre la variable socioeconómica, cultural y la adherencia al tratamiento; se evidencia que existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento con el sexo, el grado de instrucción, el conocimiento sobre la enfermedad y la conducta de salud ( $p < 0,05$ ). Pero son independientes del financiamiento de la atención de la salud y de la adherencia al tratamiento no farmacológico ( $p > 0,05$ ). Son las mujeres y las que viven con su pareja las que son más adherentes. Se confirma lo reportado por la literatura que las más cumplidoras son las mujeres<sup>56</sup>. La literatura también señala que el género femenino es factor

predicador de conductas saludables, que favorecen la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas. Respecto al vínculo conyugal investigaciones como el de Rodríguez<sup>54</sup> dice que la pareja es una fuente de apoyo y protección para ejecutar conductas de salud, resultado que corrobora lo encontrado en este estudio.

Diversas investigaciones que estudiaron esta variable como Meléndez et al.<sup>47</sup>; Gonzales<sup>48</sup>, Huamán<sup>49</sup> y Orozco et al.<sup>56</sup> mostraron que existe asociación entre el nivel de conocimientos generales de DM2 y la adherencia.

No existe relación significativa entre el factor económico con la adherencia farmacológica de la DM2 ( $p > 0,05$ ). Los pacientes cuentan con seguro de salud estatal; pero, al no encontrar medicamentos en el programa deben efectuar gastos de bolsillo para adquirirlos, lo cual puede influir en el cumplimiento, y constituirse en un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones. Bello<sup>59</sup> sostiene que los sujetos clasificados en los quintiles I y III del nivel socioeconómico presentan un riesgo de 4,67 y 5,40 veces de no adherirse a tratamiento<sup>58</sup>.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), los costes directos de las complicaciones atribuibles a un control deficiente de la diabetes son 3 a 4 veces mayores que los de un buen control<sup>53</sup> de allí que la institución hospitalaria debe asegurar no solo el acceso al programa, sino también la disponibilidad permanente de los medicamentos.

Por último, otro factor que tiene relación significativa con la adherencia al tratamiento farmacológico es el comportamiento o conducta respecto a la salud ( $p < 0,05$ ), en este estudio se evidencia la autorresponsabilidad del paciente este busca de manera permanente información para su autocuidado y no se auto medica, lo que difiere de otros estudios donde la automedicación aumenta el riesgo de tratamientos incompletos<sup>59</sup>.

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **Conclusiones**

La diabetes mellitus tipo 2, en el Hospital General de Jaén es prevalente en mujeres, con nivel de educación primaria y en las que su estado civil es casado o conviviente. Más de la mitad de las personas conocen aspectos relativos a la enfermedad, realizan actividad física, acuden puntualmente a sus controles, no se automedican; sin embargo, solo algunas veces controlan su peso y cuidan su régimen dietético. El coste de la atención de la salud es cubierto a través del SIS; sin embargo, en ocasiones cuando no hay disponibilidad de medicamentos e insumos en el hospital, este es asumido por los pacientes. La gran mayoría de pacientes tienen menos de cinco años de evolución de su enfermedad, con baja periodicidad de hospitalizaciones derivadas de su enfermedad.

Siete de cada diez personas con diabetes mellitus tipo 2 presentan adherencia a la terapia farmacológica. En las personas no adherentes al tratamiento, la razón principal de la suspensión son los efectos secundarios de los medicamentos.

Existe relación significativa entre la adherencia farmacológica con el sexo, grado de instrucción, conocimientos sobre la enfermedad y conducta de salud con  $p < 0,05$ ; pero, no está relacionada con el financiamiento de la atención de la salud y la adherencia no farmacológica ( $p > 0,05$ ).

### **Recomendaciones**

Se recomienda al Hospital General de Jaén poner énfasis en actividades de educación y comunicación para la salud con el fin de desarrollar capacidad de agencia de autocuidado en las personas con diagnóstico de DM2, de tal manera que puedan asumir la corresponsabilidad sobre el cuidado de su salud, ya que los factores implicados en la no adherencia tienen que ver con los comportamientos de salud.

