



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Estilos de vida y adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus
2 de un centro de salud de Chone, 2022.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Corral Zambrano, Gianni Javier (orcid.org/0000-0002-5622-4850)

ASESOR:

Dr. Castillo Hidalgo, Efren Gabriel (orcid.org/0000-0002-0247-8724)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

PIURA – PERÚ

2022

Dedicatoria

Dedico este trabajo principalmente a Dios por permitirme llegar a esta etapa, darme fortaleza y poder así alcanzar mis metas personales. A mi madre por su apoyo incondicional, porque que ha estado siempre a mi lado todo este tiempo apoyándome para que me siga superando.

Agradecimiento

Agradecer a Dios por bendecirme y darme fortaleza de llegar hasta donde he llegado, así mismo a la Universidad Cesar Vallejo la cual me permitió lograr uno de mis objetivos planteados. A mi asesor el Dr. Efrén Gabriel Castillo Hidalgo por su constante apoyo, paciencia, conocimientos y observaciones fue un pilar fundamental en la culminación de mi tesis.

Índice de contenidos

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de gráficos y figuras.....	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	6
III. METODOLOGÍA	15
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	15
3.1.1. Tipo de investigación.....	15
3.1.2. Diseño de investigación.....	15
3.2. Variables Operacionalización	15
3.3. Población y muestra.....	16
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	17
3.5 Procedimientos	20
3.6 Análisis de datos	20
3.7 Aspectos éticos	21
IV. RESULTADOS	22
V. DISCUSIÓN	29
VI. CONCLUSIONES	34
VII. RECOMENDACIONES	35
REFERENCIAS.....	36
ANEXOS.....	43

Índice de tablas

Tabla 1. Prueba de normalidad de las puntuaciones de Estilos de vida y Adherencia Terapéutica de un Centro de Salud, Chone,2022.....	22
Tabla 1. Coeficiente r de Pearson entre Estilos de vida y adherencia terapéutica de un centro de salud Chone, 2022.....	23
Tabla 3. Coeficiente Rho Spearman entre hábitos alimenticios y las dimensiones de adherencia terapéutica en un centro de salud Chone, 2022.....	24
Tabla 4. Análisis correlacional entre actividad física y las dimensiones de adherencia terapéutica en un centro de salud Chone,2022.....	25
Tabla 5. Análisis correlacional entre hábitos nocivos y las dimensiones de adherencia terapéutica en un centro de salud Chone,2022.....	26

Índice de gráficos y figuras

Figura 1	Niveles de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus 2 de un centro de salud de Chone.....	27
Figura 2	Niveles de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus 2 de un centro de salud de Chone.....	28

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre estilos de vida y adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes mellitus 2 de un Centro de Salud de Chone. El estudio se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo, nivel correlacional y diseño no experimental, de corte transversal. Se trabajó con una muestra no probabilística de tipo intencional con 40 pacientes diabéticos del Centro de Salud Tipo C de Chone. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario de estilos de vida de IMEVID (López et al.2003) y el cuestionario de adherencia terapéutica de MBG (Martín-Bayarre-Grau) 2008, instrumentos que fueron validados para fines de estudio. Para el análisis de datos se utilizó JAMOVI v2.2.5 y SPSS v26. Los hallazgos evidencian que existe una relación directa estadísticamente significativa de los estilos de vida y adherencia terapéutica ($Rho=.448$; $p<.01$). En el análisis descriptivo de estilos de vida, prevalece el nivel regular (57,50 %), seguido del nivel bueno (37.5 %) y en menor incidencia el nivel malo (5%); en tanto que en adherencia terapéutica el 77.50% tienen un nivel de control de salud regular, el 15.00%, presentan un nivel de control de salud alto, y en menor frecuencia el nivel bajo 7.50%. Se concluye que los estilos de vida se relacionan con la adherencia al tratamiento y son factores personales que inciden en el afrontamiento a la Diabetes mellitus 2 y calidad de vida del paciente.

Palabras clave: Estilos de vida, cumplimiento y adherencia al tratamiento, diabetes mellitus, salud.

Abstract

The objective of this research was to determine the relationship between lifestyles and therapeutic adherence in patients with Diabetes mellitus 2 from a Health Center in Chone. The study was presented under the quantitative approach, correlational level and non-experimental, cross-sectional design. We worked with a non-probabilistic intentional sample with 40 diabetic patients from the Chone Type C Health Center. For data collection, the IMEVID lifestyle questionnaire (López et al, 2003) and the MBG therapeutic adherence questionnaire (Martín-Bayarre-Grau) 2008 were transmitted, instruments that were validated for study purposes. For data analysis, JAMOVI v2.2.5 and SPSS v26 were used. The results show that there is a statistically significant direct relationship between lifestyles and therapeutic adherence ($Rho = .448$; $p < .01$). In the descriptive analysis of lifestyles, the regular level prevails (57.50%), followed by the good level (37.5%) and, to a lesser extent, the bad level (5%); while in therapeutic adherence 77.50% have a regular health control level, 15.00%, presenting a good health control level, and less frequently the bad level 7.50%. It is concluded that lifestyles are related to adherence to treatment and are personal factors that affect coping with Diabetes mellitus 2 and the patient's quality of life.

Keywords: Lifestyles, compliance and adherence to treatment, diabetes mellitus, health.

I. INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es una patología crónica no transmisible, que está caracterizada por un incremento de los niveles de glucosa en sangre, producto de una deficiente secreción de insulina producida en el páncreas, o bien a la no asimilación de las células al ser estimuladas por éstas. Suele asociarse al sobrepeso y obesidad, debido al sedentarismo y hábitos de vida inadecuados (Meneses, 2014)

En la investigación realizada por la Federación Internacional de Diabetes (FID), en su novena edición (2019), afirma que a nivel mundial alrededor de 463 millones de habitantes tienen diabetes. Se estima que estos números subirán a 578 millones para 2030 y 700 millones para 2045; para América Latina corresponden 32 millones y, en el Ecuador, más de 579 mil. En este caso, a nivel nacional, existe una prevalencia en la población adulta, ya que la incidencia/año se estima en 125.19 casos por 100.000 habitantes (Williams, 2019). En Ecuador, según una encuesta de ENSANUT, en el año 2019 la incidencia de esta patología se pudo reflejar en el rango promedio de edad de 10 y 59 años fue de 1,7%. En este valor se ve una subida desde los 30 años, y así mismo al llegar a la edad de los 50 años, uno de cada 10 ecuatorianos presenta diabetes, dando como resultado un escenario de lo que pasa a nivel mundial. (Herrera et al. 2021)

La diabetes mellitus (DM) presenta varios tipos, pero la más común es el tipo 2 y en la actualidad se está presentando de manera epidémica en la mayor parte, en especial en los que presentan bajos recursos económicos, y se considera un verdadero inconveniente de Salud Pública. Pertenece a las patologías no transmisibles de más prevalencia en los cuadros de salud de varios países, el cual da como resultado un sinnúmero de complicaciones agudas y crónicas, severas limitaciones y discapacidad en quienes la padecen. (Murillo, 2018).

En concordancia con (Farré et al. 2019), menciona que el riesgo de sufrir Diabetes Mellitus es el resultado de presentar varios factores de peligro considerados modificables, por ejemplo, el exceso de peso, la alimentación, la hipertensión arterial, la poca actividad física y el consumo del tabaco, en

conjunto con relación con distintos factores de peligro que entran el rango de no modificables, como lo es la raza, antecedente familiar y la edad.

El estilo de vida en el individuo se relaciona con las circunstancias y modelos de vida de las personas. Del mismo modo, son manifestadas por prácticas conseguidas a partir de vivencias propias en la sociedad y que viene dentro en la forma de anteceder situaciones laborales y hábitos de vida que tiene la persona. Además, se cree que puede bajar o crecer el peligro a sufrir múltiples patologías o fallecer prematuramente; es decir, los hábitos de vida vienen llevar a cabo hábitos, prácticas de la gente y grupos sociales.

Coello Vera et al. (2018) en su investigación pudo notar que los pacientes en su mayor parte son asintomáticos y se aprecia hiperglucemia a lo largo de la evaluación de laboratorio, lo que es fundamental hacer más pruebas. El presentar menos síntomas se ha podido mejorar por medio de hacer un diagnóstico más temprano de la diabetes. Se tiene conocimiento que a mayor edad se refleja una prevalencia de la diabetes. En la mayoría de las poblaciones, la incidencia de DM2 es baja antes de los 30 años, pero aumenta rápida y consistentemente con la edad. Existen varios factores que son determinantes como son los factores genéticos o los antecedentes de algún familiar. (Monrroy, 2021). Varios autores mencionan que se refleja un grado bajo de información de la patología, siendo las cualidades socioeconómicas y la educación los factores que más incrementan el conocimiento de tener esta enfermedad y la disminución de la misma (Santana et al.2021).

Se cree que la poca información es un indicador de las complicaciones y mortalidad de la DM2 porque se asocia con una mala adherencia; así, en diversos estudios se ha reconocido que la educación en el autocontrol es un factor primordial en el manejo de los pacientes con esta condición y, de cómo se derivan de actitudes y prácticas que inciden positivamente en el curso de la enfermedad. Es fundamental generar intervenciones educativas, como el conocimiento sobre la enfermedad, para mejorar la adherencia, controlar la enfermedad y reducir la carga que se produce (Zamora et al.2019).

La nutrición y la actividad física son factores primordiales que buscan el bienestar de salud de los individuos que presentan diabetes mellitus 2. Al comenzar con el tratamiento nutricional, el objetivo es mantener niveles óptimos de glucosa y perfil lipídico dentro de los límites deseados a través de una dieta saludable para evitar problemas posteriores, el cual se comprueba mediante monitorización y seguimiento. (Olvera, 2020). En tal sentido es importante implementar prácticas tales como; la adherencia a los medicamentos, las variaciones en el estilo de vida y la actividad física están influenciados por la información sobre los mecanismos involucrados de la enfermedad, siendo este factor a considerar del tratamiento de la diabetes. (Vélez et al.2021)

Cuando se ha diagnosticado la patología, los pacientes con Diabetes se combaten a la necesidad de conseguir un cambio intensivo en los estilos de vida que conduzca a un control metabólico persistente por medio de la reducción del peso del cuerpo, adaptación a la nutrición y el aumento de actividad física, el comienzo de un tratamiento con hipoglucemiantes orales o parenterales que tienen dentro la insulina es comúnmente inevitable (Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años, 2016).

El centro de salud tipo C Chone, fue inaugurado en el año 2017, se encuentra ubicado en el ByPass y cuenta con una estructura física de 2.936,11 m². Este centro de atención médica cuenta con áreas como: medicina general, obstetras, psicología, odontología, nutrición, radiología, ginecología, laboratorio clínico, terapia de lenguaje, , fisioterapia, farmacia, emergencia, etc.

Por lo citado se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre estilos de vida y adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes mellitus 2 de un centro de salud Chone, 2022?

El presente trabajo es relevante dado que analiza factores personales que inciden en la evolución de la enfermedad. Más aun cuando se conoce que la diabetes mellitus constituye un problema de salud pública por la incidencia y sus consecuencias en la salud del individuo y de las familias. Se busca explicar sobre el impacto de la enfermedad

sobre los estilos de vida y adherencia en pacientes de diabetes mellitus 2, y de cómo este puede perjudicar la salud.

El estudio tiene relevancia práctica ya que es importante identificar los grupos más afectados por esta patología para así mejorar y fortalecer los factores que afectan el estilo de vida y adherencia en pacientes con Diabetes mellitus 2 y con esto poder concientizar lo importante de seguir un control de tratamiento eficaz de esta enfermedad y las posibles consecuencias del no tomar los medicamentos lo cual conlleva a síntomas graves o una posible hospitalización.

En el estudio se ha formulado como objetivo general: Determinar la relación entre estilo de vida y adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes mellitus 2 de un centro de salud Chone, 2022.

Los objetivos específicos del estudio son los siguientes: Identificar la relación entre la dimensión hábitos alimenticios y las dimensiones de adherencia; Identificar la relación entre la dimensión actividad física y las dimensiones de adherencia terapéutica; Identificar la relación entre la dimensión hábitos nocivos y las dimensiones de adherencia terapéutica; Identificar la relación entre la dimensión control de salud y las dimensiones de adherencia terapéutica; Identificar la relación entre la dimensión autocontrol y las dimensiones de adherencia terapéutica.

Por lo expuesto, en el estudio se asume la siguiente hipótesis general: Existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida y adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes mellitus 2 de un centro de salud Chone, 2022. Entre las hipótesis específicas se plantean las siguientes:

H_{i1}: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión hábitos alimenticios y las dimensiones de adherencia;

H_{i2}: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión actividad física y las dimensiones de adherencia terapéutica;

H_{i3}: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión hábitos nocivos y las dimensiones de adherencia terapéutica;

H_{i4}: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión control de salud y las dimensiones de adherencia terapéutica;

H_{i5}: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión autocontrol y las dimensiones de adherencia terapéutica.

