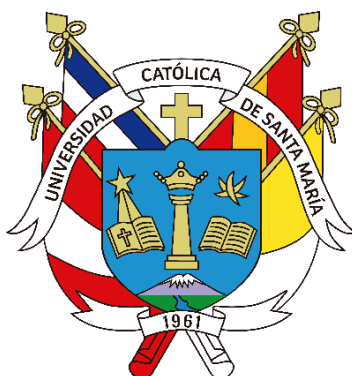


Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**Factores asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes
atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa,
Enero - Febrero 2025.**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Chalco Monjaras, Briana Aracelly

ORCID: 0009-0003-1687-7237

Arias Farfan, Valeria Lucia

ORCID: 0009-0006-5783-215X

para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor (a):

Dr. Tapia Pérez, Rafael Fredy

ORCID: 0000-0001-6120-1760

Arequipa - Perú

2025

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 09 de Marzo del 2025

Dictamen: 014731-C-EPMH-2025

Visto el borrador del expediente 014731, presentado por:

2016810012 - ARIAS FARFAN VALERIA LUCIA

2018810242 - CHALCO MONJARAS BRIANA ARACELLY

Titulado:

**FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DIABETES
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ENERO
- FEBRERO 2025.**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

MEDICO CIRUJANO

**29448413 - SALINAS GAMERO JESUS EDUARDO
DICTAMINADOR**



**29719524 - VARGAS OLIVERA GERMAN AUGUSTO
DICTAMINADOR**

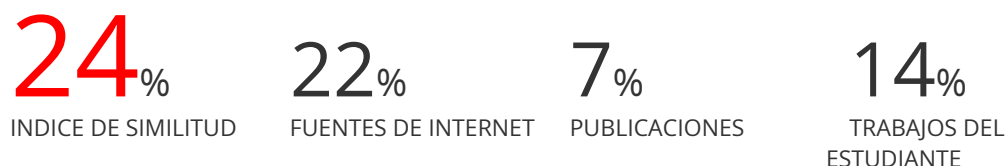


**29626559 - QUIÑONES HERMOSA ANGELA GRISELDA
DICTAMINADOR**



Factores asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, Enero - Febrero 2025.

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María	5%
	Trabajo del estudiante	
2	hdl.handle.net	2%
	Fuente de Internet	
3	tesis.ucsm.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
4	Submitted to uncedu	1%
	Trabajo del estudiante	
5	Submitted to Universidad Cesar Vallejo	1%
	Trabajo del estudiante	
6	1library.co	1%
	Fuente de Internet	
7	repositorio.uoosevelt.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
8	repositorio.unheval.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
9	repositorio.upsjb.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
10	repositorio.ucv.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
11	repositorio.upla.edu.pe	<1%
	Fuente de Internet	

DEDICATORIA

A mi madre, Eva, por su amor, sacrificio y apoyo incondicional en todos estos años de carrera; por siempre acompañarme y ser una fuente de inspiración para mí. Nunca me alcanzarán las palabras para expresar todo mi agradecimiento hacia ti, te amo.

A mi padre, Mario, gracias por siempre hacerme notar tu amor y preocupación hacia mí; gracias por apoyarme en todo este proceso. A mi hermana, Alessia, por siempre estar a mi lado, espero puedas cumplir todos tus objetivos en la vida; siempre contarás conmigo para lo que necesites.

A mi abuelito, Nono, porque sé que desde el cielo me manda las fuerzas necesarias para seguir adelante y nunca rendirme.

Arias Farfán, Valeria Lucía

A mis padres, Tirza Monjarás y Freddy Chalco, quienes han sido el pilar fundamental en mi vida y en estos años de carrera; por ser mi ejemplo de esfuerzo y dedicación. Esta tesis es el reflejo de su amor incondicional y de las enseñanzas que me han dado.

A mis hermanos, Ivanna y Renato, por ser fuente de alegría en mi día a día con sus ocurrencias. Les deseo que cumplan cada uno de sus sueños, porque sé que tienen la fuerza y el talento para lograrlo; nunca se rindan.

A mi mejor amiga, Luisa, por escucharme y entenderme como nadie más lo hace. Te quiero mucho, gracias por ser parte de este camino.

A mi querido Koddy, mi fiel compañero, quien siempre estuvo a mi lado para recibirme con sus miradas llenas de amor. Ahora descansas, pero tu huellita seguirá siempre conmigo.

Chalco Monjarás, Briana Aracelly

A nuestros amigos, nuestros ángeles, porque son ustedes los que hicieron que nuestro último año de carrera fuera un recuerdo que jamás olvidaremos; gracias por compartir con nosotras tantas risas, llantos, preocupaciones, carcajadas y todas las emociones posibles.

Arias Farfán, Valeria Lucía y Chalco Monjarás, Briana Aracelly

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento a nuestro asesor de tesis. Su experiencia, comprensión y paciencia contribuyeron en la presente investigación.

Al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, por abrirnos sus puertas y brindarnos la oportunidad de realizar este estudio.

Finalmente expresar nuestra gratitud a todas las personas que contribuyeron en el desarrollo de nuestra investigación.



RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero – febrero 2025. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal, prospectivo, analítico en pacientes con diabetes que acudían a consultorio en el Hospital, a quienes se les encuestó midiendo factores sociodemográficos, clínicos y relacionados a la accesibilidad médica, así como su nivel de adherencia al tratamiento de la diabetes (MMAS-4). Se realizó estadística descriptiva e inferencial. La investigación estuvo alineada a los criterios éticos de investigación.

Resultados: Se encuestó a 224 pacientes con diabetes. Las características de los factores sociodemográficos fueron: edad promedio de 61.81 (DE: 11.70), sexo femenino (77.23%), grado de instrucción bajo (sin instrucción 30.80%, y primario 33.48%); de los factores clínicos fueron: tiempo de enfermedad mayor de 10 años (49.55%), con comorbilidades (72.32%), especialmente hipertensión (54.02%), y que consumían más de 3 medicamentos (59.93%); y de los factores relacionados a la accesibilidad médica fueron: no pertenecer a un club de diabetes (76.34%), no haber recibido educación de diabetes en el último año (44.64%), no obtener fácilmente citas control (87.50%). Solo el 29.02% fueron adherentes al tratamiento de diabetes. Además, 62.95% olvida tomar frecuentemente sus medicamentos; 27.23% no toma sus medicamentos a las horas indicadas; 25.45% dejó de tomar sus medicamentos al sentir mejoría; y el 48.66% dejó de tomar sus medicamentos si se sentían mal luego de consumirlos. Los factores asociados a la adherencia fueron: tener edades entre 40 a 59 años ($p = 0.020$), grado de instrucción ($p = 0.022$), y haber recibido educación sobre diabetes mellitus en el último año ($p < 0.001$). Así mismo, “olvidar tomar sus medicamentos” se asoció a mayor edad ($p = 0.005$), más de 10 años de enfermedad ($p = 0.005$), tener una comorbilidad ($p = 0.031$). “Tomar sus medicamentos a las horas indicadas” se asoció a pertenecer al club de Diabetes ($p = 0.009$) o haber recibido educación sobre diabetes en el último año ($p = 0.003$). “Abandonar sus medicamentos por mejoría” se asoció a tiempo de enfermedad de 5 a 10 años ($p = 0.018$), menor número de comorbilidades ($p = 0.034$), tomar menos medicamentos ($p < 0.001$) y no haber recibido educación sobre diabetes el último año ($p = 0.001$). Por último “abandonar sus medicamentos por sentirse peor” se asoció a tener mayor nivel de instrucción ($p = 0.019$).

Conclusiones: El 70% de pacientes con diabetes atendidos en un hospital de tercer nivel no eran adherentes con su tratamiento para diabetes, siendo los principales motivos el olvido en la toma de medicamentos y el abandono del tratamiento por efectos adversos. La adherencia se asoció

significativamente a menor edad, grado de instrucción y al haber recibido educación sobre diabetes recientemente. Siendo importante resaltar que cada componente de la adherencia se asoció a factores distintos, evidenciando que la adherencia no es un constructo homogéneo, sino un conjunto de conductas influenciadas por variables clínicas, sociodemográficas y psicosociales, revelando la necesidad de intervenciones personalizadas que consideren estos factores propios.

Palabras clave: Adherencia terapéutica; diabetes mellitus tipo 2; adultos.



ABSTRACT

Objective: To determine the factors associated with therapeutic adherence in patients with diabetes treated at the Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, January – February 2025. **Methods:** An observational, cross-sectional, prospective, analytical study was conducted on diabetic patients attending the hospital's outpatient clinic. They were surveyed to measure sociodemographic, clinical, and healthcare-related factors, as well as their level of adherence to diabetes treatment (MMAS-4). Descriptive and inferential statistics were performed. The research adhered to ethical research criteria. **Results:** A total of 224 diabetic patients were surveyed. The sociodemographic characteristics were: average age of 61.81 years (SD: 11.70), female gender (77.23%), low educational level (no education 30.80%, and primary 33.48%); clinical factors were: disease duration over 10 years (49.55%), with comorbidities (72.32%), especially hypertension (54.02%), and taking more than 3 medications (59.93%); healthcare-related factors were: not belonging to a diabetes club (76.34%), not having received diabetes education in the last year (44.64%), and not easily obtaining follow-up appointments (87.50%). Only 29.02% were adherent to diabetes treatment. Additionally, 62.95% frequently forgot to take their medications; 27.23% did not take their medications at the indicated times; 25.45% stopped taking their medications when feeling better; and 48.66% stopped taking their medications if they felt worse after consuming them. Factors associated with adherence were: ages between 40 to 59 ($p = 0.020$), educational level ($p = 0.022$), and having received diabetes education in the last year ($p < 0.001$). Furthermore, "forgetting to take medications" was associated with older age ($p = 0.005$), more than 10 years of disease ($p = 0.005$), and having a comorbidity ($p = 0.031$). "Taking medications at the indicated times" was associated with belonging to a diabetes club ($p = 0.009$) or having received diabetes education in the last year ($p = 0.003$). "Stopping medications when feeling better" was associated with a disease duration of 5 to 10 years ($p = 0.018$), fewer comorbidities ($p = 0.034$), taking fewer medications ($p < 0.001$), and not having received diabetes education in the last year ($p = 0.001$). Finally, "stopping medications when feeling worse" was associated with higher educational level ($p = 0.019$). **Conclusions:** 70% of diabetic patients treated at a tertiary hospital were not adherent to their diabetes treatment, with the main reasons being forgetting to take medications and stopping treatment due to adverse effects. Adherence was significantly associated with younger age, educational level, and having recently received diabetes education. It is important to highlight that each component of adherence was associated with different factors, showing that adherence is not a homogeneous construct but a set of behaviors

influenced by clinical, sociodemographic, and psychosocial variables, revealing the need for personalized interventions that consider these specific factors.

Keywords: Therapeutic adherence; type 2 diabetes mellitus; adults.



ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN1

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO2

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....3

1.1 Determinación del problema3

1.2 Enunciado del problema4

1.3 Descripción del problema.....4

1.3.1 Área del conocimiento4

1.3.2 Operacionalización de variables.....4

1.4 Interrogantes básicas9

1.4.1 Interrogante principal9

1.4.2 Interrogantes secundarias9

1.4.3 Tipo de investigación9

1.5 Justificación del problema.....11

2. OBJETIVOS12

2.1 Objetivo Principal.....12

2.2 Objetivos Específicos12

3. MARCO TEÓRICO.....13

3.1 Conceptos básicos13

3.1.1 Bases Cognitivas y Sociales de la Conducta.....13

3.1.2 Perspectiva Psicosocial sobre el Comportamiento Humano13

3.1.3 Proceso de Transformación del Comportamiento13

3.1.4 Contextos Socioculturales en la Salud14

3.1.5. Implicaciones Fisiopatológicas de la Diabetes14

3.1.6. Cumplimiento de Indicaciones Terapéuticas15

3.2 Revisión de los antecedentes investigativos.....15

3.2.1 A nivel internacional15

3.2.2 A nivel nacional17

4. HIPÓTESIS.....18

CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL19

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	20
1.1 Técnica	20
1.2 Instrumentos	20
1.3 Materiales de verificación	20
1.4. Procedimientos	21
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	21
2.1 Ubicación espacial.....	21
2.2 Ubicación temporal	21
2.3 Unidades de estudio	22
2.4. Población.....	22
2.4.1. Universo.....	22
2.4.2 Criterios de inclusión	22
2.4.3 Criterios de exclusión.....	22
2.5 Muestra.....	22
3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	23
3.1. Organización	23
3.1.1 Validación del instrumento	23
3.1.2 Sistematización de los datos.....	23
3.1.3 Análisis de datos	23
3.2. Recursos	24
3.2.1 Humanos	24
3.2.2 Financieros	24
3.3. Aspectos éticos.....	24
3.4. Plan de análisis.....	24
CAPITULO III: RESULTADOS	26
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	27
DISCUSIÓN.....	50
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXOS	69
ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	70

ANEXO 2: CUESTIONARIO DE MORISKY-GREEN.....	71
ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO	72
ANEXO 4: DICTAMEN DE COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN.....	73



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero - febrero 2025.....	27
Tabla 2. Características clínicas de pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero - febrero 2025.	28
Tabla 3. Características de accesibilidad médica de pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero - febrero 2025.....	30
Tabla 4. Adherencia terapéutica de pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero - febrero 2025.	31
Tabla 5. Características en detalle de la adherencia terapéutica de pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero - febrero 2025.....	32
Tabla 6. Factores sociodemográficos asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero - febrero 2025.....	33
Tabla 7. Factores clínicos asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero - febrero 2025.....	35
Tabla 8. Factores de accesibilidad médica asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero - febrero 2025.	37
Tabla 9. Factores asociados al “olvidar tomar sus medicamentos” (ítem 1. de la adherencia terapéutica) en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero - febrero 2025.....	38
Tabla 10. Factores asociados al “tomar sus medicamentos a las horas indicadas” (ítem 2 de la adherencia terapéutica) en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero - febrero 2025.....	41
Tabla 11. Factores asociados al “abandono de medicamentos por mejoría” (ítem 3 de la adherencia terapéutica) en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero - febrero 2025.....	44
Tabla 12. Factores asociados al “abandono de medicamentos por sentirse peor” (ítem 4 de adherencia terapéutica) en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero - febrero 2025.....	47

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus, reconocida como un trastorno metabólico crónico de creciente prevalencia a nivel mundial, constituye uno de los mayores retos para la salud pública contemporánea (1). Se estima un aumento significativo en su prevalencia global, con un incremento proyectado de 10 puntos porcentuales para el año 2045 (2). Particularmente, la Federación Internacional de Diabetes reporta aumentos específicos de 10,6 y 11,1 puntos en la prevalencia de diabetes tipo 2 en Irán para 2030 y 2045, respectivamente (3). Además, la diabetes representa una de las principales causas de mortalidad, contribuyendo al 39,7% de las muertes en pacientes mayores de 60 años en 2019.