Al Hospital General de Jaén, se sugiere establecer procesos de monitoreo permanente del stock de medicamentos del programa y así superar los problemas de disponibilidad

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zambrano R, Duitama J, Posada J, Flórez J. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, Colombia; 2012. [Consultado el 18 de abril del 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a05.pdf>.
2. Nieves A, Moreno L. Programa de orientacion destinado a la sensibilizacion del personal medico asistencial que labora en el Hospital Miguel Malpica, Guacaraedo Carabobo [Internet]; 2014. [Consultado el 18 de abril del 2018]. Disponible en: <http://pdgbc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/1545/3/4683.pdf>
3. Ramos Y, Morejón R, Gómez M, Reina M, Rangel C, Cabrera Y. Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2; 2017. [Consultado el 18 de abril del 2018]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v7n2/rf04207.pdf>
4. Reyes E, Trejo R, Arguijo S, Jiménez A, Castillo A, Hernández A. Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. REV MED HONDUR, 84(3,4); 2016. [Consultado el 30 de noviembre del 2020]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción; 2004 [Consultado el 30 de noviembre del 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/nc-adherencia.htm>
6. Vañes G. La adherencia al tratamiento: el caso de la diabetes mellitus tipo 2. 2012; [Consultado el 18 de abril del 2018]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/486?show=full>
7. Quisiguiña D. Factores que inciden en el incremento de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo 2 en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro Cantón Guaranda provincia Bolívar; 2010. [Consultado 18 de abril del 2018]. Disponible en: <http://dspace.epoch.edu.ec/bitstream/123456789/1892/1/94T00069.pdf>

8. Federación Internacional de Diabetes. Diabetes Atlas – 5ª edición, Bruselas, 2011. [Consultado 18 de abril del 2018]. Disponible en: [https://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones\\_ficheros/95/IDF\\_Atlas\\_2015\\_SP\\_WEB\\_oct2016.pdf](https://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/95/IDF_Atlas_2015_SP_WEB_oct2016.pdf)
9. Federación Internacional de Diabetes. Plan mundial contra la diabetes 2011-2021. [Consultado 18 de abril del 2018]. Disponible en <http://www.anadisevilla.org/images/rabc/biblioteca/PMCD20112021.pdf>
10. Abbasi F, Kamath V, Rizvi A. Resultados de un estudio controlado con placebo de los efectos metabólicos de la adición de metformina a pacientes tratados con sulfonilurea. [Consultado 19 de abril del 2018]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532013000300008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532013000300008)
11. Instituto Nacional de Salud, MINSA. Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales Relacionados con las Enfermedades Crónicas degenerativas. Lima: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN). 2006. [Consultado 19 de abril del 2018] Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/BiblioDig/MISC/ENIN/REENIN.pdf>
12. Whitaker C, Wright A, Pepe S, Seidel D, Dietz H. Predicción de la obesidad en la edad adulta desde la infancia y la obesidad de los padres. [Consultado 19 de abril del 2018] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9302300>
13. Mispireta M, Rosas A, Velásquez J, Lescano A, Lanata C. Transición nutricional en el Perú, 2005 [Consultado 19 de abril del 2018]. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v24n2/a06v24n2.pdf>
14. Villena J, Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el Perú. [Consultado 19 de abril del 2018]. Disponible en [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322017000400012](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400012)

15. Escalante M, Gagliardino J, Guzman J, Tschiedel B. Llamado a la acción: Tratamiento oportuno y apropiado para personas con diabetes tipo 2 en América Latina. Investigación en diabetes y práctica clínica. 2014 [Consultado 19 de abril del 2018]: disponible en <https://www.revespcardiol.org/es-treatment-of-diabetes-mellitus-general-articulo-13035236>
16. Melikian C, Vanderplas A, Dezil C, Chang E. Adherencia a la terapia diabética oral en una organización de atención administrada. Una comparación de monoterapia, terapia combinada y combinación de dosis fija. Terapéutica clínica. 2002 [Consultado 19 de abril del 2018]. Disponible en [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4034/Gonzales\\_tw.pdf.txt;jsessionid=E423CD22C8D8597E39BE2B1CB75999FA?sequence=3](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4034/Gonzales_tw.pdf.txt;jsessionid=E423CD22C8D8597E39BE2B1CB75999FA?sequence=3)
17. Pieper D, Mathes T, Eikermann M. Mejora de la adherencia de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con atención farmacéutica: una revisión sistemática de ensayos controlados aleatorios. Trastornos endocrinos de BMC. 2014. [Consultado 19 de abril del 2018]. Disponible en: <http://mgyf.org/evaluacion-efectividad-farmacaceutico-en-mejora-adherencia-terapeutica-pacientes-con-diabetes-mellitus-tipo-2/>
18. Noriega R. Factores influyentes sobre la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos atendidos en el Centro de Salud Club de Leones Trujillo 2010 Universidad los Ángeles de Chimbote; [Consultado 19 de abril del 2018]. Disponible en: <http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/3363/49100.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Rebagliatti Y. Grado de adherencia terapéutica y factores que influyen sobre ella en pacientes diabéticos atendidos en el Hospital Jerusalén distrito la Esperanza en Trujillo; 2012. [Tesis para obtener el título profesional de Químico farmacéutico]. Trujillo: Universidad los Ángeles de Chimbote; 2012. [Consultado 19 de abril del 2018]. Disponible en [http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/5532/Tesis%20doctoral\\_Percy%20Alberto%20Ocampo%20Rujel.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/5532/Tesis%20doctoral_Percy%20Alberto%20Ocampo%20Rujel.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

