



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

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

**Creencias tradicionales y adherencia terapéutica en pacientes diabéticos
de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de Salud

AUTORA:

Br. Rosales Camacho, Laura Esther (ORCID: 0000-0002-1094-6452)

ASESOR:

Mgtr. Orihuela Salazar, Jimmy Carlos (ORCID: 0000-0001-5439-7785)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en salud

Lima-Perú.

2020

DEDICATORIA

A mis queridos padres, Paulina y Victor por su apoyo incondicional para culminar esta gran etapa. A mi hijo Joaquín, que es mi mayor inspiración para alcanzar todas mis metas.

AGRADECIMIENTO

Al Centro de Salud Trébol Azul y a todos los colaboradores, por las facilidades brindadas para la realización de la tesis. A los docentes de la maestría, por su orientación durante mis estudios. A mi asesor, Mg. Jimmy Orihuela Salazar, quien me ha orientado durante la elaboración, realización y culminación de mi tesis.

Presentación

Señores miembros del Jurado de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, Filial Lima Este, pongo a vuestra disposición la Tesis titulada: Creencias tradicionales y Adherencia terapéutica en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo; a fin de optar el grado de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud.

La finalidad de la presente investigación fue determinar la relación que existe entre Creencias tradicionales y Adherencia terapéutica en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020. Se buscó demostrar si existe relación estadística entre Creencias tradicionales y Adherencia terapéutica en pacientes diabéticos, la cual fue sustentada bajo antecedentes, fundamentos teóricos y metodológicos.

Este estudio se compone en seis capítulos siguiendo el protocolo propuesto por la Universidad César Vallejo.

En el primer capítulo se presenta la realidad problemática, los antecedentes de investigación, la fundamentación científica de las dos variables, las teorías y/o enfoques bajo las que se sustentan, sus dimensiones, indicadores, la justificación, el planteamiento del problema, los objetivos y la hipótesis. En el segundo capítulo se presentan el tipo y diseño de investigación, la operacionalización de las variables, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad, procedimiento, el método de análisis de datos y aspectos éticos. En el tercer capítulo se presenta el resultado descriptivo y el tratamiento de hipótesis. El cuarto capítulo está dedicado a la discusión de resultados. En el quinto capítulo se exponen las conclusiones de la investigación. En el sexto capítulo se formulan las recomendaciones y por último se presentan las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes.

La autora

Índice de contenidos

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Presentación	iv
Índice de contenidos	v
Índice de tablas	vii
Índice de figuras	ix
Resumen	x
Abstract	xi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	3
III. METODOLOGÍA	15
3.1 Tipo y diseño de investigación	15
3.2 Variables y operacionalización	15
3.3 Población, muestra y muestreo	19
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	19
3.5 Procedimientos	21
3.6 Método de análisis de datos	21
3.7 Aspectos éticos	22
IV. RESULTADOS	23
V. DISCUSIÓN	40
VI. CONCLUSIONES	45
VII. RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	54

- Anexo 1: Matriz de consistencia
- Anexo 2: Consentimiento informado
- Anexo 3: Instrumento de la variable Creencias tradicionales
- Anexo 4: Instrumento de la variable Adherencia terapéutica
- Anexo 5: Certificado de validez del instrumento que mide Creencias tradicionales
- Anexo 6: Certificado de validez del instrumento que mide Adherencia terapéutica
- Anexo 7: Declaración jurada de autoría y de la autorización para la publicación del artículo científico.
- Anexo 8: Artículo Científico
- Anexo 9: Dictamen final
- Anexo 10: Turnitin
- Anexo 11: Declaratoria de autenticidad del autor
- Anexo 12: Declaratoria de autenticidad del asesor
- Anexo 13: Acta de Sustentación de tesis
- Anexo 14: Autorización de publicación en repositorio institucional
- Anexo 15: Autorización de la versión final del trabajo de tesis

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de la variable: Creencias tradicionales	17
Tabla 2 Operacionalización de la variable: Adherencia Terapéutica	18
Tabla 3 Validez de contenido por juicio de expertos	19
Tabla 4 Resultado de Confiabilidad de primera variable	20
Tabla 5 Resultado de Confiabilidad de segunda variable	20
Tabla 6 Elaboración de las escalas de Estanones para las dimensiones	21
Tabla 7 Elaboración de las escalas de Estanones para las variables en estudio	21
Tabla 8 Resultado de la variable Creencias Tradicionales	23
Tabla 9 Resultado de la dimensión creencias religiosas de variable Creencias Tradicionales	24
Tabla 10 Resultado de la dimensión creencias en medicina popular de variable Creencias Tradicionales.	25
Tabla 11 Resultados de la variable Adherencia Terapéutica	26
Tabla 12 Resultados de la dimensión comportamiento terapéutico de variable Adherencia Terapéutica	27
Tabla 13 Resultados de la dimensión estilos de vida de variable Adherencia Terapéutica	28
Tabla 14 Relación entre creencias tradicionales y adherencia terapéutica en pacientes diabéticos	29
Tabla 15 Relación del Nivel dimensión creencias religiosas y comportamiento terapéutico	30
Tabla 16 Relación del Nivel dimensión creencias en medicina popular y comportamiento terapéutico	31
Tabla 17 Relación del Nivel dimensión creencias religiosas y estilos de vida	32
Tabla 18 Relación del Nivel Dimensión creencias en medicina popular y	33

estilos de vida	
Tabla 19 Prueba de Kolmogorov – Smirnov para una muestra	34
Tabla 20 Matriz de correlación entre creencias tradicionales y adherencia terapéutica en pacientes diabéticos	35
Tabla 21 Matriz de correlación entre creencias religiosas y comportamiento terapéutico en pacientes diabéticos	36
Tabla 22 Matriz de correlación entre creencias en medicina popular y comportamiento terapéutico en pacientes diabéticos	37
Tabla 23 Matriz de correlación entre creencias religiosas y estilos de vida en pacientes diabéticos	38
Tabla 24 Matriz de correlación entre creencias en medicina popular y estilos de vida en pacientes diabéticos	39

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de frecuencias de la variable Creencias tradicionales	23
Figura 2. Diagrama de frecuencias de la dimensión creencias religiosas	24
Figura 3. Diagrama de frecuencias de la dimensión creencias en medicina popular	25
Figura 4. Diagrama de frecuencias de la variable Adherencia terapéutica	26
Figura 5. Diagrama de frecuencias de la dimensión comportamiento terapéutico	27
Figura 6. Diagrama de frecuencias de la dimensión estilos de vida	28
Figura 7. Diagrama de la relación creencias tradicionales y adherencia terapéutica	29
Figura 8. Diagrama de la relación creencias religiosas y comportamiento terapéutico	30
Figura 9. Diagrama de la relación creencias en medicina popular y comportamiento terapéutico	31
Figura 10. Diagrama de la relación creencias religiosas y estilos de vida	32
Figura 11. Diagrama de la relación creencias en medicina popular y estilos de vida	33

RESUMEN

La presente tesis de maestría tuvo como objetivo general determinar la relación entre Creencias tradicionales y Adherencia terapéutica en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020. El diseño de la investigación fue no experimental con un enfoque tipo cuantitativo, correlacional simple y de corte transversal. En esta investigación se obtuvo la muestra de una población de 52 pacientes diabéticos que se atienden en un centro de salud primer nivel, a quienes se les realizó una encuesta haciendo uso de un cuestionario para llegar a medir la relación entre las variables creencias tradicionales y adherencia terapéutica. Seguidamente se realizaron idóneos análisis estadísticos que expresaron que el coeficiente de correlación de spearman es igual a -0.359 ; lo que da como resultado que existe una correlación negativa baja entre las variables creencias tradicionales y adherencia terapéutica y a su vez el nivel de significancia es de 0.009 con la cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna y da como resultado que existe una relación estadísticamente significativa entre las creencias tradicionales y adherencia terapéutica en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020.

Palabras clave: Creencias tradicionales, adherencia terapéutica y pacientes diabéticos

ABSTRACT

The objective of this master's thesis was to determine the relationship between traditional beliefs and therapeutic adherence in diabetic patients from a health center in San Juan de Miraflores 2020. The research design was non-experimental with a quantitative, correlational and simple approach cross section. In this research, a sample was obtained from a population of 52 diabetic patients treated at a first-level health center, who were surveyed using a questionnaire to measure the relationship between the variables traditional beliefs and adherence therapy. Then suitable statistical analyzes were carried out that expressed that the Spearman's correlation coefficient is equal to -0.359; and according to the correlation estimation scale, it results in a low negative correlation between the variables traditional beliefs and therapeutic adherence and in turn the significance level is 0.009 with which the null hypothesis is rejected and the Alternate hypothesis and resulting in that there is a statistically significant relationship between traditional beliefs and therapeutic adherence in diabetic patients from a health center in San Juan de Miraflores 2020.

Keywords: Traditional beliefs, therapeutic adherence and diabetic patients

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus, ha sido una de las enfermedades no transmisibles (ENT) que ha constituido una carga y un desafío para el desarrollo social y el crecimiento económico a nivel mundial; enfermedad crónica que se encontró relacionada a los malos hábitos y estilos de vida, inadecuada dieta y mínima o nula actividad física. Esta enfermedad se definió al no haber una adecuada función del páncreas, es decir el páncreas no elaboró adecuada cantidad de insulina (hormona que regula la glucosa) o cuando la insulina no se utilizó en forma adecuadamente por el organismo. La Diabetes pudo ser controlada adecuadamente siguiendo las indicaciones y cuidados adecuados, pero al no haber cuidado ni control se incrementan los niveles de glucosa en sangre (diabetes no controlada) ocasionando “hiperglicemia” lo que causa complicaciones micro vasculares y macro vasculares muy graves. Las complicaciones de la Diabetes representaron en los Sistemas de Salud de todos los países una elevada carga económica y como consecuencia impacto en la Economía mundial. Esta carga económica se visualizó tanto en los costos directos de la enfermedad (atención médica, medicinas, laboratorio, costo de equipos) como en los costos indirectos (pérdida del ingreso económico, horas de trabajo perdido). En el 2016, a nivel mundial ocurrieron 1,6 millones de muertes por complicaciones de la Diabetes Mellitus. En cuanto a las muertes por complicaciones de la Diabetes, el 43% ocurrieron prematuramente en personas menores de 70 años (1). Actualmente en nuestro país, la prevalencia general de diabetes se estimó en 7%, localizándose en nuestra costa la mayor prevalencia (8%). En Lima Metropolitana se consideró una prevalencia de 8.4% (01 de cada 12 personas tiene diabetes) (2) . Según la Encuesta demográfica del 2015 (Endes) se reportó que de los peruanos mayores de 15 años un 2,9% tienen diagnóstico de Diabetes Mellitus. El Dr. Jorge Hanco Saavedra del Ministerio de Salud refiere que solo el 73% de personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus han recibido tratamiento farmacológico, quedando un importante 27% sin tratar; la diabetes tipo 2 es la más común en nuestro país (95%). La Sociedad Peruana de Endocrinología nos informa que un 50% de los pacientes diabéticos han presentado Neuropatía Diabética, así como un 30% han presentado retinopatía y un 20% han presentado pie diabético.

Como complicación importante cabe resaltar que un 50% de diabéticos con pie diabético han terminado con la amputación de algún miembro. San Juan de Miraflores, uno de los distritos con gran población, se ha caracterizado por tener pobladores inmigrantes en casi su totalidad con creencias tradicionales muy arraigadas. El Centro de Salud Trébol Azul ubicado en este distrito, perteneciente al Ministerio de Salud de primer nivel de atención primaria (I-3) con una población de aproximadamente 30 000 habitantes de los cuales 16 000 habitantes son adultos y 3000 habitantes son adultos mayores con un promedio de 300 diabéticos nuevos al año, los cuales en su mayoría cuentan con Seguro de Salud (95 % tienen SIS). Se observó en nuestros pacientes diabéticos limitaciones físicas, como resultado de las complicaciones de su enfermedad que han limitado sus actividades cotidianas. El Centro de Salud Trébol Azul por su alta demanda en la atención y limitada oferta, no ha podido hacer un seguimiento adecuado del paciente diabético, los cuales no han acudido a sus controles en forma periódica, ya que solo se han atendido en forma constante un 20%. Entre las respuestas que dan los pacientes que no acuden a sus atenciones o chequeos periódicos resaltaron sus creencias tradicionales sean de índole religioso, cultural y social que han actuado en forma negativa en la adherencia al tratamiento, es por consiguiente que esta investigación encaminó sus estudios a determinar como se han relacionado las creencias tradicionales y la adherencia terapéutica en el paciente diabético de esta zona, así mismo se evidenció que la actitud de los pacientes ante la diabetes fue de no asumir con responsabilidad su situación de salud, ya que no siguieron las indicaciones médicas tanto farmacológicas y no farmacológicas, todo esto causado por la idiosincrasia, cultura, ideas y conocimientos erróneos aprendidos a lo largo de su vida. Como justificación social es importante la investigación porque nos ha brindado datos como sus creencias, los cuales sirvió como una fortaleza y oportunidad para evitar fracasos en la adherencia terapéutica. Como justificación teórica es importante porque ha proporcionado nuevos conocimientos de estas dos variables, conocer aspectos positivos para reforzar y aspectos negativos, en los que se va a trabajar. Como justificación práctica este estudio nos ayudó a elaborar estrategias como talleres de motivación, talleres educativos, clubes del paciente diabético entre otros para mejorar la adherencia terapéutica en estos pacientes. Esta

investigación tiene como finalidad poder plantear esta problemática que es una situación que se expresa de manera constante en esta zona, de tal forma se plantea el siguiente problema general del trabajo de investigación: ¿Cuál es la relación entre creencias tradicionales y adherencia terapéutica en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020? y como problemas específicos se determinan: ¿Cuál es la relación entre creencias religiosas y comportamiento terapéutico; entre creencias en medicina popular y comportamiento terapéutico, entre creencias religiosas y estilos de vida, entre creencias en medicina popular y estilos de vida en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020? En vista de los problemas planteados se expresa la Hipótesis General: Existe una relación estadísticamente significativa entre creencias tradicionales y adherencia terapéutica en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020. Igualmente se plantean estas hipótesis específicas: Existe relación estadísticamente significativa entre creencias religiosas y comportamiento terapéutico, entre creencias en medicina popular y comportamiento terapéutico, entre creencias religiosas y estilos de vida, entre creencias en medicina popular y estilos de vida en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020.

En consideración de la problemática general y específicas, se establece el objetivo general de esta investigación: Determinar la relación entre creencias tradicionales y adherencia terapéutica en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020 y como objetivos específicos se establecen: Determinar la relación entre creencias religiosas y comportamiento terapéutico, determinar la relación entre creencias en medicina popular y comportamiento terapéutico, determinar la relación entre creencias religiosas y estilos de vida y determinar la relación entre creencias en medicina popular y estilos de vida en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020.

I. MARCO TEÓRICO

La diabetes, enfermedad crónica que con sus complicaciones y muerte afecta la salud a nivel mundial, puede ser prevenida y controlada, el problema es la mala adherencia terapéutica que se ve influenciada por las creencias tradicionales de los pacientes, de

estas, las creencias populares han actuado de forma negativa en la adherencia terapéutica en los pacientes, ya que estos, de acuerdo a sus pensamientos han actuado sin darle adecuada importancia al tratamiento de la diabetes dando más importancia a sus creencias populares tomando actitudes y hábitos incorrectos. Por ello debemos mencionar que se han llevado diferentes estudios a nivel internacional. Tenemos que Calderón J (2015) realizó una investigación cuyo objetivo fue observar las creencias irracionales en pacientes diabéticos tipo 2, entre 40 y 50 años que asisten a la consulta médica. Fue un trabajo descriptivo, cuya selección fue muestreo no probabilístico. Como conclusión se demostró que no hay diferencia entre todas las creencias que se evaluaron, la creencia irracional mayoritaria fue la del éxito, es decir, las personas hacen demandas sobre ellas, en otros y el mundo y si estas demandas no se realizan, entonces las personas se sienten mal y se desvalorizan. (3) En este antecedente se evidencia que existe creencias particulares en pacientes diabéticos que influye en su conducta frente a su enfermedad. Este antecedente tiene similitud con la intención del presente proyecto de investigación. Martínez, J Díaz, A Guevara, M (2016) realizaron un estudio cuyo objetivo fue crear un instrumento para establecer adherencia terapéutica y creencias. El método utilizado fue un corte mixto que se dio en cuatro etapas, primero fue una revisión histórica, la segunda etapa fue la prescripción de teorías científicas o culturales a partir de entrevistas a 59 pacientes con diabetes y su análisis, en la tercera etapa los expertos se organizan y desarrollan proposiciones en base a los resultados obtenidos de las encuestas y en la cuarta etapa se usó estas proposiciones, el grado de adherencia y se elaboró un formulario con atribuciones. Como conclusión se expresa que las personas que tienen una enfermedad crónica cursan con un proceso de adherencia que es influenciado por las concepciones y creencias productos de la enfermedad (4). Este estudio nos ayuda a confirmar que en los pacientes diabéticos hay influencias como creencias y concepciones que afectan la adherencia al tratamiento, nos ayuda a profundizar más nuestro estudio.

Salazar, E (2018) efectuó una investigación cuyo objetivo fue identificar los principales mitos y creencias de los pacientes diabéticos tipo 2 (DMT2) atendidos en un establecimiento de atención médica. Utilizaron una muestra no aleatoria, que fue de

300 pacientes. Los participantes del estudio fueron pacientes con DMT2 con participación voluntaria entre los 20 a 95 años, ambos sexos. Como resultados obtenidos se contempló que el 21% de los pacientes diabéticos manifestó consumir algún remedio no farmacológico para el control de la enfermedad, que la insulina causa complicaciones 47 %, que daña los riñones 46.7 % y que produce ceguera 46.3 %. Como conclusión se menciona que los principales mitos y creencias observados en este estudio representan un acercamiento de lo que los pacientes con diabetes piensan o realizan en torno a su enfermedad (5). Este estudio nos sirve de base en demostrar que existen creencias que afectan negativamente la conducta adecuada de los pacientes frente a la Diabetes Mellitus. A su vez, Canul, L (2018) realizó una investigación con el fin de conocer la relación entre el orden sociocultural y el automanejo de la Diabetes tipo 2, considerando las creencias del mexicano, los rasgos de instrumentalidad, expresividad y ansiedad. La muestra fue de 100 pacientes diabéticos tipo 2 y 100 personas sin diabetes, entre los 30 a 60 años, con muestreo intencional por cuota, fue un estudio no experimental, correlacional de corte transversal. Se halló factores de expresividad en correlación negativa con el automanejo; factores de instrumentalidad y expresividad con correlación positiva. No hubo diferencias entre hombres y mujeres. Se detectó factores de creencias del mexicano en asociación positiva con indicadores de automanejo, observándose diferencias respecto a la muestra sin Diabetes, lo que puede indicar una acentuación de las creencias y la ejecución de conductas determinadas por el padecimiento (6). Este estudio se relaciona con nuestra investigación puesto que presenta aportes acerca de las dos variables en estudio, visualizándose en una realidad con culturas similares. También André, B y Marques, M (2019) ejecutaron una investigación cuyo fin fue observar las creencias en personas diabéticas (DMT2 y su relación con el uso de antidiabéticos orales, utilizando la teoría de la Conducta Planificada, fue un estudio descriptivo y participaron 32 pacientes DMT2 con medicación de antidiabéticos orales. Los resultados nos indican que entre las creencias de comportamiento resalta a favor: mantener control de la diabetes; y en contra: las molestias gástricas. En las creencias referentes a la normatividad resaltan la familia asignándole como referente social

(madre, hermanos, hijos). En relación con la continuidad de la medicación de la terapia oral y las creencias de control, a favor se indica que los medicamentos tomados con agua son fáciles, y refieren que la dificultad es el tamaño de las pastillas. Finalmente mencionaron que las creencias identificadas que se refieren a la conducta con el uso de terapia oral va a ayudar a crear y poner en prácticas estrategias educativas revirtiendo las creencias negativas y reforzando las creencias positivas en bien de la adherencia terapéutica (7). Este estudio nos ayuda a determinar que hay creencias positivas y negativas de acuerdo a la forma de ser de cada individuo, nos sirve como base para averiguar qué tipo de creencias tradicionales conducen a cada conducta particular.

