

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**“PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA
EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. CONSULTORIO
EXTERNO DE ENDOCRINOLOGIA. HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA - 2017”**

Tesis presentada por el Bachiller:

Zegarra Miranda, José Santos

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano.

Asesor: Dr. Saavedra Herrera, Carlos

AREQUIPA - PERÚ

2018



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado:1350

AREQUIPA - PERÚ

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS

DECRETO Nº 285 - FMH-2017

Visto el Borrador de Tesis titulado:

“PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. CONSULTORIO EXTERNO DE ENDOCRINOLOGIA. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2017”

Presentado por el (la) Sr. (ta):

JOSÉ SANTOS ZEGARRA MIRANDA

Nuestro dictamen es:

Favorable

OBSERVACIONES:

Arequipa,

DR. MANUEL DEL CARMEN VÁSQUEZ

Manuel Del Carmen Vásquez
MEDICINA INTERNA
C.M.P. 11897

DR. AGUEDA MUÑOZ DEL CARPIO FOIA

Agueda Muñoz del Carpio Foia

DR. LILY MONTESINOS VALENCIA

Lily Montesinos Valencia
Dra. LILY MONTESINOS VALENCIA
Médico Internista - Nefróloga
CMP 19296 RNE 11108

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado...

A Dios, por darme la vida y permitirme disfrutar de ella, por darme fuerzas de realizar mi sueño anhelado.

A mis Padres, Jose Santos y Julia Mercedes Patricia, a mi hermano Francisco, a mis abuelos Pedro y Mercedes, a mi novia Ydinora, por ser ellos la razón de mis metas, todo esto no hubiera sido posible sin su amor incondicional que me brindaron y el cariño que ustedes me inspiraron, por los valores que me inculcaron y por darme la oportunidad de ser profesional. Las palabras nunca serán suficientes para expresarles mi amor y agradecimiento.

También agradezco a mis docentes durante toda mi carrera profesional por aportar en mi formación.

A los miembros del jurado dictaminador.

Al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza por apoyarme en la ejecución de la Tesis.

EPÍGRAFE

Cuanto antes se aparte a los pacientes de la influencia deprimente del hospital, más rápida será su convalecencia. (Charles H. Mayo)



INDICE GENERAL

DEDICATORIA	2
EPÍGRAFE	3
INDICE GENERAL	4
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPITULO I:MATERIAL Y MÉTODOS	11
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	12
1. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES:	12
1.1. Adherencia terapéutica:	12
1.2. Apoyo social percibido:.....	12
2. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación	12
• Técnica:.....	12
• Instrumentos:.....	12
3. Campo de verificación.....	14
• Ubicación espacial:	14
• Ubicación temporal:.....	14
• Unidades de estudio:	14
4. Unidades de estudio:.....	14
• Población:.....	14
• Muestra y muestreo:	14
• Criterios de selección	15
• Estrategia de Recolección de datos	15
5. Organización.....	15
• Criterios para manejo de resultados	15
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	16
CAPITULO II RESULTADOS	17
TABLA N° 01: EDAD DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ..	18
TABLA N° 02: SEXO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2	20
TABLA N° 03: ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2	21

TABLA N° 04: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	22
TABLA N° 05: CONVIVENCIA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2	23
TABLA N° 06: TIEMPO DE ENFERMEDAD DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	24
TABLA N° 07: TIPO DE TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	25
TABLA N° 08:_APOYO SOCIAL DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2	26
TABLA N° 09:_ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2	27
TABLA N° 10:_RELACIÓN ENTRE EL APOYO SOCIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2	28
CAPITULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIO.....	30
CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	33
CONCLUSIONES.....	34
RECOMENDACIONES.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	36
ANEXOS	43
ANEXO N°1:_FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	44
ANEXO N°2:_FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: CARACTERISTICAS GENERALES	45
ANEXO N°3:_CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL DE MOS.....	46
ANEXO N° 4:_ESCALA DE ADHERENCIA TERAPEUTICA (EAT)	48
ANEXO N°5: PROYECTO DE TESIS.....	50

RESUMEN

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica de gran prevalencia en nuestro medio y constituye un importante problema de salud pública.

El presente trabajo de investigación es un estudio de tipo descriptivo relacional, con el propósito de resolver la siguiente interrogante: ¿Cuál es la percepción del apoyo social y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Consultorio externo de endocrinología. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2017?

MATERIAL Y MÉTODO: El estudio se realizó en el consultorio externo de endocrinología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa entre diciembre 2017 a febrero del 2018. La técnica de recolección de datos empleada fue la encuesta, como instrumento se utilizó la ficha de recolección de datos y los cuestionarios: escala de apoyo social de MOS y la adherencia terapéutica (EAT).

OBJETIVO: Determinar la percepción de apoyo social y adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. **RESULTADOS:** La población de estudio estuvo constituida por 166 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que cumplieron los criterios de inclusión. Los instrumentos empleados para medir la percepción de apoyo social y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 demostraron que la mayoría de los pacientes tienen una buena adherencia al tratamiento debido a que perciben un mayor apoyo social.

CONCLUSIONES: En el trabajo de investigación se encontró que la mayoría son mujeres, entre 36 a 50 años, con grado de instrucción secundaria, convivientes, que viven con su familia, con un tiempo de enfermedad de 1 a 5 años y que son insulino dependientes. Los resultados muestran que existe relación entre el apoyo social y la adherencia terapéutica, con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

Palabras Claves: Diabetes mellitus, adherencia terapéutica, percepción de apoyo social.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is a chronic disease of great prevalence in our environment and is an important public health problem.

The present research work is a relational descriptive study, with the purpose of solving the following question: What is the perception of social support and therapeutic adherence in patients with diabetes mellitus type 2. External endocrinology clinic. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2017?

MATERIAL AND METHOD: The study was conducted in the external endocrinology clinic of Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa from December 2017 to February 2018. The data collection technique used was the survey, as an instrument was used the collection form of data and questionnaires: MOS social support scale and therapeutic adherence (EAT). **OBJECTIVE:** To determine the perception of social support and therapeutic adherence in patients with type 2 diabetes mellitus. **RESULTS:** The study population consisted of 166 patients with diabetes mellitus type 2, who met the inclusion criteria. The instruments used to measure the perception of social support and therapeutic adherence in patients with diabetes mellitus type 2 demonstrated that most patients have a good adherence to treatment because they perceive greater social support.

FINDINGS: In the research work it was found that the majority are women, between 36 to 50 years of age, with a secondary education level, cohabitants, who live with their family, with a sick time of 1 to 5 years and who are insulin dependent. The results show that there is a relationship between social support and therapeutic adherence, with a statistically significant difference ($p < 0.05$).

KEY WORDS: Diabetes mellitus, therapeutic adherence, perception of social support.



INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica de gran prevalencia en nuestro medio y constituye un importante problema de salud pública, debido a la carga de la enfermedad así como por la mortalidad que ocasiona. Se estima que alrededor de 171 millones de personas en el mundo viven con diabetes y que este número ascenderá a 300 millones en el 2030. En las Américas el estimado de personas con Diabetes ascendió a 13,3 millones en el 2000 y para el 2030 ha sido proyectado en 32,9 millones. La prevalencia de diabetes en las Américas varía entre 10 y 15% (1). En el Perú, ésta se estima en 5,5% (2). El estudio PERUDIAB 2012 realizado en 1 677 hogares a nivel nacional, representativo de más de 10 millones de adultos mayores de 25 años, ha encontrado una prevalencia de 7% de diabetes mellitus y 23% de hiperglicemia de ayuno (prediabetes) (3). La magnitud de la misma está en aumento, debido al incremento de factores como la obesidad, el sobrepeso, el sedentarismo y los hábitos inadecuados de alimentación (3).

El diagnóstico de diabetes mellitus, en cualquiera de los dos tipos principales, está asociado a una morbilidad importante, con frecuencia los pacientes no presentan una adecuada adherencia al tratamiento lo que origina que el control de la glucosa sea inadecuado. Este sólo hecho, asociado a los daños fisiopatológicos que la hiperglicemia causa en órganos blanco, propicia el desarrollo de complicaciones, que pueden poner en peligro la vida del paciente. En ese contexto, la adhesión a los tratamientos medicamentosos y no medicamentosos es un tema muy importante en el cuidado a la persona con diabetes mellitus, y la comprensión de barreras y de facilitadores para los cambios comportamentales podrían ayudar las intervenciones del equipo médico para promover o fortalecer condiciones favorables a la adhesión. Entre los factores que podrían influenciar la adhesión a los tratamientos, se destaca, en el presente estudio, el Apoyo Social, considerado como un proceso complejo y dinámico que está íntimamente relacionado con los pacientes y el entorno en el que se desenvuelve, con el propósito de satisfacer sus necesidades, de esta forma, enfrentar nuevas situaciones (4), pudiendo tener como fuentes principales los familiares y los profesionales de la salud.

Como es el caso del presente tema “Percepción de apoyo social y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Consultorio externo de endocrinología. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2017”

A pesar de que la adhesión a los tratamientos y el apoyo social han sido ampliamente estudiados, poca atención se ha dado a la relación entre adhesión a los tratamientos y apoyo social percibido, así como a la necesidad de contar con ese apoyo entre personas con diabetes mellitus.

Durante mi experiencia en pregrado pude observar que gran parte de este tipo de pacientes que acudían a consultorio externos de endocrinología tenían problemas con el cumplimiento del tratamiento indicado por su médico debido a múltiples factores dentro de los cuales resaltaba el poco apoyo que percibían los pacientes por parte de sus familiares más cercanos y de sus amistades. Además como alumno pude observar los cambios que sufren este tipo de pacientes en la esfera psicológica, social, en su estilo de vida y también en su vida espiritual y que influyen en el cumplimiento del tratamiento.

Además como alumno pude observar y experimentar los problemas con los cuales se conviven a diario en la atención de este tipo particular de pacientes lo cual influye en el tiempo de entrevista médico – paciente, así como la poca atención que se brinda a las barreras en la esfera social para el cumplimiento de un tratamiento integral de este tipo tan particular de pacientes. Es por todo ello la imperiosa necesidad de investigar en este ámbito, específicamente la percepción de apoyo social, la adherencia al tratamiento y la relación que guardan entre ambos para profundizar en estos aspectos muy importantes que nos ayuden a conseguir un tratamiento integral de nuestros pacientes con diabetes.



CAPITULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

CAPITULO I MATERIAL Y MÉTODOS

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. **OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES:** Se trabajó con las siguientes variables:

1.1. **Adherencia terapéutica:**

Escala de adherencia terapéutica EAT.

Permitió detectar el cumplimiento o no de las recomendaciones médicas, agrupándolas en tres factores buena, regular y mala.

1.2. **Apoyo social percibido:**

Escala de apoyo Social MOS

Permitió valorar la percepción del apoyo social, agrupándola en tres factores alta, medio y baja.

2. **Técnicas, instrumentos y materiales de verificación**

- **Técnica:**

Encuesta.

- **Instrumentos:**

El instrumento que se utilizará consiste en una ficha de recolección de datos (Anexo 2), la escala de apoyo social de MOS (Anexo 3) y la escala de adherencia terapéutica (EAT) (Anexo 4).

LA ESCALA DE APOYO SOCIAL DE MOS fue desarrollado por Sherbourne y cols en 1991. Está conformado por 20 preguntas de varias respuestas con calificación (1) Nunca, (2) Pocas Veces, (3) Algunas Veces, (4) La Mayoría de Veces , (5) Siempre. Puntaje numérico mínimo es 19 y máximo 95 .Las pautas para interpretar los puntajes estándares de la escala son los siguientes:

	ITEMS	PUNTAJE	MEDIA	MINIMA
--	-------	---------	-------	--------

		MAXIMO		
Apoyo Emocional	3,4,8,9,13,16,17 y 19	40	24	8
Apoyo Material	2,3,12 y 15	20	12	4
Relaciones sociales de ocio y distracción	7,11,14 y 18	20	12	4
Apoyo afectivo referido a expresión de amor y cariño	6,10 y 20	15	9	3
Indice Global		95	57	19

LA ESCALA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA (EAT) (Soria, Vega y Nava, 2009). Contiene 21 ítems que se agrupan en tres factores; control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos, seguimiento medico conductual, autoeficacia. Que permiten detectar el cumplimiento o no de las recomendaciones médicas.

Esta conformado por 21 preguntas de varias respuestas con calificación Nunca=1, Pocas Veces=2, Frecuentemente=3, Muy Frecuentemente=4, Siempre=5. Puntaje numérico mínimo es 21 y máximo 105 .Las pautas para interpretar los puntajes estándares de la escala son los siguientes:

	BUENA	REGULAR	MALA
ADHERENCIA TERAPEUTICA	77 - 105	49 - 76	21 - 48

- Materiales de verificación:

- Ficha de recolección de datos, escala de apoyo social de MOS, escala de adherencia terapéutica (EAT).
- Impresión de los instrumentos.
- Material de escritorio.
- Computadora portátil.
- Sistema operativo Windows XP.

- Paquete office 2010 para Windows.
- Programa SPSS para Windows V.21.

3. Campo de verificación

Ubicación espacial:

El estudio se realizará en los consultorios externos de endocrinología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, el cuál se encuentra ubicado a la margen izquierda del río Chili en la ciudad de Arequipa.

Ubicación temporal:

El presente estudio se llevará a cabo en el 2017 a febrero del 2018.

Unidades de estudio:

Pacientes mayores de edad, de ambos sexos, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acudan a los consultorios externos de endocrinología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de los cuales se recabará la información.

4. Unidades de estudio:

• **Población:**

La población se encontrará conformada por los pacientes mayores de edad, de ambos sexos, atendidos en los consultorios externos de endocrinología, quienes en total son 1260, razón por lo cual se realizó un muestreo no sistematizado utilizando la fórmula de tamaño muestral para una proporción en una población finita o conocida. Se obtuvo un tamaño muestral corregido de 166 adultos mayores y se procederá a la entrevista de todos ellos al acudir a consultorio externo endocrinología que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

• **Muestra y muestreo:**

Se realizará un muestreo no sistematizado utilizando la fórmula de tamaño muestral para una proporción en una población finita o conocida y la forma de selección será por conveniencia.

$$(z\alpha)^2 \cdot p \cdot q \cdot N$$

$$n = \frac{N \cdot E^2}{(N-1)E^2 + (z\alpha)^2 \cdot p \cdot q}$$

$z\alpha$ = Nivel de confianza: 95% (1.96)

p = Probabilidad que ocurra el fenómeno: 85%

$q = 100 - p = 15\%$

E = Error muestral: 5%

N = Población: 1260

n = Tamaño de la muestra: 166.22: 166 pacientes

- **Criterios de selección**

Criterios de Inclusión

- Pacientes, de ambos sexos, mayores de edad.
- Pacientes que acepten ingresar al estudio previo consentimiento informado.
- Pacientes que acuden a consultorio externo de endocrinología del Hospital Honorio Delgado Espinoza.

Criterios de Exclusión

- Pacientes que sufran enfermedades mentales.
- Pacientes que usen medicación sedante.
- Pacientes que no acepten ingresar al estudio.

- **Estrategia de Recolección de datos**

5. Organización

Se realizarán los trámites respectivos para obtener los permisos correspondientes por el Hospital Honorio Delgado Espinoza para la ejecución de este estudio en dicha institución. Además se realizará la recolección de datos utilizando los instrumentos respectivos los cuales serán ingresados en una base de datos para su posterior interpretación y análisis.

- **Criterios para manejo de resultados**

A nivel de recolección

Se les explicará a los participantes el contenido de las encuestas y se darán instrucciones de cómo se irán desarrollando, luego se procederá al llenado de las encuestas según las respuestas de los participantes previo consentimiento informado, cabe resaltar que cada ficha será anónima contando con un código para su identificación.

A nivel de sistematización

La información recabada de las encuestas desarrolladas por la población participante será ingresada a una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2010 para luego de ello ser analizada en el paquete estadístico SPSS.

A nivel de estudio de datos

La descripción de las variables categóricas se presentará en cuadros estadísticos de frecuencia y porcentajes categorizados.

Para las correlaciones se usaran pruebas estadísticas de significancia estadística de Mann Whitney, Tau de Kendall y Chi cuadrado; todas las pruebas estadísticas se considerarán significativas al tener un $p < 0.05$.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio de investigación cumple con todas las normas establecidas por el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y por Universidad Católica de Santa María.

Se ha respetado la privacidad del paciente, solicitándose un consentimiento informado, dicha información solo podrá ser usada por el autor al finalizar el presente estudio.

Este estudio contó con la aprobación del consultorio externo de endocrinología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y de la Universidad Católica de Santa María.

CAPITULO II

RESULTADOS



CAPITULO II

RESULTADOS

Se encuestó a 166 pacientes con Diabetes Mellitus, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión propuestos.

Se aplicó los cuestionarios con preguntas cerradas; ficha de recolección de datos, escala de apoyo social de MOS y la adherencia terapéutica (EAT).

Encuestados los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se realizó la sistematización de datos para medir la percepción de apoyo social y adherencia terapéutica.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

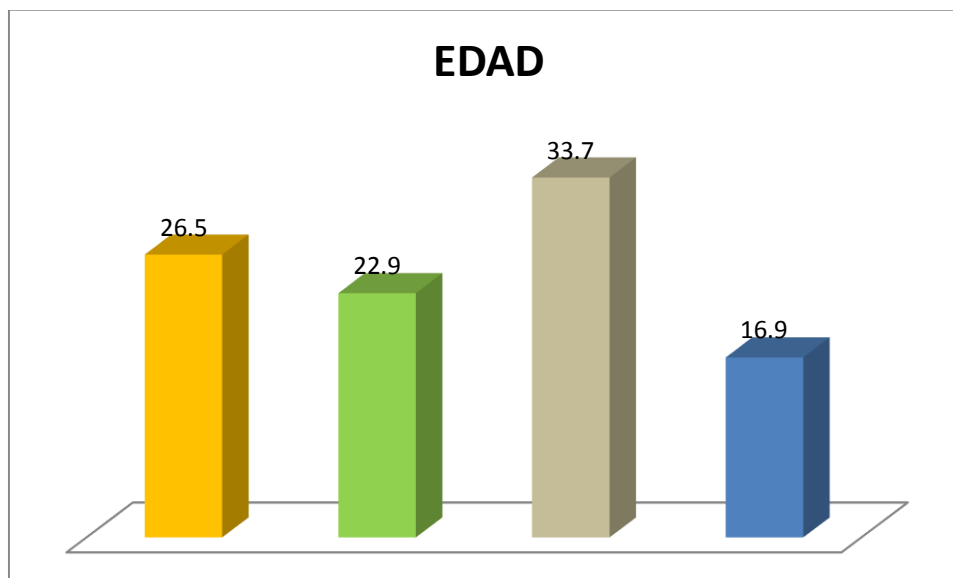
TABLA N° 01
EDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

EDAD	N°	%
De 18 a 25 años	44	26.5
De 26 a 35 años	38	22.9
De 36 a 50 años	56	33.7
De 51 a más	28	16.9
Total	166	100.0

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO N° 01

EDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

**Interpretación:**

En la presente tabla se puede apreciar que respecto a la edad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, el mayor porcentaje es 33.7% que comprende edades entre 36 a 50 años de edad, mientras que el menor porcentaje es 16.9% que comprende edades de 51 años a más.