20. Gack L, Araujo E, Nascimento M, Calcalho W. Consulta de Enfermería a Portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial: La Integración de la Educación y la Práctica de Cuidados de la Salud. Ciencia y Enfermería. [Consultado 19 de abril del 2018]. 108 [Consultado 18 de abril del 2018]; XVI Disponible en: [http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art\\_03.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art_03.pdf)<http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/460/1/Tesis%20completa.pdf>
21. Maidana G, Lugo G, Vera Z, Acosta P, Morinigo P, Isasi P, Mastroianil P. Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud Paraguay, 2016; 14(1):70-77. [Consultado 18 de abril del 2018]: disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v14n1/v14n1a11.pdf>
22. Contreras M. Factores que influyen a la no-adherencia del tratamiento alimentario nutricional para la diabetes mellitus tipo 2. estudio realizado en pacientes adultos del Centro de Salud de Santa Catarina Pínula, Guatemala; 2015. [Consultado 18 de abril del 2018]. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/09/15/Contreras-Miguel.pdf>.
23. Mora J y Narváez T. Diabetes mellitus tipo 2 y falta de adherencia al tratamiento en pacientes atendidos en el Hospital Universitario Guayaquil-Ecuador; 2017 [Consultado 24 de marzo del 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/32519/1/CD%201858-%20MORA%20SANCHEZ%20JOHANA%2c%20NARVAEZ%20MONCADA%20THAMARA.pdf>
24. Castillo K. Factores asociados a la adherencia del tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Santa Rosa de Piura; 2017. [Consultado 18 de abril del 2018]. disponible en: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2611/1/re\\_med.huma\\_karen.castillo\\_factores.asociados.a.la.adherencia\\_datos.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2611/1/re_med.huma_karen.castillo_factores.asociados.a.la.adherencia_datos.pdf)
25. Huamán A, Vilcahuaman N. Factores asociados a la Adherencia del Tratamiento de Pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, en los Hospitales del



- MINSA, Cusco, 2016. [Consultado 18 de abril del 2018]. Disponible en:  
<http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/UNSAAC/2417/253T20170166.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. Gonzales A. Conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y funcionalidad familiar asociados a la adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2, Hospital Militar Central, Lima; 2015. [Consultado 18 de abril del 2018]. Disponible en:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4034/Gonzales\\_tw.pdf;jsessionid=E863A5DBFA66E09C00F5438D967A09B3?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4034/Gonzales_tw.pdf;jsessionid=E863A5DBFA66E09C00F5438D967A09B3?sequence=1)
27. Dávila R, García N, Saavedra K. Adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores: variables asociadas, Iquitos; 2013. [Consultado el 18 de abril del 2018]. Disponible en: <http://docplayer.es/14762963-Adherencia-al-tratamiento-de-diabetes-mellitus-tipo-2-en-adultos-mayores-variables-asociadas-iquitos-2013.html>
28. Ariza E, Camacho N, Londoño E, Niño C, Sequeda C, Solano C. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. Cartagena Colombia; 2011. [Consultado el 18 de abril del 2018]. Disponible en:  
<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4109/5674>
29. Kathleen L, Stump S. Nutrición y Dietoterapia de Krause. 10a ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2002. pp. 81. [Consultado el 20 de abril del 2018] disponible en: <http://www.urbe.edu/UDWLibrary/InfoBook.do?id=9174>
30. Quisiguiña D. Factores que inciden en el incremento de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo 2 en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro Cantón Guaranda provincia Bolívar; 2010. [Consultado 18 de abril del 2018]. Disponible en:  
<http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1892/1/94T00069.pdf>
31. Rosenzweig J. Diabetes y Sistema Sanitario: costos económicos y sociales. Diabetes Mellitus. 14a ed. México: Wolters Kluwer, 2007. pp. 781. [Consultado el 20 de abril del 2018] Disponible en:

[https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rcsp/v39n2/spu13213.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v39n2/spu13213.pdf)