En cuanto a investigaciones a nivel nacional tenemos que Robinet, A y Siccha, D (2015) llevaron a cabo una investigación con el propósito de observar la correspondencia entre la adherencia terapéutica y el nivel de conocimiento, este trabajo fue realizado en un Hospital de Trujillo en 150 pacientes con DMT2, fue un estudio descriptivo, de corte transversal y correlacional, concluyendo que el grupo que tenía alto nivel de conocimiento existía mayor adherencia terapéutica (8). Este estudio se relaciona con nuestro trabajo de investigación ya que aporta datos sobre las dos variables que vamos a estudiar.

Cutipa, L (2018) analizó la influencia de los factores en el grado de cumplimiento de la adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos de un Hospital en el año 2018, fue un estudio cuantitativo, transversal y no experimental, cuya muestra se constituyó por los casos nuevos de pacientes diabéticos. Se observó relación estadística muy significativa entre el tratamiento y los factores que se relacionan y el grado de cumplimiento de la adherencia terapéutica, también se determinó que no hay relación entre los factores que influyen: los que se relacionan con la enfermedad, los pacientes, el equipo asistencial y el cumplimiento de la adherencia terapéutica de estos pacientes. Se determina que no existe relación entre factores que influyen y el grado de cumplimiento de la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos (9). Este estudio aporta datos sobre la variable adherencia al tratamiento que vamos a evaluar en nuestro trabajo.

Velarde, L (2019) ejecutó una investigación cuyo fin fue concluir que el fracaso de los

diferentes tratamientos incluyendo la diabetes es causado principalmente por no cumplir el tratamiento farmacológico, lo cual conlleva a altos costos en salud, así como afecta la calidad de vida del paciente, obteniéndose finalmente resultados clínicos no positivos. Fue un estudio descriptivo, transversal cuya muestra fue de 254 diabéticos tipo 2; se usó un muestreo no probabilístico y un instrumento para medir que factores se asocian y el Test de Morisky-Green para la valoración de la adherencia en el tratamiento farmacológico (10). Este estudio nos brinda importantes datos sobre la variable adherencia terapéutica que vamos a estudiar. Muñoz, C (2019) realizó un estudio cuya finalidad fue definir la correspondencia entre las creencias acerca de los insumos terapéuticos y la no adherencia al tratamiento farmacológico. Se realizó un estudio tipo transversal, observacional, prospectivo y descriptivo, con 207 pacientes como muestra. Para definir la Adherencia aplicó el Test de Morisky-Green y para evaluar creencias aplicó el cuestionario Beliefs about Medicines Questionnaire (BQM). Se obtuvo que un 66% de pacientes no eran adherentes al tratamiento farmacológico; el daño sobre la medicación y las creencias sobre preocupación estaban relacionadas a la no adherencia farmacológica (11). Este estudio es importante porque aporta datos de una de las variables que estamos estudiando.

Mejía, J Carrasco, E Miguel, J Flores, S (2017) ejecutaron una investigación cuyo fin fue definir aceptación, conocimientos y el empleo de la medicina alternativa-complementaria (MAC) y la medicina tradicional peruana (MTP), se realizó en 351 pacientes de consulta externa de centros de salud del MINSA y Es Salud en Lima Metropolitana, se usó encuesta validada evaluando patrones de conocimiento, de uso y de aceptación de las terapias más usadas. Se observó que la “pasada de huevo” fue la terapia tradicional peruana más aceptada y conocida, así mismo la fitoterapia fue la terapia complementaria más aceptada y conocida, y el motivo por lo cual manifiestan la aceptación es por la “integración a la medicina convencional” (la medicina tradicional en un 20,5% y la medicina complementaria en un 29,9%) , del mismo modo el motivo de la no aceptación es por no tener bases científicas (la medicina tradicional en un 14.8%) y no estar legalmente reconocida (la medicina complementaria en un 29,9%). Así mismo las terapias de la medicina tradicional son menos utilizadas que las terapias

de la medicina complementaria (12) . Este estudio nos ayuda en nuestro trabajo al aportar datos de una de las variables a estudiar. Las creencias sobre la salud y su cuidado se expresa en ideas como las personas se aceptan , conservan y recuperan su salud , las creencias se originan y evolucionan dentro de una sociedad , las personas elaboran, aceptan y utilizan un conjunto de creencias sobre el cuidado de su salud y esto va depender de su posición social, es importante saber que las creencias de un grupo social o de una persona no son estáticas, cambian o evolucionan a través del tiempo en una cultura o entre las culturas. Las creencias van en conjunto con una poderosa fuerza que es la fe. Las creencias tradicionales son definidas como fenómenos dentro de una población que trae como consecuencia acciones específicas, los pobladores tienen sus creencias que han sido aprendidas de sus antepasados (familia – comunidad) y son asumidas como propias, producto de la tradición oral y ellos confían plenamente en estas. Analizando los determinantes de la salud se observa la influencia de las creencias tradicionales en relación con la práctica de la salud, y que las que han tenido y siguen aún teniendo especial repercusión en los sistemas de salud son las creencias en supersticiones, creencias religiosas y creencias en medicina popular (13). Las creencias tradicionales se originan y se desarrollan en un contexto social, y en nuestro país caracterizado por la gran diversidad geográfica ha dado origen a una variedad de conjuntos humanos con sus propias características sociales y culturales. Las personas con sus creencias tradicionales, constituyen “una institución vigorosa” ya que debido a sus prácticas asociadas con la salud y enfermedad llegan a crear conflictos con la medicina científica al causar una gran influencia en el rechazo o aceptación de los diferentes sistemas o servicios de salud. Importante mencionar que de las creencias tradicionales de nuestra población van a resaltar las supersticiones. Estas supersticiones han constituido desde hace mucho tiempo el eje de las prácticas en salud en muchos pueblos con sistemas sociales más primitivos, actualmente aún existen, mayormente en países en desarrollo como el nuestro y se observa que van cobrando mayor interés en países desarrollados ya que estos países están en búsqueda de nuevas medicinas alternativas. La mayor parte de las supersticiones consisten en atribuir propiedades curativas a elementos de distinta naturaleza, desde

pedras, metales hasta números y colores (13). El impacto de las creencias en la salud en el uso de terapias médicas no convencionales está bien documentado, el comportamiento de búsqueda de la salud es un proceso en el que las creencias socioculturales desempeñan un papel muy importante en moldear al uso de terapias no convencionales. El descontento que se percibe y la medicalización pura de la medicina occidental orientan a los individuos al uso de la medicina tradicional, las percepciones del origen de la enfermedad, los enfoques de sanación holística y natural, así como las percepciones de la calidad de atención atribuyen el uso generalizado de la medicina tradicional (14). Desde hace mucho tiempo, países de tercer mundo han utilizado la medicina popular, que combina curación de fe, hierbas y minerales. La OMS expone que en un promedio de hasta 80% de población indígenas o nativas de Asia y África confían en la medicina tradicional en su atención primaria en salud. Actualmente algunas compañías farmacéuticas han comenzado a estudiar y transformar la medicina popular en medicina ortodoxa (15). Otra de las creencias tradicionales más resaltantes es la creencia religiosa, la cual es descrita como un sistema de convicciones y prácticas espirituales, realizando adoración a deidad y deidades y que realizan actitudes como oraciones, meditación así como participación en ceremonias públicas (16). Los diferentes orígenes religiosos van a influir en las creencias sobre salud y enfermedad, de tal forma que es importante comprender la forma de practicar el autocuidado y la búsqueda de atención en los pacientes, ya que los orígenes religiosos va ser diferente de cultura en cultura (17). Los usuarios de medicina complementaria y tradicional muestran mucho interés en las terapias de carácter religioso y espiritual, debido a sus diversas fuerzas dinámicas, que incluye el efecto positivo sobre la salud, control de enfermedad, sensación de bienestar y en la mejora de la calidad de vida (18). Las influencias positivas y negativas de los elementos religiosos y espirituales en la adherencia terapéutica se expresa de acuerdo al tipo de problema de salud, esto es importante saber para orientarse en diseñar intervenciones estrategias para alentar actitudes de afrontamiento positivo y abordar los adversos, el profesional de salud debe ser consciente de esta situación (19). Las creencias sobre diabetes difieren entre los grupos étnicos, países en desarrollo tienden a estar asociados a una menor adherencia terapéutica, así como

atribuir la enfermedad a factores externos, religiosos, con mayor angustia y desconfianza en la capacidad del tratamiento para controlar la enfermedad (20). Debemos reconocer que las creencias religiosas ejercen una gran influencia en los diferentes componentes del sistema de salud, aunque esta se hace particularmente evidente en algunos servicios de salud que pueden ser limitados o excluidos como atenciones de salud relacionada a métodos anticonceptivos, aborto, circuncisión, entre otros. Algunos autores indican que siempre ha existido una medicina religiosa que se expresa no solo con la construcción de hospitales de caridad en las distintas religiones, sino en las oraciones preventivas y curativas, a los santos protectores de diferentes enfermedades (San Judas Tadeo, el santo de lo imposible...) En este sentido, la tradición religiosa se vincula con las enfermedades a castigos o pruebas enviadas por Dios, o bien a posesión demoniaca. Hoy en día la posesión demoniaca es considerada una enfermedad por la Iglesia Católica (13). Así mismo en un estudio en adultos hispanos en EEUU, por la alta incidencia y complicaciones por diabetes, se observó que las creencias religiosas, espirituales y la medicina popular influían de manera importante en la visión de los participantes sobre la diabetes y las opciones del tratamiento, un 78% de encuestados creían que la diabetes era voluntad de Dios y el 17% indicaron que utilizaban hierbas para tratar la diabetes (21). Un estudio realizado en México, en poblaciones indígenas se observó que la Diabetes Mellitus era vista como un destino fatal, con gran desconfianza a los tratamientos con insulina y diálisis, dicha situación se concibe como precursor a la muerte. También se observó la utilización de las plantas y la concepción de que son un tratamiento eficaz para esta enfermedad, así mismo se encontró una gran confianza en Dios para el éxito de la salud (22). También se analiza un estudio en pacientes diabéticos de Irán que tenían una alta actitud religiosa, con un moderado bienestar espiritual, gran esperanza y baja adherencia terapéutica, es decir se observó una correlación inversa de la adherencia terapéutica con la esperanza y bienestar espiritual (23). En EEUU, las creencias espirituales de los pacientes diabéticos afroamericanos influyen en las decisiones sobre preferencias sobre el tratamiento considerando que las creencias y prácticas religiosas es la forma más efectiva de influir en la curación, considerando a Dios como responsable de la salud y que el doctor es el instrumento de Dios. Para los proveedores

de atención médica es importante comprender las complejidades de la cultura y espiritualidad de estos pacientes (24). Un estudio resalta que la religión y la espiritualidad son utilizados como estrategias de afrontamiento para el control de la diabetes, la oración, la creencia en Dios, cambiar actitudes poco saludables, leer la Biblia y recurrir a personas religiosas o espirituales en busca de ayuda son las estrategias (25). Es importante resaltar la importancia de las prácticas espirituales y creencias religiosas en el autocuidado de la diabetes (26). Así mismo, la creencia en la medicina popular es imagen de un complejo cultural dominante que, a su vez, es el resultado de un traslado cultural entre los pueblos, producto del conjunto de saberes de distintas culturas expuestas durante siglos, lo que se ha expresado en lo que conocemos como curanderismo tradicional. Los cuidados de brujas, sanadores y curanderos son el producto de una mezcla de algún empirismo, artificios mágicos y algunas veces de elementos que se han aprendido en la medicina moderna (13). La creencia y el uso de la medicina tradicional o popular es aceptada en muchas comunidades, mayormente en países en desarrollo; las razones para hacer uso de la medicina tradicional es disponibilidad, suministro en grandes cantidades, más económica, influye mucho la familia, amigos, curanderos tradicionales (27). En un país asiático se realizó un estudio transversal al azar en el cual las hierbas han sido utilizadas durante mucho tiempo para tratar la diabetes, resaltando los conocimientos, actitudes y creencias sobre el uso de plantas para el control de la diabetes; casi un 64% usó plantas para controlar la diabetes, un 55.1% prefirió el uso de plantas a los medicamentos recetados, así también se concluyó que estos pacientes tenían en su mayoría bajo nivel de conocimiento (28). El uso de la medicina tradicional, complementaria–alternativa disminuye la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos de manera significativa. Los profesionales de la salud deben tener mayor conciencia y mejor capacitación sobre este tipo de medicina para proporcionar a los pacientes información relevante y ayudarlos en la toma de decisiones con respecto al uso de la medicina tradicional (29). Un estudio realizado en población indígena concluyó que la creencia más fuerte en esta población era que la diabetes era una asignación punitiva y religiosa, se observó aumento en el uso de la medicina tradicional en el tratamiento de la diabetes (30). La actitud de las personas ante la enfermedad o

la salud está influenciada por la cultura actual y dado el distanciamiento entre el saber científico y el saber popular, será necesario conocer las creencias existentes y no subestimarlas porque pueden condicionar la implantación y buen funcionamiento de los sistemas de salud. Así mismo esta medicina popular incorpora medicina basada en minerales, animales, vegetales y/o minerales, así como ejercicios individuales o en grupo, técnicas manuales, terapias espirituales aplicados a las personas para lograr el mantenimiento de un bienestar, así como diagnosticar, tratar y prevenir las enfermedades. Las creencias tradicionales inducen a las personas a usar plantas medicinales cuando tiene problemas de salud, se observa más en países en vías de desarrollo, son varias razones para el uso de plantas medicinales entre las que destacan tratamiento tradicional, eficacia y bajo costo (31). En Australia, un estudio a inmigrantes chinos diabéticos presentó que uno de cada diez incorporaba la medicina tradicional a su medicación, así como también la cuarta parte del grupo en cuestión sentía vergüenza cultural por su diabetes, las creencias más fuertes en el uso de medicina tradicional indicaron una peor adherencia a la medicación (32). Así mismo, en países en vías de desarrollo (Nigeria) en que en la mayor parte de la población diabética utiliza hierbas, con una alimentación con exceso de carbohidratos y acciones negativas en la adherencia terapéutica, se recomendó realizar actividades estratégicas con énfasis en mejorar la adherencia a la medicación y el régimen dietético en estos pacientes diabéticos (33). Se observa que los hispanos tienen más altas tasas de diabetes, en ellos las creencias culturales sobre la enfermedad son muy arraigadas y fuertes, refieren que emociones tipo susto y coraje son vistos como causantes de la diabetes y el fatalismo que experimentan influye negativamente para tratarse adecuadamente (34). Así mismo los asiáticos describen según sus creencias culturales, temores sobre toxicidad de los medicamentos como una barrera para tomar estos, así mismo la decisión sobre el uso de medicamentos se ve influenciada por sus creencias tradicionales y la interacción con los profesionales de la salud (35). Pacientes con enfermedades no transmisibles utilizan curanderos tradicionales, estos curanderos en Senegal refieren hacer uso de plantas, generalmente en forma de polvo, refiriendo poder reducir el azúcar en sangre, que pueden curar la diabetes, estos datos son importantes para conocer el tipo de práctica de estos curanderos y ser

correlacionados con los profesionales de la salud (36). La Adherencia terapéutica se define como la conducta de una persona al tomar la medicación, realizar cambios en su modo de vida, continuar con un régimen de alimentación adecuada, esto va ser el resultado de las recomendaciones que le ha dado el prestador de servicios de salud en la atención (37); la no adherencia terapéutica o problemas de ésta son poco atendidos, hay muy pocos estudios y escasas intervenciones, esto trae consecuencias económicas, psicosociales y en la salud (38). La OMS precisa que la adherencia terapéutica, es “cumplir con el tratamiento”; lo que incluye: toma de la medicación acorde con la dosis prescrita y la constancia a lo largo del tiempo en tomar el medicamento. Solo el 50% de pacientes crónicos llegan a cumplir el tratamiento indicado (en países desarrollados) y en algunas enfermedades específicas con mayor incidencia este valor se incrementa. Un problema de salud pública es la falta de adherencia al tratamiento y según la Organización Mundial de la Salud, las estrategias dirigidas para disminuir y/o suprimir las barreras a la adherencia del tratamiento deben ser un componente importante orientado a unir esfuerzos y mejorar la salud de estos pacientes, es decir tiene un enfoque multidisciplinario (39). La adherencia terapéutica es el establecimiento de un comportamiento adecuado: buscar la atención médica, obtener la medicina recetada, tomar la medicación de manera adecuada, cumplir con las citas de seguimiento y efectuar las modificaciones que sean pertinentes, desde el autocuidado hasta la higiene personal, es un proceso complejo (40). El comportamiento terapéutico es definido como un proceso complejo ya que incluye el buscar atención médica, obtener la medicina adecuada , toma adecuada de la medicación , cumplimiento de las consultas de seguimiento y efectuar las modificaciones indicadas (41). Aunque hay gran difusión de información, recomendaciones en los establecimientos de salud sobre cuidado de la enfermedad, aún persisten en los pacientes la baja y /o poca adherencia terapéutica y mejora de los estilos de vida saludable. Uno de nuestras grandes debilidades como prestadores de servicio es que el personal de salud no toma en cuenta, es decir, no le da la importancia debida e ignora las creencias de la población, esto actúa de manera negativa cuando brinda orientación.