Cabe indicar que los pacientes encuestados con Diabetes mellitus tipo 2, en su mayoría son adultos jóvenes, los cuales son conscientes de las consecuencias de no cumplir las indicaciones del tratamiento.

TABLA N° 02

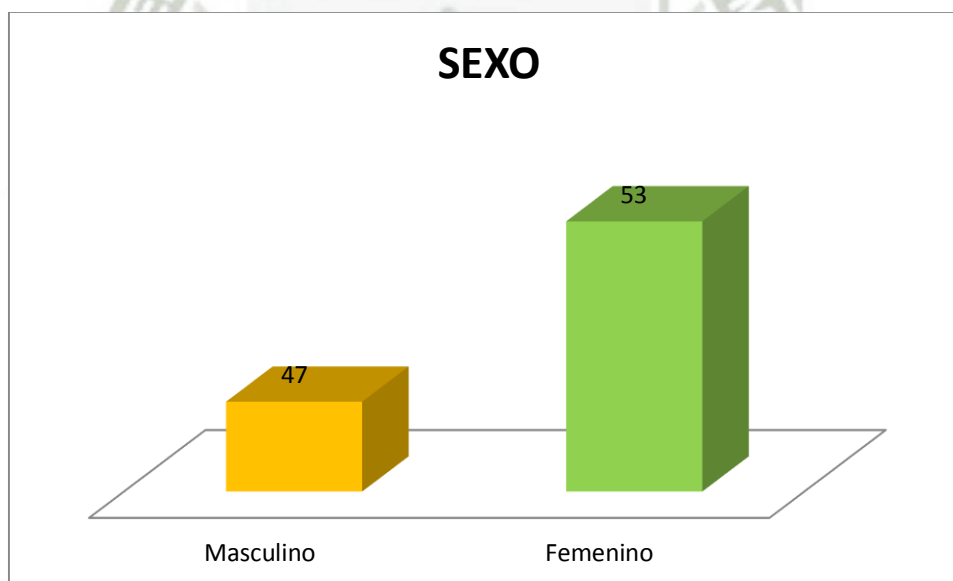
SEXO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

SEXO	N°	%
Masculino	78	47.0
Femenino	88	53.0
Total	166	100.0

Fuente: Matriz de datos

GRAFICO N° 02

SEXO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2



Interpretación:

En la presente tabla se puede apreciar que respecto al sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, el mayor porcentaje de ellos es 53% que corresponde al sexo femenino, mientras que en menor porcentaje es 47% que corresponde al sexo masculino.

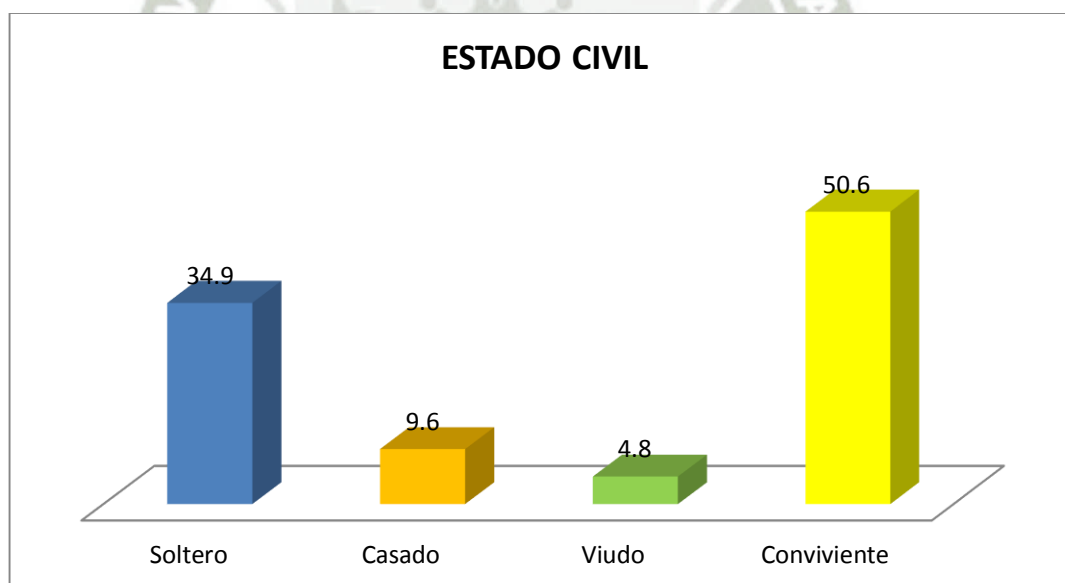
Como se muestra esta patología afecta más al sexo femenino.

TABLA N° 03
ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltero	58	34.9
Casado	16	9.6
Viudo	8	4.8
Conviviente	84	50.6
Total	166	100.0

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO N° 03
ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2



Interpretación:

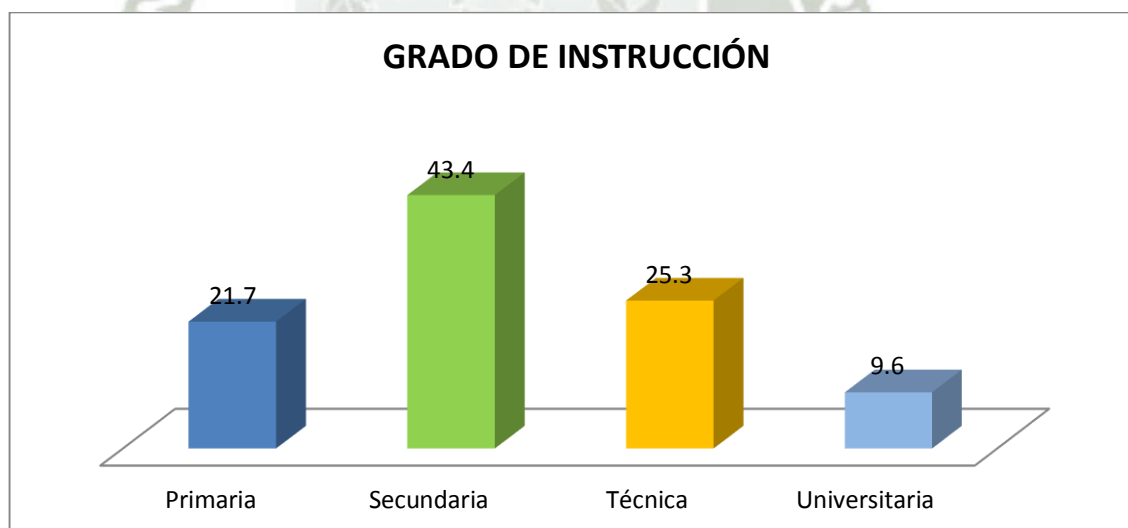
En la presente tabla se puede apreciar que respecto al estado civil de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en mayor porcentaje es 50.6% que corresponde a personas convivientes, mientras que el menor porcentaje es 4.8% y corresponde a personas viudas. Por lo que podemos apreciar que la mayoría opta por convivir.

TABLA N° 04
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Primaria	36	21.7
Secundaria	72	43.4
Técnica	42	25.3
Universitaria	16	9.6
Total	166	100.0

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO N° 04
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2



Interpretación:

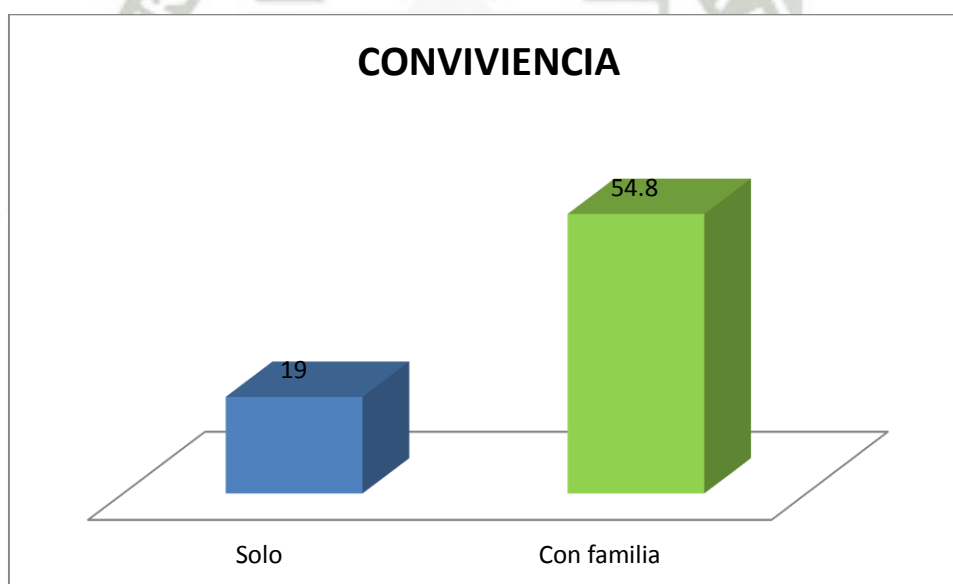
En la presente tabla se puede apreciar que respecto al grado de instrucción de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, el mayor porcentaje es 43.4% que presentan un grado de instrucción secundaria, mientras que el menor porcentaje es 9.6% y tienen un grado de instrucción de nivel universitarios. Por lo que se puede apreciar que la mayoría tienen estudios de nivel secundario.

TABLA N° 05
CONVIVENCIA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

CONVIVENCIA	N°	%
Solo	6	3.6
Con familia	160	96.4
Total	166	100.0

Fuente: Matriz de datos

GRAFICO N° 05
CONVIVENCIA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2



Interpretación:

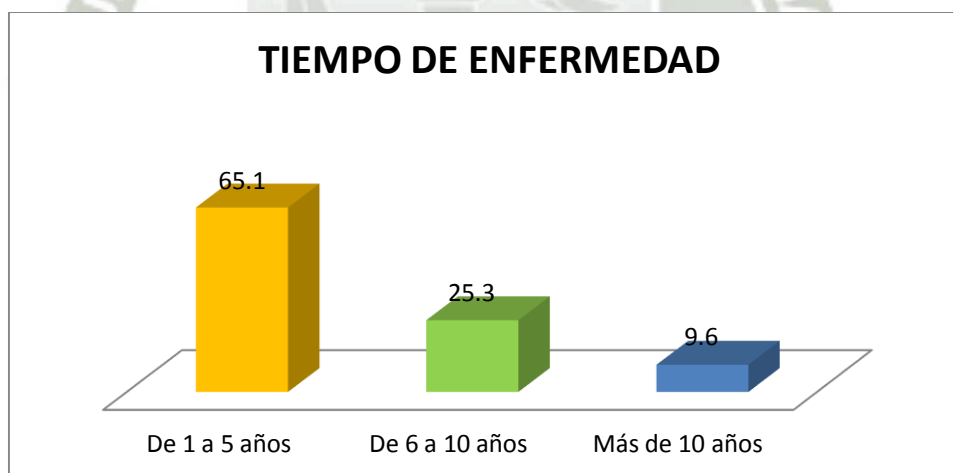
En la presente tabla se puede apreciar que respecto a la convivencia de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 el mayor porcentaje es 96.4% que corresponde a personas que viven con su familia, mientras que el menor porcentaje es 3.6% y corresponde a personas que viven solos. Por que lo se puede denotar que vivir en familia, ayuda a tener una buena adherencia terapéutica.

TABLA N° 06
TIEMPO DE ENFERMEDAD DE PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2

TIEMPO DE ENFERMEDAD	N°	%
De 1 a 5 años	108	65.1
De 6 a 10 años	42	25.3
Más de 10 años	16	9.6
Total	166	100.0

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO N° 06
TIEMPO DE ENFERMEDAD DE PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2



Interpretación:

En la presente tabla se puede apreciar que respecto al tiempo de enfermedad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 el mayor porcentaje es 65.1% que corresponde a personas que tienen un tiempo de enfermedad de 1 a 5 años, mientras que el menor porcentaje es 9.6% y corresponde a personas que tienen un tiempo de enfermedad mayor de 10 años. Por lo que se puede denotar que en la mayoría de los pacientes su tiempo de enfermedad es de 1 a 5 años.

TABLA N° 07

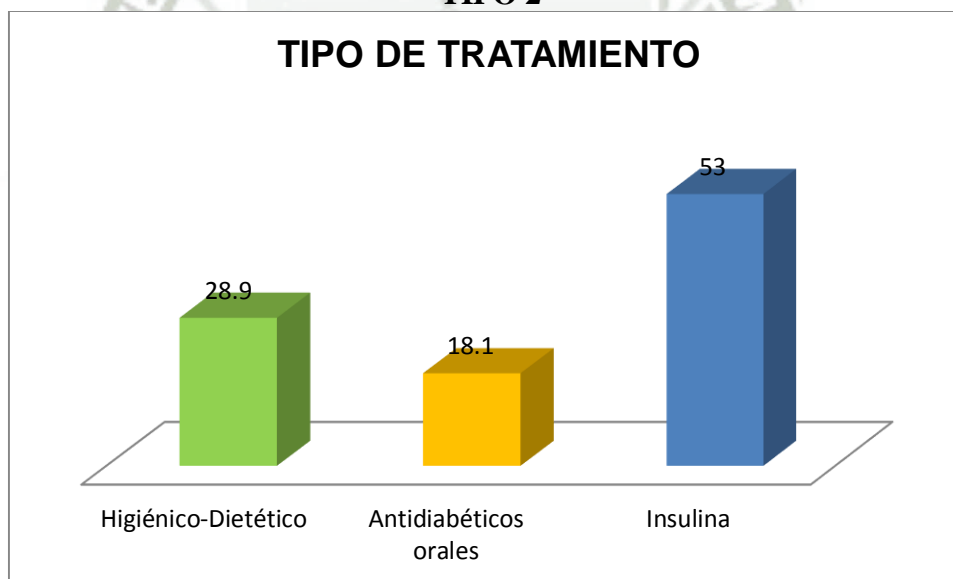
**TIPO DE TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2**

TIPO DE TRATAMIENTO	N°	%
Higiénico-Dietético	48	28.9
Antidiabéticos orales	30	18.1
Insulina	88	53.0
Total	166	100.0

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO N° 07

**TIPO DE TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2**



Interpretación:

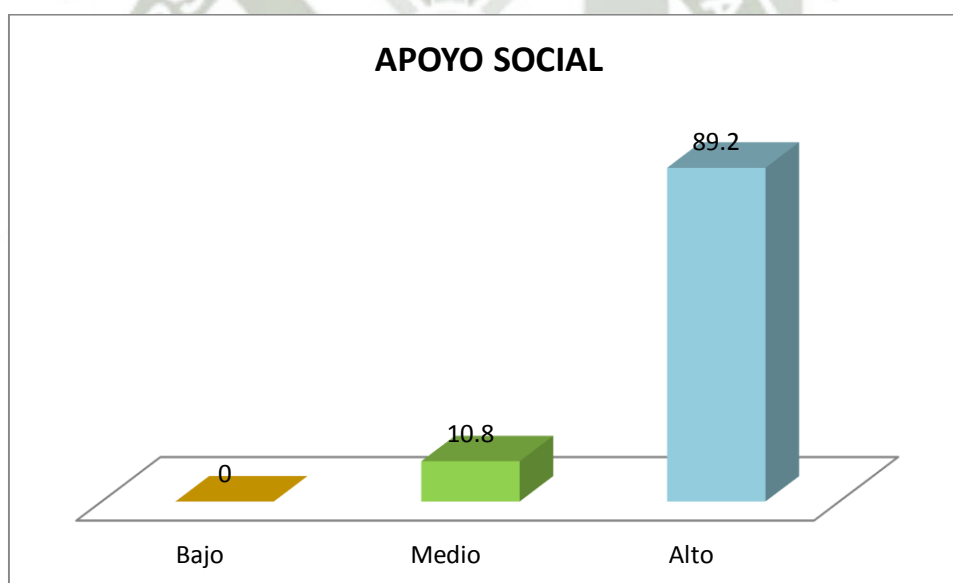
En la presente tabla se puede apreciar que respecto al tipo de tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 el mayor porcentaje es 53% que corresponde a pacientes con tratamiento de insulina, mientras que el menor porcentaje es 18.1% y corresponde a pacientes que llevan un tratamiento con antidiabéticos orales. Por lo que se puede denotar que la mayoría tiene tratamiento de insulina.

TABLA N° 08
APOYO SOCIAL DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

APOYO SOCIAL	N°	%
Bajo	0	0.0
Medio	18	10.8
Alto	148	89.2
Total	166	100.0

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO N° 08
APOYO SOCIAL DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2



Interpretación:

En la presente tabla se puede apreciar que respecto al apoyo Social de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 el mayor porcentaje es 89.2% que corresponde a pacientes con un apoyo social alto, mientras que el menor porcentaje es 0% y corresponde a pacientes con un apoyo social bajo. Por lo que se puede denotar que el hospital y la familia dan apoyo social a pacientes con este problema de salud como es el caso de la diabetes.