El manejo de esta enfermedad requiere un compromiso de cuidado a largo plazo, que incluye la adherencia a dietas especializadas, tratamientos farmacológicos y, en muchos casos, el uso de insulina para lograr un control adecuado de la glucosa en sangre. Sin embargo, muchos pacientes encuentran difícil cumplir con estas recomendaciones, lo que aumenta la probabilidad de necesitar terapias intensivas (4). La adherencia al tratamiento es clave para controlar la glucemia, reducir la hemoglobina glicosilada y prevenir complicaciones asociadas, disminuyendo también los costos relacionados con la enfermedad.

La diabetes no controlada está estrechamente vinculada a complicaciones físicas y psicológicas como enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, hipertensión, insuficiencia renal, ceguera, amputaciones, depresión y una calidad de vida deteriorada (5). Estas complicaciones no solo afectan al paciente, sino también a su entorno, imponiendo una carga funcional, emocional y económica significativa para las familias y los sistemas de salud (6). Es especialmente preocupante en los adultos mayores, donde la diabetes se asocia con altos índices de discapacidad y mortalidad (7).

La capacidad del paciente para adherirse al tratamiento es un factor crítico, influido por determinantes socioeconómicos, genéticos, biológicos y sociales (8). Los factores sociales, en particular, desempeñan un papel esencial en el cumplimiento de las recomendaciones médicas, dado que pueden facilitar o dificultar la implementación de cambios necesarios para el manejo de la enfermedad. Por ello, comprender las barreras y los facilitadores de la adherencia al tratamiento resulta fundamental para diseñar intervenciones efectivas que mejoren los resultados en salud y reduzcan las complicaciones a largo plazo (1).



CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Determinación del problema

La adherencia al tratamiento para la diabetes mellitus es un desafío crítico que afecta significativamente la efectividad de los regímenes terapéuticos. A pesar de su importancia, estudios recientes revelan que la adherencia terapéutica es alarmantemente baja. En los países desarrollados, apenas alcanza el 50%, mientras que en los países en desarrollo es aún menor, lo que incrementa los costos de atención médica y la tasa de mortalidad (9, 10). La falta de adherencia no solo representa un obstáculo para el control de la glucemia, sino que también prolonga la duración del tratamiento, duplica la mortalidad y exacerba las complicaciones de la enfermedad (11).

La diabetes mellitus es un problema de salud pública global que afecta a más de 415 millones de personas, y se espera que este número aumente a 642 millones para 2040 (12). En los países de ingresos medianos y bajos, esta condición representa el 75% de la incidencia anual, afectando tanto a zonas urbanas como rurales, donde el cambio en los estilos de vida y la urbanización han acelerado su prevalencia (13). En regiones como Asia, particularmente en India y China, la diabetes se ha convertido en una carga significativa, con estimaciones de 134 millones de casos para 2045 solo en India, consolidándola como la segunda capital mundial de la diabetes (14).

Latinoamérica no está exenta de este problema. Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2024), más del 50% de los pacientes en la región no sigue las recomendaciones médicas, en gran medida debido a factores socioeconómicos. Esta falta de adherencia contribuyó al 11% de las muertes en 2022 relacionadas con hiperglucemia, las cuales podrían haberse prevenido con cambios en el estilo de vida y un seguimiento adecuado del tratamiento. En Perú, el panorama es igualmente preocupante. Según el Ministerio de Salud [MINSA] (2021), Lima Metropolitana concentra el mayor porcentaje de personas con diabetes (4,4%), mientras que regiones como la Sierra y la Selva presentan prevalencias más bajas, pero enfrentan desafíos adicionales relacionados con el acceso a servicios de salud y barreras culturales (15).

En Arequipa, la Gerencia Regional de Salud [GERESA] (2023) reportó 2,400 nuevos casos de diabetes en 2023, con proyecciones que superaron los 3,500 hacia el final del año.

Aunque el Sistema Integral de Salud (SIS) y EsSalud suministran medicamentos gratuitamente, muchos pacientes enfrentan gastos adicionales de hasta S/100 diarios, lo que limita su capacidad para adherirse al tratamiento. Factores como el alto costo de medicamentos, la falta de educación sobre el manejo de la enfermedad y estilos de vida poco saludables, como el consumo frecuente de alimentos altos en azúcares y productos ultra procesados, agravan la situación.

La falta de adherencia adecuada no solo prolonga los tratamientos y complica las enfermedades, sino que también afecta desproporcionadamente a los pacientes. Analizar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento en nuestro medio resulta crucial para prevenir complicaciones, mejorar su calidad de vida y reducir la carga económica y emocional que la diabetes impone sobre las familias y los sistemas de salud. Este enfoque permitirá diseñar intervenciones más efectivas y sostenibles que aborden las necesidades específicas de los pacientes, favoreciendo así un mejor manejo de la enfermedad.

1.2 Enunciado del problema

Correlación entre los factores asociados y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, durante el periodo enero – febrero 2025.

1.3 Descripción del problema

1.3.1 Área del conocimiento

- Área General: Ciencias de la Salud
- Área Específica: Medicina Humana
- Especialidad: Medicina General
- Línea Temática: Diabetes Mellitus

1.3.2 Operacionalización de variables

Variable 1: Adherencia terapéutica

Definición conceptual: Grado conductual de los pacientes relacionado al cumplimiento en la ingesta de medicamentos, seguimiento de control dietético, cambio en los estilos de vida (16).

Definición operacional: La variable será analizada mediante el grado de adherencia al tratamiento, en el que se puede encontrar al paciente en dos situaciones: a) Adherente, b) No adherente (16).

Variable 2: Factores asociados

Definición conceptual: Los factores asociados, se conceptualizan como aspectos individuales y característicos del usuario o paciente que interviene en el grado de adherencia o no adherencia a tratamientos médicos en enfermedades crónicas (16).

Definición operacional: La variable será analizada desde tres aspectos importantes dentro de la enfermedad de diabetes en pacientes adultos: a) Factores sociodemográficos, b) Factores clínicos, c) Factores relacionados a la accesibilidad médica (16).

VARIABLES	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD-CATEGORÍA
Adherencia Terapéutica	Grado conductual de los pacientes relacionado al cumplimiento en la ingesta de medicamentos, seguimiento de control dietético, cambio en los estilos de vida (16).	Nivel de adherencia al tratamiento (No tiene dimensiones)	Test de adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas (test de Morisky-Green, revalidado 2016 y 2023). 4 preguntas dicotómicas (sí/no)	Nominal	Cualitativa	-Adherente (No / Si / No / No) -No adherente (demás alternativas)
Factores asociados	Los factores asociados, se conceptualizan como aspectos individuales y característicos del usuario o paciente que interviene en el grado de adherencia o no adherencia a tratamientos médicos en enfermedades crónicas (16).	Factores sociodemográficos	Edad	Razón	Cuantitativa	Años
			Sexo	Nominal	Cualitativa	-Masculino -Femenino
			Grado de instrucción	Ordinal	Cualitativa	-Sin instrucción -Primaria -Secundaria -Técnico -Superior
		Factores clínicos	Tiempo de enfermedad	Ordinal	Cualitativa	-0 a 5 años -5 a 10 años

						-Más de 10 años
			Presencia de Comorbilidades	Nominal	Cualitativa	-Sí -No
			Número de comorbilidades adicionales	Razón	Cuantitativa	Número de comorbilidades adicionales a la diabetes
			Comorbilidades	Nominal	Cualitativa	-Ninguna -Hipertensión -Dislipidemia -Hipertensión y Dislipidemia -Otras
			Número de medicamentos que consume al día.	Ordinal	Cualitativa	-1 a 2 -3 a 4 -Más de 4
		Factores de accesibilidad médica	Pertenece a club de Diabetes	Nominal	Cualitativa	-Sí -No
			Recibió educación sobre Diabetes el último año	Nominal	Cualitativa	-Sí -No

			Obtiene fácilmente cita para control de Diabetes	Nominal	Cualitativa	-Sí -No
--	--	--	--	---------	-------------	------------



1.4 Interrogantes básicas

1.4.1 Interrogante principal

- ¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero – febrero 2025?

1.4.2 Interrogantes secundarias

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas, clínicas y de accesibilidad médica de los pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero – febrero 2025?
- ¿Cuál es el nivel de adherencia terapéutica, general y en detalle, de pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero – febrero 2025?
- ¿Qué factores sociodemográficos están asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero – febrero 2025?
- ¿Qué factores clínicos están asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero – febrero 2025?
- ¿Qué factores relacionados con la accesibilidad médica están asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero – febrero 2025?
- ¿Qué factores sociodemográficos, clínicos y sociales están asociados a cada uno de los cuatro componentes de la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero – febrero 2025?

1.4.3 Tipo de investigación

La presente pesquisa se centra dentro de la tipología básica, señalado por Ruiz y Valenzuela (2022), como un tipo de estudio que tiene como objetivo abordar un

problema o pregunta concreta mediante la búsqueda y la integración de conocimientos para su ampliación en la literatura científica, lo cual promueve el avance tanto cultural como científico.

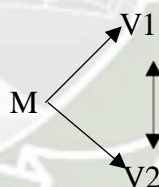
Respecto al enfoque, es cuantitativo, establecido por Romero et al. (2021), como aquel que implica un proceso organizado de recopilación, análisis e interpretación de datos numéricos o datos susceptibles de cuantificación. Se fundamenta en el empleo de métodos estadísticos y matemáticos para evaluar y examinar variables con el propósito de descubrir patrones, conexiones y tendencias dentro de un fenómeno bajo estudio.

A su vez, se tendrá un alcance de investigación de alcance correlacional, señalado por Fernández (2020), como aquel que implica la indagación respecto al grado y fuerza de asociación entre dos o más constructos. Ante ello, la presente evidenciará los hallazgos obtenidos sobre el análisis de factores asociados a la adherencia al tratamiento de diabetes en pacientes adulto mayor (17).

Se expresa gráficamente el vínculo entre las misma de la siguiente manera:

Figura 1

Diagrama correlacional



Dónde:

Muestra de estudio.

V 1: Variable 1: Factores asociados

V 2: Variable 2: Adherencia al tratamiento

r: relación

Además, el estudio presenta un diseño no experimental, acuñando a Aníbal (2020), como aquel donde el investigador no interviene directamente en la manipulación de las variables, es decir, cuando no controlan los resultados obtenidos. En este enfoque, el objetivo principal es realizar un análisis auténtico del problema en estudio, observando

y analizando fenómenos que ocurren naturalmente, sin ninguna intervención artificial por parte de los investigadores (18).

1.5 Justificación del problema

El estudio evidencia preeminencia porque permite el desarrollo de la investigación científica a partir del análisis de un nuevo contexto, promoviendo el análisis de las variables y el enfoque en una nueva población, como son los pacientes a partir de sus manifestaciones reales sobre la adherencia al tratamiento recibido, con la finalidad de determinar y definir la situación que está emergiendo a partir de la problemática planteada, para de esta manera, el profesional, pueda contribuir desde su praxis, hacia un panorama más saludable, a partir de estrategias de intervención, dentro de la comunidad de interés.

Además, posee valor teórico, la presente se sustentará bajo perspectivas teóricas, a través de modelos teóricos respecto a la adherencia al tratamiento, enriqueciendo el conocimiento de las variables y el comportamiento de los pacientes. De tal manera, a partir, de la literatura, las investigadoras desarrollarán el sentido del análisis científico y la difusión de nuevos conocimientos respecto a las variables abordadas. Por otro lado, desde el valor práctico, el estudio permitirá el descubrimiento de la posibilidad de un vínculo entre variables, y a partir de ello, despertar el interés por la praxis en la intervención desde la especialidad en medicina humana, implementando herramientas para promover un adecuado pronóstico que contribuya a la mejora de la problemática actual.

Así mismo, como valor metodológico, la investigación establecerá instrumentos que pasarán por procesos de validación y confiabilidad, que servirán en su uso para futuras investigaciones en el mismo o diferentes contextos, incrementando los precedentes científicos. Finalmente, posee un valor social, a partir del despertar en el interés de los especialistas en salud, considerados como lectores interesados en actuales investigaciones, le accederá a dicha población, la información necesaria para su difusión como dato relevante en el desarrollo de actividades preventivo promocionales de la salud, dentro del marco de la primera línea de atención.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Principal

Determinar los factores asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero – febrero 2025

2.2 Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas, clínicas y de accesibilidad médica de los pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero – febrero 2025.
- Describir el nivel de adherencia terapéutica, general y en detalle, de pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero – febrero 2025.
- Determinar los factores sociodemográficos que están asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero – febrero 2025.
- Determinar los factores clínicos que están asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero – febrero 2025.
- Determinar los factores de accesibilidad médica que están asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero – febrero 2025.
- Determinar los factores sociodemográficos, clínicos y de accesibilidad médica que están asociados a cada uno de los cuatro componentes de la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero – febrero 2025.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Conceptos básicos

3.1.1 Bases Cognitivas y Sociales de la Conducta

El Enfoque Cognitivo-Comportamental enfatiza la interacción dinámica entre el entorno y los procesos cognitivos como eje central para comprender las conductas humanas. Este modelo resalta el aprendizaje como un pilar esencial, ya que el comportamiento se adquiere y moldea a través de experiencias tanto sociales como individuales. Asimismo, subraya que para que una persona pueda tomar decisiones informadas y acertadas, es fundamental que primero entienda qué acciones realizar y cómo llevarlas a cabo. Este enfoque es particularmente valioso en el diseño de estrategias educativas dirigidas a pacientes con enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, ya que promueve la adquisición de conocimientos y el desarrollo de habilidades prácticas necesarias para el manejo eficaz de su condición (19).

3.1.2 Perspectiva Psicosocial sobre el Comportamiento Humano

El Modelo de Percepciones sobre la Salud, desarrollado en los años 50, se enfoca en las creencias individuales que influyen en las decisiones relacionadas con la prevención y el tratamiento de enfermedades. Este modelo aborda cuatro dimensiones clave: la susceptibilidad percibida, que refleja la percepción de riesgo personal ante una enfermedad; la gravedad percibida, que evalúa la seriedad de la amenaza para la salud; los beneficios esperados, que representan las ventajas percibidas de tomar acción; y las barreras percibidas, que son los obstáculos que dificultan dichas acciones. Estas dimensiones ofrecen un marco integral para comprender los factores que motivan o dificultan la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas como la diabetes. Además, este enfoque es especialmente útil para diseñar intervenciones que aborden eficazmente las barreras psicológicas y sociales que enfrentan los pacientes, promoviendo así conductas más saludables (20).

3.1.3 Proceso de Transformación del Comportamiento

El Modelo Evolutivo de Cambio Conductual, también conocido como el Modelo de las Etapas del Cambio, describe la modificación de conductas como un proceso cíclico y no lineal. Este enfoque identifica seis fases fundamentales: precontemplación, donde el individuo no reconoce la necesidad de cambio; contemplación, cuando comienza a considerar la posibilidad de modificar su comportamiento; preparación, etapa en la que

se planifican acciones específicas; acción, donde se implementan los cambios deseados; mantenimiento, fase en la que se busca consolidar los avances; y recaída, que permite analizar los retrocesos como parte del proceso. Este modelo ofrece una perspectiva detallada sobre cómo las personas avanzan o retroceden en su camino hacia el cambio conductual, siendo ampliamente utilizado en programas diseñados para mejorar la adherencia a tratamientos médicos y fomentar estilos de vida más saludables (21).