Los estilos de vida, se definen como “una manera general de vida que se basa en la

interacción entre los patrones individuales de conducta y las condiciones de vida en un amplio sentido, que son determinados por características personales y factores socioculturales (42). Los estilos de vida saludables ofrecen muchos beneficios en la salud, el no cumplir los estilos de vida recomendados es un obstáculo difícil y muy frecuente en los pacientes. Asesoría conductual podría ayudar a la adherencia a estilos de vida saludables. Se debe tener en cuenta en el momento de desarrollar un enfoque idóneo y eficaz en el asesoramiento conductual, la motivación para el cambio y la resistencia que presentan estos individuos a alterar estos estilos de vida poco saludables (43). Pacientes diabéticos asiáticos manifestaron de acuerdo a sus creencias culturales – tradicionales factores que fueron barreras para el autocuidado de la diabetes como el fatalismo, baja autoeficacia, el costo del autocontrol, cultura y sentimientos negativos hacia la enfermedad (44). La adherencia terapéutica se relaciona con la autoeficacia, una relación directa positiva; es importante poner énfasis a la autoeficacia en las intervenciones educativas dirigidas a las poblaciones de menores recursos económicos (45). Estudios realizados en países en desarrollo nos expresan que en un número importante de pacientes diabéticos caracterizados por un nivel bajo de conocimientos, comportamientos de autocuidados malos y adherencia terapéutica de bajo nivel, se pueden realizar intervenciones integrales sobre el conocimiento de diabetes, adecuado comportamiento de autocuidado y adecuada adherencia terapéutica mediante el mejoramiento de la alfabetización en salud a través de una intervención transversal (46). Así mismo estudios acerca satisfacción y el estado de adherencia de los pacientes con diabetes mellitus refieren que existe asociación directa entre satisfacción del paciente y adherencia, de ahí la importancia de que el servicio de asistencia médica conozca y utilice las creencias de los pacientes en bien de lograr una adecuada adherencia terapéutica (47). Para lograr el éxito de la adherencia terapéutica y evitar complicaciones en la salud de un paciente diabético es muy importante crear lazos de unión entre los pacientes (sus ideas y creencias) y la ciencia en la práctica médica, todo esto va a traer una mejora en el éxito de la adherencia terapéutica mejorando la relación médico- paciente - comunidad, logrando un equilibrio entre el respeto de las creencias tradicionales de la comunidad y la adherencia terapéutica, de esta manera se logra el éxito del tratamiento y se evita

complicaciones en los pacientes diabéticos. Los latinos tienen mayor prevalencia de diabetes y sus complicaciones por sus creencias y actitudes frente a la diabetes, al usar remedios caseros en base de hierbas para mantener el control de su glucosa y las barreras para el autocontrol de la diabetes (48). La alfabetización en salud en adultos mayores diabéticos se relaciona en forma indirecta y negativa con la adherencia terapéutica y calidad de vida, es necesario dar importancia a la alfabetización sanitaria en los programas de promoción de la salud (49). Se ha visto que la mala adherencia trae mayores costos sanitarios, lo que sugiere que las estrategias que se realicen para intervenir el problema sean evaluadas por su costo - efectividad. A lo largo del tiempo, en los resultados clínicos de estudios realizados en casi cinco décadas no se ha prestado mucha atención al impacto en la mejora de la adherencia terapéutica (50).

II. METODOLOGÍA

3.1.- Tipo y diseño de la Investigación:

Tipo de investigación:

El diseño empleado en esta investigación es no experimental con un enfoque de tipo cuantitativo, correlacional y de corte transversal (51).

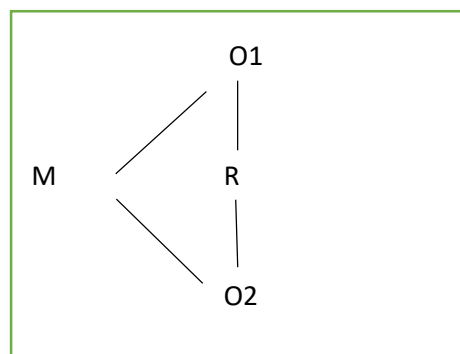
Diseño de la investigación:

El diseño de nuestra investigación es no experimental - correlación simple, ya que no hay manipulación de las variables, solo se establece la relación existente entre ellas (51).

3.2 Variables y Operacionalización

Primera Variable: Creencias tradicionales

Segunda Variable: Adherencia terapéutica.



M = Muestra

O1 = Creencias tradicionales

O2 = Adherencia terapéutica.

R = Relación de las variables de estudio

Primera Variable: Creencias tradicionales

Definición conceptual: Lamata define a las creencias tradicionales como fenómenos dentro de una población que trae como consecuencia acciones específicas, los pobladores tienen sus creencias que han sido aprendidas de sus antepasados (familia - comunidad) y son asumidas como propias, producto de la tradición oral y que confían plenamente en estas.

Definición operacional: Las creencias tradicionales que han tenido mayor repercusión y tienen especial importancia en el sistema de salud son las creencias religiosas y las creencias en la medicina popular.

Segunda Variable: Adherencia terapéutica

Definición conceptual: Ramos establece que la adherencia terapéutica es el establecimiento de un comportamiento adecuado: buscar la atención médica, obtener la medicina recetada, tomar la medicación de manera adecuada, cumplir con las citas de seguimiento y efectuar las modificaciones que sean pertinentes, desde el autocuidado hasta la higiene personal, es un proceso complejo.

Definición Operacional: La adherencia terapéutica se midió aplicando la adaptación de O2 instrumentos, para evaluar seguimiento del comportamiento terapéutico y los estilos de vida.

Tabla 1

Operacionalización de la variable: Creencias tradicionales

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
CREENCIAS TRADICIONALES	Las creencias tradicionales son fenómenos dentro de una población que trae como consecuencia acciones específicas, los pobladores tienen sus creencias que han sido aprendidas de sus antepasados (familia - comunidad) y son asumidas como propias, producto de la tradición oral y que confían plenamente en estas.	Las creencias tradicionales que han tenido mayor repercusión y tienen especial importancia en el sistema de salud son las creencias religiosas y las creencias en medicina popular.	CREENCIAS RELIGIOSAS	OPINIONES RELIGIOSAS	1,2,3,4, 5,6,7,8	CUALITATIVA	Ordinal de Likert
				ACTIVIDADES RELIGIOSAS	9,10, 11, 12	CUALITATIVA	Ordinal de Likert
			CREENCIAS EN MEDICINA POPULAR	MEDICINA TRADICIONAL	13,14, 15, 16	CUALITATIVA	Ordinal de Likert
				CURANDERISMO	17,18, 19,20	CUALITATIVA	Ordinal de Likert

Fuente: Elaboración propia

Tabla N 2

Operacionalización de la variable: Adherencia terapéutica

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
ADHERENCIA TERAPÉUTICA	La Adherencia terapéutica es definida como el grado de comportamiento de una persona en tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida; se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.	Esta variable se midió aplicando la adaptación de 02 instrumentos, para evaluar comportamiento terapéutico y estilos de vida.	COMPORTAMIENTO TERAPÉUTICO	CONOCIMIENTO	1,2,3,4, 5,6,7,8, 9,10,11, 12,13	CUALITATIVA	Ordinal de Likert
			ESTILOS DE VIDA	CUIDADO CORPORAL	14,15, 16	CUALITATIVA	Ordinal de Likert
				EJERCICIOS	17	CUALITATIVA	Ordinal de Likert
				DIETA	18,19, 20	CUALITATIVA	Ordinal de Likert

Fuente: Elaboración propia

2.3 Población, muestra y muestreo

2.3.1 Población de Estudio. La Población de estudio es conformada por los pacientes diabéticos que se atienden en consultorio externo de medicina del centro de salud Trébol Azul del distrito de San Juan de Miraflores del departamento de Lima entre los meses de enero y febrero 2020, el cual está constituida de 52 pacientes.

2.3.2 Muestra.

La muestra es igual a la población de estudio. 52

2.3.3 Muestreo.

El tipo de muestreo es no probabilístico censal

2.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Técnica: la encuesta

Instrumento: cuestionarios, fueron 02; un cuestionario para creencias tradicionales y un cuestionario para adherencia terapéutica, ambos cuestionarios fueron tipo Escala de Likert.

- Validación. Confiabilidad del instrumento

El instrumento utilizado en este estudio fue validado y sometido a criterio de 3 expertos del tema, es decir juicio de expertos, los cuales son profesionales altamente calificados y con carreras relacionadas al tema en cuestión.

Tabla 3

Validez de contenido por juicio de expertos

EXPERTO	RESULTADO
Mg Quiñonez Castillo, Ginno	Aplicable
Dra. Huayta Franco, Yolanda	Aplicable
Dr. Orihuela Salazar, Jimmy	Aplicable

- Confiabilidad del Instrumento

Para evaluar la confiabilidad de los instrumentos tanto para creencias tradicionales como adherencia terapéutica se utilizó la prueba de Alfa de Cronbach, porque los instrumentos están compuestos de ítems con escala de Likert. Los instrumentos de investigación se aplicaron a una muestra piloto de 20 pacientes diabéticos.

Según Ruíz Bolívar (2002), los valores del coeficiente de Alfa de Cronbach deben estar comprendidos entre 0 y 1, si estos valores se aproximan a la unidad nos harán ver que el instrumento es fiable, y sus mediciones son consistentes y estables.

Tabla 4.

Resultado de Confiabilidad de primera variable

Estadísticos de fiabilidad		
Variable	Alfa de Cronbach	Nº de elementos
Creencias Tradicionales	0,802	20

Tabla 4: dio como resultado el Alfa de Cronbach de 0,802 con un nivel de alta confiabilidad.

Tabla 5.

Resultado de Confiabilidad de segunda variable

Estadísticos de fiabilidad		
Variable	Alfa de Cronbach	Nº de elementos
Adherencia Terapéutica	0,831	20

Tabla 5: dio como resultado el Alfa de Cronbach de 0,831 con un nivel de alta confiabilidad.

2.5 Procedimientos

Para la presente tesis, se aplicó el instrumento a 52 pacientes diabéticos, en un tiempo aproximado de 20 minutos, los que fueron codificados y se hizo uso de una matriz de datos mediante un software estadístico llamado SPSS versión 25 para su tabulación.

2.6 Método de análisis de datos

Luego de tabular los datos, estos fueron procesados e interpretados. Para hallar la intensidad se trabajó utilizando la media aritmética y su desviación standard; a su vez se trabajó con un valor mínimo y un valor máximo para aplicar la técnica para escala de Estanones tanto a las dimensiones como las puntuaciones generales y hallar los límites de los intervalos agrupado en tres niveles: bajo, medio, alto para cada una de las dimensiones y de forma global también.

Tabla 6

Elaboración de las escalas de Estanones para las dimensiones

DIMENSIONES	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Linf	Lsup
<i>DIM_CREENC.RELIG</i>	52	24	55	45,69	7,848	38	54
<i>DIM_CREENC.MED_POPUL</i>	52	16	30	23,52	4,041	19	28
<i>DIM_COMP.TERAP</i>	52	28	47	37,83	4,038	34	42
<i>DIM_ESTILO_VIDA</i>	52	14	23	19,12	2,526	17	22

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7

Elaboración de las escalas de Estanones para las variables en estudio

VARIABLES	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Linf	Lsup
<i>CREENCIAS_TRADIC</i>	52	48	80	69,21	9,249	60	78
<i>ADHERENCIA_TERAP</i>	52	45	67	56,94	5,011	52	62

Fuente: Elaboración propia

2.7 Aspectos Éticos

Al Obtener la información de los pacientes, esta se efectuó a través del llenado del cuestionario, instrumento validado; se contó con la autorización del Jefe de las Redes integradas de Salud, lo cual se llevó a cabo de manera confidencial, voluntario y con consentimiento informado, resguardando la identidad de los participantes de este estudio.

III. RESULTADOS

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA UNIVARIADO

Tabla 8

Resultado de la variable Creencias Tradicionales

CREENCIAS TRADICIONALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
ALTA CREENCIA	5	9.6
MEDIANA CREENCIA	41	78.8
BAJA CREENCIA	6	11.5

Fuente: Elaboración propia

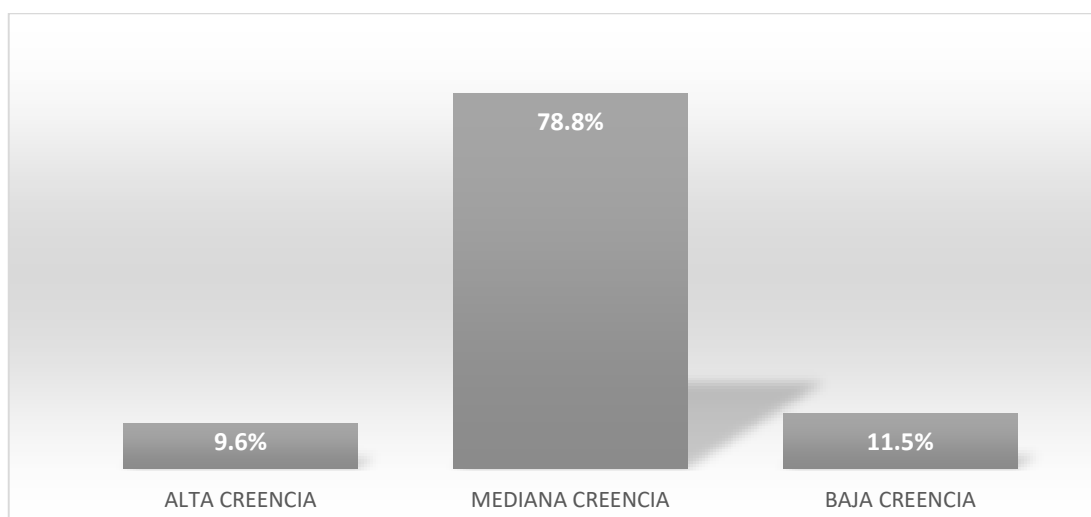


Figura 1. Diagrama de frecuencias de la variable Creencias Tradicionales

De la tabla 8 y figura 1 se muestra que de 52 pacientes diabéticos encuestados el 9,6% (5) tuvieron alta creencias tradicionales, 78,8% (41) mediana creencias y 11,5 (6) baja creencias tradicionales.

Tabla 9

Resultado de la dimensión creencias religiosas de variable Creencias Tradicionales

CREENCIAS RELIGIOSAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	%
ALTA RELIGIOSIDAD	6	11.5	
MEDIANA RELIGIOSIDAD	41	78.8	
BAJA RELIGIOSIDAD	5	9.6	

Fuente: Elaboración propia

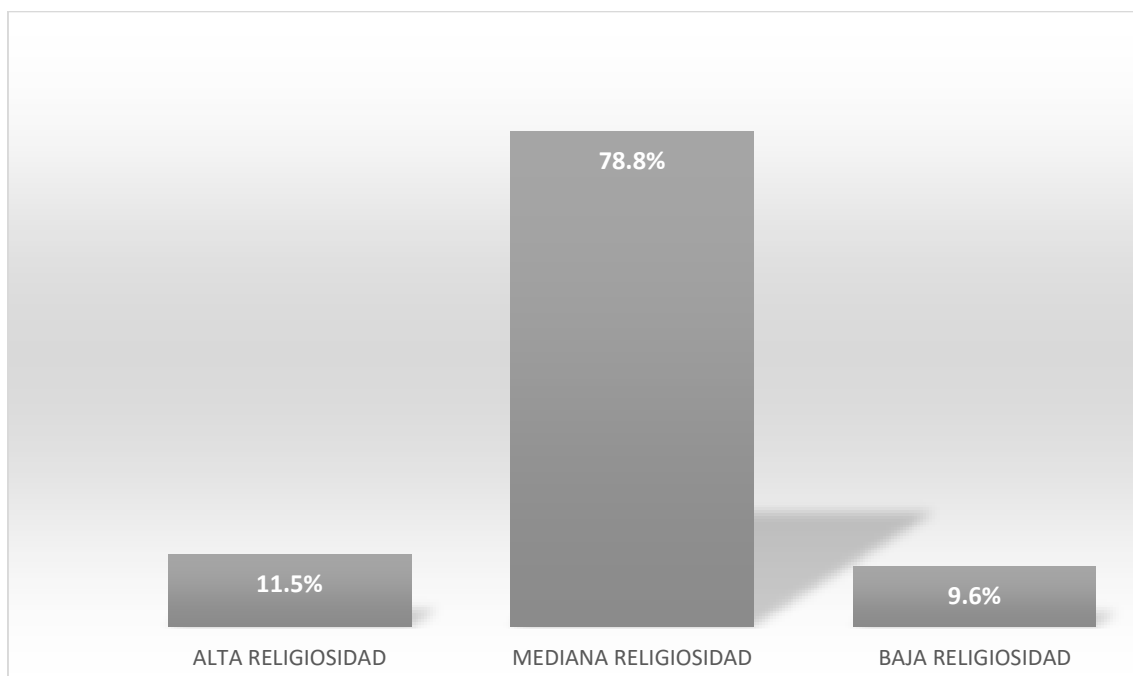


Figura 2. Diagrama de frecuencias de la dimensión creencias religiosas

En la tabla 9 y figura 2 se observa que 11,5% (6) manifestaron alta religiosidad, 78,8% (41) mediana religiosidad y 9,6% (5) baja religiosidad.

Tabla 10

Resultado de la dimensión creencias en medicina popular de variable Creencias Tradicionales

CREENCIAS EN MEDICINA POPULAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
ALTA CREENCIA	4	7.7
MEDIANA CREENCIA	39	75
BAJA CREENCIA	9	17.3

Fuente: Elaboración propia

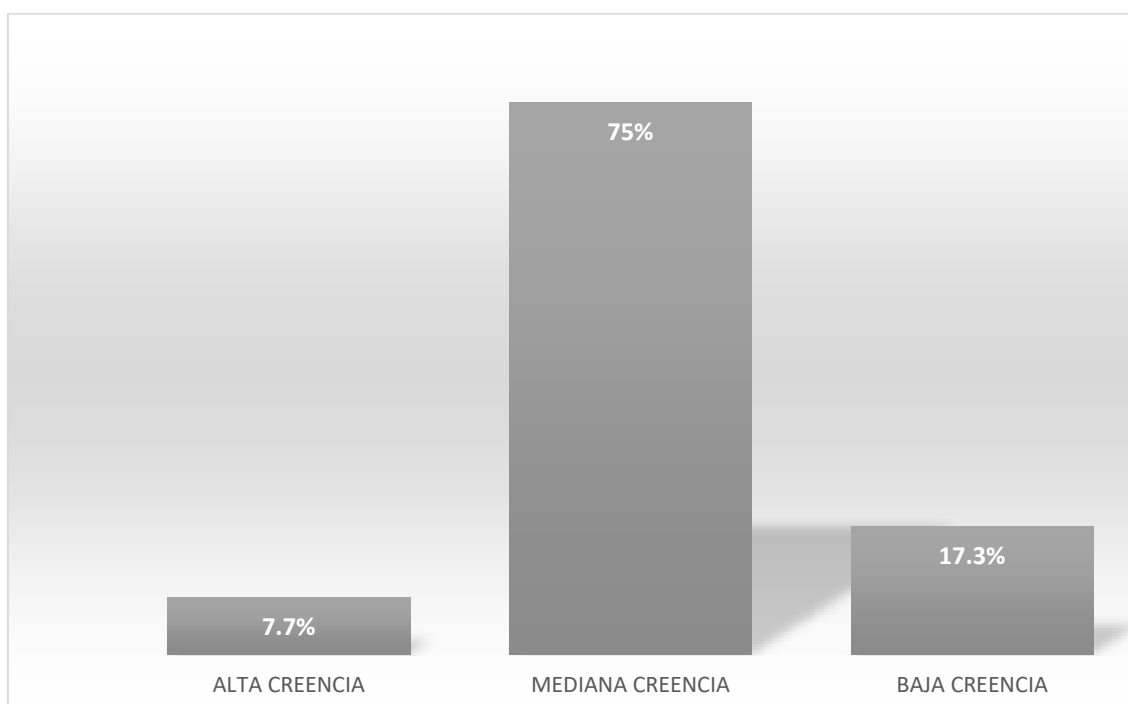


Figura 3. Diagrama de frecuencias de la dimensión creencias en medicina popular

La tabla 10 y la figura 3 se observa que el 7,7% (4) manifestaron alta creencia en la medicina popular, 75,0% (39) mediana creencia y 17,3% (9) bajo creencia en la medicina popular respectivamente.