TABLA N° 09

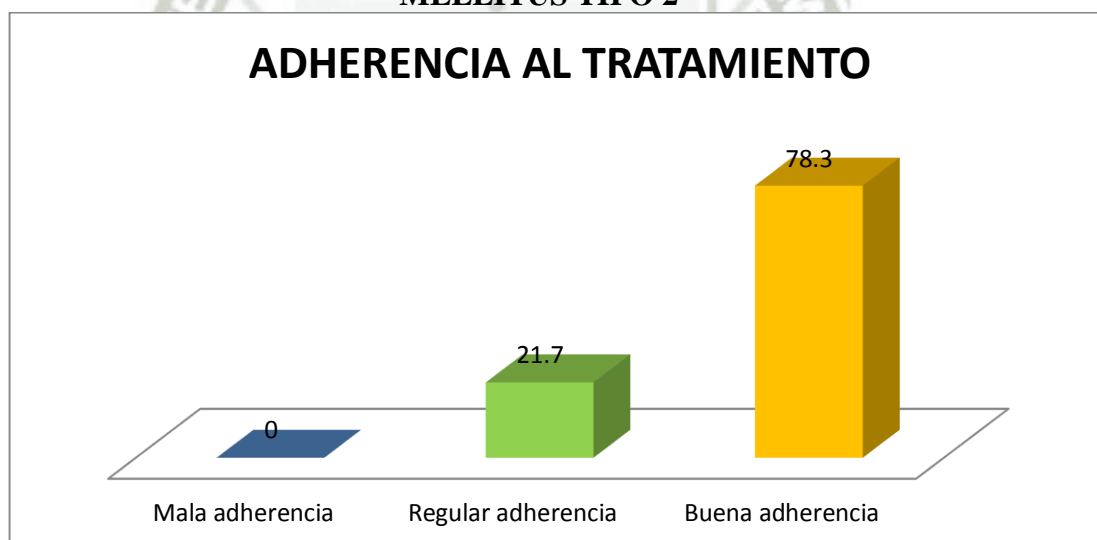
**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2**

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	N°	%
Mala adherencia	0	0.0
Regular adherencia	36	21.7
Buena adherencia	130	78.3
Total	166	100.0

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO N° 09

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2**



Interpretación:

En la presente tabla se puede apreciar que respecto a la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 el mayor porcentaje es 78.3% que corresponde a pacientes con buena adherencia al tratamiento, mientras que el menor porcentaje es 0% y corresponde a pacientes que tienen una mala adherencia al tratamiento. Por lo que se puede determinar que la mayoría tiene una buena adherencia terapéutica, y ningún paciente tiene una mala adherencia terapéutica.

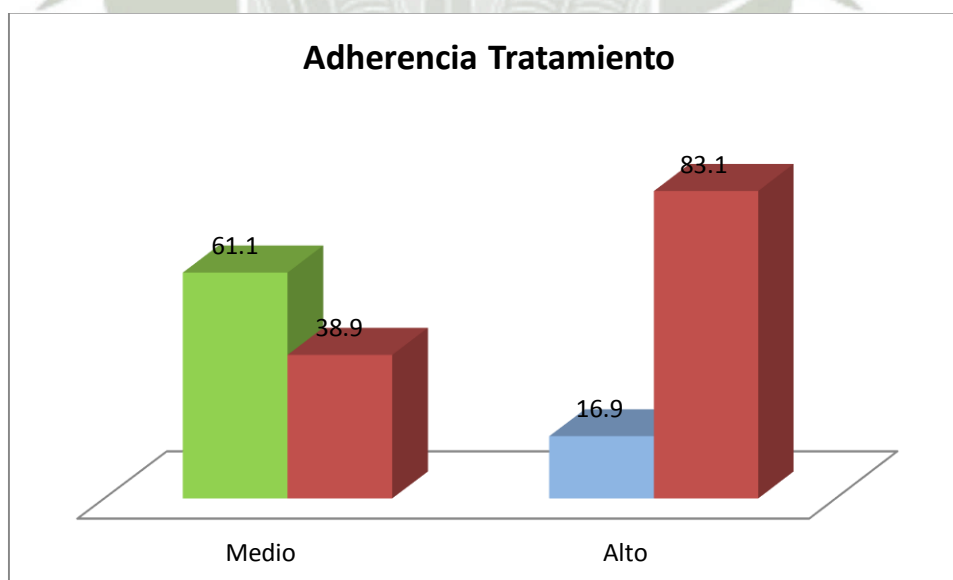
TABLA N° 10
RELACIÓN ENTRE EL APOYO SOCIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Apoyo Social	Adherencia Tratamiento				Total	
	Regular adherencia		Buena adherencia		N°	%
	N°	%	N°	%		
Medio	11	61.1	7	38.9	18	100.0
Alto	25	16.9	123	83.1	148	100.0
Total	36	21.7	130	78.3	166	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.000 (P < 0.05) S.S.

GRÁFICO N° 10
RELACIÓN ENTRE EL APOYO SOCIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2



Interpretación:

En la presente tabla se puede apreciar que el apoyo social tiene relación con la adherencia al tratamiento. Los pacientes que tuvieron un apoyo social medio, en su mayoría corresponde al 61.1%, los cuáles obtuvieron una regular adherencia al tratamiento. Respecto a los que tuvieron un apoyo social alto en su mayoría corresponde al 83.1%, los cuales obtuvieron una buena adherencia al tratamiento.

El nivel de significancia establecido, tuvo como resultado final de $P = 0.000$ ($P < 0.05$) presentando diferencia estadísticamente significativa.





CAPITULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIO

CAPITULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIO

Los resultados de adherencia terapéutica y percepción del apoyo social, para pacientes diabéticos encontrados en este estudio, son similares a los informados por otros autores y a lo recomendado por la bibliografía consultada (41, 45). Sin embargo, otros estudios de investigación presentan resultados opuestos a este estudio (44).

Coincidimos con otros autores que la adherencia al tratamiento es mayor en mujeres que en varones (28), sin embargo, por el tipo de estudio que se realizó, no se puede adjudicar causas a este factor.

En la tabla edad de los pacientes, se encontró en su mayoría, que el 33,7% de pacientes tienen edades comprendidas entre 36 a 50 años. En cuanto a la tabla sexo, se observó que el 53% son mujeres y el 47% son varones. Dichos resultados guardan concordancia con la bibliografía consultada. Donde se observa que la diabetes mellitus es más prevalente en los adultos y adultos mayores (1, 2).

En la tabla estado civil de los pacientes se observó que el 50.6% son convivientes, el 34.9% son solteros, 5,32%, casados el 9.6% y viudos el 4.8%. Lo cuál no concuerdan con los hallazgos de Gomez y Almeida (34), en donde la mayoría de personas eran casadas. Podemos comentar, que el estado civil en pacientes diabéticos es importante debido al apoyo social que brinda el personal de salud, familiares, amigos y vecinos (28). El apoyo social a demostrado tener un influencia positiva, sobre el cuidado de las enfermedades crónicas. (26).

En la tabla grado de instrucción se observó que la mayoría tiene estudios de nivel secundario, en un 43.4%. En el estudio de Inguil Chavarri, (43), se encontró que a pesar de tener un nivel de conocimiento bueno los pacientes diabéticos no mostrarán adherencia al tratamiento. Considero así que el nivel de instrucción es una variable importante, pero no decisiva en la adherencia al tratamiento, porque a pesar que los pacientes diabéticos sean más instruidos y cuenten con mayor información o comprensión respecto a la enfermedad, algunos pacientes diabéticos que no cuenten con un adecuado apoyo social no lograrán una adecuada adherencia terapéutica.

Los pacientes diabéticos en su mayoría viven con su familia en un 96.4% este resultado muestra que los pacientes diabéticos que viene con su familia tendrán un mayor apoyo social y con ello un mayor control de la enfermedad (45).

El tiempo de enfermedad en pacientes diabéticos en un 65.1% es de 1 a 5 años. A diferencia del estudio de investigación de Yin y Cols (46), donde encontrarón que la mayoría de pacientes con diabetes mellitus tenían más de diez años de evolución. El cumplimiento adecuado al tratamiento implica diversidad de conductas, existiendo múltiples factores que influyen en la adherencia: Relación del paciente con el personal de salud, régimen terapéutico, características de la enfermedad y aspectos psicológicos del paciente. (33)

Se observó que el 53% de pacientes són tratados con insulina. En el estudio de Naggar y Kalra (47), refiere que la administración de insulina se asoció mejor a la adherencia al tratamiento, mejor control metabólico, mejor calidad de vida y mayor satisfacción del paciente con el tratamiento.

En la tabla apoyo social se observó que el 89.2% de pacientes presentan un apoyo social alto. En el estudio de Ponce y Velázquez (27) definen el apoyo social como un proceso interactivo en donde se obtiene ayuda emocional, instrumental y afectiva de la red social que nos rodea, teniendo un efecto protector sobre la salud y amortiguador del estrés que supone una enfermedad.

En la tabla adherencia al tratamiento se observó que el 78.3% presentan una buena adherencia. Dichos resultados guardan concordancia con el estudio de Arteaga, Cogollo y Muñoz. (45), donde se muestra mayor percepción de apoyo social en mujeres que guarda relación con el mayor control de la enfermedad.

En la relación entre apoyo social y adherencia al tratamiento se encontró que los pacientes que tuvieron un apoyo social alto, tuvieron una buena adherencia al tratamiento. Resultados similares a Mercado Rodriguez (41), donde menciona que la relación médico paciente en su mayoría fue buena, y la adherencia al tratamiento fue alta. Por lo tanto una buena relación médico paciente favorece una adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.



CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Primera:** Las características generales: Edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, convivencia, tiempo de enfermedad, tipo de tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al consultorio externo de endocrinología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa; en donde se encontró que la mayoría son mujeres, entre 36 a 50 años, con grado de instrucción secundaria, convivientes, que viven con su familia, con un tiempo de enfermedad de 1 a 5 años y que son insulino dependientes.
- Segunda:** La percepción de apoyo social en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en su mayoría, si perciben un apoyo social alto por parte de su familia y del Hospital.
- Tercera:** La adherencia terapéutica en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en su mayoría, tienen buena adherencia al tratamiento.
- Cuarta:** La relación entre apoyo social y adherencia terapéutica en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, presenta una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$), por lo tanto existe relación entre ambas variables.

RECOMENDACIONES

- Primera:** Realizar estudios de este tipo, ejecutándolo en diferentes poblaciones, incluyendo a pacientes que no presenten ningún tipo de problema de salud grave, determinándose la percepción de apoyo social.
- Segunda:** Dar a conocer los resultados de la problemática de pacientes con diabetes al ministerio de salud y que estas puedan tomar medidas correctivas para poder lograr más alta adherencia terapéutica.
- Tercera:** Informar al paciente de la importancia que tiene el correcto manejo de su tratamiento y fomentar un mayor apoyo social a dichos pacientes.
- Cuarta:** Se sugiere que se disponga que en las consultas médicas de los pacientes diabéticos, la evaluación de la percepción del apoyo social, para mejorar así su adherencia al tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Revilla L. Situación de la vigilancia de diabetes en el Perú, al I semestre de 2013. 2013; 22(39): 825 – 828. Ministerio de Salud. Lima.
2. Soriano P., De Pablos P. Epidemiología de la Diabetes mellitus. *Endocrinol Nutr.* 2007; 54 (Supl 3):2-7.
3. Seclén S, Rosas M, Arias A, Huayta E. Prevalence of type 2 diabetes in Peru: First-wave prevalence report from PERUDIab, a population-based threewave longitudinal study. In press. 2015.
4. García, M., Antolí A., Gonzáles C., García A. Complicaciones hiperglucémicas agudas de la diabetes mellitus: cetoacidosis diabética y estado hiperosmolar hiperglucémico. *Medicine.* 2008;10(18):1177-83
5. Figuerola PD, Reynals BE, Vidal PA, Aschner MP. Diabetes Mellitus. En: Farreras VP, Rozman C, editores. *Medicina interna.* Vol 1. 18ª ed. España: Elsevier España; 2016. p. 1824-1862.
6. Rozman C. Metabolismo y nutrición. En Rozman C. *Compendio de medicina interna.* 5ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2014. p. 534-572.
7. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes: Resumen de orientación. Ginebra: OMS; 2016. Serie de informes técnicos.
8. Naranjo Hernández Y. La diabetes mellitus: Un reto para la Salud Pública. *Rev. Finlay [Internet].* 2016 [citado 2017 Oct 05]; 6(1): 1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000100001&lng=es.
9. Revilla L. Situación de la vigilancia de diabetes en el Perú, al I semestre de 2013. 2013; 22 (39): 825 – 828.
10. Seclen S. Diabetes Mellitus en el Perú: Hacia dónde vamos. *Rev Med Hered.* 2015; 26(1): 3-4.

11. Vidal PA, Figuerola PD, Ruiz MM, Ruiz ML. Diabetes mellitus. En: Farreras VP, Rozman C, editores. Endocrinología: Metabolismo y nutrición. 17ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2014.p. 73-105.
12. Guzmán BA. Diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus. En: Dorantes CA, Martínez SC, Guzmán BA, editores. Endocrinología clínica. 4ª ed. México: El manual moderno; 2012. p. 429-434.
13. Frías OJ, Pérez GC, Saavedra OD. Diabetes mellitus gestacional: Una aproximación a los conceptos actuales sobre estrategias diagnósticas. Rev Fac Med [Internet]. 2016 [citado 2017 Oct 02]; 64(4): 769-775. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n4/0120-0011-rfmun-64-04-00769.pdf>
14. Villegas PA. Diabetes Mellitus. En: Vélez AH, Rojas MW, Borrero RJ, et al, editores. Fundamentos de medicina: Endocrinología. 7ª ed. Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2012. p. 361-420.
15. Preciado LM, D'Garay JR, Murillo BL, Barragán VA. Manual Práctico de Medicina. 4ª ed. México: Jaypee - Highlights Medical Publishers; 2013.
16. Masharani U, MB, BS. Diabetes mellitus e hipoglucemia. En: Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW, editores. Diagnóstico clínico y tratamiento. 52ª ed. México: McGraw-Hill; 2014. p. 1192-1244.
17. O'Neill R, Murphy R. Lo esencial en Endocrinología. 4ª ed. Barcelona, España: Elsevier España; 2013.
18. American Diabetes Association. Estándares para la atención médica de la diabetes. Diabetes care [Internet]. 2016 [citado 2017 Oct 03]; 35(Suppl. 1): pp. S11-S63. Disponible en: http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement_1.DC1/DC_40_S1_final.pdf

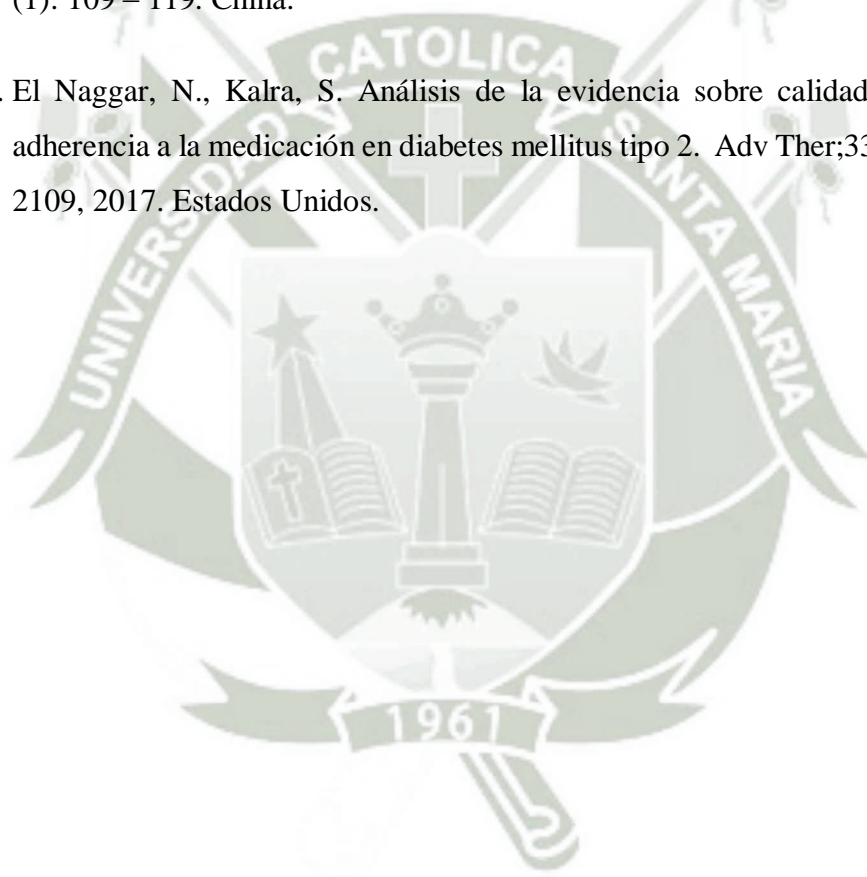
19. Polonsky KS, Burant CF. Diabetes mellitus de tipo 2. En: Melmed S, Polonsky K, Larsen PR, et al, editors. Williams Tratado de Endocrinología. 13a ed. Barcelona, España: Elsevier; 2017. pp. 1386-1450.
20. Reyes SF, Pérez ÁM, Figueredo EA, Ramírez EM, Jiménez RY. Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. ccm [Internet]. 2016 [citado 2017 Oct 09]; 20(1): 98-121. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100009&lng=es.
21. Powers AC. Diabetes mellitus. En: Barnes PJ, Longo DL, Fauci AS, et al, editors. Harrison principios de medicina interna. Vol 2. 18a ed. México: McGraw-Hill; 2012. p. 2968-3003.
22. Márquez AJ, Ramón SG, Márquez TJ. El ejercicio en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Rev. argent. endocrinol. metab. [Internet]. 2012 [citado 2017 Oct 09]; 49(4): 203-212 Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-30342012000400006&lng=es.
23. Masharani MB, German MS. Hormonas pancreáticas y diabetes mellitus. En: Gardner DG, Shoback D, editores. Greenspan Endocrinología básica y clínica. 9ª ed. México: McGraw-Hill; 2012. p. 573-656.
24. Cuadra PA, Medina EF, Salazar KJ, Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. Límite [Internet]. 2016 [citado 2017 Oct 09]; 11(35): pp. 56-67. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83646545005>.
25. Schneider HJ, Pizzinato A, Calderón UM. Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. Rev de Psic. 2015; 33(2) pp. 439-467.

26. Vega O.M., González D.S. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm. glob.* [Internet]. 2009 [citado 2017 Oct 10]; 10(16). pp. 1-11 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412009000200021&lng=es.
27. Ponce JM, Velázquez SA, Márquez CE, López RL, Bellido ML. Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. *Index Enferm* [Internet]. 2009 [citado 2017 Oct 11]; 18(4): pp. 224-228. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400002&lng=es.
28. Gomez GM, Lagoueyte GM. El apoyo social: Estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. *Av enferm.* 2012; 30(1): pp. 32-41.
29. Castro R, Campero L, Hernández B. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 1997 [citado 2017 Oct 11]; 31(4): pp. 425-435. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000400012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S003489101997000400012>.
30. Portillo RH, Portillo RR, Rodrigo RF. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. Vol 1. 1ª ed. Barcelona, España: MacMillan; 2012.
31. Bertoldo P, Ascar G, Campana Y, Martín T, Moretti M, Tiscornia L. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. *Rev Cubana Farm* [Internet]. 2013 [citado 2017 Oct 11]; 47(4): pp. 468-474. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152013000400006&lng=es.