32. Ramírez L. Factores de riesgo asociado a diabetes mellitus tipo ii en pacientes que asisten al programa de dispensarizados del Centro de Salud Adolfo Largaespada; 2007. [Consultado el 20 de abril del 2018]. Disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/3715/1/201104.pdf>
33. Salinas E, Guadalupe M. Adherencia terapéutica; México; 2012. [Consultado el 20 de abril del 2018]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122i.pdf>.
34. Colmenarez W. Características sociodemográficas [Internet].2015. [Consultado 24 de abril, 2018]. Disponible en:<http://es.slideshare.net/WilliamColmenarez1410/caracteristicassociodemograficas-de-venezuela>
35. Eustat A. Base de datos on line. Nivel de instrucción. [Portal de internet]. 2004. [Consultado el 05 de septiembre del 2019]. Disponible en: [http://www.eustat.es/documentos/idioma\\_c/opt\\_0/tema\\_303/elem\\_2376/definicion.html](http://www.eustat.es/documentos/idioma_c/opt_0/tema_303/elem_2376/definicion.html) 32
36. Molina R, Pinto M, Henderson P, Vieira C. Revista panamericana de salud pública. [Consultado el 05 de septiembre del 2019]. Disponible en: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_type=post\\_t\\_es&p=290&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=290&lang=es)
37. Cockerham WC. Nuevas direcciones en la investigación del estilo de vida en salud. Revista Internacional de Salud Pública. [Consultado el 05 de septiembre del 2019]. Disponible en <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/6616/1/estilo%20de%20vida%20y%20salud.pdf>
38. Naranjo Y, Concepción P, Rodríguez M. La teoría del déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem Universidad de Ciencias Médicas. Sancti Spíritus. Cuba;

- 2017.[Consultado el 18 de abril del 2018] Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S160889212017000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S160889212017000300009)
39. Hernández R, Fernández C y Batista M. Metodología de la investigación. Caracas Mc. Graw Hill; 2010. [Consultado el 18 de abril del 2018]. Disponible en:  
[https://www.esup.edu.pe/descargas/dep\\_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf](https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf)
40. Osorio J. Principios eticos de la investigacion en seres humanos. [Internet]. 2000. p. 4. [Consultado el 18 de abril del 2018]. disponible en :  
[http://medicinabuenosaires.com/demo/revistas/vol60-00/2/v60\\_n2\\_255\\_258.pdf](http://medicinabuenosaires.com/demo/revistas/vol60-00/2/v60_n2_255_258.pdf)
41. Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales. Factores de riesgo para la diabetes tipo. [consultado el 15 junio 2019]. Disponible en:  
<https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/factores-riesgo-tipo-2>
42. Organización Panamericana de la Salud. Asociación entre la edad del diagnóstico de la diabetes tipo 2 y la gravedad del trastorno. Rev. Panm Salud Pública/Pan Am Public Health 14 (6) Scielo Cientific Electron. Sao Paulo- Brazil; 2003 [consultado el 15 junio 2019]. Disponible en:  
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34931/v42SupplCuba2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
43. Troncoso C, Delgado D, Rubilar C. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2. Rev Costarr Salud Pública 2013; 22: 9-13 [consultado el 15 junio 2019]. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v22n1/art03v22n1.pdf>
44. Organización Mundial de la Salud. La educación y la salud están íntimamente unidos. Nueva York; 2010 [consultado el 22 junio de 2019] Disponible en:  
[https://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth\\_20100920/es/](https://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth_20100920/es/)
45. Dávila S, García N, Saavedra K. Adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores: variables asociadas. Iquitos – 2013. [Consultado 22 de

- junio del 2019]: disponible en:  
<http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3541>
46. Maidana G, Lugo G, Vera Z, Acosta P, Morinigo P, Isasi P, Mastroianil P. Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2016; 14(1):70-77. [Consultado 18 de abril del 2018]: disponible en:  
<http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v14n1/v14n1a11.pdf>
47. Meléndez C, Garza R, Fang M, Del Ángel B, Conocimiento Y Adherencia Al Tratamiento En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Universidad Autónoma de Tamaulipas Facultad de Enfermería, Tampico, México XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Cuba 2018 [consultado el 22 junio de 2019] Disponible en:  
<http://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/viewFile/1044/384>
48. Gonzales W. Conocimiento sobre la diabetes mellitus tipo 2 y funcionalidad familiar asociados a la adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2, hospital militar central, lima, noviembre 2014 - enero 2015. Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano Lima, 2015. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [consultado el 22 junio de 2019] Disponible en:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4034/Gonzales\\_tw.pdf?jsessionid=E863A5DBFA66E09C00F5438D967A09B3?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4034/Gonzales_tw.pdf?jsessionid=E863A5DBFA66E09C00F5438D967A09B3?sequence=1)
49. Huamán M. Conocimientos de diabetes mellitus y adherencia farmacológica en pacientes diabéticos del centro médico Mapfre Lima, 2016, tesis para optar el grado académico de: maestra en gestión de servicios de la salud. Centro médico Mapfre Lima [consultado el 22 junio de 2019] Disponible en:  
[http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/14245/%C3%81ngeles\\_HMJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/14245/%C3%81ngeles_HMJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
50. Gómez C, Cruz L, Zapata V, Morales F. Nivel de conocimiento que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en relación a su enfermedad. Salud en

