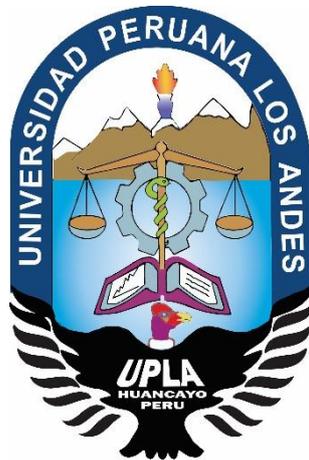


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

Título : **SOPORTE SOCIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2019**

Autoras : **Cañari Solis Rosmery Elizabeth**
Baldeón Sauñe Angela Beatriz

Para optar : **El título profesional de Licenciada en Enfermería**

Asesora : **Dr. Párraga Melo Isabel Margarita**

Línea de investigación institucional: : **Salud y gestión de la salud**

Fecha de inicio y término : **07 de mayo del 2019 / 06 de mayo del 2020**

HUANCAYO – PERÚ – 2020

DEDICATORIA

A Dios por darme entendimiento, fortaleza y prudencia para continuar y culminar con mi formación profesional.

A mis padres, por su decidido esfuerzo para ofrecerme una formación universitaria y darme el apoyo moral y emocional para que pueda perseverar en mi propósito de ser profesional.

Angela y Rosmery

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Peruana Los Andes y sus autoridades, por darnos la oportunidad inmensurable de ser profesionales, a nuestros docentes que con su preparación y experiencia nos han formado como profesionales competitivos.

A las autoridades del Centro de Salud de Chilca por darnos acceso a los pacientes con diabetes mellitus tipo II para la ejecución de la investigación.

A los pacientes, que de forma servicial accedieron a participar de nuestra investigación, permitiéndonos su ejecución y culminación.

Cañari Solis Rosmery

Baldeón Sauñe Angela

INTRODUCCIÓN

El soporte social o apoyo social es el proceso en el que el paciente con diabetes mellitus tipo II dispone de ayuda emocional, instrumental o económica de la red social a la que pertenece; el apoyo social permite a los pacientes redefinir su situación y enfrentarla, también genera seguridad al disponer de recursos materiales y emocionales para enfrentar a la enfermedad; la familia es el grupo de apoyo más importante de la red social, la familia establece reglas sociales, desarrolla roles, condiciona creencias, actitudes, y comportamientos que son favorables para cumplir con el tratamiento farmacológico y no farmacológico en la diabetes; el apoyo social influye de forma decisiva sobre los estilos de vida, modula la dieta, el tabaquismo, el ejercicio físico, el consumo de medicamentos y la utilización de servicios sanitarios.

La investigación realizada tuvo como objetivo determinar la relación entre el soporte social y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019, por lo cual se realizó un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, con una población de 170 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II que se hallaban registrados en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud de Chilca, de donde se eligió una muestra de 85 pacientes a quienes se les aplicó el “Cuestionario de Apoyo Social MOS” y la “Medida de adhesión al tratamiento (MAT)”.

El informe de investigación posee seis capítulos: en el I, se describen los elementos que visualizan al problema objeto de estudio; en el capítulo II, se aportan los fundamentos teóricos que permitan dar explicación al fenómeno estudiado; en el capítulo III, se formulan las hipótesis y se operacionalizan las variables; en el capítulo IV, se puntualiza la metodología utilizada en la recolección y procesamiento de datos para poder alcanzar resultados objetivos; en el capítulo V, se muestran los resultados obtenidos en tablas y gráficos y en el capítulo VI, se hace un cotejo de los resultados obtenidos con los resultados de otros estudios, además se plantean argumentos que expliquen los resultados obtenido.

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
INTRODUCCIÓN.....	IV
CONTENIDO.....	V
CONTENIDO DE TABLAS.....	IX
CONTENIDO DE FIGURAS.....	XI
RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT.....	XIV

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	15
1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	20
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	21
1.3.1. PROBLEMA GENERAL.....	21
1.3.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	21
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	22
1.4.1. SOCIAL O PRÁCTICA.....	22
1.4.2. TEÓRICA O CIENTÍFICA.....	22
1.4.3. METODOLÓGICA.....	23
1.5. OBJETIVOS.....	24
1.5.1. OBJETIVO GENERAL.....	24
1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTE DE ESTUDIO.....	25
2.2. BASES TEÓRICAS.....	33
2.2.1. SOPORTE SOCIAL.....	33
2.2.1.1. LAS REDES SOCIALES	34
2.2.1.2. SOPORTE SOCIAL Y LA SALUD	37
2.2.1.3. DIMENSIONES DEL SOPORTE SOCIAL.....	42
2.2.2. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	48
2.2.2.1. CAUTELA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES	50
2.2.2.2. RIGUROSIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES	52
2.2.2.3. NO SUPEDITARSE A LOS SÍNTOMAS EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES	55
2.2.3. MODELO ABCX Y MODELO DOBLE ABCX	57
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	60

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS PRINCIPAL	61
3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	61
3.3. VARIABLES DEL ESTUDIO.....	62
3.3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	63

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	66
4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	68
4.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN	68
4.4. DISEÑO.....	69
4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA	70
4.5.1. POBLACIÓN	70
4.5.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	70
4.5.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	70
4.5.2. MUESTRA.....	71
4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	72
4.6.1. PARA VALORAR EL APOYO SOCIAL.....	72
4.6.2. PARA VALORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	73
4.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	74
PROCESAMIENTO DESCRIPTIVO DE DATOS.....	74
PROCESAMIENTO INFERENCIAL DE DATOS	75
PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA PROBAR LAS HIPÓTESIS.....	75
4.8. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	76

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS	78
5.1.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II	78
5.1.2. CARACTERÍSTICAS DEL SOPORTE SOCIAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II.....	84
5.1.3. CARACTERÍSTICAS DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II	87

5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....	91
5.2.1. PRUEBA DE NORMALIDAD.....	91
5.2.2. CORRELACIÓN ENTRE EL SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA AL APOYO AFECTIVO INFORMACIONAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II.	92
5.2.3. CORRELACIÓN ENTRE EL SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA A LA INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II.	96
5.2.4. CORRELACIÓN ENTRE EL SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA AL APOYO INSTRUMENTAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II.	100
5.2.5. CORRELACIÓN ENTRE EL SOPORTE SOCIAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II. ...	104

CAPITULO VI

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. CARACTERÍSTICAS DEL SOPORTE SOCIAL.....	108
6.2. CARACTERÍSTICAS DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	110
6.3. RELACIÓN ENTRE SOPORTE SOCIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	112
CONCLUSIONES.....	117
RECOMENDACIONES.....	119
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	120
ANEXOS	129

CONTENIDO DE TABLAS

TABLA 1: SEXO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019	78
TABLA 2: EDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019	79
TABLA 3: NIVEL EDUCATIVO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019	80
TABLA 4: OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019	81
TABLA 5: TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019	82
TABLA 6: ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019	83
TABLA 7: SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA AL APOYO AFECTIVO INFORMACIONAL DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019	84
TABLA 8: SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA A LA INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019	85
TABLA 9: SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA AL APOYO INSTRUMENTAL DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019.....	86
TABLA 10: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN REFERENCIA A LA CAUTELA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019.....	87
TABLA 11: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN REFERENCIA A LA RIGUROSIDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019	88
TABLA 12: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN REFERENCIA A NO SUPEDITARSE A LOS SÍNTOMAS EN LOS PACIENTES CON DIABETES	

MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019	89
TABLA 13: CONSOLIDADO DE SOPORTE SOCIAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019	90
TABLA 14: PRUEBA DE NORMALIDAD PARA LOS DATOS CONSOLIDADOS DE SOPORTE SOCIAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DIABETES MELLITUS TIPO II	91
TABLA 15: RELACIÓN ENTRE EL SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA AL APOYO AFECTIVO INFORMACIONAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II.....	93
TABLA 16: RELACIÓN ENTRE EL SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA A LA INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II.....	97
TABLA 17: RELACIÓN ENTRE EL SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA AL APOYO INSTRUMENTAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II	101
TABLA 18: RELACIÓN ENTRE EL SOPORTE SOCIAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II.....	105

CONTENIDO DE FIGURAS

FIGURA 1: SEXO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019	78
FIGURA 2: EDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019	79
FIGURA 3: NIVEL EDUCATIVO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019 ...	80
FIGURA 4: OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019	81
FIGURA 5: TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019	82
FIGURA 6: ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019	83
FIGURA 7: SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA AL APOYO AFECTIVO INFORMACIONAL DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019 ...	84
FIGURA 8: SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA A LA INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019	85
FIGURA 9: SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA AL APOYO INSTRUMENTAL DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019	86
FIGURA 10: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN REFERENCIA A LA CAUTELA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019	87
FIGURA 11: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN REFERENCIA A LA RIGUROSIDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019	88

FIGURA 12: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN REFERENCIA NO SUPEDITARSE A LOS SÍNTOMAS EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019.....	89
FIGURA 13: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE EL SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA AL APOYO AFECTIVO INFORMACIONAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II	92
FIGURA 14: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE EL SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA A LA INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II	96
FIGURA 15: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE EL SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA AL APOYO INSTRUMENTAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II..	100
FIGURA 16: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE EL SOPORTE SOCIAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II	104

RESUMEN

La presente tesis tuvo como objetivo determinar la relación entre el soporte social y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019, por lo cual se realizó un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, con una población de 170 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II que se hallaban registrados en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud de Chilca, de donde se eligió una muestra de 85 pacientes a quienes se les aplicó el “Cuestionario de Apoyo Social MOS” y la “Medida de adhesión al tratamiento (MAT)”; entre los resultados se destaca que: el 22.4 % de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren tener un alto o muy alto soporte social y el 37.6 % de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren tener una buena o muy buena adherencia al tratamiento; asimismo cuando se incrementa el soporte social, mejora la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0.483).

PALABRAS CLAVES: soporte social, adherencia al tratamiento, diabetes mellitus tipo II, primer nivel de atención.

ABSTRACT

The objective of this thesis was to determine the relationship between social support and adherence to treatment in patients with type II diabetes mellitus users of the Chilca Health Center in 2019, for which a cross-sectional descriptive cross-sectional study was conducted, with a population of 170 patients diagnosed with type II diabetes mellitus who were registered in the program of non-communicable diseases of the Chilca Health Center, from which a sample of 85 patients was chosen to whom the “Social Support Questionnaire was applied MOS ”and the“ Measurement of adherence to treatment (MAT) ”; The results highlight that: 22.4% of patients with type II diabetes mellitus report having high or very high social support and 37.6% of patients with type II diabetes mellitus report having good or very good adherence to treatment; Likewise, when social support is increased, adherence to treatment in patients with type II diabetes mellitus improves (positive moderate Pearson correlation coefficient; 0.483).

KEY WORDS: social support, adherence to treatment, type II diabetes mellitus, first level of care.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El soporte social es un intercambio de recursos entre al menos dos personas que el proveedor o el receptor percibe como destinado a mejorar el bienestar del receptor, el apoyo involucra costos y beneficios potenciales asociados con el intercambio para los participantes; pertenecer a una red genera obligaciones, la inequidad amenaza la estabilidad de las relaciones de apoyo, hay una obligación de reciprocidad. Las personas generalmente devuelven los beneficios que reciben de los demás. La reciprocidad puede verse influenciada por las percepciones de los receptores sobre los costos reales y las intenciones de los proveedores al proporcionar el beneficio, así como por el grado en que el beneficio realmente ayuda al receptor; mientras que la adherencia al tratamiento, Es la medida en que el paciente sigue las instrucciones dadas por el personal de salud, requiere asumir un tipo de comportamiento caracterizado por: buscar atención médica, surtir recetas, tomar medicamentos de manera adecuada, asistir a citas de seguimiento y realizar modificaciones de conducta que aborden la higiene personal, el autocontrol del de la alimentación, realizar actividad física, evitar alcohol y tabaco, etc. El comportamiento de la persona debe corresponderse con las recomendaciones acordadas con el proveedor de atención sanitaria. (1).

El apoyo social facilita la adaptación, al hecho de tener que sobrellevar las manifestaciones desagradables de la enfermedad; ayuda a asumir las restricciones y a adoptar los hábitos que exige el control de la enfermedad. El apoyo social también brinda seguridad y permite compartir las preocupaciones y reducir los temores al saber que no se está solo ante la enfermedad. El apoyo social además permite un mejor ajuste instrumental para poder adoptar los autocuidados pertinentes y efectivos para manejar a la enfermedad; por medio de estos mecanismos el apoyo social favorece la adherencia al tratamiento (2).

El tratamiento típico para el adulto con diabetes tipo 2 (DT2) incluye modificación de la dieta, ejercicio, medicación, atención médica continua, educación y auto-monitoreo de la glucemia, esto obliga que la persona se comprometa a seguir el tratamiento para controlar su enfermedad, la experiencia demuestra que el cumplimiento con esta expectativa mejora cuando existe un amplio soporte social (3).

