



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA
EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes diabéticos de
un hospital de EsSalud - Amazonas

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Bustamante Ramos, Carmela (orcid.org/0000-0001-5962-3251)

ASESORA:

Dra: Gálvez Díaz, Norma del Carmen (orcid.org/0000-0002-6975-0972)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

CHICLAYO – PERÚ

2022

DEDICATORIA

A Dios:

Misericordioso por su
inmenso amor y bondades.
Gracias por haber permitido
lograr una más de mis metas
propuestas.

A mi querido hijo Axl Martin:

Por ser mi gran compañía y
motivo de mi constante
superación, su ternura me llena
de amor.

AGRADECIMIENTO

Gracias, señor por la vida que tengo, por la oportunidad de crecer profesionalmente, en especial a mi familia quien siempre me brindó su apoyo y cariño, a mis amigos y personas que me apoyaron de una u otra manera en la elaboración de esta tesis.

Agradezco de manera infinita a los pacientes, que me apoyaron incondicionalmente en el desarrollo de esta investigación; sin su ayuda no hubiera sido necesario lograr mis objetivos.

Mi agradecimiento sincero al Director de un Hospital de EsSalud Amazonas, por darme la oportunidad de desarrollar este estudio, que permitirá establecer nuevas estrategias en beneficio de los pacientes.

A los docentes y asesora de tesis, mi eterno agradecimiento, por su gran ayuda y motivación a continuar adelante.

Índice contenido

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice contenido.....	iv
Índice de tablas.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	4
III. METODOLOGÍA.....	13
3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	13
3.2. Variables y Operacionalización:.....	13
3.3. Población, muestra y muestreo.....	15
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	16
3.5. Procedimientos.....	18
3.6. Métodos de análisis de datos.....	19
3.7. Aspectos éticos.....	19
IV. RESULTADOS.....	21
V. DISCUSIÓN.....	28
VI. CONCLUSIONES.....	34
VII. RECOMENDACIONES.....	35
ANEXOS.....	42

Índice de tablas

Tabla 1

Cálculo de tamaño muestral.....16

Tabla 2

Características sociodemográficas de los pacientes con Diabetes Mellitus
atendidos en un Hospital de EsSalud – Amazonas21

Tabla 3

Relación entre adherencia al tratamiento y características sociodemográficas en
los pacientes con DM2 atendidos en un Hospital de EsSalud – Amazonas.22

Tabla 4

Relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con
diabetes mellitus atendidos en un Hospital de EsSalud – Amazonas.....23

Tabla 5

Relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida según la dimensión de
satisfacción en los pacientes con diabetes mellitus atendidos en un Hospital de
EsSalud – Amazonas.....24

Tabla 6

Relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida según la dimensión de
impacto en los pacientes con DM2 atendidos en un Hospital de EsSalud –
Amazonas.....25

Tabla 7

Relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida según la dimensión de
preocupación social/vocacional en los pacientes con diabetes mellitus atendidos
en un Hospital de EsSalud – Amazonas26

Tabla 8

Relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida según la dimensión de
preocupación relacionada con la enfermedad en los pacientes con diabetes
mellitus atendidos en un Hospital de EsSalud – Amazonas 27

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar la adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida en pacientes diabéticos de un Hospital de EsSalud - Amazonas. Se realizó un estudio de tipo básico, cuantitativo, no experimental y relacional. Participaron 143 pacientes con diabetes mellitus. Se evaluó la adherencia al tratamiento mediante cuestionario de Morisky Green y calidad de vida mediante el cuestionario EsDQOL. Se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado para el análisis inferencial. La edad media fue 51.34 ± 10.84 años, 53.1% de sexo femenino, 39.2% convivientes, 49.0% estudios de nivel superior, 84.6% de procedencia urbana, 67.8% con tiempo de enfermedad entre 5 – 10 años, 65.0% sin adherencia al tratamiento y 88.1% con calidad de vida media. El análisis inferencial entre las variables muestra un p valor < 0.05 ($p=0.016$), por lo existe asociación significativa entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en los pacientes con diabetes mellitus. Solo la dimensión impacto de la calidad de vida mostró asociación significativa $p=0.011$. Se concluye que la adherencia al tratamiento se relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, calidad de vida, diabetes.

ABSTRACT

The objective of the research was to determine adherence to treatment and its relationship with quality of life in diabetic patients at an EsSalud Hospital - Amazonas. A basic, quantitative, non-experimental and relational study was carried out. 143 patients with diabetes mellitus participated. Adherence to treatment was evaluated using the Morisky Green questionnaire and quality of life using the EsDQOL questionnaire. The Chi square statistical test was drawn for the inferential analysis. The mean age was 51.34 ± 10.84 years, 53.1% female, 39.2% cohabiting, 49.0% higher education, 84.6% urban, 67.8% with disease time between 5 - 10 years, 65.0% without adherence to treatment and 88.1% with average quality of life. The inferential analysis between the variables shows a value of $p < 0.05$ ($p=0.016$), so there is a significant association between adherence to treatment and quality of life in patients with diabetes mellitus. Only the impact dimension of quality of life showed a significant association $p=0.011$. It is concluded that adherence to treatment is related to the quality of life of patients with diabetes mellitus.

Keywords: medication adherence, quality of life, diabetes.

I. INTRODUCCIÓN

Una de las enfermedades crónicas más relevantes de los últimos años, es la Diabetes Mellitus tipo 2, caracterizada por las elevadas concentraciones de azúcar en el torrente sanguíneo como resultado de la mala degradación de los alimentos, asociado a ello los factores genéticos y estilos de vida inadecuados (Arneth, 2019). La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que cerca de medio millón de personas sufren esta enfermedad y se estima que esta cifra aumente a 642 millones al 2040. Kehlenbrink (2018) afirma que más del cincuenta por ciento de las personas afectados residen en las naciones de bajos recursos con mayor riesgo de presentar las tasas más elevadas en los próximos años.

En el Perú, según la OMS existe cerca del 7% de personas mayores de edad con glucosa elevada que reciben algún tipo de tratamiento. Según PERUBIAB existiría una prevalencia del 7%, la Dirección General de Epidemiología considera la sexta causa de morbilidad y la más predominante en mayores de 45 años, según datos de Encuesta Nacional de Demografía (ENDES, 2018), el 3,6% de la población mayor de 15 años reportó que en algún momento de su vida fue diagnosticada de diabetes mellitus. Esta cifra se elevó en 0,3 por ciento en relación con el año 2017, siendo mayor en mujeres (3,9%) que en varones (3,3%). Por regiones, el mayor número se encuentran en la costa (8,4%), y en menor porcentaje en la región de la selva (3,3%) y sierra (2,1%) (Minsa, 2015).

La enfermedad crónica altera el bienestar de las personas por su larga duración y complicaciones que muchas veces genera daños irreversibles, el compromiso que asume el paciente en su cuidado es importante. (Chaverri, 2015).

Evaluar la adherencia al tratamiento (AT) del paciente diabético y su condición de salud permite conocer la enfermedad, su manejo, sus características sociodemográficas y la participación del paciente en su cuidado. Es un proceso difícil que comprende adoptar nuevos comportamientos, cambios

de conductas, aceptar su enfermedad cumplir con el tratamiento, dieta y cambios en su manera de vivir.

Los pacientes con enfermedades crónicas son atendidos de manera integral en los programas de adulto y adulto mayor en los hospitales de EsSalud, en los últimos años en un Hospital de EsSalud- Amazonas se ha evidenciado una alta incidencia de diabetes inclusive en personas jóvenes y sus complicaciones son motivo de ingresos a emergencia, programa de salud renal y a la unidad de diálisis peritoneal, no existen trabajos de investigación relacionados a adhesión terapéutica. Por ello, es necesario promover mejoras en el bienestar del ser humano, logrando un equilibrio en todas sus dimensiones a través del cumplimiento de los planes pactados con el paciente y profesional de tal manera que no se altere su calidad de vida.

Con el deseo de conocer más de cerca el problema y ser protagonista del cambio nos planteamos la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes diabéticos de un Hospital de EsSalud - Amazonas durante el año 2022? Esta investigación tiene una justificación teórica porque permitió comparar y analizar los datos existentes del tema en estudio y a la vez sirve como referente y antecedente teórico para próximas investigaciones. Tiene justificación práctica porque los datos obtenidos permitieron identificar las dimensiones con menor calidad de vida, grado de participación del paciente en su cuidado y poder ofrecer programas de salud enfocados en mejorar el cumplimiento de las prescripciones médicas. Tiene justificación metodológica porque se aplicó un cuestionario previamente estructurado y validado para una población específica de pacientes diabéticos con tiempo de enfermedad mayor a cinco años que son atendidos en un Hospital de EsSalud – Amazonas. Justificación social, se planteó mejoras en los modelos de atención al usuario en los servicios que ofrece el establecimiento médico, basado en la percepción del paciente en el área asistencial y administrativa.

En consecuencia, el objetivo principal fue: Determinar la relación entre adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes diabéticos de un

Hospital de EsSalud - Amazonas. Los objetivos específicos planteados fueron: caracterizar socio demográficamente a los pacientes diabéticos atendidos en un Hospital de EsSalud – Amazonas. Identificar el nivel de calidad de vida en pacientes diabéticos según adherencia al tratamiento en la dimensión satisfacción, impacto, preocupación social y preocupación relacionada con la enfermedad. Determinar la frecuencia de adherencia al tratamiento del paciente diabético de acuerdo con los factores sociodemográficos y el tiempo de enfermedad.

En tal sentido se plantea como hipótesis alterna: La adherencia al tratamiento se relaciona con la calidad de vida en pacientes diabéticos de un Hospital de EsSalud - Amazonas; y como hipótesis nula: La adherencia al tratamiento no se relaciona con la calidad de vida en pacientes diabéticos de un Hospital de EsSalud - Amazonas.

II. MARCO TEÓRICO

Se consideró resultados de investigaciones de diferentes autores, que sirvieron de base para orientar la investigación y analizar las variables en estudio.

A nivel internacional Dahiya et al. (2021) plantearon evaluar la AT antidiabético y la calidad de vida (CdV) a través de una investigación descriptiva, hizo uso de la escala de calificación de adhesión al tratamiento y la escala QoL-BREF en 277 participantes de 50,80 años. El 56% presentaron un valor mínimo de adherencia y el 44% buen nivel de adherencia. Al asociar los factores sociodemográficos demostró que las personas con una mejor respuesta al tratamiento tenían una apreciación media sobre CdV y apreciación alta sobre la salud, en relación a los no adherentes. Sostiene que hay relación de tipo significativo entre AT y CdV en estos individuos.

De igual manera Majeed & Cols (2021) investigaron los factores que contribuyen en la adhesión medicamentosa y su impacto sobre la salud de las personas con diabetes, a través de un estudio transversal, participaron personas de ambos sexos, obteniendo como resultado una baja adherencia en personas analfabetas mayores de 40 años, y una relación de tipo significativo entre ambas variables demostrando que el nivel de instrucción influye en la adhesión terapéutica afectando su forma de vida.