Tabla 11

Resultados de la variable Adherencia Terapéutica

ADHERENCIA TERAPÉUTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
ALTO	9	17.3
MEDIO	35	67.3
BAJO	8	15.4

Fuente: Elaboración propia

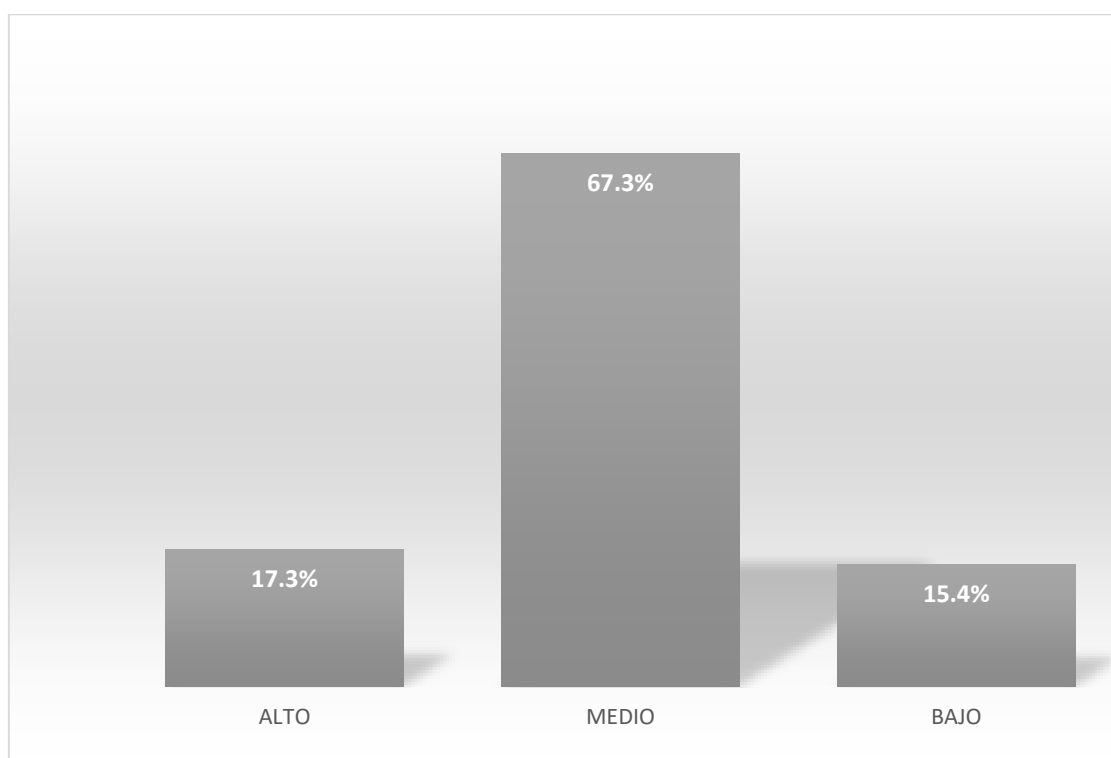


Figura 4. Diagrama de frecuencias de la variable Adherencia terapéutica

La Tabla 11 y la figura 4 muestran que de 52 pacientes diabéticos encuestados el 17,3% (9) tuvieron alta adherencia terapéutica, 67,3% (35) media adherencia terapéutica y 15,4 (8) baja adherencia terapéutica.

Tabla 12

Resultados de la dimensión comportamiento terapéutico de variable Adherencia Terapéutica

COMPORTAMIENTO TERAPÉUTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
ALTO	6	11.5
MEDIO	38	73.1
BAJO	8	15.4

Fuente: Elaboración propia

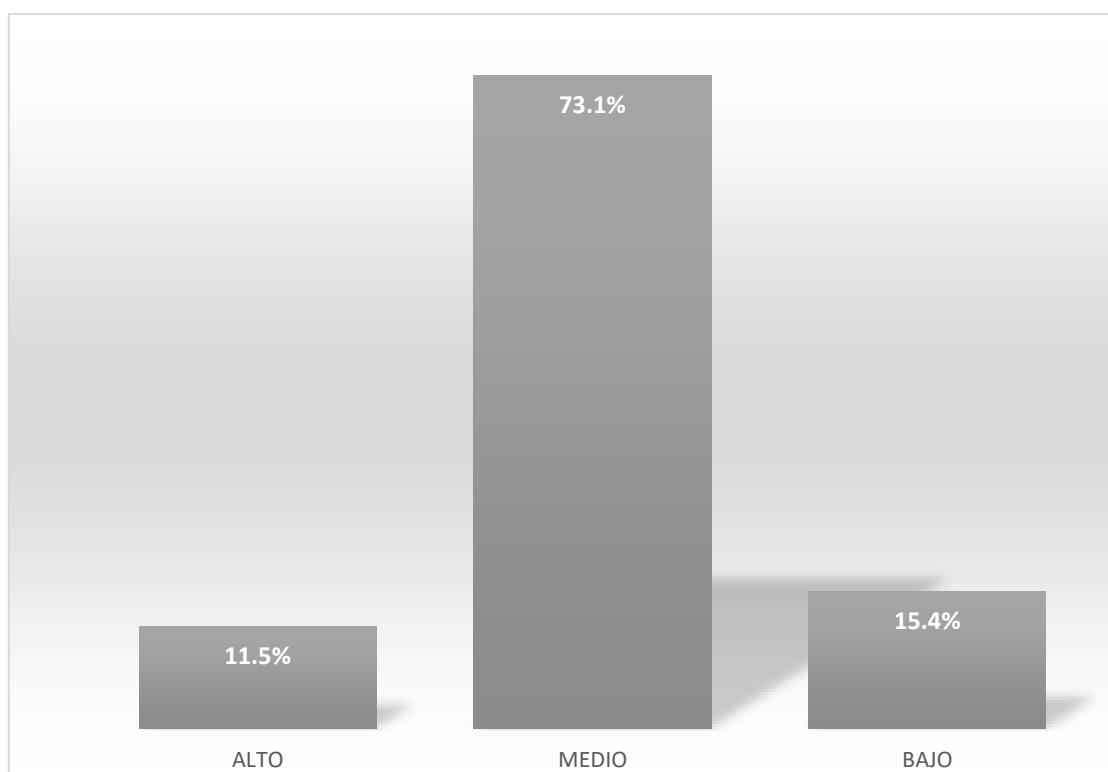


Figura 5. Diagrama de frecuencias de la dimensión comportamiento terapéutico

En la tabla 12 y figura 5 se evidenció también que 11,5% (6) manifestaron alto comportamiento terapéutico, 73,1% (38) medio comportamiento terapéutico y 15,4% (8) bajo comportamiento terapéutico.

Tabla 13

Resultados de la dimensión estilos de vida de variable Adherencia Terapéutica

ESTILOS DE VIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
MUY FAVORABLE	4	7.7
FAVORABLE	36	69.2
POCO FAVORABLE	12	23.1

Fuente: Elaboración propia

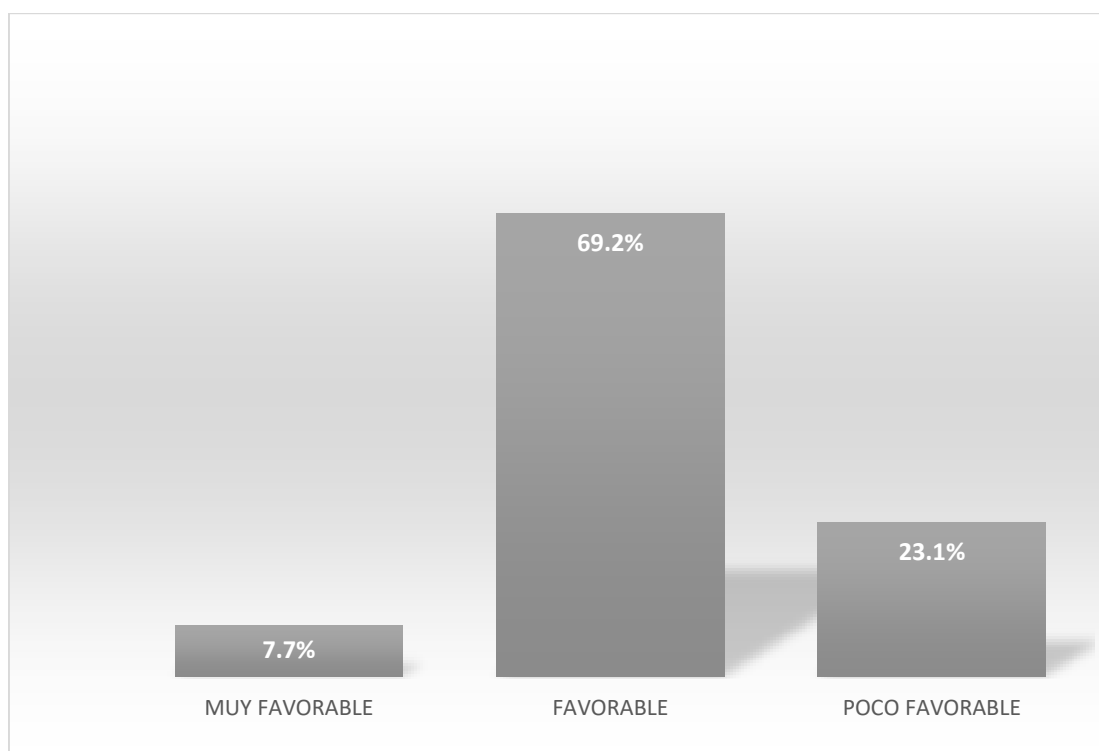


Figura 6. Diagrama de frecuencias de la dimensión estilos de vida

De la tabla 13 y figura 6 se muestra que el 7,7% (4) manifestaron estilo de vida muy favorable, 69,2% (36) estilo de vida favorable y 23,1% (12) poco estilo de vida favorable.

Estadística Descriptiva Bivariado

Tabla 14

Relación entre variables creencias tradicionales y adherencia terapéutica en pacientes diabéticos

			ADHERENCIA TERAPEUTICA			Total
			Alto	Medio	Bajo	
CREENCIAS TRADICIONALES	Alta creencia	N°	0	1	4	5
		%	0,0%	20,0%	80,0%	100,0%
	Mediana creencia	N°	8	29	4	41
		%	19,5%	70,7%	9,8%	100,0%
	Baja creencia	N°	1	5	0	6
		%	16,7%	83,3%	0,0%	100,0%
Total	N°	9	35	8	52	
	%	17,3%	67,3%	15,4%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

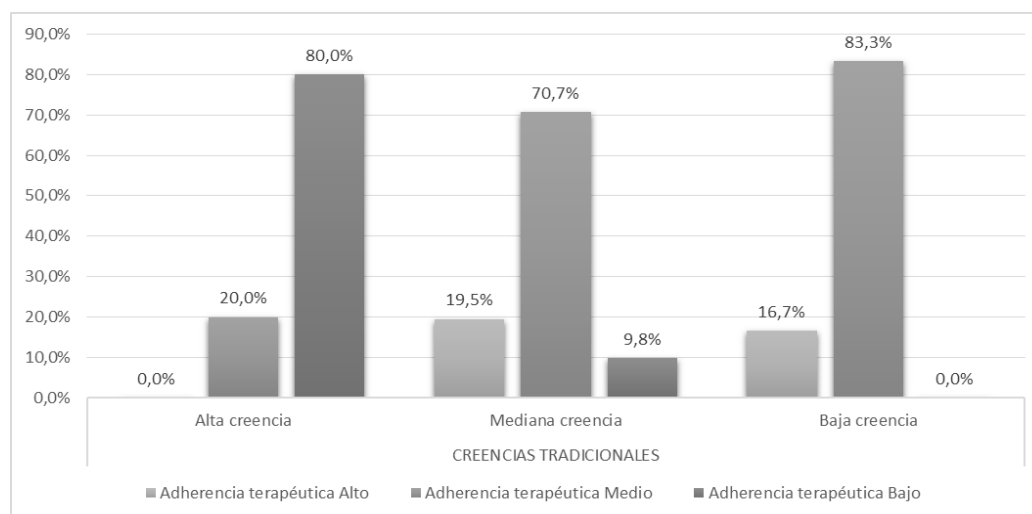


Figura 7. Diagrama de la relación creencias tradicionales y adherencia terapéutica

La tabla 14 y figura 7 muestra que los que tuvieron alta creencias tradicionales, el 20,0% (1) tuvieron una adherencia terapéutica media y 80% (4) una baja adherencia terapéutica; los que tuvieron mediana creencias tradicionales el 19,5% (8) tuvieron alta adherencia terapéutica, 70,7% (29) media adherencia terapéutica y 9,8% (4) con una adherencia terapéutica baja; y finalmente de los que presentaron baja creencias tradicionales el 16,7% (1) tuvieron adherencia terapéutica alta y 83,3% (5) adherencia terapéutica media.

Tabla 15

Relación del Nivel dimensión creencias religiosas y comportamiento terapéutico

			COMPORTAMIENTO TERAPEUTICO			Total
			Alto	Medio	Bajo	
CREENCIAS RELIGIOSAS	Alta religiosidad	Nº	0	6	0	6
		%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	Mediana religiosidad	Nº	6	32	3	41
		%	14,6%	78,0%	7,3%	100,0%
	Baja religiosidad	Nº	0	0	5	5
		%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Total		Nº	6	38	8	52
		%	11,5%	73,1%	15,4%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

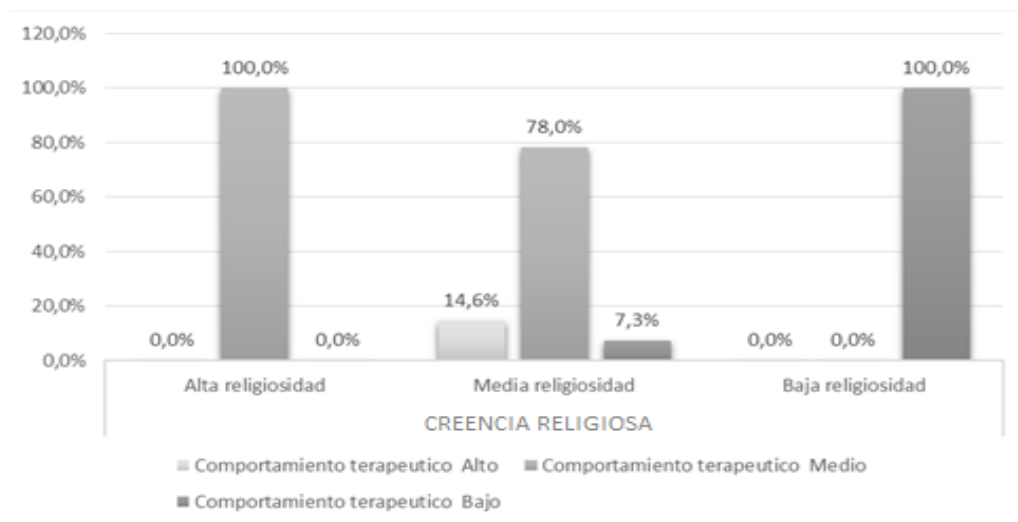


Figura 8. Diagrama de la relación creencias religiosas y comportamiento terapéutico

La tabla 15 y figura 8 muestra que los que obtuvieron alto nivel de religiosidad, el 100,0% (6) tuvo un comportamiento terapéutico medio, los que obtuvieron un nivel de religiosidad medio, el 14,6% (6) tuvo un comportamiento terapéutico alto, 78% (32) un comportamiento terapéutico medio y el 7,3%(3) un comportamiento terapéutico bajo y por último los que obtuvieron un bajo nivel de religiosidad el 100% (5) tuvo un comportamiento terapéutico bajo.

Tabla 16

Relación del Nivel dimensión creencias en medicina popular y comportamiento terapéutico

		COMPORTAMIENTO TERAPEUTICO			Total
		Alto	Medio	Bajo	
MUCHA creencia	N°	0	4	0	4
	%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
MEDIANA creencia	N°	2	29	8	39
	%	5,1%	74,4%	20,5%	100,0%
POCA creencia	N°	4	5	0	9
	%	44,4%	55,6%	0,0%	100,0%
Total	N°	6	38	8	52
	%	11,5%	73,1%	15,4%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

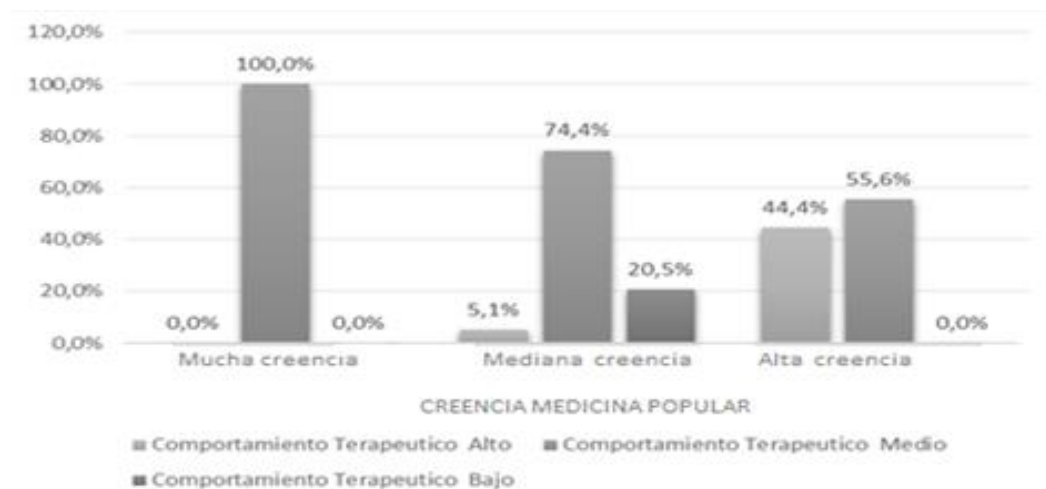


Figura 9. Diagrama de la relación creencias en medicina popular y comportamiento terapéutico

La tabla 16 y figura 9 muestra que los que tuvieron mucha creencia en la medicina popular, el 100,0% (4) tuvieron un comportamiento terapéutico medio, los de mediana creencia en la medicina tradicional, el 5,1% (2) tuvieron un comportamiento terapéutico alto, 74,4% (29) un comportamiento terapéutico medio y 20,5% (8) un comportamiento terapéutico bajo y de los que tuvieron poca creencia en la medicina popular el 44,4% (4) tuvieron un comportamiento terapéutico alto y 55,6% (5) un comportamiento terapéutico medio.