Chew B, Khoo E y Chia Y, en un estudio realizado en Serdang, Malasia, encuentran que para las personas con diabetes, el autocontrol es importante para mantener el control metabólico y evitar complicaciones, los regímenes de autocontrol de la diabetes a menudo son complejos y muchos pacientes no alcanzan los objetivos de autocuidado, uno de los factores que puede tener efectos potentes en el autocontrol de la diabetes es el apoyo social, que incluye apoyo emocional o interacciones con una red social de familiares, amigos o compañeros, en el estudio se demuestra una asociación positiva entre el apoyo social percibido de los pacientes y la adherencia autoinformada a los regímenes de tratamiento de la diabetes (4).

Aylaz R, Karadağ E, Işık K y Yildirim M, en una investigación realizada en el este de Turquía; hallan que el control glucémico a menudo necesita una intervención psicosocial con apoyo emocional para un cambio conductual efectivo y autocuidado, se ha encontrado que el cambio glucémico está influenciado principalmente por factores del paciente y menos por factores médicos, el control glucémico se asocia con la forma de apoyo social proporcionado, los apoyos sociales que mejoran el control glucémico son el apoyo por pares, actividades sociales de grupo y programas educativos, así mismo el apoyo social mejora las conductas de autocontrol individual, la adherencia a medicamentos y el cumplimiento de citas de atención médica (5).

Karakurt P, Hacıhasanoglu R y Yildirim A, en un estudio realizado en Turquía, muestran que a medida que aumenta el apoyo social, los pacientes se sienten mejor física y psicológicamente, se las arreglan más fácilmente con el estrés y la fatiga y muestran una mejor autogestión diabética, el apoyo social implica no solo el apoyo familiar, sino también las personas con las que el individuo interactúa fuera de la familia (amigos) y las instalaciones sociales (por ejemplo, apoyo financiero, servicios), se ha demostrado que el apoyo social de familiares y amigos reduce el estrés relacionado con la realización de comportamientos de autocuidado, facilita el ajuste ante el diagnóstico de diabetes (6).

Song Y, Nam S, Park S, Shin I y Ku B, en una investigación ejecutada en California, EEUU; realizan un meta análisis, en donde precisan que el apoyo social es un factor determinante para el autocontrol de la diabetes como base para implementar y mantener habilidades de afrontamiento y conductas de autocuidado (que incluyen dieta bien equilibrada, tomar medicamentos, actividad física, autocontrol de la glucemia, manejo de complicaciones agudas y estrategias de afrontamiento sanas), el vínculo

entre el apoyo social y la salud generalmente se explica a través de dos modelos principales: la hipótesis de "efecto directo" e "indirecta" o "de amortiguación", dentro de cada una de estas hipótesis, el apoyo social se define por el apoyo recibido dado a una persona (medido por observaciones e informes). La percepción del apoyo social también puede estar influenciada por características sociodemográficas y socioculturales, incluidas la raza y la etnia (7).

Alarcón-Mora C, Hernández-Barrera L, Argüelles-Nava V y Campos-Uscanga Y, en un estudio realizado en Veracruz, México, hallan que los pacientes que tienen más tiempo con la enfermedad perciben menos apoyo social: en general, apoyo emocional y afectivo; el apoyo social se va deteriorando con el tiempo; el interés y la motivación inicial de amigos y familiares va reduciéndose con el pasar de los meses y años de enfermedad; esto podría vulnerar la sostenibilidad de los hábitos saludables adquiridos para controlar la diabetes; es común que las personas del entorno social agoten sus intenciones y recursos disponibles para apoyar al diabético o con el pasar del tiempo la condición de salud del enfermo sea contemplada como algo cotidiano que no suscita mayor interés de los demás (8).

García A, en una investigación realizada en la red asistencial del seguro social de Lima, el diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, suscita emociones de rabia, cólera, ansiedad y depresión; el paciente tiende a aislarse y a negar su enfermedad; solo el apoyo social puede contribuir a superar los estados de ánimo negativo; cuando persisten estas emociones negativas es imposible que el paciente pueda planificar y cumplir con precisión con la prescripción médica. Al paciente le es difícil persistir con su actitud obstinada frente a las personas de su entorno social, sobre todo si el y las personas de su entorno se precian de tener trascendencia social; la persuasión social

puede inducir a que el diabético adopte hábitos saludables y cumpla con el régimen farmacológico establecido (9).

En personas que padecen diabetes mellitus II del distrito de Chilca que asisten al puesto de salud del distrito para sus controles glucémicos y muestran dificultades para cumplir el tratamiento prescrito, refieren tener un escaso apoyo de familiares y amigos, muchos mencionan que sus actividades sociales se han reducido después del diagnóstico de la enfermedad, otros tienen múltiples dificultades familiares para el control de su dieta.

Por todo lo expresado anteriormente nos propusimos determinar la relación entre el soporte social y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019, los resultados del estudio nos permitieron sugerir la implementación de actividades específicas que mejoren el soporte social como requisito para un adecuado cumplimiento del tratamiento antidiabético.

1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Delimitación conceptual

La investigación realizada se basa en el supuesto que; el soporte social ayuda a las personas con diabetes mellitus II a adoptar: determinados regímenes dietéticos y de actividad física, a tomar medicamentos y a la monitorización de la glucosa, todo esto mejora la adherencia al tratamiento y conduce a un buen control de la diabetes; comprobar la asociación entre el soporte social y la adherencia al tratamiento fue la finalidad del estudio.

Delimitación espacial

La investigación se llevó a cabo en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca.

Delimitación temporal

La investigación se realizó en el año 2019, se acopiaron los datos en los últimos meses del año en mención (octubre a diciembre). El estudio abarcó a todos los usuarios que acudían de forma periódica a sus controles al Centro de Salud de Chilca.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación entre el soporte social y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019?

1.3.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

1. ¿Cuál es la relación entre el soporte social en referencia al **apoyo afectivo /informativo** y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019?
2. ¿Cuál es la relación entre el soporte social en referencia a la **interacción social positiva** y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019?
3. ¿Cuál es la relación entre el soporte social en referencia al **apoyo instrumental** y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019?

1.4. JUSTIFICACIÓN

1.4.1. SOCIAL O PRÁCTICA

Con la ejecución de esta investigación hemos podido comprobar la asociación entre el soporte social y la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo II; por lo que hemos sugerido la implementación de programas que promuevan el soporte social por medio de: la instrucción a familiares y amigos en el manejo de la diabetes, la persuasión a las personas del entorno social para apoyar al paciente en el control de su enfermedad y la promoción de círculos sociales que impulsen la adopción de estilos de vida favorables al control de la diabetes; como consecuencia se tendrá una mejor adherencia al tratamiento, se reducirán las complicaciones y se generará mayor bienestar de los pacientes diabéticos del Centro de Salud de Chilca.

1.4.2. TEÓRICA O CIENTÍFICA

El desarrollo de esta investigación nos dio la posibilidad de comprobar el grado en que la teoría de Estrés y Afrontamiento Familiar Doble ABCX, planteada por Hill R, y ampliada por McCubbin H, y Patterson J, permite explicar la forma en que el soporte social (experiencias, creencias y recursos) ante una situación de estrés (paciente con diabetes mellitus tipo II) (10) (11), mejora la adherencia al tratamiento (adaptación). El estudio solo aporta datos que se constituyen en el fundamento empírico de esta teoría, confirmando la solvencia de la teoría para explicar la forma en que se asocia el soporte social con la adherencia al tratamiento.

1.4.3. METODOLÓGICA

Con la ejecución de la investigación se comprobó la validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados, se verificó la validez de contenido por juicio de expertos y la validez de constructo por medio del análisis factorial, también se cotejó la confiabilidad por medio del cálculo del alfa de Cronbach; en consecuencia, estos instrumentos podrán ser utilizados en futuros trabajos de investigación y en pruebas de tamizaje poblacional interesados en el estudio del soporte social y la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo II.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el soporte social y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer la relación entre el soporte social en referencia al apoyo afectivo /informativo y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019
2. Establecer la relación entre el soporte social en referencia a la interacción social positiva y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019
3. Establecer la relación entre el soporte social en referencia al apoyo instrumental y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTE DE ESTUDIO

Marquez B, Anderson A, Wing R, Et al, realizan un estudio titulado “La relación del apoyo social con la adherencia al tratamiento y la pérdida de peso en los latinos con diabetes tipo 2” en pacientes diabéticos de California, EEUU, con el objetivo de determinar la asociación entre el apoyo social, la adherencia al tratamiento y la pérdida de peso en latinos, para lo cual realizaron un estudio de intervención, de un total de 677 latinos que tuvieran entre 45 y 76 años, un diagnóstico de diabetes tipo 2 y un índice de masa corporal (IMC) \geq de 25 kg/m, se les asignó aleatoriamente a una Intervención Intensiva de Estilo de Vida (ILI) o un Apoyo y Educación para la Diabetes, se utilizó el cuestionario “Family/friend functional support” y el “Treatment adherence”; entre los resultados se encuentra que el apoyo funcional pero no estructural predijo la pérdida de peso entre los hombres y mujeres latinos con diabetes tipo 2 que participaron en el ensayo, el apoyo funcional en forma de participación en la actividad física con familiares y amigos llevó a una mayor pérdida de peso potencialmente al mejorar la adherencia a la actividad física y al tratamiento en general, las intervenciones conductuales de pérdida de peso pueden considerar aumentar el compañerismo para la actividad física como una estrategia para promover conductas importantes para la pérdida de peso y controlar la diabetes tipo 2 (12).

Holdren B, realiza un estudio titulado “Apoyo social, resolución de problemas sociales y adherencia al monitoreo de auto glucosa en diabéticos tipo 2” en Filadelfia, EEUU, con el objetivo de examinar las relaciones entre el apoyo social y la resolución de problemas sociales y la adherencia en adultos con diabetes tipo 2, para lo cual se realizó un estudio descriptivo correlación y transversal, considerando una muestra no probabilísticas de conveniencia de 159 adultos diagnosticados con diabetes tipo 2, a los que se les aplicó la “Escala de Apoyo Social para el Autocuidado en Pacientes de Edad Media con Diabetes Tipo 2 (S4-MAD)” para la adherencia se aplicó el, “Test of adherence to antidiabetic treatment”, también se midió la glucosa en sangre durante siete días con un glucómetro, entre los resultados se encuentra una relación significativa ($\rho = -0.32$; $p = 0.001$) entre el apoyo social y la subescala de nutrición de la adherencia; la investigación demuestra que el apoyo social es un pilar para mantener el control de la glucosa, se utilizar un modelo que alienta al paciente diabético a identificar lo que es importante para su salud y su diabetes, los proveedores de atención médica necesitan ayudar a los pacientes a conectarse con sus propios comportamientos de salud personales y centrarse en lo que es importante para ellos que respalda el cambio personal. La educación diabética debe proporcionar la orientación necesaria sin agobiar a los pacientes (13).

Yap C, Lian C, Et al, realizan un estudio titulado “Atribuciones personales, manejo de emociones, apoyos sociales y conocimiento de la diabetes en la adherencia al autocuidado de la diabetes” en la península de Malasia con el objetivo de obtener una comprensión más profunda del apoyo social en el control de la diabetes, basado en la teoría de la autodeterminación, para lo cual realizan un estudio descriptivo transversal, se consideró un muestreo intencional de 187 adultos que viven con diabetes tipo 2 a los que se les aplicó el “Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)”, entre los resultados se destaca una correlación de Pearson que mostró una

asociación significativa entre el apoyo social y la adherencia al autocuidado de la diabetes; el análisis de regresión múltiple indicó que la autoeficacia, la ansiedad y el soporte social fueron los predictores útiles de la adherencia, de este modo reforzando el apoyo social es posible lograr la adherencia deseada, asimismo aquellos pacientes con reducido apoyo social tienen a tener complicaciones de salud, como enfermedades del corazón, riñones y ojos, la enfermedad perjudica la calidad de vida y causa un aumento en los costos del sistema de atención médica (14).

Kim C, Schlenk E, Kim D, Kim M, Erlen J y Kim S, realizan un estudio titulado “El papel del apoyo social en la relación de los síntomas depresivos con la adherencia a la medicación y las actividades de autocuidado en adultos con diabetes tipo 2” en Suwon, Corea De Sur, con el objetivo de examinar la función mediadora del apoyo social en la relación de los síntomas depresivos con la adherencia a la medicación y las actividades de autocuidado en adultos coreanos, para lo cual realizan un estudio correlacional múltiple, considerando 311 adultos coreanos con diabetes tipo 2 que estaban tomando agentes hipoglucemiantes a los que se les aplica el “Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC”, se realiza un análisis de regresión múltiple con ajuste para las covariables y la prueba de Sobel entre los resultados se destaca que el apoyo social mediaba el efecto de los síntomas depresivos sobre la adherencia a la medicación y las actividades de autocuidado de la dieta, la actividad física y el manejo del estrés; la evidencia de este estudio sugiere que las intervenciones que mejoran el apoyo social y que también manejan los síntomas depresivos pueden ser más oportunas y efectivas para promover el cumplimiento de la medicación y las actividades de autocuidado en esta población (15).