32. Organización panamericana de la salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Ginebra: Organización mundial de la salud; 2004. Serie de informes técnicos.
33. Ginarte AY. La adherencia terapéutica. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2002[citado 2017 Oct 11]; 17(5): pp. 502-505. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500016&lng=es.
34. Gomes VL, Almeida PM, Pace AE. Adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus: Validación de instrumentos para antidiabéticos orales y insulina. Rev Latino-am enferm [Internet]. 2014[citado 2017 Oct 11]; 22(1): pp. 1-8. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/es_0104-1169-rlae-22-01-00011.pdf
35. Diaz Porto RM. La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. Rev Griot [Internet]. 2014[citado 2017 Oct 11]; 7(1): pp. 73-84. Disponible en: <http://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1554>
36. Terechenko LN, Baute GA, Zamonsky AJ. Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. Biomedicina [Internet]. 2015 [citado 2017 Oct 11]; 10(1): pp. 20-33. Disponible en: <http://www.um.edu.uy/docs/diabetes.pdf>
37. Del Duca M, Gallegos Y, Da Col G, Noel TM. Adherencia al tratamiento desde la perspectiva del médico de familia. Biomedicina [Internet]. 2013 [citado 2017 Oct 11]; 8(1): pp. 6-15. Disponible en: http://www.um.edu.uy/docs/adherencia_tratamiento_abril13.pdf
38. Granados EE, Escalante E. Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. Liberabit. Rev de Psicol [Internet]. 2010

- [citado 2017 Oct 11]; 16(2): pp. 203-216. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68617161009>.
39. López RL, Romero GS, Parra DI, Rojas SL. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. Hacia promoc salud [Internet]. 2016 [citado 2017 Oct 11]; 21(1): pp. 117-137. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a10.pdf>
40. Soria TR, Vega VC, Nava QC. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basa en comportamientos explícitos. Altern psicol [Internet]. 2009 [citado 2017 Oct 11]; 14(20): pp. 89-103. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008&lng=pt&tlng=es.
41. Mercado RL. Relación médico-paciente y su influencia en la adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Hospital Regional Honorio Delgado, 2014. [Tesis - Título]. Arequipa - Perú: UCSM Facultad de Medicina Humana; 2015.
42. Carpio RF, Vásquez SJ. Relación entre el apoyo social y la calidad de vida en pacientes del club de diabetes, Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014. [Tesis - Título]. Arequipa - Peru: UCSM Facultad de Enfermería; 2015.
43. Inguil CM, López ML. Nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2015. [Tesis - Título]. Trujillo – Perú: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de enfermería; 2015.
44. Alarcón MC, Hernández L, Argüelles NV, Campos UY. Apoyo social y su asociación con el autocuidado de la dieta en personas con diabetes. Liberabit. Rev de Psicol [Internet]. 2017 [citado 2017 Oct 11]; 23(1): pp. 111-121. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68651823009>.

45. Arteaga A, Cogollo R, Muñoz D. Apoyo social y control metabólico en la diabetes mellitus tipo 2. Rev Cuid [Internet]. 2017 [citado 2017 Oct 11]; 8(2): pp. 1668-1676. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.405>
46. Yin, J., Yeung, R., Luk, A., Tutino, G., Zhang, Y., et al. Influencia del género, la educación sobre la diabetes y los factores psicosociales en el persistente control glucémico deficiente en pacientes con diabetes tipo 2 en el programa JADE (Joint Asia Diabetes Evaluation). Journal of Diabetes; 2016, volume 8 (1): 109 – 119. China.
47. El Naggar, N., Kalra, S. Análisis de la evidencia sobre calidad de vida y adherencia a la medicación en diabetes mellitus tipo 2. Adv Ther;33(12):2091-2109, 2017. Estados Unidos.



ANEXOS



ANEXO N°1

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,....., identificado(a) con DNI N° , paciente del Servicio de Endocrinología con atención en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, acepto participar del proyecto de investigación científica: **“PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. CONSULTORIO EXTERNO DE ENDOCRINOLOGIA. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2017”**

Recibiendo la información necesaria sobre el estudio y cuyo objetivo es determinar el apoyo social, el nivel de adherencia terapéutica y la relación entre ambos, que consiste en que a cada participante, en una fecha coordinada, se le realizará lo siguiente: Múltiples preguntas basadas en cuestionarios validados a nivel nacional e internacional para la recolección de datos, los cuales serán confidenciales, por lo que no es un riesgo para mi salud; lo cual se realizará con previa coordinación con los encargados de consultorio externo de endocrinología de dicho nosocomio.

Habiendo leído el formato de consentimiento que se me ha entregado, he podido hacer las preguntas sobre el estudio que considere necesarias, las que han sido contestadas en un lenguaje comprensible y han sido de mi entera satisfacción. Así mismo comprendo que mi participación es VOLUNTARIA y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mi atención médica. Al firmar este consentimiento no estoy renunciando a ninguno de mis derechos legales según las leyes locales.

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO

Nombre de participante
DNI:

Fecha

Firma

Nombre del investigador
DNI:

Fecha

Firma

ANEXO N°2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: CARACTERISTICAS GENERALES

Edad: ____ años

Sexo: () Masculino

() Femenino

Estado Civil: () Soltero

() Casado

() Viudo

() Conviviente

() Divorciado

Grado de Instrucción: () Primaria

() Secundaria

() Superior Técnica

() Superior universitaria

() Analfabeto

Convivencia: () Solo

() Con familia

() Otra, especifique: _____

Tiempo de enfermedad: ____ años

Tipo de tratamiento: () Higienico-dietético (dieta, ejercicios)

() Antidiabeticos orales (glibenclamida, metformina)

() Insulina

() Otro: _____

ANEXO N°3

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL DE MOS

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. Dispone:

- a. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el n° de amigos íntimos y familiares cercanos

--	--

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

Marque con un círculo uno de los números de cada fila según corresponda:

PREGUNTAS	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La Mayoría de veces	Siempre
APOYO EMOCIONAL/INFORMACIONAL					
2. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.	1	2	3	4	5
3. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	1	2	3	4	5
4. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	1	2	3	4	5
5. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
6. Alguien cuyo consejo realmente desee.	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
8. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5
9. Alguien que comprenda sus problemas.	1	2	3	4	5
APOYO INSTRUMENTAL O MATERIAL					
10. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.	1	2	3	4	5
11. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	1	2	3	4	5
13. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo(a)	1	2	3	4	5
INTERACCION SOCIAL POSITIVA					
14. Alguien con quién pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
15. Alguien con quién pueda relajarse.	1	2	3	4	5

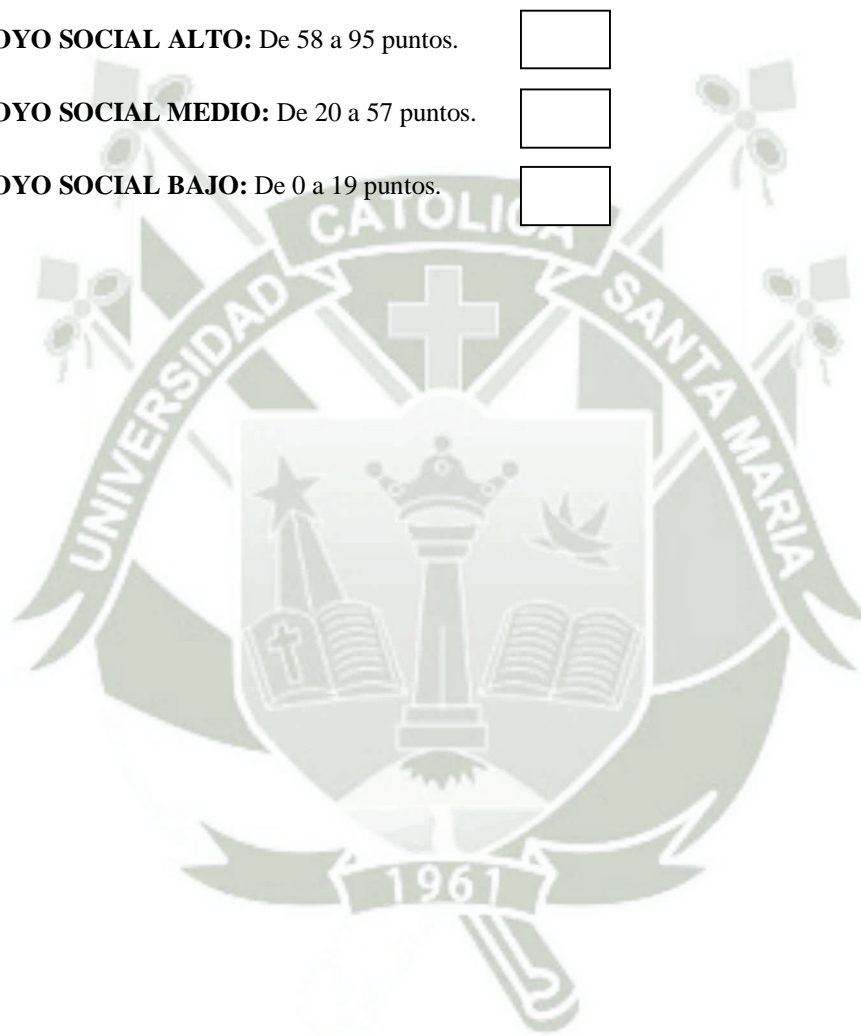
16. Alguien con quién divertirse.	1	2	3	4	5
17. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
APOYO AFECTIVO					
18. Alguien que le abrace.	1	2	3	4	5
19. Alguien que le muestre amor y afecto.	1	2	3	4	5
20. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido.	1	2	3	4	5

NIVEL DE APOYO SOCIAL:

APOYO SOCIAL ALTO: De 58 a 95 puntos.

APOYO SOCIAL MEDIO: De 20 a 57 puntos.

APOYO SOCIAL BAJO: De 0 a 19 puntos.



ANEXO N° 4

ESCALA DE ADHERENCIA TERAPEUTICA (EAT)

Marque la alternativa que refleje mejor su conducta ante la enfermedad

PRIMER FACTOR: Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos					
1. Ingero mis medicamentos de manera puntual.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)
2. No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)
3. Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)
4. Estoy dispuesto a dejar algo placentero como por ejemplo dejar de fumar o no ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)
5. Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)
6. Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)
7. Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)
SEGUNDO FACTOR: Seguimiento Médico Conductual					
8. Me hago análisis en los periodos que el médico me indica.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)
9. Asisto a mis consultas de manera puntual.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)
10. Atiendo a las recomendaciones del médico en cuanto a estar pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)
11. Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)
12. Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento.	Siempre (1)	Muy Frecuentem ente (2)	Frecuentem ente (3)	Pocas veces (4)	Nunca (5)
13. Como me lo recomienda el médico, me hago mis análisis clínicos periódicamente aunque no esté enfermo.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)
14. Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)

TERCER FACTOR: Autoeficacia					
15. Cuando me dan resultados de mis análisis clínicos, estoy mas seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)
16. Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida tomar mis medicamentos.	Siempre (1)	Muy Frecuentem ente (2)	Frecuentem ente (3)	Pocas veces (4)	Nunca (5)
17. Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento aunque no esté concluido.	Siempre (1)	Muy Frecuentem ente (2)	Frecuentem ente (3)	Pocas veces (4)	Nunca (5)
18. Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento.	Siempre (1)	Muy Frecuentem ente (2)	Frecuentem ente (3)	Pocas veces (4)	Nunca (5)
19. Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos	Siempre (1)	Muy Frecuentem ente (2)	Frecuentem ente (3)	Pocas veces (4)	Nunca (5)
20. Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago lo que esté en mis manos para aliviarme.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)
21. Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)

NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA:

MALA ADHERENCIA TERAPÉUTICA: De 21 a 48 puntos.

REGULAR ADHERENCIA TERAPÉUTICA: De 49 a 76 puntos.

BUENA ADHERENCIA TERAPÉUTICA: De 77 a 105 puntos.

ANEXO N°5

PROYECTO DE TESIS

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

“Percepción de apoyo social y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Consultorio externo de endocrinología. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2017”

Autor: Zegarra Miranda José Santos

Para optar el Título Profesional de Médico – Cirujano

**Arequipa - Perú
2017**

INDICE

I. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN
 - 1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA
 - 1.2 DESCRIPCION DEL PROBLEMA
 - A) ÁREA DEL CONOCIMIENTO
 - 1.3 ANÁLISIS DE VARIABLES
 - 1.4 INTERROGANTES BÁSICAS
 - 1.5 TIPO DE INVESTIGACIÓN
 - A) NIVEL DE INVESTIGACIÓN
 - 1.6 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA
2. MARCO CONCEPTUAL
 - 2.1 DIABETES MELLITUS
 - 2.1.1 DEFINICIÓN
 - 2.1.2 EPIDEMIOLOGIA
 - 2.1.3 CLASIFICACIÓN
 - 2.1.4 FISIOPATOLOGIA
 - 2.1.5 MANIFESTACIONES CLÍNICAS
 - 2.1.6 DIAGNOSTICO
 - 2.1.7 TRATAMIENTO
 - 2.2 APOYO SOCIAL
 - 2.2.1 DEFINICIÓN
 - 2.2.2 COMPONENTES DEL APOYO SOCIAL
 - 2.2.3 TIPOS Y FUNCIONES DEL APOYO SOCIAL
 - 2.2.4 REDES DE APOYO SOCIAL
 - 2.2.5 APOYO SOCIAL Y SALUD
 - 2.3 ADHERENCIA TERAPÉUTICA
 - 2.3.1 DEFINICIÓN
 - 2.3.2 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA
 - 2.3.3 ADHERENCIA DEFICIENTE Y NO ADHERENCIA
 - 2.3.4 MEDICION DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA
3. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS
 - 3.1 A NIVEL LOCAL
 - 3.2 A NIVEL NACIONAL
 - 3.3 A NIVEL INTERNACIONAL
4. OBJETIVOS
5. HIPOTESIS

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN
 - 2.1 UBICACIÓN ESPACIAL
 - 2.2 UBICACIÓN TEMPORAL
 - 2.3 UNIDADES DE ESTUDIO
 - 2.3.1 POBLACIÓN
 - 2.3.2 MUESTRA Y MUESTREO
 - 2.3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
 - 3.1 ORGANIZACIÓN
 - 3.2 RECURSOS
 - 3.3 CRITERIOS PARA MANEJO DE RESULTADOS

III. CRONOGRAMA DE TRABAJO

IV. REFERENCIAS BIBLOGRAFICAS

V. ANEXOS

ANEXO N° 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO N° 2: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

ANEXO N° 3: CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL DE MOS

ANEXO N° 4: ESCALA DE ADHERENCIA TERAPEUTICA (EAT)

I. PLANTEAMIENTO TEORICO

7. Problema de investigación

7.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la percepción del apoyo social y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Consultorio externo de endocrinología. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2017?

7.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento.

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Salud Pública, endocrinología
- Línea: Apoyo social, adhesión terapéutica

7.3. Análisis u operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
DEPENDIENTE			
Adherencia terapéutica	Escala de adherencia terapéutica (EAT)	Mala Regular Buena	Categórica Ordinal
INDEPENDIENTE			
Apoyo social percibido	Escala de apoyo social (MOS)	Bajo Medio Alto	Categórica Ordinal

SECUNDARIAS			
Edad	Años cumplidos	Años cronológicos	Numérica
Sexo	Características sexuales secundarias	Masculino Femenino	Categórica nominal
Estado Civil	Estado conyugal referido	Soltero Casado Viudo Conviviente Divorciado	Categórica nominal
Grado de instrucción	Grado de instrucción	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Categórica Ordinal
Convivencia	Personas con quien convive	Solo Con familia Otra	Categórica nominal
Tiempo de enfermedad	Fecha de diagnóstico	Menos a 1 año 1 a 5 años 5 a 10 años Más de 10 años	Numérica
Tipo de tratamiento	Forma de manejo	Higienico-dietético Antidiabeticos orales Insulina	Categórica nominal

7.4. Interrogantes básicas

- ¿Cuáles son las características generales: Edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, convivencia, tiempo de enfermedad y tipo de tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al consultorio externo de endocrinología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2017?
- ¿Cómo es la percepción de apoyo social en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al consultorio externo de endocrinología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2017?
- ¿Cómo es la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al consultorio externo de endocrinología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2017?
- ¿Cuál es la relación entre la percepción de apoyo social y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al consultorio externo de endocrinología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2017?

7.5. **Tipo de investigación:** De Campo

Nivel de investigación: Descriptivo.

7.6. Justificación del problema

1. **Originalidad:** Hasta el momento son pocos los estudios nacionales relacionados sobre la percepción de apoyo social y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
2. **Relevancia Científica:** La Diabetes mellitus tipo 2, es una enfermedad crónica de mayor prevalencia e incidencia en Arequipa, y debido a que muchos pacientes no tienen una adecuada adherencia al tratamiento, suelen desarrollar complicaciones crónicas y agudas.

Este estudio aportaría, información para posibles estudios posteriores en diferentes poblaciones con diabetes mellitus tipo 2.

3. **Relevancia Social:** Los pacientes del Hospital Regional Honorio Delgado, suelen tener barreras económicas y sociales, que impiden su acceso a servicios de salud, dando lugar al desconocimiento del apoyo social en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, y del cuidado que requieren para mantener una adecuada adherencia terapéutica, afectando la economía familiar, así como su calidad de vida.
4. **Relevancia práctica:** Porque a partir de los resultados obtenidos, se podrá obtener evidencia que permita identificar los factores asociados al apoyo social más importantes, los cuales permitirán que se mejore la adherencia terapéutica de los pacientes, las recomendaciones dietéticas y estilos de vida saludables.
5. **Relevancia contemporánea:** En todo el mundo la diabetes mellitus es una enfermedad que se presenta ampliamente y que va en aumento paulatino en nuestra sociedad; es por ello que es necesario conocer más la problemática en este sector de la población para tomar medidas adecuadas para conseguir un óptimo cumplimiento en su tratamiento.
6. **Factibilidad:** Este estudio puede llevarse a cabo debido a su bajo costo, una población accesible, además de poder acceder a los servicios de salud y programas por los cuales están conformados donde se realizará la ejecución de esta investigación.
7. **Interés personal:** Muchos pacientes no mejoran la adherencia al tratamiento luego del alta, por lo que están en riesgo de desarrollar nuevas complicaciones agudas y crónicas.

8. **Contribución académica:** Permite ampliar los conocimientos sobre el tema y también propiciar que se desarrollen nuevo trabajos de investigación.

9. **Concordancia con políticas de investigación:** Acorde con las políticas de investigación, puesto que los instrumentos están validados.



8. MARCO CONCEPTUAL

2.1 Diabetes Mellitus

2.1.1 Definición

La diabetes mellitus (DM) se define como un desorden metabólico de causas múltiples caracterizado por la hiperglucemia crónica asociada a alteraciones en el metabolismo de hidratos de carbono, proteínas y grasas, que se producen como consecuencia de defectos en la secreción de insulina o de su acción o de ambas cosas a la vez. La hiperglucemia crónica propia de la diabetes se asocia a daño, disfunción o fallo de varios órganos, especialmente de los ojos, de los riñones, de los nervios, del corazón y de los vasos sanguíneos (6).