3.1.4 Contextos Socioculturales en la Salud

Los determinantes sociales de la salud representan un marco esencial para entender cómo las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales influyen de manera directa en la calidad de vida y el bienestar de las personas. Este enfoque destaca el impacto de factores como la educación, el empleo, la vivienda, el acceso a servicios de salud y las redes de apoyo social en la salud de las poblaciones. El concepto de desigualdad en salud, también conocido como el gradiente social inverso, pone de manifiesto que los grupos más vulnerables de la sociedad son los más expuestos a factores de riesgo como el tabaquismo, la obesidad, la hipertensión y otras enfermedades crónicas, perpetuando así ciclos de exclusión y desventaja. Abordar estas inequidades requiere una perspectiva integral que no solo considere las disparidades actuales, sino también las experiencias acumuladas a lo largo del curso de vida, ya que estas condicionan tanto las oportunidades como los desafíos a los que se enfrentan los individuos y comunidades. La comprensión de estos contextos es crucial para diseñar políticas públicas efectivas y estrategias de intervención que promuevan la equidad, reduzcan las brechas en salud y favorezcan el desarrollo sostenible de las sociedades (22).

3.1.5. Implicaciones Fisiopatológicas de la Diabetes

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica multifactorial que resulta de una combinación de resistencia a la insulina y la disfunción progresiva de las células beta pancreáticas, lo que genera alteraciones metabólicas significativas. Esta condición no solo representa un desafío clínico debido a su creciente prevalencia global, sino también por su impacto sistémico, ya que las complicaciones derivadas pueden afectar múltiples órganos a través de alteraciones tanto en la microvasculatura (retinopatía, nefropatía y neuropatía diabética) como en la macrovasculatura (enfermedades cardiovasculares, accidente cerebrovascular y enfermedad arterial periférica). El manejo efectivo de la DM2 requiere un enfoque integral y multidisciplinario, que combine

intervenciones farmacológicas personalizadas con modificaciones sostenibles en el estilo de vida, como una alimentación saludable, actividad física regular y adherencia al tratamiento médico. Asimismo, se enfatiza la importancia de la educación al paciente y el monitoreo constante para prevenir o retrasar las complicaciones, mejorando así la calidad de vida y reduciendo la carga económica y social asociada a esta enfermedad (23).

3.1.6. Cumplimiento de Indicaciones Terapéuticas

El cumplimiento terapéutico se refiere al grado en que las acciones del paciente coinciden con las recomendaciones proporcionadas por el personal de salud, abarcando aspectos esenciales como la toma adecuada de medicamentos, la adherencia a dietas específicas y la implementación de cambios en el estilo de vida. Este concepto no solo implica el seguimiento puntual de las indicaciones, sino también la comprensión y el compromiso del paciente con su tratamiento. La no adherencia terapéutica, un problema ampliamente documentado, puede deberse a múltiples factores, entre ellos el olvido, las barreras económicas, la falta de acceso a los recursos necesarios y la limitada comprensión de la importancia del tratamiento. Estas dificultades representan un obstáculo significativo para el éxito clínico, afectando tanto la efectividad del tratamiento como la calidad de vida del paciente. Por ello, evaluar el cumplimiento terapéutico no solo resulta crucial para identificar las áreas problemáticas, sino también para diseñar intervenciones personalizadas que optimicen los resultados en salud. Esto incluye desde estrategias educativas hasta el uso de tecnologías de seguimiento, con el objetivo de promover la adherencia y mejorar los desenlaces clínicos (19).

3.2 Revisión de los antecedentes investigativos

3.2.1 A nivel internacional

Ghasemi et al. (24) en Irán 2020, en su estudio *“Investigación de la relación entre el apoyo social y la adherencia al tratamiento en personas mayores con diabetes mellitus tipo II”* Objetivo: “Evaluar cómo el apoyo social influye en la adherencia al tratamiento”. Metodología: “Estudio descriptivo-analítico en 200 personas mayores con diabetes mellitus tipo II”. Resultados: “La adherencia al tratamiento fue moderada (51.5%), con una puntuación media de $154,91 \pm 19,61$. La adherencia se asoció significativamente con el apoyo social, el sexo y el estado de vida”. Conclusión: “El apoyo social es un recurso clave para mejorar el manejo y control de la diabetes en personas mayores”.

Sánchez (60), en México, en su estudio titulado “Relación entre autoeficacia, apoyo social, adherencia al tratamiento y HbA1C por nivel de percepción de amenaza en pacientes con DM2” en el año 2020, Objetivo: “Analizar la relación entre autoeficacia, apoyo social, adherencia al tratamiento y HbA1C por nivel de percepción de amenaza”. Metodología: “Estudio correlacional, cuantitativo, población de 166 participantes de Michoacán”. “Resultados mostraron que la percepción de susceptibilidad y severidad media la adherencia al tratamiento y los niveles de hemoglobina glicosilada”. Conclusión: “Tanto el apoyo social como la autoeficacia son esenciales para mejorar la adherencia en pacientes con diabetes”.

Okwuosa et al. (25) en Nigeria 2022, en su estudio *"Relación entre el apoyo social percibido y la adherencia a la medicación entre pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2"* Objetivo: “Evaluar la influencia del apoyo social percibido en la adherencia a la medicación”. Metodología: “Estudio observacional con 244 participantes”. Resultados: “Un buen apoyo social percibido se asoció significativamente con una alta adherencia a la medicación ($p=0,0001$), con 3,27 veces más probabilidades de adherencia alta en comparación con aquellos con bajo apoyo social percibido”. Conclusión: “El apoyo social percibido es clave para mejorar la adherencia a la medicación en pacientes con DM2”.

Nuha (26) en Indonesia en el año 2023, en su estudio *"La relación entre el apoyo social familiar, la motivación y el cumplimiento de la medicación en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II"* Objetivo: “Analizar cómo el apoyo social y la motivación influyen en la adherencia al tratamiento”. Metodología: “La investigación fue cuantitativa, con una encuesta aplicada”. Resultados: “El apoyo social y la motivación tienen una relación significativa con la adherencia al tratamiento ($r=0.927$), aportando un 27.2%. Además, el apoyo social ($r=0.243$) y la motivación ($r=0.428$) muestran relaciones independientes”. Conclusión: “El apoyo social familiar y la motivación son fundamentales para la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II”.

Zafirah et al. (27), en su estudio *"Relationship between family support and compliance in diabetes mellitus patients"* realizado en el año 2022." Objetivo: “Evaluar la relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus (DM)”. Metodología: “Estudio transversal en 104 pacientes con DM, utilizando un cuestionario validado sobre apoyo familiar y adherencia”. Resultados: “Se encontró

una relación significativa entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento ($p=0.009$), destacando el apoyo emocional ($p=0.0001$), mientras que las dimensiones informativas, instrumental y de recompensa no fueron significativas”. Conclusión: “El apoyo emocional familiar es clave para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con DM”.

3.2.2 A nivel nacional

Mariños (28) en su estudio "*Apoyo social percibido y adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2*" del año 2024. Objetivo: “buscó determinar cómo el apoyo social influye en la adherencia al tratamiento en pacientes con esta enfermedad”. Metodología: “Se realizó una investigación descriptiva-correlacional”. “Los resultados indicaron que el apoyo emocional fue crucial para mejorar la adherencia al tratamiento, mientras que la ayuda material y social, aunque disponible, no siempre aseguraba el cumplimiento de las indicaciones médicas”. Conclusión: “Se encontró una relación significativa entre el apoyo social y la adherencia”.

De Los Santos (29), en su investigación "*Relación del Apoyo social percibido, ansiedad rasgo y la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana*" del año 2019. Objetivo: “analizar la relación del apoyo social percibido, ansiedad rasgo y la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes” Metodología: “Estudio de enfoque cuantitativo, nivel correlacional”. Resultados: “La falta de apoyo social se asocia con más estrés y menor adherencia al tratamiento. Un mayor respaldo social reduce la ansiedad y mejora la adherencia”. Conclusión: “Se destaca la relevancia del apoyo social en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2”.

Osorio y Wong (30) en su investigación "*Apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus, en el Puesto de Salud Jecuan Huaral, Lima - Perú*”, realizada en el año 2023. Objetivo: “Analizar la relación entre el apoyo social y la adherencia al tratamiento en 70 pacientes con DM2”. Metodología: “Diseño descriptivo correlacional y encuestas”. Resultados: “Se encontró que cerca del 50% de los pacientes percibía un apoyo social regular y tenía una adherencia media en el consumo de fármacos y dieta”. Conclusión: “El análisis reveló un coeficiente Rho de Spearman de 0.743, indicando una conexión moderadamente significativa entre el respaldo familiar y la adherencia”.

Saldaña (31), "*Apoyo social en la adherencia al tratamiento de la diabetes en adultos del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2019*", Objetivo: "Analizar la influencia del apoyo social en la adherencia al tratamiento de pacientes adultos con diabetes mellitus atendidos en el servicio de endocrinología". Metodología: "El estudio utilizó un enfoque mixto, de diseño descriptivo-analítico no experimental". Resultados: "El apoyo social tiene un impacto positivo en la adherencia terapéutica, facilitando la adaptación a los cambios asociados con la enfermedad". Conclusiones: "Existe relación entre el Apoyo social en la adherencia al tratamiento de la diabetes en adultos".

Suca (32), en su investigación "*Apoyo social en adultos mayores afectados con diabetes mellitus 2 en el Centro de Salud La Ensenada – Puente Piedra*" publicada en el año 2021, Objetivo: "Analizar el apoyo social en 50 adultos mayores con DM2". Metodología: "Enfoque cuantitativo y descriptivo. A través del cuestionario MOSS". Resultados: "El 48% de los participantes reportó apoyo social moderado, el 32% alto y el 20% bajo, con mayor respaldo en apoyo instrumental (56%) y social positivo (54%), pero menor en apoyo emocional (32%) e interacción social (20%)". Conclusión: "Se evidencia una carencia en el apoyo emocional e interacción social, áreas clave a reforzar".

4. HIPÓTESIS

Ho: No existe relación entre factores sociodemográficos, clínicos y de accesibilidad médica; y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero – febrero 2025

H1: Sí existe relación entre factores sociodemográficos, clínicos y de accesibilidad médica; y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero – febrero 2025



CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 Técnica

Se utilizó la técnica de la encuesta estructurada para recolectar información sobre la adherencia al tratamiento de diabetes en pacientes adultos y adultos mayores, mediante una entrevista a los pacientes por parte de las investigadoras para fomentar un apropiado llenado. El estudio es de tipo transversal, analítico.

1.2 Instrumentos

El presente estudio utilizó dos instrumentos clave para la recolección de datos. Para la Variable 1, se empleará un cuestionario estructurado diseñado específicamente para recopilar información clínica y sociodemográfica relevante de los pacientes adultos. Este instrumento permitirá responder al objetivo central de la investigación al proporcionar datos esenciales para el análisis.

Por otro lado, para la Variable 2, se aplicará el reconocido cuestionario de Morisky Green, ampliamente utilizado para evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes. Su administración es individual, en población adulta, con duración de aplicación promedio de 5 minutos. Se aplica en adultos que se encuentran en algún tratamiento. La escala consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica (sí o no), que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. En la evaluación el paciente es considerado como “Adherente” si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No. Cabe mencionar que esta escala no tiene dimensiones. La escala de Morisky-Green para valorar la adherencia fue adaptada por Val Jiménez en 1992, y desde entonces el test fue usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades. En 2008 Morisky revalidó el cuestionario obteniendo un alfa de Cronbach de 0.83, especificidad de 0.93, Correlación de 0.53, en una muestra de 1367 pacientes (33, 34). Adicionalmente, este cuestionario fue validado en muestra peruana mediante el juicio de ocho expertos, quienes lograron un nivel de concordancia del 100%, lo que respalda su confiabilidad y aplicabilidad en el presente estudio (16).

1.3 Materiales de verificación

Para llevar a cabo el estudio, se emplearon diversos materiales que garanticen la adecuada recolección y registro de datos. Entre estos, se encuentran los cuestionarios, que fueron

utilizados en formato impreso para comodidad de los pacientes y de las investigadoras. También se utilizaron tablets y computadoras portátiles para facilitar el ingreso de datos en tiempo real, agilizando así el proceso de almacenamiento y análisis. Además, se solicitó previamente los consentimientos informados debidamente firmados por los pacientes participantes, asegurando el cumplimiento de los principios éticos de la investigación. Por último, se utilizaron materiales de papelería, como lapiceros, hojas y carpetas, que fueron fundamentales para el registro físico de información cuando fue necesario.

1.4. Procedimientos

El desarrollo del estudio siguió una serie de pasos organizados para garantizar su éxito. Inicialmente, se solicitó la autorización formal del Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, asegurando el aval institucional para llevar a cabo la investigación. Posteriormente, se realizó una sensibilización dirigida tanto al personal de salud como a los pacientes, con el objetivo de informarles sobre el propósito y la importancia del estudio. Una vez obtenido el permiso y sensibilizados los involucrados, se procedió al reclutamiento de los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión establecidos. A cada participante se le aplicó un cuestionario estructurado y la escala de Morisky-Green en un espacio privado, con el fin de garantizar la confidencialidad y la comodidad durante la recolección de datos. Además, durante el llenado de las encuestas las investigadoras estuvieron pendientes de cualquier duda sobre las preguntas, y en algunos casos realizaron el llenado interrogando al paciente, especialmente en adultos mayores o con bajo nivel de instrucción. Finalmente, toda la información obtenida fue registrada en una base de datos diseñada específicamente para el análisis posterior, asegurando la integridad y la calidad de los datos recopilados.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación espacial

El estudio se llevó a cabo en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, ubicado en la ciudad de Arequipa, Perú.

2.2 Ubicación temporal

El estudio abarcó el periodo de enero a febrero de 2025.

2.3 Unidades de estudio

Pacientes adultos diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 que reciben tratamiento en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza en consultorio externo del servicio de endocrinología durante el periodo de estudio.

2.4. Población

2.4.1. Universo

La población objetivo se estimó utilizando como referencia información del área de estadística sobre la cantidad de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, que fueron atendidos en el servicio de endocrinología del hospital durante enero y febrero de 2024. De esta forma resultó en un tamaño poblacional total de 509 pacientes.

2.4.2 Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo 2 que acuden a consultorio externo del servicio de endocrinología para recibir tratamiento y/o control por su condición.
- Pacientes que estén recibiendo tratamiento farmacológico en el hospital.
- Pacientes que otorguen su consentimiento informado para participar en el estudio.

2.4.3 Criterios de exclusión

- Pacientes con deterioro cognitivo severo que impida responder el cuestionario.
- Pacientes que no se encuentren en condiciones físicas o emocionales para participar.
- Pacientes que se nieguen a firmar el consentimiento informado.

2.5 Muestra

Se calculará el tamaño de muestra utilizando la fórmula para poblaciones finitas:

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

Donde:

- N=509 (tamaño de la población).
- Z=1.96 (nivel de confianza del 95%).
- p=0.5 (proporción esperada de adherencia).
- q =0.5 p=0.5.
- e=0.05 (margen de error del 5%).