Gu L, Wu S, Zhao S, Zhou H, Zhang S, Gao M, Et al, realizan un estudio titulado “Asociación de Apoyo Social y Adherencia de Medicamentos en Pacientes Chinos con

Diabetes Mellitus Tipo 2” en Xinjiekou, China con el objetivo de examinar si el apoyo social se asocia con la adherencia a la medicación en pacientes con DM2, para lo cual realizaron un estudio correlacional múltiple considerando 330 pacientes como muestra a los que se les aplicó los cuestionarios: “Social support rate scale (SSRS)” y “Morisky medication adherence scale (MMAS-8-CN)” como resultados más resaltantes se tiene que el apoyo social mejora la adherencia a la medicación en pacientes con diabetes, esto significa que los pacientes con DM2 deben abrir sus mentes y obtener ayuda de amigos, familiares y otras organizaciones, en el proceso de tratamiento, los miembros de la familia desempeñan un papel importante, que les exige establecer un ambiente de apoyo y modificar el comportamiento para mejorar la adherencia de los pacientes al medicamento, como recordarles a los pacientes que tomen los medicamentos a tiempo, supervisar una dieta diabética saludable entre otras actividades, el estudio también encontró que la aceptación activa y la búsqueda de ayuda externa pueden maximizar el resultado del tratamiento y aliviar los efectos negativos de la enfermedad, como la depresión, la ansiedad y otras enfermedades mentales. Estos hallazgos pueden ayudar a los pacientes con DM2 a mejorar el autocontrol de la enfermedad bajo la ayuda de otros individuos y grupos (16).

Shao Y, Liang L, Shi L, Wan C, Yu S, realizan un estudio titulado “El efecto del apoyo social en el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: los papeles mediadores de la autoeficacia y la adherencia” en Guangzhou, China con el objetivo de establecer la relación entre el apoyo social y el control glucémico y la mediación de la autoeficacia y la adherencia, para lo cual se realizó un estudio correlacional múltiple considerando una muestra de 532 pacientes a los que se les aplicó la encuesta titulada “Social Support Rating Scale (SSRS)” y la “Adherence scale”, entre los resultados se destaca que la autoeficacia, la adherencia y el apoyo social, individualmente y en conjunto, tienen efectos significativos sobre el control

glucémico, el contacto frecuente con familiares y amigos se asoció con puntuaciones más positivas para los comportamientos de autogestión que promueve la salud, como ejercicio frecuente y frecuentes exámenes de pie, el apoyo emocional a los pacientes aumentó significativamente el comportamiento de afrontamiento activo, un apoyo social más fuerte de la familia, los amigos y las comunidades podría generar cambios mentales y emocionales positivos dentro de un paciente; fortalece su resolución, creencia y confianza en el manejo de sus condiciones; y mejorar su calidad de vida. Tal cambio interno, es decir, una autoeficacia mejorada, es necesario para que un paciente mantenga cambios sostenidos y positivos en su comportamiento, para adherirse al regimiento de tratamiento (17).

Rashid A, Hamzah Z, Chai T, ejecutan una investigación titulada “Apoyo social, autoeficacia y su correlación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: una perspectiva de atención primaria” en Selangor, Malaysia; con el objetivo de establecer la correlación entre el apoyo social y la autoeficacia de los pacientes de DM2. Este estudio es descriptivo de cuestionario transversal involucró a 329 pacientes con DM2 que recibieron su seguimiento en una clínica pública de atención primaria. Los pacientes fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio sistemático. Los pacientes autocompletaron versiones adaptadas localmente de la Encuesta de apoyo social del Estudio de resultados médicos (MOS) y la Escala de autoeficacia para el manejo de la diabetes (DMSES). Encontramos un mayor apoyo social correlacionado significativamente con una mejor autoeficacia. La implicación de este estudio sugiere que mejorar el apoyo social contribuiría a una mejor autoeficacia. Por lo tanto, los médicos pueden invertir en este factor económico cuando tratan a pacientes con DM2 en su clínica. El apoyo social brindado en términos de interacción social informativa / emocional, afectiva y positiva mejorará la autoeficacia de los pacientes en cuanto a medicamentos y hábitos alimenticios. El apoyo social afecta positivamente la salud y

el bienestar de las personas. El apoyo son la perspectiva sociológica, psicológica y comunicativa. El aspecto sociológico del apoyo social se centra en el grado de relación interpersonal que tiene una persona, mientras que los aspectos psicológicos destacan la percepción de apoyo disponible para el individuo. El apoyo social desde el aspecto de las comunicaciones se refiere a la interacción entre el proveedor y el receptor del apoyo (18).

Joeliantina A, Agil M, Qomaruddin B, desarrollan una investigación titulada “Apoyo familiar para el comportamiento de autocuidado de la diabetes en pacientes con diabetes tipo 2 que usan hierbas como tratamiento complementario” en Surabaya, Indonesia; con el objetivo identificar el apoyo familiar para el uso de hierbas como tratamientos complementarios basados en el autocontrol de la diabetes en la regulación de los niveles de azúcar en sangre en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en la ciudad de Surabaya, Java Oriental, Indonesia, utilizando un enfoque transversal. Los participantes fueron recolectados de 7 centros de salud pública en Surabaya usando un muestreo aleatorio simple con un tamaño de muestra de 230. Los datos fueron recolectados con un cuestionario, luego analizados usando PLS. El indicador de característica de enfermedad y apoyo familiar tuvo una carga factorial $> 0,6$. Hubo influencia de las características de la enfermedad y el apoyo familiar en el uso de hierbas. El uso de hierbas tuvo un efecto sobre la regulación del azúcar en sangre. El apoyo familiar era necesario para que los pacientes mantuvieran el autocontrol de la diabetes cuando los pacientes con DM2 usaban hierbas. El apoyo familiar son las actitudes, acciones y aceptación familiar de los miembros de la familia. Apoyo familiar, que consiste en apoyo emocional, apoyo informativo, apoyo tangible, apoyo de evaluación; el apoyo familiar posee 4 dimensiones: empático, estímulo, facilitador y participativo, los altos niveles de apoyo social pueden aumentar la aceptación de la

enfermedad por parte del paciente y pueden reducir la dificultad percibida en los comportamientos de autocuidado (19).

Pazokian M, Beigmoradi S, Movafegh F, Akbarzadeh S, ejecutan una investigación titulada “Correlación entre el apoyo social y la esperanza con la adherencia a la medicación en pacientes diabéticos tipo II” en Tehran, Iran: con el objetivo de determinar la correlación entre el apoyo social y la esperanza con la adherencia a la medicación en pacientes diabéticos tipo II. La población de estudio en esta investigación descriptiva-correlacional consistió en pacientes diabéticos que acudieron a clínicas de diabetes afiliadas a la Universidad Médica Shahid Beheshti en Teherán. Se seleccionó aleatoriamente una muestra de 160 diabéticos tipo II como participantes. Se utilizaron el Cuestionario de apoyo social percibido de Zimet (1988), el Cuestionario de esperanza de Herth (1999) y el Cuestionario de adherencia a la medicación de Morisky (2008) después de establecer su fiabilidad y validez. Los datos se analizaron con SPSS22. Los hallazgos mostraron que el 56,9% de los participantes eran mujeres y el 69,4% tenían antecedentes de diabetes de más de 3 años. Además, aunque el 80% de los pacientes tenían un alto apoyo social percibido, su tasa de adherencia a la medicación era baja. La esperanza fue alta en el 56,9% de los pacientes. Además, hubo una correlación directa significativa entre el apoyo social y la esperanza. El apoyo social no se limita solo al apoyo familiar; por el contrario, también incluye a personas que actúan fuera de la familia, como amigos e instalaciones sociales, como apoyo y servicios financieros. El apoyo social de familiares y amigos se asocia con mejores resultados del manejo de la diabetes, como el autocuidado, el control de la diabetes, la reducción del estrés relacionado con la realización de conductas de autocuidado, la facilitación de la compatibilidad y adaptación con el diagnóstico de diabetes y la provisión de recursos para la participación frecuente en conductas de autocuidado (20).

Inonge L, desarrollan una investigación titulada “Comportamientos de autocuidado de la diabetes y apoyo social entre afroamericanos en San Francisco” en San Francisco, EEUU, con el objetivo de establecer la relación entre apoyo emocional, apoyo práctico, apoyo afirmativo, apoyo informativo y conductas de autocuidado. Este estudio transversal se guio por el modelo de creencias sobre la salud y la teoría cognitiva social y se realizó utilizando el protocolo de actividades de autocuidado de la diabetes (SDSCA) y el instrumento de encuesta de apoyo social. La correlación de Spearman entre el apoyo informativo y la puntuación SDSCA fue estadísticamente significativa ($p < .002$), y la puntuación de apoyo afectivo también se correlacionó positivamente con la puntuación SDSCA ($p < 0,0001$). Los puntajes de apoyo emocional y apoyo práctico / tangible se correlacionaron negativamente con el puntaje de SDSCA, pero la correlación no fue estadísticamente significativa. Los resultados de este estudio pueden ayudar a lograr un cambio social al fomentar la provisión de apoyo informativo con educación para el autocontrol de la diabetes y apoyo afectuoso al incluir a familiares y amigos en su proceso de atención. Esta disposición podría conducir a una mejora en el autocuidado de la diabetes y la reducción de hospitalizaciones y visitas a la sala de emergencias entre los afroamericanos. El apoyo social tiene una relación predictiva positiva con la adherencia a las conductas de autocuidado de la diabetes de actividad física, dieta saludable y revisión de pies. La adherencia a las conductas de autocuidado de la diabetes reduce las complicaciones de la diabetes y esto podría conducir a una reducción en las hospitalizaciones y visitas a urgencias debido a la diabetes y las complicaciones de la diabetes (21).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. SOPORTE SOCIAL

El apoyo social se conceptualiza como: integración social, apoyo social percibido y apoyo social. En primer lugar, la perspectiva de la inserción social se centra en las conexiones de los individuos con otros o los lazos sociales disponibles en sus entornos sociales, ya que las redes sociales se consideran la "infraestructura de apoyo social". En segundo lugar, el apoyo social percibido guarda relación con las evaluaciones psicológicas o cognitivas de las relaciones de apoyo y se define como el apoyo social que la gente cree que está disponible para ellos. En tercer lugar, el apoyo social promulgado se conceptualiza como "acciones" que las personas realizan cuando brindan asistencia, una perspectiva de comunicación se centra en las "interacciones" que ocurren entre los proveedores y los receptores de apoyo social. A diferencia del apoyo social disponible o percibido, el concepto de apoyo social promulgado trata de lo que los individuos hacen realmente cuando desean brindar apoyo social (22).

Los lazos sociales son conductos de varios tipos de apoyo social, aunque los lazos fuertes y débiles pueden desempeñar papeles dispares en el intercambio de apoyo social. La fuerza de un lazo está determinada por una combinación de cantidad de tiempo, intensidad emocional, intimidad y servicios recíprocos. Mientras que los lazos débiles se consideran canales de información no redundante, los lazos fuertes se caracterizan por la credibilidad, la influencia y la voluntad de brindar ayuda inmediata; por tanto, el apoyo social se ha entendido como las funciones que suelen desempeñar los lazos fuertes. El acceso al apoyo social está relacionado positivamente con lazos fuertes y homófilos, más que con lazos débiles y heterófilos, así como con la densidad de la red, lo que significa un mayor nivel de interacciones. Los lazos fuertes son mayores motivadores de asistencia y brindan consuelo frente a la incertidumbre. La calidad de las relaciones, marcadas por la comunicación íntima, la confianza y la solidaridad, son fundamentales para adquirir acceso al apoyo social. Las personas integradas en redes centrales con mayor densidad y mayor diversidad activan sus lazos centrales en mayor grado que otros para movilizar el apoyo social (23).

2.2.1.1. LAS REDES SOCIALES

Las redes sociales de una persona corresponden a los contactos interpersonales, responsables de mantener su identidad social. También dan forma a las relaciones sociales y se clasifican en redes primarias, representadas por familia, parentesco, amistad, vecindad y vínculos laborales, y en redes secundarias. Pueden ser formales, formados por vínculos con instituciones y organizaciones, e informales, creados por el vínculo entre las personas para responder a una necesidad inmediata (24).

Las redes sociales primarias o secundarias tienen tres dimensiones: estructura, funciones y dinámica. La estructura consiste en el conjunto de vínculos que se establecen entre las personas y entre las redes. La activación de estos enlaces genera conexiones que imparten el formato de red. En esta dimensión, uno puede observar: el tamaño de la red, que se refiere al número de individuos que interactúan entre sí; la densidad de la red, que determina el grado en que las relaciones entre los actores sociales están interconectadas; la composición de la red, que incluye la clasificación del tipo de bonos; y homogeneidad, que representa la proporción de los bonos (25).

Las funciones realizadas por la red están intermediadas por la estructura y se definen como soporte y contención. La dinámica de las redes se realiza mediante el movimiento de información y las fuerzas internas, que convergen en puntos de mayor carga y se redistribuyen. La enfermera puede evaluar la red de apoyo social de una persona focal y, a través de ella, se pueden identificar los vínculos sociales: red egocéntrica; o un grupo de individuos y las relaciones existentes entre ellos: red completa. La enfermera y/o el profesional de la salud pueden distinguir las redes sociales de las personas que cuidan de ambas maneras; sin embargo, un análisis de red egocéntrico puede permitir una comprensión más amplia tanto de la estructura como de la función de soporte de estas redes. Este apoyo social es esencial en la atención, ya que el ser humano necesita relaciones interpersonales, integra una red de apoyo social y lo activa para enfrentar y resolver diversas situaciones en la vida. Dicha ayuda se puede entender en su carácter de apoyo recibido y apoyo percibido (26).