Tabasco; 2015. 21(1): 17-25 [consultado el 22 junio de 2019] Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/pdf/487/48742127004.pdf>

51. Naranjo Y, Concepción P, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem Universidad de Ciencias Médicas. Sancti Spíritus. Cuba; 2017.[Consultado el 22 de junio del 2019] Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S160889212017000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S160889212017000300009)
  
52. Terechenko N, Baute A, Zamonsky J. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II. Revista Biomedicina | Medicina Familiar y Comunitaria. 2015, 10 (1) ISSN 1510. [Consultado el 22 de junio del 2019] Disponible en: <https://www.um.edu.uy/docs/diabetes.pdf>
  
53. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción, 2003 [Internet]. Washington DC: Oficina Regional para las Américas; 2004 [consultado el 26 junio 2019]. Disponible en:  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_details&gid=18722&Itemid=270&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=18722&Itemid=270&lang=es)
  
54. Rodríguez M. Castillo F. Enfermeras y adherencia farmacológica: discurso y conducta 2011. [consultado el 26 junio 2019]. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000200005>.
  
55. Bertoldo P, Ascar G, Campana Y, Martín T, Moretti M, Tiscornia L. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. Rev Cubana Farm [revista en Internet]. 2013 [consultado el 26 junio 2019]. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75152013000400006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152013000400006)
  
56. Ochoa M, Díaz M, Arteaga Y, Morejón D, Arencibia L. Caracterización sociodemográfica y temporal de la diabetes mellitus tipo 2. Rev Ciencias Médicas [revista en Internet]. 2012 [consultado el 26 junio 2019]; 16(6):[aprox. 8p].

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942012000600006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000600006&lng=es)

57. Ramos Y, Morejón R, Gómez M, Reina M, Rangel C, Cabrera Y. Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Finlay [revista en Internet]. 2017 [consultado el 26 junio 2019]; 7(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/474>
58. Orozco B, Mata C, Artola S, Conthe P, Mediavilla J, Miranda C. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones; Atención Primaria; 2016, [consultado el 26 junio 2019]: Disponible en: <https://medes.com/publication/110626>
59. Bello N, Ayala V, Montoya P. Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. [online]. 2017, 28(2), pp.73-77. ISSN 1134-928X. [consultado el 26 junio 2019]: Disponible en: <https://es.scribd.com/document/369448100/Adherencia-Al-Tratamiento-Farmacologico-en-Adultos-Mayores>

# **Anexos**

## Anexo 1

### DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Dónde:

N = Total de la población

n = Muestra

$Z_\infty$  = coeficiente del 95% de confidencialidad (1.96)

p = Proporción esperada o de éxito (en este caso 5% = 0.5)

q = Probabilidad de fracaso equivale 0.5

d = Nivel de error 0.5% = 0.05

$$n = \frac{(240) \times (1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}{(0.05)^2 \times (240-1) + (1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}$$

$$n = 147$$

Muestra ajustada: n= 91



## **Anexo 2**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS PACIENTES CON DIABETES**  
**MELLITUS TIPO 2**

Adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes atendidos en el  
Hospital General de Jaén, 2018

### **I. PRESENTACIÓN**

Estimado (a) señor (a) la presente encuesta es de carácter confidencial y anónimo. Tiene como propósito fundamental obtener información acerca de algunos datos suyos, que pueden estar presentes en su vida y que contribuirá a mejorar el tratamiento de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus que usted padece. Responda con sinceridad a cada una de las preguntas que le hare a continuación. De ser necesario se le repetirá la pregunta.

### **II. FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

#### **A. Factores socioeconómicos**

1. Edad:.....

2. Sexo:

- Masculino ( )

- Femenino ( )

3. **Grado de instrucción:**

- Sin instrucción ( )

- Primaria ( )

- Secundaria ( )

- Superior ( )

4. **Estado civil:**

- Casado ( )

- Conviviente ( )

- Viudo ( )

- Separado ( )

**a) Conocimientos sobre la enfermedad**

Marque con un aspa (x) según sea su caso:

5. ¿La diabetes mellitus es una enfermedad que permanece toda la vida?  
Si ( ) No ( ) No sabe ( )
6. ¿Se puede controlar la diabetes mellitus tipo 2 con dieta alimentaria?  
Si ( ) No ( ) No sabe ( )
7. ¿La diabetes es contagiosa?  
Si ( ) No ( ) No sabe ( )
8. ¿La diabetes es hereditaria?  
Si ( ) No ( ) No sabe ( )
9. ¿La diabetes se produce por falta de insulina?  
Si ( ) No ( ) No sabe ( )
10. ¿La diabetes mellitus afecta a todas las edades?  
Si ( ) No ( ) No sabe ( )
11. ¿Cuál es el valor del nivel de azúcar para una persona sin diabetes mellitus antes de comer?  
a. Menos de 65 mg/dL ( ) b. 70 a 110 mg/dL ( ) c. Más de 110 mg/dL ( )
12. ¿Cuál es el valor del nivel de azúcar para una persona con diabetes mellitus antes de comer?  
b. Menos de 65 mg/dL ( ) b. 80 a 130mg/dL ( ) c. Más de 130 mg/dL ( )
13. ¿La enfermedad renal y la ceguera son complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2?  
Si ( ) No ( ) No sabe ( )
14. ¿Se puede controlar con actividad física regularmente?  
Si ( ) No ( ) No sabe ( )