II. MARCO TEÓRICO

En la revisión de antecedentes internacionales, Rosales (2021), en Perú, realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre los estilos de vida con el riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2 en el personal docente de una universidad de Huaraz, 2021. El estudio tipo cuantitativo, correlacional, descriptivo y prospectivo, con una toma de 60 profesores. Se usaron dos instrumentos para ser correlacionados por medio del SPSS versión 25.0. en los resultados se ha podido reflejar que el, 76,7% no poseían antecedentes de hiperglucemia, el 61,7% no poseían precedentes de la patología estudiada, el 70% de profesores tenían bajo peligro de presentar la patología; 70% de profesores poseían hábitos de vida correctos. Pudo llegar a la conclusión de que hay una relación entre hábitos de vida y riesgo de la patología ya que refleja un $p\text{-valor}=0.001$ y $X^2=13.448$.

Coronado (2021), en México, analizó la relación entre los estilos de vida y las complicaciones que se presentan en la Diabetes Mellitus tipo 2. Siendo transversal, la muestra se manejaron 252 personas diagnosticadas con de DM2 durante 2019. Se utilizó el cuestionario IMEVID y se observó como resultado un valor de 10.8 ± 5.7 años, el 61.1% se reflejó que poseían sobrepeso. Así mismo el 100% tenían complicaciones crónicas. En cuanto a los pacientes que no realizan actividad o eran sedentarios se reflejó un 65.1%, tenían el hábito de fumar 60.3% y el hábito del alcohol de al menos una ocasión por semana en un 64.3%. El 65.5% poseía un inadecuado estilo de vida y el 34.5% reflejaba un óptimo estilo de vida. Los pacientes con actividad escolar se relejó un estilo de vida con mejor estado. Llegaron a la conclusión que 2/3partes de la gente con DM2 y complicaciones crónicas presentaban un inadecuado estilo de vida, por lo cual es necesario proyectar modelos de estrategias que busquen un mejor control de hábitos y disminuir las complicaciones.

Vera (2021), en Perú, su estudio se enfocó en los estilos de vida y medidas de prevención de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes, en un hospital. Siendo básica, con nivel descriptivo-correlacional, corte transversal, y cuantitativa. Se tomaron de población 85 individuos, y la obtención de datos se consiguió por un formulario de 24 ítems y otro

de 27 ítems. Encontraron que el 23,53% tiene un estilo de vida malo, el 51,76% tiene un estilo de vida regular y el 24,71% tiene un buen estilo de vida. Se pudo observar que un mayor porcentaje de ellos tiene un estilo de vida beneficiosos para la salud de manera regular, semejante al 25,88% tiene poca aptitud para prevenir la diabetes tipo 2, el 37,65% tiene una regularidad y el 36,47% tiene el nivel óptimo. Así mismo se nota que en un más grande porcentaje muestran el interés de realizar prevención de manera regular, llegaron que hay una relación directa entre el estilo de vida y la prevención de diabetes II.

(Rivas et al. 2020), en Colombia, en su trabajo tuvo como propósito determinar el estilo de vida de los pacientes con diabetes tipo II en una entidad de salud. Se usó el diseño cuantitativo, descriptivo de corte transversal. En dicho estudio se tomaron los siguientes aspectos: alimentación, actividad física, tabaquismo, alcoholismo, información acerca de la diabetes, control de sensibilidad y adherencia al tratamiento. La muestra fue de 105 pacientes. En los resultados se pudo reflejar una prevalencia de 53% de mujeres y que oscilan de 18-35 años en un (9%), 36-59 años en un (44%) y superior de 60 años reflejó un (47%); así mismo se pudo notar que el 55% presentaban un inadecuado estilo de vida. Así mismo, el presentar buena adherencia al tratamiento, en un 75% producto de una autoestima moderada a baja. Concluyeron en este estudio, que, a pesar de tener comportamientos responsables con su salud, todavía tenían hábitos que necesitaban cambiar en relación con el hábito de nutrición, tabaco y el tomar alcohol, como un área clave y decisiva de un estilo de vida no adecuado.

Asenjo (2020), en Perú, en su trabajo se basó en determinar la relación del estilo de vida con el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, de Chota, Cajamarca. Siendo de corte transversal y observacional. Se estudiaron de muestra 102 pacientes. Se empleó el cuestionario IMEVID y se adaptó una guía adicionalmente. En relación a los resultados se pudo reflejar que los pacientes presentaron un estilo de vida de manera desfavorable en un 45,1%, exceso de peso 43,1%, perímetro abdominal alto 53,9%, hiperglucemia 62,7%, C-LDL alto 79,4 C-HDL disminuido 59,8%, triglicéridos en exceso 61,8% e inadecuado control metabólico de la patología 61,8%. En su trabajo pudo concluir que existe los pacientes mayormente poseían un desfavorable estilo de vida,

dando como resultado que existe una relación significativa y positiva entre el estilo de vida y el control metabólico de los pacientes.

Ayte (2018), en Perú, su objetivo fue determinar los estilos de vida en usuarios con diabetes mellitus tipo II, tomando los consultorios de una entidad de salud. El diseño fue cuantitativo, descriptivo y corte transversal. Se tomó a consideración una muestra de 142 usuarios, en el cual se ejecutó un cuestionario con sus preguntas. Se detectó que de la muestra de 142 usuarios, en cuanto a la alimentación reflejó que el 99,3% tiene un estilo de vida poco saludable, en cuanto a la actividad física el 76,1% tiene un estilo de vida no saludable, en relación a los hábitos nocivos mostraron que el 89,4 % tiene un estilo de vida no saludable, en la de información sobre la diabetes el 88% presentó un estilo de vida no saludable, relacionado con el estado emocional, el 69,7% presentó un estilo de vida no saludable y por último, en la adherencia al tratamiento, el 58,5% presentó un estilo de vida no saludable, un estilo de vida poco saludable, el 76,8% de los usuarios diabéticos tipo II tenía un estilo de vida poco saludable, y el 23,2% restante poseía un estilo de vida beneficioso para su salud. La conclusión final fue que los pacientes diabéticos tipo II de esta investigación se identificaron prácticas de estilos de vida saludables.

Canché et al. (2017) en México, su finalidad fue de evaluar la participación didáctica en el estilo de vida, la sensación de la enfermedad y el nivel de hemoglobina glicosilada. El estudio fue un estudio semiempírico. Se dictaron en alrededor de cuatro meses charlas educativas a gente con diabetes del Seguro Popular del Centro Médico Bokobá, Yucatán. En la muestra participaron 39 pacientes. Se utilizó la herramienta IMEVID, y adicional un cuestionario validado. Se puede determinar que las medias antes y después de la intervención fueron para el IMEVID 63.15 y 77.41 puntos [$p < 0.001$], para el tener información acerca de la patología 25.73 y 79.70 puntos [$p < 0.001$] y para la HbA1c de 9.25% y 8.14% [$p < 0.001$]. Llegando a las conclusiones de que el impartir charlas educativas mejoraron con conocimientos y de esta manera buscaron un mejor estilo de vida. Además, logró reducir el nivel de HbA1c.

En cuanto la revisión de antecedentes nacionales tenemos a Orellana (2021), en Cuenca, realizó un estudio con el objetivo de indicar los motivos que relacionan al fallo

de la adherencia al tratamiento, en pacientes de un hospital de Cuenca. El método que se usó fue analítico y con un corte transversal. Se trabajó con 204 individuos como muestra a través del programa PSPP 1.2.0 para su procesamiento, usando la causa de prevalencia para medir la organización. Pudo evidenciar que la frecuencia de no adherencia terapéutica fue de 70.6%. En su estudio pudo concluir que la carencia de adherencia, se relaciona con el uso de 4 o más fármacos, dependencia al cigarrillo, factor de exceso de distancia al centro de salud, medio rural, depresión, diagnosticado superior a 10 años y la toma de medicamento oral.

Bermello (2020), en Milagro, realizó un estudio que se basó en analizar las prácticas y costumbres en adultos mayores de un barrio de Machala. La metodología fue cuantitativa, de tipo retrospectiva, descriptiva y transversal. Elaboraron un cuestionario con numerosas preguntas; y se llegó a la conclusión que la gente tiene algo de riesgo de desencadenar diabetes tipo II, por varias costumbres y hábitos de riesgo y el poco conocimiento de la patología, y prácticas perjudiciales de la población para la patología.

Sánchez et al. (2019) en Babahoyo, en su investigación se basó en determinar los estilos de vida que influyen en un centro de salud de Ventanas. Se usó metodología cualitativa. Se tomó para iniciar 44 adultos diagnosticados con la patología. Se identificó como hallazgos importantes, el poco conocimiento del estilo de vida, relacionado a la alimentación, el 61% consume alimentos altos en azúcar con una incidencia de hasta 5 veces por semana, el 54% no hacen ejercicios físicos dando como prevalente el sedentarismo que es influyente desencadenando complicaciones futuras, el 82% de los pacientes se reflejó no tener conocimiento de información de la patología y por ende las consecuencias de un inadecuado tratamiento. La conclusión fue que se reflejó varios puntos de vista negativos con relación al poco conocimiento producto de la poca información que brinda el personal médico sobre los beneficios de un adecuado estilo de vida y autocuidado.

Orozco (2019), en Milagro, su finalidad de estudio fue identificar los estilos de vida y las dimensiones que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo II. El tipo fue descriptivo, de campo con diseño transversal aplicando procedimiento cuantitativo. Se eligió utilizar el cuestionario IMEVID para la investigación. Se pudo detectar que de los

85 pacientes con diabetes tipo II, 32 individuos poseían un estilo de vida desfavorable; 28 individuos tienen un estilo de vida desfavorable y 25 personas tienen un estilo de vida adecuado con una tasa de 38%, 33%, 29%, respectivamente. En cuanto a las áreas del cuestionario IMEVID que más se vieron afectadas en estos pacientes fue actividad física con un 54 %, información de diabetes un 55% y estado emocional un 40%.

La conclusión de esta investigación fue que fue que los pacientes diabéticos tipo II, tenían hábitos de vida desfavorables. Es importante tener en cuenta esta condición para abordar este problema de salud pública porque el modificar ciertos cambios en el estilo de vida incide en la reducción de probabilidad de desarrollar alguna de las numerosas complicaciones de la diabetes tipo 2.

En la revisión teórica de estilos de vida, son definidos como las actividades diarias y el estilo de vida saludable se relaciona con el conjunto de costumbres y comportamientos que las personas adoptan de manera personal o colectivamente para lograr complacer sus necesidades y obtener así su crecimiento personal, de una manera que se adapte a su salud. Es considerado que los estilos de vida poco saludables, se involucran a enfermedades no transmisibles como la diabetes tipo 2, dando como resultado un aumento en las tasas morbilidad y mortalidad en la gente. (Lara et al. 2018)

Según la Organización Mundial de la Salud, el estilo de vida se basa en factores de conducta identificables, establecidos por el accionar entre las características personales, sociales, económicas y ambientales. Más allá de que la costumbre de métodos sanos no garantiza una vida más extendida o libre de anomalías de la salud, hacer mejor el estilo de vida de la gente a través de cambios sutiles es conveniente para su salud. (Pech et al. 2022)

El estilo de vida se refiere a la forma en que viven los individuos, las familias y las sociedades y en la que las variables psicológicas, sociales, culturales y económicas interfieren con la salud. (González et al.2017)

Los estilos de vida pueden ser considerados saludable o no saludable, y están asociados a un grupo de formas de proceder y patrones de accionar como la actividad física, la dieta, el manejo del estrés o la utilización de sustancias como el alcohol o las drogas. (Mehri et al. 2016)

Los estilos de vida son considerados como un factor determinante en la salud de las personas, para lo cual es sustancial evitar hábitos y prácticas inadecuadas que puedan desencadenar enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles, en los factores de vida poco saludable entran a consideración los hábitos de alimentación, sedentarismo, alcoholismo, tabaquismo u otras sustancias nocivas, etc. (Herazo et al. 2020)

Los cambios en el estilo de vida han dado como resultado un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles en todo el mundo. Los malos hábitos como la inactividad, la alimentación irregular, el sedentarismo, el estrés y el tabaquismo se consideran factores determinantes en la aparición de esta enfermedad, que ha sido clasificada como una enfermedad metabólica crónica, no transmisible con una etiología multifactorial. (Rivas et al. 2020)

En cuantos a los factores que inciden, tenemos los siguientes a mencionar:

Los hábitos alimenticios son un aspecto considerable en el avance de la diabetes. La absorción de carbohidratos y grasas saturadas provoca cambios en los niveles de glucosa y la producción de insulina. Por eso es importante la ingesta de micronutrientes que aporten antioxidantes y contribuyan a la eliminación de toxinas en el organismo, previniendo la aparición de diversas enfermedades crónicas, entre ellas la diabetes tipo 2. (De la Rosa et al. 2018)

En la alimentación los carbohidratos son considerados como el nutriente primordial en la dieta de los países de Latinoamérica, estos paralelamente varían en relación del país y su zona, entre los alimentos de mayor preferencia podemos encontrar el trigo, tubérculos, arroz, leguminosas, etc. La mayor parte consumen este nutriente de manera excesiva, el cual desencadena un exceso de calorías que no son usadas como fuente de energía a lo largo de la actividad

física; provocando el sedentarismo que se encuentra dentro de las causas primordiales de exceso de peso que puede desatar Diabetes Mellitus. (Menezes Cando y Tomalá Romero, 2021)

Es importante considerar como otro factor la actividad física, ya que es una de las formas de tratar la diabetes mellitus por medio de su ejecución, dado que éste es importante para el control glucémico. La eficacia ha sido comprobada para sus complicaciones, como medio de prevención, en personas que entran en factores de alto riesgo, tales como: el sobrepeso, hipertensión y con antecedentes familiares de diabetes. (Franco et al.2019)

Según la Federación Mexicana de Diabetes (2016), el realizar actividad física, junto con la alimentación y el régimen farmacológico, se considera uno de los pilares esenciales en el tratamiento de la DM2. Fundamentalmente sugieren hacer ejercicios un mínimo de 3 a 4 días por semana, sin embargo, resaltan que éstos tienen que estar acoplados a las necesidades del que la padece, lo cual es importante a considerar que los trabajos de actividad física sean planificados bajo control médico.