Mishra et al. (2021) evaluaron la adhesión a la terapéutica antidiabética y la CdV. utilizando la escala de valoración de adherencia a la medicación y la escala QoL-BREF. Participaron 277 pacientes con DM2 cuya edad media fue 50,8 (\pm 10,6) años, 155 (56%) tenían mala adherencia y 122 (44%) buena adherencia a los medicamentos antidiabéticos. Los pacientes que eran adherentes a los medicamentos tenían una percepción general media significativamente mayor de la CdV y la percepción general de la salud, con puntuaciones beta de 0,36 y 0,34, respectivamente (ambas $P = 0,000$) en

comparación con pacientes no adherentes. Concluye que hay correlación entre adhesión a la medicación y la CdV en personas con DM2.

Ishaq et al. (2021) buscaron evaluar la correlación entre la AT y la CdV en pacientes con DM2 de Pakistán. Participaron 300 pacientes que tuvieron una puntuación media de conocimientos relacionados con la DM2 de $5,83 \pm 1,92$, lo que indica la falta de conocimiento de los participantes sobre la enfermedad. Se informó una adherencia moderada, con una puntuación media de $4,94 \pm 2,72$. El coeficiente de Spearman indicó correlaciones moderadas y significativas entre ambas características ($p < 0,05$; $r = 0,053-0,231$). Concluye que una adherencia moderada a la medicación mejora la CdV deficiente entre los pacientes con DM2.

Por otro lado, Alvarez (2020), en un abordaje cuyo objetivo ha sido conocer costos, CdV y adhesión terapéutica en pacientes diabéticos y evaluar su asociación entre ellas, en una muestra de 178 participantes a quienes se aplicó tres encuestas. Los datos obtenidos fueron sociodemográficos, controles de glicemia, control metabólico, morbilidades asociadas y complicaciones. Los resultados señalan que existe asociación significativa adherencia a la medicación, calidad de vida y glicemia controlada.

News pages puigdemont (2017), en un abordaje cualitativo y cuantitativo cuyo objetivo fue evaluar la adhesión a la medicación de las personas con enfermedad crónica, a través de entrevistas semiestructuradas. Cualitativamente, se analizaron las creencias, experiencias, comportamientos, la interacción del paciente y profesional, vivencias que intervienen en acatamiento de los planes terapéuticos. Las personas con comorbilidades perciben que una de ellas afecta su calidad de vida. En lo cuantitativo, se trabajó con 577 obteniendo como resultado que cerca 60% se adhieren al tratamiento, existe mayor aceptación, motivación, confianza y una buena percepción de la atención sanitaria. La no adherencia guarda relación con sus creencias, temor a la dependencia farmacológica, y presentan mayores problemas con el uso de los medicamentos con cambio de horarios de acuerdo a su necesidad.

Zioga et al. (2016) evaluaron la AT en pacientes diabéticos y la asociación entre adherencia y CdV mediante un estudio descriptivo no experimental, aplicado a 108 pacientes usando la escala de autocuidado SF-36. Los resultados demostraron que existe una buena adhesión a los alimentos y exámenes, los grados de adherencia guardan relación con todas las dimensiones, no lograron niveles altos de calidad de vida, el estado civil alteró la salud mental del paciente, y concluye: que es importante realizar un plan de intervención con la participación del paciente para mejorar la AT y su bienestar.

Así mismo Chew (2015), evaluó la relación entre la AT y la CdV de las personas diabéticas. A través de la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky y la escala de medición de calidad de vida. Al asociar ambas escalas mediante la regresión lineal múltiple obtiene como resultado que 93,1% participó de manera activa en el estudio y fueron mujeres (52,8%), malayos (52,9%) y casados (79,1%). La escala de adherencia se correlacionó significativamente con todos los dominios de CVRS: general, física, psicológica, de relaciones sociales y ambiental. Al analizar las características sociodemográficas y complicaciones obtuvo como resultado que la AT es relevante para la CdV, concluyendo que existe correlación entre las dos características.

En Latinoamérica Arriola (2016), evaluó la asociación entre CdV familiar y la adhesión a la medicación en pacientes diabéticos, a través de un estudio analítico transversal en 148 pacientes. Mediante los cuestionarios, Beach Center y Morisky-Green. Uso el estadístico chi cuadrado, obteniendo: Que no existe relación, a mayor CFV y mayor adherencia terapéutica en el componente "satisfacción a diferencia del componente "importancia" con el que guarda una relación relevante llegando a las siguientes conclusiones: Que el bienestar Familiar del paciente diabético no influye en la adhesión medicamentosa. La prevalencia de adherencia terapéutica fue de 17,93%. Cuando se evalúa satisfacción, las variables sociodemográficas que guardan relación son: el vínculo familiar, la labor que desempeña y el nivel de estudios, no está influenciada por las variables sexo, ingreso económico y jornada laboral.

A nivel nacional Vilcamango & Gil (2021), evaluaron la interacción entre adhesión terapéutica y tiempo de patología, edad, sexo, complicaciones, a través de una investigación descriptiva a 119 pacientes con DM2 con lesión microangiopática y neuropática, evaluados mediante el cuestionario de Morisky - Green llegando a obtener los siguientes resultados: el conjunto más grande fueron mujeres (61.3%) con más 60 años de edad ,con neuropatía (43.7%) y el tratamiento de elección eran hipoglucemiantes orales y solo el (26.9%) se había adherido al tratamiento. En un análisis de regresión simple los varones tienen mayor adherencia y un grado de instrucción superior, concluyendo que las féminas son las que menos se adhieren al procedimiento referente a factores psicológico, depresión, al desconocimiento de la enfermedad, tratamiento, e interacción médico paciente.

Asimismo, Rodríguez (2019), evaluó la asociación entre la AT y calidad de vida del paciente diabético, usó un diseño correlacional con un muestreo probabilístico en una muestra de 50 personas entre los 40 y 70 años. Los datos se obtuvieron mediante los test de adhesión y calidad de vida, concluyendo que existe asociación relevante entre ambas variables, la aceptación al tratamiento es bajo lo que da lugar a una calidad de vida no saludable. De igual manera al evaluar satisfacción con efecto e inquietud no existe relación con calidad de vida; la adhesión terapéutica: Cumplimiento de medicación y la regulación de sus actividades diarias se relacionan con la dimensión de calidad de vida.

Maqui (2019), realizó un análisis descriptivo correlacional de carácter transversal sobre adherencia al tratamiento del paciente diabético y factores socioeconómicos, culturales a una muestra de 100 participantes. Usó como instrumento APGAR familiar y la escala de Morisky Green, concluyendo que existe interacción significativa entre las características de la familia y la cohesión a los procedimientos del paciente diabético, que existe relación con los adultos mayores con la disfuncionalidad leve y la no tolerancia al tratamiento. Al evaluar la adherencia al tratamiento con la funcionalidad familiar según factores económicos, obtiene que, en una situación económica familiar de regular a mala, la disfuncionalidad familiar es severa y un 50% no adheridos al

tratamiento. En relación con los factores sociales, obtuvo que existe correlación significativa entre el nivel educativo, disfunción familiar severa con la no adhesión.

De igual manera Carbajal & López (2018), evaluaron la correlación entre adhesión terapéutica de los pacientes diabéticos y calidad de vida, mediante un estudio cuantitativo con metodología descriptiva correlacional en una muestra de 25 pacientes. Los resultados obtenidos indican un nivel de adhesión media y una regular CdV. Concluye que existe una regular AT siendo menor en los esquemas no farmacológicos determinado por el nivel educativo.

En cuanto a las teorías relacionadas con la presente investigación tenemos diferentes autores que definen las variables en estudio. La Diabetes Mellitus patología más creciente del siglo XXI, afecta negativamente el bienestar del individuo y de la población a nivel mundial. Se caracteriza por los valores altos de azúcar en el torrente sanguíneo como resultado de la deficiente producción de la hormona insulina, capaz de degradar la glucosa, asociada al modo de vivir y antecedentes familiares (Marie, 2018).

Calidad de vida. Una de las variables en estudio, según la OMS, viene a ser la valoración de la vida personal, en diferentes esferas y situaciones, considerando aspectos culturales, creencias, costumbres y valores, de acuerdo con sus objetivos, metas, planes e inquietudes. Así mismo define CdV relacionada con la salud, a la capacidad de afrontamiento de carácter físico, psicosocial y espiritual según la percepción subjetiva (Panzini, 2017).

Para entender mejor los conceptos de CdV lo agrupamos en categorías: a) CdV = Condiciones de vida, resultado de la forma vida en lo biológico, psicológico, social y ambiental lo que permite comparar con otras personas según la observación, b) CdV = Satisfacción con la vida sinónimo de bienestar total , c) CdV = naturaleza de vida + Satisfacción con la vida, medibles objetivamente a través de los indicadores biológicos, psicológicos y sociales, que junto a datos subjetivos reflejan el bienestar general, d) CdV = modo de vida

+ satisfacción con la vida y valores, bienestar general, de acuerdo a los valores personales algún cambio altera los procesos, e) CdV = condiciones de vida + satisfacción con la vida y evaluación, el completo bienestar está asociado a los procesos cognitivos y relacionado a las situaciones objetivas.(Urzúa, 2012).

Durante los años 1990-99 la OMS junto con un grupo de investigadores, buscó tener un concepto claro de calidad de vida y contar con una guía para su evaluación. El primero fue el WHOQOL-1006, más tarde WHOQOL-BREF para evaluar las condiciones de salud de la población adulta sana y enferma, es un instrumento fiable y valido, consta de 100 preguntas comprende 6 dominios: Físico, psicológico, social, ambiental, espiritualidad y grado de dependencia.

Aplicado inicialmente en España y Panamá, posteriormente fue validado por diferentes países latinoamericanos, y se desarrolló una nueva versión más abreviada de 26 ítems de estos 24, que considera cuatro dimensiones: Física, es la conocimiento de la condición físico o de la salud, ausencia de enfermedad, psicológica, es el conocimiento del estado cognitivo y afectivo, creencias personales, aptitudes y valores, social, es la percepción de las relaciones personales y sociales en la vida, medio ambiente exterior. Existen diversos cuestionarios que evalúan aspectos relacionados a la calidad de vida como la escala (EsDQOL), diseñada para valora las condiciones de vida del paciente diabético. Este test está compuesto por 46 interrogantes y evalúa 4 dimensiones: satisfacción (15 interrogantes), impacto (20 interrogantes), preocupación social/vocacional (7 interrogantes), preocupación relativa a la DM2 (4 interrogantes) (Maradiaga, 2016).