El tamaño de la muestra calculado de esta manera fue de 222 pacientes como mínimo.

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

3.1.1 Validación del instrumento

La escala de Morisky-Green para valorar la adherencia fue adaptada por Val Jiménez en 1992, y desde entonces el test fue usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades. En 2008 Morisky revalidó el cuestionario obteniendo un alfa de Cronbach de 0.83, especificidad de 0.93, Correlación de 0.53, en una muestra de 1367 pacientes (33, 34). Adicionalmente, este cuestionario fue validado en muestra peruana mediante el juicio de ocho expertos, quienes lograron un nivel de concordancia del 100%, lo que respalda su confiabilidad y aplicabilidad en el presente estudio (16).

3.1.2 Sistematización de los datos

La sistematización de los datos recolectados fue fundamental para garantizar la integridad y confiabilidad. Los cuestionarios completados fueron revisados para identificar posibles inconsistencias o datos faltantes. Posteriormente, la información fue ingresada en una base de datos elaborada en el programa Microsoft Excel v.19, utilizando un formato preestablecido para organizar y clasificar las variables de estudio. Esta base de datos fue protegida con contraseñas para preservar la confidencialidad de la información.

3.1.3 Análisis de datos

Posterior a la recolección de información, la pesquisa inició con la generación de una data elaborada en el programa Excel v.19, para luego exportar la base de datos al software estadístico R versión 4.4.2, en el que se dará verificación al correcto registro de las técnicas empleadas y al análisis descriptivo e inferencial, para contrastar hipótesis correspondiente al alcance y objetivo de estudio, tal cual son descritos en la sección “3.4. Plan de análisis”.

3.2. Recursos

3.2.1 Humanos

El equipo de trabajo estuvo conformado por:

- Dos investigadoras principales encargadas del diseño del estudio, supervisión de la recolección de datos, análisis estadístico y redacción del informe final.
- Un asesor especializado en estadística para supervisar la correcta aplicación de las pruebas estadísticas.

3.2.2 Financieros

Los costos asociados al trabajo, procesamiento de la información, impresión de cuestionarios y presentación del documento final fueron solventados por las investigadoras de este estudio.

3.3. Aspectos éticos

En este proceso, es relevante mencionar que el proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Universidad Católica de Santa María. Así mismo, por criterio científico y de acuerdo a los lineamientos éticos en la especialidad de medicina perteneciente a ciencias de la salud, se trabajó bajo los criterios de ética de la Declaración de Helsinki (2020), en el cual se estipula la protección de la vida en la realización de estudios científicos, la protección de la dignidad, cuidando los factores que podrían generar daños que afecten la integridad de los sujetos. Así mismo, se veló por el respeto hacia la decisión de participación, y confidencialidad de datos a través del consentimiento informado.

3.4. Plan de análisis

El plan de análisis incluye varias etapas para asegurar la calidad y validez de los resultados. En primer lugar, se realizará un análisis descriptivo de las características sociodemográficas, clínicas y relacionadas a la accesibilidad médica, así como la adherencia terapéutica en general y en detalle de los pacientes mediante frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas, así como medidas de tendencia central y dispersión para variables numéricas. Posteriormente, se aplicará un análisis inferencial utilizando pruebas estadísticas, como la prueba de Chi- cuadrado (valores esperados en celdas marginales mayores o iguales que 5) o prueba exacta de Fisher (valores esperados en celdas marginales menores de 5) para identificar posibles asociaciones entre las variables categóricas; mientras que para comparar variables

numéricas se utilizará la prueba T de Student (paramétrica) o U de Mann-Whitney (no paramétrica). Los resultados serán presentados en tablas y gráficos para facilitar su interpretación y discusión. Finalmente, se elaborará un informe detallado que incluya las conclusiones y recomendaciones derivadas de los hallazgos.





PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero - febrero 2025.

	Total (N=224)
Edad	
Media (DE)	61.81 (11.70)
20 a 39 años	9 (4.02%)
40 a 59 años	83 (37.5%)
60 a 79 años	117 (52.23%)
Mayores de 80 años	15 (6.70%)
Sexo	
Femenino	173 (77.23%)
Masculino	51 (22.77%)
Grado de instrucción	
Sin instrucción	69 (30.80%)
Primaria	75 (33.48%)
Secundaria	30 (13.39%)
Técnico	28 (12.50%)
Superior	22 (9.82%)

En la **Tabla 1** se muestran las características sociodemográficas de los pacientes con diabetes donde se observa que el promedio de edad fue de 61.81 años, con un mínimo de 26 y un máximo de 90, donde el 52.23% del total de pacientes tenían edades entre 60 y 79, representando así una mayoría de pacientes adultos mayores; seguidos de los pacientes entre 40 a 59 años (37.5%). Predominó el sexo femenino con 77.23%. y predominó el grado de instrucción primario (33.48%), seguido de aquellos sin instrucción (30.80%), siendo una minoría los que culminaron el nivel secundario (13.39%), técnico (12.50%) y superior (9.82%).

Tabla 2. Características clínicas de pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero - febrero 2025.

	Total (N=224)
Tiempo de enfermedad	
0 a 5 años	69 (30.80%)
5 a 10 años	44 (19.64%)
Más de 10	111 (49.55%)
Presencia de comorbilidades	
No	62 (27.68%)
Sí	162 (72.32%)
Número de comorbilidades adicionales	
Media (DE)	0.85 (0.64)
Mediana (Q1,Q3)	1.00 (0.00, 1.00)
Rango	0.00 - 3.00
Comorbilidades	
Ninguna	22 (9.82%)
Hipertensión	70 (31.25%)
Dislipidemia	19 (8.48%)
Hipertensión y Dislipidemia	62 (27.68%)
Otras	51 (22.77%)
Número de medicamentos	
1 a 2 medicamentos	92 (41.07%)
3 a 4 medicamentos	77 (34.38%)
Más de 4 medicamentos	55 (24.55%)

En la **Tabla 2** se muestran las características clínicas de la población de estudio. Se encontró que la mayoría tenía un tiempo de enfermedad de diabetes de más de 10 años (49.55%), seguido de aquellos con tiempo de enfermedad de 0 a 5 años (30.80%). El 72.32% tenía comorbilidades adicionales a la diabetes, específicamente podían tener hasta 3 comorbilidades adicionales, aunque la mayoría (>75%) solo tenía o una comorbilidad o ninguna. En cuanto a la comorbilidad más frecuente fue la Hipertensión, con un 31.25%. de los cuales, el 27.68% del

total, tenía además dislipidemia; siendo que solo dislipidemia estaba presente en el 8.48% del total de casos. Además, 22.77% tenían otras comorbilidades como: artritis, artrosis, esquizofrenia, gastritis, hipotiroidismo, hiperplasia benigna de próstata, neuropatía, nefropatía, retinopatía, entre otras. En cuanto al número total de medicamentos que manejaban los pacientes (para diabetes o para cualquier otra comorbilidad), el 41.07% consumía entre 1 a 2 medicamentos, seguidos por el 34.38% que consumía entre 3 a 4 medicamentos, y el 24.55% consumía más de 4 medicamentos.



Tabla 3. Características de accesibilidad médica de pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero - febrero 2025.

	Total (N=224)
Pertenece a club de Diabetes Mellitus	
No	171 (76.34%)
Sí	53 (23.66%)
Recibió educación sobre Diabetes Mellitus el último año	
No	100 (44.64%)
Sí	124 (55.36%)
Obtiene fácilmente cita para control de Diabetes	
No	196 (87.50%)
Sí	28 (12.50%)

En la **Tabla 3** se evidencia que el 76.34% no pertenecía a algún club de diabetes mellitus, el 44.64% no recibió educación sobre la diabetes en el último año, y el 87.50% manifiesta que no les es fácil obtener una cita para el control de su diabetes.

Tabla 4. Adherencia terapéutica de pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero - febrero 2025.

Total (N=224)	
Adherencia terapéutica	
Adherente	65 (29.02%)
No Adherente	159 (70.98%)

En la **Tabla 4** se muestra que solo el 29.02% es considerado un paciente adherente a su tratamiento para la diabetes, mientras que el resto (70.98%) no estaría siendo adherente con su tratamiento.



Tabla 5. Características en detalle de la adherencia terapéutica de pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero - febrero 2025.

	Total (N=224)
1. Frecuentemente, ¿se ha olvidado de tomar sus medicamentos?	
No	141 (62.95%)
Sí	83 (37.05%)
2. ¿Toma sus medicamentos a las horas indicadas?	
No	61 (27.23%)
Sí	163 (72.77%)
3. Si se sintió mejor, ¿alguna vez dejó de tomarlos?	
No	167 (74.55%)
Sí	57 (25.45%)
4. Si se sintió mal luego de tomarlos, ¿alguna vez los ha dejado?	
No	109 (48.66%)
Sí	115 (51.34%)

En la **Tabla 5** se muestra el detalle de los cuatro componentes (preguntas) que conforman la escala de adherencia. Se muestra que el 62.95% refiere que de forma frecuente ha olvidado tomar sus medicamentos. El 27.23% refiere que no toma sus medicamentos a las horas indicadas. Así mismo, el 25.45% refiere que dejó de tomar los medicamentos cuando sintió mejoría de los síntomas de la diabetes, mientras que el 51.24% refería que dejó de tomar los medicamentos si se sintió mal luego de tomarlos.

Tabla 6. Factores sociodemográficos asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero - febrero 2025.

	Adherente (N=65)	No Adherente (N=159)	Total (N=224)	Valor p
Edad				0.020
20 a 39 años	1 (11.11%)	8 (88.89%)	9 (100.00%)	
40 a 59 años	34 (40.96%)	49 (59.04%)	83 (100.00%)	
60 a 79 años	26 (22.22%)	91 (77.78%)	117 (100.00%)	
Mayores de 80 años	4 (26.67%)	11 (73.33%)	15 (100.00%)	
Sexo				0.440
Femenino	48 (27.75%)	125 (72.25%)	173 (100.00%)	
Masculino	17 (33.33%)	34 (66.67%)	51 (100.00%)	
Grado de instrucción				0.022
Sin instrucción	17 (24.64%)	52 (75.36%)	69 (100.00%)	
Primaria	28 (37.33%)	47 (62.67%)	75 (100.00%)	
Secundaria	3 (10.00%)	27 (90.00%)	30 (100.00%)	
Técnico	12 (42.86%)	16 (57.14%)	28 (100.00%)	
Superior	5 (22.73%)	17 (77.27%)	22 (100.00%)	

En la **Tabla 6** se presentan los factores sociodemográficos y su asociación con la adherencia terapéutica en la población de estudio. Se observa que existe una diferencia estadísticamente significativa en la adherencia terapéutica según los grupos de edad ($p = 0.020$). El grupo de pacientes de 20 a 39 años (11.11%) tiene una baja tasa de adherencia en comparación con los demás grupos. Por otro lado, la mayoría de pacientes adherentes al tratamiento se encuentran entre las edades de 40 a 59 años (40.96%), seguido por el grupo de 60 a 79 años (22.22%). Así mismo, el grado de instrucción se asoció a la adherencia terapéutica ($p = 0.022$),

específicamente, aquellos con grado de instrucción secundario tuvieron menor adherencia comparado a las demás categorías.



Tabla 7. Factores clínicos asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero - febrero 2025.

	Adherente (N=65)	No Adherente (N=159)	Total (N=224)	Valor p
Tiempo de enfermedad				0.948
0 a 5 años	19 (27.54%)	50 (72.46%)	69 (100.00%)	
5 a 10 años	13 (29.55%)	31 (70.45%)	44 (100.00%)	
Más de 10	33 (29.73%)	78 (70.27%)	111 (100.00%)	
Presencia de comorbilidades				0.512
No	16 (25.81%)	46 (74.19%)	62 (100.00%)	
Sí	49 (30.25%)	113 (69.75%)	162 (100.00%)	
Número de comorbilidades adicionales				0.793
Media (DE)	0.86 (0.61)	0.84 (0.65)	0.85 (0.64)	
Mediana (Q1,Q3)	1.00 (1.00, 1.00)	1.00 (0.00, 1.00)	1.00 (0.00, 1.00)	
Rango	0.00 - 3.00	0.00 - 3.00	0.00 - 3.00	
Comorbilidades				0.876
Ninguna	8 (36.36%)	14 (63.64%)	22 (100.00%)	
Hipertensión	22 (31.43%)	48 (68.57%)	70 (100.00%)	

Dislipidemia	5 (26.32%)	14 (73.68%)	19 (100.00%)
Hipertensión y Dislipidemia	16 (25.81%)	46 (74.19%)	62 (100.00%)
Otras	14 (27.45%)	37 (72.55%)	51 (100.00%)
Número de medicamentos			0.134
1 a 2 medicamentos	20 (21.74%)	72 (78.26%)	92 (100.00%)
3 a 4 medicamentos	26 (33.77%)	51 (66.23%)	77 (100.00%)
Más de 4 medicamentos	19 (34.55%)	36 (65.45%)	55 (100.00%)

En la **Tabla 7** se presentan los factores clínicos y su asociación con la adherencia terapéutica en la población de estudio. Se encontró que el ser considerado adherente o no adherente a su tratamiento para la diabetes no se asociaba a ningún factor clínico como el tiempo de enfermedad, comorbilidades o número de medicamentos ($p > 0.05$).

Tabla 8. Factores de accesibilidad médica asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero - febrero 2025.

	Adherente (N=65)	No Adherente (N=159)	Total (N=224)	Valor p
Pertenece a club de Diabetes Mellitus				0.210
No	46 (26.90%)	125 (73.10%)	171 (100.00%)	
Sí	19 (35.85%)	34 (64.15%)	53 (100.00%)	
Recibió educación sobre Diabetes Mellitus el último año				< 0.001
No	16 (16.00%)	84 (84.00%)	100 (100.00%)	
Sí	49 (39.52%)	75 (60.48%)	124 (100.00%)	
Obtiene fácilmente cita para control de Diabetes				0.201
No	54 (27.55%)	142 (72.45%)	196 (100.00%)	
Sí	11 (39.29%)	17 (60.71%)	28 (100.00%)	

En la **Tabla 8** se presentan los factores relacionados a la accesibilidad médica y su asociación con la adherencia terapéutica en la población de estudio. Solo se encontró que haber recibido educación sobre diabetes mellitus el último año se asociaba a ser adherente con su tratamiento para la diabetes.

Tabla 9. Factores asociados al “olvidar tomar sus medicamentos” (ítem 1. de la adherencia terapéutica) en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero - febrero 2025.