Los Hábitos nocivos se definen como conductas no saludables, las cuales desarrollan un peligro para la salud de la persona. En caso de la gente con diabetes, esta clase de acciones desarrollan que los individuos no logren vigilar el metabolismo de su organismo. El consumo de alcohol crea que los escenarios de glucosa aumenten perdiendo el control de ésta, ocasionando una descompensación metabólica aguda. De igual modo, el consumo de cigarrillos crea inconvenientes para la dosificación de la insulina y control de la misma patología. (Bocanegra y Quispe, 2020)

Es de suma importante describir la otra variable que es la adherencia terapéutica, que es cumplir con la prescripción del tratamiento en base a las indicaciones que brinda el personal médico y el estilo de vida es un comportamiento que se ve influenciado por hábitos, conductas, costumbres), donde inciden factores psico-socio-culturales, que llevan a la gente a la satisfacción de sus pretensiones básicas y bienestar personal. (González et al. 2018)

La adherencia terapéutica se define como una coincidencia entre el accionar de un individuo y los consejos recibidos, esto engloba todos los hábitos para utilizar las sugerencias prescritas, llevar modificaciones en el estilo de vida y evitar conductas de riesgo. (Vargas et al. 2018)

El control de la diabetes es dependiente de la adherencia terapéutica, la cual se define como el nivel de conciencia del accionar del paciente coincide con la medicación que toma, de una dieta o las modificaciones en el estilo de vida. La carencia de adherencia pertenece a los principales motivos del fracaso del tratamiento, un inconveniente prioritario de salud pública con graves secuelas en diferentes ámbitos; las opiniones actuales sobre el manejo de pacientes con diabetes ponen el autocuidado como prioridad. (Pérez et al.2018) Los principales obstáculos que impiden un tratamiento eficaz son el aumento de peso, los cambios en el estilo de vida, el uso de medicamentos, la hipoglucemia y la mala adherencia al tratamiento prescrito. Este último aspecto se debe a una variedad de factores, los primeros son la complejidad del plan de tratamiento, la ausencia de mejoría a largo plazo y los efectos adversos. (Cardona et al.2017)

La falta de adherencia es un problema importante a nivel mundial, principalmente en pacientes con enfermedades crónicas, donde la adherencia a largo plazo es de poco más del 50%, pero baja que en los países en vías de desarrollo. Como resultado, tenemos mayores tasas de hospitalización, mayores costos de atención médica y fallas en el tratamiento, entre otros problemas. (Ortega et al. 2018)

En cuantos a los factores que inciden en la adherencia de pacientes con diabetes mellitus II, tenemos los siguientes factores a mencionar:

En relación con el control de salud está la atención médica, que engloba la relación entre el personal médico y el paciente, así como la información que se le brinda al paciente en relación con su tratamiento o patología; y la comunicación, ya que una ausencia de la misma pudo haber sido el motivo del abandono del régimen terapéutico. (Ortego et al. 2019)

El control de salud se debe a la historia clínica analizada, para así realizar una evaluación física total y analítica, para observar la existencia de complicaciones. La más

adecuada es mensual, pero se puede hacer semestral o anualmente, y se debe hacer una evaluación de las metas de control y planes de tratamiento y ajustarlos si es necesario. Así mismo, se debe estar en constante control el índice de masa corporal, control de signos vitales, control de hemoglobina glicosilada y perfil lipídico anual, electrocardiograma, evaluación de profunda de vistas y pies. Por este motivo, las visitas se deben proyectar de acuerdo con el grado de control metabólico, la necesidad de educar y el tiempo de cómo ha evolucionado de la diabetes. (Sánchez, 2018)

Es importante destacar el otro factor de la adherencia terapéutica que es el autocuidado, ya que influye en los pacientes a tomar conciencia de su condición en decidir acciones acertadas, mediante la capacitación de conocimientos y habilidades, que buscan el objetivo de un cambio de comportamiento positivo y de esta manera incidir en la disminución de las complicaciones. (Naranjo Hernández y Concepción Pacheco, 2016)

En cuanto a la relación entre los estilos de vida y adherencia terapéutica se conoce que, a pesar de la diversidad de estudios nuevos relacionados con el tratamiento de la diabetes, sigue siendo difícil lograr un control adecuado. En el manejo integral de esta patología, la alimentación es uno de los factores que inciden mucho en el estado de mejoría de salud. Una dieta saludable es importante para bajar el nivel de azúcar en la sangre, equilibrar la ingesta con medicamentos hipoglucemiantes y así prevenir las complicaciones tempranas y tardías de la diabetes. (Pilar, 2018)

Es importante asegurar que el paciente cumpla las indicaciones médicas, proyectando que sea responsable y que tenga conocimiento de lo sustancial de realizar la pauta posológica día tras días de medicamentos, dando permiso de esta forma una mejor adherencia al régimen farmacológico, pudiendo así controlar la enfermedad y una condición de vida más óptima de la gente con diabetes. (Herazo et al.2020)

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo de investigación

La presente investigación se desarrolla con un enfoque cuantitativo, de acuerdo con Hidalgo (2019), es un enfoque que se basa en el análisis de variables categóricas y numéricas que permiten mostrar las tendencias de los datos con finalidad explicativa y predictiva.

El estudio de nivel fue correlacional, según (Ramos, 2020), aquí se plantea la necesidad de abordar una hipótesis en la cual se pueda asociar una relación entre 2 o más variables. El tipo de la investigación es básica, donde (Fernández et al. 2014) la definen como el tipo de investigación que busca conocer una realidad o un fenómeno.

3.1.2. Diseño de investigación

El diseño de investigación ha sido no experimental, transversal; esta no tiene el control en la variable independiente, es una de las características de los estudios experimentales y cuasi experimentales, como tampoco es apta a los grupos de la investigación (Alan et al. 2018)

3.2. Variables Operacionalización

Variable 1: Estilos de vida

Definición conceptual: Los estilos de vida se define como un conjunto de conductas de habitual practica realizadas por un individuo de manera consciente y voluntaria, y que tienen un efecto negativo o positivo en su calidad de vida (Nieto et al.2020)

Definición operacional: Los estilos de vida ha sido calculado por las puntuaciones conseguidas por “Escala para medir estilo de vida en el diabético”, el que fue diseñado por (López et al.2003), que explora los hábitos alimenticios, actividad física, consumo de sustancias nocivas y manejo de estrés mediante 25 ítems tipo Likert.

Dimensiones: Hábitos alimenticios, actividad física, hábitos nocivos.

Indicadores: Consumo de verduras, carbohidratos, grasas, frecuencia de actividad física, duración de actividad física, consumo de alcohol y tabaco, frecuencia de consumo

Escala de medición: Ordinal

Variable 2: Adherencia terapéutica

Definición conceptual: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define “adherencia terapéutica” como el nivel en que el accionar de un individuo a la hora de tomar su medicación, continuar una dieta correcta, llevar a cabo cambios en el estilo de vida y continuar las sugerencias consentidas por un prestador de salud. (Ortega et al. 2018)

Definición operacional: La adherencia terapéutica será calculada por las puntuaciones conseguidas en la Escala de (Martín et al.2008), el cual consta de 12 ítems y medirá el control relacionada a la patología con sus indicadores a considerar como son citas, comunicación médico-paciente, toma de medicamentos, etc.

Dimensiones: Control de salud, autocuidado.

Indicadores: Citas programadas, tratamiento farmacológico por vía oral, dosificación y toma de la hora indicada de medicamentos, comunicación del médico con el paciente, autocontrol.

Escala de medición: Ordinal

3.3. Población y muestra

Población

La población de estudio se define como un conjunto que servirá para la elección de una muestra que cumpla con una serie de criterios predefinidos (Arias et al. 2016). La población total se encuentra constituida por pacientes por primera vez detectados y subsecuentes de un total de 1101 del periodo de enero- abril 2022; pacientes diagnosticadas mediante fichas médicas.

El tamaño de la muestra estuvo conformado por 40 pacientes con diabetes mellitus tipo 2. El tipo de muestreo fue no probabilístico de tipo intencional.

La muestra es un aspecto esencial del diseño de estudios cuantitativos, para determinar los participantes necesarios, la cual busca evaluar nuestra hipótesis de interés. (Quispe et al. 2020)

Criterios de inclusión

Pacientes diagnosticados con la patología.

Pacientes voluntarios a participar con la recolección de datos.

Pacientes que firmaron el consentimiento informado

Criterios de exclusión

Paciente que no desee aportar para el trabajo de investigación.

Pacientes con restricciones o alteraciones de la conciencia

Adultos con diagnóstico incierto.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la investigación se empleó dos instrumentos. Para medir la variable 1 se procedió a utilizar una encuesta, donde se llevó a cabo a los pacientes que acuden al Centro de salud seleccionado.

El instrumento que se empleó fue el cuestionario IMEVID (López et al.2003), el cual tiene la finalidad de medir el estilo de vida con el diagnóstico de presentar diabetes mellitus tipo 2, su desarrollo es fácil de contestar y calificar. Es fácil de usar e incluso puede ejecutarse en la sala de espera, dando permiso para detectar comportamientos de peligro, aceptadas como algunas por los pacientes, que tienen la posibilidad de ser probablemente modificables por medio de consejería o incorporación de ayuda.

Es un instrumento que ha sido validado y seguro, desarrollado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y pasó por una evaluación 16 profesionales de salud. En los coeficientes de correlación intra-clase para demostrar

la validez lógica y contenido dieron un resultado de 0.91 y 0.95, respectivamente. Así mismo se pudo evidenciar que el α de Cronbach dio una puntuación total de 0.81 y un coeficiente de correlación test-retest de 0.84.

Este instrumento fue constituido por 25 preguntas, en las cuales existen 3 opciones para su respuesta con valores de 0, 2 y 4 siendo el valor más óptimo; dentro de su configuración existen siete dominios: nutrición para analizar su alimentación (del 1 al 9, valoración límite de 36), actividad física para ver su grado de actividad diaria (del 10 al 12 valoración límite de 12), tabaquismo tomando de la 13 al 14, con una valoración límite de 8, alcoholismo (15 y 16, con una valoración límite de 8), conocimiento acerca de la diabetes (17 y 18, con una puntuación límite de 8), estado emocional (19 al 21, con una valoración límite de 12), y por último la adherencia al tratamiento (22 al 25, con una valoración límite de 16).

Para objetivos de estudio se determinó la evidencia de validez apoyado en el contenido de los ítems por medio del juicio de expertos, conformado por 3 jueces. Los resultados fueron de 0,96 de claridad; 0,92 de coherencia; y, 0,92 de relevancia, determinándose una validez de 0,93 que equivale a un instrumento muy confiable.

La evidencia de confiabilidad por consistencia interna se determinará por el coeficiente omega de las puntuaciones obtenidas en una muestra piloto conformado por 40 pacientes. Se pudo observar en los valores de análisis de confiabilidad interna de la escala mencionada de un centro de salud de Chone, reflejando números altos, tomando a consideración la dimensión global ($\omega=.798$), como en las dimensiones hábitos alimenticios ($\omega=.702$), actividad física ($\omega=.760$), hábitos nocivos ($\omega=.734$), lo que confirma que el instrumento presenta evidencia de confiabilidad por consistencia interna.

Para la variable 2 se utilizará el cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) construido y validado por Martín y Grau Abalo. (2008) Este instrumento es usado para entender el nivel de adherencia terapéutica. En su estudio en un inicio se aplicó a pacientes hipertensos, pero con el pasar del tiempo actualmente su uso se ha extendido en otras patologías como lo son la diabetes mellitus tipo 2 y el VIH. Se conforma de 12 ítems.