El soporte recibido es el proporcionado por la red al receptor, pero el apoyo percibido refleja la percepción de la disponibilidad y la satisfacción del receptor y está más relacionado con los resultados de salud. Por lo tanto, la participación de enfermería es necesaria en la búsqueda de este objetivo. La red de apoyo social no siempre tiene el efecto esperado, ya que una red con pocos miembros puede tener una posibilidad limitada de satisfacer las necesidades de la persona; la red social que ofrece un apoyo

inadecuado a través del asesoramiento y la información inadecuada puede generar riesgos para la persona; y en situaciones en las que los miembros de la red no reconocen su papel como partidarios. La enfermera debe estar alerta para identificar situaciones como las mencionadas anteriormente y desarrollar estrategias para establecer y fortalecer vínculos y acciones para la educación de salud compartida (27).

Comprender las interacciones de la red de apoyo social también le permite a la enfermera realizar un autoanálisis de sus habilidades y capacidades, como ser parte de la red social secundaria de la persona. Esto proporciona la corresponsabilidad traducida en una atención integral y continua, activando, cuando sea necesario, los diferentes sectores institucionales para satisfacer las necesidades de sus clientes. Aunque es necesario tener en cuenta las características positivas de las redes de apoyo social, la estructura de estas redes, así como las relaciones e interacciones sociales, pueden funcionar negativamente, causando estrés y conflictos al proporcionar ayuda ineficaz. En este sentido, las situaciones de aprendizaje en las que la red social se describe como inefectiva en las dimensiones estructurales, dinámicas y funcionales pueden contribuir a la planificación de estrategias efectivas para diagnosticar e intervenir en estos casos (28).

Existe negatividad de las redes compuestas por un número reducido de participantes, en la práctica, las redes medianas son más efectivas que las pequeñas y las numerosas con respecto al número de personas. En redes grandes, la gran cantidad de miembros puede generar impersonalidad y la impresión de que alguien ya se ha ocupado de la persona; en redes pequeñas, a su vez, es posible sobrecargar a los pocos miembros y la tensión de larga duración, que distancia a las personas que no quieren involucrarse y apoyar. Esta participación también puede surgir de las relaciones entre los demás miembros de la red, independientemente de la persona, que se denominan densidad, lo que refleja la red de relaciones entre los demás actores de la red, y la baja interacción entre ellos puede reducir su relación (26).

Otro factor relacionado con la densidad de la red es la dispersión, que contempla la distancia geográfica entre los miembros, lo que afecta el acceso a la asistencia, así como la eficacia de la acción rápida en situaciones de crisis. La ineficacia de la red de apoyo social en términos de composición se puede demostrar a través de relaciones frágiles, rotas o inexistentes, y en los casos en que hay una mayor frecuencia de contactos con menos contacto íntimo (24).

Las funciones de las redes reflejan el intercambio interpersonal que se produce en las relaciones sociales, que se puede verificar cuando se realizan los intercambios de apoyo y mediante acciones que permiten el efecto opuesto de lo que se quiere lograr mediante la restricción. Por lo tanto, forzar a una persona a un determinado comportamiento, incluso si aparentemente es para su bien, se clasifica como apoyo negativo e ineficaz. Presionar ciertos comportamientos considerados positivos puede provenir de miembros de la red social primaria, así como de enfermeras y otros profesionales responsables de la atención. Una de las formas de superar este comportamiento es estar dispuesto a crear lazos para conocer y respetar la vida cotidiana y la vida cotidiana (25).

Desde el contexto de la red social y la responsabilidad mutua entre usuarios profesionales, uno puede buscar el bienestar junto con el otro, sin reglas e imposiciones, pero construyendo un cuidado humanizado. En el apoyo informativo, ofrecer consejos y sugerencias sobre el desempeño de la persona puede dificultar la comprensión de la situación real y obstaculizar la situación adversa. Cuando la red descuida las necesidades de la persona o no está disponible para ofrecer apoyo social, emocional en la red primaria con demostraciones de empatía que generan sentimientos de pertenencia o vinculación en redes secundarias, se puede caracterizar como inefectiva porque refleja el debilitamiento de los vínculos personales e institucionales y la falta de interés en la demanda de la otra (28).

Si el apoyo se ofrece de manera no espontánea, la persona puede abstraer esa situación como una molestia y negarse a recibir ayuda, ya que de las interacciones que ocurren las personas toman decisiones sobre su comportamiento. La insuficiencia entre la oferta y la demanda de apoyo se evidencia en situaciones en las que el apoyo ofrecido no satisface las expectativas de la persona, ya sea porque no hay sincronía en la percepción del problema. En el contexto de la dimensión funcional de la red de apoyo social ineficaz, le corresponde a la enfermera identificar a los miembros que brindan ayuda o contención, y si pueden cumplir con todo el apoyo requerido o están sobrecargados. También es necesario verificar el grado de simetría de las relaciones, los tipos de apoyo ofrecidos, su relevancia y calidad, así como sus efectos en la autoestima y psicológica de la persona (24).

La dinámica de las redes se refiere al movimiento de fuerzas que se distribuyen y redistribuyen en la malla de relaciones sociales en el flujo continuo de los puntos de mayor tensión y se desplazan debido a eventos y conflictos. Por lo tanto, la sobrecarga del cuidador principal provoca un cambio en la dinámica de las redes que pueden

unirse para reorganizar las fuerzas, de modo que otros actores se responsabilicen del abandono de la persona que necesita atención. Las situaciones inesperadas, como un cambio en la función de un miembro, pueden ocurrir cuando una persona que proporciona apoyo emocional e instrumental solo ofrece apoyo emocional. Tal cambio puede alterar la dinámica de las redes en el sentido de no proporcionar soporte con el que se podría contar anteriormente. La invasión de la privacidad y el prejuicio de los miembros de la red relacionados con la situación de la persona que necesita apoyo pueden resultar del rechazo después del diagnóstico del problema o por estigma intrincado a ciertas condiciones. Tal actitud provoca la falta de compromiso con el otro, la distancia de las personas y la dispersión de fuerzas que deben dirigirse a la resolución o mitigación del problema presentado (26).

Los eventos críticos que pueden ocurrir (conflictos entre los miembros de la red) llevan al desgaste o la ruptura de las relaciones, lo que hace evidente la interconexión de las dimensiones de la red, ya que un cambio en la dinámica modifica la estructura que a su vez modela la funcionalidad. El análisis de la dinámica de la red social presupone que la enfermera tiene la sensibilidad para comprender el significado atribuido a las diferentes relaciones y la comprensión de los movimientos entre el individualismo y el intercambio de necesidades. Al conocer la vida diaria de la red, él o ella pueden identificar la ubicación y distribución de las fuerzas existentes, lo que permite la redefinición de la red frente a posibles eventos críticos (27).

Los eventos diarios y excepcionales que tienen lugar en las redes le dan un carácter cambiante, dinámico y circular. Debido a esta característica, las redes pueden ser movilizadas y los lazos fortalecidos en busca de nuevas funcionalidades y corresponsabilidad por la demanda del otro. Este atributo permite a las enfermeras reconocerse inicialmente como miembros de la red social secundaria de la persona que cuidan, y ser activas en ofrecer el apoyo necesario, contribuyendo a su autonomía. Más que un miembro de la red, la enfermera puede ser un movilizador de las redes primarias y secundarias. Al identificar los indicadores de una red social ineficaz en las dimensiones estructural, funcional y dinámica, él o ella pueden promover las relaciones interpersonales de la persona, la familia y la comunidad en la realización de la atención integral (25).

2.2.1.2. SOPORTE SOCIAL Y LA SALUD

El soporte social se define como la existencia (o falta) de relaciones y vínculos sociales fundamentales. Los aspectos estructurales del apoyo social identificados en la

literatura van desde la evidencia de la simple presencia de otros hasta los índices de redes sociales. Las medidas estructurales también han incluido el estado civil, la membresía organizacional formal, los roles y el apego y la asistencia a la iglesia (29).

Más allá de la mera existencia de tales vínculos sociales, también se han tomado medidas de la frecuencia de interacción y otras características de la red como la densidad y homogeneidad de los vínculos. En contraste con las medidas estructurales, las medidas de apoyo social funcional identifican las cualidades de las relaciones sociales que se presumen relacionadas con las respuestas al estrés. Derivado de los paradigmas psicológicos y psicológicos sociales, el apoyo social funcional generalmente se operacionaliza como las percepciones del receptor (30).

Las funciones de apoyo social evaluadas incluyen medidas muy generales como la calidad general de las relaciones sociales; y compañerismo social. Las medidas también incluyen funciones específicas de apoyo social como la estima, el apoyo instrumental y de información; la intimidad de las relaciones sociales; y la disponibilidad, cantidad y oportunidad del apoyo social. La literatura también incluye medidas de la ausencia de apoyo social o aislamiento, así como los costos del apoyo social para el proveedor. Si bien cada una de las diversas medidas descritas anteriormente se ha denominado "apoyo social", existe cierta controversia con respecto a su comparabilidad (31).

Las medidas estructurales están asociadas con los efectos principales, mientras que las medidas funcionales se asocian más frecuentemente con efectos interactivos o amortiguadores. Las medidas funcionales de apoyo social a menudo están estrechamente relacionadas, conceptual y operativamente, con los resultados autoinformados. Por ejemplo, se esperaría que las medidas de apoyo a la autoestima y la depresión autoinformada (de la cual la autoestima es un componente importante) estén correlacionadas. Sin embargo, las medidas estructurales, en particular las medidas no evaluativas de las redes sociales, generalmente se confunden menos con las medidas de resultado (32).

El apoyo social se ha relacionado con la morbilidad psiquiátrica, el suicidio y la depresión clínica. Además, se ha encontrado que el apoyo social está relacionado tanto con la ansiedad aguda como con los rasgos, y con la salud mental autoinformada. El apoyo social se vinculó recientemente con estados de ánimo después de eventos diarios estresantes, el apoyo social disponible percibido estaba relacionado con una mitigación

del impacto del evento estresante del día anterior en los estados de ánimo del día siguiente (33).

El apoyo social puede mejorar la salud o reducir las consecuencias negativas para la salud de los factores estresantes al fomentar cambios en el comportamiento. Se puede alentar a las personas con redes de apoyo social viables a que adopten un comportamiento saludable, a que reciban información útil sobre el comportamiento saludable o que otros les faciliten directamente dicho comportamiento. Estos apoyos conductuales o instrumentales pueden proporcionarse en cualquiera de las tres etapas o en las tres durante un episodio estresante (34).

En primer lugar, pueden proporcionarse antes del episodio de estrés al prevenir directamente la exposición o aumentar los patrones de comportamiento que reducen el riesgo de exposición. En segundo lugar, se puede proporcionar apoyo durante el episodio estresante, reduciendo su gravedad. Finalmente, el apoyo brindado después del evento puede alentar o facilitar los comportamientos de afrontamiento y recuperación. Por ejemplo, las intervenciones evaluadas en algunos de los estudios discutidos anteriormente fueron diseñadas para reforzar el cumplimiento del paciente con los regímenes de tratamiento instituidos después de una crisis médica (35).

Otras personas que brindan apoyo pueden brindar información, consejos y orientación sobre las decisiones o el enfoque de resolución de problemas que se utiliza para responder al factor estresante. También pueden ir más allá dando sugerencias concretas sobre cómo buscar y utilizar el tratamiento mental y psicológico. Finalmente, otras personas que brindan apoyo pueden brindar apoyo instrumental directo, como ayuda con las tareas del hogar, transporte a la atención médica y préstamos o donaciones de dinero. El mecanismo de apoyo conductual es aparentemente bastante sencillo; las personas tienen una necesidad específica durante un episodio de estrés y otras personas les ayudan a satisfacer esa necesidad. La vía instrumental o conductual no es la respuesta completa a cómo el apoyo social afecta la salud. El impacto objetivo del apoyo social puede estar mediado por la percepción de dicho apoyo y el impacto que tiene en los procesos afectivos y cognitivos (36).

La percepción de que otros proporcionarán ayuda conduce a un afecto positivo y un mejor estado psicológico, lo que a su vez conduce a una mejor salud física y mental. Este beneficio de afiliación percibido en general lo especifica en términos de varias teorías de psicología social que explican cómo el apoyo social percibido podría

mejorar el bienestar propone que el estrés puede conducir a una baja autoestima, percepciones de baja autoeficacia y una percepción de falta de control social (37).

Todas estas consecuencias psicológicas pueden conducir a su vez a la depresión y una mayor susceptibilidad a las enfermedades. Por tanto, el apoyo social mejora la salud al reducir o prevenir las consecuencias psicológicas negativas del estrés. Por ejemplo, las interacciones compartidas, en particular aquellas que se perciben como equitativas, pueden generar una sensación de satisfacción y la expectativa de que otros brinden apoyo en momentos de necesidad (38).

Las personas en relaciones cercanas (como redes familiares o comunitarias) pueden experimentar tanto el afecto positivo de la afiliación como la autoeficacia de su confianza en la disponibilidad de apoyo futuro. El apoyo social también puede mejorar la salud o reducir el impacto del estrés al aumentar la autoestima y el sentido personal de la persona. controlar. La teoría de la autoestima y la teoría del control personal proponen que las percepciones del estado social relativo de una persona y la capacidad de controlar eventos importantes son fundamentales para la salud mental. Los eventos estresantes pueden representar un desafío directo para estos dos estados psicológicos críticos (39).