Asimismo Blanco & Chacón (2017) afirman que existen algunos indicadores que van de acuerdo a los intereses y necesidades del ser humano como: El trabajo (empleo, desempleo grupo ocupacional, horarios y remuneraciones), educación (nivel educativo, calificación, eficiencia, relación entre otros sectores), salud (bienestar y las condiciones de vida), vivienda (lugar, espacio, equipamiento, seguridad, percepción subjetiva grado de satisfacción), medio ambiente (aire, agua), psicosocial (familia, amigos, el ocio y el tiempo libre).

El ser humano posee una dimensión subjetiva y una interpretación objetiva sobre su salud, por lo que hablar de bienestar resulta complejo, puede verse afectada por cualquier situación o enfermedad, la patología crónica altera el bienestar del paciente, siendo relevante conocer la enfermedad, pronóstico, causas que influyen negativamente y establecer pautas que ayuden a lograr la satisfacción plena (Robles, 2016).

Tradicionalmente, en las ciencias médicas, se valoraban datos objetivos relacionados al paciente, posteriormente se dio mayor importancia a los datos subjetivos. Actualmente se valoran los datos emitidos por el paciente que indican el sentir, apreciaciones, emociones, sensaciones propias, que influyen en su bienestar o malestar y en su forma de vida. De acuerdo al concepto se tomó como sustento la teoría de Shumaker & Naughton (1996), quien considera la CVRS, como la apreciación de situaciones actuales de salud, procedimientos médicos, difusión, fomento de la salud con el fin de sensibilizar a la persona, incrementar su capacidad de respuesta, para desarrollar sus actividades que considera importante y que altera su bienestar. La apreciación que tiene la persona acerca de su salud y bienestar general está ligada a sus principios, cultura e historia de vida (Schwartzmann, 2017)

La variable adherencia para Naval (2020), es el cumplimiento de indicaciones médicas, ayuda, compromisos terapéuticos (tratamiento y recomendaciones de dieta, ejercicio, citas, etc.), adhesión terapéutica, seguimiento, aceptación, cooperación. Valora al paciente como activo comprometido empoderado en su salud. Combina persistencia y cumplimiento e involucra cambios en el comportamiento y actitudes relacionado con la salud. Por lo tanto, se puede predecir que existe una mejor adherencia si el compromiso del paciente es mayor. Este compromiso se ve reflejado en las conductas de autocuidado que adquiere el paciente y continúa incrementándose a medida que el paciente se sensibiliza y acepta su enfermedad.

Para que se exista una buena adherencia es importante establecer pautas. Aceptación del plan terapéutico por parte del paciente y profesional por medio de estrategias que faciliten su logro, cumplimiento del tratamiento que significa acatar las prescripciones, la participación en sus cuidados a través de planes que faciliten el cumplimiento (Ramos & Rangel, 2017).

Así mismo la OMS, considera como la conducta del paciente, en relación al tratamiento, alimentación, modificaciones en el modo de vida, establecidas con el profesional de salud, en la adherencia terapéutica intervienen 5 factores: socioeconómico, en relación con la terapéutica, en relación con el paciente, en relación con la enfermedad y en relación con el equipo sanitario, del mismo modo, remarca que en los países en proceso de desarrollo, la mala adhesión terapéutica afecta a la mitad de los pacientes con enfermedades crónicas clasificándolo en adherencia primaria y secundaria.

La adherencia primaria se presenta cuando se prescribe un nuevo plan terapéutico y el paciente no muestra interés por ello. La adherencia secundaria ocurre cuando el paciente no cumple con el tratamiento ya sea en horarios, dosis, abandona o suspende el tratamiento, dando lugar a consecuencias clínicas, económicas y sociales importantes. Una buena adherencia trasciende en una mejor calidad y esperanza de vida, efectividad del tratamiento y en el control de las enfermedades. La consecuencia económica señala que una baja adherencia acarrea un elevado número de internamientos, seguimientos, ingresos a emergencias, exámenes auxiliares y nuevos tratamientos, pérdida de recursos aumento en los costos al estado. La consecuencia social disminuye la efectividad del tratamiento, retarda la recuperación, aparecen complicaciones y necesidad de tratamientos mucho más agresivos incrementando las reacciones adversas (Ibarra & Morillo, 2017).

Considerando al autocuidado como la base para sostener o incrementar la CdV, promoviendo una buena adhesión terapéutica, se cita la teoría del autocuidado de Dorothea Orem. El autocuidado es una función de naturaleza humana con capacidad reguladora que desarrolla cada persona de manera

voluntaria para preservar su salud, bienestar, su condición de vida; son actividades prácticas en beneficio propio en sus diferentes dimensiones. Los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado y actividad de autocuidado conforman la base que permite comprender los requerimiento y restricciones de acción de las personas (Naranjo, 2017).

Varias investigaciones han confirmado el vínculo que existe entre la actitud activa y la adherencia terapéutica según el comportamiento de la persona. Asimismo, afirma que la no adhesión ocurre por la interacción de causas derivadas de la persona, su entorno socioeconómico, cultural; otros derivados de la enfermedad, de la medicación, de los servicios sanitarios y del personal que atiende. La adherencia comprende acciones de autocuidado y su logro depende de la percepción, la aceptación de la enfermedad, de la motivación y la buena elección de los planes a seguir para lograr el bienestar (Rojas & Moscoso, 2020).

III. METODOLOGÍA

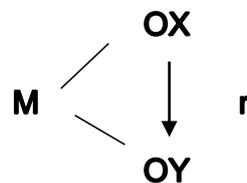
3.1. Tipo y diseño de la investigación

3.1.1. Tipo de investigación: Básica. Se sustenta sobre una base teórica, lo que permite ampliar el conocimiento, partiendo de la realidad concreta, con el objetivo de comparar las variables de estudio AT y su relación con la CdV del paciente con DM2 en un hospital de EsSalud - Amazonas por tratarse de un problema prevalente (Risco, 2017).

3.1.2. Diseño de investigación: No experimental ya que permitió conocer la realidad desde su contexto natural, cuyo objetivo fue no manipular las variables de estudio sino relacionarlas y evaluar sus resultados comparándolo con poblaciones distintas. (Hernández et al, 2018)

Alcance: correlacional

Diseño de investigación:



Dónde:

M = Muestra seleccionada 143 pacientes diabéticos registrados en el programa

X1 = Variable independiente (AT)

X2 = Variable dependiente (CdV)

R = relación

3.2. Variables y Operacionalización:

Se presentaron dos variables:

Variable independiente: Adherencia al tratamiento (AT)

Definición conceptual: La AT es la conducta del paciente, en relación con el tratamiento, alimentación, cambios en su modo de vida, establecidas juntamente con el profesional de salud. (Naval, 2020).

Definición operacional: Se valoró al paciente como activo comprometido empoderado en su salud, en la adherencia terapéutica intervienen 5

factores: socioeconómico, en relación con la terapéutica, en relación con el paciente, en relación con la enfermedad y en relación con el equipo sanitario que son evaluados a través de las preguntas de la escala Morisky.

Indicadores: Según lo registrado en el cuestionario.

Escala de medición: Nominal determinándose una buena adherencia cuando las respuestas a las preguntas son (no, si, no, no) y una mala adherencia si las respuestas son todas negativas (no, no, no, no).

Variable dependiente: Calidad de vida (CdV)

Definición conceptual: Para la OMS: viene a ser la valoración de la vida personal, en diferentes esferas y situaciones, considerando aspectos culturales, creencias, costumbres y valores, de acuerdo con sus objetivos, metas, planes e inquietudes.

Definición operacional: Estado emocional positivo o placentero, que proviene de la percepción subjetiva, de las experiencias en las distintas dimensiones: Satisfacción: Estado de bienestar físico, ausencia de enfermedad, comprende (15 preguntas). Impacto: percepción del estado cognitivo, afectivo, familiar (20 preguntas). Preocupación social/vocacional: Percepción de las relaciones personales y sociales en la vida incluye matrimonio relación de pareja, empleo, ocupación (7 preguntas). Preocupación por la enfermedad: Valorada a través de las aptitudes, creencias y valores (4 preguntas).

Indicadores: se consideró la suma de las respuestas en cada una de las dimensiones para satisfacción se tomó en cuenta las interrogantes, tiempo de control de diabetes, tratamiento actual, flexibilidad de la dieta, carga familiar, conocimiento sobre diabetes, calidad del sueño, vida sexual, uso del tiempo libre, en la dimensión impacto se valoró las respuestas dolor asociado a la enfermedad, vergüenza de administrar tratamiento en público, problemas para dormir, Interferencia en la vida familiar, interferencia para realizar ejercicios, en preocupación social/vocacional, sobre su relación sentimental, sobre su relación filial, trabajo deseado, conseguir un seguro, completar educación, perder el empleo, tener vacaciones y la dimensión preocupación relacionada con la enfermedad

perdida del conocimiento, percepción de la parte física, presencia de complicaciones relacionadas a la enfermedad, relaciones interpersonales.

Escala de medición: ordinal valorado en cada una de las dimensiones según los puntajes adquiridos: Para la dimensión satisfacción se consideró baja satisfacción: 55 –75 puntos, regular satisfacción: 35 - 54 puntos, alta satisfacción: 15 – 34 puntos; la dimensión impacto se consideró alto impacto: 63 – 85 puntos, regular impacto: 40 - 62 puntos, bajo impacto: 17 – 39 puntos; la dimensión preocupación social/vocacional consideró: alta preocupación: 27 – 35 puntos, regular preocupación: 17 - 26 puntos, baja preocupación: 7–16 puntos, y en la dimensión preocupación en relación con la enfermedad se consideró: alta preocupación:16– 20 puntos, regular preocupación: 11 - 15 puntos, baja preocupación: 5 –10 puntos.

3.3. Población, muestra y muestreo

3.3.1. Población: Conjunto de casos que poseen algunas características comunes y se encuentran en un espacio determinado (Chaudhuri, 2018). La población estuvo constituida 521 pacientes diabéticos que acuden de forma regular a sus controles en un Hospital de Essalud - Amazonas (Registro de atención diario, 2021).

Mediante un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia se logró completar el tamaño muestral requerido según los siguientes criterios de selección: Criterios de inclusión: Pacientes de ambos sexos con diagnóstico de diabetes, pacientes entre 18 y 65 años, paciente con tiempo de enfermedad mayor a 5 años, pacientes con capacidades mentales conservadas, pacientes que deseen participar voluntariamente del estudio. Criterios de exclusión: Pacientes con trastorno del sensorio que impida una adecuada entrevista, paciente con amputación de miembro, cuestionario con respuestas incompletas, pacientes que rehúsan participar en el estudio, pacientes postrados.

3.3.2. Muestra: Es un grupo representativo de la población donde se recolectaron los datos, para establecer el tamaño de la muestra con un 95 % de confiabilidad del total de la población 521 pacientes

diabéticos, se empleó un muestreo no probabilístico quedando la muestra conformada por 143 pacientes. Para la estimación del tamaño muestral se trabajó con un nivel de confianza del 95% y proporción esperada del 15%, ingresando ambos datos en EPIDAT V4.2 obtenemos.