	No (N=141)	Sí (N=83)	Total (N=224)	Valor p
Edad				< 0.001
20 a 39 años	4 (44.44%)	5 (55.56%)	9 (100.00%)	
40 a 59 años	66 (79.52%)	17 (20.48%)	83 (100.00%)	
60 a 79 años	59 (50.43%)	58 (49.57%)	117 (100.00%)	
Mayores de 80 años	12 (80.00%)	3 (20.00%)	15 (100.00%)	
Sexo				0.306
Femenino	112 (64.74%)	61 (35.26%)	173 (100.00%)	
Masculino	29 (56.86%)	22 (43.14%)	51 (100.00%)	
Grado de instrucción				0.109
Sin instrucción	36 (52.17%)	33 (47.83%)	69 (100.00%)	
Primaria	49 (65.33%)	26 (34.67%)	75 (100.00%)	
Secundaria	18 (60.00%)	12 (40.00%)	30 (100.00%)	
Técnico	22 (78.57%)	6 (21.43%)	28 (100.00%)	
Superior	16 (72.73%)	6 (27.27%)	22 (100.00%)	
Tiempo de enfermedad				0.005
0 a 5 años	51 (73.91%)	18 (26.09%)	69 (100.00%)	
5 a 10 años	32 (72.73%)	12 (27.27%)	44 (100.00%)	
Más de 10	58 (52.25%)	53 (47.75%)	111 (100.00%)	
Presencia de comorbilidades				0.031
No	46 (74.19%)	16 (25.81%)	62 (100.00%)	
Sí	95 (58.64%)	67 (41.36%)	162 (100.00%)	

Número de comorbilidades adicionales				0.005
Media (DE)	0.76 (0.62)	1.00 (0.64)	0.85 (0.64)	
Mediana (Q1,Q3)	1.00 (0.00, 1.00)	1.00 (1.00, 1.00)	1.00 (0.00, 1.00)	
Rango	0.00 - 3.00	0.00 - 3.00	0.00 - 3.00	
Comorbilidades				0.039
Ninguna	14 (63.64%)	8 (36.36%)	22 (100.00%)	
Hipertensión	47 (67.14%)	23 (32.86%)	70 (100.00%)	
Dislipidemia	9 (47.37%)	10 (52.63%)	19 (100.00%)	
Hipertensión y Dislipidemia	46 (74.19%)	16 (25.81%)	62 (100.00%)	
Otras	25 (49.02%)	26 (50.98%)	51 (100.00%)	
Número de medicamentos				0.158
1 a 2 medicamentos	63 (68.48%)	29 (31.52%)	92 (100.00%)	
3 a 4 medicamentos	49 (63.64%)	28 (36.36%)	77 (100.00%)	
Más de 4 medicamentos	29 (52.73%)	26 (47.27%)	55 (100.00%)	
Pertenece a club de Diabetes Mellitus				0.236
No	104 (60.82%)	67 (39.18%)	171 (100.00%)	
Sí	37 (69.81%)	16 (30.19%)	53 (100.00%)	
Recibió educación sobre Diabetes Mellitus el último año				0.098
No	57 (57.00%)	43 (43.00%)	100 (100.00%)	
Sí	84 (67.74%)	40 (32.26%)	124 (100.00%)	
Obtiene fácilmente cita para control de Diabetes				0.565

No	122 (62.24%)	74 (37.76%)	196 (100.00%)
Sí	19 (67.86%)	9 (32.14%)	28 (100.00%)

En la **Tabla 9** se muestran los factores sociodemográficos, clínicos y relacionados a la accesibilidad médica y su asociación con “olvidar tomar sus medicamentos” (el primer ítem de la escala de adherencia terapéutica) en la población de estudio. Se encontró que la mayoría de pacientes que presentaban mayor olvido estaban entre las edades de 60 a 79 años (49.57%) ($p = < 0.001$), mientras que los mayores de 80 años muestran una alta tasa de adherencia al tratamiento (80%). Aquellos con más de 10 años de enfermedad tenían mayor olvido que aquellos con tiempo de enfermedad entre 0 a 10 años ($p = 0.005$). Así mismo, tener por lo menos una comorbilidad se asoció a un mayor olvido ($p = 0.031$), incluso a medida que tenían más comorbilidades el olvido era mayor ($p = 0.005$), específicamente aquellos con dislipidemia u otras comorbilidades diferentes a hipertensión tenían mayor olvido en comparación a las otras categorías ($p = 0.039$). Los demás factores no se asociaron significativamente con el olvido ($p > 0.05$).

Tabla 10. Factores asociados al “tomar sus medicamentos a las horas indicadas” (ítem 2 de la adherencia terapéutica) en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero - febrero 2025.

	No (N=61)	Sí (N=163)	Total (N=224)	Valor p
Edad				0.009
20 a 39 años	6 (66.67%)	3 (33.33%)	9 (100.00%)	
40 a 59 años	19 (22.89%)	64 (77.11%)	83 (100.00%)	
60 a 79 años	35 (29.91%)	82 (70.09%)	117 (100.00%)	
Mayores de 80 años	1 (6.67%)	14 (93.33%)	15 (100.00%)	
Sexo				0.968
Femenino	47 (27.17%)	126 (72.83%)	173 (100.00%)	
Masculino	14 (27.45%)	37 (72.55%)	51 (100.00%)	
Grado de instrucción				0.047
Sin instrucción	21 (30.43%)	48 (69.57%)	69 (100.00%)	
Primaria	19 (25.33%)	56 (74.67%)	75 (100.00%)	
Secundaria	4 (13.33%)	26 (86.67%)	30 (100.00%)	
Técnico	6 (21.43%)	22 (78.57%)	28 (100.00%)	
Superior	11 (50.00%)	11 (50.00%)	22 (100.00%)	
Tiempo de enfermedad				0.747
0 a 5 años	21 (30.43%)	48 (69.57%)	69 (100.00%)	
5 a 10 años	12 (27.27%)	32 (72.73%)	44 (100.00%)	
Más de 10	28 (25.23%)	83 (74.77%)	111 (100.00%)	
Presencia de comorbilidades				0.767
No	16 (25.81%)	46 (74.19%)	62 (100.00%)	
Sí	45 (27.78%)	117 (72.22%)	162 (100.00%)	

Número de comorbilidades adicionales				0.644
Media (DE)	0.87 (0.62)	0.84 (0.65)	0.85 (0.64)	
Mediana (Q1,Q3)	1.00 (0.00, 1.00)	1.00 (0.00, 1.00)	1.00 (0.00, 1.00)	
Rango	0.00 - 2.00	0.00 - 3.00	0.00 - 3.00	
Comorbilidades				0.589
Ninguna	5 (22.73%)	17 (77.27%)	22 (100.00%)	
Hipertensión	16 (22.86%)	54 (77.14%)	70 (100.00%)	
Dislipidemia	6 (31.58%)	13 (68.42%)	19 (100.00%)	
Hipertensión y Dislipidemia	16 (25.81%)	46 (74.19%)	62 (100.00%)	
Otras	18 (35.29%)	33 (64.71%)	51 (100.00%)	
Número de medicamentos				0.620
1 a 2 medicamentos	22 (23.91%)	70 (76.09%)	92 (100.00%)	
3 a 4 medicamentos	22 (28.57%)	55 (71.43%)	77 (100.00%)	
Más de 4 medicamentos	17 (30.91%)	38 (69.09%)	55 (100.00%)	
Pertenece a club de Diabetes Mellitus				0.009
No	54 (31.58%)	117 (68.42%)	171 (100.00%)	
Sí	7 (13.21%)	46 (86.79%)	53 (100.00%)	
Recibió educación sobre Diabetes Mellitus el último año				0.003
No	37 (37.00%)	63 (63.00%)	100 (100.00%)	
Sí	24 (19.35%)	100 (80.65%)	124 (100.00%)	
Obtiene fácilmente cita para control de Diabetes				0.234

No	56 (28.57%)	140 (71.43%)	196 (100.00%)
Sí	5 (17.86%)	23 (82.14%)	28 (100.00%)

En la **Tabla 10** se muestran los factores sociodemográficos, clínicos y relacionados a la accesibilidad médica y su asociación con “tomar sus medicamentos a las horas indicadas” (el segundo ítem de la escala de adherencia terapéutica) en la población de estudio. Se encontró que los pacientes más jóvenes (20 a 39 años) tienen una tasa más alta de incumplimiento a diferencia de los mayores de 80 años que muestran el mayor nivel de adherencia ($p = 0.009$). Aquellos con mayor grado de instrucción se asociaban a tomar sus medicamentos a las horas indicadas ($p = 0.047$). Así mismo, pertenecer al club de Diabetes ($p = 0.009$) o haber recibido educación sobre diabetes en el último año ($p = 0.003$), se asociaron a tomar sus medicamentos a las horas indicadas.

Tabla 11. Factores asociados al “abandono de medicamentos por mejoría” (ítem 3 de la adherencia terapéutica) en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero - febrero 2025.

	No (N=167)	Sí (N=57)	Total (N=224)	Valor p
Edad				0.976
20 a 39 años	7 (77.78%)	2 (22.22%)	9 (100.00%)	
40 a 59 años	63 (75.90%)	20 (24.10%)	83 (100.00%)	
60 a 79 años	86 (73.50%)	31 (26.50%)	117 (100.00%)	
Mayores a 80 años	11 (73.33%)	4 (26.67%)	15 (100.00%)	
Sexo				0.708
Femenino	130 (75.14%)	43 (24.86%)	173 (100.00%)	
Masculino	37 (72.55%)	14 (27.45%)	51 (100.00%)	
Grado de instrucción				0.061
Sin instrucción	55 (79.71%)	14 (20.29%)	69 (100.00%)	
Primaria	57 (76.00%)	18 (24.00%)	75 (100.00%)	
Secundaria	18 (60.00%)	12 (40.00%)	30 (100.00%)	
Técnico	24 (85.71%)	4 (14.29%)	28 (100.00%)	
Superior	13 (59.09%)	9 (40.91%)	22 (100.00%)	
Tiempo de enfermedad				0.018
0 a 5 años	51 (73.91%)	18 (26.09%)	69 (100.00%)	
5 a 10 años	26 (59.09%)	18 (40.91%)	44 (100.00%)	
Más de 10	90 (81.08%)	21 (18.92%)	111 (100.00%)	
Presencia de comorbilidades				0.148
No	42 (67.74%)	20 (32.26%)	62 (100.00%)	
Sí	125 (77.16%)	37 (22.84%)	162 (100.00%)	

Número de comorbilidades adicionales				0.034
Media (DE)	0.90 (0.66)	0.68 (0.54)	0.85 (0.64)	
Mediana (Q1,Q3)	1.00 (0.50, 1.00)	1.00 (0.00, 1.00)	1.00 (0.00, 1.00)	
Rango	0.00 - 3.00	0.00 - 2.00	0.00 - 3.00	
Comorbilidades				0.155
Ninguna	16 (72.73%)	6 (27.27%)	22 (100.00%)	
Hipertensión	55 (78.57%)	15 (21.43%)	70 (100.00%)	
Dislipidemia	18 (94.74%)	1 (5.26%)	19 (100.00%)	
Hipertensión y Dislipidemia	42 (67.74%)	20 (32.26%)	62 (100.00%)	
Otras	36 (70.59%)	15 (29.41%)	51 (100.00%)	
Número de medicamentos				< 0.001
1 a 2 medicamentos	57 (61.96%)	35 (38.04%)	92 (100.00%)	
3 a 4 medicamentos	68 (88.31%)	9 (11.69%)	77 (100.00%)	
Más de 4 medicamentos	42 (76.36%)	13 (23.64%)	55 (100.00%)	
Pertenece a club de Diabetes Mellitus				0.592
No	126 (73.68%)	45 (26.32%)	171 (100.00%)	
Sí	41 (77.36%)	12 (22.64%)	53 (100.00%)	
Recibió educación sobre Diabetes Mellitus el último año				0.001
No	64 (64.00%)	36 (36.00%)	100 (100.00%)	
Sí	103 (83.06%)	21 (16.94%)	124 (100.00%)	
Obtiene fácilmente cita para control de Diabetes				0.954

No	146 (74.49%)	50 (25.51%)	196 (100.00%)
Sí	21 (75.00%)	7 (25.00%)	28 (100.00%)

En la **Tabla 11** se muestran los factores sociodemográficos, clínicos y relacionados a la accesibilidad médica y su asociación con “abandonar sus medicamentos por mejoría” (el tercer ítem de la escala de adherencia terapéutica) en la población de estudio. Se encontró que aquellos con tiempo de enfermedad de 5 a 10 años, suelen abandonar más sus medicamentos por mejoría, en comparación a aquellos con más de 10 años de enfermedad o aquellos que recién inician con la enfermedad (entre 0 a 5 años de enfermedad) ($p = 0.018$). Además, si bien tener al menos una comorbilidad adicional no se asoció con abandonar su medicamento por mejoría ($p = 0.148$), sí se encontró que aquellos con menor número de comorbilidades solían abandonar sus medicamentos por mejoría, en comparación a aquellos que tenían más número de comorbilidades ($p = 0.034$). Así mismo, tomar menos medicamentos ($p < 0.001$) y no haber recibido educación sobre diabetes el último año ($p = 0.001$) se asoció a abandonar el tratamiento al sentir mejoría.

Tabla 12. Factores asociados al “abandono de medicamentos por sentirse peor” (ítem 4 de adherencia terapéutica) en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero - febrero 2025.

	No (N=109)	Sí (N=115)	Total (N=224)	Valor p
Edad				0.056
20 a 39 años	4 (44.44%)	5 (55.56%)	9 (100.00%)	
40 a 59 años	50 (60.24%)	33 (39.76%)	83 (100.00%)	
60 a 79 años	50 (42.74%)	67 (57.26%)	117 (100.00%)	
Mayores de 80 años	5 (33.33%)	10 (66.67%)	15 (100.00%)	
Sexo				0.310
Femenino	81 (46.82%)	92 (53.18%)	173 (100.00%)	
Masculino	28 (54.90%)	23 (45.10%)	51 (100.00%)	
Grado de instrucción				0.019
Sin instrucción	32 (46.38%)	37 (53.62%)	69 (100.00%)	
Primaria	44 (58.67%)	31 (41.33%)	75 (100.00%)	
Secundaria	7 (23.33%)	23 (76.67%)	30 (100.00%)	
Técnico	16 (57.14%)	12 (42.86%)	28 (100.00%)	
Superior	10 (45.45%)	12 (54.55%)	22 (100.00%)	
Tiempo de enfermedad				0.600
0 a 5 años	37 (53.62%)	32 (46.38%)	69 (100.00%)	
5 a 10 años	21 (47.73%)	23 (52.27%)	44 (100.00%)	
Más de 10	51 (45.95%)	60 (54.05%)	111 (100.00%)	
Presencia de comorbilidades				0.213
No	26 (41.94%)	36 (58.06%)	62 (100.00%)	
Sí	83 (51.23%)	79 (48.77%)	162 (100.00%)	

Número de comorbilidades adicionales				0.552
Media (DE)	0.87 (0.61)	0.83 (0.67)	0.85 (0.64)	
Mediana (Q1,Q3)	1.00 (1.00, 1.00)	1.00 (0.00, 1.00)	1.00 (0.00, 1.00)	
Rango	0.00 - 3.00	0.00 - 3.00	0.00 - 3.00	
Comorbilidades				0.283
Ninguna	14 (63.64%)	8 (36.36%)	22 (100.00%)	
Hipertensión	32 (45.71%)	38 (54.29%)	70 (100.00%)	
Dislipidemia	8 (42.11%)	11 (57.89%)	19 (100.00%)	
Hipertensión y Dislipidemia	26 (41.94%)	36 (58.06%)	62 (100.00%)	
Otras	29 (56.86%)	22 (43.14%)	51 (100.00%)	
Número de medicamentos				0.422
1 a 2 medicamentos	41 (44.57%)	51 (55.43%)	92 (100.00%)	
3 a 4 medicamentos	42 (54.55%)	35 (45.45%)	77 (100.00%)	
Más de 4 medicamentos	26 (47.27%)	29 (52.73%)	55 (100.00%)	
Pertenece a club de Diabetes Mellitus				0.487
No	81 (47.37%)	90 (52.63%)	171 (100.00%)	
Sí	28 (52.83%)	25 (47.17%)	53 (100.00%)	
Recibió educación sobre Diabetes Mellitus el último año				0.210
No	44 (44.00%)	56 (56.00%)	100 (100.00%)	
Sí	65 (52.42%)	59 (47.58%)	124 (100.00%)	
Obtiene fácilmente cita para control de Diabetes				0.173

No	92 (46.94%)	104 (53.06%)	196 (100.00%)
Sí	17 (60.71%)	11 (39.29%)	28 (100.00%)

En la **Tabla 12** se muestran los factores sociodemográficos, clínicos y relacionados a la accesibilidad médica y su asociación con “abandonar sus medicamentos por sentirse peor” (el cuarto ítem de la escala de adherencia terapéutica) en la población de estudio. Se encontró que tener mayor nivel de instrucción ($p = 0.019$) se asoció a un mayor abandono del tratamiento debido a sentirse peor luego de tomar su medicina para la diabetes.