Se le brinda al paciente la opción de respuesta en una escala de Lickert, el cual se conforma por cinco alternativas que van desde siempre, hasta nunca respondiendo con una X. Para obtener la puntuación se asignó el valor 0 a la opción de nunca, 1 a casi nunca, 2 para a veces, 3 a casi siempre y 4 a siempre, dando un total de 48 puntos como límite. Las puntuaciones a obtener por cada paciente, teniendo en cuenta como los que cumple la adherencia total los que alcanzan de 38 a 48 puntos, adherencia parcial de 18 a 37 puntos, y los que no cumplen con la adherencia entre 0 y 17 puntos, tal es por eso se consiga cuantificar con eficacia las respuestas del portador de la patología y seccionar en tres niveles de adherencia al tratamiento: total, parcial y no adherido.

Se empleó la metodología iniciada por Moriyama, la confección de las preguntas se sometió a una verificación de contenido por criterio de expertos. Así mismo este cuestionario se sometió previo a su ejecución con el objetivo de validación, a una prueba de pilotaje, el cual se aplicó a cinco investigadores profesionales, cuyas recomendaciones influyeron para su validación definitiva.

En cuanto a la validez de creación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau), se evaluó empleando el proceso de rotación de Varimax. Se llevó a cabo un análisis de las comunidades para entender la representación de las variables en los causantes retenidos y de la consistencia interna por aspecto retenido.

Con respecto a la confiabilidad interna, se pudo evidenciar que el índice de consistencia interna Alfa de Cronbach, se identificaron que los valores más altos fueron en las preguntas: 1, 3, 6, y el 9. En la correlación Ítem-total del MBG, mayormente mostraron valores que pasan ,50, lo que indica un óptimo nivel de consistencia entre los ítems, siendo el 8 y 9 los de más elevada correlación, y para terminar se reflejó que sólo los ítems 7 y 11 no superaron el valor de,50. Además se evidenció en general a un Alfa de Cronbach mayor a ,80, el cual es un determinante de que valida el uso del instrumento elaborado. (Martín et al.2008)

Es importante destacar que para este estudio se usó la evidencia de validez basado mediante juicio de expertos, integrado por 3 jueces. Los resultados fueron de

0,96 de claridad; 0,92 de coherencia; y, 1,00 de relevancia, determinándose una validez de 0,96 que equivale a un instrumento muy confiable.

La evidencia de confiabilidad por consistencia interna se determinará por medio del coeficiente omega de las puntuaciones obtenidas en una muestra piloto conformado por 40 pacientes, se pudo observar de la escala de adherencia terapéutica en pacientes de un centro de salud de Chone, se reflejó altos valores de confiabilidad, tanto en dimensión global ($\omega=.742$), como en la de control de salud ($\omega= .700$), y autocuidado ($\omega=.712$), lo cual indica que el instrumento reporta evidencia de confiabilidad por consistencia interna.

3.5 Procedimientos

Para la realización de la investigación inicialmente se presentó la carta de autorización a la directora del distrito Chone- Posteriormente, se coordinó con el área que lleva el control de pacientes diabéticos para la utilización del instrumento. En el día pactado con el área respectiva, se ejecutó la recolección de datos con la utilización de medidas de seguridad, ya que su utilización fue individual para cada encuestado. Antes de la resolución del instrumento, se consultó a cada participante su deseo de aportar en la investigación, acatando la elección de cada uno; en caso éste aceptaba en formar parte se pactaba el consentimiento informado para el estudio. Por consiguiente, se le detalló al paciente de manera individual el llenado del instrumento, pidiendo sinceridad en sus respuestas. Los documentos que validan el presente estudio están anexados.

3.6 Análisis de datos

Se sistematizó las puntuaciones por medio de una sábana de datos formato Excel, y se importó a través de la aplicación Jamovi de esta manera se podrán conseguir los resultados del estudio planteado, los cuales fueron presentados por medio tablas y

figuras, detallando su respectiva interpretación, según a los objetivos mencionados en el estudio.

Se realizó una valoración de la normalidad de los datos y dado que difieren de la distribución normal de los datos, se aplicó un coeficiente de correlación no paramétrico.

3.7 Aspectos éticos

Para fines del estudio se tomarán en cuenta los principios del informe de Belmont que a continuación se detallan:

Autonomía, se solicitó previo a la ejecución, el debido permiso.

Beneficencia, la investigación no busca perjudicar a nadie, por el contrario, este estudio va a servir para abarcar a profundidad los puntos propuestos en relación a la patología.

Justicia, por medio de la investigación se busca el principio de igualdad y equidad, puesto que en ningún momento se hizo alguna discriminación, sin distinción de raza o género.

Finalmente, todas las actividades que se realizaron fueron primero informadas a los encuestados, por tal motivo firmaron previamente el consentimiento informado. Además, se respetará la propiedad intelectual.

IV. RESULTADOS

Análisis Inferencial

Tabla 2.

Prueba de normalidad de las puntuaciones de Estilo de vida y Adherencia Terapéutica de un Centro de Salud, Chone, 2022

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Estilo de vida	,967	40	,279
Hábitos alimenticios	,930	40	,016
Actividad física	,838	40	<,001
Hábitos nocivos	,955	40	,111
Adherencia terapéutica	,966	40	,257
Control salud	,931	40	,017
Autocuidado	,894	40	<,001

Interpretación

En la tabla 1, en el análisis inferencial de la prueba de normalidad se ha visto en la dimensión actividad física y dimensión de autocuidado, en el análisis de la prueba de SW, un p-valor $< \alpha$ (.05), lo cual supone que prueba la H_0 que expone que la información de las dimensiones en mención surgen de una organización no normal; en cambio que en las puntuaciones estilo de vida y en sus dimensiones hábitos alimenticios y hábitos nocivos un $> \alpha$ (.05). Además, en los puntajes encontrados de adherencia terapéutica y la dimensión control salud; se consiguió $p > \alpha$ (.05), lo cual sugiere que siguen una organización normal.

Análisis correlacional

Tabla 3.

Coefficiente r de Pearson entre Estilo de vida y adherencia terapéutica de un centro de salud Chone, 2022.

		Adherencia terapéutica
Estilo de vida	Coefficiente r de Pearson	,448
	Sig. Bilateral	.004
	D	Mediano
	r ²	.20
	N°	40

Interpretación

En la tabla 2, en el análisis inferencial de la relación entre *Estilo de vida y adherencia terapéutica*, se evidenció que el un $p\text{-valor}=.004 < \alpha .(0.01)$, por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la Hipótesis de trabajo que plantea que existe relación estadísticamente significativa directa entre *Estilo de vida y adherencia terapéutica*, con tamaño del efecto mediano ($Rho=.448$; $p<.01$); y el 20.0 % de la variabilidad de adherencia terapéutica se encuentra explicada por el estilo de vida.

Tabla 3

Coeficiente Rho Spearman entre hábitos alimenticios y las dimensiones de adherencia terapéutica en un centro de salud Chone, 2022.

<i>Hábitos alimenticios (N=40)</i>		
Control de salud	Coeficiente Rho de Spearman	.563
	Sig. Bilateral	<.001
	d	Grande
	r ²	.316
Autocuidado	Coeficiente Rho de Spearman	.633
	Sig. Bilateral	<.003
	d	Grande
	r ²	.400

Interpretación

En la tabla 3, en el análisis inferencial de la relación *entre hábitos alimenticios y las dimensiones de adherencia terapéutica*, se encontró un p-valor= $.001 < \alpha$ (.0.01). Por tanto, se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la Hipótesis de trabajo, lo cual significa que existe estadísticamente significativa directa con tamaño del efecto grande en la relación entre la dimensión *hábitos alimenticios con las dimensiones control de salud* (Rho= .563; $p < .001$) y *autocuidado* (Rho= .663; $p < .001$). Además, las puntuaciones de los hábitos alimenticios explican la variabilidad de la dimensión control de salud (31.6%) y autocuidado (40.0%)

Tabla 4

Análisis correlacional entre actividad física y las dimensiones de adherencia terapéutica en un centro de salud Chone,2022.

<i>Actividad física (N=40)</i>		
Control de salud	Coeficiente Rho de Spearman	.187
	Sig. Bilateral	.247
	D	Mediano
Autocuidado	Coeficiente Rho de Spearman	-0.65
	Sig. Bilateral	.688
	D	Mediano

Interpretación

En la tabla 4, en el análisis inferencial de la relación *entre actividad física y las dimensiones de adherencia terapéutica*, se evidenció que el un $p\text{-valor} > \alpha$ (.05). Por tanto, se acepta la hipótesis nula, lo cual significa que no existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión *actividad física y las dimensiones* control de salud ($r = .187$; $p > .005$) y autocuidado ($Rho = -0.65$; $p > .005$).

Tabla 5

Análisis correlacional entre hábitos nocivos y las dimensiones de adherencia terapéutica en un centro de salud Chone,2022.

<i>Hábitos nocivos (N=40)</i>		
Control de salud	Coeficiente Rho de Spearman	.399
	Sig. Bilateral	,011
	D	Mediano
	r ²	.159
Autocuidado	Coeficiente Rho de Spearman	-.051
	Sig. Bilateral	.753
	D	Mediano
	r ²	-.260

Interpretación

En la tabla 5, en el análisis inferencial de la relación entre hábitos nocivos y las dimensiones de adherencia terapéutica, se ha podido detectar que el un p-valor=.001 < α .(0.01). Por consiguiente, se acepta la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis de trabajo, lo cual equivale que se demuestra la relación estadísticamente significativa directa con tamaño del efecto grande en la relación entre la dimensión hábitos nocivos y las dimensiones de control de salud ($r = .399$; $p < .001$) y autocuidado ($Rho = -.051$; $p < .001$). Además, las puntuaciones de sistema interpersonal explican la variabilidad de la dimensión control de salud (15.9 %) y autocuidado (26.0%).

Análisis descriptivo

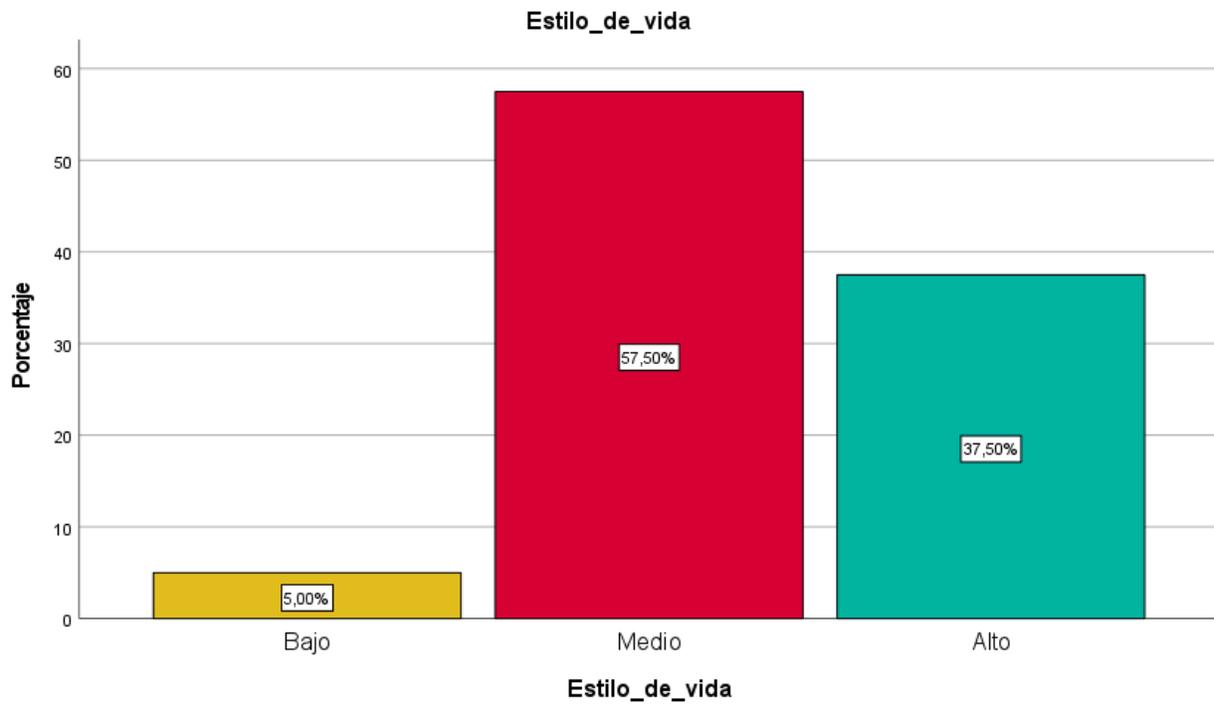


Figura 2. Niveles de estilo de vida en pacientes diabéticos de un centro de salud de Chone.

Referido a la división de los niveles de estilo de vida, es posible evidenciar que prevalece el nivel regular (57.50%) y alto (37.50%) y en menor frecuencia el nivel bajo (5%). Lo que exhibe que la mayoría parte de la gente de estudio tienen un estilo de vida regular saludable.