Datos:

Tamaño de la población: 521 pacientes diabéticos registrados en el programa

Proporción esperada: 15,0%

Nivel de confianza: 95,0%

Efecto de diseño: 1,0

Tabla 1

Cálculo de tamaño muestral

Tabla estilo precisión (%)	Tamaño de muestra
5,000	143
7,500	75
10,000	45

Nota: Epidat V 4.2

3.3.3. Muestreo: no probabilístico, intencionado y por conveniencia, la selección de la muestra se hizo de acuerdo con la facilidad de acceso y la disponibilidad de los sujetos a investigar (Otzen y Manterola, 2017), en este caso fueron los pacientes con DM2 del programa de adulto y adulto mayor, quienes decidieron participar voluntariamente previa firma del consentimiento informado.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Son las acciones y actividades que lleva a cabo el investigador para obtener la información, lograr los objetivos y contrastar con la hipótesis. En este sentido se aplicó la técnica de la entrevista, que permitió recoger datos mediante un cuestionario aplicado a los participantes y cuya finalidad fue

conseguir de manera sistemática, valores sobre los conceptos que se desprenden de la problemática que da origen a la investigación (López y Fachelli, 2015).

En el presente estudio se utilizaron dos cuestionarios, para la obtención de datos de la variable AT se empleó como instrumento: el cuestionario de adherencia a la medicación de Morisky de 4 ítems (MMAS-4), que permite evaluar de manera sencilla y a bajo costo, los comportamientos de adherencia específica asociados al consumo de las medicinas. Cuenta con cuatro interrogantes, cuyas respuestas pueden tomar el valor de Si o No.

Dicho cuestionario cuenta con validez internacional con alfa de Cronbach = 0,646. Además, fue validado en su versión española por Prado (2009). Con un valor alfa de Cronbach de 0,61; especificidad (E) de 94% y valor predictivo positivo (VPP) de 91,6%. Se clasifica como adherente al paciente que responde de manera afirmativa en la interrogante N°2 y de manera negativa en las interrogantes 1, 3 y 4 y una mala adherencia si las respuestas son todas negativas. Además, fue validado en su versión ampliada por Valencia & Cols (2017) con un valor alfa de Cronbach 0,646 sensibilidad (S) 86%, 85%; E de 56%, 58%; VPP de 60%, 65% valor predictivo negativo: 84%, 81%. Clasificando como adherente al paciente que responde NO a todas las preguntas.

Para valorar la variable CdV del paciente con DM2 se empleó la escala EsDQOL. Este cuestionario está conformado por 46 interrogantes que evalúan cuatro aspectos: satisfacción (15 preguntas), impacto (20 preguntas), preocupación social/vocacional (7 preguntas) y preocupación relativa a la enfermedad (4 preguntas). Las respuestas se obtuvieron mediante una escala Likert de 5 respuestas ordinales: Satisfacción: con un rango de 1= muy satisfecho, 2 = bastante satisfecho, 3 = algo satisfecho, 4 = poco satisfecho y 5 = nada satisfecho. Si el paciente obtiene 15 puntos se encuentra muy satisfecho en cada uno de sus actos. La dimensión

Impacto; Preocupación social/vocacional; Preocupación relacionada a la enfermedad: Con un rango de 1 = nunca, 2 = casi nunca, 3 = a veces, 4 = casi siempre y 5 = siempre. Las puntuaciones mínimas de estas dimensiones son: 20, 7 y 4, puntos; limitado impacto y escasa preocupación en los pacientes.

La fiabilidad y la consistencia interna α Cronbach es de 0,85, similar a la versión en española que tuvo una fiabilidad de 0,88. También se evaluaron las cuatro subescalas del EsDQOL, la consistencia Interna α de Cronbach fueron de 0,79 para la escala satisfacción con el tratamiento, 0,75 impacto del tratamiento; 0,72 preocupación por aspectos sociales y vocacionales, 0,63 preocupación por efectos futuros de la diabetes.

Los coeficientes de correlación de Pearson entre cada sub escala y el total del EsDQOL con índices de correlación positivos y estadísticamente significativos ($p < 0,01$), 0,82 para la escala satisfacción con el tratamiento, 0,87 impacto del tratamiento; 0,33 preocupación por aspectos sociales y vocacionales, 0,51 preocupación por efectos futuros de la diabetes (Maradiaga,2016). De igual manera fue aplicado en Perú por (Varillas, 2021) obteniendo un nivel de fiabilidad y consistencia interna de α Cronbach de 0,81.

3.5. Procedimientos

Aprobado el proyecto por el comité de investigación, la jefa emitió la resolución N°0273-2022-UCV-VA-EPG-F02/J para proceder a la ejecución de este. Posterior a esto, se solicitaron las cartas de presentación a la escuela de postgrado; contando con ellas, se solicitó las autorizaciones correspondientes al director del Hospital y responsable del programa a quienes se les informó los objetivos de la investigación y con la autorización respectiva se procedió a la selección de los pacientes, quienes decidieron participar de forma voluntaria, plasmado en el consentimiento informado. Se aplicó el cuestionario utilizando un tiempo promedio de 10 a 20 minutos, al concluir se agradeció por su participación.

3.6. Métodos de análisis de datos

Para evaluar los datos obtenidos de las entrevistas se construyó una base de datos procesados mediante el software Microsoft Excel y el programa estadístico SPSS v26 presentándose los resultados en tablas de frecuencias, para facilitar el análisis de cada una de las variables y otras características de los pacientes diabéticos.

Estadísticas inferenciales: El nivel de significancia de (p) se empleó para probar o demostrar la relación estadística entre las variables de estudio. Según la prueba si p es mayor a 0,05 se comprueba la relación y se acepta la hipótesis de investigación y si p es menor de 0,05 se acepta la hipótesis nula. Teniendo en cuenta que la población de estudio estuvo conformada por 143 pacientes (mayor a 50 sujetos), se evaluó normalidad mediante prueba de Kolmogorov-Smirnov (Hernández & Mendoza, 2018), al obtener un resultado significativo para la normalidad se aplicó pruebas paramétricas para contrastación entre ambas variables y determinar si se cumple o no con la hipótesis en estudio. El cálculo de Chi cuadrado permitió establecer la relación entre ambas variables. Los resultados obtenidos se confrontaron con estudios ya realizados que sirvieron de base para el análisis.

3.7. Aspectos éticos

En congruencia y respeto de la normativa nacional e internacional de investigación en seres vivos, toda la información recopilada fue utilizada de manera responsable y confidencial, salvaguardando en todas las etapas del proceso la identificación de los participantes del estudio.

Los cuestionarios se aplicaron posterior a la firma libre y consciente del consentimiento informado (Anexo 4). Además, se tuvo en cuenta los principios éticos de Belmont (1979).

Principio de autonomía. Capacidad de las personas para determinación su libre y consciente actuar sin condicionantes externos. Este principio se aplicó al decidir participar libre y voluntariamente del estudio y se sustenta con la firma del consentimiento informado.

Principio beneficencia: Su aplicación busca hacer el bien, lo mejor posible para el paciente según los conocimientos del profesional de salud. No puede confundirse la beneficencia con caridad o piedad, ya que se practica en personas con derecho a decidir. El resultado obtenido permite establecer nuevas pautas y planes estratégicos para mejorar la AT de los pacientes diabéticos mejorando su calidad de vida.

Principio de no maleficencia: Consiste en no hacer daño. Si frente a una situación o circunstancia no podemos hacer un bien, debemos al menos, no hacer un mal. En este estudio relacionamos la AT y CdV del paciente con DM2. Se trató de no emitir juicios que hieran la susceptibilidad del paciente o generen cierto daño, manteniendo el anonimato y privacidad de los datos obtenidos.

Principio de justicia: Consiste en brindar tratamientos y oportunidades con equidad. Este principio se aplicó cuando los participantes reciben la misma oportunidad de participar, independientemente de sus características sociodemográficas, grado de instrucción, respetando sus opiniones.

IV. RESULTADOS

Tabla 2

Características sociodemográficas de los pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en un Hospital de EsSalud – Amazonas

Características generales		N	%
Edad (Media ± DE) años		51.3 ± 10.8 años	
Sexo	Masculino	67	46.9%
	Femenino	76	53.1%
Estado civil	Soltero	28	19.6%
	Casado	48	33.6%
	Conviviente	56	39.2%
	Viudo	7	4.9%
Grado de instrucción	Divorciado	4	2.8%
	Iletrado	4	2.8%
	Primaria incompleta	11	7.7%
	Primaria completa	22	15.4%
	Secundaria incompleta	11	7.7%
Procedencia	Secundaria completa	25	17.5%
	Superior	70	49.0%
	Rural	20	14.0%
Tiempo de enfermedad	Urbana	121	84.6%
	Urbana marginal	2	1.4%
Adherencia al tratamiento	5 - 10 años	97	67.8%
	> 10 años	46	32.2%
Calidad de vida	Adherido	50	35.0%
	No adherido	93	65.0%
Calidad de vida	Calidad de vida alta	5	3.5%
	Calidad de vida media	126	88.1%
	Calidad de vida baja	12	8.4%

Nota: Ficha de recolección de datos

Entre los datos sociodemográficos de los pacientes con DM2 se observó que la edad tuvo una media de 51.34 ± 10.84 años. Con relación al sexo el 53.1% fueron del sexo femenino, 39.2% de estado civil conviviente, 49.0% con estudios de nivel superior, 84.6% de procedencia urbana, 67.8% con tiempo de enfermedad entre 5 – 10 años, 65.0% sin adherencia al tratamiento y 88.1% con calidad de vida media.

Tabla 3

Relación entre adherencia al tratamiento y características sociodemográficas en los pacientes con DM2 atendidos en un Hospital de EsSalud – Amazonas

Características Epidemiológicas		MORISKY GREEN				X ²	p
		Adherido		No adherido			
		N	%	N	%		
Sexo	Masculino	20	40.0%	47	50.5%	1.450	0.229
	Femenino	30	60.0%	46	49.5%		
Estado civil	Soltero	9	18.0%	19	20.4%	4.514	0.341
	Casado	15	30.0%	33	35.5%		
	Conviviente	22	44.0%	34	36.6%		
	Viudo	4	8.0%	3	3.2%		
	Divorciado	0	0.0%	4	4.3%		
Grado de instrucción	Iletrado	0	0.0%	4	4.3%	3.154	0.676
	Primaria incompleta	3	6.0%	8	8.6%		
	Primaria completa	8	16.0%	14	15.1%		
	Secundaria incompleta	3	6.0%	8	8.6%		
	Secundaria completa	9	18.0%	16	17.2%		
Procedencia	Superior	27	54.0%	43	46.2%	2.432	0.296
	Rural	4	8.0%	16	17.2%		
	Urbana	45	90.0%	76	81.7%		
Tiempo de enfermedad	Urbana marginal	1	2.0%	1	1.1%	0.001	0.975
	5 - 10 años	34	68.0%	63	67.7%		
	> 10 años	16	32.0%	30	32.3%		

Nota: *Ficha de recolección de datos*

La distribución de la adherencia al tratamiento según características epidemiológicas muestra que el sexo femenino representó el 60% de los pacientes adheridos y 49.5% en los pacientes no adheridos, el estado civil conviviente fue el más frecuente en ambos grupos (44.0% y 36.6%), los pacientes con estudios de nivel superior predominaron en ambos grupos (54.0% y 46.2%), la procedencia urbana representó el 90.0% y 81.7% de los pacientes adheridos y no adheridos respectivamente, además, ambos grupos predominó el tiempo de enfermedad 5 – años (68.05 y 67.7%). El análisis inferencial mostró que no existe relación con significancia estadística entre la AT y las características sociodemográficas.