**b) Financiamiento de salud**

15. ¿El SIS cubre los costes de su enfermedad (medicamentos, análisis de laboratorio)?

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

16. ¿Existe disponibilidad de medicamentos en farmacia del hospital?

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

17. ¿Tiene problemas económicos para la adquisición del tratamiento no disponible

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

18. ¿Recibe apoyo económico de su familia para cubrir gastos derivados de su enfermedad?

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

**c) tratamiento farmacológico y no farmacológico**

19. Hace que tiempo que padece de diabetes mellitus tipo 2:

a. Menos de 1 año ( )      b. De 1 a 5 años ( )      c. Más de 5 años ( )

20. ¿Qué medicamento toma para la diabetes?

a. Metformina ( )

b. Glibenclamida ( )

c. Metformina + Glibenclamida ( )

d. Insulina ( )

e. Otros : indique.....

21. ¿Cuántas veces ha estado hospitalizada a causa de la diabetes?

a. 1 a 2 veces ( )      b. 3 a 4 veces ( )

c. Más de 5 veces ( )      d. Nunca ( )

22. ¿controla su peso con regularidad?

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

¿Acude a sus controles médicos regularmente?

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

23. ¿Realiza actividad física por lo menos 3 veces por semana?

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

24. ¿Realiza el autocontrol de los niveles de azúcar en sangre?

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

25. ¿Cumple con sus requerimientos dietéticos?

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

**B. factores culturales**

26. ¿Usted se automédica?

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

27. ¿Usted utiliza plantas medicinales para la diabetes mellitus?

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

28. Se mantiene informado sobre su enfermedad

Siempre ( )      A veces ( )      Nunca ( )

**III. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS**

29. ¿Toma los medicamentos a la hora indicada?

Si ( )      No ( )

30. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

Si ( )      No ( )

31. ¿Deja de tomar sus medicamentos Cuando se siente bien?

Si ( )      No ( )

32. ¿Cuándo le cae mal los medicamentos ¿deja usted de tomarlos?

Si ( )      No ( )

**Muchas gracias por su colaboración**


### Anexo 3

## CONFIABILIDAD MEDIANTE LA PRUEBA ALFA DE CRONBACH

<b>Estadísticas de fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	Nº de elementos
0,803	32

# Anexo 4

## SOLICITO AUTORIZACIÓN

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**SECCION JAEN**  
*"Parte de la Universidad Peruana"*  
Fundada por Ley N° 11113 del 15 de febrero de 1955.  
Bolívar N. 1368. Plaza de Armas - 1401 13190  
JAEN - PERU  
*"Año del Duodécimo y la Reconstrucción Nacional"*

Jaén, 06 de diciembre de 2018

OFICIO N° 0505 - 2018-SJE-UNC

Señor  
**DR. CÉSAR ANTONIO SAAVEDRA FACUNDO**  
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN

CIUDAD

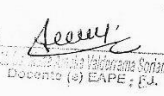

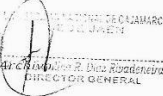

ASUNTO: **SOLICITO APOYO PARA APLICACIÓN DE ENCUESTA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Es grato dirigirme al Despacho de su digno cargo para hacerle llegar mi cordial saludo, al mismo tiempo hacer de su conocimiento que la ex alumna **YERLY CORREA CRUZ**, está realizando el trabajo de investigación: "Adherencia al tratamiento de la diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes atendidos en el Hospital General de Jaén, 2018", en el nosocomio bajo su dirección, con fines de optar el título de Licenciada en Enfermería.

En este sentido, solicito su valioso apoyo brindando las facilidades para que la estudiante pueda presentarse ante su representada para realizar la aplicación de una Encuesta, dirigido a los usuarios del área del adulto mayor, a partir de la fecha y/o durante el período que dure el recojo de información del trabajo de investigación.

Agradeciéndole anticipadamente por la atención que brinde al pres-ente, hago propicia la oportunidad para testimoniarle las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,

  
MELUS/rrm. **Aracely Rodríguez Díaz Rosadeneira** DIRECTOR GENERAL  
Docente (a) EAAPE; E.J.