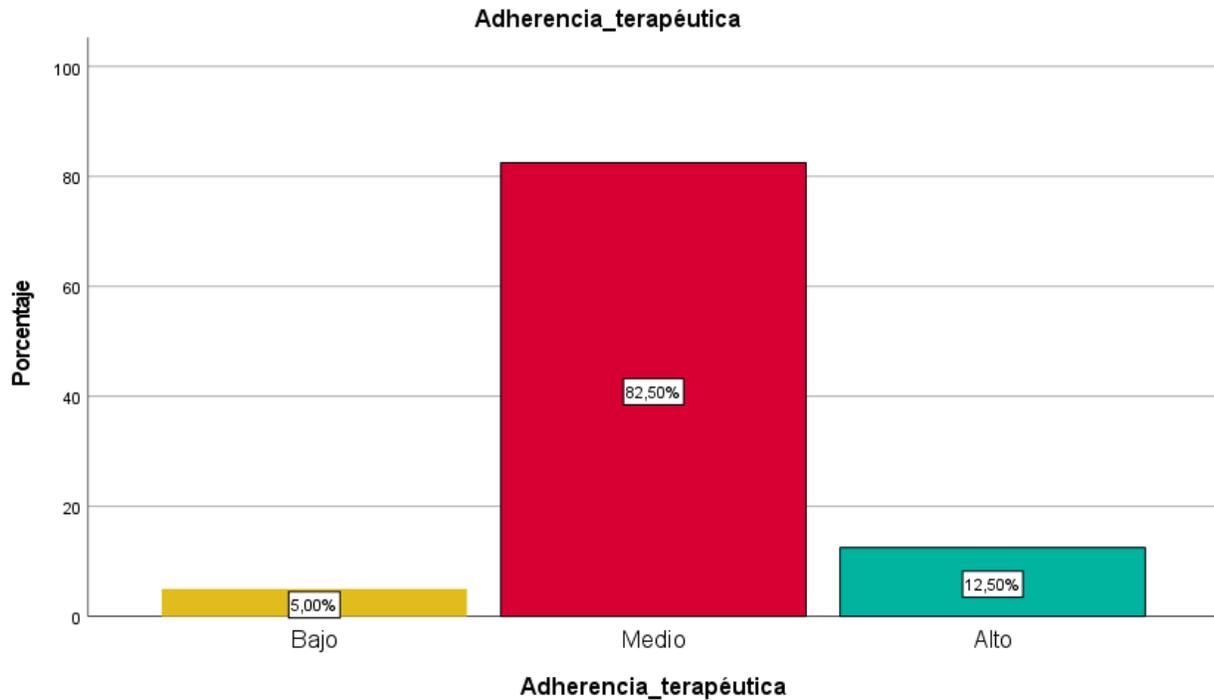


Figura 3. Niveles de adherencia terapéutica en pacientes diabéticos de un centro de salud de Chone.

Referido a la división de los niveles de adherencia terapéutica, es posible evidenciar que prevalece el nivel medio (82.50%), lo que refleja una mayor prevalencia de la población de estudio tienen un nivel de adherencia terapéutica regular. Le sigue el nivel medio en un (12.50%), presentando un nivel alto de adherencia, y en menor frecuencia el nivel bajo (5.00%), mostrando un nivel bajo de adherencia terapéutica.

V. DISCUSIÓN

Se puede observar que en su mayor parte las persona tienen preocupación del estilo de vida que llevan, el cual es llevar un buen estado de salud, no obstante, la vida diaria, la afinidad por asistir a eventos de reuniones por motivo laboral o social, desencadenando que los estilos de vida no sean los correctos y que las pésimas costumbres de estilos de vida nos ponen expone el riesgo de sufrir alguna enfermedad aguda o crónica. (Lara et al. 2018)

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre estilo de vida y adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes mellitus 2 de un centro de salud Chone, 2022; de los pacientes detectados por visita domiciliaria o que llegan al consultorio por algún problema de salud previo, en un contexto de mejorar el estado de salud por medio de un seguimiento del caso detectado. De acuerdo a los resultados de la investigación, se identificó una relación directa estadísticamente significativa y tamaño de efecto grande entre Estilo de vida y adherencia terapéutica de un Centro de salud, Chone.

Detallando los resultados obtenidos relacionado a los estilos de vida de los pacientes con Diabetes mellitus tipo II, que acuden al Centro de Salud Tipo C, Chone, en 40 individuos encuestados, se descubrió que el 57,50 % de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II tienen estilos de vida regular, y el 37.50 tiene un óptimo estilo de vida y el 5% tiene un estilo de vida malo. Estos hallazgos concuerdan con los estudios realizados en el contexto internacional por Vera (2021), en Perú, en su investigación cuyos resultados fueron que el 23,53% tiene un estilo de vida malo, el 51,76% tiene un estilo de vida regular y el 24,71% tiene un buen estilo de vida ;así mismo Rosales (2021), en Perú, realizaron un estudio cuyo objetivo fue precisar la relación entre los estilos de vida con el peligro de padecer diabetes mellitus tipo 2 en el personal docente, en el cual se reflejó un adecuado estilo de vida en el 70%, dando como beneficio el riesgo bajo de diabetes mellitus tipo 2, y en el restante al 30% de docentes se evidenció hábitos de vida inadecuados.

Por otro lado, en los resultados descritos a nivel nacional difieren con lo encontrado por Orozco (2019), en Milagro, se reflejó que de un total de 85 pacientes con diabetes tipo II, 32 poseían un estilo de vida inadecuado; 28 personas tienen un estilo de vida poco adecuado y 25 personas tienen un estilo de vida adecuado con una tasa de 38%, 33%, 29%, respectivamente.

La Diabetes Mellitus tiene muchos motivos, como la predisposición genética, adicional existe causantes medio-ambientales que tienen la posibilidad de su desencadenamiento, de los cuales podemos considerar los hábitos previos que la persona tiene como la alimentación, actividad física, manejo de emociones, alcoholismo y tabaquismo; por lo cual el estilo de vida influye en el régimen exitoso, ya que reside en la rastreo de algunas pautas, introduciendo aquí las modificaciones de los hábitos de nutrición, en la ejecución de actividad física, controles de citas y la toma de medicación para el control. (Farré et al. 2019)

Por lo investigado se señala que en los diferentes contextos donde se desenvuelve la gente en esta situación los pacientes que sufren Diabetes Mellitus tipo 2 son muy indispensables ya que hay el hacer en la vida diaria prácticas que beneficien el estado de salud y sostener estilos de vida correctas que mejoren la salud en general y al que se va a tener después, hay que tener en cuenta que el proceso de adaptación como las acciones tomadas basado a lo observado a lo largo del desarrollo cotidiano popular es lo que llamamos estilos de vida, y este no está exento de numerosos fundamentos que inciden de forma positiva o negativa en la toma de buenas prácticas en el precaución de la salud, así es destacable poner énfasis que algunos componentes no son modificables como son los componentes sociales, el estrés, etc, pero con un manejo correcto se puede sobrellevar estos componentes, y de esa forma evadir las adversidades por esta patología. (Herazo et al. 2020)

En este sentido, es primordial que los pacientes detectados con diabetes tipo 2 tomen precauciones para evitar complicaciones dañinas con una actitud de compromiso, deber y sentido de búsqueda recurrente de las mejores maneras

de precaución, consejería, búsqueda de información, asistir a centros sanitarios no solo cuándo sientan problemas de salud, sino además para recibir orientación.

Es importante detallar la variable estilos de vida que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como una forma de vida que se basa en patrones de conductas identificables, las relaciones sociales y las condiciones socioeconómicas de vida y ambientales. Si bien la práctica de hábitos saludables no garantiza una vida más larga o libre de enfermedades, esta se puede reflejar mostrando un mejor estado de estilos de vida por medio de pequeñas modificaciones favorable para su salud. (Pech et al. 2022)

Los resultados en la dimensión hábitos alimenticios de la presente investigación, se encontró que el 55.00% % tenían hábitos de alimentación regulares, mientras que el 27.50% tenían buena alimentación, y el 17.50 mala alimentación.

Adicionalmente, difiere de los resultados de Ayte V. (2018), en Perú. Los resultados obtenidos nos muestran que un 99.3% de la muestra presentaron en la dimensión hábitos alimenticios conductas no saludables. La nutrición del diabético se transforma en un pilar primordial para evadir las complicaciones que se puedan presentar, por lo cual la nutrición correcta y la precaución de estilos de vida saludables tienen que favorecer el desarrollo y recomposición del organismo. Entonces se afirma que es importante tomar conciencia sobre la alimentación por el cual es importante cambiar hábitos y la modificación de los que perjudican. (Pilar, 2018)

Se revela en este estudio que el 58.97% tenían estilos de vida correctas en actividad física, en tanto que el 38.46%, % eran poco saludable y el 2.56% nada saludable. Estos números tienen similitud a los obtenidos por Orozco (2019), en Milagro, en donde en su investigación los resultados enseñaron que el 54% presento actividad física saludable. Practicar de manera diaria y regular la actividad física, mejora el estado personal, estrés y emocional de las personas, sino favorece en el plano de salud, por lo cual se recomienda realizar actividades físicas moderada de al menos 30 minutos por día durante la semana, dando beneficios en quien lo practica como

lo es la circulación de la sangre, y ayuda a mantener estable la glucosa en sangre. (Delgado, 2017)

El resultado nos enseña el presente estudio en este aspecto es que el 50.00% poseían estilos de vida poco saludable en hábitos nocivos, en tanto que el 38.46% poseían estilos de vida saludable en hábitos nocivos y nada saludable en 2.56%. Estos resultados difieren de manera significativa en el estudio exhibido por Ayte V. (2018), en Perú. En sus resultados se ha podido reflejar en relación a los hábitos nocivos el 89.4% fueron no saludables. Estos desencadenan un incremento de padecer algunas complicaciones, sobre todo cardíacas, más todavía en este tipo de pacientes lo que acarrea a serias reacciones en relación a los niveles de azúcar en sangre, desencadenando perjuicios a los ojos y el incremento de lípidos de alta consistencia.

Es de suma importancia describir también la variable de adherencia terapéutica que busca el cumplimiento de la prescripción del tratamiento en base a la orientación y los consejos sobre las recomendaciones que se dan en la institución de salud y el estilo de vida es un accionar conseguido durante la vida (hábito, conducta, costumbre), donde influyen factores psico-socio-culturales, que llevan a las personas a la satisfacción de sus pretensiones básicas y confort personal. (González et al. 2018)

En la investigación que se realizó se evidencia que prevalece el nivel medio 77.50%, lo que muestra que tienen un nivel de control de salud regular. Le sigue el nivel alto en un 15.00%, presentando un nivel de control de salud alto, y en menor frecuencia el nivel bajo 7.50%, mostrando un nivel bajo de control de salud. Este resultado difiere de la investigación de Asenjo (2020), en Perú, en la cual observaron un mal control metabólico de la enfermedad en un 61,8%. El control médico es una determinante que involucra lo relacionado al tratamiento y a la asistencia de citas médicas, su duración, beneficios, información de la enfermedad; aquí la comunicación es importante ya que si no asiste a los controles este pudo haber sido el motivo. (Pamplona, 2018).

En relación entre los estilos de vida y adherencia terapéutica, en la actualidad a pesar de los avances del área de salud, sigue siendo complicado lograr un control adecuado, siendo los hábitos de alimentación uno de los pilares básicos, ya que puede disminuir el nivel de azúcar en la sangre en combinación con los medicamentos y así evitar complicaciones. (Pilar, 2018)

Es importante darle a conocer los beneficios de cumplir con las indicaciones médicas, impartiendo la responsabilidad e importancia de cumplir la dosis diaria de medicamentos, permitiendo un mejor control de la enfermedad y calidad de vida. (Herazo et al.2020)

VI. CONCLUSIONES

1. El estilo de vida y la adherencia terapéutica se relacionan en forma directa y significativa, y constituyen factores que inciden en el avance o detención del avance de la enfermedad.
2. Los hábitos alimenticios no saludables guardan una correlación estadísticamente significativa con el estilo de vida de los diabéticos ya que afectan al organismo y en su mayoría consumen alimentos que perjudican y pueden alterar el avance de la enfermedad.
3. El realizar actividad física guarda una correlación estadísticamente significativa con el estilo de vida, por lo que importante implementar un programa que permita controlar la actividad física, dado que es un componente que toma relevancia para el control de la diabetes y así evitar el sedentarismo y otras patologías relacionadas.
4. El control médico guarda una correlación estadísticamente significativa con la adherencia, y esto conlleva a que los pacientes tengan un mejor control y así poder adherir más al tratamiento en general; de manera específica los pacientes pueden estar influyendo en el cumplimiento del tratamiento logrando resultados deseados.
5. El autocuidado permite a los diagnosticados con diabetes a tomar conciencia de su condición, por medio de información para así mejorar los conocimientos y habilidades, y poner en ejecución cambios en sus comportamientos y disminuir las complicaciones.