El mantenimiento de la autoestima y el sentido de control personal durante un episodio estresante pueden estar directamente relacionados con el afecto positivo, la conducta de búsqueda de ayuda, la receptividad para ayudar y el afrontamiento exitoso. Finalmente, la teoría de la comparación social propone que la información social se puede utilizar para evaluar la gravedad del estrés y así tener un impacto importante en cómo se experimenta. Al igual que los efectos conductuales, los efectos psicológicos del apoyo social pueden ocurrir en cualquiera de las tres etapas de un episodio de estrés. El apoyo social puede proporcionar a los receptores una mayor autoestima y un sentido de control personal, lo que, a su vez, les da una mayor capacidad de recuperación frente a la adversidad. También puede reducir la importancia percibida del factor estresante y aumentar la capacidad de afrontamiento después del evento estresante (40).

El estrés puede afectar la salud a través de dos mecanismos fisiológicos; ya sea por sobreestimulación (presión arterial elevada, aumento del gasto cardíaco, aumento de catecolaminas) debido a la respuesta de "lucha o huida", o por supresión de una respuesta del sistema inmunológico. El mecanismo fisiológico a través del cual el apoyo social afecta la salud debe funcionar para relajar la respuesta de lucha o huida o

para fortalecer la respuesta del sistema inmunológico; una respuesta positiva del sistema cerebral, que actúa para revertir los efectos hipertensivos del estrés, podría estar relacionada con estímulos de apoyo social (41).

El mecanismo preciso parece ser la liberación de ciertos neuropéptidos, especialmente endorfina, en respuesta a estímulos de apoyo social. Sin embargo, hasta la fecha no se ha realizado ninguna investigación sobre este enlace o el enlace a la respuesta del sistema inmunológico al estrés. Aunque ninguna de las posibles vías fisiológicas se ha explorado adecuadamente, es plausible que dichos mecanismos también puedan estar en vigor en varios momentos durante un episodio de estrés. Las personas que brindan apoyo social pueden tener un sistema inmunológico más fuerte o ser menos reactivas, por lo que estarán más fortalecidas contra el estrés. También pueden ser más capaces de hacer frente físicamente o responder a factores estresantes, o ser capaces de recuperarse más rápidamente de una respuesta al estrés (42).

El apoyo social puede mejorar directamente el bienestar o amortiguar el impacto negativo de un factor estresante. Muchos estudios han intentado determinar si los efectos del apoyo social son independientes del nivel de estrés o si existe una interacción entre el apoyo y el estrés. El último modelo de amortiguación afirma que los efectos del estrés en la salud se atenúan en presencia de recursos sociales adecuados. Si el modelo de amortiguamiento es más cierto en general, la implicación es que el apoyo social producirá pocos beneficios para quienes no enfrentan circunstancias estresantes (43).

2.2.1.3. DIMENSIONES DEL SOPORTE SOCIAL

2.2.1.3.1. APOYO AFECTIVO INFORMACIONAL

El apoyo emocional a los pacientes con diabetes mellitus tipo II con limitaciones de salud se considera un factor para experimentar una salud subjetiva. Además de aumentar la sensación de salud subjetiva, se ha demostrado que el apoyo emocional puede reducir el riesgo de depresión. Algunos creen que el apoyo emocional debe provenir de un miembro de la familia o de una persona con quien el paciente mayor tenga una relación, los pacientes con diabetes mellitus tipo II consideraban importante el apoyo emocional de los familiares en relación con la enfermedad, ya que le facilita la adaptación a la situación causada por la enfermedad, los pacientes con diabetes mellitus tipo II pueden experimentar un mayor nivel de satisfacción con la vida cuando reciben apoyo emocional de familiares (44).

El apoyo emocional es una forma crítica de apoyo social, que facilita las estrategias de afrontamiento y contribuye al bienestar sostenido. En general, el apoyo emocional se ha descrito como mensajes o acciones que aseguran a un individuo que es atendido, amado, estimado y valorado. Se centra en la provisión de "comodidad y seguridad en momentos de estrés que lleva a la persona a sentir que otros la cuidan" (45)

El apoyo emocional puede conceptualizarse con cuatro funciones distintas. Primero, el apoyo emocional facilita la respuesta empática y comprensiva, incluida la comprensión cognitiva del sufrimiento de los demás. En segundo lugar, el apoyo emocional proporciona aliento y tranquilidad, lo que refuerza la esperanza y la confianza del receptor. Tercero, el apoyo emocional ofrece cariño y afecto físico, incluidos abrazos, besos, manos y palmaditas en los hombros. Finalmente, el apoyo emocional incluye la universalidad para enfatizar la importancia de la cercanía, el vínculo y la comunidad. La mayoría de las concepciones se centran en los esfuerzos de los individuos para ayudarse mutuamente a sobrellevar el sufrimiento afectivo (46).

El apoyo emocional juega un papel importante en el ajuste psicológico y físico de los pacientes con diabetes a su enfermedad. Cuando se enfrentan a un evento traumático, como la diabetes, la mayoría de las personas tienen grandes necesidades de apoyo emocional para mejorar su autoestima o reducir los sentimientos de insuficiencia personal. De hecho, los pacientes con diabetes identifican el apoyo emocional como el tipo de ayuda más útil. El apoyo emocional está relacionado con un mayor bienestar psicológico, mejor calidad de vida y tasas más bajas de

complicaciones y mortalidad por diabetes. El apoyo emocional ha resultado particularmente beneficioso para los diabéticos, el apoyo emocional contribuye a mejorar el bienestar mental de los pacientes (47).

La capacidad de los individuos para intercambiar e interpretar mensajes es crítica para el funcionamiento saludable y las interacciones interpersonales. Dicha competencia comunicativa condiciona la capacidad de los individuos para brindar y obtener apoyo social. En los procesos de apoyo social, la competencia comunicativa se define como la tendencia percibida de establecer relaciones significativas con otros, brindar apoyo, relajarse, apreciar las dificultades de los demás y turnarse adecuadamente. Por lo tanto, la competencia comunicativa desempeña un papel integral en el intercambio de apoyo social (48).

Nuestra conceptualización de la competencia de comunicación emocional se alinea bien con un cuerpo completo de investigación sobre competencia emocional o inteligencia. Los estudios de competencia emocional o inteligencia a menudo ven la habilidad comunicativa como una capacidad central, que incluye reconocer las emociones de los demás, conocer las reglas culturales para mostrar emociones, y usar el vocabulario emocional apropiado en la expresión. Por ejemplo, el modelo de inteligencia emocional de Mayer y Salovey se ocupa de la capacidad de expresar emociones como uno de los tres componentes principales junto con la capacidad de percibir, comprender y manejar las emociones (49).

Dada esta concepción de competencia centrada en la comunicación y regulación efectiva de las emociones, los beneficios para la salud de dar y recibir apoyo emocional pueden depender del nivel de competencia de comunicación emocional de un individuo. Las personas con altos niveles de competencia en comunicación emocional deberían poder dar y recibir apoyo emocional de manera más efectiva que aquellas con bajos niveles de competencia en comunicación emocional. El comunicativo competente no solo debe estar más atento a las señales emocionales de comunicación, sino que también debe ser más competente en (a) enviar y recibir apoyo emocional, (b) iniciar y mantener conversaciones, (c) expresar sentimientos claramente y (d) demostrando a otros que han sido escuchados. Por otro lado, los que tienen una competencia baja son probablemente insuficientes en las habilidades de comunicación que juegan un papel integral tanto en la provisión como en la recepción del apoyo emocional, una deficiencia que inhibe su participación en conversaciones de apoyo emocional (50).

2.2.1.3.2. INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA

Debido a que la mayoría de los comportamientos humanos tienen lugar en contextos sociales, las interacciones con otros se encuentran entre las experiencias más importantes en la vida diaria. A partir de las interacciones sociales diarias, las personas obtienen conocimiento e información, adquieren y mantienen su propia identidad, seleccionan amigos y compañeros, intercambian apoyo instrumental y emocional con otros, y también encuentran y resuelven conflictos con otros. De hecho, un número creciente de estudios ha proporcionado pruebas sólidas de que la cantidad y la calidad de las interacciones sociales diarias están asociadas con el bienestar psicológico y una variedad de resultados de salud para personas de diferentes grupos de edad (51).

Los familiares de pacientes con enfermedades crónicas pueden ser particularmente adecuados para proporcionar un apoyo sostenido y efectivo para el autocontrol. Los miembros de la familia a menudo son un componente integral del contexto diario para el autocuidado. Los miembros de la familia a menudo influyen fuertemente en los alimentos traídos al hogar del paciente y preparados para las comidas. La familia también puede influir en si los pacientes tienen tiempo para la actividad física, entre otras demandas de tiempo en competencia, e influir en el lugar donde la salud encaja en la jerarquía de prioridades familiares. Además, los miembros de la familia a menudo brindan un importante apoyo emocional a los pacientes que enfrentan el estrés de cuidar su enfermedad. En resumen, las familias a menudo crean el contexto práctico, social y emocional para el autocuidado, lo que hace que sea más fácil o más difícil para los pacientes lograr sus objetivos de salud y comportamiento. Como consecuencia, la participación activa de los miembros de la familia puede cambiar este entorno de autogestión de manera que facilite el éxito del paciente (52).

Además de dar forma al entorno en el que se realiza el autocuidado, los miembros de la familia con frecuencia juegan un papel activo en el manejo de la enfermedad crónica del paciente. Más del 50 por ciento de las personas con diabetes o informe de la insuficiencia cardíaca que su familia está involucrada con la planificación de su dieta y tomar medicamentos. Miembros de la familia son a menudo los primeros en notar nuevos síntomas, y la mayoría de los problemas de salud emergentes son manejados por los pacientes y miembros de la familia sin consultar a un profesional de la salud. Cuando los pacientes con enfermedades crónicas visitan a un proveedor de atención médica, entre el 30 y el 50 por ciento están acompañados por la familia (53).

Los miembros de la familia también comparten muchas de las características de los administradores de enfermedades clínicos exitosos y los trabajadores de salud comunitarios. Por ejemplo, las relaciones entre los miembros de la familia y los pacientes con enfermedades crónicas suelen ser duraderas y a menudo implican un contacto frecuente. Los miembros de la familia generalmente comparten los antecedentes culturales de los pacientes y tienen un conocimiento detallado de los factores que influyen en el cuidado personal del paciente día a día. Muchos miembros de la familia han establecido relaciones con el proveedor de atención médica del paciente, ya sea porque lo acompañan a las visitas o porque ellos mismos son pacientes de ese proveedor. El contacto y la familiaridad con el médico del paciente se han asociado con un manejo profesional exitoso de la enfermedad; para la familia, podría generar más oportunidades para participar en la atención clínica del paciente y una mayor confianza en su participación por parte del paciente o el proveedor (54).

Los pacientes tienen un mejor manejo de la enfermedad y mejores resultados cuando tienen un mayor apoyo de la familia. Por ejemplo, el apoyo social se asocia con un mejor control de la glucemia para las personas con diabetes, un mejor control de la presión arterial para las personas con hipertensión, un menor número de eventos cardíacos para personas con enfermedades del corazón, y una mejor función articular y una menor inflamación para las personas con artritis. Estos mejores resultados pueden explicarse en parte por un mejor comportamiento de autocontrol, un aumento de la autoeficacia del manejo de la enfermedad y una disminución de los síntomas depresivos del paciente entre los pacientes con niveles más altos de apoyo social. El apoyo social de la familia puede incluso afectar la salud de los pacientes directamente a través de niveles más bajos de la hormona del estrés y una menor variación en la presión arterial (55).

2.2.1.3.3. APOYO INSTRUMENTAL

El apoyo instrumental se relaciona con la asistencia en la resolución de problemas mediante ayuda tangible. El trabajo de salud se ha desarrollado para superar el modelo de atención curativa, y por ello, se ha dirigido a la integralidad de la atención y la atención primaria de salud. La atención domiciliaria es una práctica favorable a este cambio cuando articula acciones preventivas, de promoción, curativas, asistenciales y educativas. Es digno de considerar la atención domiciliaria como una opción viable de atención de la salud considerando el aumento de la longevidad y las enfermedades crónicas existentes en la sociedad y las restricciones financieras en salud, ya que

propicia la reducción de la frecuencia y los costos de las hospitalizaciones. La atención domiciliaria involucra diferentes categorías, como atención, hospitalización y visita domiciliaria, cada una con sus propias características. Requiere el conocimiento de sus peculiaridades por parte de los profesionales de la salud: contexto del hogar, individual, familiar, cuidador, equipo interdisciplinario y apoyo social en red (56).

Existe una influencia real de la red social en el cuidado de la salud, considerándola como un grupo de individuos que interactúan y permiten construir y reconstruir una identidad individual de manera constante en el tiempo y el espacio. El cuidado de la salud representa una situación en la que se destaca la red social, sea formal o informal, primaria o secundaria. Con la llegada de un familiar enfermo, la vida de los involucrados en el contexto se modifica, provocando adaptaciones físicas, emocionales, organizacionales, personales y colectivas. Esas adaptaciones pueden aliviarse o incluso resolverse cuando existe un apoyo social efectivo en la red, el cuidado de la salud puede ser reconocido como un potencial para una mayor aproximación de los profesionales con la comunidad, permitiendo un mejor uso de los recursos sociales disponibles y el potencial resolutivo de la comunidad (57).