Tabla 4

Relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con diabetes mellitus atendidos en un Hospital de EsSalud – Amazonas.

		CALIDAD DE VIDA			Total	
		Calidad de vida alta	Calidad de vida media	Calidad de vida baja		
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Adherido	N	4	45	1	50
		%	80.0%	35.7%	8.3%	35.0%
	No adherido	N	1	81	11	93
		%	20.0%	64.3%	91.7%	65.0%
Total		N	5	126	12	143
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Nota: $X^2=8.233$; $p=0.016$

La distribución de la AT según CdV muestra que en los pacientes con CdV alta se observa mayor frecuencia de pacientes adheridos con 80.0%, en la calidad de vida media y baja se observa mayor frecuencia de pacientes no adheridos con 64.3% y 91.7% respectivamente. El análisis inferencial entre las variables muestra un p valor < 0.05 ($p=0.016$), por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta que existe relación con estadística significativa entre la AT y la CdV en los pacientes con diabetes mellitus.

Tabla 5

Relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida según la dimensión de satisfacción en los pacientes con diabetes mellitus atendidos en un Hospital de EsSalud – Amazonas

		CALIDAD DE VIDA SEGÚN			Total	
		SATISFACCIÓN				
		Bajo nivel	Regular nivel	Alto nivel		
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Adherido	N	2	33	15	50
		%	28.6%	41.3%	26.8%	35.0%
	No adherido	N	5	47	41	93
		%	71.4%	58.8%	73.2%	65.0%
Total		N	7	80	56	143
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Nota: $X^2=3.163$; $p=0.206$

La distribución de la AT según dimensión satisfacción muestra que en los pacientes con bajo, regular y alto nivel de satisfacción se observa mayor frecuencia de pacientes no adheridos con 71.4%, 58.8% y 73.2% respectivamente. El análisis inferencial entre las variables muestra un p valor > 0.05 ($p=0.206$), por lo que se acepta la hipótesis nula y se concluye que no existe asociación con significancia estadística entre la AT y la CdV según la dimensión satisfacción de los pacientes con diabetes mellitus.

Tabla 6

Relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida según la dimensión de impacto en los pacientes con DM2 atendidos en un Hospital de EsSalud – Amazonas.

		CALIDAD DE VIDA SEGÚN IMPACTO				Total
		Alto nivel	Regular nivel	Bajo nivel		
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Adherido	N	10	34	6	50
		%	50.0%	29.6%	75.0%	35.0%
	No adherido	N	10	81	2	93
		%	50.0%	70.4%	25.0%	65.0%
Total		N	20	115	8	143
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Nota: $X^2=9.102$; $p=0.011$

La distribución de la AT según dimensión impacto muestra que en los pacientes con alto nivel de impacto se observa igual frecuencia de pacientes adheridos y no adheridos con 50.0% respectivamente, en los pacientes con regular nivel de impacto se observa mayor frecuencia de pacientes no adheridos con 70.4%, y en los pacientes con bajo nivel de impacto se observa mayor frecuencia de pacientes adheridos con 75.0%. El análisis inferencial entre las variables muestra un p valor <0.05 ($p=0.011$), por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta que existe asociación con significancia estadística entre la AT y la CdV según la dimensión impacto de los pacientes con diabetes mellitus.

Tabla 7

Relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida según la dimensión de preocupación social/vocacional en los pacientes con diabetes mellitus atendidos en un Hospital de EsSalud – Amazonas

		CALIDAD DE VIDA SEGÚN PREOCUPACIÓN SOCIAL/VOCACIONAL			Total	
		Alto nivel	Regular nivel	Bajo nivel		
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Adherido	N	3	43	4	50
		%	42.9%	37.4%	19.0%	35.0%
	No adherido	N	4	72	17	93
		%	57.1%	62.6%	81.0%	65.0%
Total		N	7	115	21	143
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Nota: $\chi^2=2.829$; $p=0.243$

La distribución de la AT según dimensión preocupación social/vocacional muestra que en los pacientes con que, en los pacientes con alto, regular y bajo nivel de preocupación social/vocacional se observa mayor frecuencia de pacientes no adheridos con 57.1%, 62.6% y 81.0% respectivamente. El análisis inferencial entre las variables muestra un p valor >0.05 ($p=0.243$), por lo que se acepta la hipótesis nula y se acepta que no existe asociación con significancia estadística entre la AT y la CdV según la dimensión preocupación social/vocacional de los pacientes con diabetes mellitus.

Tabla 8

Relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida según la dimensión de preocupación relacionada con la enfermedad en los pacientes con diabetes mellitus atendidos en un Hospital de EsSalud – Amazonas

		CALIDAD DE VIDA SEGUN PREOCUPACIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD			Total	
		Alto nivel	Regular nivel	Bajo nivel		
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Adherido	N	19	24	7	50
		%	35.2%	43.6%	20.6%	35.0%
	No adherido	N	35	31	27	93
		%	64.8%	56.4%	79.4%	65.0%
Total		N	54	55	34	143
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Nota: $X^2= 4.910$; $p=0.086$

La distribución de la AT según dimensión preocupación relacionada con la enfermedad muestra que, en los pacientes con alto, regular y bajo nivel de preocupación relacionada con la enfermedad se observa mayor frecuencia de pacientes no adheridos con 64.8%, 56.4% y 79.4% respectivamente. El análisis inferencial entre las variables muestra un p valor >0.05 ($p=0.086$), por lo que se acepta la hipótesis nula y se concluye que no existe asociación significativa entre la AT y la CdV según la dimensión preocupación relacionada con la enfermedad de los pacientes con diabetes mellitus.

V. DISCUSIÓN

Mediante la aplicación de ambos instrumentos se demostró que una adecuada adherencia al tratamiento trasciende en una elevada calidad de vida, esperanza de vida, mejora la efectividad terapéutica y controla adecuadamente la enfermedad. La variable adherencia al tratamiento según calidad de vida, determina que a mayor adherencia existe una mejora significativa en la calidad de vida (80%) y los pacientes con una apreciación media y baja son los pacientes no adheridos al tratamiento. La DM2 se asocia con una calidad de vida relacionada con la salud deteriorada y con una carga socioeconómica sustancial.

En la tabla 01 se encontró que entre la caracterización epidemiológica la edad de los pacientes estudiados tuvo una media de 51.34 ± 10.84 años, el 53.1% fueron del sexo femenino, 39.2% de estado civil conviviente, 49.0% con estudios de nivel superior, 84.6% de procedencia urbana y 67.8% con tiempo de enfermedad entre 5 – 10 años. Al respecto Mishra et al. (2021), en una muestra de 277 pacientes con DM2 encontró una edad media de 50.8 ± 10.6 años. Vilcamango y Gil (2021), en una muestra de 119 pacientes con DM2 observó que 61.3% era mujeres, la edad promedio fue 60 años. Esta similitud de resultados con respecto a la edad se puede explicar porque la diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad adquirida que se va desarrollando a lo largo de los años, conforme avanza la edad se incrementa la probabilidad de tener la enfermedad.

El aumento de la edad favorece el aumento del nivel de prevalencia de la DM2 y la alteración de la glucemia en ayunas, además, el nivel de intolerancia a la glucosa también tiende a aumentar con el aumento de la edad. El factor predominante es que el envejecimiento provoca la alteración, disminuye la sensibilidad a la captación de insulina y compensa de manera insuficiente la función de las células beta en el curso del aumento de la resistencia a la insulina, asociado a los inadecuados estilos de vida y la poca participación en el cuidado de la salud, esto conlleva a mayores niveles de glucosa en sangre y

por ende diabetes mellitus (Bellary et al., 2021). Los pacientes ancianos con DM2 representan una población particularmente vulnerable dado que estos pacientes pueden tener diversos grados de comorbilidades físicas y mentales que pueden aumentar su riesgo de hipoglucemia, caídas, depresión y complicaciones.

En relación con el sexo de los pacientes, los resultados fueron similares a lo reportado por Vilcamango y Gil (2021) quienes también encuentran una mayor frecuencia de pacientes del sexo femenino, esto llama la atención ya que otros estudios epidemiológicos consideran al sexo masculino como un factor que incrementa el riesgo para el desarrollo de la enfermedad, los cuales se basan en que el sexo masculino tiene mayor consumo de comida con alto contenido graso, consumo de alcohol y sedentarismo. Además, el fundamento se centra en los estilos de vida, el comportamiento individual vinculado a patrones psicológicos, sociales y culturales. El nivel educativo, el desempleo y vivir solos están descritos como factores que se asocian a un peor resultado (Nielsen et al., 2016).

Cuando se evaluó las tasas de adherencia y calidad de vida se encontró que 35.0% de los pacientes mostraron adecuada adherencia al tratamiento y 88.1% reportó una calidad de vida media. Mishra et al. (2021) encontró un 44% con buena adherencia a los medicamentos antidiabéticos, esta leve diferencia de adherencia a favor de Mishra puede ser secundaria al tipo de población estudiada, con mayor nivel educativo asociado a un mayor autocuidado de la salud y a una muestra mayor. Por otro lado, Vilcamango y Gil (2021) observó solo un 26.9% de adherencia al tratamiento en su muestra. Esta similitud de resultados puede ser secundaria a que ambos estudios se realizaron en poblaciones peruanas, con idiosincrasia y hábitos de autocuidado parecidos.

Dahiya et al. (2021) reporta que 44% de su muestra tuvo buen nivel de adherencia. Al asociar los factores sociodemográficos demostró que las personas con una mejor respuesta al tratamiento tenían una apreciación media sobre calidad de vida y apreciación alta sobre la salud, en comparación con los

no adherentes. Existen algunas etiologías que inducen a que un paciente crónico no cumpla con su tratamiento: factores intrínsecos al paciente (edad, entorno cultural y social, nivel educativo y personalidad), relacionados con el tratamiento (efectos adversos, características del principio activo e incremento en el coste de los mismos), así como los relacionados con la enfermedad, el sistema de salud y con factores socio económicos. El uso de medicamentos prescritos y la automedicación puede originar falla en la adherencia al tratamiento, daños y complicaciones a la salud del paciente, poniendo en riesgo su vida y alterando su calidad de vida. (Nieto y Ferney, 2021).