Según la Organización Mundial de la Salud la diabetes es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar, o glucosa, en la sangre), o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce (7).

2.1.2 Epidemiología

La diabetes es un importante problema de salud pública y una de las cuatro enfermedades no transmisibles seleccionadas por los dirigentes mundiales para intervenir con carácter prioritario. En las últimas décadas han aumentado sin pausa el número de casos y la prevalencia de la enfermedad (7).

Hoy padecen en el mundo aproximadamente 422 millones de personas diabetes mellitus. Según la Organización Mundial de la Salud se estima que en el 2014 la prevalencia global de esta enfermedad fue del 9% entre los adultos mayores de 18 años; en tanto en el año 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes. Según

proyecciones de la OMS, dicha enfermedad será la séptima causa de mortalidad en el 2030 (8).

Puesto que se requieren sofisticadas pruebas de laboratorio para distinguir entre la diabetes de tipo 1 (que exige inyecciones de insulina para la supervivencia del paciente) y la diabetes de tipo 2 (en la que el organismo no puede utilizar adecuadamente la insulina que produce), no se dispone de estimaciones mundiales separadas sobre la prevalencia de la diabetes de tipo 1 y de tipo 2. La mayoría de las personas afectadas tienen diabetes de tipo 2, que solía ser exclusiva de adultos, pero que ahora también se da en niños (1).

En el Perú la prevalencia de diabetes se estima en 5.5%. El número de personas con diabetes mellitus está creciendo rápidamente y la causa principal de su veloz incremento es el importante cambio en el estilo de vida de la población peruana, caracterizada por una ingesta excesiva de alimentos de alto contenido calórico como la comida chatarra y las bebidas azucaradas, así como una reducción de la actividad física que conllevan a altas tasas de sobrepeso y obesidad (10).

Los datos epidemiológicos son contundentes, la encuesta ENDES 2013 realizada en cerca de 7 000 hogares a nivel nacional en mayores de 18 años, ha encontrado una prevalencia de sobrepeso de 33,8% y obesidad de 18,3% (10).

2.1.3 Clasificación

- a) **Diabetes tipo 1:** La diabetes tipo 1 corresponde a la previamente denominada insulino dependiente o de comienzo juvenil y constituye el 5-10% de todas las formas de diabetes en el mundo occidental. Comprende la gran mayoría de casos debidos a la destrucción de las células b de los islotes pancreáticos, que conduce a deficiencia absoluta de insulina. Esta forma incluye los casos atribuibles a patogenia

autoinmunitaria y algunos de etiología desconocida, en los que no existe evidencia de autoinmunidad, y que se clasifican como diabetes tipo 1 idiopática. La forma autoinmunitaria se caracteriza por un inicio en general brusco, antes de los 30 años (aunque puede aparecer a cualquier edad), tendencia a la cetosis, ausencia de obesidad (aunque la presencia de obesidad no es incompatible con el diagnóstico), evidencia de fenómenos autoinmunitarios en su etiología y asociación con otras enfermedades autoinmunitarias, como enfermedad de Graves, tiroiditis de Hashimoto, enfermedad de Addison, vitiligo, hepatitis autoinmunitaria, miastenia grave y anemia perniciosa. Los factores genéticos son importantes y se ha demostrado la asociación con algunos antígenos de histocompatibilidad. La velocidad de la destrucción de los islotes es bastante variable, rápida en algunos casos (principalmente niños) y lenta en otros (en general adultos), de modo que la cetoacidosis puede ser la primera manifestación, pero también en otros casos se mantiene una reserva funcional que previene esta complicación durante años (11).

Los pacientes con diabetes mellitus 1 idiopática no tienen una etiología conocida y no existe evidencia de autoinmunidad. Pueden presentar insulinopenia grave y tendencia a episodios de cetoacidosis, aunque pueden alternarse con periodos de remisión completa. Los portadores de esta forma de diabetes, en su mayoría de origen asiático o africano, tienen una carga hereditaria importante pero no asociada al complejo HLA. La prevalencia de complicaciones es menor que en la DM tipo 1 autoinmunitaria (11).

- b) Diabetes tipo 2:** La diabetes tipo 2, conocida anteriormente como diabetes no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta, es la forma más prevalente de diabetes (90%-95%) y el riesgo de desarrollarla aumenta con la edad, la obesidad y el sedentarismo. La diabetes tipo 2 es un padecimiento complejo caracterizado por resistencia a la acción de la insulina y un deterioro de las células beta del páncreas. Suele

iniciarse de forma progresiva después de los 40 años, aunque en los últimos años existe un incremento notable en personas jóvenes e incluso en niños. No tiende a la cetosis, aunque esta complicación puede desencadenarse en algunas circunstancias como estrés o enfermedades intercurrentes. A menudo cursa con obesidad, y los pacientes que no son obesos suelen tener una mayor proporción de grasa abdominal. Tiene pronunciada agregación familiar, causas múltiples y diferentes, la genética es compleja y no está totalmente definida. Este tipo de diabetes también es heterogéneo, por lo que se espera que en el futuro se puedan identificar procesos patogénicos específicos y defectos genéticos que permitan una mejor clasificación. Los pacientes permanecen a menudo sin diagnóstico, y como consecuencia sin tratamiento durante años dado el desarrollo lento, la ausencia de síntomas o su infravaloración; este hecho puede dar lugar a que algunos pacientes tengan complicaciones crónicas en el momento del diagnóstico (11,12).

c) **Otros tipos específicos:** En este grupo destacan determinadas alteraciones genéticas específicas como por ejemplo defectos genéticos de las células beta los cuales tienen un patrón de herencia autosómico dominante y son los que hasta el momento son denominados MODY; además dentro de este grupo se encuentran los defectos genéticos en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías, diabetes inducidas por fármacos o químicos, formas poco comunes de diabetes mediada inmunitariamente y otros síndromes genéticos asociados con diabetes (12).

d) **Diabetes gestacional:** La diabetes mellitus gestacional es un estado de intolerancia a los carbohidratos que se reconoce por primera vez durante la gestación. Ocurre cuando la secreción de insulina no es suficiente para compensar la disminución en la sensibilidad a esta; en su fisiopatología se ven relacionados mecanismos mediados de modo autoinmune,

anormalidades genéticas en la función de las células beta β pancreáticas o deterioro en la resistencia a la insulina (13).

La DMG es una condición clínica en donde mujeres gestantes sin diagnóstico previo de diabetes exhiben niveles elevados de glicemia, en su mayoría durante su último trimestre. Esta condición se define como un estado de intolerancia a los carbohidratos que se desarrolla o es reconocida por primera vez durante la gestación y llega a ser una de las complicaciones más comunes del embarazo. Los resultados adversos de esta condición en fetos incluyen macrosomía, distocia de hombros e hipoglucemia neonatal y en madres riesgo aumentado de cesárea, preeclampsia e hipertensión durante el embarazo, así como un mayor riesgo de diabetes mellitus tipo 2 subsecuente (14).

2.1.4 Fisiopatología

El defecto primario en la diabetes tipo 1 es la disminución de la secreción de insulina por las células beta del páncreas. Este defecto causa hiperglucemia, poliuria, polidipsia y pérdida de peso, síntomas que se observan en la mayoría de los diabéticos que se diagnostican por primera vez con diabetes tipo 1; algunos de ellos llegan hasta la deshidratación, alteraciones electrolíticas y cetoacidosis en casos más avanzados. Este período clínico está precedido por un período asintomático que puede ser de varios años, y durante el cual las células beta son destruidas paulatinamente por fenómenos autoinmunes. Cuando se pierde el 90% de las células beta, la secreción de insulina es insuficiente para mantener las concentraciones plasmáticas de glucosa en límites normales, se inicia el aumento de los niveles de glucosa y se alteran concomitantemente las otras vías metabólicas de proteínas y grasas (14).

La alteración que primero se presenta es la reducción progresiva en la primera fase de la secreción de insulina, demostrada durante una prueba intravenosa de glucosa. El proceso inmunológico principal ocurre por la

destrucción de los islotes mediado por la inmunidad celular, casi simultáneamente se presentan alteraciones de la inmunidad humoral caracterizadas por la presencia de varios anticuerpos, principalmente contra componentes de las células beta (ICAs), contra la insulina (IAA), contra la decarboxilasa del ácido glutámico (GAD) y los anticuerpos contra las fosfatasas de la tirosina (IA-2 y IA-2B). La velocidad de destrucción de las células beta puede variar desde ser muy rápida en niños hasta ser muy lenta en adultos, la destrucción autoinmune tiene factores genéticos y ambientales aún no muy claros; y se han encontrado (14).

La fisiopatología de la diabetes tipo 2, su patogenia es totalmente diferente. Los mecanismos exactos aún no se conocen, pero se encuentra una combinación de factores ambientales –alteraciones nutricionales, sedentarismo, obesidad y genéticos, los cuales unidos producen el síndrome clínico de la diabetes enmarcadas muchas veces dentro del síndrome metabólico. La característica básica en la diabetes tipo 2 es una reducción de la secreción de insulina acompañada de una disminución de la sensibilidad de los tejidos –hígado, músculo esquelético y grasa– a la acción de la insulina, recientemente se han involucrado otros procesos en la fisiopatología de la diabetes tipo 2, la disminución en los niveles de incretinas específicamente del GLP-1 y del GIP, el aumento del glucagón y el aumento de los ácidos grasos libres como causantes de resistencia a la insulina y de apoptosis de las células β (14).

La secreción total de insulina, si bien puede estar aumentada con respecto a los individuos no diabéticos, se encuentra disminuida con relación a los requerimientos para asegurar una normoglucemia, en el estudio inglés de control de la diabetes UKPDS se encontró una disminución del 50% del total de la producción de las células β en el momento del diagnóstico clínico de la diabetes tipo 2, a medida que pasa el tiempo con la diabetes se va disminuyendo en promedio 4% anual la producción de la insulina; lo cual causa el llamado fracaso secundario a los medicamentos orales,

posiblemente por un “agotamiento “ del páncreas como fase final de la secreción de insulina (14).

La pérdida de la secreción de insulina por las células β no está muy clara, aunque no hay un déficit extenso de la masa de células, sí hay una reducción de más del 20% de la masa de células por el depósito de amiloide en los islotes pancreáticos. Otros posibles mecanismos involucrados incluyen: disminución de la sensibilidad de las células β ante los niveles de glucosa y alteración en los GLUT-2 en las células β . La respuesta deficiente de la célula β para secretar insulina puede deberse a una disminución de la sensibilidad de estas células a la glucosa, causada por mutaciones en el gen que codifica GLUT-2 el cual transporta la glucosa a estas células con intervención de la hexocinasa (14).

2.1.5 Manifestaciones Clínicas

La diabetes mellitus es con frecuencia asintomática, y por lo general el paciente es delgado y demacrado (15). En algunas ocasiones aparece en forma de cetoacidosis grave (falta de aire, respiración de kussmaul, olor a acetona en la respiración, deshidratación, vómitos, etc.) de inicio relativamente súbito, mientras que otras veces se manifiesta con características clínicas específicas dentro de las cuales tenemos (16, 17):

- Polidipsia
- Poliuria
- Polifagia
- Pérdida de peso
- Debilidad o fatiga
- Acantosis nigricans
- Visión borrosa recurrente
- Vulvovaginitis o prurito
- Infecciones genitales
- Neuropatía periférica
- Enuresis nocturna

- Micosis interdigitales
- Xantomas eruptivos en superficie flexora de las extremidades
- Disfuncion eréctil
- Forunculosis

2.1.6 Diagnóstico

Los criterios para el diagnóstico de la diabetes según la American diabetes association son (18):

- Hemoglobina glicosilada (A1C) mayor o igual a 6.5%. El análisis se debe realizar en un laboratorio con un método certificado y estandarizado.
- Glucosa en ayunas mayor o igual a 126mg/dl. El ayuno se define como ningún aporte calórico durante al menos 8 horas.
- Glucosa plasmática a las 2 horas mayor o igual a 200mg/dl durante una prueba de tolerancia a la glucosa oral. El análisis debe efectuarse como lo describe la Organización Mundial de la Salud, con una carga de glucosa que contiene el equivalente a 75 g de glucosa anhidra disueltos en agua.
- En un paciente con síntomas clásicos de hiperglucemia o una crisis hiperglucémica, una glucosa plasmática al azar ≥ 200 mg/dl.
- Si no hay hiperglucemia inequívoca, los resultados se deben confirmar repitiendo el análisis otro día.

2.1.7 Tratamiento

Los pacientes con diabetes deben recibir asistencia médica de un equipo coordinado por un médico. Estos equipos deben estar compuestos al menos por médicos, enfermeras, asistentes de médicos, auxiliares de enfermería, dietistas, farmacéuticos y profesionales de salud mental con

experiencia y con un interés especial en la diabetes. En esta estrategia de atención con un equipo integrado es esencial que los pacientes asuman un papel activo en su tratamiento. El plan de tratamiento debe plantearse como una alianza terapéutica en colaboración entre el paciente y su familia, el médico, y los demás miembros del equipo. Se deben utilizar diferentes estrategias y técnicas para que la educación sea la adecuada y se desarrolle la capacidad de resolver problemas relacionados con el tratamiento de la enfermedad. Para establecer un plan de tratamiento, tanto el paciente como quienes lo asisten deben comprender cada uno de sus aspectos y estar de acuerdo con ellos, y tanto los objetivos como el plan deben ser razonables. En la formulación del plan, deben considerarse la edad del paciente, el horario y las condiciones laborales o escolares, la actividad física, los horarios de las comidas, la condición social y los factores culturales, y la presencia de complicaciones de la diabetes o de otras patologías (18).

a) Tratamiento no farmacológico: Intervención del estilo de vida

Las opciones de intervención del estilo de vida son consejo nutricional, recomendaciones de ejercicio y educación integral en diabetes con el objetivo de cambiar la asistencia de la diabetes, de estar centrada en el profesional a estar centrada en el paciente. Ahora disponemos de datos clínicos relevantes que indican que todas las opciones de intervención del estilo de vida, si se aplican bien, pueden mejorar los resultados (19).

Educación del paciente

La diabetes es una enfermedad para toda la vida, y los profesionales sanitarios casi no tienen control sobre el grado en que los pacientes cumplen la pauta terapéutica día a día. Una de las funciones principales del profesional sanitario es actuar de maestro para el paciente, que tiene la responsabilidad principal de la administración de la asistencia diaria.

Como consecuencia, los profesionales sanitarios deben comprometer con habilidad a los pacientes como colaboradores en el proceso terapéutico. Es fundamental que el profesional sanitario entienda el contexto en el que los pacientes tratan su enfermedad. Un método de prescripción, en el que se dice a los pacientes lo que tienen que hacer, puede funcionar en algunas situaciones, pero fracasa a menudo por los obstáculos desapercibidos para la ejecución de un plan concreto. Para que sea efectivo a largo plazo, es fundamental la educación sobre autotratamiento de la diabetes (19).

La educación en autotratamiento de la diabetes es el proceso de proporcionar a la persona con diabetes los conocimientos y las habilidades necesarias para realizar el autocuidado, detener las crisis y aplicar cambios de estilo de vida. Como consecuencia de este proceso, el paciente debe convertirse en un participante informado y activo en el tratamiento de su enfermedad. Para conseguir este objetivo, los pacientes y los profesionales sanitarios colaboran en un proceso continuo a largo plazo. Debe ofrecerse educación básica e individualizada a todos los pacientes con insistencia en los aspectos fundamentales (19).

Nutrición

Debido a la complejidad de los aspectos médicos y nutricionales de la mayoría de los pacientes, se recomienda que un nutricionista calificado con formación y experiencia en nutrición en diabetes colabore con el paciente y con otros integrantes del equipo de asistencia sanitaria para proporcionar terapia nutricional. Todo ello dirigida a contribuir a la normalización de los valores de la glicemia durante las 24 horas, y a favorecer la normalización de los valores lipídicos. Estos objetivos se deben lograr sin afectar la calidad de vida de los enfermos y deben contribuir a evitar la hipoglucemia. Las modificaciones en la alimentación, el ejercicio y las terapias conductuales favorecen la disminución del peso y el control glucémico; su combinación aumenta la

eficacia. Las dietas con alto contenido en fibra y una proporción adecuada de hidratos de carbono, con alimentos de bajo índice glucémico, son eficaces en el control de la glucemia. El consumo de alcohol debe ser en cantidades limitadas (20).

El tratamiento nutricional médico es un termino empleado por la ADA para describir la coordinacion optima del consumo calorico con otros aspectos del tratamiento de la diabetes (insulina, ejercicio, adelgazamiento). Los aspectos mas faciles de corregir son las bebidas calorigas, que pueden subir la glucemia de manera notable y habitualmente pueden sustituirse de manera sencilla por otras bebidas con edulcorantes artificiales. Los zumos suelen considerarse saludables, pero pueden influir mucho en la regulacion de la glucemia y en el consumo total de calorías. A menudo se recomienda sustituir los productos con poca grasa por otros con mas grasa, pero debe hacerse con el conocimiento de que estos productos tambien contienen mas hidratos de carbono. Conviene tener presente que los alimentos sin grasa y sin azúcar no son realmente «sin». Controlar la cantidad y modificar la receta son tecnicas excelentes, sobre todo para las carnes y los alimentos fritos (21).

Ejercicio

El papel del ejercicio regular bien prescrito en el manejo de la Diabetes Tipo 2 es una herramienta muy importante. El ejercicio aeróbico y el de fuerza mejoran el control glucémico, reducen los factores de riesgo cardiovascular, mejoran la condición física, contribuyen con la pérdida y mantenimiento del peso, mejoran la calidad de vida, reducen la mortalidad y tienen beneficios en casi todos los sistemas. Intervenciones estructuradas de ejercicio de mínimo 8 semanas muestran disminuciones estadística y clínicamente significativas de la HBA1C independientemente de los cambios en el índice de masa corporal aparte de los beneficios mencionados. Mayores niveles de intensidad del ejercicio se asocian con más mejoría en la HBA1c (22).

El ejercicio tiene múltiples beneficios, entre ellos conservación de la masa muscular, reducción de la grasa corporal y pérdida de peso. Tanto en la DM tipo 1 como en la DM tipo 2, el ejercicio también es útil para disminuir la glucosa plasmática (durante el ejercicio y después de él) y aumentar la sensibilidad a la insulina. En los diabéticos, la ADA recomienda cada semana 150 min (distribuidos como mínimo en tres días) de ejercicios aeróbicos. El régimen ergométrico también debe incluir ejercicios contra resistencia (21).

b) Tratamiento farmacológico

Sensibilizantes a la insulina con acción hepática predominante

Dentro de este grupo tenemos a la metformina, fenformina y la buformina. El efecto clínico principal de la metformina es disminuir la gluconeogénesis y la producción hepática de glucosa. También puede aumentar la sensibilidad a la insulina en los tejidos periféricos. Se administra dos veces al día por lo general, porque la duración de la acción es limitada, aunque existe un preparado de liberación prolongada (19).