VII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a la población a la modificación saludable de estilos de vida y adherencia terapéutica para así contrarrestar los síntomas de la enfermedad.
2. Se recomienda al sistema sanitario de gestión pública que establezcan programas de prevención primaria dirigidos a cambiar el comportamiento de alimentación correcta de la población por medio de un nutricionista, para corregir así sus hábitos y lograr así una buena calidad de vida.
3. Promover la costumbre de actividad física para llevar un mejor control de la diabetes como para prevención de la misma, debido que aporta con beneficios físicos y emocionales en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
4. El asistir al control médico por medio de las citas programadas permite da un mejor control de la enfermedad tanto en la medicación como en los hábitos diarios y ver el avance o control de la misma.
5. Se recomienda a las personas con diabetes, participar y asistir de forma continua a los programas educativos que se dictan en los centros de salud, para así fortalecer sus conocimientos y aplicarlos a la vida cotidiana, y de esta manera disminuir las complicaciones de la diabetes
6. Los resultados del estudio realizado que se describieron, van a ser herramienta para las instituciones en salud, y desde ello iniciar nuevas investigaciones que profundicen los puntos tomados en cuenta con el objetivo de buscar mejorar los estilos de vida no solo en los pacientes que sufren esta patología, sino, además de que tomen concienian los familiares y la población en general.

REFERENCIAS

- Alan Neill, D., & Cortez Suárez, L. (2018). *Procesos y Fundamentos de la Investigación Científica*. Machala: UTMACH.
- Arias Aybar , M. S., & Muñoz Arteaga, E. C. (2010). *Relación médico-paciente satisfactoria como factor asociado a adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2*. Tesis. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego.
- Arias Gómez, J., Villasís Keever, M. Á., & Miranda Novales, M. G. (2016). *El protocolo de investigación III: la población de estudio*. Revista Alergia México.
- Asenjo Alarcón, J. A. (2020). Relación entre estilo de vida y control metabólico en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de Chota, Perú. *Revista Médica Herediana*; 31:101-107.
- Ayte Canteño, V. I. (2018). *Estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II, de los consultorios externos del Hospital San Juan de Lurigancho, 2018*. Tesis. Perú: Universidad Privada Norbert Wiener.
- Bermello García, M. I. (2020). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre riesgos para desarrollar diabetes en adultos mayores, barrio 18 de octubre. Machala 20182019*.
- Bocanegra Guerrero, C. M., & Quispe Ferrer, A. K. (2020). *Estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus hospitalizados en el Hospital Arzobispo Loayza; 2020*. Tesis. Perú: Universidad César Vallejo.
- Canché Aguilar , D. L., Zapata Vázquez , R. E., Rubio Zapata , H. A., & Cámara Vallejos, R. M. (2017). *Efecto de una intervención educativa sobre el estilo de vida, el control glucémico y el conocimiento de la enfermedad, en personas con diabetes mellitus tipo 2,, Bokobá, Yucatán*. Revista Biomédica.
- Cardona Garbey, D. L., Borges Carcasés, D., Cala Cardona, J. C., Mora García, G., & Rodríguez Salvá, A. (2017). *Características clínico-epidemiológicas de pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 en un área de salud*. MEDISAN.

- Coello Vera, M. A., & Espinoza Guevara, C. E. (2018). *Incidencia de diabetes mellitus 2 en pacientes femeninos obesos de 25 a 35 años en Centro de Salud Mariuxi Febres Cordero de octubre a diciembre del 2018*. Tesis. Ecuador: Universidad de Guayaquil.
- Coronado Balderas, D. A. (2021). *Estilo de vida asociados a complicaciones de pacientes con diabetes mellitus 2*. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- De la Rosa Ferrera, J. M., Acosta Silva, M., & Suárez Surí, P. R. (2018). *Estilos de vida y su influencia en la aparición de complicaciones en la diabetes mellitus tipo 2 en la población de Esmeraldas, Ecuador*. UNIVERSIDAD, CIENCIA y TECNOLOGÍA.
- Delgado Vega, W. (2017). *Como influyen los factores de riesgo en pacientes con síndrome metabólico asociado a diabetes en pacientes de 18 a 60 años de edad del Centro Médico ESSALUD - CHOTA, 2015*. Tesis. Universidad Pedro Ruiz Gallo.
- Farré Valades, J., & Ruiz Toledo, J. (2019). *Factores de riesgo de la Diabetes Mellitus tipo 2 y el Síndrome del Pie Diabético*. Eur J Pod.
- Federación Mexicana de Diabetes. (2016). Obtenido de fmdiabetes.org: <http://fmdiabetes.org/ejercicio-y-diabetes-tipo-2/>
- Fernández, C., Baptista, L., & Hernández, S. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGraw Hill.
- Franco Carrasco, M. A., Yanez Carrasco, S. D., Delgado Peña, S., & Nuñez Díaz, S. P. (2019). El ejercicio combinado como prevención de la diabetes mellitus tipo II (DM2). *Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias*, 126.
- González Cantero, J. O., Oropeza Tena, R., Padrós Blázquez, F., Colunga Rodríguez, C., Montes Delgado, R., & González Becerra, V. H. (2017). *Capital psicológico y su relación con el estilo de vida de universitarios mexicanos*. Nutrición Hospitalaria.

- González Gálvez , D. L., & Zavala Guerrero, J. J. (2018). *Adherencia terapéutica y los estilos de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2 de la Provincia de Tarma, 2018*. Tesis. Perú: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión.
- (2016). *Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años*. Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia.
- Herazo Beltran, Y., Nuñez Bravo, N., Sánchez Guette, L., Vásquez Osorio, F., Lozano, A., Torres Herrera, E., & Valdelamar Villegas, A. (2020). *Estilos de vida relacionados con la salud en estudiantes universitarios*. Federación Española de Asociaciones de Docentes de Educación Física.
- Herrera Pineda, I., Garcés Maggi, B. L., Monserrate, J., & Suárez, B. (2021). *El autocuidado en diabetes mellitus tipo 2: interpretación de la variable sedentarismo*. Comunidad y Salud.
- Hidalgo Troya, A. (2019). *Técnicas estadísticas en el análisis cuantitativo de datos*. Revista Sigma.
- Lara, Y., Quiroga, C., Jaramillo, A., & Bermeo, M. (2018). *Estilo de vida de estudiantes en primer semestre de odontología de una universidad privada*. Revista Odontológica Mexicana.
- López Carmona, J. M., Ariza Andraca, C. R., Rodríguez Moctezuma, J. R., & Munguía Miranda, C. (2003). *Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. Salud Pública de México.
- Martín, A., Bayarre Veá, H., & Grau Ábalo, J. (2008). *Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial*. Revista Cubana de Salud Pública.

- Mehri, A., Solhi, M., Garmaroudi, G., Nadrian, H., & Shahbazi, S. (2016). *Health promoting lifestyle and its determinants among University students in Sabzevar, Iran*. Int J Prev Med.
- Menezes Cando, M. C., & Tomalá Romero, I. A. (2021). *Relación entre hábitos alimentarios y el riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus en adultos*. Tesis. Ecuador: Universidad de Guayaquil.
- Monrroy Hanco, E. R. (2021). *Riesgo de Diabetes Tipo 2 en conductores de mototaxis que residen en una zona vulnerable de San Martín de Porres, 2021*. Tesis. Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades.
- Murillo Sevillano, I. (2018). *Diabetes mellitus. Algunas consideraciones necesarias*. Medisur.
- Naranjo Hernández, Y., & Concepción Pacheco, J. A. (2016). Importancia del autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus. *Revista Finlay*, 215-220.
- Nieto Ortiz, D., & Nieto Mendoza, I. (2020). *Estilo de vida de estudiantes de la Universidad del Atlántico: un estudio descriptivo-transversal*. Ciencia e innovación en salud.
- Oliveira, S. P., Costa, M. M., Ferreira, J. D., & Lima, C. (2017). Autocuidado en Diabetes Mellitus: estudio bibliométrico. *Revista electrónica trimestral de Enfermería*, 634-652.
- Olvera Mosquera, S. A. (2020). *Paciente femenino de 40 años de edad con diabetes mellitus tipo 2 y sobrepeso*. Caso clínico - Universidad Técnica de Babahoyo.
- Orellana Cobos, D. F. (2021). *Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antidiabético, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso*. Cuenca.

- Orozco Villarruel, L. R. (2019). *Estilos de vida en pacientes con diabetes tipo II que acuden al Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque, Babahoyo, 2019*. Tesis. Ecuador: Universidad Estatal de Milagro.
- Ortega Cerda, J. J., Sánchez Herrera, D., Rodríguez Miranda, Ó. A., & Ortega Legaspi, J. M. (2018). *Adherencia terapéutica: un problema de atención médica*. Acta Médica Grupo Ángeles.
- Ortego Maté, M., López González, S., & Álvarez Trigueros, M. (2019). *La adherencia al tratamiento*. Unican.
- Pamplona Rangel, L. M., Uribe Guarín, D., & Ayala Hernández, J. M. (2018). *Adherencia al tratamiento fisioterapéutico*. Cartagena: Ciencia y Salud Revista Virtual.
- Pech Gómez, V. B., Barradas Castillo, M., Cruz Bojórquez, R. M., Cruz Bojórquez, R. M., & Lendecky Grajales, Á. C. (2022). *Caracterización del estilo de vida y su relación con el índice de masa corporal en estudiantes de la licenciatura en nutrición*. Revista Salud Pública y Nutrición.
- Pérez Pavón, A., López Espinosa, R., Garrido Pérez, S., Casas Patiño, D., & Rodríguez Torres, A. (2018). *Factores condicionantes de la falta de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: caso Unidad de Medicina Familiar 33, Tabasco México*. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Pilar Riobó, S. (2018). *Pautas dietéticas en la diabetes y en la obesidad*. Madrid: Nutrición Hospitalaria.
- Quispe, A., Pinto, D., Huaman, M., Bueno, H., & Valle Campos, A. (2020). *Metodologías cuantitativas: Cálculo del tamaño de muestra con STATA y R*. Rev. cuerpo méd.
- Ramos Galarza, C. (2020). *Los alcances de una investigación*. CienciAmérica .

- Rivas Castro, A., Leguísamo Peñate, I., & Puello Vilorio, Y. (2020). *Estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II de una institución de salud en Santa Marta, Colombia, 2017*. Duazary.
- Rosales Tarazona , M. R. (2021). *Riesgo de diabetes mellitus tipo 2 relacionado a estilos de vida en docentes, Universidad Nacional “Santiago Antúnez de Mayolo” Huaraz, 2021*”. Repositorio institucional - UNASAM.
- Sánchez Larrea , L. K. (2018). *Conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo ii del Centro De Salud Manuel Sánchez Villegas sector-i, La Victoria 2018*. Tesis. Perú: Universidad Señor de Sipán.
- Sánchez Ramirez, L. C., & Onofre Torres, M. J. (2019). *Estilos de vida y su influencia en la diabetes mellitus tipo II, en adultos mayores del Centro de Salud Aguas Frias de Medellín Ventanas, Los Rios, Octubre 2018 – Abril 2019*. Tesis.Ecuador: Universidad Tecnica de Babahoyo.
- Santana Amaral, V. R., Santos Ribeiro, I. J., & Montargil Rocha, R. (2021). *Factores asociados al conocimiento de la enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2*. Investigación y educación en Enfermería.
- Vargas Sánchez, C. G., & Toledo Hernández, A. (2018). *Adherencia al tratamiento y su relación con el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en una unidad de medicina familiar en Cuernavaca, Morelos, México*.
- Vélez Serna, J. I., & Mora Veintimilla, G. (2021). *Autocuidado en el paciente diabético tipo 2 en un Hospital Público de Pasaje, Ecuador*. Machala: Polo del conocimiento.
- Vera Ramos , E. N. (2021). *Estilos de vida y prevención de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes, Servicio de Medicina, Hospital Dos de Mayo 2020*.
- Williams, R. (2019). *Atlas de la diabetes de la FID*. Novena edición.