# Anexo 5

## AUTORIZACIÓN



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
DIRECCION SUB REGIONAL DE SALUD- JAÉN  
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN



"Año de Lucha Contra la Corrupción e Impunidad"

EXP.N° 04412272

Jaén, 31 de enero del 2019

OFICIO N° 039 -2019-GR.CAJ-DRS.HG/JD

Señora:

M.Cs. María Amelia Valderama Soriano

Docente (e) EAPE de la Universidad Nacional de Cajamarca- Filial Jaén

Ciudad.-

Asunto: Autorización para aplicar encuestas relacionadas con trabajo de investigación

Ref. : Oficio N° 0516-2018-SJE-UNC

Es grato dirigirme a Usted, para saludarla cordialmente y; a la vez en atención al documento descrito en el rubro referencia del presente, comunicarle que en coordinación con el Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación se le está autorizando a su alumna **Yerly CORREA CRUZ**- estudiante de la Escuela Académico Profesional de Enfermería para que aplique en este establecimiento de salud la encuesta relacionado con su trabajo de investigación para la sustentación de su tesis titulada "**Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en Pacientes Atendidos en el Hospital General de Jaén-2018**", por lo que se le brindará todas las facilidades.

La presente autorización tiene vigencia de treinta (30) días contados a partir de la fecha.

Aprovecho la oportunidad para expresarle mis consideraciones más distinguidas.

Atentamente,



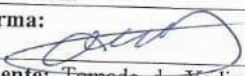
Cc:  
Jefe UADEI  
Archivo  
DMCADRES

## Anexo 6

### CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

#### CONSTANCIA DE VALIDADCIÓN

Luego de haber evaluado el instrumento, formula la siguiente apreciación:

VALIDEZ		
APLICABLE	<input checked="" type="checkbox"/>	NO APLICABLE
APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES		
Validado por (Nombre y Apellidos) <i>EMILIANO VERA LARA</i>	DNI: <i>2774 0444</i>	Fecha: <i>06-12-2018</i>
Profesión:	Institución:	
Firma: 	Teléfono: <i>959886078</i>	E-mail: <i>emilios16@gmail.com</i>
Fuente: Tomado de Yadira Corral en validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos		

  
FIRMA



## Anexo 7

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo... Eliza Sulca Rosillo ..... con DNI N° 27663786 .....

Acepto participar en la investigación acerca de “Adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes atendidos en el Hospital General de Jaén” realizado por la ex alumna de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca Filial- Jaén: Yerly Correa Cruz

La investigadora me ha explicado con claridad los objetivos de la investigación y que no se mencionaran los nombres de los participantes, teniendo la libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que esto me genere algún perjuicio. Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado.

Finalmente declaro participar en dicho estudio.

Fecha: 07/02/19 .....



Firma de la investigadora



Firma o huella de la participante

**Anexo 8**  
**LIBRO DE CÓDIGOS**  
**CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS**  
**TIPO 2**

**CONOCIMIENTOS SOBRE LA ENFERMEDAD DE DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Nº	ITEM	Respuesta	Puntaje
1.	¿La diabetes mellitus es una enfermedad que permanece toda la vida?	1	2
2.	Se puede controlar la diabetes mellitus tipo 2 con dieta alimentaria?	1	2
3.	¿La diabetes es contagiosa?	2	2
4	¿La diabetes es hereditaria?	2	2
5.	¿La diabetes se produce por falta de insulina?	1	2
6.	¿La diabetes mellitus solo afecta a las personas adultas?	2	2
7.	¿Cuál es el valor del nivel de azúcar para una persona sin diabetes mellitus antes de comer?	2	2
8.	¿Cuál es el valor del nivel de azúcar para una persona con diabetes mellitus antes de comer?	2	2
9.	¿La enfermedad renal y la ceguera son complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2?	1	2
10.	¿Es recomendable realizar 30 minutos de actividad física diaria para controlar la diabetes tipo 2?	1	2
TOTAL			20

Respuesta correcta: 2 puntos

Respuesta incorrecta 0 puntos.

## Anexo 9

### DATOS ESTADÍSTICOS COMPLEMENTARIOS

#### CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

**H1:** Existe adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Si hay adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (53,8%).

**H2:** Los factores relacionados a la adherencia de la diabetes mellitus son: sexo, grado de instrucción, conocimientos, y las conductas en salud.

#### Prueba de hipótesis

Factores relacionados a la adherencia al tratamiento farmacológico de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes atendidos en el Hospital General de Jaén.