Las biguanidas tienen un riesgo bajo de hipoglucemia porque no aumentan la concentración de insulina. Las reacciones adversas más frecuentes son digestivas: náuseas, vómitos, dolor cólico abdominal y disgeusia. Alrededor de un tercio de los pacientes tienen molestias digestivas, sobre todo al iniciar el tratamiento. Estos síntomas mejoran empezando con una dosis baja una vez al día con las comidas que se sube lentamente (a lo largo de varias semanas) hasta llegar a las dosis efectivas (19).

Sensibilizantes a la insulina con acción predominante en tejidos periféricos sensibles a la insulina

Aquí se encuentran las tiazolidinedionas o glitazonas. La pioglitazona y la rosiglitazona tienen la misma eficacia hipoglucemiante y un perfil parecido de efectos adversos. Todos estos fármacos tienen diferencias importantes de potencia, farmacocinética, metabolismo, características de unión y efectos lipídicos demostrados. Al mismo tiempo, todos son hipoglucemiantes efectivos con buena tolerabilidad general. El único efecto secundario temprano relevante es la ganancia de peso y la retención de líquidos (con el consiguiente edema y hemodilución). No hay datos concluyentes de su hepatotoxicidad, pero se ha establecido un registro de seguridad en pacientes apropiados. Hay que realizar pruebas funcionales hepáticas antes de iniciar el tratamiento (23).

Secretagogos de insulina

- Sulfonilureas:

Las numerosas opciones disponibles pueden dividirse en primera y segunda generación. En general, los fármacos de segunda generación son más potentes y, como consecuencia, tienen menos reacciones adversas e interacciones con otros fármacos. La glimepirida y la glicipida de liberación prolongada son los más apropiados, porque pueden administrarse una vez al día a la mayoría de los pacientes y

tienen un riesgo relativamente bajo de hipoglucemia y ganancia de peso. La gliclacida no esta disponible en algunos paises, pero se utiliza mucho en el resto del mundo. No obstante, la glibenclamida es uno de los secretagogos de insulina mas utilizados, incluso a pesar de la posible toxicidad cardiovascular y al mayor riesgo de hipoglucemia que con otros secretagogos (19).

Las sulfonilureas son probablemente los antidiabeticos orales más rentables. En general, limitar la dosis a un cuarto de la dosis máxima autorizada, a menos que se demuestre con claridad que dosis mas altas aportan beneficios notables en la regulación de la glucemia, disminuye los costes y los episodios adversos (23).

- **Glinidas**

La repaglinida es un miembro de la familia meglitinida de secretagogos de insulina distintos de las sulfonilureas. Tiene una semivida corta. Como consecuencia de su absorcion mas rapida, produce un estimulo generalmente mas rapido y breve para la secreción de insulina. Como consecuencia, normalmente se toma con cada comida y consigue mejor regulacion posprandial y menos hipoglucemia y ganancia de peso que la glibenclamida. Se presenta en comprimidos de 0,5, 1 y 2 mg. La dosis maxima es 4 mg con cada comida. Igual que las sulfonilureas, las dosis altas tienen una pequeña ventaja hipoglucemiante comparadas con las dosis intermedias de repaglinida. La nateglinida es un derivado de la fenilalanina estructuralmente distinto de las sulfonilureas y de las meglitinidas. Su inicio es más rapido y su duracion de accion mas corta que la repaglinida (23).

- **Inhibidores de la absorción de hidratos de carbono: inhibidores de α -glucosidasa**

Los inhibidores de α -glucosidasa inhiben el paso final de la digestión de hidratos de carbono en el borde en cepillo del epitelio intestinal. Como consecuencia, la absorción de hidratos de carbono se desplaza en sentido distal en el intestino y se atrasa, lo que permite que la dinámica secretora de insulina retrasada característica de la DM2 se equilibre con la absorción de hidratos de carbono. Los dos fármacos de esta clase disponibles en la actualidad son acarbosa y miglitol (23).

Insulinas

La insulina se utiliza como fármaco desde principios de la década de los veinte y probablemente es la pieza clave del tratamiento de la mayoría de las personas con DM2 en todo el mundo. En la actualidad, casi toda la insulina utilizada en el mundo es insulina recombinante de origen humano o un análogo (19).

La insulina lispro, la insulina aspart y la insulina glulisina son análogos de insulina de acción rápida que tienen un inicio de acción en 5-15 min, una actividad máxima en 1 h aproximadamente y una duración de la actividad de 4 h aproximadamente. La insulina regular es aproximadamente la mitad de rápida que los análogos de acción rápida, con inicio en 30 min, actividad máxima en 2-4 h y duración de acción de 6-8 h o más. La insulina humana regular por vía intravenosa es efectiva al instante, con una semivida de 10 min. Por vía intramuscular tiene una semivida de 20 min aproximadamente. Los análogos de insulina de acción rápida no tienen ventajas relevantes mediante administración intravenosa o intramuscular. Esta en fase de desarrollo una variedad aun mayor de preparados de insulina de acción rápida y de tecnologías de administración (19).

La insulina protamina neutra Hagedorn (NPH) es la única de acción intermedia disponible desde que se retiró la insulina lenta. El inicio, el máximo y la duración son el doble aproximadamente que con la insulina regular, con inicio en 1-2 h, máximo en 4-8 h y duración de 12-16 h. Las reacciones adversas asociadas a la insulina se conocen bien, y son ganancia de peso e hipoglucemia. Tanto los análogos de insulina de acción rápida como los de acción lenta consiguen una disminución escasa de la hipoglucemia. Pocas personas son alérgicas a la insulina y tampoco son frecuentes las reacciones cutáneas crónicas, como lipodistrofia y lipohipertrofia (19).

2.2 Apoyo social

2.2.1 Definición

Definir el apoyo social es una tarea compleja debido al carácter multidimensional de este constructo, dando lugar a multitud de perspectivas y autores que lo han estudiado, y a la existencia de una gran diversidad de conceptualizaciones (24).

El apoyo social se puede definir a partir de dos perspectivas, una cuantitativa-estructural y otra cualitativa-funcional. La primera evalúa la cantidad de vínculos o relaciones que establece el individuo con su red social, que correspondería al apoyo social recibido. En tanto, la segunda se enfoca en la existencia de relaciones significativas y la evaluación o apreciación subjetiva que realiza el individuo de la adecuación del apoyo que recibe. Esta última correspondería al apoyo social percibido (Vivaldi & Barra, 2012) (24).

El apoyo social en la salud normalmente es definido como una información o auxilio/asistencia ofrecido por personas o grupos con los cuales se tiene contacto sistemático y que resultan en efectos emocionales y de comportamientos positivos (Valla, 1999). Aunque esa definición no

agote sus posibilidades de aplicación en la práctica, puede ser complementada con otros aspectos considerados claves por autores de otros campos. Un ejemplo de eso es la noción de intercambio y reciprocidad del apoyo social. Según Gracia, Herrero y Musito (2011), esa reciprocidad es producida en relación al equilibrio o desequilibrio, basada en la fluidez de los recursos de apoyo emocional, instrumental o de consejo que pueden ir para una o para ambas direcciones (25).

Sin embargo a lo largo del tiempo se han propuesto diferentes definiciones para apoyo social dentro de las cuales destaca la realizada por Lin, Dean y Ensel (1986), que conceptualizan el apoyo social como provisiones instrumentales y/o expresivas, reales y percibidas, aportados por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos, las personas de confianza, añadiendo que estas provisiones se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis. Donde podemos definir, al igual que Lin, dicho concepto a partir de los dos elementos del mismo, es decir, como constructo social y apoyo. El componente “social”, haría referencia y reflejaría las conexiones del individuo con el entorno social, los cuales pueden representarse en tres niveles distintos: la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas y de confianza. El componente “apoyo” reflejaría las actividades instrumentales y expresivas esenciales (25).

Para Gottlieb (1998) el apoyo social es una información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesibilidad por otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor (26).

2.2.2 Componentes del apoyo social

El concepto de soporte social y sus operacionalizaciones pueden ser organizadas en tres categorías amplias: redes sociales, soporte social percibido, y soporte social efectivo. La primera se refiere a las conexiones que los individuos tienen para significar a otros en su medio

social, teniendo un sentimiento psicológico de comunidad. La segunda representa la valoración cognitiva que hace la persona respecto a quiénes les pueden proveer determinada ayuda en momentos de necesidad. Estas personas no dan soporte social efectivo, pero constituyen para el sujeto personas disponibles o recursos para situaciones problemáticas, lo que le proporciona seguridad dentro y fuera de las situaciones estresantes. Barrera (1986); Cobb (1976); Folkman, Chesney, Johnson y coates (1991). Finalmente, el soporte social efectivo simboliza las acciones soportivas mismas, a la ayuda efectiva, y a las acciones que recibe de los otros en momentos de necesidades. Tardy (1985); Barrera (1986) (26).

2.2.3 Tipos y funciones del apoyo social

Respecto a la función del apoyo social se reconocen cuatro tipos las cuales desarrollan una determinada función (26):

- **Emocional:** Que provee al individuo sentimientos de estima, afecto, confianza, seguridad.
- **Valorativo:** Representa la sensación percibida por el individuo en la que puede contar con alguien, y sentirse acompañado socialmente.
- **Informacional:** También conocido como consejo o guía cognitiva, que ayuda a definir y enfrentar los eventos problemáticos mediante asesoramiento por parte de las personas que rodean al individuo.
- **Instrumental:** Constituye la ayuda tangible y material en la solución a un problema, Aquí la fuente brinda ayuda práctica y concreta.

2.2.4 Redes de apoyo social

Se pueden identificar dos categorías de distribución del apoyo social: Los familiares y los no familiares; dentro de este segundo se encuentran

amigos, vecinos, miembros de organizaciones de autoayuda, profesionales y proveedores de servicios (27).

a) Redes familiares

- **La familia:** La familia es uno de los recursos que ofrece mayores beneficios a la persona al entregar atención y protección en los procesos físicos y mentales por los que atraviesan, en especial cuando la persona no es ayudada por redes formales o cuando la persona padece de una enfermedad crónica y debe llevar un tratamiento largo. Además la familia puede influir en el curso de la enfermedad crónica, entendiendo que la interacción entre la familia y la tipología de la enfermedad pueden tener una influencia positiva o negativa sobre el curso del proceso crónico (27).

b) Redes no familiares

- **Amigos y vecinos:** Forman parte de una red no menos importante que la red de familia porque en muchas oportunidades las personas ponen su confianza y se fortalecen con amigos y vecinos, siendo estos su primera fuente de apoyo y quienes desarrollarán un papel muy importante (27).

- **Red formal**

Los integrantes de este grupo tienen una función establecida, se organizan de manera formal y con una estructura concreta que tienen objetivos afines al apoyo social de la persona que necesita ayuda. Dentro de este grupo podemos encontrar a los profesionales y proveedores de servicios (27).

2.2.5 Apoyo social y salud

El apoyo social puede tener efectos positivos en la adaptación y manejo de las enfermedades crónicas, incluyendo la diabetes mellitus (25).

Diversos autores hablan de cómo la relación entre apoyo social y salud es directamente proporcional, así que a más apoyo social más nivel de salud. En este sentido, Gracia afirma que repetidamente se ha observado la existencia de una relación positiva entre el apoyo social y la salud física (menor incidencia de enfermedades coronarias, menor número de ataques de asma); de igual manera el acceso a relaciones íntimas o redes sociales positivas se ha asociado con el bienestar psicológico y la ausencia de depresión (28).

Cassel y Cobb, según Gracia, afirman que el apoyo social protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas de los sucesos vitales estresantes. En relación con las enfermedades crónicas, como eventos altamente estresantes, aparece el apoyo social como una fuente importante de sostén y ayuda (28).

El fenómeno salud-enfermedad y el apoyo social están estrechamente ligados, y son aspectos explorados con suficiencia en la literatura científica, relacionándolos con calidad de vida, condiciones de vida y afrontamiento (28).

El estudio del Apoyo Social, se hace particularmente necesario en las enfermedades crónicas, pues su nivel de cronicidad va deteriorando progresivamente a los sujetos que la padecen y hace que este recurso sea de gran importancia para estas personas, debido a su influencia en los niveles de salud y como amortiguador de las consecuencias negativas de estas enfermedades; otra razón que avala dicha necesidad, es la gran incidencia de estas enfermedades en el mundo contemporáneo (29).

La relación entre Apoyo Social y enfermedades crónicas se establece fundamentalmente en el proceso de afrontamiento y la adaptación a la enfermedad, se identifica además como modulador del estrés que genera ser portador de una enfermedad con esas características. A nivel mundial

las enfermedades crónicas han tenido un amplio abordaje en el estudio del Apoyo Social, destacándose las enfermedades del corazón, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y los tumores malignos (30).

Convencionalmente se proponen dos modelos para explicar la asociación entre apoyo social y salud. Por una parte, el modelo del efecto directo, que postula que el apoyo social favorece los niveles de salud, independientemente de los niveles de estrés del individuo; por otra parte, el modelo del efecto amortiguador, que postula que el apoyo social protege a los individuos de los efectos patogénicos de los eventos estresantes^{12, 23}. Estos modelos resultan de conceptualizar al apoyo social como variable antecedente o simultánea (modelo del efecto directo), o como una variable interviniente en la relación estrés/enfermedad (modelo amortiguador) (29).

Bajo el modelo del efecto directo, el apoyo social es positivo para un individuo independientemente de la presencia de estrés. Se postula que tal apoyo tiene el efecto de incrementar el bienestar emocional y físico de los individuos, o de disminuir la probabilidad de efectos negativos en tales dominios. Los mecanismos propuestos son, o bien que el apoyo social tiene efectos en algunos procesos fisio-psicológicos, lo que mejora la salud o impide la enfermedad, o bien que el apoyo social favorece el cambio de conductas de los individuos, lo cuál a su vez tiene consecuencias positivas para la salud (29).

2.3 Adherencia terapéutica

Las enfermedades crónicas son de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, constituyen las principales causas de mortalidad en el mundo; son responsables del 60 % de las muertes. En el 2005, 35 millones de personas murieron de una enfermedad crónica; de

ellas la mitad correspondía al sexo femenino y presentaban menos de 70 años de edad (31).

Con la finalidad de que las terapias farmacológicas resulten exitosas para combatir las referidas enfermedades, requieren del cumplimiento terapéutico, la adhesión a pautas complementarias relacionadas con los hábitos de vida, el conocimiento y el compromiso del paciente con su salud y la confianza que se establece con el profesional tratante. Este conjunto de factores, asociados entre sí, aunque de naturalezas diversas, es el que impacta positivamente en la calidad de vida del paciente (31).

2.3.1 Definición

La organización mundial de la salud define la adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona, tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria (32).

Para hacer referencia a la puesta en práctica de las recomendaciones de salud y/o terapéuticas se han utilizado indistintamente los términos cumplimiento y adherencia, entendiendo estos como el proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones terapéuticas, es decir, cuando cumple las prescripciones recibidas para el manejo de una enfermedad. Sin embargo la Organización mundial de la salud establece una diferencia entre ambas la cual reside en que la adherencia requiere la conformidad del paciente respecto de las recomendaciones (33).

La adhesión al tratamiento no se refiere simplemente al acto de tomar los medicamentos, pero también a la forma como la persona maneja su tratamiento en relación a la dosis, horario, frecuencia y duración. En el

contexto de las enfermedades crónicas, en que las personas y sus familiares son responsables por la mayor parte de los cuidados, la adhesión debe ser vista como una actividad conjunta en la cual la persona no solamente obedece a las orientaciones médicas, pero también entiende, concuerda y adopta el régimen prescrito (34).

2.3.2 Factores que influyen en la adherencia terapéutica

La organización mundial de la salud reformuló la definición de la adherencia terapéutica en el cual la responsabilidad no recae únicamente en el paciente sino en algunos factores psicosociales identificados que intervienen directamente en dicha conducta. Se reconoce que la adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional que puede presentarse en algunos momentos del tratamiento y el cual es determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores, de los cuales aquellos relacionados con el paciente son sólo una parte. La creencia común de que el paciente es responsable exclusivamente de su tratamiento, es errónea pues no toma en consideración cómo otros factores pueden afectar el comportamiento de los pacientes y la capacidad de adherirse a su tratamiento. Estos factores son:

a) Factores socioeconómicos

Aunque no se ha comprobado sistemáticamente que el nivel socioeconómico es un factor predictivo independiente de la adherencia, éste puede colocar a los pacientes en una posición de tener que elegir prioridades para dirigir los recursos limitados disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de su familia. En el informe presentado por la OMS (2004) se menciona que algunos de los factores que tienen un efecto considerable en la adherencia terapéutica son: El estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte público, el alto costo de los medicamentos,

las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento, la disfunción familiar y algunos factores socio demográficos como la edad y la raza (35).

b) Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria (de salud)

Existen pocas investigaciones sobre la relación de este factor con la adherencia terapéutica, sin embargo es reconocido su importancia y el efecto positivo de una buena relación médico-cliente en ésta. Otros factores que también influyen en la adherencia desde esta perspectiva son: El efecto negativo que puede tener el que los servicios médicos (o de salud en general) recibidos sean deficientes, la inexistencia de un seguro o plan médico, la falta de conocimiento o adiestramiento del equipo de los profesionales de la salud sobre el manejo y control de las enfermedades crónicas, el poco personal profesional disponible para atender a los clientes, recargándolos de trabajo y teniendo como consecuencia que las consultas médicas sean breves. Así como, la poca capacidad del sistema de salud para que los profesionales puedan educar a los clientes sobre su enfermedad y el auto cuidado. Finalmente, hay que mencionar la falta de conocimiento de los profesionales sobre la conducta de la adherencia del tratamiento (35).

c) Factores relacionados con la enfermedad

Esta área se relaciona a las exigencias particulares de la enfermedad que aqueja al cliente. Destacan la gravedad de los síntomas, el grado o severidad de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), el progreso de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Repercusión de la no adherencia al tratamiento o adherencia deficiente depende de la prioridad que el cliente le dé a su tratamiento (35).

d) Factores relacionados al tratamiento

Entre los factores que más influyen en la adherencia están: La complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, los efectos colaterales y la disponibilidad del apoyo médico para tratarlas (35).

e) Factores relacionados al paciente

Estos incluyen los recursos disponibles que el cliente tiene, sus actitudes, sus creencias, el conocimiento, las percepciones y las expectativas de éste acerca de su enfermedad. Igualmente, la motivación del cliente para buscar y continuar con el tratamiento, la confianza (auto eficacia) en su capacidad para involucrarse en su comportamiento terapéutico de la enfermedad, las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de una adherencia deficiente interactúan en el comportamiento de la adherencia. Aunque no se comprende cómo estos interactúan en la adherencia, hay constancia de que los siguientes factores influyen en ella: el estrés psicosocial, la angustia por los efectos adversos del tratamiento, la baja motivación para continuar con el tratamiento prescrito, el conocimiento y la inadecuada habilidad para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento, el no percibir la necesidad de tratamiento, las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento, la incredulidad en el diagnóstico, la falta de percepción de riesgo para la salud relacionado con la enfermedad, el no interpretar bien las instrucciones del tratamiento, la baja asistencia a citas de seguimiento (físico o psicológico), la desesperanza, y los sentimientos de negación; el temor a la dependencia en otros, la ansiedad provocada por el complejo régimen de medicamentos y el sentirse estigmatizado por la enfermedad (35).