Zamora Niño, C., Guibert Patiño, A., De La Cruz Saldaña, T., Aguirre, R., & Málaga, G. (2019). *Evaluación de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 de un hospital de Lima, Perú y su asociación con la adherencia al tratamiento*. Lima: Acta médica Peruana.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	TIPO DE DISEÑO	TÉCNICA/ INSTRUMENTO
Problema General	Objetivo General	Hipótesis General				
¿Cuál es la relación entre estilo de vida y adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes mellitus 2 de un centro de salud Chone, 2022?	Determinar la relación entre estilo de vida y adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes mellitus 2 de un centro de salud Chone, 2022.	Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida y adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes mellitus 2 de un centro de salud Chone, 2022.	Estilo de vida	Hábitos alimenticios	Enfoque cuantitativo aplicado, nivel correlacional	Técnicas: Encuesta
Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas		Actividad física		
1) ¿Cuál es la relación entre la dimensión hábitos alimenticios y las dimensiones de adherencia de un Centro de salud de Chone,2022?	1) Identificar la relación entre la dimensión hábitos alimenticios y las dimensiones de adherencia de un Centro de salud de Chone,2022	Ha1: : Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión hábitos alimenticios y las dimensiones de adherencia		Hábitos nocivos		
2) ¿Cuál la relación entre la dimensión actividad física y las dimensiones de adherencia terapéutica de un Centro de salud de Chone,2022?	2) Identificar la relación entre la dimensión actividad física y las dimensiones de adherencia terapéutica de un Centro de salud de Chone,2022	Ha2: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión actividad física y las dimensiones de adherencia terapéutica		Control de salud		

3) ¿Cuál es la relación entre la dimensión hábitos nocivos y las dimensiones de adherencia terapéutica de un Centro de Salud de Chone,2022?	3) Identificar la relación entre la dimensión hábitos nocivos y las dimensiones de adherencia terapéutica de un Centro de Salud de Chone,2022	Ha3: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión hábitos nocivos y las dimensiones de adherencia terapéutica	Adherencia terapéutica				
4) ¿Cuál es la relación entre la dimensión control de salud y las dimensiones de adherencia terapéutica de un Centro de Salud de Chone,2022?	4) Identificar la relación entre la dimensión control de salud y las dimensiones de adherencia terapéutica de un Centro de Salud de Chone,2022	Ha4: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión control de salud y las dimensiones de adherencia terapéutica		Autocuidado			
5) ¿Cuál es la relación entre la dimensión autocontrol y las dimensiones de adherencia terapéutica de un Centro de Salud de Chone,2022?	5) Identificar la relación entre la dimensión autocontrol y las dimensiones de adherencia terapéutica de un Centro de Salud de Chone,2022	Ha5: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión autocontrol y las dimensiones de adherencia terapéutica					

Anexo 2. Matriz de operacionalización de operación

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Estilo de vida	El estilo de vida se define como un conjunto de conductas de habitual practica realizadas por un individuo de manera consciente y voluntaria, y que tienen un efecto negativo o positivo en su calidad de vida. (Nieto et al.2020)	El estilo de vida será medido por las puntuaciones obtenidas en la “Escala para medir estilo de vida en el diabético”, el cual fue elaborado por (López et al.2003), que explora los hábitos alimenticios, actividad física, consumo de sustancias nocivas y manejo de estrés; mediante 25 ítems tipo Likert.	Hábitos alimenticios	Consumo de verduras Consumo de carbohidratos Consumo de grasas	Ordinal: Inadecuado estilo de vida = 0 – 74 pts. Adecuado estilo de vida = 75- 100 pts.
			Actividad física	Frecuencia de actividad física Duración de actividad física	
			Hábitos nocivos	Consumo de alcohol Consumo de tabaco Frecuencia de consumo	
Adherencia terapéutica	La Organización Mundial de la Salud (OMS) define “adherencia terapéutica” como “el grado en que el comportamiento de una persona de tomar la medicación, seguir una dieta adecuada, hacer cambios en el estilo de vida y seguir las recomendaciones consentidas por un prestador de asistencia sanitaria”. (Ortega et al. 2018)	La adherencia terapéutica será medida por las puntuaciones obtenidas en la Escala de (Martín et al.2008), el cual consta de 12 ítems y medirá el control sobre la enfermedad como indicadores de citas, comunicación médico-paciente, toma de medicamentos, control de valores de glucémico, etc.	Control de salud	Citas programadas Tratamiento farmacológico oral Dosificación y horario de los medicamentos	Ordinal: Adherencia total: 38 a 48 puntos Adherencia parcial: 18 a 37 puntos No adherencia: 0 a 17 puntos
Autocuidado	Comunicación médico - paciente Autocontrol glucémico				

Anexo 3. Instrumentos recolección de datos



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

CUESTIONARIO DE ENCUESTA

DIRIGIDA A: Pacientes con diabetes mellitus II de un Centro de Salud de Chone

ENCUESTADOR: Gianni Javier Corral Zambrano

TEMA: Estilos de vida y adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes mellitus 2 de un centro de salud de Chone, 2022

OBJETIVO: Determinar la relación entre estilo de vida y adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes mellitus 2 de un centro de salud Chone, 2022.

Instrucciones:

Lea atentamente cada pregunta y marque con un aspa (X) la opción que a usted le parezca favorable. Señale usted lo que considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos tres meses. Acuérdesse que no hay respuestas correctas o incorrectas, buenas o malas, solo requerimos su sinceridad al ofrecer su respuesta.

Le suplicamos responder todas las preguntas.

Fecha:

Gracias por sus respuestas

DATOS GENERALES

1. Edad:

18 - 29 () 30 – 59 () 60 años a más ()

2. Sexo:

Masculino () Femenino ()

3. Ocupación:

Trabajador activo () Desocupado () Jubilado () Labores del hogar ()

4. Tiene Usted indicado tratamiento con:

- Hipoglucemiantes orales (glibenclamida, metformina, otros) ()

- Insulina. ()
- Hipoglucemiantes orales e insulina. ()

**VARIABLE 1
ESTILO DE VIDA**

CUESTIONARIO IMEVID

Instrumento Adaptado al presente estudio.

1. ¿Con que frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi Nunca	
2. ¿Con que frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi Nunca	
3. ¿Cuántos panes come al día?	0 a 1 pan	2 panes	3 panes	
4. ¿Con que frecuencia come alimentos fritos?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
7. ¿Come alimentos entre comidas (golosinas y/o postres)?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
8. ¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
9. ¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, usted repite el plato?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
10. ¿Con que frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicios? (caminar rápido, corre o algún otro)	3 o más veces por semana	1 a 2 veces por semana	Casi nunca	
11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión	
13. ¿Fuma?	Nunca	Algunas Veces	A Diario	
14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	1 a 5	6 o mas	
15. ¿Bebe alcohol?	Nunca	Rara vez	1 vez o más por semana	
16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	1 a 2 veces	3 a más	
17. ¿A cuántas sesiones para personas con diabetes ha asistido?	4 o más	1 a 3 veces	Ninguna	
18. ¿Trata de obtener información sobre la diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	

19. ¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
20. ¿Se siente triste?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
21. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
22. ¿Hace su máximo esfuerzo por tener controlada su diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
23. ¿Sigue dieta para diabético?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
24. ¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse la insulina?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
25. ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
			TOTAL	

Salud pública de México / vol.45, no.4, julio-agosto de 2003.

* Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos

Gracias por sus respuestas

VARIABLE 2 ADHERENCIA TERAPEUTICA

CUESTIONARIO MBG (MARTÍN-BAYARRE-GRAU)

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

	Afirmaciones	Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca
1	Toma los medicamentos en el horario establecido.					
2	Se toma todas las dosis indicadas					
3	Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta.					
4	Asiste a las consultas de seguimiento programadas.					
5	Realiza los ejercicios físicos indicados.					
6	Acomoda sus horarios de medicación a las actividades de su vida diaria.					
7	Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir.					

8	Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos.					
9	Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos.					
10	Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento.					
11	Usted y su médico analizan como cumplir el tratamiento.					
12	Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico.					

Anexo 4. Informe de validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos

INFORME DE EVIDENCIA DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE ESTILO DE VIDA

I. FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO

Nombre del instrumento: Escala de estilo de vida

Autores del instrumento: López, Ariza, C. R., Rodríguez, Munguía.

Adaptación: Corral Zambrano Gianni

Año: 2003

Procedencia: México

Ámbito de aplicación: Individual y colectiva

Áreas que explora: Hábitos alimenticios, actividad física y hábitos nocivos.

II. EVIDENCIA DE VALIDEZ BASADO EN EL CONTENIDO

Tabla 1

Evidencia de validez de contenido de la escala de estilo de vida.

DIMENSIONES	ITEMS	CLARIDAD	RELEVANCIA	COHERENCIA
		IAA	IAA	IAA
	1	0,92	1,000	0,92
	2	0,92	1,000	0,75
	3	0,92	1,000	1,00
	4	1,00	1,000	1,00
	5	1,00	1,000	0,92
	6	0,83	1,000	0,92
	7	1,00	1,000	0,83
	8	1,00	1,000	1,00
	9	1,00	1,000	0,92
	10	1,00	1,000	1,00
	11	0,92	1,000	0,92
HABITOS ALIMENTICIOS	12	1,00	0,917	1,00
	13	1,00	1,000	1,00
	14	0,92	1,000	1,00
	15	1,00	1,000	0,92
	16	1,00	1,000	1,00
	17	1,00	1,000	0,92
ACTIVIDAD FISICA	18	0,92	1,000	1,00
	19	1,00	0,833	0,75
	20	1,00	0,833	0,92

	21	1,00	1,000	1,00
	22	0,83	1,000	0,83
	23	0,83	1,000	0,83
	24	0,83	1,000	1,00
HABITOS NOCIVOS	25	1,00	0,833	0,92
	Promedio	0,96	0,92	0,92

Nota: IAA: índice de acuerdo de Aiken

Para la evidencia de validez de contenido se realizó la evaluación por juicio de 3 expertos que emitieron su ponderación en claridad, coherencia y relevancia, observándose que el 100 % tiene un índice de acuerdo de Aiken superior a .90, lo cual evidencia que dichos reactivos cuentan con evidencia de validez de contenido para ser incluidos en la escala de evaluación de estilo de vida.

III. EVIDENCIA DE VALIDEZ BASADA EN LA RELACIÓN DE LAS VARIABLE

Tabla 2

Evidencia de validez concurrente de la escala nueva de estilo de vida.

Escala nueva de estilo de vida	Escala de estilo de vida	
	Rho	p
	.90	.001

Nota: Rho: Coeficiente de correlación de Spearman; p: Probabilidad de error tipo I

En la tabla 2 referido a la validez concurrente de estilo de vida, se observa una relación directa estadísticamente significativa alta entre las puntuaciones de la escala de estilo de vida de IMEVID y la Nueva escala de estilo de vida, lo cual significa que el instrumento cuenta con alta validez de criterio concurrente.

IV. EVIDENCIA DE CONFIABILIDAD

Tabla 3

Coeficiente de Confiabilidad Omega de la Escala de Estilo de vida de un Centro de Salud Chone

Escala	N°de ítems	M	DE	ω
Escala Global	25	2.79	0.530	.798
Hábitos alimenticios	12	2.67	0.626	.702
Actividad física	6	3.13	0.643	.760
Hábitos nocivos	4	2.69	0.833	.734

Nota: α : Coeficiente alfa de Cronbach; ω : Coeficiente Omega Mc Donald

En la tabla 3 se observa que el análisis de confiabilidad por consistencia interna de la escala de estilo de vida en pacientes de un centro de salud, Chone con una muestra de 40 pacientes, encontrándose altos valores de confiabilidad, tanto en dimensión global ($\omega=.798$), como en las dimensiones hábitos alimenticios ($\omega= .702$), actividad física ($\omega=.760$), hábitos nocivos ($\omega=.734$), lo cual constituye que el instrumento cuenta con evidencia de confiabilidad por consistencia interna.

INFORME DE EVIDENCIA DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE ADHERENCIA TERAPEUTICA

V. FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO

Nombre del instrumento: Escala de Adherencia Terapéutica

Autores del instrumento: Libertad, Bayarre, Grau (2008)

Adaptación: No

Año: 2008

Procedencia: Cuba

Ámbito de aplicación: Individual y colectiva

Áreas que explora: Control de salud

VI. EVIDENCIA DE VALIDEZ BASADO EN EL CONTENIDO

Tabla 1

Evidencia de validez de contenido de la escala de adherencia terapéutica.

DIMENSIONES	ITEMS	CLARIDAD	RELEVANCIA	COHERENCIA
		IAA	IAA	IAA
	1	0,92	1,000	0,92
	2	0,92	1,000	1,00
	3	1,00	1,000	1,00
	4	0,83	0,917	1,00
	5	1,00	1,000	1,00
CONTROL DE SALUD	6	1,00	1,000	1,00
	7	0,92	0,917	0,83
	8	1,00	1,000	1,00
	9	0,92	0,917	0,83
	10	1,00	1,000	1,00
	11	0,92	1,000	1,00
AUTOCAUIDADO	12	1,00	1,000	0,92
	Promedio	0,96	1,00	0,92

Para la evidencia de validez de contenido se realizó la evaluación por juicio de 3 expertos que emitieron su ponderación en claridad, coherencia y relevancia, observándose que el 100 % tiene un índice de acuerdo de Aiken superior a .90, lo cual evidencia que dichos reactivos cuentan con evidencia de validez de contenido para ser incluidos en la escala de adherencia terapéutica.

I. EVIDENCIA DE VALIDEZ BASADA EN LA RELACIÓN DE LAS VARIABLE

Tabla 2

Evidencia de validez concurrente de la escala nueva de adherencia terapéutica

Escala nueva de adherencia terapéutica	Escala de adherencia MBG	
	Rho	p
	.90	.001

Nota: Rho: Coeficiente de correlación de Spearman; p: Probabilidad de error tipo I

En la tabla 2 referido a la validez concurrente de nueva de adherencia terapéutica, se observa una relación directa estadísticamente significativa alta entre las puntuaciones de la escala de adherencia terapéutica de MGB y la Nueva escala de adherencia terapéutica, lo cual significa que el instrumento cuenta con alta validez de criterio concurrente.

II. EVIDENCIA DE CONFIABILIDAD

Tabla 3

Evidencia de Confiabilidad de la Escala de Adherencia terapéutica de un Centro de Salud Chone.