DISCUSIÓN

Con el fin de contribuir al conocimiento sobre la adherencia terapéutica de los pacientes con diabetes que son atendidos en un hospital público de tercer nivel de complejidad, se realizó el presente estudio, donde además de describir la adherencia, se evaluaron los factores sociodemográficos, clínicos y relacionados a la accesibilidad médica que se asociaron con la adherencia terapéutica.

En la **Tabla 1** se muestra que el 52.23% del total de pacientes tenían edades entre 60 y 79, representando así una mayoría de pacientes adultos mayores. Predominó el sexo femenino y el grado de instrucción primario y sin instrucción. Esto refleja las características de la población con diabetes que suele atenderse en un hospital de tercer nivel. En este sentido, las estrategias o recomendaciones a implementar como promoción, prevención secundaria, seguimiento y control de estos pacientes deberían considerar estas características. Si bien existen diferentes intervenciones basadas en evidencia con demografía específica (35, 7), es fundamental utilizar aquellas que beneficien a la mayoría y que beneficien a los que más la necesitan. En cuanto a la similitud con otros estudios, la edad fue menor a un estudio en Irán que se enfocaba en adultos mayores (24), fue similar al estudio de Nigeria (25), al de Indonesia (27), al de Perú en Lima (29) y al de Perú en Pimentel (31). En cuanto al sexo, en otros estudios de Perú predominaba el sexo masculino (31, 28), y al igual que en Indonesia (27), aunque fue similar al estudio en Nigeria (25). En relación al grado de instrucción, nuestros hallazgos fueron similares al estudio de Perú en Pimentel (31). Como se evidencia, cada contexto geográfico tiene sus particularidades en cuanto a sus características demográficas. Es importante tener en cuenta la demografía particular de la población objetivo para elaborar intervenciones acorde.

En la **Tabla 2** se muestra que la mayoría tenía un tiempo de enfermedad de diabetes de más de 10 años, seguido de aquellos con tiempo de enfermedad de 0 a 5 años; es decir, predominaban los extremos de la experiencia con la enfermedad. Así, el presente estudio representó de forma importante los diferentes momentos, y por tanto diferentes tiempos de experiencia con la enfermedad. Esto contrasta con el estudio realizado en Irán (24), donde el tiempo de enfermedad en su mayoría era de más de 10 años, explicado probablemente porque su población era principalmente adultos mayores, quienes por la cronicidad de la enfermedad se entiende que tenían mayores años de experiencia con la enfermedad. Además, en nuestro estudio se encontró que la mayoría tenía comorbilidades adicionales a la diabetes, y la mayor parte de este grupo solo tenían una comorbilidad o ninguna. Es ampliamente conocido que enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, se asocian a múltiples comorbilidades (36),

especialmente a hipertensión (6), tal como se encontró en el presente estudio, donde un poco más de la mitad de pacientes además de diabetes tenían hipertensión. Esto se suma a otros problemas de estos pacientes como: la polifarmacia (37), la falta de apoyo social (38), entre otros, que afectan múltiples aspectos del cuidado de su salud, haciendo más complejo su manejo e intervención. Así mismo, entre las comorbilidades llama la atención la presencia de algunas enfermedades consideradas complicaciones de la diabetes, como la neuropatía, nefropatía o retinopatía, que reflejarían de antemano un pobre control de su enfermedad en el pasado (39). En cuanto al número total de medicamentos que manejaban los pacientes (para diabetes o para cualquier otra comorbilidad), si bien la mayoría consumía entre 1 a 2 medicamentos, aproximadamente 1 de cada 4 pacientes con diabetes consumían más de 4 medicamentos. Así, es importante resaltar que la polifarmacia impacta en la calidad de vida de los pacientes, especialmente aquellos con mayor edad (37).

En la **Tabla 3** se evidencia que 3 de cada 4 pacientes con diabetes atendidos en el Hospital, no pertenecía a algún club de diabetes mellitus, de forma que pocos son los beneficiados con estas oportunidades. Es importante comentar al respecto del Club de Diabetes organizado por profesionales de la salud pertenecientes al Hospital III Honorio Delgado Espinoza, un club que sería una forma de apoyo social, que sería accesible para los pacientes. El apoyo social involucra diferentes dimensiones, como el apoyo emocional y afectivo (alguien con quien hablar, que brinde consejo, consuelo, empatía compartida) y el apoyo relacionado al ocio y distracción (alguien que te ayude a olvidar los problemas, diversión, pasar el rato) (40). En este sentido estos clubs para pacientes con diabetes son una forma de fomentar este apoyo, que repercutiría en desenlaces favorables para el paciente como mejoría clínica, disminución de la mortalidad y aumento de la estabilidad mental, independientemente de la raza o etnia (38). Durante la ejecución de la presente investigación, se exploró cualitativamente y de forma no sistemática, algunas opiniones y comentarios sobre el club para pacientes con diabetes del Hospital. Algunos pacientes referían que en el club les brindaban apoyo para conseguir citas en la modalidad de adicionales, les brindaban charlas o sesiones educativas, también realizaban y organizaban actividades recreativas, conocían las experiencias de otros pacientes creando nuevos vínculos de amistad; cumpliendo así este club el rol de apoyo emocional, distracción y ocio.

A pesar de a que el único requisito existente es el tener el diagnóstico de diabetes confirmado por consultorio externo de Endocrinología, algunos pacientes explicaban los motivos por los que no podían pertenecer al club. Entre algunos de ellos se destaca que su lugar de residencia era lejano al hospital, y no les era viable acudir semanalmente, así como aquellos de mayor edad

ya no se sentían en la capacidad de acudir, o no tenían el apoyo en casa para hacerlo. Si bien esta información fue recolectada de forma no sistemática, sirve como una fuente de información de nuevas estrategias y nuevas formas de implementar el apoyo a estos pacientes para lograr los resultados esperados, especialmente a los adultos mayores y aquellos con menores recursos. En relación a la educación recibida sobre la diabetes en el último año, casi la mitad refería no haberla recibido, ya sea durante la consulta o en sesiones grupales. Los profesionales de la salud deben recordar que la educación en estos pacientes debería realizarse en todo momento, ya que la evidencia nos muestra su importancia, especialmente en pacientes con diabetes (41). Así mismo 9 de cada 10 pacientes manifestaban que no les es fácil obtener una cita para el control de su diabetes, reflejando así las limitaciones y problemas del sistema de salud propias del contexto geográfico (42).

En la **Tabla 4** se muestra que aproximadamente 7 de cada 10 pacientes con diabetes que se atienden en un Hospital nivel III de Arequipa, no son considerados adherentes con su tratamiento. Así mismo, en la **Tabla 5** se muestra el detalle de los cuatro componentes (ítems) que conforman la escala de adherencia, donde 6 de cada 10 pacientes refieren que frecuentemente han olvidado tomar sus medicamentos, 3 de cada 10 pacientes no toma sus medicamentos a las horas indicadas, 1 de cada 4 pacientes dejó de tomar los medicamentos cuando sintió mejoría, y 5 de cada 10 dejaron de tomar los medicamentos si se sintieron mal luego de tomarlos. Se evidencian así dos barreras importantes para una apropiada adherencia: por un lado, el olvido, un problema propio de la mayoría de edad, la falta de apoyo social, entre otros; y por otro lado el impacto negativo de los efectos adversos de los medicamentos para la diabetes en continuar con el tratamiento. Las nuevas estrategias que se dirijan a fortalecer la adherencia en los pacientes deberían ser la educación sobre los efectos adversos, estrategias para mitigarlos, o comentarlo durante la consulta para valorar cambios de medicamentos (43). La falta de adherencia a la medicación disminuye la eficacia del tratamiento, por lo que es un problema muy importante en la gestión de pacientes con enfermedades crónicas que requieren tratamientos a largo plazo, como en la diabetes. Estudios previos a nivel internacional encontraron que la adherencia al tratamiento fue del 51.5% (24), con un rango entre 38.5 a 83.6% según últimas revisiones sistemáticas (44, 45). Así, en forma general la adherencia al tratamiento en nuestro estudio, se encuentra muy por debajo de los hallazgos internacionales, reflejando las deficiencias en general del sistema de salud, entre otros factores. Por otro lado, en otros estudios nacionales, como el realizado en Lambayeque se encontró una buena adherencia en el 41.5% de los pacientes (31), por otro lado, en el Hospital Regional de Nuevo Chimbote encontraron una adherencia del 56.57% en pacientes con diabetes (46), y en un

estudio en Chiclayo, encontraron una adherencia del 36.15% (47), ligeramente mayores al del presente estudio. Esto implica la heterogeneidad de situaciones vividas en diferentes establecimientos de salud del país, de forma que en Arequipa se vive una realidad con baja adherencia comparada a otras localidades, que requiere intervenciones dirigidas.

En la **Tabla 6** se evidencia que, de los factores sociodemográficos, solo tener edad entre 40 a 59 años y pertenecer al grado de instrucción secundaria, se asoció significativamente a ser adherente con su tratamiento.

En la **Tabla 8** se evidencia que, de los factores relacionados a la accesibilidad médica, solo haber recibido educación sobre diabetes mellitus el último año se asociaba a ser adherente. Esto nos muestra que la población que requiere mayor tipo de apoyo, y a quiénes deben dirigirse las estrategias de intervención, son los de mayor edad, y aquellos con extremos en el nivel de instrucción ya sean bajos o altos, independiente de las características de la enfermedad, así como fomentar mayor educación en los pacientes. Estudios previos también encontraron que una mayor edad, bajo nivel de instrucción y menor educación sobre diabetes, se asoció a menor adherencia (46, 11, 48). Por otro lado, es importante resaltar que no se debe asumir que un paciente por tener más tiempo de enfermedad, necesariamente tendrá mejor adherencia. Si bien estudios previos a nivel internacional tienen evidencia de esta relación (49), en nuestro medio no es así, tal como el presente estudio lo muestra.

Los hallazgos de esta investigación evidencian que la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes es un fenómeno multifactorial, cuyos componentes presentan un comportamiento particular según características sociodemográficas, clínicas y relacionadas a la accesibilidad médica. La asociación entre mayor edad, tiempo de enfermedad prolongado (>10 años) y presencia de comorbilidades con el olvido en la toma de medicamentos podría explicarse por factores como el deterioro cognitivo asociado al envejecimiento, la complejidad del régimen terapéutico en pacientes con múltiples condiciones crónicas y la fatiga psicológica derivada de tratamientos prolongados (50). Estudios previos señalan que la polifarmacia, común en pacientes con comorbilidades como dislipidemia, incrementa el riesgo de errores en la administración de medicamentos, especialmente en adultos mayores que gestionan múltiples fármacos con horarios variables (51). Por otro lado, la asociación entre mayor nivel educativo, participación en clubes de diabetes y educación reciente sobre la enfermedad con una mayor puntualidad (tomar a tiempo los medicamentos) en la toma de medicamentos refleja el papel crítico de la alfabetización en salud y el apoyo social. La educación formal y los programas estructurados de educación sobre diabetes mejoran la comprensión de la importancia de la

adherencia horaria, mientras que los clubes de pacientes facilitan redes de apoyo que funcionan como recordatorios informales y refuerzan conductas terapéuticas (52). Además, la educación continua contrarresta la “fatiga del automanejo” (*Self-management fatigue*), un fenómeno documentado en pacientes crónicos que pierden motivación con el tiempo (53). Respecto al abandono de medicamentos por mejoría clínica, los pacientes con 5 a 10 años de diagnóstico y menos comorbilidades podrían percibir una falsa estabilidad, subestimando la necesidad de continuidad terapéutica. Esto coincide con la teoría de la “inercia clínica percibida”, donde la ausencia de síntomas agudos lleva a minimizar los riesgos a largo plazo de una enfermedad que sigue presente (54). Otra explicación es que algunos pacientes consideran que la diabetes son los síntomas, y una vez los síntomas cesan por la medicación, el paciente se siente “curado” y deja de tomar los medicamentos (55). La menor adherencia en quienes reciben menos educación refuerza la idea de que la falta de refuerzo educativo limita la internalización de la cronicidad de la diabetes, especialmente en etapas intermedias de la enfermedad. Finalmente, la asociación de menor edad y mayor educación con el abandono de medicamentos por efectos adversos sugiere un doble mecanismo: los pacientes más jóvenes suelen presentar mayor sensibilidad a los efectos secundarios debido a expectativas más altas sobre la calidad de vida, mientras que un mayor nivel educativo podría correlacionarse con una mayor autonomía en la toma de decisiones y una tendencia a cuestionar tratamientos que generan malestar inmediato (56). Este hallazgo resalta el dilema entre el conocimiento de los riesgos y la tolerancia subjetiva a los efectos adversos, documentado en poblaciones con mayor capacidad de automanejo (57).

En conjunto, estos resultados subrayan que la adherencia no es un constructo homogéneo, sino un conjunto de conductas influenciadas por variables clínicas, sociodemográficas y psicosociales. La interacción entre tiempo de enfermedad, carga de comorbilidades, educación y redes de apoyo revela la necesidad de intervenciones personalizadas que consideren estas dimensiones. Por ejemplo, estrategias de recordatorios para adultos mayores, refuerzo educativo en etapas intermedias de la enfermedad y abordaje de efectos adversos en pacientes jóvenes y educados podrían optimizar la adherencia diferencialmente. Esto concuerda con enfoques como el modelo de Cuidados Crónicos, que enfatiza la adaptación de las intervenciones a las características individuales y contextuales (58).