Se cree que el conocimiento de las redes sociales con rol colaborativo para la salud de los individuos permite al profesional de la salud promover una atención más integral, basada en las necesidades y realidades cotidianas, propiciando la autonomía de los sujetos. La importancia identificada del apoyo social de la red para los cuidados de la salud y la falta percibida de estudios que consideren una visión conjunta de las diferentes personas involucradas en los cuidados de la salud sobre las redes, se propuso esta investigación para buscar la respuesta a la pregunta cuál es el significado de la red (58).

El cuidado de un familiar dependiente en el hogar conlleva diferentes cambios físicos, psicológicos y sociales para los cuidadores. Uno de los aspectos más afectados es la red social y el apoyo, debido a la falta de oportunidades para las actividades de ocio, la imposibilidad de salir a trabajar y los cambios en las rutinas familiares. Los términos red social, apoyo social y relaciones sociales se utilizan a menudo como sinónimos. Red social, sin embargo, se refiere al grupo de personas con las que el individuo mantiene contacto o algún tipo de vínculo social e involucra principalmente aspectos cuantitativos de los contactos sociales. Por tanto, está relacionado con la dimensión estructural e institucional de esa persona. El apoyo social, por su parte, es un proceso recíproco, respecto a cualquier información o apoyo que ofrecen las personas o grupos con los que habitualmente tenemos contacto y que conlleva un

efecto positivo para los receptores de apoyo o también para los proveedores. Se refiere a contar con alguien con quien contar en situaciones difíciles para recibir, por ejemplo, ayuda material, emocional o afectiva y, además, se relaciona con encontrarse valorado en el contexto de los grupos de los que se forma parte (59).

El papel del cuidador familiar puede afectar tanto a la red social de los cuidadores como al apoyo social. Numerosos estudios han revelado que la red principal del cuidador está formada por familiares y amigos. Cabe destacar que muchos cuidadores no reciben ayuda de nadie o tienen pocas personas con quienes contar en comparación con el número que consideraban parte de su red social. Los especialistas consideran que la red social conlleva efectos positivos y negativos para la salud individual, ya que: la presencia de figuras familiares mitiga la reacción de alerta (mayor seguridad); las relaciones sociales contribuyen a dar sentido a la vida de los miembros y la red brinda retroalimentación diaria, monitoreando las alteraciones de salud percibidas (60).

Las enfermedades también pueden afectar a esta red, debido a un efecto aversivo interpersonal (en caso de condiciones estigmatizantes), restricciones a la movilidad del sujeto (reduciendo las oportunidades de contactos sociales y provocando aislamiento), debilidad (limitando las iniciativas del sujeto para activar la red), imposibilidad para producir comportamientos recíprocos, en el caso de los cuidadores, y la poca gratificación que resulta de la prestación de cuidados a los pacientes con enfermedades crónicas. Aunque estas restricciones parecen ser particularmente evidentes, en el caso de los cuidadores familiares, los efectos positivos y negativos derivados de la atención domiciliaria pueden no ser tan visibles (61).

Muchos cuidadores niegan tener dificultades para realizar el cuidado, quizás por un sentimiento de autorreconocimiento por el rol desempeñado, y demuestran que existen aspectos positivos asociados al cuidado, entre ellos el sentimiento de polivalencia para el cuidado del paciente y otros. Cuidar a un ser querido puede ser más significativo y gratificante que las pérdidas sociales que la carga y el confinamiento conllevan para el cuidador. Cabe destacar que los cuidadores familiares no siempre cuidan a un ser querido, lo que sin duda hace que la situación sea menos placentera y más agotadora (62).

Fortalecer la competencia y la confianza de los cuidadores mejora su dominio, definido como la cantidad de control que una persona siente sobre las fuerzas que le afectan. Los cuidadores con mayores niveles de dominio de la situación de la atención

tienen respuestas más positivas a la prestación de atención porque se perciben a sí mismos como capaces de satisfacer las demandas de atención. El dominio del cuidador puede reducir la angustia del cuidador al influir en la disponibilidad de estrategias saludables para hacer frente a los problemas para satisfacer las demandas de atención. El control asociado con el dominio del cuidador también se asocia con una menor respuesta al estrés y comportamientos más positivos relacionados con la salud entre los cuidadores (62).

Los cuidadores requieren conocimiento, habilidades y juicio para llevar a cabo las tareas de atención a los pacientes, y la investigación ha demostrado que los cuidadores que se sienten preparados para brindar atención (es decir, tienen el conocimiento y las habilidades necesarias) tienen menos carga. (63) Prestar atención tiene en cuenta las siguientes dimensiones: (a) la naturaleza de las tareas; (b) la frecuencia con que se realizan las tareas; (c) las horas de cuidado proporcionadas cada día; (d) las habilidades, el conocimiento y las habilidades de los cuidadores para realizar tareas; (e) la medida en que las tareas pueden hacerse rutinarias y, por lo tanto, incorporarse a los horarios diarios; y (f) el apoyo recibido de otros miembros de la familia (64). El cuidado de los pacientes varía desde brindar atención directa, realizar tareas complejas de monitoreo (por ejemplo, controlar el azúcar en la sangre, valorar las dosis de narcóticos para el dolor), interpretar los síntomas del paciente (por ejemplo, determinar el nivel de fiebre para informar a un proveedor de atención médica), ayudar con la toma de decisiones, y brindando apoyo emocional y comodidad. Cada tipo de participación exige diferentes habilidades y conocimientos, capacidades organizativas (65).

2.2.2. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

El objetivo terapéutico del tratamiento no se puede lograr hasta que el paciente no se adhiera a su régimen de tratamiento. La adherencia a la terapia puede definirse como el alcance de la coincidencia conductual con la medicación y los regímenes de no medicación de un paciente. El comportamiento de un paciente puede desviarse de las instrucciones o las demandas de la terapia, por ejemplo, perder las dosis, perder la atención médica, faltar a las citas, etc. Esto puede provocar deliberadamente o no la falta de adherencia. La no adherencia, por lo tanto, es la resistencia o la negativa de un paciente a adherirse adecuadamente a cualquier tratamiento o régimen médico (66).

El cumplimiento y la concordancia son dos modelos diferentes de adherencia del paciente a la terapia. En un modelo de cumplimiento, el papel principal de un clínico es decidir el tratamiento correcto y emitir instrucciones adecuadas para el paciente. El hecho de que el paciente no se adhiera a la terapia se considera únicamente como el comportamiento desviado del paciente, y podría interpretarse como incompetencia del paciente. Por lo tanto, este modelo ha sido criticado en muchos lugares debido a la relación desfavorable entre el paciente y el médico (67).

El modelo de cumplimiento sugiere que se ha encontrado que los pacientes son responsables de no poder seguir las "órdenes del médico". En los últimos días, donde los pacientes tienen más poder, ha surgido el concepto de concordancia. Concordancia intenta medir el grado de adherencia del paciente a la terapia, que se acordó mutuamente entre el paciente y los médicos de la mejor manera posible, para el bienestar del paciente. Los factores que causan la falta de adherencia se clasifican en: factores relacionados con el paciente, factores relacionados con el proveedor de atención médica, factores relacionados con enfermedades y medicamentos, y factores externos (68).

Los factores relacionados con el paciente consisten en el conjunto de causas asociadas con el propio paciente, que resultan directamente en el incumplimiento de ese paciente hacia la terapia. La edad y la condición socioeconómica de los pacientes se asocian directamente con la incidencia de la no adherencia. Se sabe que las creencias de los pacientes con respecto a la enfermedad y el tratamiento, la inaccesibilidad del tratamiento y la inaccesibilidad de los pacientes al tratamiento también se asocian con los casos de no adherencia. El incumplimiento prevalece si el paciente desconoce su estado de enfermedad, los beneficios de la terapia con receta y las consecuencias del incumplimiento. Además de esto, algunas investigaciones conductuales han demostrado que factores como el olvido del paciente de usar o rellenar los medicamentos, la dirección del uso del medicamento y las experiencias de efectos secundarios negativos resultan en el incumplimiento del tratamiento (69).

Los factores asociados con médicos, farmacéuticos, enfermeras y otros profesionales de la salud afectan directamente la adherencia de los pacientes a sus terapias. Las actitudes de los proveedores de atención médica hacia los pacientes y sus enfermedades tienen un impacto directo en los servicios que prestan. Los comportamientos de prescripción habituales, el tiempo que pasan los pacientes en las cabinas de los médicos y la influencia de las compañías farmacéuticas en los comportamientos de prescripción de los médicos, se han asociado con los casos de no

queja. Los comportamientos de asesoramiento y los comportamientos de dispensación (incluido el etiquetado) de los farmacéuticos son dos causas principales que pueden tener una influencia directa en el cumplimiento de los pacientes hacia sus terapias (70).

Los factores relacionados con la enfermedad o las drogas, los estudios han demostrado que los pacientes que están en tratamiento crónico son más propensos al incumplimiento que aquellos que toman medicamentos por un período corto. Del mismo modo, los pacientes con otras condiciones comórbidas que una enfermedad en particular, pueden tener menos cumplimiento debido a la polifarmacia. Los casos de no adherencia en situaciones crónicas y comórbidas pueden deberse a las altas frecuencias de dosificación o los regímenes complejos. Los pacientes que reciben tratamiento antidiabético son más susceptibles de incumplimiento debido a la percepción de su bajo bienestar y los frecuentes eventos de reacciones adversas a los medicamentos (71).

En algunos casos, el incumplimiento puede ser causado por las características específicas de los medicamentos recetados. Los medicamentos que se prescriben con las causas como formulaciones incompatibles del medicamento, administración del medicamento a través de rutas difíciles, administración de formas de dosificación inadecuadas (especialmente para las poblaciones geriátricas), la aparición de efectos secundarios a dosis terapéuticas y el diseño. de envases de medicamentos difíciles, también se pueden incluir entre los factores relacionados con las drogas que conducen al incumplimiento del tratamiento (72).

Los factores externos, incluyen promociones farmacéuticas (especialmente las que se dirigen directamente a los anuncios de los consumidores), los métodos de financiación de la salud, pobreza, analfabetismo, etc. (73).

2.2.2.1. CAUTELA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES

Como parte de la adherencia al tratamiento, se deben de tomar medidas que reduzcan la posibilidad de incurrir en alguna alteración o falta al tratamiento, se debe de reducir al mínimo posible la probabilidad que esto ocurra; exige la adopción de medidas antes de que se afecte el régimen terapéutico, las medidas están en relación a la previsión de horarios, fármacos, alimentos, implementos, etc. de manera que se asegure el cumplimiento del régimen terapéutico ya establecido (74).

En diabetes, se espera que los pacientes sigan un conjunto complejo de acciones conductuales para cuidar su diabetes diariamente. Estas acciones implican participar en comportamientos de estilo de vida positivos, que incluyen seguir un plan de comidas y participar en una actividad física adecuada; tomar medicamentos (insulina o un agente hipoglucemiante oral) cuando esté indicado; monitoreo de los niveles de glucosa en sangre; responder a los síntomas relacionados con la diabetes y autotratarse; siguiendo las pautas para el cuidado de los pies; y buscar atención médica adecuada individualmente para la diabetes u otros problemas relacionados con la salud (75).

El régimen propuesto se complica aún más por la necesidad de integrar y secuenciar todas estas tareas conductuales en la rutina diaria del paciente. Los comportamientos de cuidado esenciales para el autocontrol eficaz y exitoso de la diabetes son la alimentación saludable, la actividad física, el monitoreo, la toma de medicamentos, la resolución de problemas, el manejo saludable y la reducción de riesgos (76).

La mayoría de los pacientes con diabetes pueden reducir significativamente las posibilidades de desarrollar complicaciones a largo plazo al mejorar las actividades de autocuidado. A pesar de este hecho, se ha observado que el cumplimiento o la adherencia a estas actividades es bajo, especialmente cuando se observan cambios a largo plazo. En el proceso de brindar un apoyo adecuado, los proveedores de atención médica no deben culpar a los pacientes, incluso cuando su cumplimiento es deficiente (77).

El autocuidado en diabetes se ha definido como un proceso evolutivo de desarrollo de conocimiento o conciencia al aprender a sobrevivir con la naturaleza compleja de la diabetes en un contexto social. Debido a que la gran mayoría de la atención diaria en la diabetes es manejada por pacientes y/o familias, existe una necesidad importante de medidas confiables y válidas para el autocontrol de la diabetes. Hay siete comportamientos esenciales de autocuidado en personas con diabetes que predicen buenos resultados. Se trata de una alimentación saludable, estar físicamente activo, controlar el azúcar en la sangre, cumplir con los medicamentos, buenas habilidades para resolver problemas, habilidades de afrontamiento saludables y comportamientos de reducción de riesgos. Estas medidas propuestas pueden ser útiles tanto para los médicos como para los educadores que tratan pacientes individuales y para los investigadores que evalúan nuevos enfoques de atención (78).