Escala	N°	M (DE)	α	ω
Escala Global	12	3.18	0.498	.742
Control de salud	6	3.21	0.621	.700
Autocuidado	6	3.15	0.659	.712

Nota: α : Coeficiente alfa de Cronbach; ω : Coeficiente Omega Mc Donald

En la tabla 3 se observa que el análisis de confiabilidad por consistencia interna de la escala de adherencia terapéutica en pacientes de un centro de salud, Chone con una muestra de 40 pacientes, encontrándose altos valores de confiabilidad, tanto en dimensión global ($\omega=.742$), como en las dimensiones control de salud ($\omega= .700$), y autocuidado ($\omega=.712$), lo cual constituye que el instrumento cuenta con evidencia de confiabilidad por consistencia interna.

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el **instrumento “ESCALA PARA MEDIR EL ESTILO DE VIDA”**. La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando tanto al área investigativa como a sus aplicaciones. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. DATOS GENERALES DEL JUEZ

Nombre del juez:

Grado profesional: Maestría ()
Doctor ()

Área de Formación académica:

Áreas de experiencia profesional:

Institución donde labora:

Tiempo de experiencia profesional en el área: 2 a 4 años ()
Más de 5 años ()

Experiencia en Investigación Psicométrica:

2. PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN:

- a. Validar el contenido de instrumento, por juicio de expertos.

3. DATOS DE LA ESCALA ESTILO DE VIDA

Nombre de la Prueba:	Escala de Estilo de vida
Autores:	López, Ariza, C. R., Rodríguez, Munguía (2003).
Procedencia:	México
Instrumento:	Adaptado – Gianni Corral Zambrano
Administración:	Individual
Tiempo de aplicación:	Entre 10 minutos a 15 minutos
Ámbito de aplicación:	Adolescentes y adultos
Significación:	Esta escala está compuesta por 25 ítems que reflejan los diversos factores que afectan el estilo de vida. Las respuestas reflejan la condición física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica con la opinión de la persona con diabetes sobre una escala de siete dominios tipo Lickert.

4. SOPORTE TEÓRICO

DESCRIBIR EN FUNCIÓN AL MODELO TEÓRICO

Escala/AREA	Sub escala (dimensiones)	Definición
Escala de ESTILO DE VIDA	Hábitos alimenticios	Los “hábitos alimenticios” son comportamientos conscientes, colectivos y repetitivos, que conducen a la gente a elegir, consumir y utilizar determinados alimentos o dietas, en respuestas a unas influencias sociales, culturales, económicas y religiosas. (Fundación Española de la Nutrición, 2014) Se definen como “los hábitos que se adquieren durante nuestra vida que influyen en nuestra alimentación”. Los hábitos alimenticios son la expresión de creencias y tradiciones, que evolucionan durante los años en respuesta a los nuevos estilos de vida, a la aparición de nuevos alimentos y al contacto con otras culturas.
	Actividad física	De acuerdo a la (OMS,2020), la actividad física es considerada como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. La actividad física se refiere a todo movimiento, inclusive a lo largo del tiempo de ocio, para moverse a determinados sitios y desde ellos, o como parte del trabajo de un individuo. La actividad física, tanto moderada como intensa, mejora el estado de salud.
	Hábitos nocivos	Son aquellas conductas o agentes externos cuya costumbre o interacción repetida nos causan perjuicios a corto o largo plazo o a situarnos en un mayor peligro de contraer enfermedades graves. (Carrera,2017)

1. PRESENTACIÓN DE INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ:

A continuación, a usted le presento el cuestionario de **Estilo de Vida**. De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente

1. No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO: Primera dimensión: **Hábitos alimenticios**

- Objetivos de la Dimensión: Mide el grado de alimentación que consume con frecuencia y está orientado a promover la salud, reducir el riesgo de desarrollar patologías relacionadas con la alimentación y controlar enfermedades específicas causadas por una ingesta excesiva o insuficiente de ciertos alimentos.

INDICADORES	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones / Recomendaciones
Consumo de verduras	1. Porque siento que me brindan vitaminas y minerales.				
	2. Por el conocimiento de que facilitan y ayudan en la digestión.				
	3. Para mantener mi peso o bajar de peso.				
	4. Porque me ayudan a prevenir enfermedades				
Consumo de carbohidratos	5. Porque me brindan energía para realizar las funciones corporales.				
	6. Por lo que son considerados ricos en fibra.				
	7. Previenen la excesiva acumulación de grasa en el cuerpo.				
	8. Porque evitan el estreñimiento				
Consumo de grasas	9. Porque son necesarias para nuestro organismo, ya que proveen ácidos grasos esenciales que nuestro cuerpo no podría fabricar.				
	10. Por lo que nos aportan energía, permiten el desarrollo y actividad cerebral.				
	11. Porque regulan la inflamación y temperatura.				
	12. Porque nos protegen los órganos y transportan vitaminas.				

Segunda dimensión: **Actividad física**

- **Objetivos de la Dimensión:** Mide el grado de fomentar hábitos de vida saludable mediante la practica regular y así mejorar por ende las condiciones relacionadas con varias patologías no transmisibles y otras cuya causa en gran medida se deben al sedentarismo.

INICADORES	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Frecuencia de actividad física	13. Para reducir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, tensión arterial alta, cáncer de colon y diabetes.				
	14. Porque me ayuda a controlar el sobrepeso, la obesidad y el porcentaje de grasa corporal.				
	15. Permite mejorar el estado de ánimo y disminuyo el riesgo de padecer estrés, ansiedad y depresión; aumenta la autoestima y proporciona bienestar psicológico.				
Duración de actividad física	16. Porque aumenta la resistencia del organismo.				
	17. Por el hecho de que fortalece los músculos y mejora la capacidad para hacer esfuerzos sin fatiga.				
	18. Mayor mineralización de los huesos y disminución del riesgo de padecer osteoporosis en la vida adulta.				

Tercera dimensión: **Hábitos nocivos**

- Objetivos de la Dimensión: Mide la relación existente de los motivos existentes de la búsqueda de sensaciones del consumo de alcohol y tabaco.

INDICADORES	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones / Recomendaciones
Consumo de alcohol	19. Porque sienten que les ayuda cuando están nervioso o deprimido.				
	20. Porque buscan cambiar de un mal ánimo sumamente rápido.				
	21. Por el placer de sentirse aceptado por algunas amistades.				
Consumo de tabaco	22. Por el placer que sienten cuando se auto superan en actividades personales y relajarse.				
	23. Porque sienten que les ayuda a calmarse cuando están estresado.				
Frecuencia de consumo	24. Porque sienten que es la única opción de no sentirse vacío emocionalmente.				
	25. Por juntarse con malas amistades y sentir placer cuando descubren cosas nuevas que nunca habían visto o conocido antes.				

Sello y Firma del evaluador

Documento de identidad:

Registro de colegiatura

Número de celular:

Correo electrónico:

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento “**ESCALA PARA MEDIR LA ADHERENCIA TERAPEUTICA**”. La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando tanto al área investigativa como a sus aplicaciones. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. DATOS GENERALES DEL JUEZ

Nombre del juez:

Grado profesional: Maestría ()
Doctor ()

Área de Formación académica:

Áreas de experiencia profesional:

Institución donde labora:

Tiempo de experiencia profesional en el área: 2 a 4 años ()
Más de 5 años ()

Experiencia en Investigación Psicométrica:

2. PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN:

- b. Validar el contenido de instrumento, por juicio de expertos.

3. DATOS DE LA ESCALA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Nombre de la Prueba:	Escala de Adherencia Terapéutica
Autores:	Libertad, Bayarre, Grau (2008).
Procedencia:	Cuba
Administración:	Individual
Tiempo de aplicación:	Entre 10 minutos a 15 minutos
Ámbito de aplicación:	Adolescentes y adultos
Significación:	Esta escala está compuesta por 12 ítems que reflejan los diversos factores que inciden o influyen en la adherencia terapéutica tomando como prioridad el control de salud; está valorada la opinión sobre una escala de tres dominios tipo Lickert.

Escala/ÁREA	Sub escala (dimensiones)	Definición
Escala de ESTILO DE VIDA	Control de salud	<p>Son las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, sino también como la reducción de factores de riesgo, a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. (Vignolo, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011)</p> <p>Son las revisiones periódicas que se hacen con el fin de prevenir la aparición de enfermedades y detectar precozmente signos previos de alguna enfermedad y anomalías que pudieran aparecer. Hay enfermedades que, al principio pueden dar pocos síntomas y, cuando se manifiestan claramente, están más evolucionadas y su tratamiento es más complicado.</p>
	Autocuidado	Es un elemento importante que influye en los pacientes a tomar conciencia de su condición en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado, mediante la capacitación de conocimientos y habilidades, que buscan el objetivo de un cambio de comportamiento positivo y de esta manera incidir en la disminución de las complicaciones. (Naranjo y Concepción, 2016)

DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO: Primera Dimensión: Control de salud

- **Objetivos de la Dimensión:** Mide el grado de mantener y mejorar las condiciones de salud de las personas por medio de citas continuas y así prevenir enfermedades o complicaciones futuras.

INDICADORES	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Citas programadas	1. Porque siento que me brindan un mejor control de mi enfermedad.				
	2. Porque ayuda a prevenir enfermedades y padecimientos que a la larga afectan la salud, economía y bienestar general.				
	3. Por el conocimiento de que nos ayuda a mantener un mejor estilo de vida.				
Dosificación y horario de los medicamentos	4. Porque queremos obtener el beneficio que nos ofrecen para mejorar la salud.				
	5. Por lo que es importante corroborar siempre la <i>dosis</i> a administrar para evitar errores.				
	6. Porque es importante tomar la medicación a la hora indicada debido al tiempo que persisten en el organismo				

Segunda: Dimensión: Autocuidado

- Objetivos de la Dimensión: Mide el grado de realizar acciones que velan por el bienestar de salud física y mental en nuestra rutina diaria y que nos ayudan a garantizar una calidad de vida mejor.

Comunicación médico - paciente	7. Porque expreso mis dudas acerca del tratamiento a seguir.				
	8. Por lo que me organizo mejor con las citas y medicaciones.				
	9. Porque ayuda a adecuar mejor mi estilo de vida.				
Autocontrol glucémico	10. Porque siento que ayuda a evitar complicaciones micro y macrovasculares.				
	11. Porque podría mantener los valores normales de una mejor manera.				
	12. Para mejorar la disciplina modificando hábitos y así disminuir los síntomas.				

Sello y Firma del evaluador
 Documento de identidad:
 Registro de colegiatura
 Número de celular:
 Correo electrónico:

Anexo 5. Autorización de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos de la autoridad

Ministerio de Salud Pública

Chone, 03 de junio de 2022

CERTIFICACION:

CERTIFICO que el Sr: **Corral Zambrano Gianni Javier**, con Cédula de Identidad N° 131112562-7, realizó la investigación con el Tema: **Estilo de vida y adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes mellitus 2 de un centro de salud Chone, Manabí, 2022** desde el 30 y 31 de Mayo y 1 de Junio del presente año, para la obtención de la Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, tiempo en el cual demostró ser una persona con una conducta imachable, con valores innatos de responsabilidad y honestidad, cualidades que la han hecho merecedor de la confianza y estima.

Es todo en cuanto puedo informar en honor a la verdad, el interesado puede hacer uso de la siguiente certificación como lo estime conveniente

Lo certifico,

Atentamente,


Dra. María Piedad Arceaga Zambrano
Director Distrital 13D07 Chone - Flavio Alfaro en Salud



Anexo 6. Consentimiento informado

Yo, he aceptado voluntariamente la invitación de participar en la investigación titulada **ESTILO DE VIDA Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2 DE UN CENTRO DE SALUD CHONE,2022.**

Me han informado claramente sobre los responsables de la investigación, y a qué institución pertenecen. Asimismo, me han explicado sobre el propósito de la investigación, También sé, que la información que proporcionaré es confidencial, y solo será utilizada para los fines de la investigación.

Me han informado que la participación consiste en responder de manera voluntaria y sincera los cuestionarios virtuales aspectos de mi vida por el lapso de 15 minutos apropiadamente y puedo retirarme de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Mi participación es de manera anónima para lo cual me identificare con un seudónimo que ha sido elegido según mi voluntad y decisión.

La persona que me ha leído el presente documento que se llama CONSENTIMIENTO INFORMADO, me ha dicho que en cualquier momento puedo retirarme de la investigación, incluso, durante la encuesta. Me ha proporcionado un número de teléfono, al cual llamaré ante cualquier duda.

Asimismo, me han dicho, que me darán una copia del presente documento. Y como prueba que entendí lo que me han leído y explicado, firmo el presente documento.

Mi seudónimo:

Mi firma:



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, CASTILLO HIDALGO EFREN GABRIEL, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - PIURA, asesor de Tesis titulada: "Estilos de vida y adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus 2 de un centro de salud de Chone, 2022.", cuyo autor es CORRAL ZAMBRANO GIANNI JAVIER, constato que la investigación cumple con el índice de similitud establecido, y verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

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

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

PIURA, 15 de Agosto del 2022

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
CASTILLO HIDALGO EFREN GABRIEL DNI: 00328631 ORCID /0000-0002-0247-8724	Firmado digitalmente por: CHIDALGOEG el 15-08- 2022 21:24:10

Código documento Trilce: TRI - 0416266