Tabla 17

Relación del Nivel dimensión creencias religiosas y estilos de vida

			ESTILO DE VIDA			Total
			Muy favorable	Medianamente favorable	Poco favorable	
CREENCIAS RELIGIOSAS	Alta religiosidad	N°	0	6	0	6
		%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	Mediana religiosidad	N°	4	25	12	41
		%	9,8%	61,0%	29,3%	100,0%
	Baja religiosidad	N°	0	5	0	5
		%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Total		N°	4	36	12	52
		%	7,7%	69,2%	23,1%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

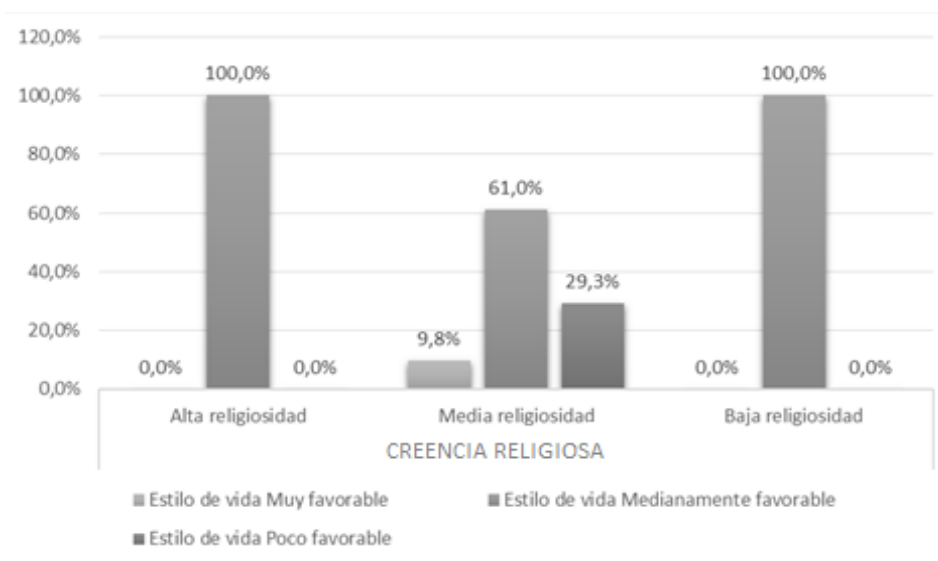


Figura 10. Diagrama de la relación creencias religiosas y estilos de vida

La tabla 17 y figura 10 muestra que los que obtuvieron alto nivel de religiosidad, el 100,0% (6) tuvo un estilo de vida medianamente favorable, los que obtuvieron un nivel de religiosidad medio, el 9,8% (4) tuvo un estilo de vida muy favorable, 61% (25) un estilo de vida favorable y el 29,3% (12) un estilo de vida poco favorable y finalmente los que obtuvieron un bajo nivel de religiosidad el 100% (5) tuvo un estilo de vida medianamente favorable.

Tabla 18

Relación Nivel dimensión creencias en medicina popular y estilos de vida

			ESTILO DE VIDA			Total
			Muy favorable	Medianamente favorable	Poco favorable	
CREENCIA EN MEDICINA POPULAR	Alta creencia	N°	0	4	0	4
		%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	Mediana creencia	N°	0	27	12	39
		%	0,0%	69,2%	30,8%	100,0%
	Poca creencia	N°	4	5	0	9
		%	44,4%	55,6%	0,0%	100,0%
Total	N°	4	36	12	52	
	%	7,7%	69,2%	23,1%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

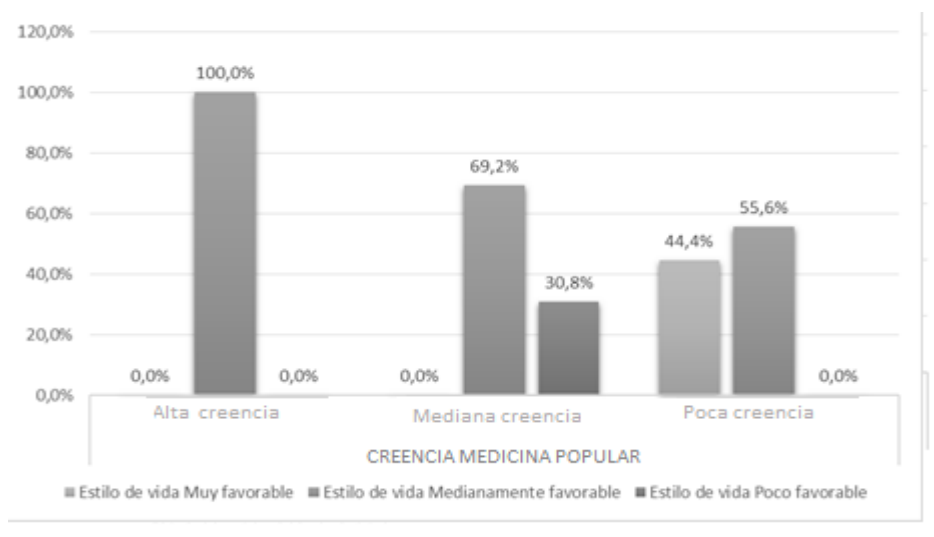


Figura 11. Diagrama de la Relación creencias en medicina popular y estilos de vida

La tabla 18 y figura 11 muestra que los que tuvieron alta creencia en la medicina popular, el 100,0% (4) tuvieron un estilo de vida medianamente favorable, los que tuvieron mediana creencia en la medicina popular, el 69,2 (27) tuvieron un estilo de vida medianamente favorable, 30,8% (12) un estilo de vida poco favorable y por último los que tuvieron poca creencia en la medicina popular el 44,4% (4) tuvieron un estilo de vida muy favorable, y 55,6% (5) un estilo de vida medianamente favorable respectivamente.

ESTADISTICA INFERENCIAL

Pruebas de Normalidad

Con la finalidad de presentar los resultados de forma adecuada, primero se observará si los datos cumplen con los criterios de normalidad, de acuerdo a ello se podrá usar alguna Prueba Paramétrica o no Paramétrica, Por lo consiguiente se procedió a analizar la Prueba de Normalidad mediante el estadístico de prueba de Kolmogorov-Smirnov, ya que la muestra planteada es mayor a 50 pacientes diabéticos y a criterio del investigador con un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$.

Se plantean las hipótesis:

Ho: Los datos tienen distribución normal.

H1: Los datos no tienen distribución normal

Tabla 19

Prueba de Kolmogorov – Smirnov para una muestra

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
CREENCIAS_TRADIC	,196	52	,000
ADHERENCIA_TERAP	,129	52	,030

En la tabla 19, podemos observar que la significancia de la muestra para las variables evaluadas es menor a 0,05, por lo que tanto rechazamos la hipótesis nula (Ho) y se concluye que los datos de la muestra estudiada no tienen distribución normal, por lo que el análisis inferencial se realizará con una prueba no paramétrica que mejor se ajuste a las variables en estudio.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Hipótesis General

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre creencias tradicionales y adherencia terapéutica en pacientes diabéticos.

H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre creencias tradicionales y adherencia terapéutica en pacientes diabéticos.

Tabla 20

Matriz de correlación entre creencias tradicionales y adherencia terapéutica en pacientes diabéticos.

		CREENCIAS_TRADIC (Agrupada)	
Rho de	CREENCIAS_TRADIC	Coefficiente de	1,000
Speaman	(Agrupada)	correlación	
		Sig. (bilateral)	
		N	52
	ADHERENCIA_TERAP	Coefficiente de	-,359**
	(Agrupada)	correlación	
		Sig. (bilateral)	0,009
		N	52

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 20 se observa que el grado de correlación entre los niveles de creencias tradicionales y adherencia terapéutica manejado por el Rho de Spearman es = - 0,359, esto nos hace ver que entre las dos variables hay una correlación negativa baja, con un p valor de 0.009, donde $p < 0,01$, es así que aceptamos la hipótesis alterna y rechazamos la hipótesis nula, al tener estos resultados se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre los niveles de creencias tradicionales y adherencia terapéutica.

Hipótesis Específica 1

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre creencias religiosas y comportamiento terapéutico en pacientes diabéticos.

H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre creencias religiosas y comportamiento terapéutico en pacientes diabéticos.

Tabla 21

Matriz de correlación entre creencias religiosas y comportamiento terapéutico en pacientes diabéticos

			DIM_ CR RELIG (Agrupada)
Rho de Spearman	DIM_ CR RELIG (Agrupada)	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	0,002
		N	52
	DIM_COMP_T ERAP (Agrupada)	Coeficiente de correlación	,412**
		Sig. (bilateral)	0,002
		N	52

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 21 se muestra el grado de correlación entre las dos variables creencias religiosas y comportamiento terapéutico, obteniéndose un Rho de Spearman = 0,412, lo cual nos indica una correlación positiva moderada entre las dos variables, por lo que aceptamos la hipótesis alterna y rechazamos la hipótesis nula, con un p valor de 0.002, donde p es < 0,01, concluyendo que existe una relación estadísticamente significativa entre las creencias religiosas y el comportamiento terapéutico.

Hipótesis Específica 2

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre creencias en medicina popular y comportamiento terapéutico en pacientes diabéticos.

H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre creencias en medicina popular y comportamiento terapéutico en pacientes diabéticos.

Tabla 22

Matriz de correlación entre creencias en medicina popular y comportamiento terapéutico en pacientes diabéticos

			DIM_CR MED_POPUL (Agrupada)
Rho de Spearman	DIM_CR MED_POPUL (Agrupada)	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	
		N	52
	DIM_COMP_TERAP (Agrupada)	Coefficiente de correlación	-,325*
		Sig. (bilateral)	0,019
		N	52

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

La tabla 22 nos muestra el grado de correlación entre las dos dimensiones creencias en medicina popular y comportamiento terapéutico obteniéndose un Rho de Spearman = - 0,325, la cual nos indica una correlación negativa baja entre las dos variables, por lo que aceptamos la hipótesis alterna y rechazamos la hipótesis nula, con un p valor de 0.019, donde $p < 0,05$ y concluimos que existe una relación estadísticamente significativa entre creencias en medicina popular y el comportamiento terapéutico.

Hipótesis Específica 3

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre creencias religiosas y estilos de vida en pacientes diabéticos.

H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre creencias religiosas y estilos de vida en pacientes diabéticos.

Tabla 23

Matriz de correlación entre creencias religiosas y estilos de vida en pacientes diabéticos

			DIM_CR_RELI (Agrupada)
Rho de Spearm an	DIM_CR_RELIG (Agrupada)	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	1,000
		N	52
	DIM_ESTILO_VIDA (Agrupada)	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	0,015
		N	52

N

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 23 se observa que el grado de correlación entre las creencias religiosas y estilos de vida en pacientes diabéticos manejado por el Rho de Spearman es = 0,015; esto expresa que entre las dos variables hay una correlación positiva muy baja, con un p valor de 0.914, donde $p > 0,05$, es así que aceptamos la hipótesis nula y al tener estos resultados se concluye que no existe una relación estadísticamente significativa entre las creencias religiosa y los estilos de vida.

Hipótesis Específica 4

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre creencias en medicina popular y estilos de vida en pacientes diabéticos.

H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre creencias en medicina popular y estilos de vida en pacientes diabéticos.

Tabla 24

Matriz de correlación entre creencias en medicina popular y estilos de vida en pacientes diabéticos

		DIM_ CR MED_ POPUL (Agrupada)	
Rho de Speaman	DIM_ CR MED_ POPUL (Agrupada)	Coefficiente de Sig. (bilateral) N	1,000 52
	DIM_ ESTILO_ VIDA (Agrupada)	Coefficiente de Sig. (bilateral) N	-,340* 0,014 52

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 24 se muestra el grado de correlación entre las dos variables creencias en medicina popular y estilo de vida, obteniéndose un Rho de Spearman = - 0,340, la cual nos indica una correlación negativa baja entre las dos variables, por lo que aceptamos la hipótesis alterna y rechazamos la hipótesis nula, con un p valor de 0.014, donde p es < 0,05, concluyendo que existe una relación estadísticamente significativa entre las creencias en medicina popular y estilo de vida.

IV. DISCUSIÓN

La finalidad del estudio fue hallar la relación de las creencias tradicionales y la adherencia terapéutica obteniéndose resultados mediante encuestas dirigidas a 52 pacientes diabéticos adultos y adultos mayores, con un nivel de investigación correlacional y una muestra constituida por 52 pacientes diabéticos, así mismo la técnica e instrumento fueron encuestas. La confiabilidad y validez estuvieron a cargo de juicios de expertos, con prueba piloto, correlación de Spearman. De los resultados obtenidos de los pacientes diabéticos encuestados el 9,6% tuvieron altas creencias tradicionales, 78,8% mediana creencias y 11,5 baja creencias tradicionales, de lo que resaltamos que casi un 80% tienen creencias tradicionales de importante intensidad, así mismo se observó que un 11,5% (6) manifestaron alta religiosidad, 78,8% (41) mediana religiosidad y 9,6% (5) baja religiosidad. Vemos que el 7,7% (4) manifestaron alta creencias en la medicina popular, 75,0% (39) mediana creencias y 17,3% (9) baja creencias de la medicina popular respectivamente. Según El Dr. Jorge Hanco Saavedra del Ministerio de Salud, solo el 73% de personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus han recibido tratamiento farmacológico, quedando un importante 27% sin tratar; la diabetes tipo 2 es la más común en nuestro país (95%). La Sociedad Peruana de Endocrinología nos informa que un 50% de los pacientes diabéticos han presentado Neuropatía Diabética, así como un 30% ha presentado retinopatía y un 20% han presentado pie diabético. Como complicación importante cabe resaltar que un 50% de pacientes diabéticos con pie diabético han terminado con la amputación de algún miembro.

En relación a la adherencia terapéutica, los resultados nos mencionan que, de 52 pacientes encuestados, tuvieron alta adherencia terapéutica el 17,3%, media adherencia terapéutica el 67,3% y baja adherencia terapéutica el 15,4%. También se evidenció que manifestaron alto comportamiento terapéutico el 11,5%, medio comportamiento terapéutico el 73,1% y bajo

comportamiento terapéutico el 15,4%. Asimismo, manifestaron un estilo de vida muy favorables el 7,7%, un estilo de vida favorable el 69,2% y poco estilo de vida favorable el 23,1%. Según Martín Alfonso (2014) la no adherencia terapéutica o problemas de adherencia terapéutica son poco atendidos, hay muy pocos estudios y escasas intervenciones, esto trae consecuencias de tipo económico, psicosocial y médico. De acuerdo a Walker (2014), la adherencia terapéutica se relaciona con la autoeficacia, una relación directa positiva, es importante poner énfasis la autoeficacia en las intervenciones educativas dirigidas a las poblaciones de menores recursos económicos.

De acuerdo al objetivo general que fue determinar la relación entre creencias tradicionales y adherencia terapéutica en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020 se expone que existe una relación estadísticamente significativa entre los niveles de creencias tradicionales y adherencia al tratamiento ($p=0.009$), la cual es baja y negativa ($Rho=-0,359$) lo que nos indica que la relación es indirecta, es decir a mayor creencias tradicionales menor es la adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos, así mismo podemos mencionar que del grupo con altas creencias tradicionales sólo el 20,0% llegó a tener una adherencia terapéutica media, este resultado coincide con Eh y McGill (2016) que en su investigación sobre los problemas culturales y otros factores que alteran el autocontrol en la diabetes mellitus en inmigrantes chinos en Australia, nos indican que de acuerdo a sus creencias tradicionales 10% incluían la medicina tradicional a su medicación, 25% sentía vergüenza de su enfermedad y a mayor uso de la medicina tradicional peor era su adherencia; también se observó similitud con la investigación de Moreira (2018) que expone hispanos, con altas tasas de diabetes con creencias culturales sobre la enfermedad muy arraigadas y fuertes, también que el fatalismo que experimentan por la enfermedad influye negativamente a tratarse adecuadamente. Kumar (2016) nos expuso que los asiáticos con creencias

tradicionales y su interacción con los profesionales constituyen una barrera para lograr una adherencia terapéutica.

De acuerdo al primer objetivo específico, determinar la relación entre creencias religiosas y comportamiento terapéutico nos indican que el coeficiente de correlación de spearman es de 0,412 lo que nos expresa que, si hay una correlación positiva moderada entre creencias religiosas y comportamiento terapéutico, igualmente se obtiene un valor de p igual a 0.002 que nos indica que existe una relación estadísticamente significativa entre creencias religiosas y el comportamiento terapéutico. Este resultado obtenido coincide con Johnson (2005) en Estados Unidos, quien consideró en su investigación que las creencias espirituales influían en las decisiones sobre lo que prefieren los pacientes afroamericanos acerca de tratamientos, lo que es oportuno comprender y entender las complejidades de la cultura y espiritualidad de estos pacientes. Badanta - Romero (2018) nos indican que las influencias positivas y negativas de los elementos religiosos y espirituales en la adherencia terapéutica se expresa de acuerdo al tipo de problema de salud. Cruz (2020) en su estudio sobre el significado de la diabetes en una población indígena de México, refirió que esta población manifestaba una gran confianza en Dios para el éxito de su salud.

Así mismo el segundo objetivo específico, determinar la relación entre creencias en medicina popular y comportamiento terapéutico nos indican que el coeficiente de correlación de spearman es de - 0,325 lo que nos expresa que si hay una correlación negativa baja entre creencias en medicina popular y comportamiento terapéutico, es decir una relación indirecta, a mayor creencias en la medicina popular menor es el comportamiento terapéutico en estos pacientes, igualmente se obtiene un valor de p igual a 0.019 que nos indica que existe una relación estadísticamente significativa entre creencias en medicina popular y el comportamiento terapéutico. Éste resultado coincide con Kamel (2017), quien al realizar un estudio transversal observó que las hierbas han sido utilizadas durante mucho tiempo, y la influencia de los conocimientos,

actitudes y creencias sobre el uso de plantas para el control de la diabetes, concluyó que de esta población casi un 64% usó plantas para controlar la diabetes, un 55.1% prefirió el uso de plantas a los medicamentos recetados, así también observó que estos pacientes tenían en su mayoría bajo nivel de conocimiento. Así mismo, Dieye (2008) en su estudio sobre las creencias tradicionales observa que las personas usan plantas medicinales cuando tiene problemas de salud y entre las razones para el uso de plantas medicinales destacan nivel educativo cultural, tratamiento tradicional, eficacia y bajo costo.

Con respecto al tercer objetivo , determinar la relación entre creencias religiosas y estilos de vida, se observa que el grado de correlación entre creencias religiosas y estilos de vida en pacientes diabéticos manejado por el coeficiente de correlación de spearman es de 0.015, lo que nos indica que existe una correlación positiva muy baja y tiene un valor de p igual a 0.914, lo que nos indica que no hay una relación estadísticamente significativa entre creencias religiosas y estilos de vida , concluyendo que en este grupo de pacientes no hay evidente relación entre la religiosidad con sus hábitos de vida lo que difiere con Hjelm (2003) quien presenta en su estudio que los diferentes orígenes religiosos van a influir en las creencias sobre salud y enfermedad y que es importante comprender la forma de practicar el autocuidado y la búsqueda de atención en los pacientes , ya que los orígenes religiosos va ser diferente de cultura en cultura. Quereshi (2018) según sus investigaciones observó que los usuarios de medicina complementaria y tradicional muestran mucho interés en las terapias de carácter religioso y espiritual, debido a sus diversas fuerzas dinámicas, que incluye el efecto positivo sobre la salud, control de enfermedad, sensación de bienestar y en la mejora de la calidad de vida.