2.3.3 Adherencia deficiente y no adherencia

Entre las enfermedades crónicas no transmisibles, responsables por las condiciones crónicas de salud, la Diabetes Mellitus (DM) se destaca por sus proporciones epidémicas en el ámbito nacional, y el concepto de adhesión para esta enfermedad incluye, además de la terapéutica medicamentosa, un plan alimentar individualizado, ejercicios físicos regulares y cuidados generales. La no adhesión al régimen terapéutico contribuye para el mal control metabólico, resultando en complicaciones agudas y de largo plazo (36).

El tratamiento medicamentoso del DM es complejo y puede envolver diferentes fármacos con múltiples dosificaciones, así como aplicaciones diarias de insulina exógena. Las tasas de adhesión, en general, varían de 31% a 98%(8-12), y hay evidencias de que cuanto más complejo es el régimen terapéutico, menor es la adhesión. De ese modo, la literatura ha mostrado que la adhesión al uso de la insulina es menor que la adhesión al uso de antidiabéticos orales, con tasas entre 36% y 80% y de 46,4% a 86%, respectivamente. Eso también sugiere que los comportamientos de adhesión pueden no poseer relación entre sí, o sea, las personas pueden adherir a un aspecto del tratamiento, pero no adherir a otro (36).

En Latinoamérica hay 26 millones de diabéticos lo que equivale al 7% de la población total mundial de pacientes con esta patología. Para el año 2030 se pronostica un aumento de esta enfermedad con hasta 39.9 millones de casos, cifra que superaría otras regiones como Norteamérica y Sur de Asia. Lo alarmante es, que el 45% de los pacientes diabéticos ignoran que padecen esta enfermedad. Este crecimiento se debe a la hipertensión arterial y la dislipemia quienes forman parte del Síndrome Metabólico con alta prevalencia en la región. La diabetes, es una de las principales causas de invalidez y muerte prematura y una de las enfermedades crónicas con alta tasa de fracaso y mala adherencia al

tratamiento. Esta mala adherencia al tratamiento en la Diabetes Mellitus tipo 2 es la responsable de las complicaciones a largo plazo que esta patología genera (36).

Los medicamentos son uno de los principales recursos terapéuticos para cuidar la salud. Sin embargo, sus beneficios pueden verse alterados por la falta de cumplimiento. Según los datos aportados por el doctor Javier Soto, del Departamento de Farmacoeconomía de Pfizer, la mala adherencia es responsable de entre el 5 y 10% de los ingresos hospitalarios, de 2,5 millones de urgencias médicas y 125.000 fallecimientos al año en Estados Unidos. De hecho, la no adherencia se traduce en un empeoramiento de la enfermedad, en un incremento de la morbi-mortalidad, en la disminución de la calidad de vida y en la necesidad de administrar otros tratamientos, además de aumentar el consumo de recursos sociosanitarios (37).

Conforme a las definiciones mencionadas anteriormente, reconocemos que la adherencia terapéutica es uno de los factores que determinan el éxito de un tratamiento para cualquier enfermedad (entiéndase física o mental). La conducta de no adherencia terapéutica o una adherencia deficiente tiene como resultado (37):

- Un aumento en los costos médicos
- El número de análisis de laboratorios innecesarios
- El cambio en las dosis o en los tipos de medicamentos
- Los cambios en los planes de servicio, de rehabilitación o tratamiento que debe hacer el profesional
- Las visitas continuas del cliente a las salas de emergencia, a los consultorios médicos o a los centros de rehabilitación
- Las hospitalizaciones recurrentes
- Costo de recaídas
- El deterioro de la salud

- El surgimiento o la exacerbación de los problemas emocionales
- En casos severos la muerte del paciente

Se ha demostrado que una buena adherencia se acompaña de una disminución del consumo de recursos sanitarios. En un estudio en pacientes con colitis ulcerosa se comprobó que aquellos que seguían el tratamiento, los costes de hospitalización disminuían un 62%, se producían un 13% menos de visitas a consultas externas y un 45% menos a urgencias. En conjunto, los costes sanitarios se redujeron a la mitad. Estas mismas cifras se reproducen también en estudios realizados con pacientes diabéticos donde la adherencia disminuía los costes sanitarios y el porcentaje de ingresos (37).

2.3.4 Medición de la adherencia terapéutica

Otro de los problemas implicados en la adhesión al tratamiento es su valoración, la evaluación de la misma suele ser una tarea compleja más aun en la diabetes donde el tratamiento implica una multiplicidad de acciones: control y auto monitoreo de los niveles de azúcar, seguimiento de diferentes dietas establecidas, realización de actividad o ejercicios físicos recomendados, uso de medicamentos u otras sustancias prescritas, asistencias a consultas programadas y la incorporación de hábitos saludables (abstinencia de tabaco, alcohol) (38).

Los métodos utilizados para medir la adherencia se clasifican en directos e indirectos.

Métodos directos: Según Osterberg et al, entre los métodos directos se encuentran la terapia directamente observada, la medición del nivel del medicamento o su metabolito en sangre y la medición del marcador biológico en sangre (39).

Algunas de las ventajas de los métodos directos es que son objetivos, específicos y proporcionan los mayores porcentajes de incumplimiento, pero a su vez son caros, sofisticados y fuera del alcance de la atención primaria. Por su parte, los métodos indirectos son sencillos, prácticos y económicos, pero tienen el inconveniente de no poder evaluar la adherencia de manera objetiva, debido a que la información es reportada por los mismos pacientes, familiares o alguien del equipo de salud y éstos tienden a sobreestimar el cumplimiento, identificando solo una parte de los no cumplidores (39).

Métodos indirectos: Con respecto a los métodos indirectos se hallan los cuestionarios de autoinformes de los pacientes, recuento de pastillas, tasas de recarga del medicamento, evaluación de la respuesta clínica del paciente, monitoreo electrónico de la medicación, medición de marcadores fisiológicos, diario de los pacientes, cuestionario para cuidador o tutores en caso de niños (39).

Entre los métodos indirectos más utilizados se encuentran el autoinforme del paciente, el recuento de pastillas y las reposiciones de farmacia, lo cual puede ser explicado por la practicidad, facilidad y los bajos costos que resultan de su utilización al compararlos con los métodos directos, sin embargo, en la práctica real algunos autores optan por una combinación de los métodos para lograr una medida más real y exacta de la adherencia de la persona al régimen terapéutico (39).

Se conoce la Escala de Adherencia al Tratamiento (EAT), de Ballester, Salmerón y Benages la cual inicialmente estuvo dirigida a pacientes con VIH y que luego fue validado para todas las enfermedades crónicas, dentro de ellas la diabetes; esta escala evalúa la valoración subjetiva de los pacientes acerca de su grado de adherencia global (escala 0 menos adherencia a 10 máxima adherencia) y una escala de 18 ítems referidos a

posibles dificultades o creencias asociadas al tratamiento farmacológico
(40).



9. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

9.1. A nivel local

Autor: Mercado Rodriguez, Layza Alejandra

Título: “Relación médico-paciente y su influencia en la adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Hospital Regional Honorio Delgado, 2014” (41).

Resumen:

Objetivo: Establecer la influencia de la relación médico-paciente en la adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, 2014. **Métodos:** Se aplicó la Escala de Adherencia Terapéutica (EAT) y una encuesta para evaluar la Relación médico-paciente a los pacientes que cumplieron criterios de selección. Se asocian variables mediante coeficiente de correlación de Pearson, coeficiente de Spearman y prueba chi cuadrado. **Resultados:** Se evaluaron 188 pacientes; el 33.51% fueron varones y 66.49% mujeres, con edades que 19.15% de casos estuvo entre los 65 y 69 años. La duración promedio de la enfermedad fue de 10.74 años. El 73.94% de pacientes tuvieron comorbilidades, principalmente hipertensión arterial (44.68%), retinopatía diabética (31.38%), neuropatía (21.81%) y nefropatía diabética (11.17%). El 54.8% recibieron farmacoterapia, 29.8% insulino terapia; 11.2% tratamiento combinado. La relación médico paciente fue mala en un 4.26%, 18.62% ve la relación como regular, y 77.13% como buena. Los factores de la adherencia fueron predominantemente buenos, sobre todo en a autoeficacia (87.23%), seguimiento (81.38%) y control (71.81%). La adherencia global fue buena en 83.51%, regular en 12.23% y mala en 4.26% de casos. Hubo una relación lineal significativa entre los puntajes de adherencia y relación médico-paciente ($p < 0.01$) (r Pearson = 0.71). **Conclusión:** Una buena relación médico-paciente favorece una buena adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2.

Autor: Del Carpio Revilla, Felicitas; Vasquez Salas, Josselin

Título: *“Relación entre el apoyo social y la calidad de vida en pacientes del club de diabetes, Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014”* (42).

Resumen:

Objetivos: 1. Identificar el apoyo social de los asistentes al club de diabetes. 2. Determinar la calidad de vida de los asistentes al club de diabetes. 3. Relacionar el apoyo social y la calidad de vida, en los asistentes al club de diabetes. La investigación se ubica en el campo de ciencias de la salud en un nivel relacional de corte transversal. La técnica fue la encuesta para ambas variables, los instrumentos constan de Cuestionario MOS-SSS de apoyo social y Cuestionario SF-36 para calidad de vida, que fueron aplicados a 46 adultos de ambos géneros asistentes al club. Los datos se procesaron estadísticamente y fueron interpretados, las conclusiones fueron: PRIMERO: En relación al apoyo social de los pacientes asistentes al club, la mayoría presentó apoyo social medio, seguido por el apoyo social máximo teniendo una cuarta parte apoyo social mínimo. SEGUNDA: Aproximadamente la mitad de los pacientes asistentes al club, presentó buena calidad de vida, teniendo un alto porcentaje de pacientes con mala calidad de vida. TERCERA: Existe un alto nivel de significancia estadística ($p=0.001$) y de acuerdo al χ^2 la relación es directa entre la variable apoyo social con la calidad de vida, por lo que a mayor apoyo social mejor calidad de vida. Siendo las recomendaciones: PRIMERA: A las autoridades y personal encargado de los programas de control ambulatorio y club del diabético incluir a las fuentes de apoyo, con el fin de que las familias reconozcan la importancia del apoyo social para el desarrollo de estilos saludables y mejora de la calidad de vida de sus familiares y fortalezcan aún más el enfoque preventivo promocional de la salud. SEGUNDA: Realizar el seguimiento preventivos, especialmente a los pacientes que tienen apoyo social mínimo.

9.2. A nivel nacional

Autor: Inguil Chavarri, Maryuri Isamar; Lopez Miñano, Lisseth

Título: “*Nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2015*” (43).

Resumen:

El presente estudio de tipo descriptivo Correlacional, tuvo el propósito de determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos del Hospital Regional Docente de Trujillo 2015. La muestra estuvo conformada por 86 adultos, que acudieron a Consultorio Externo y al Programa de Diabetes a quienes se les aplicó dos instrumentos; el primero para medir el Nivel de conocimiento del paciente diabético respecto al tratamiento y el segundo para medir la Adherencia al tratamiento en pacientes diabetes. Se encontró que el 68.6 % tiene nivel de conocimiento bueno, el 31.4 % nivel de conocimiento regular. Respecto a la Adherencia al tratamiento los resultados evidenciaron que el 53.5 % de pacientes no mostraron adherencia, en tanto que el 46.5 % si la mostro. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi cuadrado (4,5086), concluyendo que existe relación estadística altamente significativa entre el Nivel de conocimiento y la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos del Hospital Regional Docente de Trujillo 2015.

Autor: Alarcon Mora, Cynthia; Hernandez Barrera, Lucia; Anguelles Nava, Vianey; Campos Uscanga, Yolanda.

Título: “*Apoyo social y su asociación con el autocuidado en personas con diabetes, Lima 2017*” (44).

Resumen:

El presente estudio tiene como objetivo determinar la relación entre el autocuidado médico, nutricional y de actividad física, el apoyo social percibido y la duración de la enfermedad. Se realizó un estudio transversal con 126 personas con diabetes con una media de edad de 55 (± 10.4) años.

Se aplicó el resumen de cuidados propios de la diabetes y la encuesta de apoyo social MOS (por su nombre en inglés "Medical Outcome Study"). Se encontró que el apoyo social, específicamente el apoyo instrumental, puede generar efectos negativos al limitar las conductas de autocuidado que realiza una persona. Con estos hallazgos se puede concluir que no siempre el apoyo social resulta benéfico para las personas. Tener mayor apoyo instrumental genera dependencia y no se asume la responsabilidad sobre la alimentación.

9.3. A nivel internacional

Autor: Arteaga Noriega, Anibal; Cogollo Jimenez, Regina; Muñoz Monterroza, Dennis.

Título: “*Apoyo social y control metabólico en la diabetes mellitus tipo 2*” (45).

Resumen:

Objetivo: Determinar la relación entre el apoyo social que perciben las personas con diabetes mellitus (DM) tipo 2 y su control metabólico. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal. Se estableció una muestra de 77 participantes, se midió el control metabólico de la DM con criterio de hemoglobina glicosilada ($HbA1c \leq 7\%$) y la percepción del apoyo social evaluada por el cuestionario Medical Outcomes Study. Para determinar diferencias entre el apoyo social positivo y negativo y su nivel de compensación de la enfermedad, se realizó un análisis con prueba t-Student para muestras independientes. **Resultados y Discusión:** Existe mayor percepción positiva de apoyo social en mujeres. El 86.5% de la muestra perciben apoyo social positivo, el 48.6% convive con más de cinco familiares, mientras que en el grupo de apoyo social negativo el 10% no cuenta con ningún familiar. El 73% de apoyo social positivo presentó $HbA1c \leq 7$ y el 85% de apoyo social negativo se encuentra descompensado.

Conclusiones: Existe relación entre apoyo social percibido por las personas con DM tipo 2 y el control metabólico. Es necesario en la prestación de

servicios de salud humanizados, involucrar al entorno que rodea al paciente para que participe, y conlleve a un mejor afrontamiento y control la enfermedad.



4. OBJETIVOS

- ❖ Determinar las características generales: Edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, convivencia, tiempo de diagnóstico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al consultorio externo de endocrinología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2017.
- ❖ Determinar la percepción de apoyo social en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al consultorio externo de endocrinología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2017.
- ❖ Determinar la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al consultorio externo de endocrinología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2017.
- ❖ Identificar la relación entre apoyo social y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al consultorio externo de endocrinología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2017

5. Hipótesis

Dado que la adherencia terapéutica es buena en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, es probable que dicha condición este relacionada con el mayor apoyo social percibido por el Paciente.

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnica, instrumentos y materiales de verificación

- **Técnica:** Encuesta.
- **Instrumentos:** El instrumento que se utilizará consiste en una ficha de recolección de datos (Anexo 2), la escala de apoyo social de MOS (Anexo 3) y la escala de adherencia terapéutica (EAT) (Anexo 4).

LA ESCALA DE APOYO SOCIAL DE MOS fue desarrollado por Sherbourne y cols en 1991. Esta conformado por 20 preguntas de varias respuestas con calificación (1) Nunca, (2) Pocas Veces, (3) Algunas Veces, (4) La Mayoría de Veces, (5) Siempre. Puntaje numérico mínimo es 19 y máximo 95. Las pautas para interpretar los puntajes estándares de la escala son los siguientes:

	ITEMS	PUNTAJE MAXIMO	MEDIA	MINIMA
Apoyo Emocional	3,4,8,9,13,16,17 y 19	40	24	8
Apoyo Material	2,3,12 y 15	20	12	4
Relaciones sociales de ocio y distracción	7,11,14 y 18	20	12	4
Apoyo afectivo referido a expresión de amor y cariño	6,10 y 20	15	9	3
Indice Global		95	57	19

LA ESCALA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA (EAT) (Soria, Vega y Nava, 2009). Contiene 21 ítems que se agrupan en tres factores; control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos, seguimiento medico conductual, autoeficacia. Que permiten detectar el cumplimiento o no de las recomendaciones médicas.

Esta conformado por 21 preguntas de varias respuestas con calificación Nunca=1, Pocas Veces=2, Frecuentemente=3, Muy Frecuentemente=4, Siempre=5. Puntaje numérico mínimo es 21 y máximo 105 .Las pautas para interpretar los puntajes estándares de la escala son los siguientes:

	BUENA	REGULAR	MALA
ADHERENCIA TERAPEUTICA	77 - 105	49 - 76	21 - 48

- **Materiales de verificación:**

- Ficha de recolección de datos, escala de apoyo social de MOS, escala de adherencia terapéutica (EAT).
- Impresión de los instrumentos.
- Material de escritorio.
- Computadora portátil.
- Sistema operativo Windows XP.
- Paquete office 2010 para Windows.
- Programa SPSS para Windows V.21.

2. Campo de verificación

2.1 Ubicación espacial: El estudio se realizará en los consultorios externos de endocrinología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, la cual se encuentra ubicada a la margen izquierda del río Chili en la ciudad de Arequipa.

2.2 Ubicación temporal: El presente estudio se llevará a cabo en el 2017 a febrero del 2018.

2.3 Unidades de estudio: Pacientes mayores de edad, de ambos sexos, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acudan a los consultorios externos de endocrinología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de los cuales se recabará la información.