Adherencia	Prueba estadística	Valor	gl	p-valor
Conocimientos	Chi cuadrado	0,511	1	0,000
Adherencia no farmacológica	Chi cuadrado	0,358	1	0,029
Financiamiento	Chi cuadrado	0,207	1	0,649*
Conducta de salud	Chi cuadrado	0,347	1	0,021

\*  $p > 0,05$

## Anexo 10

### REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

#### Formulario de Autorización

1. Datos de la autora:

Nombre y apellidos: Yerly Correa Cruz

DNI: 77241477

Correo Electrónico: ycorreac12@unc.edu.pe

Teléfono: 939890583

2. Grado, título o especialidad:

Bachiller

Doctor

Título

Magister

3. Tipo de investigación!:

Tesis

Adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes atendidos en el Hospital General de Jaén, 2018

Asesora: Albila Beatriz Domínguez Palacios.

DNI: 27705594

Año: 2021

Escuela Académica/Unidad: Escuela Académico Profesional de Enfermería - Filial Jaén

Tipo de Investigación

Tesis: Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

4. Licencias:

a) Licencia Estándar:

Bajo los siguientes términos autorizo el depósito de mi trabajo de investigación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Con la autorización de depósito de mi trabajo de investigación, otorgo a la Universidad Nacional de Cajamarca una Licencia no exclusiva para reproducir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi trabajo de investigación, en forma físico o digital en cualquier medio, conocido por conocer, a través de los diversos servicios provistos de la universidad, creadas o por crearse, tales como el Repositorio Digital de la UNC, colección de tesis, entre otros, en el Perú y en el extranjero, por el tiempo y veces que considere necesarias, libre de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Nacional de Cajamarca podrá reproducir mi trabajo de investigación en cualquier tipo de soporte en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósito de seguridad y respaldo y preservación.

Declaro que el trabajo de investigación es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad comparativa, y me encuentro facultando a conceder la presente licencia y, así mismo, garantizó que dicho trabajo de investigación no infringe derechos de autor de terceras personas. La Universidad Nacional de Cajamarca consignará en nombre de autor del trabajo de investigación, y no lo hará ninguna modificación más que la permitida en la presente licencia.

Autorizo el depósito

Si, autorizo que se deposite inmediatamente.

Si, autorizo, que se deposite a partir de la fecha.

No autorizo.

b) Licencias Creative Commons<sup>2</sup>

\_\_\_\_\_ Si autorizo el uso comercial y las obras derivadas de mi trabajo de investigación

\_\_\_\_\_ No autorizo el uso comercial y tampoco las obras derivadas de mi trabajo de investigación.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Autor', written over a horizontal line.

**Firma**

23/ 04/ 2021

**Fecha**

---

<sup>2</sup>Licencias Creative Commons: Las licencias Creative Commons sobre su trabajo de investigación, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, siempre y cuando reconozcan la autoría correspondiente. Todas las Licencias Creative Commons son de ámbito mundial. Emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales. En consecuencia, goza de una eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.

**Anexo 2**

Universidad Nacional de Cajamarca  
Facultad de Ciencias de la Salud

**Acta de sustentación de tesis virtual, basado en el Reglamento de sustentación de tesis virtuales Resolución 944-2020 artículo 8**

Siendo las 11.15 am del día 23 de marzo del año 2021, se procedió a iniciar la sustentación virtual de la tesis titulada: **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN, 2018**, presentada por el(la) Bachiller en: Enfermería: **YERLY CORREA CRÚZ**

El Jurado Evaluador está integrado por:

Presidente: M.Cs. Insolina Raquel Diaz Rivadeneira

Secretario: Dr. Emiliano Vera Lara

Vocal: Lic. Marleny Emperatriz Miranda Castro

Asesor: Dra. Albila Beatriz Domínguez Palacios


Terminado el tiempo de sustentación estipulado en el Reglamento.

El (la) tesista ha obtenido el siguiente calificativo: DIECISÉIS (16).


Siendo las 1pm, del día 23 de marzo del 2021, se dio por concluido el proceso de Sustentación Virtual de Tesis.

  
.....  
Presidente  
M.Cs. Insolina Raquel Diaz Rivadeneira

  
.....  
Secretario  
Dr. Emiliano Vera Lara

  
.....  
Vocal  
Lic. Marleny E. Miranda Castro

  
.....  
Asesor  
Dra. Albila B. Domínguez Palacios

  
.....  
Tesista  
Apellidos y nombres:  
**Yerly Correa Cruz**

**“Año del bicentenario del Perú: 200 años de independencia”**

**CONSTANCIA**

El que suscribe bibliotecario y encargado del repositorio de la Biblioteca Especializada de Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca:

**HACE CONSTAR**

Que la tesis de la Bachiller en Enfermería. Correa Cruz, Yerly Con título:

Adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes atendidos en el Hospital General de Jaén, 2018

<http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/4139>

Se expide la presente a solicitud de la interesada para los fines que estime conveniente

Cajamarca, 10 de Mayo del 2021