La ausencia de asociación entre ciertos factores estudiados y los componentes de la adherencia podría explicarse mediante interacciones contextuales, características específicas de la muestra o la influencia de variables no medidas. Por ejemplo, el sexo no mostró relación significativa con ningún componente de adherencia, lo que contrasta con estudios que reportan diferencias

de género en el manejo de enfermedades crónicas. Esto podría deberse a que, en contextos como el estudiado (un hospital especializado en Perú), las dinámicas socioculturales homogenizan roles de cuidado o acceso a recursos, mitigando disparidades basadas en género (59). Además, factores como la facilidad para obtener citas de control tampoco se asociaron, lo que sugiere que, en entornos especializados, la accesibilidad no es una barrera crítica. Asimismo, el número de medicamentos diarios solo se vinculó al abandono por mejoría, lo que refleja que la polifarmacia puede influir en decisiones activas, pero no necesariamente en olvidos o horarios, donde intervienen más factores cognitivos o educativos. Finalmente, variables como la educación y la pertenencia a clubes de diabetes mostraron asociaciones selectivas (solo con componentes específicos), lo que subraya que su impacto está mediado por mecanismos distintos: la educación formal favorece la comprensión de horarios, mientras los clubes brindan apoyo emocional, pero no necesariamente mitigan el abandono por efectos adversos o mejoría percibida. Esto evidencia que ciertos factores actúan en dominios específicos de la adherencia, en lugar de tener efectos globales, respaldando la necesidad de enfoques multidimensionales (58). La ausencia de asociaciones, por tanto, no implica irrelevancia, sino que los factores operan en interacción con variables no capturadas o en contextos particulares.

CONCLUSIONES

En pacientes con diabetes atendidos por consultorio externo en el servicio de endocrinología del Hospital III Honorio Delgado Espinoza, durante enero y febrero de 2025, Arequipa-Perú, se encontró que:

1. La población se caracterizó por una predominancia femenina, por estar en transición hacia la adultez mayor, por bajo nivel educativo y con vulnerabilidades asociadas a la edad avanzada como la mayor complejidad debido a múltiples comorbilidades y por tanto mayor número de medicamentos, limitada pertenencia a grupos sociales de apoyo para pacientes con diabetes, limitado acceso a información o educación sobre diabetes y alta dificultad para seguir controles estrictos de diabetes en el Hospital.
2. Solo el 30% de los pacientes mostró adherencia terapéutica adecuada, cifra inferior a estudios internacionales y nacionales. Además, los componentes críticos de la no adherencia fueron el olvido en la toma de medicamentos (60%) y el abandono del tratamiento por efectos adversos (50%). Esto evidencia una problemática multifactorial, con barreras tanto cognitivas (olvidos) como conductuales (rechazo a efectos secundarios), agravadas por las particularidades del contexto local.
3. La adherencia se asoció significativamente con tener edades entre 40 – 59 años y grado de instrucción (factores sociodemográficos), así como a haber recibido educación sobre diabetes en el último año (factores relacionados a la accesibilidad médica). El tiempo de enfermedad, comorbilidades, número de medicamentos (factores clínicos), no mostró asociación con la adherencia, sugiriendo que la adherencia en este contexto depende más de variables psicoeducativas y sociodemográficas que de la complejidad clínica.
4. Por último, sobre los componentes específicos de la adherencia, el (1) “Olvido de medicamentos”, se asoció a mayor edad, tiempo de enfermedad >10 años y presencia de comorbilidades (especialmente dislipidemia); la (2) “toma de medicamentos fuera del horario indicado” se asoció a mayor nivel educativo, pertenencia a clubes de diabetes y educación reciente sobre la enfermedad; el (3) “abandono por mejoría clínica” se asoció a tiempo de enfermedad intermedio (5-10 años), menor número de comorbilidades, menor número de medicamentos y falta de educación reciente; y el (4) “abandono por efectos adversos” se asoció a menor edad y mayor nivel educativo. Estos hallazgos resaltan que cada componente de la adherencia responde a mecanismos distintos, desde el deterioro cognitivo en adultos mayores hasta la autonomía decisional

y menor tolerancia subjetiva a efectos adversos en pacientes jóvenes y de mayor nivel educativo.

5. Después de analizar los resultados obtenidos en esta investigación, se puede concluir que los datos proporcionados respaldan la hipótesis alternativa (H1), la cual establece que si existe relación entre factores sociodemográficos, clínicos y de accesibilidad médica; y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero - febrero 2025 .



RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a los profesionales de la salud implementar estrategias diferenciadas por edad en los pacientes con diabetes. Para adultos mayores, se pueden utilizar sistemas de recordatorios (alarmas, apoyo familiar) y simplificación de regímenes terapéuticos. Para pacientes más jóvenes, se debería fortalecer la educación sobre los efectos adversos y su manejo, resaltando la importancia de la continuidad del tratamiento.
2. A las autoridades competentes se recomienda fortalecer la educación en diabetes a través de capacitación continua a profesionales de salud para integrar educación en cada consulta, especialmente en pacientes con 5-10 años de diagnóstico, donde el abandono por mejoría es frecuente, así como desarrollar material educativo adaptado a bajo nivel de alfabetización (imágenes, videos).
3. Se recomienda ampliar y adaptar los clubes de diabetes, creando modalidades virtuales o ambulatorios para pacientes con limitaciones geográficas o físicas, así como incluir talleres sobre manejo de efectos adversos y reforzar la importancia de la adherencia horaria.
4. Abordar la polifarmacia y comorbilidades en los pacientes con diabetes a través de la revisión periódica de esquemas terapéuticos para reducir carga farmacológica en adultos mayores. Así mismo, integrar seguimiento cognitivo (preguntar directamente) en pacientes con múltiples comorbilidades para prevenir olvidos.
5. Mejorar el acceso a citas de control mediante la gestión de sistemas de citas prioritarias para pacientes con diabetes y comorbilidades graves, e incluyendo estrategias en implementación como la telemedicina para seguimiento continuo, reduciendo la necesidad de desplazamientos.
6. Las intervenciones deben basarse en un enfoque multidimensional, que integre recursos clínicos, educativos y sociales para abordar las barreras específicas identificadas en este estudio.
7. Se recomienda que futuros estudios consideren la inclusión de variables sociales y económicas, dado que estos factores puedan tener una influencia significativa en la adherencia al tratamiento y proporcionar una comprensión más integral de los determinantes de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harreiter, J., & Roden, M. (2023). [Diabetes mellitus: Definition, classification, diagnosis, screening and prevention (Update 2023)]. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 135(Suppl 1), 7-17. <https://doi.org/10.1007/s00508-022-02122-y>
2. Cho, N., Shaw, J., Karuranga, S., Huang, Y., Da Rocha, J., Ohlrogge, A., & Malanda, B. (2018). IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 138(1), 271-281. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2018.02.023>
3. Diabetes Atlas. (2021). Iran (Islamic Republic of) diabetes report 2000—2045. <https://diabetesatlas.org/data/>
4. Mirghani, H. (2020). An evaluation of adherence to anti-diabetic medications among type 2 diabetic patients in a Sudanese outpatient clinic. *The Pan African Medical Journal*, 34, 34. <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.34.34.15161>
5. Lorestanifar, M., Mosayebi, M., Jashaninejad, R., Khoshmanesh, S., & Doosti, A. (2023). The prevalence of uncontrolled diabetes mellitus in patients with type 2 diabetes: A multicenter cross-sectional study. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*, 22(1), 787-792. <https://doi.org/10.1007/s40200-023-01201-9>
6. Nowakowska, M., Zghebi, S. S., Ashcroft, D. M., Buchan, I., Chew-Graham, C., Holt, T., Mallen, C., Van Marwijk, H., Peek, N., Perera-Salazar, R., Reeves, D., Rutter, M. K., Weng, S. F., Qureshi, N., Mamas, M. A., & Kontopantelis, E. (2019). The comorbidity burden of type 2 diabetes mellitus: patterns, clusters and predictions from a large English primary care cohort. *BMC medicine*, 17(1), 145. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1373-y>
7. Sherifali, D., Bai, J. W., Kenny, M., Warren, R., & Ali, M. U. (2015). Diabetes self-management programmes in older adults: a systematic review and meta-analysis.

- Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association, 32(11), 1404–1414.
<https://doi.org/10.1111/dme.12780>
8. Haghdoost, A., Baneshi, M., Razzaghi, A., & Noori, A. (2020). The Impact of Socio Economic Factors on the Adherence of Patients with Gestational Diabetes Mellitus to Medical Recommendations. *Iranian Journal of Public Health*, 48(9), 1690-1696.
 9. Mirahmadizadeh, A., Khorshidsavar, H., Seif, M., & Sharifi, M. (2020). Adherence to Medication, Diet and Physical Activity and the Associated Factors Amongst Patients with Type 2 Diabetes. *Diabetes Therapy: Research, Treatment and Education of Diabetes and Related Disorders*, 11(2), 479-494. <https://doi.org/10.1007/s13300-019-00750-8>
 10. Pourhabibi, N., Mohebbi, B., Sadeghi, R., Shakibazadeh, E., Sanjari, M., Tol, A., & Yaseri, M. (2022). Factors associated with treatment adherence to treatment among in patients with type 2 diabetes in Iran: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 10, 976888. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.976888>
 11. Skriver, L. K. L., Nielsen, M. W., Walther, S., Nørlev, J. D., & Hangaard, S. (2023). Factors associated with adherence or nonadherence to insulin therapy among adults with type 2 diabetes mellitus: A scoping review. *Journal of diabetes and its complications*, 37(10), 108596. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2023.108596>
 12. Shahabi, N., Fakhri, Y., Aghamolaei, T., Hosseini, Z., & Homayuni, A. (2023). Socio-personal factors affecting adherence to treatment in patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Primary Care Diabetes*, 17(3), 205-220. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2023.03.005>
 13. McAlexander, T., Malla, G., Uddin, J., Lee, D., Schwartz, B. S., Rolka, D., Siegel, K., Kanchi, R., Pollak, J., Andes, L., Carson, A., Thorpe, L., & McClure, L. (2022). Urban and rural differences in new onset type 2 diabetes: Comparisons across national and

- regional samples in the diabetes LEAD network. *SSM - Population Health*, 19, 101161.
<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101161>
14. Xu, Y., Lu, J., Li, M., Wang, T., Wang, K., Cao, Q., Ding, Y., Xiang, Y., Wang, S., Yang, Q., Zhao, X., Zhang, X., Xu, M., Wang, W., Bi, Y., & Ning, G. (2024). Diabetes in China part 1: Epidemiology and risk factors. *The Lancet Public Health*, 20.
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00250-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00250-0)
15. Ministerio de Salud. (2021). Diabetes: ¿sabes cómo prevenirla?
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/77744-diabetes-sabes-como-prevenirla>
16. Tasayco, M. (2023). Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un establecimiento del primer nivel de atención, 2023 [Tesis de licenciatura]. Universidad San Juan Bautista.
<https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/9394c49f-fc63-482b-8e24-a3918952f3e6>
17. Hernández, R., & Mendoza, C. (2023). Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta (2°). McGraw-Hill Education.
18. Anibal, C. (2020). Revista estudios paraguayos (Vol. 38). CEADUC.
https://www.google.com.pe/books/edition/revista_estudios_paraguayos_vol_38_N_1_2/3Kn8DwAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=operacionalizacion+de+variables+2020&pg=PA262&printsec=frontcover
19. Angelucci-Bastidas, L., & Rondón-Bernard, J. E. (2021). Adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2: Un modelo de regresión logística. Caracas 2017-2018. *Medicas UIS*, 34(2), 29-39. <https://doi.org/10.18273/revmed.v34n2-2021003>
20. Orozco, A., & Castiblanco, L. (2015). Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 203-217. <https://doi.org/10.15446/rcp.v24n1.42949>

21. Londoño, E. (2017). Las enfermedades crónicas y la ineludible transformación de los sistemas de salud en América Latina. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(1). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubansalpub/csp-2017/csp171a.pdf>
22. Vidal, D., Chamblas, I., Zavala, M., Müller, R., Rodríguez, M., & Chávez, A. (2014). Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile. *Ciencia y Enfermería*, 20(1), 61-74. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532014000100006>
23. Jerez, C., Medina, Y. Ortiz, A., González, S., & Aguirre, M. (2022). Fisiopatología y alteraciones clínicas de la diabetes mellitus tipo 2: Revisión de literatura. *Physiopathology and Clinical Alterations of Diabetes Mellitus 2: Literature Review*, 65(1), 1–15. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/10/1397027/document-3.pdf>.
24. Ghasemi, A., Rezapour-Nasrabad, R., & Nikrouz, L. (2020). Investigación de la relación entre el apoyo social y la adherencia al tratamiento en personas mayores con diabetes mellitus tipo II. *Revista de Investigación de Enfermedades Cardiovasculares*. Recuperado de <https://www.semanticscholar.org/paper/Investigation-of-the-Relationship-between-Social-to-Ghasemi-RezapourNasrabad/7c447b9bfa956b9193909635a1455d244d559a20>
25. Okwuosa, J. , Nwajei, A., Owolabi, A., et al. (2022). Relación entre el apoyo social percibido y la adherencia a la medicación entre pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 que asisten a la clínica de diabetes en una institución de salud terciaria en el sur de Nigeria. *Revista Internacional de Salud, Medicina y Prácticas de Enfermería*. Recuperado de <https://carijournals.org/journals/index.php/IJHMNP/article/view/1067>
26. Nuha, Q. (2023). La relación entre el apoyo social familiar y la motivación y cumplimiento de la medicación en pacientes con diabetes mellitus (DM) tipo II en el área de trabajo

- de Puskesmas X Gresik. *Revista Poseidón de Psicología*, 6(1). Recuperado de <https://doi.org/10.30649/jpp.v6i1.86>
27. Zafirah, D. N., Pristianty, L., Rahem, A., et al. (2022, marzo 30). Relationship between family support and compliance in diabetes mellitus patients. *Pharmacy Education*. Recuperado de <https://pharmacyeducation.fip.org/pharmacyeducation/article/download/1633/1308>
28. Mariños, Y. (2024). Apoyo social percibido y adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 [Tesis de pregrado]. Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina, Lima. Recuperado de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/131591/Mari%c3%b1os_QYT-SD.pdf?sequence=5&isAllowed=y.
29. De los Santos, R. (2019). Relación del apoyo social percibido, ansiedad rasgo y la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana. Recuperado de <https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstreams/6cb9a139-016a-473e-b9be-ff51823b6ca3/download>
30. Osorio, Y., & Wong, R. (2023). Apoyo social y adherencia terapéutica en adultos con diabetes mellitus, en el Puesto de Salud Jecuan Huaral, Lima - Perú 2023. Recuperado de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/135271/Osorio_YEA-Wong_RYM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
31. Saldaña, V. (2019). Apoyo social en la adherencia al tratamiento de la diabetes en adultos del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque [Tesis de Licenciatura en Trabajo Social]. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Pimentel, Perú. Recuperado de <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/6932>