Las actividades de autocuidado de la diabetes son conductas emprendidas por personas con o en riesgo de diabetes para controlar con éxito la enfermedad por sí

mismas. Se ha encontrado que estos siete comportamientos se correlacionan positivamente con un buen control glucémico, reducción de complicaciones y mejora en la calidad de vida. Además, se observó que el autocuidado abarca no solo la realización de estas actividades sino también las interrelaciones entre ellas. El autocuidado de la diabetes requiere que el paciente realice muchas modificaciones dietéticas y de estilo de vida complementadas con el papel de apoyo del personal de atención médica para mantener un mayor nivel de confianza en sí mismo que conduzca a un cambio de comportamiento exitoso (79).

La educación sobre la diabetes es importante, pero debe transferirse a la acción o actividades de autocuidado para beneficiar completamente al paciente. Las actividades de autocuidado se refieren a comportamientos como seguir un plan de dieta, evitar los alimentos ricos en grasas, aumentar el ejercicio, controlar la glucosa y el cuidado de los pies. La disminución del nivel de hemoglobina glicosilada del paciente puede ser el objetivo final del autocontrol de la diabetes, pero no puede ser el único objetivo en la atención de un paciente. Los cambios en las actividades de autocuidado también deben evaluarse para el progreso hacia el cambio de comportamiento (80).

El autocontrol del control glucémico es una piedra angular del cuidado de la diabetes que puede garantizar la participación del paciente en el logro y el mantenimiento de objetivos glucémicos específicos. El objetivo más importante del monitoreo es la evaluación del control glucémico general y el inicio de los pasos apropiados de manera oportuna para lograr un control óptimo. El autocontrol proporciona información sobre el estado glucémico actual, lo que permite evaluar la terapia y orientar los ajustes en la dieta, el ejercicio y la medicación para lograr un control glucémico óptimo. Independientemente de la pérdida de peso, realizar actividad física regular se ha asociado con mejores resultados de salud entre los diabéticos (81).

2.2.2.2. RIGUROSIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES

El uso adecuado de medicamentos antidiabéticos durante un período sostenido y un cambio de estilo de vida recomendado son cruciales para el éxito del control glucémico en el tratamiento de la DM. Dada la naturaleza progresiva de la diabetes, muchos pacientes requieren regímenes de medicamentos complejos para lograr o mantener el control glucémico. Esto se debe a que la mayoría de los pacientes con DM están acompañados de otras afecciones comórbidas crónicas y, sin embargo, estas afecciones crónicas requieren el uso a largo plazo de medicamentos que conducen a un régimen de medicamentos más complejo para dichos pacientes (82).

Aunque los regímenes de medicamentos complejos pueden ayudar a algunos pacientes a lograr su control glucémico, dichos regímenes también pueden disminuir la adherencia, los fracasos del tratamiento lleva a peores resultados del tratamiento y daña los órganos vitales. Además, las dificultades con la terapia con medicamentos tienen un impacto negativo en la percepción de los pacientes sobre su estado de salud y calidad de vida (83).

La complejidad del régimen de medicación es un factor modificable que afecta el cumplimiento y los resultados clínicos. La colaboración de farmacéuticos y otros profesionales de la salud ha sido efectiva en la simplificación de regímenes complejos para mejorar la adherencia y los resultados clínicos. Una medida simple y universal de la complejidad del régimen de medicamentos es un recuento de medicamentos recetados. Sin embargo, es poco probable que el recuento de medicamentos sea una medida adecuada de la complejidad del régimen porque no aborda otras características del régimen que contribuyen a la complejidad, como las formas de dosificación, las frecuencias de dosificación y las instrucciones de uso. Además, el recuento de medicamentos puede no incluir medicamentos de venta libre, que en algunos pacientes pueden contribuir significativamente a la complejidad de los medicamentos (84).

La adherencia en general es "la medida en que el comportamiento de una persona: tomar medicamentos, seguir una dieta y / o ejecutar cambios en el estilo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas de un h proveedor de atención médica ", los medicamentos no tendrán el impacto deseado si no se toman según las indicaciones. Si bien la adherencia a la medicación es fundamental para el tratamiento exitoso de las enfermedades crónicas, los estudios indican que la mala adherencia a la medicación en pacientes recién diagnosticados con DM da como resultado un control glucémico deficiente y un aumento significativo en la probabilidad de hospitalización. Además del control glucémico (85).

Cuando se determina el plan de tratamiento, se hace esencial que más allá de los aspectos biológicos y médicos, se deba atender la importancia de evaluar los procesos psicológicos del paciente, porque la salud biopsicosocial del paciente es una condición decisiva para fomentar el autocuidado con la enfermedad. La obediencia terapéutica se establece como un elemento clave en el control de las enfermedades crónicas. Su ausencia parece tener un impacto considerable en la incidencia y prevalencia de muchas enfermedades crónicas (86).

El concepto de adherencia, utilizado más recientemente, indica una participación activa del paciente y la existencia de patrones de colaboración e interacción en relación con la atención médica. Requiere que el paciente cumpla con las recomendaciones de los profesionales de la salud, ambos trabajando como socios activos en el plan de tratamiento; implica la participación activa y voluntaria del paciente, quien comparte la responsabilidad del tratamiento con un equipo de profesionales de la salud; permite la existencia de un acuerdo entre ambos agentes, respetando sus creencias y deseos, solo existe un plan de adherencia cuando el comportamiento de un paciente al tomar medicamentos, el compromiso con la dieta y/o los cambios en los estilos de vida coincidirán con el consejo de un profesional de la salud, es decir, el grado de conformidad entre las recomendaciones realizadas y el comportamiento del paciente con el régimen terapéutico propuesto (54).

Varios estudios han demostrado que los pacientes desean sentirse incluidos en el proceso clínico cada vez más, exigiendo más información y requiriendo una mayor interacción con los profesionales de la salud. Por lo tanto, se requiere un enfoque biopsicosocial que considere a los pacientes como socios activos en su plan de tratamiento (87).

Una buena obediencia al tratamiento significa una conexión leal en todo el proceso. del plan de tratamiento, así como la adopción de comportamientos terapéuticos y su conservación. Este compromiso extendido es difícil y cambia completamente el ritmo de la vida diaria, especialmente en enfermedades que evolucionan de manera asintomática. Esta dificultad se agrava por la complejidad de los regímenes de tratamiento, lo que lleva a muchos pacientes a una actitud de no adherencia, la no adherencia ocurre cuando el comportamiento del paciente no coincide con las recomendaciones de los profesionales de la salud, no solo se limita a las diferencias en la aplicación del régimen terapéutico, sino también porque no siga las instrucciones sobre los cambios en sus estilos de vida y hábitos de salud para adoptar prácticas saludables (88).

Este fenómeno también ocurre cuando el paciente no acude a consultas, que fueron marcadas previamente, o no realiza pruebas de diagnóstico adicionales. Un comportamiento de no adherencia debe entenderse como respuestas de los pacientes a la falta de coincidencia entre sus ideas y las de los profesionales de la salud, con respecto a su enfermedad y/o problemas. La falta de adherencia es una barrera para un tratamiento exitoso y puede empeorar el estado de salud del paciente y eventualmente causar errores en futuros tratamientos. Este deterioro clínico puede exigir los requisitos

de más medicamentos, lo que implica la necesidad de procedimientos de diagnóstico adicionales, tratamientos más costosos y complejos, consultas, el uso de servicios de emergencia y el aumento de hospitalizaciones (89).

2.2.2.3. NO SUPEDITARSE A LOS SÍNTOMAS EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES

La aparición o reducción inmediata de los síntomas o en los siguientes días no debe de afectar el cumplimiento de la terapéutica prescrita, dado que el manejo de la diabetes requiere la adopción sostenida de pautas dietéticas, actividad física y el permanente consumo de medicamentos (89).

El éxito de la terapia diabética se basa en gran medida en la motivación y la dedicación del paciente individual. Esto incluye el compromiso de tomar la terapia con medicamentos de manera consistente y según lo prescrito, lo que se conoce como adherencia a la medicación o cumplimiento. La falta de adherencia a la medicación en pacientes con DM2 se ha asociado significativamente con una serie de resultados clínicos indeseables, como el control glucémico sub óptimo, las visitas al servicio de urgencias, la hospitalización, la mortalidad y el aumento de la utilización de los recursos de atención de salud (90). También se ha demostrado que los pacientes con diabetes con mala adherencia a la medicación pueden tener menos probabilidades de intensificar sus regímenes de medicación cuando está indicado. El impacto de la falta de adherencia en la hospitalización es particularmente importante, no solo por las obvias implicaciones negativas para la salud, sino también por las ramificaciones económicas asociadas (91).

Los tipos de no adherencia se clasifican en tres categorías: las relacionadas con la capacidad, la información y motivación, de acuerdo con este modelo dinámico, un paciente se adherirá a su tratamiento si tiene la capacidad, información y motivación necesarias (92). Una condición fundamental para el comportamiento voluntario de adherencia al tratamiento es la comprensión del paciente, la falta de adherencia se debe a que el paciente no tiene una comprensión mínima de la naturaleza de su problema de salud o falta de información sobre el medicamento recetado, su efecto, la forma de tomarlo o sus efectos adversos (93).

La motivación del paciente para seguir la terapia con medicamentos también tiene un impacto en la adherencia. Tener la información correcta no es suficiente para motivar a un paciente. Las creencias y los temores de un paciente también son

determinantes cruciales. Estos incluyen la actitud del paciente hacia el sistema de salud en general, así como su médico y farmacéutico, las creencias del paciente sobre el tratamiento y sus temores sobre la enfermedad y el tratamiento. En la práctica, las intervenciones para resolver problemas relacionados con la información o la capacidad son relativamente rápidas y abrumadoramente exitosas. A diferencia de los que están destinados a aumentar la motivación de un paciente para tomar su medicación con regularidad, generalmente toma mucho tiempo y requiere establecer una relación de confianza entre el profesional de la salud y el paciente (94).

La capacidad, una vez que el paciente tiene el conocimiento y la motivación para seguir el tratamiento, los obstáculos restantes son prácticos y se relacionan directamente con la capacidad del paciente para seguir las instrucciones sobre cómo tomar el medicamento de manera regular. Estos obstáculos a menudo pueden superarse respondiendo a las necesidades particulares del paciente: por ejemplo, simplificando el régimen de dosificación, el cambio a una forma de dosificación más adecuada para la situación del paciente, mediante el uso de herramientas como organizadores de medicamentos, alarmas, calendarios, etc. (95).

El paciente como persona, los profesionales de la salud no deben ver al paciente como una persona pasiva a quien se le debe enseñar a seguir ciegamente las órdenes, el paciente es una persona que, cuando está en contacto con el mundo médico, asume temporalmente el papel social de "enfermo". Sin embargo, sigue siendo una persona completa, con actitudes, creencias, un estilo de vida, un individuo único. Las ideas y pensamientos de este individuo tienen un impacto significativo en su comportamiento de salud. En otras palabras, las motivaciones personales de un paciente, lo que él o ella piensa acerca de la enfermedad y la medicación, sus creencias, desempeñan un papel determinante en su comportamiento de salud y, por lo tanto, en el grado de su adhesión a la terapia con medicamentos (96).

Las creencias en salud, los individuos elegirán adoptar un comportamiento en función de cuánto valoren el objetivo y su creencia de que es posible alcanzar la meta. En otras palabras, la clave para entender el comportamiento es identificar las percepciones y creencias sobre la salud de la persona, la motivación de los individuos para actuar depende de la amenaza percibida para su salud y su creencia de que la acción mitigará la amenaza. Las personas primero deben estar convencidas de que son personalmente susceptibles, la enfermedad tiene graves consecuencias, la acción de salud recomendada evitará estas consecuencias y los beneficios de la nueva conducta superarán los costos. Ante una amenaza para su salud, las personas evalúan todas las

alternativas que pueden reducir la amenaza. Los pacientes se adherirán más al tratamiento si creen que son susceptibles a una enfermedad que perciben como grave y que el tratamiento será efectivo, siempre que los beneficios superen los costos (93).

2.2.3. MODELO ABCX Y MODELO DOBLE ABCX

El Modelo ABCX explica "la propensión a la crisis y la ausencia de crisis entre las familias", se enfoca principalmente en las variables precrisis de las familias: A (el evento/estresor que precipita la crisis) que interactúa con B (los recursos de la familia para enfrentar la crisis) que interactúa con C (la definición que hace la familia del evento) produce X (la crisis) (10).

$$A (\text{estresor}) + B (\text{recursos}) + C (\text{definición del evento}) = X (\text{crisis})$$

A. El evento/estresor que precipita la crisis

Es una situación para la cual la familia ha tenido poca o ninguna preparación previa y, por lo tanto, debe considerarse como problemática, los eventos que precipitan la crisis afectan a las familias de manera diferente en función de las dificultades que los acompañan, las dificultades son complicaciones de un factor estresante que exige competencias (recursos) de la familia (11).

B. Los recursos para la reunión de crisis de la familia

Son los factores en la organización familiar que, por su presencia, evitaban que la familia entrara en crisis o, por su ausencia, instaban a una familia a la crisis. En otras palabras, los recursos determinan la adecuación (a prueba de crisis) o la insuficiencia (propensión a la crisis) de la familia (10).