Como cuarto objetivo específico, determinar la relación entre creencias en medicina popular y estilos de vida de los pacientes diabéticos, se observa que el coeficiente de correlación de spearman es de - 0,340 lo que nos expresa que hay una correlación negativa baja entre creencias en medicina

popular y estilos de vida, igualmente se obtiene un valor de p igual a 0.014, que nos indica que existe una relación estadísticamente significativa entre creencias en medicina popular y estilos de vida. Este resultado se refuerza por las investigaciones realizadas en países de vías de desarrollo por Enmanuel (2015), quien indica que el uso de hierbas y alimentación con carbohidratos en exceso se da en la mayor parte de la población y que esto repercute como acciones negativas en la adherencia terapéutica; concluye que las actividades estratégicas con énfasis en mejorar la adherencia a la medicación y régimen dietético adecuado deben realizarse regularmente en estos pacientes diabéticos. Igualmente, Lamata (1998) nos informan que las personas para mantener un buen estilo de vida y lograr un mantenimiento de su bienestar, usan medicina basada en minerales, vegetales y/o animales. También la investigación realizada por Zaldívar en el cual se observó que las creencias religiosas, espirituales y la medicina popular influían de manera importante en la visión de los participantes sobre la diabetes y las opciones del tratamiento. Elfina (2016) de acuerdo a su estudio sobre creencias tradicionales nos indica que el uso de la medicina tradicional complementaria - alternativa disminuye la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos de manera significativa.

V. CONCLUSIONES

PRIMERA

Existe una relación estadísticamente significativa entre los niveles de creencias tradicionales y adherencia terapéutica ($p=0.009$), la cual es baja y negativa ($Rho= - 0,359$). Con lo cual podemos mencionar que hay una relación indirecta entre estas dos variables, a mayores creencias tradicionales menor es la adherencia terapéutica.

SEGUNDA

Existe relación estadísticamente significativa entre creencias religiosas y comportamiento terapéutico en pacientes diabéticos ($p=0,002$), esto nos indica una correlación positiva moderada ($Rho = 0,412$). Con la cual podemos decir que existe una relación directamente proporcional entre ambas variables.

TERCERA

Existe relación estadísticamente significativa entre creencias en medicina popular y comportamiento terapéutico en pacientes diabéticos ($p=0,0019$) así también una correlación negativa baja ($Rho = - 0,325$). Con la cual podemos concluir que en mayores creencias en la medicina popular menor es el comportamiento terapéutico adecuado.

CUARTA

No existe relación estadísticamente significativa entre creencias religiosas y estilos de vida en pacientes diabéticos ($p=0,914$).

QUINTO

Existe relación estadísticamente significativa entre creencias en medicina popular y estilos de vida en pacientes diabéticos ($p=0,014$), así también una correlación negativa baja ($Rho = -0,340$). Con la cual podemos concluir que existe una relación indirecta entre estas dos variables, a mayores creencias en medicina popular menos estilos de vida adecuados.

VI. RECOMENDACIONES

PRIMERA

Establecer estrategias educativas orientadas a los pacientes diabéticos, como cursos y talleres considerándose la importancia e implicancia de las creencias tradicionales de los pacientes y la influencia en la adherencia terapéutica como una actividad en prevención de las complicaciones de la enfermedad, respetando las creencias de cada individuo, para proporcionar a los pacientes información relevante y ayudarlos en la toma de decisiones.

SEGUNDA

Capacitar de forma constante al personal asistencial destinado a atender a este grupo de pacientes, con cursos y talleres con la finalidad que estos brinden una atención médica completa, socializando la importancia a las creencias religiosas de los pacientes asumiendo que estas son un factor positivo al comportamiento terapéutico de los pacientes.

TERCERA

Coordinar con los profesionales de la salud que atienden pacientes diabéticos a que estimulen a estos pacientes hacia un comportamiento terapéutico adecuado considerando el uso de determinadas plantas en beneficio y disuadir el uso de plantas inadecuadas o que limitan el adecuado comportamiento terapéutico. Es importante conocer, para orientarse en diseñar intervenciones estrategias y alentar actitudes de afrontamiento positivo y abordar los hábitos adversos.

CUARTA

Hacer conocer los resultados del estudio, con la intención de detectar debilidades que deban ser fortalecidos, así como profundizar más en la investigación.

QUINTA

Realizar seguimientos y un monitoreo más estricto a los pacientes diabéticos en los estilos de vida del paciente para detectar actitudes negativas en el uso de la medicina popular y prevenir complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Identificación y prevalencia de la diabetes en el Perú. IRTP nacional.pe [Publicación periódica en línea] 2019. Noviembre 14 [Citado: 2020 mayo 10]; 1 (1). Disponible en: <https://www.radionacional.com.pe/informa/locales/identificación-y-prevalencia-de-la-diabetes-en-el-perú>
2. Día Mundial de la Diabetes: En el Perú el 50% de personas no está diagnosticada. Redacción Perú 21 [Publicación periódica en línea] 2016. Noviembre 14 [Citado: 2020 mayo 10]; Disponible: <https://peru21.pe/lima/dia-mundial-diabetes-peru-50-personas-diagnosticada-video-233290-noticia/?ref=p21r>
3. Calderón S. J. Creencias irracionales en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 entre 40 y 50 años. [Tesis para optar grado de licenciado en Psicología]. Guatemala. Universidad Rafael Landívar; 2015
4. Martínez J, Díaz A, Guevara M. La adherencia terapéutica y las creencias en torno a factores involucrados en la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial. Cultura del Cuidado Enfermería. 2016 Dec; 13(2): 15-28
5. Fonseca E, Ponce E, Jiménez I, Cervantes A, Jiménez J, Madrigal H. Mitos y Creencias sobre la diabetes en pacientes de una unidad médica de atención primaria en la Ciudad de México. Archivos en Medicina Familiar. 2018 Jan; 20(1): 15-21
6. Canul L. Creencias, Género, Ansiedad y su relación con el Automanejo de la Diabetes Tipo 2 en Pachuca, Hidalgo. [Tesis para obtener grado de Maestra en Ciencias Biomédicas y de la Salud]. San Agustín Tlaxiaca. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2018
7. André B, Marques M, Farias T, 1 Gouveia V, Dias W, Santos S. Beliefs related to oral antidiabetic use among individuals with diabetes. SciELO Analítico. 2020 Jan; 24(1):1-8
8. Rebines A, Siccha D. Nivel de conocimiento y adherencia terapéutica en adultos con diabetes mellitus tipo 2. Hospital I Luis Albrecht – 2015. [Tesis

- para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego – UPAO; 2015.
9. Cutipa L. Factores que influyen en el grado de cumplimiento de la adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos del Hospital Ilo, año 2018. [Tesis para obtener el grado académico de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud]. Lima. Universidad César Vallejo; 2018
 10. Velarde L. Adherencia al Tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en establecimiento de salud del primer nivel de atención del distrito de Independencia, julio - diciembre 2019. [Tesis para optar el título de especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria]. Lima; 2019.
 11. Muñoz C. Creencias sobre la medicación antidiabética asociadas con la no adherencia farmacológica de los pacientes diabéticos del Centro Asistencial Primario III Manuel Manrique Nevado. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Chiclayo; 2019.
 12. Mejía J, Carrasco E, Miguel J, Flores S. Conocimiento, aceptación y uso de medicina tradicional peruana y de medicina alternativa / complementaria en usuarios de consulta externa en Lima Metropolitana. *Revista Peruana de Medicina Integrativa*. 2017 Mar; 2(1): 47-57
 13. Lamata F. *Manual de administración y gestión sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos; 1998
 14. Gyasi R, Asante F, Abass K, Yeboah J, Adu-Gyamfi S, Amoah P. Do health beliefs explain traditional medical therapies utilisation? Evidence from Ghana. *Journal Cogent Social Sciences*. 2016 Jul; 2(1): 1-15
 15. Obika A, Eke O. Essay on Igbo Folk Medicine as an Indispensable Aspect of Health Care Delivery in the 21ST Century. *International Journal of English Literature and Social Sciences*. 2019 Nov; 4(6) 1677-1686
 16. Orozco C, Domínguez A. Diseño y validación de la Escala de Actitud Religiosa. *Revistas de Psicología Universidad de Chile*. 2014 May; 23(1): 3-11

17. Hjelm K, Bard K, Nyberg P, Apelqvist J. Religious and cultural distance in beliefs about health and illness in women with diabetes mellitus of different origin living in Sweden. *International journal of Nursing Studies*. 2003 Aug; 40(6): 627-643
18. Qureshi N, Abdelmoneim A, Mohammad S. Spiritual and Religious Healing Practices: Some Reflections from Saudi National Center for Complementary and Alternative Medicine, Riyadh. *Journal of Religion and Health*. 2018 Jul, 59 (2): 845-869
19. Badanta- Romero B, Diego – Cordero R, Rivilla Garcia E. Influence of Religious and Spiritual Elements on Adherence to Pharmacological Treatment. *Journal of religión and Health*. 2018 Mar; 57 (1): 1905 -1917
20. Barnes L, Moss-Morris R, Kaufusi M. Illness beliefs and adherence in diabetes mellitus: a comparison between Tongan and European patients. *The New Zealand Medical Journal*. 2004 Jan; 117(1188):10-18
21. Zaldivar A, smolowitz J. Perceptions of the Importance Placed on Religión and Folk Medicine by Non-Mexican-American Hispanic Adults with Diabetes. *Diabetes Educ*. 1994 Aug; 20(4): 303-306
22. Cruz-Sanchez M, Cruz-Arceo M. El significado de la diabetes mellitus entre indígenas chontales de Tabasco, México. *Población y Salud en Mesoamerica*. 2020 Jun; 18(1): 1-26
23. Javanmardifard S, Heidari S, Sanjari M, Yazdanmehr M, Shirazi F. The relationship between spiritual well-being and hope, and adherence to treatment regimen in patients with diabetes. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders* . 2020 July; 3(1):20-25
24. Johnson K, Elbert-Avila K James T. The influence of spiritual beliefs and practices on the treatment preferences of African Americans: a review of the literatura. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005 March; 53(4): 711-719
25. Namageyo-Funa A, Muilenburg J, Wilson Mark. The Role of Religion and Spirituality in Coping with Type 2 Diabetes: A Qualitative Study among Black Men. *Journal of religion and health*. 2013 Dec; 54(1): 242 – 252

26. Watkins Y, Quinn L, Ruggiero L, Quinn T, Choi Y. Spiritual and Religious Beliefs and Practices, and Social support's relationship to diabetes self-care activities in African Americans. *Diabetes Educ.* 2013 March; 39(2): 231-239
27. Rutebemberwa E, Lubega M, Katureebe S, Oundo A. Use of traditional medicine for the treatment of diabetes in Eastern Uganda: a qualitative exploration of reasons for choice. *BMC International Health and Human Rights.* 2013 Jan; 13(1): 1-7
28. Kamel F, Magadmi R, Hagraas M, Magadmi B, AlAhmad R. Knowledge, attitude, and beliefs toward traditional herbal medicine use among diabetics in Jeddah Saudi Arabia. *Complementary Therapies in Clinical Practice.* 2017 Nov; 29(1): 207-212
29. Alfian S, Sukandar H, Arisanti N, Abdulah R. Complementary and alternative medicine use decreases adherence to prescribed medication in diabetes patients. *Annals of tropical Medicine and Public Health.* 2016 May; 9(3): 174 – 179
30. Espinoza R, Castañeda S, Perez R, Nodora J, Gonzales P, Julián E. Diabetes Cultural Beliefs and Traditional Medicine Use Among Health Center Patients in Oaxaca, México. *Journal of Immigrant and Minority Health* . 2015 dec; 18(1): 1413-1422
31. Dièye A, Sarr A, Diop Saïd; Ndiaye M, Sy G, Mounibé D, et al. Medicinal plants and the treatment of diabetes in Senegal: survey with patients. *British Journal of Pharmacology.* 2008 Feb; 22(2):211-216.
32. Eh K, McGill M, Wong J, Krass I. Cultural issues and other factors that affect self-management of Type 2 Diabetes Mellitus (T2D) by Chinese immigrants in Australia. *Diabetes Research and Clinical Practice.* 2016 sep; 119(1): 97 - 105
33. Emmanuel O, Otovwe A. Patterns of adherence to management among patients with type 2 diabetes mellitus in South-South Region with type 2 diabetes mellitus in South-South Region of Nigeria. *Journal of Social Health and Diabetes.* 2015 Dec; 3(2): 115-123

34. Moreira T, Hernandez D, Johnston C. Susto, Coraje, y Fatalismo: Cultural-Bound Beliefs and the Treatment of Diabetes Among Socioeconomically Disadvantaged Hispanics. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2018 Feb; 12 (1): 30-33
35. Kumar K, Greenfield S, Raza K, Gill P, Stack R. Understanding adherence-related beliefs about medicine amongst patients of South Asian origin with diabetes and cardiovascular disease patients: a qualitative synthesis. *BMC Endocrine Disorders*. 2016 May; 16(1): 24-26
36. Hammond N, Belue R, Elewonibi B, Moise R, Leuenberger L, Hughes G. Traditional healers in Senegal: Characteristics and beliefs about treatment of diabetes. *International Journal of Noncommunicable Diseases*. 2019 Dec; 4(4): 115-120
37. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo Pruebas para la acción. Ginebra. 2004 from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
38. Martin L, Grau J, Espinosa A. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2014 Feb; 40(2): 225 – 238
39. Diálogos Pfizer pacientes.org [Internet] Castro A, Barreto J, García F, Cruz E, Soto J, Álvarez J. La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. 2019 available from: https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf.
40. Ramos L. La Adherencia al tratamiento en las Enfermedades Crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul*. 2015 jul; 16(2): 175-189.
41. Reyes E, Trejo R, Arguijo S, Jiménez A, Castillo A, Hernández A, Mazzoni L. Adherencia Terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Rev Med Hondur*. 2016 set; 84 (3): 125-132.
42. Cerón C. Universidad y Salud. *Revista Cesun*. 2012 Jul; 14(2): 1

43. Stonerock G, Blumenthal J. Role of Counseling to Promote Adherence in Healthy Lifestyle Medicine: Strategies to Improve Exercise Adherence and Enhance Physical Activity. *Progress in cardiovascular diseases*. 2017 September; 59(5): 455-462
44. Subhi L, Kendall P, Shafae M, Al-Adawi S. Health Beliefs of People with Type 2 Diabetes in Primary Health Care in Muscat, Oman: A Qualitative Approach. *International Journal of Clinical Nutrition & Dietetics*. 2016 May; 2(1): 1-7
45. Walker R, Smalls B, Hernandez –Tejada M, Campell J, Egede L. Effect of Diabetes Self-Efficacy on Glycemic Control, Medication Adherence, Self-Care Behaviors, and Quality of Life in a Predominantly Low-Income, Minority Population. *Ethnicity & Disease*. 2014 december; 24(3): 349-355
46. Kassahun T, Gesese H, Mwanri L, Eshetie T. Diabetes related knowledge, self-care behaviours and adherence to medications among diabetic patients in Southwest Ethiopia: a cross-sectional survey. *BMC endocrine disorders*. 2016 May; 16(28): 1-11
47. Bakar Z, Fahrni M, Khan T. Patient satisfaction and medication adherence assessment amongst patients at the diabetes medication therapy adherence clinic. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2016 Jun; 10(2): 139 -143
48. Sullivan L, Hicks P, Salazar G, Robinson C. Patient Beliefs and Sense of Control Among Spanish-Speaking Patients with Diabetes in Northeast Colorado. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2009 March; 12(3): 384-389
49. Kooshyar H, Shoorvazi M, Dalir Z, Hosseini M. Health Literacy and its Relationship with Medical Adherence and Health-Related Quality of Life in Diabetic Community-Residing elderly. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2014 Jan; 23 (1): 134-143.
50. Dunbar J, Mortimer M. Treatment adherence in chronic disease. *J Clin Epidemiol*. 2001 Dec; 54(1): 57-60.

51. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación.3 ed. México DF. McGraw-Hill: 2010

ANEXOS

ANEXO 1: Matriz de consistencia.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE INDICADOR	METODOLOGÍA
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL		
<p>¿Cuál es la relación entre creencias tradicionales y adherencia terapéutica en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>1. ¿Cuál es la relación entre creencias religiosas y comportamiento terapéutico en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020?</p> <p>2. ¿Cuál es la relación entre creencias en medicina popular y comportamiento terapéutico en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020?</p> <p>3. ¿Cuál es la relación entre creencias religiosas y estilos de vida en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020?</p> <p>4. ¿Cuál es la relación entre creencias en medicina popular y estilos de vida en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020?</p>	<p>Determinar la relación entre creencias tradicionales y adherencia terapéutica en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>1. Determinar la relación entre creencias religiosas y comportamiento terapéutico en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020.</p> <p>2. Determinar la relación entre creencias en medicina popular y comportamiento terapéutico en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020.</p> <p>3. Determinar la relación entre creencias religiosas y estilos de vida en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020.</p> <p>4. Determinar la relación entre creencias en medicina popular y estilos de vida en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020.</p>	<p>Existe una relación estadísticamente significativa entre las creencias tradicionales y adherencia terapéutica en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>1. Existe relación estadísticamente significativa entre creencias religiosas y comportamiento terapéutico en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020.</p> <p>2. Existe relación estadísticamente significativa entre creencias en medicina popular y comportamiento terapéutico en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020.</p> <p>3. Existe relación estadísticamente significativa entre creencias religiosas y estilos de vida en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020.</p> <p>4. Existe relación estadísticamente significativa entre creencias en medicina popular y estilos de vida en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020.</p>	<p>V 1: CREENCIAS TRADICIONALES</p> <p>Dimensiones</p> <p>1. CREENCIAS RELIGIOSAS</p> <p>INDICADORES: OPINIONES RELIGIOSAS ACTIVIDADES RELIGIOSAS</p> <p>2. CREENCIAS EN MEDICINA POPULAR</p> <p>INDICADORES: MEDICINA TRADICIONAL CURANDERISMO</p> <p>V 2: ADHERENCIA TERAPÉUTICA</p> <p>Dimensiones</p> <p>1. COMPORTAMIENTO TERAPÉUTICO</p> <p>INDICADORES: CONOCIMIENTO</p> <p>2. ESTILOS DE VIDA</p> <p>INDICADORES: CUIDADO CORPORAL EJERCICIOS DIETA</p>	<p>DISEÑO: Descriptivo correlacional, de corte transversal.</p> <p>REPRESENTACIÓN GRÁFICA</p> <p>DONDE: M = muestra Ox = variable: creencias tradicionales Yx = variable: adherencia terapéutica r = correlación</p> <pre> graph TD M[M] --> Ox[Ox] M --> Yx[Yx] Ox --- r[r] --- Yx </pre> <p>UNIVERSO DE LA POBLACIÓN: MUESTRA TIPO: intencionada no probabilística 52 pacientes diabéticos</p> <p>TÉCNICA: Recopilación de datos a partir de la entrevista</p> <p>INSTRUMENTO: un cuestionario.</p> <p>TRATAMIENTO ESTADÍSTICO: Matriz tabulación Uso de tablas % Medidas de tendencia central SPSS 25</p>

ANEXO 2. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

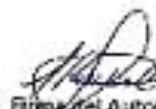
El propósito de esta ficha de consentimiento es dar a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por la alumna de la Maestría de Gestión de los servicios de la salud MC. Laura Esther Rosales Camacho de la Universidad Cesar Vallejo. La meta de este estudio es buscar la relación entre Creencias tradicionales y Adherencia terapéutica en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder un cuestionario de 40 preguntas. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las respuestas, las pruebas se destruirán. Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en ella. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante el cuestionario le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al Investigador o de no responderlas.

De tener preguntas sobre su participación en este estudio, puede contactar al MC. Laura Esther Rosales Camacho o al correo rosal153@hotmail.com.

Desde ya le agradezco su participación.