La distribución de la adherencia al tratamiento según calidad de vida muestra que en los pacientes con calidad de vida alta se observa mayor frecuencia de pacientes adheridos con 80.0%, en la calidad de vida media y baja se observa mayor frecuencia de pacientes no adheridos con 64.3% y 65.0% respectivamente. Además, el análisis inferencial entre las variables muestra un p valor < 0.05 ($p=0.016$), por lo que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe asociación significativa entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en los pacientes con diabetes mellitus.

Mishra et al. (2021) encontró que los pacientes que eran adherentes a los medicamentos tenían una percepción general media significativamente mayor de su calidad de vida y la percepción general de su salud, con puntuaciones beta de 0,36 y 0,34, respectivamente ($p=0,000$) en comparación con pacientes no adherentes al tratamiento. Este hallazgo implica la posible presencia de un efecto adherente saludable en pacientes con DM2, lo que sugiere que los pacientes con baja adherencia a la medicación pueden tener un estilo de vida poco saludable.

Además del uso de medicamentos, los pacientes deben mejorar sus estilos de vida, incluido el abandono del hábito tabáquico, disminuir el consumo de alcohol, realizar un adecuado control del peso, mejorar la ingesta de alimentos en la dieta y el control del estrés, para mejorar su pronóstico. Sin embargo, la mayoría de los pacientes con diabetes mellitus experimentan

dificultades para modificar el estilo de vida en comparación con el uso de medicamentos (Lee et al., 2018).

La distribución de la adherencia al tratamiento según dimensión satisfacción muestra que en los pacientes con bajo, regular y alto nivel de satisfacción se observa mayor frecuencia de pacientes no adheridos con 71.4%, 58.8% y 73.2% respectivamente. Además, el análisis inferencial entre las variables muestra un p valor > 0.05 ($p=0.206$), por lo que se acepta la hipótesis nula y se concluye que no existe asociación significativa entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida según la dimensión satisfacción de los pacientes con diabetes mellitus. Resultado similar reporta Rodríguez (2019) en una muestra de 50 personas encontró que la satisfacción no se relaciona con la adherencia al tratamiento. Estos resultados pueden estar en relación con la brecha crítica que existe en la determinación de las preferencias de tratamiento y la satisfacción con el tratamiento desde la perspectiva del paciente, lo cual es fundamental para lograr el éxito terapéutico. Esta puede verse afectada por una serie de factores diferentes, como las características demográficas y socioeconómicas, la gravedad de la enfermedad, las comorbilidades, los atributos del proceso y los resultados del tratamiento (Florek et al., 2018).

La distribución de la adherencia al tratamiento según dimensión impacto muestra que en los pacientes con alto nivel de impacto se observa igual frecuencia de pacientes adheridos y no adheridos con 50.0% respectivamente, en los pacientes con regular nivel de impacto se observa mayor frecuencia de pacientes no adheridos con 70.4%, y en los pacientes con bajo nivel de impacto se observa mayor frecuencia de pacientes adheridos con 75.0%. El análisis inferencial entre las variables muestra un p valor <0.05 ($p=0.011$), por lo que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe asociación significativa entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida según la dimensión impacto de los pacientes con diabetes mellitus. Esto puede estar en relación a que una mejora en la calidad de vida retrasa la progresión de la enfermedad mediante la optimización de la adherencia del paciente al tratamiento antidiabético, el

desarrollo de habilidades de autocuidado y el logro de un óptimo control glucémico (Helou et al., 2016).

La distribución de la adherencia al tratamiento según dimensión preocupación social/vocacional muestra que, en los pacientes con alto, regular y bajo nivel de preocupación social/vocacional se observa mayor frecuencia de pacientes no adheridos con 57.1%, 62.6% y 81.0% respectivamente. El análisis inferencial entre las variables muestra un p valor >0.05 ($p=0.243$), por lo que se acepta la hipótesis nula y se acepta que no existe asociación con significancia estadística entre la AT y la CdV. Dentro de la bibliografía revisada no se encontró estudios que relacionen ambas variables, sin embargo, este resultado puede estar en relación con el número y la duración de los ingresos hospitalarios, la satisfacción subjetiva, la integración social y un estilo de vida independiente y económicamente autónomo.

Obviamente, una mejor adherencia al tratamiento implica una disminución en el número de recaídas y de ingresos hospitalarios, lo que implícitamente reduce los costos de ingreso para los pacientes que padecen formas crónicas como la diabetes mellitus o que experimentan recaídas. Asimismo, los costos de medicamentos, honorarios médicos y hospitalizaciones agudizan el problema, se puede afirmar que la diabetes mellitus predispone a relaciones negativas en la esfera familiar, social y en la carga económica que asume la familia del enfermo, lo cual se explica principalmente por los requerimientos de cuidados especiales para pacientes con diabetes mellitus complicada, los desplazamientos para las evaluaciones médicas, la administración de medicamentos no coberturados, la baja o nula actividad laboral y el nivel socioeconómico familiar que determina la disponibilidad de recursos (Altez, 2021).

La distribución de la adherencia al tratamiento según dimensión preocupación relacionada con la enfermedad muestra que, en los pacientes con alto, regular y bajo nivel de preocupación relacionada con la enfermedad se observa mayor frecuencia de pacientes no adheridos con 64.8%, 56.4% y

79.4% respectivamente. Ishaq et al. (2021) en su estudio buscó evaluar la correlación entre la adherencia a la medicación y la CdV en pacientes con DM2 de Pakistán. Participaron 300 pacientes que tuvieron una puntuación media de conocimientos relacionados con la DM2 de $5,83 \pm 1,92$, lo que indica la falta de conocimiento de los participantes sobre la enfermedad. Se informó una adherencia moderada, con una puntuación media de $4,94 \pm 2,72$. El coeficiente de Spearman mostró correlaciones moderadas. Esto se puede explicar porque los pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2 (DM) suelen tener una calidad de vida (CV) relativamente mala, debido al costo de la atención (gastos de vida y salud), la accesibilidad a los servicios de salud y medicamentos o las restricciones dietéticas que son muy sentidas por estos pacientes, considerándose un problema de salud pública (Ababio et al., 2017).

El presente estudio tiene limitaciones ya que no se realizó una evaluación sociodemográfica profunda y faltan variables relevantes relacionadas con la calidad de vida relacionada con la salud, como el estado ocupacional o el nivel de empleo. Se necesitan estudios de intervención para probar específicamente la hipótesis de que la adherencia al tratamiento mejora de la calidad de vida.

VI. CONCLUSIONES

1. Se determinó que predomina la no adherencia al tratamiento y la calidad de vida media entre los pacientes con diabetes mellitus de un Hospital EsSalud - Amazonas.
2. Los pacientes con diabetes mellitus se caracterizan por ser mujeres de 51.3 ± 10.8 años, de estado civil conviviente, con estudios de nivel superior, de procedencia urbana, con tiempo de enfermedad entre 5 – 10 años.
3. Se identificó que en los pacientes diabéticos con adherencia al tratamiento predomina el nivel regular en los componentes satisfacción, impacto, preocupación social/vocacional y preocupación relacionada con la enfermedad de la calidad de vida.
4. Se determinó que tienen mayor adherencia al tratamiento los pacientes con diabetes mellitus del sexo femenino, convivientes, con estudios de nivel superior, de procedencia urbana y con tiempo de enfermedad entre 5 – 10 años.
5. Se estableció una relación con significancia estadística entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus.

VII. RECOMENDACIONES

1. Al personal de enfermería se le recomienda fomentar en los pacientes con diabetes mellitus el cumplimiento de las indicaciones médicas ya que esta condición mejora la calidad de vida de los pacientes.
2. Al personal médico de consulta externa se le recomienda realizar tamizajes seriados de adherencia al tratamiento que permitan ampliar o mejorar las medidas promotoras sobre esta población vulnerable que cada vez se registra con mayor frecuencia en la población peruana.
3. A futuros investigadores se les recomienda realizar estudios orientados a identificar las posibles causas institucionales que generan una baja calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus II, con el objetivo de mejorar el cuidado que se brinda en las instituciones de salud.
4. Se recomienda realizar estudios en base a estrategias o intervenciones específicas que permitan mejorar la calidad de vida los pacientes con diabetes mellitus, y que estos posteriormente puedan ser ampliados para distintos ámbitos clínicos.
5. Se recomienda promover una mejor integración entre el cuidado de ser humano en el primer nivel de atención y hospitales teniendo en cuenta el incremento de enfermedades crónicas, promoviendo los estilos de vida saludable y autocuidado.

REFERENCIAS

- Ababio, G. K. et al. (2017). Predictors of quality of life in patients with diabetes mellitus in two tertiary health institutions in Ghana and Nigeria. *The Nigerian postgraduate medical journal*, 24(1), 48–55. https://doi.org/10.4103/npmj.npmj_3_17
- Arneth, B., Arneth, R., & Shams, M. (2019). Metabolomics of Type 1 and Type 2 Diabetes. *International journal of molecular sciences*, 20(10), 2467. <https://doi.org/10.3390/ijms20102467>
- Arias, J. (2020). Técnicas e instrumentos de investigación científica. File:///C:/Users/Administrador/Downloads/AriasGonzales_TecnicasEInstrumentos De Investigacion_libro.pdf.
- Arriola M., & Sotelo A. (2016). Influencia de la calidad de vida familiar en la adherencia al tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 de los pacientes que acuden al Club Dulce Vida del Centro de Salud La Concordia en el período julio. Obtenido de Pontificia Universidad Católica del Ecuador: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/12862>.
- Álvarez, M. (2020). Estudio de costes directos, calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes de 2 a 16 años con diabetes mellitus tipo 1 en Andalucía. Obtenido de Fundacion Dialnet - Universidad de Rioja: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=286525>.
- Álvarez, A. (2021). Clasificación de las Investigaciones. Obtenido de Universidad de Lima (ULIMA): <https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/10818/Nota%20Acad%C3%A9mica%20de%20Investigaciones.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Bellary S, Kyrou I, Brown JE., & Bailey CJ. (2021). Diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores: consideraciones clínicas y manejo. *Nat Rev Endocrinol*: <https://doi.org/10.1038/s41574-021-00512-2>
- Carbajal, M. L. (2018). Relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de salud Pomalca.