2.3.1 Población: La población se encontrará conformada por los pacientes mayores de edad, de ambos sexos, atendidos en los consultorios externos de endocrinología, quienes en total son 1260, razón por lo cual se realizó un muestreo no sistematizado utilizando la formula de tamaño muestral para una proporción en una población finita o conocida. Se obtuvo un tamaño muestral corregido de 166 adultos y se procederá a la entrevista de todos ellos al acudir a consultorio externo de endocrinología que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

2.3.2 Muestra y muestreo: Se realizará un muestreo no sistematizado utilizando la formula de tamaño muestral para una proporción en una población finita o conocida y la forma de selección será por conveniencia.

$$n = \frac{(z\alpha)^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(N-1)E^2 + (z\alpha)^2 \cdot p \cdot q}$$

$z\alpha$ = Nivel de confianza: 95% (1.96)

p = Probabilidad que ocurra el fenómeno: 85%

$q = 100 - p = 15\%$

E = Error muestral: 5%

N = Población: 1260

n = Tamaño de la muestra: 166.22 : 166 pacientes

2.3.3 Criterios de selección

Criterios de Inclusión

- Pacientes, de ambos sexos, mayores de edad.
- Pacientes que acepten ingresar al estudio previo consentimiento informado.
- Pacientes que acuden a consultorio externo de endocrinología del Hospital Honorio Delgado Espinoza.

Criterios de Exclusión

- Pacientes que sufran enfermedades mentales
- Pacientes que usen medicación sedante
- Pacientes que no acepten ingresar al estudio

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se realizarán los trámites respectivos para obtener los permisos correspondientes por el Hospital Honorio Delgado Espinoza para la ejecución de este estudio en dicha institución. Además se realizará la recolección de datos utilizando los instrumentos respectivos los cuales serán ingresados en una base de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

3.2.1 Humanos

Investigador: José Santos Zegarra Miranda

Asesor: Dr. Carlos Saavedra

3.2.2 Físicos

- Fichas impresas de recolección de datos generales
- Fichas impresas de la escala de apoyo social de MOS y escala de adherencia terapéutica (EAT).
- Material de escritorio.
- Computadora portátil.
- Sistema operativo Windows XP.
- Paquete office 2010 para Windows.
- Programa SPSS para Windows V.21.

3.2.3 Recursos Financieros

- Recursos del propio autor.

3.3. Criterios para manejo de resultados

A nivel de recolección

Se les explicará a los participantes el contenido de las encuestas y se darán instrucciones de cómo se irán desarrollando, luego se procederá al llenado de las encuestas según las respuestas de los participantes previo consentimiento informado, cabe resaltar que cada ficha será anónima contando con un código para su identificación.

A nivel de sistematización

La información recabada de las encuestas desarrolladas por la población participante será ingresada a una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2010 para luego de ello ser analizada en el paquete estadístico SPSS.

A nivel de estudio de datos

La descripción de las variables categóricas se presentará en cuadros estadísticos de frecuencia y porcentajes categorizados.

Para las correlaciones se usaran pruebas estadísticas de significancia estadística de Mann Whitney, Tau de Kendall y Chi cuadrado; todas las pruebas estadísticas se considerarán significativas al tener un $p < 0.05$.

III. CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDAD	Diciembre 2017				Enero 2018				Febrero 2018				Marzo 2018			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
FORMULACION DEL PROYECTO E INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA	X	X														
PRESENTACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN			X	X												
APROBACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN					X	X										
RECOLECCION, PROCESAMIENTO, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS							X	X	X	X	X	X				
ELABORACION Y PRESENTACIÓN DEL INFORME FINAL													X	X	X	X

BIBLIOGRAFIA

1. Revilla L. Situación de la vigilancia de diabetes en el Perú, al I semestre de 2013. 2013; 22(39): 825 – 828. Ministerio de Salud. Lima.
2. Soriano P., De Pablos P. Epidemiología de la Diabetes mellitus. *Endocrinol Nutr.* 2007; 54 (Supl 3):2-7.
3. Seclén S, Rosas M, Arias A, Huayta E. Prevalence of type 2 diabetes in Peru: First-wave prevalence report from PERUDIab, a population-based threewave longitudinal study. In press. 2015.
4. García, M., Antolí A., Gonzáles C., García A. Complicaciones hiperglucémicas agudas de la diabetes mellitus: cetoacidosis diabética y estado hiperosmolar hiperglucémico. *Medicine.* 2008;10(18):1177-83
5. Figuerola PD, Reynals BE, Vidal PA, Aschner MP. Diabetes Mellitus. En: Farreras VP, Rozman C, editores. *Medicina interna.* Vol 1. 18ª ed. España: Elsevier España; 2016. p. 1824-1862.
6. Rozman C. Metabolismo y nutrición. En Rozman C. *Compendio de medicina interna.* 5ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2014. p. 534-572.
7. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes: Resumen de orientación. Ginebra: OMS; 2016. Serie de informes técnicos.
8. Naranjo Hernández Y. La diabetes mellitus: Un reto para la Salud Pública. *Rev. Finlay [Internet].* 2016 [citado 2017 Oct 05]; 6(1): 1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000100001&lng=es.
9. Revilla L. Situación de la vigilancia de diabetes en el Perú, al I semestre de 2013. 2013; 22 (39): 825 – 828.
10. Seclen S. Diabetes Mellitus en el Perú: Hacia dónde vamos. *Rev Med Hered.* 2015; 26(1): 3-4.

11. Vidal PA, Figuerola PD, Ruiz MM, Ruiz ML. Diabetes mellitus. En: Farreras VP, Rozman C, editores. Endocrinología: Metabolismo y nutrición. 17ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2014.p. 73-105.
12. Guzmán BA. Diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus. En: Dorantes CA, Martínez SC, Guzmán BA, editores. Endocrinología clínica. 4ª ed. México: El manual moderno; 2012. p. 429-434.
13. Frías OJ, Pérez GC, Saavedra OD. Diabetes mellitus gestacional: Una aproximación a los conceptos actuales sobre estrategias diagnósticas. Rev Fac Med [Internet]. 2016 [citado 2017 Oct 02]; 64(4): 769-775. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n4/0120-0011-rfmun-64-04-00769.pdf>
14. Villegas PA. Diabetes Mellitus. En: Vélez AH, Rojas MW, Borrero RJ, et al, editores. Fundamentos de medicina: Endocrinología. 7ª ed. Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2012. p. 361-420.
15. Preciado LM, D`Garay JR, Murillo BL, Barragán VA. Manual Práctico de Medicina. 4ª ed. México: Jaypee - Highlights Medical Publishers; 2013.
16. Masharani U, MB, BS. Diabetes mellitus e hipoglucemia. En: Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW, editores. Diagnóstico clínico y tratamiento. 52ª ed. México: McGraw-Hill; 2014. p. 1192-1244.
17. O'Neill R, Murphy R. Lo esencial en Endocrinología. 4ª ed. Barcelona, España: Elsevier España; 2013.
18. American Diabetes Association. Estándares para la atención médica de la diabetes. Diabetes care [Internet]. 2016 [citado 2017 Oct 03]; 35(Suppl. 1): pp. S11-S63. Disponible en: http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement_1.DC1/DC_40_S1_final.pdf

19. Polonsky KS, Burant CF. Diabetes mellitus de tipo 2. En: Melmed S, Polonsky K, Larsen PR, et al, editors. Williams Tratado de Endocrinología. 13a ed. Barcelona, España: Elsevier; 2017. pp. 1386-1450.
20. Reyes SF, Pérez ÁM, Figueredo EA, Ramírez EM, Jiménez RY. Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. ccm [Internet]. 2016 [citado 2017 Oct 09]; 20(1): 98-121. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100009&lng=es.
21. Powers AC. Diabetes mellitus. En: Barnes PJ, Longo DL, Fauci AS, et al, editors. Harrison principios de medicina interna. Vol 2. 18a ed. México: McGraw-Hill; 2012. p. 2968-3003.
22. Márquez AJ, Ramón SG, Márquez TJ. El ejercicio en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Rev. argent. endocrinol. metab. [Internet]. 2012 [citado 2017 Oct 09]; 49(4): 203-212 Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-30342012000400006&lng=es.
23. Masharani MB, German MS. Hormonas pancreáticas y diabetes mellitus. En: Gardner DG, Shoback D, editores. Greenspan Endocrinología básica y clínica. 9ª ed. México: McGraw-Hill; 2012. p. 573-656.
24. Cuadra PA, Medina EF, Salazar KJ, Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. Límite [Internet]. 2016 [citado 2017 Oct 09]; 11(35): pp. 56-67. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83646545005>.
25. Schneider HJ, Pizzinato A, Calderón UM. Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. Rev de Psic. 2015; 33(2) pp. 439-467.

26. Vega O.M., González D.S. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm. glob.* [Internet]. 2009 [citado 2017 Oct 10]; 10(16). pp. 1-11 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412009000200021&lng=es.
27. Ponce JM, Velázquez SA, Márquez CE, López RL, Bellido ML. Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. *Index Enferm* [Internet]. 2009 [citado 2017 Oct 11]; 18(4): pp. 224-228. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400002&lng=es.
28. Gomez GM, Lagoueyte GM. El apoyo social: Estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. *Av enferm.* 2012; 30(1): pp. 32-41.
29. Castro R, Campero L, Hernández B. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 1997 [citado 2017 Oct 11]; 31(4): pp. 425-435. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000400012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S003489101997000400012>.
30. Portillo RH, Portillo RR, Rodrigo RF. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. Vol 1. 1ª ed. Barcelona, España: MacMillan; 2012.
31. Bertoldo P, Ascar G, Campana Y, Martin T, Moretti M, Tiscornia L. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. *Rev Cubana Farm* [Internet]. 2013 [citado 2017 Oct 11]; 47(4): pp. 468-474. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152013000400006&lng=es.

32. Organización panamericana de la salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Ginebra: Organización mundial de la salud; 2004. Serie de informes técnicos.
33. Ginarte AY. La adherencia terapéutica. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2002[citado 2017 Oct 11]; 17(5): pp. 502-505. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500016&lng=es.
34. Gomes VL, Almeida PM, Pace AE. Adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus: Validación de instrumentos para antidiabéticos orales y insulina. Rev Latino-am enferm [Internet]. 2014[citado 2017 Oct 11]; 22(1): pp. 1-8. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/es_0104-1169-rlae-22-01-00011.pdf
35. Diaz Porto RM. La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. Rev Griot [Internet]. 2014[citado 2017 Oct 11]; 7(1): pp. 73-84. Disponible en: <http://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1554>
36. Terechenko LN, Baute GA, Zamonsky AJ. Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. Biomedicina [Internet]. 2015 [citado 2017 Oct 11]; 10(1): pp. 20-33. Disponible en: <http://www.um.edu.uy/docs/diabetes.pdf>
37. Del Duca M, Gallegos Y, Da Col G, Noel TM. Adherencia al tratamiento desde la perspectiva del médico de familia. Biomedicina [Internet]. 2013 [citado 2017 Oct 11]; 8(1): pp. 6-15. Disponible en: http://www.um.edu.uy/docs/adherencia_tratamiento_abril13.pdf

38. Granados EE, Escalante E. Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. *Liberabit. Rev de Psicol* [Internet]. 2010 [citado 2017 Oct 11]; 16(2): pp. 203-216. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68617161009>.
39. López RL, Romero GS, Parra DI, Rojas SL. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Hacia promoci3n de salud* [Internet]. 2016 [citado 2017 Oct 11]; 21(1): pp. 117-137. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a10.pdf>
40. Soria TR, Vega VC, Nava QC. Escala de adherencia terap3utica para pacientes con enfermedades cr3nicas, basada en comportamientos expl3citos. *Alternativa psicol3gica* [Internet]. 2009 [citado 2017 Oct 11]; 14(20): pp. 89-103. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008&lng=pt&tlng=es.
41. Mercado RL. Relaci3n m3dico-paciente y su influencia en la adhesi3n al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Hospital Regional Honorio Delgado, 2014. [Tesis - T3tulo]. Arequipa - Per3: UCSM Facultad de Medicina Humana; 2015.
42. Carpio RF, V3squez SJ. Relaci3n entre el apoyo social y la calidad de vida en pacientes del club de diabetes, Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014. [Tesis - T3tulo]. Arequipa - Per3: UCSM Facultad de Enfermer3a; 2015.
43. Inguil CM, L3pez ML. Nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento en pacientes diab3ticos. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2015. [Tesis - T3tulo]. Trujillo – Per3: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de enfermer3a; 2015.

44. Alarcón MC, Hernández L, Argüelles NV, Campos UY. Apoyo social y su asociación con el autocuidado de la dieta en personas con diabetes. *Liberabit. Rev de Psicol [Internet]*. 2017 [citado 2017 Oct 11]; 23(1): pp. 111-121. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68651823009>.
45. Arteaga A, Cogollo R, Muñoz D. Apoyo social y control metabólico en la diabetes mellitus tipo 2. *Rev Cuid [Internet]*. 2017 [citado 2017 Oct 11]; 8(2): pp. 1668-1676. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.405>
46. Yin, J., Yeung, R., Luk, A., Tutino, G., Zhang, Y., et al. Influencia del género, la educación sobre la diabetes y los factores psicosociales en el persistente control glucémico deficiente en pacientes con diabetes tipo 2 en el programa JADE (Joint Asia Diabetes Evaluation). *Journal of Diabetes*; 2016, volume 8 (1): 109 – 119. China.
47. El Naggar, N., Kalra, S. Análisis de la evidencia sobre calidad de vida y adherencia a la medicación en diabetes mellitus tipo 2. *Adv Ther*;33(12):2091-2109, 2017. Estados Unidos.

V. ANEXOS

ANEXO 1 FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,....., identificado(a) con DNI N° , paciente del Servicio de Endocrinología con atención en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, acepto participar del proyecto de investigación científica: **“PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. CONSULTORIO EXTERNO DE ENDOCRINOLOGIA. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2017”**

Recibiendo la información necesaria sobre el estudio y cuyo objetivo es determinar el apoyo social, el nivel de adherencia terapéutica y la relación entre ambos, que consiste en que a cada participante, en una fecha coordinada, se le realizará lo siguiente: Múltiples preguntas basadas en cuestionarios validados a nivel nacional e internacional para la recolección de datos, los cuales serán confidenciales, por lo que no es un riesgo para mi salud; lo cual se realizará con previa coordinación con los encargados de consultorio externo de endocrinología de dicho nosocomio.

Habiendo leído el formato de consentimiento que se me ha entregado, he podido hacer las preguntas sobre el estudio que considere necesarias, las que han sido contestadas en un lenguaje comprensible y han sido de mi entera satisfacción. Así mismo comprendo que mi participación es VOLUNTARIA y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mi atención médica. Al firmar este consentimiento no estoy renunciando a ninguno de mis derechos legales según las leyes locales.

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO

Nombre de participante
DNI:

Fecha

Firma

Nombre del investigador
DNI:

Fecha

Firma

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: CARACTERÍSTICAS GENERALES

Edad: ____años

Sexo: () Masculino

() Femenino

Estado Civil: () Soltero

() Casado

() Viudo

() Conviviente

() Divorciado

Grado de Instrucción: () Primaria

() Secundaria

() Superior Técnica

() Superior universitaria

() Analfabeto

Convivencia: () Solo

() Con familia

() Otra, especifique: _____

Tiempo de enfermedad: ____años

Tipo de tratamiento: () Higienico-dietético (dieta, ejercicios)

() Antidiabeticos orales (glibenclamida, metformina)

() Insulina

() Otro: _____

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL DE MOS

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. Dispone:

- b. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos

--	--

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con que frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

Marque con un círculo uno de los números de cada fila según corresponda:

PREGUNTAS	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La Mayoría de veces	Siempre
APOYO EMOCIONAL/INFORMACIONAL					
21. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.	1	2	3	4	5
22. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	1	2	3	4	5
23. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	1	2	3	4	5
24. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
25. Alguien cuyo consejo realmente desee.	1	2	3	4	5
26. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
27. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5
28. Alguien que comprenda sus problemas.	1	2	3	4	5
APOYO INSTRUMENTAL O MATERIAL					
29. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.	1	2	3	4	5
30. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.	1	2	3	4	5
31. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	1	2	3	4	5
32. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo(a)	1	2	3	4	5
INTERACCION SOCIAL POSITIVA					
33. Alguien con quién pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
34. Alguien con quién pueda relajarse.	1	2	3	4	5
35. Alguien con quién divertirse.	1	2	3	4	5

36. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
APOYO AFECTIVO					
37. Alguien que le abrace.	1	2	3	4	5
38. Alguien que le muestre amor y afecto.	1	2	3	4	5
39. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido.	1	2	3	4	5

NIVEL DE APOYO SOCIAL:

APOYO SOCIAL ALTO: De 58 a 95 puntos.

APOYO SOCIAL MEDIO: De 20 a 57 puntos.

APOYO SOCIAL BAJO: De 0 a 19 puntos.



ANEXO 4

ESCALA DE ADHERENCIA TERAPEUTICA (EAT)

Marque la alternativa que refleje mejor su conducta ante la enfermedad

PRIMER FACTOR: Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos					
22. Ingero mis medicamentos de manera puntual.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)
23. No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)
24. Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)
25. Estoy dispuesto a dejar algo placentero como por ejemplo dejar de fumar o no ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)
26. Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)
27. Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)
28. Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)
SEGUNDO FACTOR: Seguimiento Médico Conductual					
29. Me hago análisis en los periodos que el médico me indica.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)
30. Asisto a mis consultas de manera puntual.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)
31. Atiendo a las recomendaciones del médico en cuanto a estar al pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)
32. Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)
33. Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento.	Siempre (1)	Muy Frecuentem ente (2)	Frecuentem ente (3)	Pocas veces (4)	Nunca (5)
34. Como me lo recomienda el médico, me hago mis análisis clínicos periódicamente aunque no esté enfermo.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)
35. Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)

TERCER FACTOR: Autoeficacia					
36. Cuando me dan resultados de mis análisis clínicos, estoy mas seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)
37. Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida tomar mis medicamentos.	Siempre (1)	Muy Frecuentem ente (2)	Frecuentem ente (3)	Pocas veces (4)	Nunca (5)
38. Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento aunque no esté concluido.	Siempre (1)	Muy Frecuentem ente (2)	Frecuentem ente (3)	Pocas veces (4)	Nunca (5)
39. Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento.	Siempre (1)	Muy Frecuentem ente (2)	Frecuentem ente (3)	Pocas veces (4)	Nunca (5)
40. Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos	Siempre (1)	Muy Frecuentem ente (2)	Frecuentem ente (3)	Pocas veces (4)	Nunca (5)
41. Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago lo que esté en mis manos para aliviarme.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)
42. Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo.	Nunca (1)	Pocas veces (2)	Frecuentem ente (3)	Muy Frecuentem ente (4)	Siempre (5)

NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA:

MALA ADHERENCIA TERAPÉUTICA: De 21 a 48 puntos.

REGULAR ADHERENCIA TERAPÉUTICA: De 49 a 76 puntos.

BUENA ADHERENCIA TERAPÉUTICA: De 77 a 105 puntos.