Nombre del autor MC. Laura Esther Rosales Camacho



Firma del Autor

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por MC. Laura Esther Rosales Camacho. He sido informado(a) de que la meta de este estudio es buscar la relación entre Creencias tradicionales y Adherencia terapéutica en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020.

Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario de 40 preguntas, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos. Reconozco que la información que yo brinde en esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme de la misma cuando así lo decida, sin que esto genere perjuicio alguno para mi persona. Entiendo que puedo pedir información sobre esta investigación, para lo cual puedo contactar al MC. Laura Esther Rosales Camacho o al correo rosal153@hotmail.com.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

4	Durante los momentos de enfermedad, mis creencias religiosas me fortalecen.					
5	Considero que Dios va a curarme de toda enfermedad que pueda tener.					
6	He experimentado una sensación de esperanza ante una enfermedad como resultado de mis creencias religiosas o espirituales.					
7	Creo que Dios me protege de cualquier enfermedad.					
8	Creo que Dios puede hacer desaparecer mi enfermedad.					
9	Yo rezo en busca de ayuda durante los malos tiempos.					
10	Cuando me siento enferma y necesito ayuda busco en personas de mi religión.					
11	Asisto semanalmente a mi iglesia.					
12	Leo la biblia u otro libro religioso para mi fortaleza y consuelo.					
	DIMENSIÓN 2: CREENCIAS EN MEDICINA POPULAR	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
13	Utilizo plantas para tratar y curar mi enfermedad : diabetes.					
14	Considero que es más económico utilizar plantas que medicamentos.					
15	Considero que el consumo de plantas medicinales es más saludable que consumir medicinas.					
16	Me siento más saludable al consumir mis preparaciones con plantas.					
17	He realizado visitas al curandero.					
18	Considero que la diabetes es por causa de un daño que me han hecho.					
19	Me realizo baños de florecimiento.					
20	Me realizo sesiones de limpia para curar mi enfermedad.					

ANEXO 4: Instrumento de la variable Adherencia terapéutica

INSTRUMENTOS PARA EVALUAR ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Instrucciones. Estimado paciente a continuación se les realizará unas preguntas, lo cual está relacionado para medir el grado de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus.

Marque con una "X" la opción que corresponda:

	DIMENSIÓN 1: COMPORTAMIENTO TERAPÉUTICO	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	Por su enfermedad ¿ Acude a sus citas médicas la fecha que lo citan?					
2	En los últimos tres meses ¿ Tiene usted acceso adecuado a los medicamentos?					
3	¿Sabe cómo tomar su medicación para la diabetes?					
4	¿Se le olvida alguna vez tomar el medicamento?					
5	¿ Toma la medicación a la hora indicada?					
6	Cuando se encuentra bien ¿ deja de tomar la medicación?					
7	Si alguna vez le cae mal la medicación ¿deja usted de tomarla?					
8	¿Considera usted que tomar medicamentos por tiempo prolongado le puede causar algún daño en su salud?					
9	En el último año ¿ha realizado controles de glucosa en sangre?					
10	En el último año ¿ha realizado controles con el oftalmólogo?					
11	Se controla periódicamente para evitar las complicaciones que puede tener la enfermedad que usted padece?					
12	En los últimos tres meses ¿ha participado en algún grupo de apoyo "Club de diabetes"?					
13	En el último mes ¿ha tenido alguna atención de urgencia por su enfermedad?					

	DIMENSIÓN 2: ESTILOS DE VIDA	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
14	¿Usted fuma?					
15	¿Realiza cuidados en su cuerpo con diabetes para evitar complicaciones?					
16	Realiza un control específico como revisión e inspección de sus pies?					
17	En la semana ¿Con qué frecuencia a practicado al menos 30 min de ejercicios?					
18	A la semana, ¿Con qué frecuencia ha seguido un plan adecuado de alimentación saludable?					
19	En la semana ¿Con qué frecuencia consume porciones de vegetales?					
20	En la semana ¿Ha consumido carnes rojas o lácteos sin desnatar?					

Anexo 5: Certificado de validez del instrumento que mide Creencias tradicionales

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE:

CREENCIAS TRADICIONALES

N°	DIMENSIONES/ ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSION 1: RELIGION							
1	Las ceremonias religiosas son importantes para mí	✓		✓		✓		
2	Estoy de acuerdo que Dios de alguna manera nos castiga	✓		✓		✓		
3	Considero que si me enfermo es un castigo divino	✓		✓		✓		
4	Durante los momentos de enfermedad, mis creencias religiosas me fortalecen	✓		✓		✓		
5	Considero que Dios va a curarme de toda enfermedad que pueda tener	✓		✓		✓		
6	He experimentado una sensación de esperanza ante una enfermedad como resultado de mis creencias religiosas o espirituales	✓		✓		✓		
7	Creo que Dios me protege de cualquier enfermedad	✓		✓		✓		
8	Creo que Dios puede hacer desaparecer mi enfermedad	✓		✓		✓		
9	Yo rezo en busca de ayuda durante los malos tiempos	✓		✓		✓		
10	Cuando me siento enferma y necesito ayuda busco en personas de mi religión	✓		✓		✓		
11	Asisto semanalmente a mi iglesia	✓		✓		✓		
12	Leo la biblia u otro libro religioso para mi fortaleza y consuelo	✓		✓		✓		
	DIMENSION 2: MEDICINA POPULAR	Si	No	Si	No	Si	No	
13	Utilizo plantas para tratar y curar mi enfermedad : diabetes	✓		✓		✓		
14	Considero que es más económico utilizar plantas que medicamentos	✓		✓		✓		
15	Considero que el consumo de plantas medicinales es más saludable que consumir medicinas	✓		✓		✓		
16	Me siento más saludable al consumir mis preparaciones con plantas	✓		✓		✓		
17	He realizado visitas al curandero	✓		✓		✓		
18	Considero que la diabetes es por causa de un daño que me han hecho	✓		✓		✓		

19	Me realizo baños de florecimiento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Me realizo sesiones de limpieza para curar mi enfermedad?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Yolanda Cortijo, Karlo Gilano DNI: 09796313

Especialidad del validador: Maestro en Ciencias de la Educación, Mención Psicología Educativa

24 de Julio del 2020

*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

dimensión específica del constructo *Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o

*Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados

son suficientes para medir la dimensión

C. Yañez

Firma del Experto Informante.

Mg. Karli Guzmán Cevallos
Decanato Universitario

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE

CREENCIAS TRADICIONALES

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
	DIMENSIÓN 1 : RELIGION							
1	Las ceremonias religiosas son importantes para mí	X		X		X		
2	Estoy de acuerdo que Dios de alguna manera nos castiga	X		X		X		
3	Considero que si me enfermo es un castigo divino	X		X		X		
4	Durante los momentos de enfermedad, mis creencias religiosas me fortalecen	X		X		X		
5	Considero que Dios va a curarme de toda enfermedad que pueda tener	X		X		X		
6	He experimentado una sensación de esperanza ante una enfermedad como resultado de mis creencias religiosas o espirituales	X		X		X		
7	Creo que Dios me protege de cualquier enfermedad	X		X		X		
8	Creo que Dios puede hacer desaparecer mi enfermedad	X		X		X		
9	Yo rezo en busca de ayuda durante los malos tiempos	X		X		X		
10	Cuando me siento enferma y necesito ayuda busco en personas de mi religión	X		X		X		
11	Asisto semanalmente a mi iglesia	X		X		X		
12	Leo la biblia u otro libro religioso para mi fortaleza y consuelo	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: MEDICINA POPULAR							
13	Utilizo plantas para tratar y curar mi enfermedad: diabetes	X		X		X		
14	Considero que es más económico utilizar plantas que medicamentos	X		X		X		
15	Considero que el consumo de plantas medicinales es más saludable que consumir medicinas	X		X		X		

16	Me siento más saludable al consumir mis preparaciones con plantas	X		X		X	
17	He realizado visitas al curandero	X		X		X	
18	Considero que la diabetes es por causa de un daño que me han hecho	X		X		X	
19	Me realizo baños de florecimiento	X		X		X	
20	Me realizo sesiones de limpia para curar mi enfermedad	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____ SI HAY SUFICIENCIA

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: _____ HUAYTA FRANCO, Yolanda Josefina DNI: _____ 09333287

Grado y Especialidad del validador: _____ DOCTORA EN EDUCACIÓN

¹ Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³ Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Lima, 30 de mayo del 2020.



 Firma del Experto Informante.
 Especialidad

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE:

CREENCIAS TRADICIONALES

N°	DIMENSIONES/ ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSION 1: RELIGION							
1	Las ceremonias religiosas son importantes para mí	X		X		X		
2	Estoy de acuerdo que Dios de alguna manera nos castiga	X		X		X		
3	Considero que si me enfermo es un castigo divino	X		X		X		
4	Durante los momentos de enfermedad, mis creencias religiosas me fortalecen	X		X		X		
5	Considero que Dios va a curarme de toda enfermedad que pueda tener	X		X		X		
6	He experimentado una sensación de esperanza ante una enfermedad como resultado de mis creencias religiosas o espirituales	X		X		X		
7	Creo que Dios me protege de cualquier enfermedad	X		X		X		
8	Creo que Dios puede hacer desaparecer mi enfermedad	X		X		X		
9	Yo rezo en busca de ayuda durante los malos tiempos	X		X		X		
10	Cuando me siento enferma y necesito ayuda busco en personas de mi religión	X		X		X		
11	Asisto semanalmente a mi iglesia	X		X		X		
12	Leo la biblia u otro libro religioso para mi fortaleza y consuelo	X		X		X		
	DIMENSION 2: MEDICINA POPULAR	Si	No	Si	No	Si	No	
13	Utilizo plantas para tratar y curar mi enfermedad : diabetes	X		X		X		
14	Considero que es más económico utilizar plantas que medicamentos	X		X		X		
15	Considero que el consumo de plantas medicinales es más saludable que consumir medicinas	X		X		X		
16	Me siento más saludable al consumir mis preparaciones con plantas	X		X		X		
17	He realizado visitas al curandero	X		X		X		
18	Considero que la diabetes es por causa de un daño que me han hecho	X		X		X		

19	Me realizo baños de florecimiento	X		X		
20	Me realizo sesiones de limpieza para curar mi enfermedad?	X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI HAY SUFICIENCIA

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: ORIHUELA SALAZAR JIMMY CARLOS DNI: 25580673

Especialidad del validador: PSICOLOGO CLINICO ORGANIZACIONAL

30 de mayo del 2020



Firma del Experto Informante.

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

dimensión específica del constructo ²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Anexo 6: Certificado de validez del instrumento que mide Adherencia terapéutica

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE:
ADHERENCIA TERAPEUTICA

N°	DIMENSIONES/ ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Cantidad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSION 1: COMPORTAMIENTO TERAPEUTICO							
1	Por su enfermedad ¿Acude a sus citas médicas la fecha que lo citan?	✓		✓		✓		
2	En los últimos tres meses ¿ Tiene usted acceso adecuado a los medicamentos?	✓		✓		✓		
3	¿Sabe cómo tomar su medicación para la diabetes?	✓		✓		✓		
4	¿Se le olvida alguna vez tomar el medicamento?	✓		✓		✓		
5	¿ Toma la medicación a la hora indicada?	✓		✓		✓		
6	Cuando se encuentra bien ¿ deja de tomar la medicación?	✓		✓		✓		
7	Si alguna vez le fue mal la medicación ¿deja usted de tomarla?	✓		✓		✓		
8	¿Considera usted que tomar medicamentos por tiempo prolongado le puede causar algún daño en su salud?	✓		✓		✓		
9	En el último año ¿ha realizado controles de glucosa en sangre?	✓		✓		✓		
10	En el último año ¿ha realizado controles con el oftalmólogo?	✓		✓		✓		
11	Se controla periódicamente para evitar las complicaciones que puede tener la enfermedad que usted padece?	✓		✓		✓		
12	En los últimos tres meses ¿ha participado en algún grupo de apoyo "Club de diabetes"?	✓		✓		✓		
13	En el último mes ¿ha tenido alguna atención de urgencia por su enfermedad?	✓		✓		✓		
	DIMENSION 2: ESTILOS DE VIDA	Si	No	Si	No	Si	No	
14	¿Usted fuma?	✓		✓		✓		
15	¿Realiza cuidados en su cuerpo con diabetes para evitar complicaciones?	✓		✓		✓		

16	Realiza un control específico como revisión e inspección de sus pies?	✓	✓	✓	✓
17	En la semana ¿Con que frecuencia a practicado al menos 30 min de ejercicios?	✓	✓	✓	✓
18	A la semana, ¿Con que frecuencia ha seguido un plan adecuado de alimentación saludable?	✓	✓	✓	✓
19	En la semana ¿Con que frecuencia consume porciones de vegetales?	✓	✓	✓	✓
20	En la semana ¿Ha consumido carnes rojas o lácteos sin desnatar?	✓	✓	✓	✓

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [x] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dni Mg: Quirós, Carlos, Martín DNI: 09176313

Especialidad del validador: Maestro en Ciencias de la Educación, mención Psicología Educativa

24 de junio del 2020

C. Quirós

Firma del Experto Informante.
Mg. Carlos Quirós Quirós
Docente Universitario

*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

dimensión específica del constructo *Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente e

*Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados

son suficientes para medir la dimensión

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE:
ADHERENCIA TERAPEUTICA**

Nº	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
	DIMENSIÓN 1 COMPORTAMIENTO TERAPEUTICO							
1	Por su enfermedad ¿Acude a sus citas médicas la fecha que lo citan?	X		X		X		
2	En los últimos tres meses ¿ Tiene usted acceso adecuado a los medicamentos?	X		X		X		
3	¿Sabe cómo tomar su medicación para la diabetes?	X		X		X		
4	¿Se le olvida alguna vez tomar el medicamento?	X		X		X		
5	¿Toma la medicación a la hora indicada?	X		X		X		
6	Cuando se encuentra bien ¿Deja de tomar la medicación?	X		X		X		
7	Si alguna vez le cae mal la medicación ¿deja usted de tomarla?	X		X		X		
8	¿Considera usted que tomar medicamentos por tiempo prolongado le puede causar algún daño en su salud?	X		X		X		
9	En el último año ¿Ha realizado controles de glucosa en sangre?	X		X		X		
10	En el último año ¿Se ha realizado controles con el oftalmólogo?	X		X		X		
11	¿Se controla periódicamente para evitar las complicaciones que puede tener la enfermedad que usted padece?	X		X		X		
12	En los últimos tres meses ¿Ha participado en algún grupo de apoyo "Club de diabetes"?	X		X		X		
13	En el último mes ¿Ha tenido alguna atención de urgencia por su enfermedad?	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: ESTILOS DE VIDA	SI	No	SI	No	SI	No	
14	¿Usted fuma?	X		X		X		
15	¿Realiza cuidados en su cuerpo con diabetes para evitar complicaciones?	X		X		X		
16	¿Realiza un control específico como revisión e inspección de sus pies?	X		X		X		

17	En la semana ¿Con qué frecuencia a practicado al menos 30 min de ejercicios?	X		X		X	
18	A la semana, ¿Con qué frecuencia ha seguido un plan adecuado de alimentación saludable?	X		X		X	
19	En la semana ¿Con qué frecuencia consume porciones de vegetales?	X		X		X	
20	En la semana ¿Ha consumido carnes rojas o lácteos sin desnatar?	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____ SI HAY SUFICIENCIA

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: _____ HUAYTA FRANCO, Yolanda Josefina DNI: _____ 09333287

Grado y Especialidad del validador: _____ DOCTORA EN EDUCACIÓN

¹ Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³ Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Lima, 30 de mayo del 2020.


Firma del Expeerto Informante.
Especialidad

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE:
ADHERENCIA TERAPEUTICA**

N°	DIMENSIONES/ ítems	Pertinencia ^a		Relevancia ^b		Cianidad ^b		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSION 1: COMPORTAMIENTO TERAPEUTICO							
1	Por su enfermedad ¿Acude a sus citas médicas la fecha que lo citan?	X		X		X		
2	En los últimos tres meses ¿ Tiene usted acceso adecuado a los medicamentos?	X		X		X		
3	Sabe cómo tomar su medicación para la diabetes?	X		X		X		
4	¿Se le olvida alguna vez tomar el medicamento?	X		X		X		
5	¿ Toma la medicación a la hora indicada?	X		X		X		
6	Cuando se encuentra bien ¿ deja de tomar la medicación?	X		X		X		
7	Si alguna vez le cae mal la medicación ¿deja usted de tomarla?	X		X		X		
8	¿Considera usted que tomar medicamentos por tiempo prolongado le puede causar algun daño en su salud?	X		X		X		
9	En el último año ¿ha realizado controles de glucosa en sangre?	X		X		X		
10	En el último año ¿ha realizado controles con el oftalmólogo?	X		X		X		
11	Se controla periódicamente para evitar las complicaciones que puede tener la enfermedad que usted padece?	X		X		X		
12	En los últimos tres meses ¿ha participado en algún grupo de apoyo "Club de diabetes"?	X		X		X		
13	En el último mes ¿ha tenido alguna atención de urgencia por su enfermedad?	Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSION 2: ESTILOS DE VIDA							
14	¿Usted fuma?	X		X		X		
15	¿Realiza cuidados en su cuerpo con diabetes para evitar complicaciones?	X		X		X		

Anexo 7: Declaración jurada de autoría y de la autorización para la publicación del artículo científico.

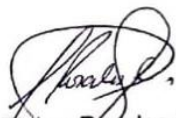
DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE LA AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DEL ARTÍCULO CIENTÍFICO

Yo, Br. Laura Esther Rosales Camacho, alumna del Programa de Maestría en Gestión de Servicios de la Salud, de la Universidad Cesar Vallejo, identificada con DNI 10023654 con la tesis titulada "Creencias tradicionales y Adherencia terapéutica en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020"

Declaro bajo juramento que:

1. El artículo pertenece a mi autoría.
2. El artículo no ha sido plagiado ni total ni parcialmente.
3. El artículo no ha sido auto plagiado; es decir, no ha sido publicada ni presentada para alguna revista.
4. De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Cesar Vallejo.
5. Si el artículo fuese aprobado para su publicación en una Revista u otro documento de difusión cedo mis derechos patrimoniales y autorizo a la Escuela de Postgrado de la Universidad Cesar Vallejo la publicación y divulgación del documento en las condiciones, procedimientos y medios que disponga la Universidad.

Lima 9 de setiembre de 2020



Laura Esther Rosales Camacho
DNI 10023654

Anexo 8: Artículo Científico

1. Título

Creencias tradicionales y Adherencia terapéutica en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020.

2. Autor

Br. Laura Esther Rosales Camacho

lrosal153@hotmail.com

Estudiante del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo.

3. Resumen

El artículo ha tenido como objetivo general determinar la relación entre Creencias tradicionales y Adherencia terapéutica en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020. El enfoque del estudio es cuantitativo, diseño no experimental, transversal, de tipo correlacional. Con una muestra de 52 pacientes diabéticos que se atienden en un centro de salud primer nivel, el tipo de muestreo fue no probabilístico censal, la técnica utilizada fue la encuesta, el instrumento fueron 02 cuestionarios con 40 preguntas politómicas, para medir la relación entre las variables creencias tradicionales y adherencia terapéutica. Seguidamente se realizaron idóneos análisis estadísticos dando como resultado que existe una correlación negativa baja (coeficiente de correlación de spearman = -0.359) entre las variables creencias tradicionales y adherencia terapéutica; con un nivel de significancia igual a 0.009 que indica que entre las variables creencias tradicionales y adherencia terapéutica existe una relación estadísticamente significativa.