- Obtenido de Repositorio de la Universidad César Vallejo:
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/34536>
- Chaverri, J. (2015). Calidad De Vida Relacionada Con Salud En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*:
<https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/614/art40.pdf>
- Chew B. (2015). Medication adherence on quality of life among adults with type 2 diabetes mellitus: an exploratory analysis on the EDDMQoL study. Obtenido: Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, 24(11), 2723–2731.
<https://doi.org/10.1007/s11136-015-1006-7>.
- Espinoza, I. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile*:
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000500003
- Espinoza, R. & Rubio, J. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. Obtenido:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>.
- Florek, A. G., Wang, C. J., & Armstrong, A. W. (2018). Treatment preferences and treatment satisfaction among psoriasis patients: a systematic review. *Archives of dermatological research*, 310(4), 271–319. <https://doi.org/10.1007/s00403-018-1808-x>.
- Gómez, S. (2012). Metodología de la investigación red tercer milenio página. Obtenido:
https://www.academia.edu/35808506/Metodologia_de_la_investigacion_Sergio_Gomez_Bastar_1_
- Hernández, R. (2014). Metodología de la investigación - Sexta Edición McGraw-Hill / interamericana editores, s.a. de C.V. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>.
- Helou, N., Talhouedec, D., Shaha, M., & Zanchi, A. (2016). The impact of a multidisciplinary self-care management program on quality of life, self-care, adherence to anti-hypertensive therapy, glycemic control, and renal function in diabetic kidney disease: A Cross-over Study Protocol. *BMC nephrology*, 17(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s12882-016-0279-6>.

- IDF (2021). International Diabetes Federation. Available from: obtenido de:
<https://www.idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes/facts-figures.html>.
- Ibarra, O. (2017). Lo que debes saber sobre la ADHERENCIA al tratamiento. Obtenido de SEFH: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria:
https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf
- Ibáñez, L. (2020). *El papel del farmacéutico comunitario en la crisis de la COVID-19*. Obtenido de Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC).:
<https://www.farmaceuticoscomunitarios.org/es/system/files/journals/1933/articulos/fc2020-12-2-01editorial.pdf>
- Informática, P. I. (2018). INEI - Instituto Nacional de Estadística e Informática. Obtenido de Enfermedades No Transmisibles y no Transmisibles:
https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2018/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2018.pdf
- Ishaq, R, et al. (2021). Diabetes-related Knowledge, Medication Adherence, and Health-related Quality of Life: A Correlation Analysis. *Alternative therapies in health and medicine*, 27(S1), 46–53:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32663176/>
- Kehlenbrink, S. &. (2018). Revisión De La Evidencia Sobre La Insulina Y Su Uso En La Diabetes. Obtenido de Health action international:
https://accisstoolkit.haiweb.org/wp-content/uploads/2020/10/ACCISS-Insulin-Guidelines_all_ES.pdf.
- Lee, Y. M. et al. (2018). Relationships among medication adherence, lifestyle modification, and health-related quality of life in patients with acute myocardial infarction: a cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 16(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0921-z>.
- Majeed, A. R. (2021). The Impact of Treatment Adherence on Quality of Life Among Type 2 Diabetes Mellitus Patients - Findings from a Cross-Sectional Study. Obtenido de National library of medicine:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33664567/>
- Maqui Vilca, L. E. (2018). Adherencia al Tratamiento de la Diabetes con la Funcionalidad Familiar según factores socio-económicos y culturales. *Hospital*

- I Albrecht. Obtenido de Repositorio de la Universidad César Vallejo - UCV: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/31073>
- Marariaga, R. (2017). Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos en el Instituto Nacional del Diabético, Tegucigalpa, Honduras. Obtenido de Revista Hispanoamericana De Ciencias De La Salud, 2(3), 216–221.: <https://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/199>
- Marie, K. S. (2018). Revisión de la evidencia de la insulina y su uso en la diabetes. Obtenido de heath international overtoom: https://accisstoolkit.haiweb.org/wp-content/uploads/2020/10/ACCISS-Insulin-Guidelines_all_ES.pdf
- Millán, M. (2002). Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (EsDQOL). Obtenido de La Asociación Americana de Diabetes (ADA): <https://www.elsevier.es/en-revista-atencion-primaria-27-articulo-cuestionario-calidad-vida-especifico-diabetes-13031464>
- MINSA (2015). Guía de práctica clínica para diagnóstico tratamiento control de diabetes mellitus tipo 2. Obtenido de Minsa: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/aGuia_practica_clinica_para_diagnostico_tratamiento_control_de_diabetes_mellitus_tipo_2.pdf
- Mishra et al. (2021). Medication adherence and quality of life among type-2 diabetes mellitus patients in India. *World journal of diabetes*, 12(10), 1740–1749. <https://doi.org/10.4239/wjd.v12.i10.1740>
- Moscoso, L. R. (2020). Adherencia al tratamiento en personas con alteraciones cardiovasculares: Enfoques teóricos de enfermería. Obtenido de <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/106035/1/CultCuid56-256-270.pdf>
- Naranjo, Y. (2019). Adaptación de la teoría de Dorothea Orem a personas con diabetes mellitus complicada con úlcera neuropática. *Revista Cubana de Enfermería*: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192019000100013
- Naval, P. B. (2020). Propiedades psicométricas de la escala de adherencia terapéutica basada en comportamientos explícitos. Obtenido de Universidad Autónoma del Estado de México, México: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000500800.

- Nielsen et al. (2016). Type 1 diabetes, quality of life, occupational status and education level - A comparative population-based study. *Diabetes research and clinical practice*, 121, 62–68. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2016.08.021>.
- Nieto Poveda, E. C., & Parra Olarte, C. F. (2021). Características sociodemográficas y adherencia farmacológica en adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes. *Revista de Investigación e Innovación en Salud*: <https://doi.org/10.23850/rediis.v4i4.3324>
- OPS. (2004). Adherencia A Los Tratamientos A Largo Plazo Pruebas para la acción Catalogación por la Biblioteca de la OPS I. Proyecto sobre Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo de la OMS. II. Red Mundial Interdisciplinaria sobre Adherencia Terapéutica. Obtenido: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
- Otzen, T., y Manterola, C. (2017) Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol.* 35 (1), 227 – 232. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>.
- Panzini, R. (2017). *Calidad de vida y espiritualidad*. Obtenido de National library of medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28587554/>
- Puigdemont, N.P. (2017). Abordaje cualitativo y cuantitativo de la adherencia a los tratamientos farmacológicos. Obtenido de Fundación Dialnet: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=122413>.
- Ramos, R. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Obtenido de Revista de Enfermedades no Transmisibles Finlay: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/474>
- Robles Espinoza, A. I. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. Obtenido de www.medigraphic.org.mx: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>
- Rodríguez, M. R. (2016). Factores que impiden la adherencia a un régimen terapéutico en diabéticos: un análisis descriptivo. Obtenido de Universidad Veracruzana, Institución de educación superior pública: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1898>

- Sánchez, J. T. (2013). Instrumentos para evaluar la calidad de vida en pacientes con diabetes tipo 2. Obtenido de Sociedad Iberoamericana de Información Científica España:
https://www.siicsalud.com/pdf/claves_diabetologia_9_2_13.pdf
- Speight, J. H. (2019). *Evaluación del impacto de la diabetes en la calidad de vida: ¿qué nos han enseñado los últimos 25 años?* Obtenido de La Medicina Diabética: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/dme.14196>
- Schwartzmann, (2017). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Obtenido de Scielo: Ciencia y enfermería:
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002
- Uca, (2017). Metodología de la investigación - Sexta Edición ROBERTO HERNANDEZ SAMPIERI Obtenido:
<file:///C:/Users/Administrador/Documents/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf> P634
- Urzua, A. C. (2018). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Obtenido de Scielo/Terapia psicológica:
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006
- Valencia, F. M. (2017). Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000200012
- Vilcamango E., M. S. (2020). Factores asociados a la adherencia terapéutica en diabéticos atendidos en dos hospitales peruanos. *Revista cubana de medicina militar*: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/issue/view/24>
- Zioga, E. K. (2016). Adherencia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo ii en el norte de Grecia. Obtenido de National library of medicine:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5034999/>

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Adherencia al tratamiento	<p>Es la conducta del paciente en relación al tratamiento, alimentación, cambios en los estilos de vida, establecidas juntamente con el profesional de salud, en la adherencia terapéutica intervienen 5 factores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. socioeconómico, 2. relacionados con el tratamiento, 3. relacionados con el paciente, 	<p>Conducta de los pacientes en relación con el cumplimiento del tratamiento farmacológico y régimen terapéutico</p>	<p>Factores Socioeconómicos</p> <p>Factores relacionados con el tratamiento</p> <p>Factores relacionados con el paciente</p> <p>Factores relacionados con la enfermedad</p>	<p>Se olvida alguna vez de tomar el medicamento</p> <p>Toma la medicación a la hora indicada</p> <p>Cuándo se encuentra bien deja alguna vez de tomar la medicación</p>	<p>Buena adherencia</p> <p>Mala adherencia</p>

	4. relacionados con la enfermedad y 5. relacionados con el equipo sanitario (OMS-2020)		Factores relacionados con el equipo sanitario	Si alguna vez se siente mal deja de tomar la medicación	
Calidad de vida	Para la organización Mundial de la Salud (OMS): Viene hacer la valoración de la vida personal, en diferentes esferas y situaciones, considerando aspectos culturales, creencias, costumbres y valores, de acuerdo con sus objetivos, metas, planes e inquietudes	Estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias en todas sus dimensiones.	Satisfacción	Tiempo de control de diabetes Tratamiento actual Flexibilidad de la dieta Carga familiar Conocimiento sobre diabetes Calidad del sueño Vida sexual Uso del Tiempo libre	Bajo nivel de satisfacción: 55 – 75 puntos Regular nivel de satisfacción: 35 - 54 puntos Alto nivel de satisfacción: 15 – 34 puntos
			Impacto	Dolor asociado a la enfermedad	Alto nivel de impacto: 63 – 85 puntos

				<p>Vergüenza de administrar tratamiento en publico</p> <p>Problemas para dormir</p> <p>Interferencia en la vida familiar</p> <p>Interferencia para realizar ejercicios</p>	<p>Regular nivel de impacto: 40 - 62 puntos</p> <p>Bajo nivel de impacto: 17 - 39 puntos</p>
			Preocupación social/vocacional	<p>Sobre su relación sentimental</p> <p>Sobre su relación filial</p> <p>Trabajo deseado</p> <p>Conseguir un seguro</p> <p>Completar educación</p> <p>Perder el empleo</p> <p>Tener vacaciones</p>	<p>Alto nivel de preocupación: 27 - 35 puntos</p> <p>Regular nivel de preocupación: 17 - 26 puntos</p> <p>Bajo nivel de preocupación: 7 - 16 puntos</p>

			Preocupación relacionada con la enfermedad	Pérdida de conocimiento Percepción de la parte física Presencia de complicaciones relacionadas a la enfermedad Relaciones interpersonales	Alto nivel de preocupación: 16 – 20 puntos Regular nivel de preocupación: 11 - 15 puntos Bajo nivel de preocupación: 4 – 10 puntos
--	--	--	--	--	---

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Cuestionario

Estimado paciente, el presente cuestionario tiene por objetivo recopilar información referente a la adherencia al tratamiento y la calidad de vida del paciente diabético con fines académicos.