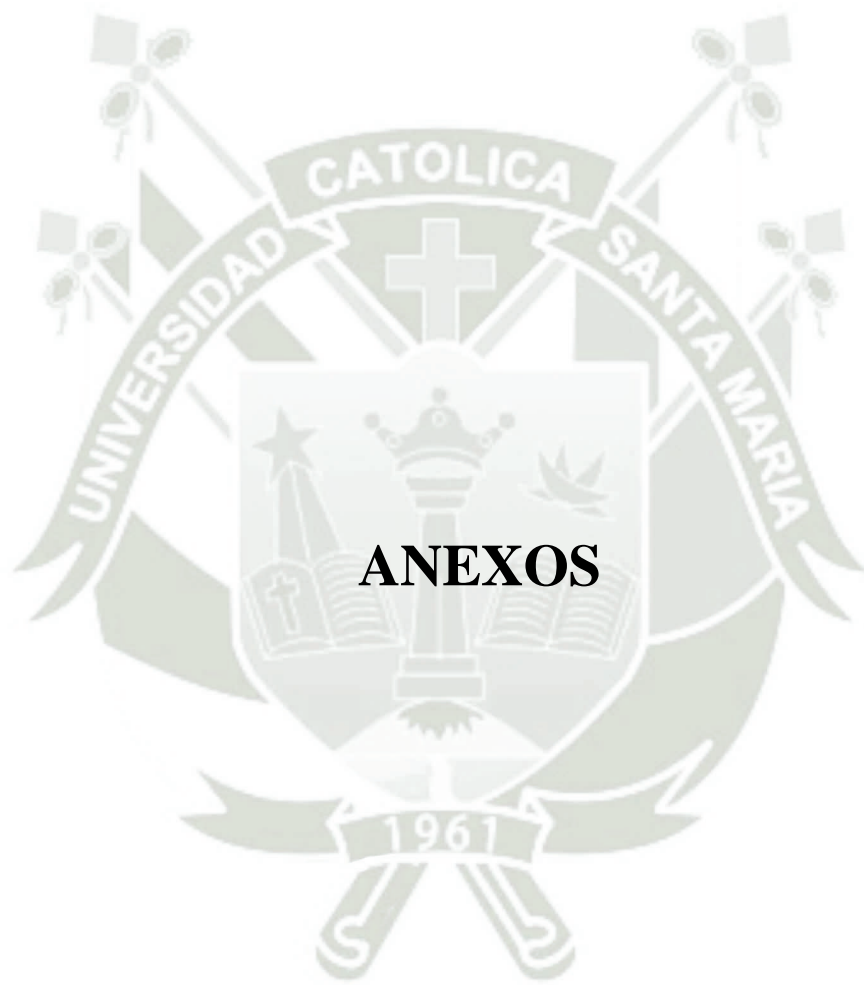
32. Suca, P. (2021). Apoyo social en adultos mayores afectados con diabetes mellitus 2 en el Centro de Salud la Ensenada – Puente Piedra, 2021. Recuperado de <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/91155>
33. Nguyen, T. M., La Caze, A., & Cottrell, N. (2014). What are validated self-report adherence scales really measuring?: a systematic review. *British journal of clinical pharmacology*, 77(3), 427–445. <https://doi.org/10.1111/bcp.12194>
34. Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn.)*, 10(5), 348–354. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x>
35. Celli, A., Barnouin, Y., Jiang, B., Blevins, D., Colleluori, G., Mediwala, S., Armamento-Villareal, R., Qualls, C., & Villareal, D. T. (2022). Lifestyle Intervention Strategy to Treat Diabetes in Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *Diabetes care*, 45(9), 1943–1952. <https://doi.org/10.2337/dc22-0338>
36. Bodke, H., Wagh, V., & Kakar, G. (2023). Diabetes Mellitus and Prevalence of Other Comorbid Conditions: A Systematic Review. *Cureus*, 15(11), e49374. <https://doi.org/10.7759/cureus.49374>
37. Dobrică, E. C., Găman, M. A., Cozma, M. A., Bratu, O. G., Pantea Stoian, A., & Diaconu, C. C. (2019). Polypharmacy in Type 2 Diabetes Mellitus: Insights from an Internal Medicine Department. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55(8), 436. <https://doi.org/10.3390/medicina55080436>
38. Strom, J. L., & Egede, L. E. (2012). The impact of social support on outcomes in adult patients with type 2 diabetes: a systematic review. *Current diabetes reports*, 12(6), 769–781. <https://doi.org/10.1007/s11892-012-0317-0>

39. Tomic, D., Shaw, J.E. & Magliano, D.J. The burden and risks of emerging complications of diabetes mellitus. *Nat Rev Endocrinol* 18, 525–539 (2022).
<https://doi.org/10.1038/s41574-022-00690-7>
40. Dao-Tran, T. H., Lam, L. T., Balasooriya, N. N., & Comans, T. (2023). The Medical Outcome Study Social Support Survey (MOS-SSS): A psychometric systematic review. *Journal of advanced nursing*, 79(12), 4521–4541. <https://doi.org/10.1111/jan.15786>
41. Castillo-Merino, Y. A., Ospina-Ayala, C., Esquivel-Garzón, N., Rodríguez-Acelas, A. L., & Cañon-Montañez, W. (2023). Educational Interventions in Adults with Type 2 Diabetes Mellitus in Primary Health Care Settings. A Scoping Review [Intervenciones educativas en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en entornos de atención primaria de salud: una revisión de alcance]. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 41(2), e15.
<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n2e15>.
42. Soto A. (2019). Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del Ministerio de Salud del Perú: atendiendo pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX [Barriers to effective care in the referral hospitals of Peru's Ministry of Health: serving patients in the 21st century with 20th century resources]. *Revista peruana de medicina experimental y salud publica*, 36(2), 304–311.
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4425>
43. Marušić, S., Meliš, P., Lucijanić, M., Grgurević, I., Turčić, P., Neto, P. R. O., & Bilić-Ćurčić, I. (2018). Impact of pharmacotherapeutic education on medication adherence and adverse outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus: a prospective, randomized study. *Croatian medical journal*, 59(6), 290–297.
<https://doi.org/10.3325/cmj.2018.59.290>

44. Krass, I., Schieback, P., & Dhippayom, T. (2015). Adherence to diabetes medication: a systematic review. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association*, 32(6), 725–737. <https://doi.org/10.1111/dme.12651>
45. Capoccia, K., Odegard, P. S., & Letassy, N. (2016). Medication Adherence With Diabetes Medication: A Systematic Review of the Literature. *The Diabetes educator*, 42(1), 34–71. <https://doi.org/10.1177/0145721715619038>
46. Bueno Lezama, A. A. E. (2024). Depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Regional, Nuevo Chimbote, 2024. Disponible en: <http://168.121.236.53/handle/20.500.14278/4846>
47. Julca Mendoza, F. J., & Sosa Ramirez, T. G. (2023). Relación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y complicaciones clínicas en pacientes diabéticos, centro de salud Jorge Chávez–Chiclayo, 2022. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/10859>
48. Gow, K., Rashidi, A., & Whithead, L. (2024). Factors Influencing Medication Adherence Among Adults Living with Diabetes and Comorbidities: a Qualitative Systematic Review. *Current diabetes reports*, 24(2), 19–25. <https://doi.org/10.1007/s11892-023-01532-0>
49. Sahoo, J., Mohanty, S., Kundu, A., & Epari, V. (2022). Medication Adherence Among Patients of Type II Diabetes Mellitus and Its Associated Risk Factors: A Cross-Sectional Study in a Tertiary Care Hospital of Eastern India. *Cureus*, 14(12), e33074. <https://doi.org/10.7759/cureus.33074>
50. Guthrie, B., Makubate, B., Hernandez-Santiago, V., & Dreischulte, T. (2015). The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: population database analysis 1995-2010. *BMC medicine*, 13, 74. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0322-7>

51. Bursal-Cintra, Carmen Juana, Pérez-Bichor, Antonio, & Ortega-López, Irma Leonor. (2021). Caracterización de la adherencia terapéutica en adultos mayores hipertensos. *Revista Médica Electrónica*, 43(6), 1606-1616. Epub 31 de diciembre de 2021. Recuperado en 24 de febrero de 2025, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242021000601606&lng=es&tlng=es.
52. Protheroe, J., Rowlands, G., Bartlam, B., & Levin-Zamir, D. (2017). Health Literacy, Diabetes Prevention, and Self-Management. *Journal of diabetes research*, 2017, 1298315. <https://doi.org/10.1155/2017/1298315>
53. Kuo, H. J., García, A. A., Huang, Y. C., Zuñiga, J. A., Benner, A. D., Cuevas, H., Fan, K. C., & Hsu, C. Y. (2023). Impact of Fatigue and Its Influencing Factors on Diabetes Self-Management in Adults With Type 2 Diabetes: A Structural Equation Modeling Analysis. *The science of diabetes self-management and care*, 49(6), 438–448. <https://doi.org/10.1177/26350106231205029>
54. Pantalone, K. M., Misra-Hebert, A. D., Hobbs, T. M., Ji, X., Kong, S. X., Milinovich, A., Weng, W., Bauman, J., Ganguly, R., Burguera, B., Kattan, M. W., & Zimmerman, R. S. (2018). Clinical Inertia in Type 2 Diabetes Management: Evidence From a Large, Real-World Data Set. *Diabetes care*, 41(7), e113–e114. <https://doi.org/10.2337/dc18-0116>
55. Zhao D. (2022). Goals of cure: Perspectives on the concept of cure in type 2 diabetes. *Journal of evaluation in clinical practice*, 28(3), 445–453. <https://doi.org/10.1111/jep.13666>
56. Bachmeier, C. A. E., Waugh, C., Vitanza, M., Bowden, T., Uhlman, C., Hurst, C., Okano, S., Barrett, H., D'Silva, N., D'Emden, H., & O'Moore-Sullivan, T. (2020). *Diabetes care*:

- addressing psychosocial well-being in young adults with a newly developed assessment tool. *Internal medicine journal*, 50(1), 70–76. <https://doi.org/10.1111/imj.14355>
57. Ohn, J. H., Lee, J. H., Hong, E. S., Koo, B. K., Kim, S. W., Yi, K. H., & Moon, M. K. (2015). Subjective Assessment of Diabetes Self-Care Correlates with Perceived Glycemic Control but not with Actual Glycemic Control. *Diabetes & metabolism journal*, 39(1), 31–36. <https://doi.org/10.4093/dmj.2015.39.1.31>
58. Baptista, D.R., Wiens, A., Pontarolo, R. et al. The chronic care model for type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetol Metab Syndr* 8, 7 (2016). <https://doi.org/10.1186/s13098-015-0119-z>
59. Siddiqui, M. A., Khan, M. F., & Carline, T. E. (2013). Gender differences in living with diabetes mellitus. *Materia socio-medica*, 25(2), 140–142. <https://doi.org/10.5455/msm.2013.25.140-142>
60. Sánchez Arellano Anastacia Alhelí, Navarro Contreras Gabriela, Padrós Blázquez Ferrán, Cruz Torres Christian Enrique. Relación entre autoeficacia, apoyo social, adherencia al tratamiento y HbA1C por nivel de percepción de amenaza en pacientes con DM2. *Nova scientia*. 2020; 12(25): 00013. Epub 17 de Febrero del 2021. <https://doi.org/10.21640/ns.v12i25.2466>.



ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La siguiente ficha de recolección de datos fue llenada por las investigadoras quienes interrogaron a los pacientes sobre los factores asociados y la adherencia terapéutica. Sobre esta última es importante resaltar que se les especificó que respondieran sobre su tratamiento contra la diabetes (no incluyendo así la adherencia al tratamiento de otras comorbilidades que pudieran tener).

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:**Edad:****Sexo:** Masculino () Femenino ()**Grado de instrucción:**

Sin instrucción ()

Primaria ()

Secundaria ()

Técnico ()

Superior ()

DATOS CLÍNICOS:**Tiempo de enfermedad:**

0 a 5 años ()

5 a 10 años ()

Más de 10 años ()

Padece de otra enfermedad

Hipertensión () Dislipidemia () Ninguna () Otra () _____

Número de medicamentos que consume al día:

1 a 2 ()

3 a 4 ()

Más de 4 ()

DATOS DE ACCESIBILIDAD MÉDICA:

Pertenece a un club de pacientes con diabetes: si () no ()

Ha recibido educación sobre diabetes en el último año: si () no ()

Le resulta fácil conseguir su cita para el control de diabetes: si () no ()

ANEXO 2: CUESTIONARIO DE MORISKY-GREEN

La escala de Morisky-Green para valorar la adherencia fue revalidada por Morisky en 2008 obteniendo un alfa de Cronbach de 0.83, especificidad de 0.93, correlación de 0.53, en una muestra de 1367 pacientes (33, 34). Adicionalmente, este cuestionario fue validado en muestra peruana mediante el juicio de ocho expertos, quienes lograron un nivel de concordancia del 100%, lo que respalda su confiabilidad y aplicabilidad en el presente estudio.

N°	Ítems	Si	No
1	Frecuentemente ¿usted se ha olvidado de tomar sus medicamentos?		
2	¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
3	Cuando usted se siente mejor, ¿algunas veces ha dejado de tomar sus medicamentos?		
4	Si usted se siente mal al tomar sus medicamentos, ¿alguna vez ha dejado de tomar sus medicamentos?		



ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a participante:

Le invitamos a participar en una encuesta sobre la adherencia al tratamiento de la diabetes. Este estudio tiene como objetivo comprender mejor cómo las personas con diabetes siguen sus tratamientos y las dificultades que pueden encontrar en el proceso.

En el siguiente cuestionario se le pedirá que responda una serie de preguntas relacionadas con su tratamiento para la diabetes. Las preguntas están relacionadas con su medicación, hábitos de salud, efectos secundarios y su experiencia en el manejo de la diabetes. La encuesta tomará aproximadamente entre 10 y 15 minutos.

Toda la información proporcionada en esta encuesta será tratada de manera confidencial y se usará únicamente para fines de investigación.

Su participación en esta encuesta es completamente voluntaria. Si decide participar, puede retirarse en cualquier momento.

Para proceder al llenado del cuestionario, sírvase expresar su conformidad en participar del trabajo de investigación.

¿Desea participar de esta investigación?

Si ()

No ()

ANEXO 4: DICTAMEN DE COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

Arequipa, 3 de marzo de 2025

Investigadoras Chalco Monjarás, Briana Aracelly
Arias Farfán, Valeria Lucía

Presente. –

De mi especial consideración.

Me dirijo a ustedes para hacerles llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

TÍTULO: “Factores asociados a la adherencia al tratamiento de diabetes en el paciente adulto mayor del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, Enero – Febrero 2025”.

Investigadoras: Chalco Monjarás, Briana Aracelly y Arias Farfán, Valeria Lucía

TIPO Y DISEÑO: Básico, cuantitativo, correlacional, no experimental, transversal, analítico, prospectivo.

OBJETIVO: La investigación tiene como objetivo: Determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento de diabetes en el paciente adulto mayor del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero – febrero 2025.

PROCEDIMIENTOS: Encuesta, cuestionario.



COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

SUJETOS DE ESTUDIO:

Pacientes adultos diagnosticados con diabetes mellitus que reciben tratamiento en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el periodo de estudio.

RIESGO DEL ESTUDIO:

Mínimo.

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

DICTAMEN:

DICTAMEN FAVORABLE
077 - 2025



Agueda Muñoz Del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com