4. Palabras claves

Creencias tradicionales, adherencia terapéutica y pacientes diabéticos.

5. Abstract

The general objective of the article was to determine the relationship between traditional beliefs and therapeutic adherence in diabetic patients from a health center in San Juan de Miraflores 2020. The focus of the study is quantitative, non-experimental, cross-sectional, correlational design. With a sample of 52 diabetic patients who are cared for in a first level health center, the type of sampling was non-probabilistic census, the technique used was the survey, as an instrument 02 questionnaires with 40 polynomial questions, to measure the relationship between the variables traditional beliefs and therapeutic adherence. Next, suitable statistical analyzes were carried out, resulting in a low negative correlation (spearman's correlation coefficient = -0.359) between the variables traditional beliefs and therapeutic adherence; with a significance level equal to 0.009 which indicates that there is a statistically significant relationship between the variables traditional beliefs and therapeutic adherence.

6. Keywords:

Traditional beliefs, therapeutic adherence and diabetic patient

7. Introducción

La Diabetes Mellitus, ha sido una de las enfermedades no transmisibles (ENT) que ha constituido una carga y desafío para el desarrollo social y económico a nivel mundial; enfermedad crónica relacionada a los malos hábitos y estilos de vida, inadecuada dieta y mínima o nula actividad física. Las complicaciones de la Diabetes representaron en los Sistemas de Salud de todos los países una elevada carga económica y como consecuencia impacto en la Economía mundial. En 2016, a nivel mundial ocurrieron 1,6 millones de muertes por complicaciones de la Diabetes Mellitus, el 43% ocurrieron prematuramente en personas menores de 70 años (1). Actualmente en nuestro país, la prevalencia general de diabetes se estimó en 7%. Según Endes 2015, de los peruanos mayores de 15 años un 2,9% tienen diagnóstico de Diabetes Mellitus. El Dr. Jorge Hanco Saavedra del Ministerio de Salud refiere que solo el 73% de personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus han recibido tratamiento farmacológico, quedando un importante 27% sin tratar. Un 50% de pacientes diabéticos con pie diabético han terminado con amputación de algún miembro inferior. El distrito de San Juan de Miraflores se ha caracterizado por tener pobladores inmigrantes con creencias tradicionales muy arraigadas en casi su totalidad. El Centro de Salud Trébol Azul ubicado en este distrito, perteneciente al Ministerio de Salud de primer nivel de atención primaria (I-3) cuenta con un promedio de 300 diabéticos nuevos al año. Se observó en nuestros pacientes diabéticos limitaciones físicas, como resultado de las complicaciones de su enfermedad. El Centro de Salud Trébol Azul por su alta demanda en la atención y limitada oferta, no ha podido hacer un seguimiento adecuado del paciente diabético, ya que solo se han atendido en forma constante un 20%. Entre los motivos que expresaron los pacientes que no acudieron a sus chequeos periódicos resalta sus creencias populares, sean de índole religioso, cultural y social y esto ha actuado en forma negativa en la adherencia al tratamiento; por consiguiente, este trabajo encaminó sus estudios a determinar cómo se han relacionado las creencias tradicionales y la adherencia terapéutica en

el paciente diabético de esta zona. Las creencias tradicionales son definidas como fenómenos dentro de una población que trae como consecuencia acciones específicas, los pobladores tienen sus creencias que han sido aprendidas de sus antepasados (familia – comunidad) y son asumidas como propias, producto de la tradición oral y ellos confían plenamente en éstas (2). La Adherencia terapéutica se define como la conducta de una persona cuando toma la medicación, realiza cambios en su modo de vivir, continua con un régimen de alimentación adecuado y esto va ser resultado de las recomendaciones que le ha dado el prestador de servicios de salud en la atención (3), la no adherencia terapéutica o problemas de la no adherencia son poco atendidos, hay muy pocos estudios y escasas intervenciones, esto trae consecuencias económicas, psicosociales y de salud (4). Se ha visto que la mala adherencia trae adjunto mayores costos, lo que sugiere que las estrategias que se realicen para intervenir el problema sean evaluadas por su costo – efectividad. En todo este tiempo, casi 5 décadas en los resultados clínicos no se ha prestado mucha atención al impacto en la mejora de la adherencia terapéutica (5).

Es importante la investigación porque nos ha brindado nuevos conocimientos de estas dos variables, conocer aspectos positivos para reforzar y aspectos negativos, en los que se va a trabajar elaborando estrategias como talleres de motivación, talleres educativos, clubes del paciente diabético entre otros para mejorar la adherencia terapéutica en estos pacientes.

El Objetivo de este estudio es determinar la relación entre creencias tradicionales y adherencia terapéutica en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020.

8. Metodología

El diseño empleado en este estudio es no experimental con un enfoque de tipo cuantitativo, correlación simple de corte transversal, ya que no hay manipulación de las variables, solo se establece la relación existente entre ellas (6). La Población de estudio es conformada por 52 pacientes diabéticos que se atienden en

consultorio externo de medicina del centro de salud Trébol Azul del distrito de San Juan de Miraflores del departamento de Lima entre los meses de enero y febrero 2020. La muestra es igual a la población de estudio y el tipo de muestreo es no probabilístico censal.

Para la recolección de datos se utilizó como técnica: la encuesta y el instrumento fueron 02 cuestionarios; un cuestionario para creencias tradicionales y un cuestionario para adherencia terapéutica, ambos cuestionarios fueron tipo Escala de Likert. La validación del instrumento se realizó por juicio de expertos, a criterio de 03 expertos del tema, profesionales altamente calificados. Respecto a la confiabilidad, se utilizó la prueba de Alfa de Cronbach, y se realizó una prueba piloto a 20 pacientes diabéticos. En la primera variable creencias tradicionales se observó un resultado del alfa de Cronbach de 0,802 con un nivel de alta confiabilidad y para la segunda variable adherencia terapéutica se observó un del alfa de Cronbach de 0,831 con un nivel de alta confiabilidad.

9. Resultados

Tabla 1

Resultado de la variable Creencias Tradicionales

CREENCIAS TRADICIONALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	%
ALTA CREENCIA	5	9.6	
MEDIANA CREENCIA	41	78.8	
BAJA CREENCIA	6	11.5	

Fuente: Elaboración propia

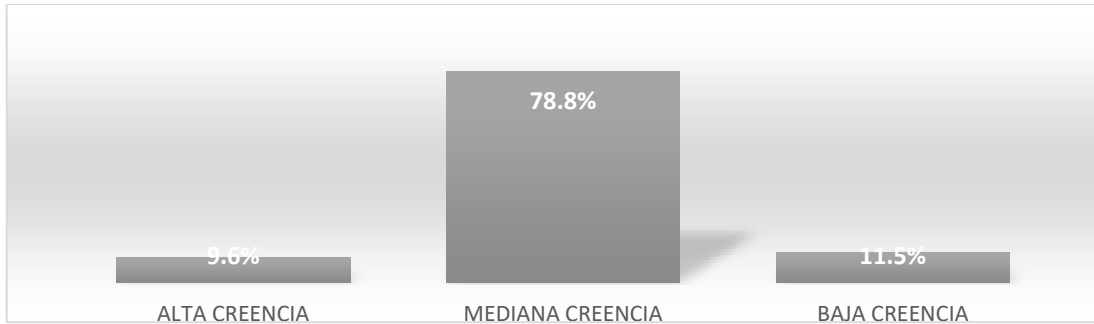


Figura 1. Diagrama de frecuencias de la variable Creencias Tradicionales
De la tabla 1 y figura 1 se muestra que de 52 pacientes diabéticos encuestados el 9,6% (5) tuvieron alta creencias tradicionales, 78,8% (41) mediana creencias y 11,5 (6) baja creencias tradicionales.

Tabla 2

Resultados de la variable Adherencia Terapéutica

ADHERENCIA TERAPÉUTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
ALTO	9	17.3
MEDIO	35	67.3
BAJO	8	15.4

Fuente: Elaboración propia

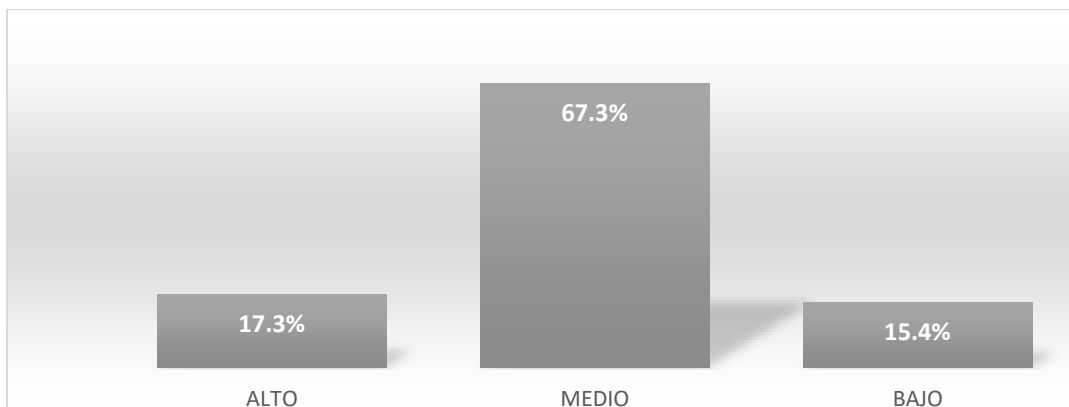


Figura 2. Diagrama de frecuencias de la variable Adherencia Terapéutica

La tabla 2 y la figura 2 muestran que de 52 pacientes diabéticos encuestados el 17,3% (9) tuvieron alta adherencia terapéutica, 67,3% (35) media adherencia terapéutica y 15,4 (8) baja adherencia terapéutica.

Así vemos que:

Tabla 3

Relación entre variables Creencias Tradicionales y Adherencia Terapéutica en pacientes diabéticos

			ADHERENCIA TERAPEUTICA			Total
			Alto	Medio	Bajo	
CREENCIAS TRADICIONALES	Alta creencia	N°	0	1	4	5
		%	0,0%	20,0%	80,0%	100,0%
	Mediana creencia	N°	8	29	4	41
		%	19,5%	70,7%	9,8%	100,0%
	Baja creencia	N°	1	5	0	6
		%	16,7%	83,3%	0,0%	100,0%
Total		N°	9	35	8	52
		%	17,3%	67,3%	15,4%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

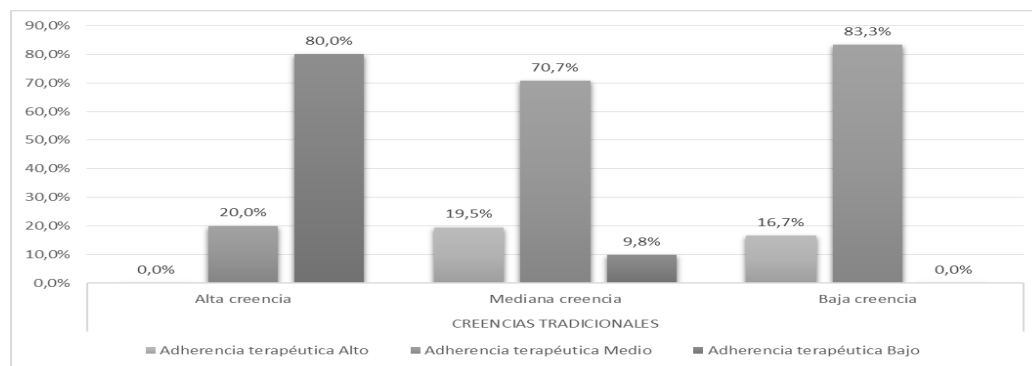


Figura 3. Diagrama de la relación creencias tradicionales y adherencia terapéutica

La tabla 3 y figura 3 muestran que los que tuvieron alta creencia tradicionales, el 20,0% (1) tuvieron una adherencia terapéutica media y 80% (4) una baja adherencia terapéutica; los que tuvieron mediana creencias tradicionales el 19,5% (8) tuvieron alta adherencia terapéutica, 70,7% (29) media adherencia terapéutica y 9,8% (4) con una adherencia terapéutica baja; y finalmente de los que presentaron baja creencias

tradicionales el 16,7% (1) tuvieron adherencia terapéutica alta y 83,3% (5) adherencia terapéutica media.

Prueba de Normalidad.

Se realizó mediante el estadístico de prueba de Kolmogorov-Smirnov, ya que la muestra planteada es mayor a 50 pacientes diabéticos y a criterio del investigador con un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$.

Tabla 4

Prueba de Kolmogorov – Smirnov para una muestra

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
CREENCIAS_TRADIC	,196	52	,000
ADHERENCIA_TERAP	,129	52	,030

En la tabla 4 podemos observar que la significancia de la muestra para las variables evaluadas es menor a 0,05, por lo que tanto rechazamos la hipótesis nula (H_0) y se concluye que los datos de la muestra estudiada no tienen distribución normal, por lo que el análisis inferencial se realizará con una prueba no paramétrica que mejor se ajuste a las variables en estudio.

Prueba de Hipótesis:

H_0 : No existe relación estadísticamente significativa entre creencias tradicionales y adherencia terapéutica en pacientes diabéticos.

H_1 : Existe relación estadísticamente significativa entre creencias tradicionales y adherencia terapéutica en pacientes diabéticos.

Tabla 5

Matriz de correlación entre creencias tradicionales y adherencia terapéutica en pacientes diabéticos.

		CREENCIAS_TRADIC (Agrupada)	
Rho de Spearman	CREENCIAS_TRADIC (Agrupada)	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	1,000
		N	52
	ADHERENCIA_TTO (Agrupada)	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	-,359**
		N	52

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 5 se observa que el grado de correlación entre los niveles de creencias tradicionales y adherencia terapéutica manejado por el Rho de Spearman = -0,359, nos expone que entre las dos variables hay una correlación negativa baja, con un p valor de 0.009, donde $p < 0,01$, es así que aceptamos la hipótesis alterna y rechazamos la hipótesis nula, al tener estos resultados decimos que existe una relación estadísticamente significativa entre los niveles de creencias tradicionales y adherencia terapéutica.

10. Discusión

Del estudio, que fue hallar la relación de las creencias tradicionales y la adherencia terapéutica, se obtuvo que de los pacientes diabéticos encuestados el 9,6% tuvieron altas creencias tradicionales, 78,8% mediana creencias y 11,5% bajas creencias tradicionales, de lo que resaltamos que casi un 80% tienen creencias tradicionales de importante intensidad. En relación a la Adherencia terapéutica, los resultados nos mencionan que, de 52 pacientes encuestados, tuvieron alta adherencia terapéutica el 17,3%, media adherencia terapéutica el 67,3% y baja adherencia terapéutica el 15,4%. Según Martín Alfonso (2014) la no adherencia

terapéutica o los problemas de adherencia son poco atendidos, hay muy pocos estudios y escasas intervenciones, esto trae consecuencias de tipo económico, psicosocial y médico. De acuerdo a Walker (2014), la adherencia terapéutica se relaciona con la autoeficacia, una relación directa positiva, es importante poner énfasis en la autoeficacia en las intervenciones educativas dirigidas a las poblaciones de menores recursos económicos. Así mismo se determinó que en la relación entre creencias tradicionales y adherencia terapéutica en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020, existe una relación estadísticamente significativa entre los niveles de creencias tradicionales y adherencia al tratamiento ($p=0.009$), la cual es baja y negativa ($Rho=-0,359$) lo que indica que la relación es indirecta, es decir a mayores creencias tradicionales menor es la adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos, así mismo podemos mencionar que del grupo con altas creencias tradicionales sólo el 20,0% llegó a tener una adherencia terapéutica media, este resultado coincide con Eh y McGill(2016) que en su investigación sobre los problemas culturales y otros factores que alteran el autocontrol en la diabetes mellitus en inmigrantes chinos en Australia, nos indican que los inmigrantes chinos acordes a sus creencias tradicionales, un 10% incluían la medicina tradicional a su medicación, 25% sentía vergüenza de su enfermedad y a mayor uso de la medicina tradicional peor era su adherencia; también se observó similitud con la investigación de Moreira (2018) que expone que en los hispanos, con altas tasas de diabetes y con creencias culturales sobre esta enfermedad que son muy arraigadas y fuertes y el fatalismo que experimentan por la enfermedad trae como consecuencia influencia negativa para tratarse adecuadamente. Kumar (2016), nos expuso que en los asiáticos con creencias tradicionales y la interacción de ellos con los profesionales constituyen una barrera para lograr una adherencia terapéutica.

11. Conclusiones

Primera

Existe una relación estadísticamente significativa entre los niveles de creencias tradicionales y adherencia al tratamiento ($p=0.009$), la cual es baja y negativa

(Rho= - 0,359). Con lo cual podemos mencionar que hay una relación indirecta entre estas dos variables.

Segunda

Existe relación estadísticamente significativa entre creencias religiosas y comportamiento terapéutico en pacientes diabéticos ($p=0,002$), esto nos indica una correlación positiva moderada (Rho = 0,412), una relación directamente proporcional entre ambas variables.

Tercera

Existe relación estadísticamente significativa entre creencias en medicina popular y comportamiento terapéutico en pacientes diabéticos ($p=0,0019$) así también una correlación negativa baja (Rho = - 0,325). Relación indirectamente proporcional entre creencias en medicina popular y comportamiento terapéutico adecuado.

Cuarta

No existe relación estadísticamente significativa entre creencias religiosas y estilos de vida en pacientes diabéticos ($p=0,914$).

Quinta

Existe relación estadísticamente significativa entre creencias en medicina popular y estilos de vida en pacientes diabéticos ($p=0,014$), así también hay una correlación negativa baja (Rho = -0,340). Con la cual podemos concluir que existe una relación indirecta entre estas dos variables, a mayores creencias en medicina popular son menos los estilos de vida adecuados.

12. Referencias

01. Identificación y prevalencia de la diabetes en el Perú. IRTP nacional.pe [Publicación periódica en línea] 2019. Noviembre 14 [Citado: 2020 mayo 10]; 1 (1). Disponible en: <https://www.radionacional.com.pe/informa/locales/identificación-y-prevalencia-de-la-diabetes-en-el-perú>
02. Lamata F. Manual de administración y gestión sanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 1998

03. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo Pruebas para la acción. Ginebra. 2004
from:<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
04. Martin L, Grau J, Espinosa A. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. Revista Cubana de Salud Pública. 2014 Feb; 40(2): 225 – 238
05. Dunbar J, Mortimer M. Treatment adherence in chronic disease. J Clin Epidemiol. 2001 Dec; 54(1): 57-60.
06. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 3 ed. México DF. McGraw-Hill: 2010

Anexo 11: Declaratoria de autenticidad del autor



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, Rosales Camacho Laura Esther, egresado de Escuela de Posgrado y Programa académico Maestría de la Universidad César Vallejo de la Sede Lima Este, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan al Trabajo de Investigación / Tesis titulado:

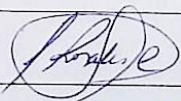
"Creencias tradicionales y Adherencia terapéutica en pacientes diabéticos de un centro de salud de San Juan de Miraflores 2020"

es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiado ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicado ni presentado anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

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.

Lima, 09 de ~~Setiembre~~ del 2020

Apellidos y Nombres del Autor Rosales Camacho, Laura Esther	
DNI: 10023654	Firma 
ORCID: 0000-0002-1094-6452	