INSTRUCCIONES:

A continuación, se presentan varias preguntas. Preste atención a cada una de ellas. Para algunas su respuesta será (sí) o (no) según su vivencia, y otras están representadas por una escala numérica del 1 al 5

1. Muy satisfecho
2. Más o menos satisfecho
3. Ninguno
4. Más o menos insatisfecho
5. Muy insatisfecho

Responda con sinceridad. Su respuesta será anónima.

I. Características sociodemográficas

1. Edad:
2. Sexo:
Masculino () Femenino ()
3. Estado civil:
Soltero () Casado () Conviviente () Viudo () Divorciado ()
4. Grado de instrucción:
Sin instrucción () Primaria incompleta () Primaria completa ()
Secundaria incompleta () Secundaria completa () Superior ()
5. Procedencia: Rural () Urbana () Urbano marginal ()
6. Tiempo de enfermedad:
5-10 años () 10 a más ()

TEST DE MORISKY GREEN

N°	ÍTEMS	SI	NO
1	¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?		
2	¿Toma la medicación a la hora indicada?		
3	¿Cuándo se encuentra bien deja alguna vez de tomar la medicación?		
4	¿Si alguna vez se siente mal, deja de tomar la medicación?		

**CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA ESPECÍFICO PARA LA DIABETES
MELLITUS (EsDQOL)**

Muy satisfecho	Más o menos satisfecho	Ninguno	Más o menos insatisfecho	Muy insatisfecho
1	2	3	4	5

N°	ÍTEMS	1	2	3	4	5
1	¿Está usted satisfecho con la cantidad de tiempo que tarda en controlar su diabetes?					
2	¿Está usted satisfecho con la cantidad de tiempo que ocupa en las revisiones médicas?					
3	¿Está usted satisfecho con el tiempo que tarda en determinar su nivel de azúcar?					
4	¿Está usted satisfecho con su tratamiento actual?					
5	¿Está usted satisfecho con la flexibilidad que tiene en su dieta?					
6	¿Está usted satisfecho con la carga que supone su diabetes en su familia?					
7	¿Está usted satisfecho con su conocimiento sobre la diabetes?					
8	¿Está usted satisfecho con su sueño?					
9	¿Está usted satisfecho con sus relaciones sociales y amistades?					
10	¿Está usted satisfecho con su vida sexual?					
11	¿Está usted satisfecho con sus actividades en el trabajo, colegio u hogar?					
12	¿Está usted satisfecho con la apariencia de su cuerpo?					
13	¿Está usted satisfecho con el tiempo que emplea haciendo ejercicio?					
14	¿Está usted satisfecho con su tiempo libre?					

15	¿Está usted satisfecho con su vida en general?					
16	¿Con qué frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento de su diabetes?					
17	¿Con qué frecuencia se siente avergonzado por tener que tratar su diabetes en público?					
18	¿Con qué frecuencia se siente físicamente enfermo?					
19	¿Con qué frecuencia su diabetes interviene en la vida familiar?					
20	¿Con qué frecuencia tiene problemas para dormir?					
21	¿Con qué frecuencia encuentra que su diabetes limita sus relaciones sociales y amistades?					
22	¿Con qué frecuencia se siente restringido por su dieta?					
23	¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en su vida sexual?					
24	¿Con qué frecuencia su diabetes le impide conducir o usar una máquina ?					
25	¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en la realización del ejercicio?					
26	¿Con qué frecuencia abandona sus tareas en el trabajo, colegio o casa por su diabetes?					
27	¿Con qué frecuencia, se encuentra usted mismo explicándose qué significa tener diabetes?					
28	¿Con qué frecuencia cree que su diabetes interrumpe sus actividades de tiempo libre?					
29	¿Con qué frecuencia bromean con usted por causa de su diabetes?					
30	¿Con qué frecuencia, siente que por su diabetes va al baño más que los demás ?					
31	¿Con qué frecuencia come algo que no debe, antes de decirle a alguien que tiene diabetes?					
32	¿Con qué frecuencia esconde a los demás el hecho de que usted está teniendo una reacción insulínica?					

33	¿Con qué frecuencia le preocupa que se casará?					
34	¿Con qué frecuencia le preocupa si tendrá hijos?					
35	¿Con qué frecuencia le preocupa si conseguirá el trabajo que desea?					
36	¿Con qué frecuencia le preocupa si le será denegado un seguro?					
37	¿Con qué frecuencia le preocupa si será capaz de completar su educación?					
38	¿Con qué frecuencia le preocupa si perderá el empleo ?					
39	¿Con qué frecuencia le preocupa si podrá ir de vacaciones o de viaje?					
40	¿Con qué frecuencia le preocupa si perderá el conocimiento?					
41	¿Con qué frecuencia le preocupa que su cuerpo parezca diferente a causa de su diabetes?					
42	¿Con qué frecuencia le preocupa si tendrá complicaciones debidas a su diabetes?					
43	¿Con qué frecuencia le preocupa si alguien no saldrá con usted a causa de su diabetes?					

ANEXO 3: MATRIZ DE CONFIABILIDAD

Ficha técnica

Instrumento	:	Cuestionario de adherencia al tratamiento Morisky Green
Autores	:	Fernando Valencia Monsalvez y Cols.
		Revisado: Perú. med. exp. salud publica vol.34 no.2 Lima abr./jun. 2017.
Adaptación	:	Morisky et al 2008
Objetivo:		Determinar si la escala de adherencia a la medicación de Morisky de 8 ítems (MMAS-8) es un instrumento útil en adultos mayores hipertensos que acuden a un centro de atención primaria-Chile.
Estructura	:	Estudio de campo con abordaje cuantitativo cuyo diseño fue de evaluación de pruebas diagnósticas.
Muestra	:	A 330 pacientes hipertensos mayores de 65 años
Sensibilidad	:	86%, 85%
Especificidad:		56%, 58%
Valor predictivo positivo	:	60%, 65%
Valor predictivo negativo	:	84%, 81%
Consistencia interna	:	Alfa de Cronbach 0,646
Categorización	:	Adherente al paciente que responde SI en la pregunta N°2 y NO en las preguntas 1,3 y 4, una mala adherencia si las respuestas son todas negativas.

Ficha técnica

Instrumento	: Cuestionario de Calidad de vida ESDQOL
Autores	: Rubén Maradiaga Figueroa y Cols.
Adaptación	: Versión modificada en español del cuestionario de medida de calidad de vida específica para Diabetes (EsDQOL) 2016
Objetivo	: Evaluar la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y determinar la confiabilidad de la versión modificada en español del cuestionario de medida de calidad de vida específica para Diabetes - (EsDQOL) - Honduras
Muestra	: 350 pacientes diabéticos
Estructura	: Estudio transversal cuantitativo con muestra de 350
Confiabilidad	: α de Cronbach de 0,85
Validez	: La correlación de Pearson $p < 0,01$
Categorización	: Para la dimensión satisfacción se considera bajo nivel de Satisfacción: 55 –75 puntos, regular nivel de satisfacción: 35 – 54 puntos, alto nivel de satisfacción: 15 – 34 puntos, la dimensión impacto alto nivel de impacto: 63 – 85 puntos, regular nivel de impacto: 40 - 62 puntos, bajo nivel de impacto: 17 – 39 puntos, en la dimensión preocupación social /vocacional alto nivel de preocupación: 27 – 35 puntos, regular nivel de preocupación: 17 - 26 puntos bajo nivel de preocupación:7–16 puntos, y en la dimensión preocupación relacionada a la enfermedad considero alto nivel de preocupación:16– 20 puntos, regular nivel de preocupación: 11 - 15 puntos, bajo nivel de preocupación: 5 –10 puntos.

Ficha técnica

- Instrumento : Cuestionario de Calidad de vida ESDQOL.
- Autor : Varillas Carranza, Bertha Milagros
- Adaptación : Versión modificada en español del cuestionario de medida de calidad de vida específica para Diabetes (EsDQOL)-Perú.
- Objetivo : Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2021.
- Muestra : 80 pacientes diabéticos
- Estructura : Este estudio es de tipo cuantitativo de nivel correlacional, diseño no experimental.
- Confiabilidad : Alfa de Cronbach de 0,81

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La confiabilidad del instrumento se determinó en función a la prueba Alfa de Cronbach, con una evaluación piloto con 30 pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, los cuales no fueron incluidos en el estudio final. El resultado de la prueba proporcionó un coeficiente de 0,81, lo que se interpreta como una confiabilidad muy alta.

Análisis de confiabilidad cuestionario calidad de vida

Alfa de Cronbach	N° elementos
0.81	30

$$\alpha = \frac{K}{k-1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

α = Alfa de Cronbach

α = Alfa de Cronbach

K= Número de ítems

V_i = Varianza de cada ítem

V_t =Varianza del total

Interpretación del coeficiente de confiabilidad

Rangos	Magnitud
0,81 a 1,00	Muy alta
0,61 a 0,80	Alta
0,41 a 0,60	Moderada
0,21 a 0,40	Baja
0,01 a 0,20	Muy baja

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tenga usted un buen día.

La presente, es para invitarlo de manera voluntaria a participar del estudio de investigación Adherencia al tratamiento y calidad de vida del paciente diabético de un hospital de EsSalud - Amazonas.

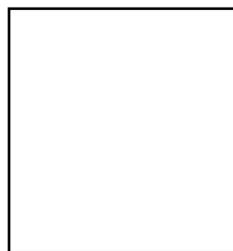
La información que usted nos proporcione, será con fines académicos y sus respuestas serán confidenciales, no van a ser revelados a otras personas, por lo tanto, no afectará su situación personal, ni de salud.

Luego de ser informado, acepta usted voluntariamente participar en este estudio y mediante la firma de este documento da su consentimiento, consciente que la información que brinde servirá de mucha ayuda.

Bagua Grande junio del 2022

.....

Firma del paciente



Huella

Pruebas de normalidad							
MORISKY GREEN		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
PUNTAJE	Adherido	.103	50	.200*	.980	50	.531
	No adherido	.082	93	.157	.967	93	.019

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Estadísticas de grupo					
MORISKY GREEN		N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
PUNTAJE	Adherido	50	137.50	17.543	2.481
	No adherido	93	118.61	14.420	1.495



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, GALVEZ DIAZ NORMA DEL CARMEN, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - CHICLAYO, asesor de Tesis titulada: "Adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes diabéticos de un Hospital de Essalud - Amazonas", cuyo autor es BUSTAMANTE RAMOS CARMELA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 15.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

CHICLAYO, 31 de Julio del 2022

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
GALVEZ DIAZ NORMA DEL CARMEN DNI: 17450252 ORCID: 0000-0002- 6975- 0972	Firmado electrónicamente por: GDIAZNC el 12-08- 2022 21:03:56

Código documento Trilce: TRI - 0382762