C. La definición que la familia hace del evento

Es la definición subjetiva que la familia hace del evento, equivale al significado o interpretación del evento y sus dificultades para la familia, la tendencia a definir los eventos estresantes y las dificultades que los acompañan como estresores / provocadores de crisis versus desafíos hacen que la familia sea más propensa a las crisis (11).

X. La crisis

Alteración de roles y flujos, cambios de expectativas, actuaciones lentas e inefectivas, alteración de las emociones (10).

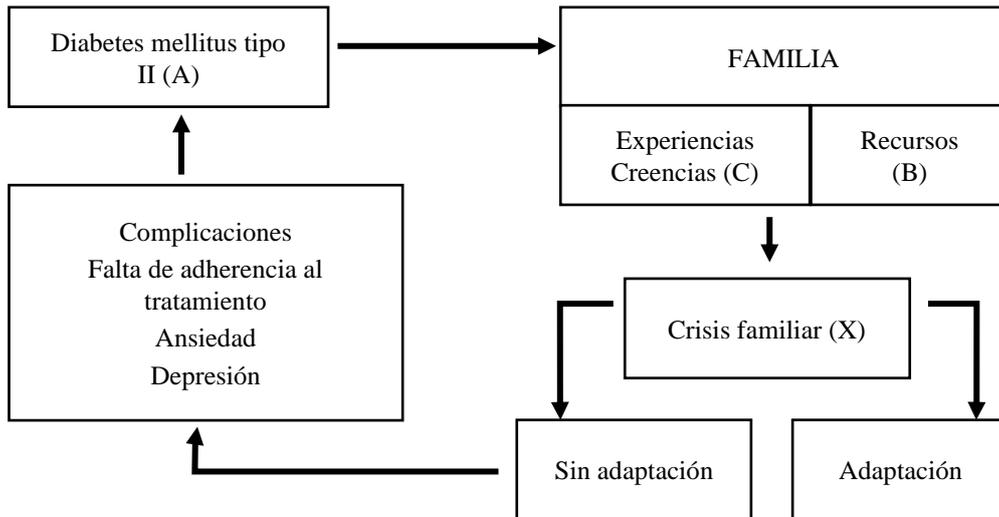
El modelo doble ABCX

Agrega variables posteriores a la crisis para explicar y predecir cómo las familias se recuperan de la crisis y por qué algunas se adaptan mejor que otras, agrega estresores y tensiones adicionales de la vida (aA); recursos psicológicos, intrafamiliares y sociales y una gama de resultados (bB); cambios en la definición de la familia (cC); estrategias de afrontamiento familiar (xX). El modelo tiene tres partes principales: precrisis, crisis y postcrisis (11).

$$\begin{array}{ccccccc}
 Aa & + & Bb & + & Cc & = & Xx \\
 \\
 \text{(estresores} & & \text{(recursos} & & \text{(definición del} & & \text{(crisis} \\
 \text{y tensiones)} & & \text{psicológicos,} & & \text{evento y cambios} & & \text{⇨estrategias de} \\
 & & \text{intrafamiliares} & & \text{en la definición)} & & \text{afrontamiento} \\
 & & \text{y sociales)} & & & & \text{familiar)}
 \end{array}$$

Dentro del modelo ABCX, las familias que están encaminadas a alcanzar un transcurso de ajuste soportan un recorrido de desorden, trance, renovación y enmienda. Empero, no todas las parentelas progresan de esta manera al punto de transigir un conflicto en la cual la organización familiar permuta y es ineludible la renovación. Si esta no se origina, concurrirá un desarreglo del equilibrio familiar y el advenimiento de ansiedad, depresión, falta de adherencia al tratamiento o enfermedad de algún miembro de la familia (figura 1) (97).

Figura 1. Representación de la afirmación de la familia en el modelo ABCX.



La particularidad de los conflictos (X) y el proceder de la familia conseguirá reivindicar, estribará de si los acervos de que posee la familia son bastantes para desafiar con triunfo su específica identificación del suceso. El recobro presume conseguir niveles de ajuste que viabilicen salvaguardar la avenencia familiar (34).

2.3. MARCO CONCEPTUAL

APOYO AFECTIVO, es acompañar al paciente en el curso de la enfermedad, evitando pensamientos de negatividad y baja autoestima.

ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA, es la subsistencia de todo un día (y todos los días) que incluye todos los nutrientes primordiales en una concordancia conveniente para las carencias del organismo. Por lo tanto, tiene que ser múltiple en sus elementos y con la cuantía proporcionada (no más) para conservar el normopeso.

CONTROL GLUCÉMICO, son todas las disposiciones que posibilitan salvaguardar los niveles de glucemia dentro de las demarcaciones de la normalidad.

REDES COMUNITARIAS, es el grupo de personas que comparten propósitos comunes y existen vínculos afectivos entre ellos; entramado de correspondencias múltiples de reciprocidad entre heterogéneos y distintas personas, con múltiples formas de operación, que sustenta una efusión inmutable de averiguaciones e interposiciones ordenadas y determinadas en pro de un término tradicional.

AUTOEFICACIA, ligado de credos que un individuo posee sobre de su pericia para ejecutar específicas labores con notoriedad. El soporte social refuerza el sentido de autoeficacia.

AUTOGESTIÓN, conjunto de acciones dirigidas y efectuadas por iniciativa y criterio de la misma persona para afrontar determinada situación problemática.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR, grado en que la sinergia y la coordinación de los recursos familiares permite superar de forma exitosa los diversos problemas que surgen en la convivencia cotidiana.

REDES SOCIALES, personas con las que un individuo comparte sus impresiones y necesidades cotidianas, le asigna identidad social y le proporcionan apoyo emocional, asistencia material, bienes y revelaciones.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS PRINCIPAL

La relación entre el soporte social y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II es que: a mayor soporte social; mejor adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019

3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

1. La relación entre el soporte social en referencia al apoyo afectivo /informativo y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II es que: a **mayor soporte social en referencia al apoyo afectivo /informativo**; mejor adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019
2. La relación entre el soporte social en referencia a la interacción social positiva y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II es que: a **mayor soporte social en referencia a la interacción social positiva**; mejor adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019
3. La relación entre el soporte social en referencia al apoyo instrumental y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II es que: a **mayor soporte social en referencia al apoyo instrumental**; mejor adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019

3.3. VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Soporte social

VARIABLE DEPENDIENTE:

Adherencia al tratamiento

VARIABLES DE INTERVINIENTES:

Edad

Sexo

Nivel educativo

Número de hijos

Tiempo de enfermedad

Estado civil

3.3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE 1: SOPORTE SOCIAL

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
SOPORTE SOCIAL	Son las relaciones con otras personas por las cuales los individuos reciben ayuda emocional, material o de información, para enfrentar situaciones vinculadas a la diabetes mellitus tipo II que generan stress emocional	APOYO AFECTIVO /INFORMACIONAL	Expresión de afecto y comprensión empática; y el informacional referido a la guía, consejo e información recibida de otras personas.	Con quien hablar	CUALITATIVO ORDINAL	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Quien le aconseje		
				Quien le informe		
				Con quien hablar de sí mismo		
				El que le muestre afecto		
				De quien desee un consejo		
				El que le abrace		
				Con el que comparte sus problemas		
				El que le aconseja como resolver sus problemas		
				El que comprenda sus problemas		
El que le hace sentirse querido						

		INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA	Disponibilidad para reunirse, divertirse o pasarlo bien, tener a alguien con quien poder relajarse.	Con quien relajarse		
				Con quien olvidar sus problemas		
				Con quién divertirse		
				Con quién pasar un buen rato		
		APOYO INSTRUMENTAL	La provisión de ayuda material o tangible que pueda recibir la persona que padece diabetes tipo II.	Quien le ayude cuando está en cama		
				Quien le lleve al médico		
				Quien le prepare la comida		
				Quien le ayude en las tareas domésticas		

VARIABLE 2: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Es la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el profesional sanitario referentes al tratamiento farmacológico y las medidas no farmacológicas, incluyendo las modificaciones en el estilo de vida y el autoanálisis de glucemia capilar	CAUTELA	Es tomar todas las medidas que reduzcan la posibilidad de incurrir en alguna alteración o falta al tratamiento	Olvido de tomar los medicamentos	CUALITATIVO ORDINAL	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Descuido con las horas de la toma de los medicamentos		
		RIGUROSIDAD	Es cumplir con las pautas terapéuticas de forma inflexible, es la rectitud en dosis, horarios, raciones, etc.	Interrupción de la terapia por haber dejado los medicamentos		
				Dejar los medicamentos por razones distintas a la indicación médica		
		NO SUPEDITARSE A LOS SÍNTOMAS	Es no variar la terapia establecida ante el cese, aparición, reducción o severidad de los síntomas.	Dejar medicamentos por sentirse mejor		
				Dejó medicamentos por sentirse peor		
				Tomar comprimidos por su iniciativa		

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

La investigación realizada corresponde al método científico debido a que es objetivo, los datos han sido recolectados evitando todo tipo de alteración por intromisión de las subjetividades; es reproducible, si se siguen los procedimientos del estudio se encontrarán los mismos resultados, Es analítico, porque se ha disgregado las variables en sus componentes para alcanzar una comprensión profunda de los mecanismos subyacentes que operan y provocan la asociación de una variable sobre la otra. Se basa también en el principio de falsabilidad, de forma que los resultados encontrados solo tienen valor provisional, hasta que surjan nuevas evidencias que contradigan a los hallazgos.

Método inductivo; porque reuniendo sucesos individuales sobre: el soporte social y la adherencia al tratamiento se alcanzaron conclusiones y proposiciones generales como, que determinado grado de soporte social incrementa la adherencia al tratamiento al disponer del apoyo y colaboración de la red social próxima.

Método deductivo; porque al considerar teoría de Estrés y Afrontamiento Familiar Doble ABCX, pudimos dar razón lógica y orden a los datos individuales registrados sobre el soporte social y la adherencia al tratamiento, destacando la asociación

directamente proporcional entre el soporte social y la adherencia al tratamiento antidiabético (98).

Estadístico - inferencial, porque en el estudio se estimaron parámetros a partir de estadígrafos calculados en la muestra (99).

.

4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio realizado fue: básico, cuantitativo, transversal y observacional.

Básico, porque los conocimientos generados no poseen aplicación práctica inmediata, el propósito fundamental de la investigación es ampliar la comprensión sobre las variables; además el estudio no generará ningún valor económico que pueda ser transable.

Cuantitativo, a pesar que las variables son de tipo ordinal, la escala de medición fue transformada de ordinal a escala de razón y proporción; dicho de otra manera, se hizo una asignación de magnitudes numéricas a hechos cualitativos ordinales, para luego ser procesarlos con mayor objetividad y rigurosidad metodológica.

Transversal, los datos fueron recolectados en un solo momento y en una única vez.

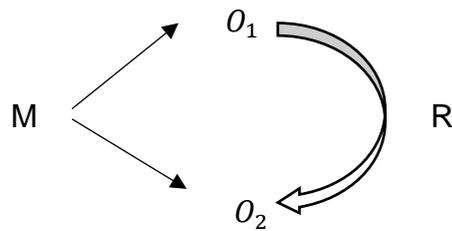
Observacional, los investigadores se restringieron a examinar los datos tal como aparecían en la realidad (100).

4.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio realizado fue de nivel correlacional, porque se evaluaron dos variables y se determinó si existe relación estadística entre ambas (correlación); también se presume que la correspondencia entre estas variables no es casual, además no se hizo ninguna manipulación de las variables (101).

4.4. DISEÑO

La investigación realizada corresponde a un estudio descriptivo correlacional que se representa con el siguiente esquema:



Donde:

O_1 = Conjunto de datos en referencia al soporte social.

O_2 = Conjunto de datos en referencia a la adherencia al tratamiento.

R = Relación existente entre ambas variables.

Según “Metodología de la Investigación Científica” Carrasco (101)

4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.5.1. POBLACIÓN

La población de referencia fueron 170 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II que se hallaban registrados en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud de Chilca, y que cumplían con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

4.5.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Pacientes que aceptaron participar voluntariamente en el estudio y firmaron el consentimiento informado.
2. Pacientes que asistían de forma regular sus controles médicos.
3. Pacientes que se encontraban estables.
4. Pacientes que tenían una edad entre 35 y 75 años.

4.5.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes que se mostraban poco colaboradores con el estudio.
2. Pacientes que presentaban otras patologías además de la diabetes mellitus tipo II.
3. Pacientes que tenían algún problema psicológico/psiquiátrico diagnosticado.
4. Pacientes con menos de 2 meses de diagnóstico de la diabetes mellitus tipo II.

4.5.2. MUESTRA

Para seleccionar a las pacientes que conformaron la muestra, se utilizó el método del muestreo aleatorio simple, de forma preliminar se calculó el tamaño muestral utilizando la fórmula de tamaño muestral por proporciones, que responde a la siguiente expresión matemática:

$$n = \frac{N * p * q * (Z_{\alpha/2})^2}{e^2(N-1) + p * q * (Z_{\alpha/2})^2} \dots\dots\dots \text{(Ecuación 01)}$$

Donde:

- $Z_{\alpha/2}$: Z correspondiente al nivel de confianza elegido, que para el estudio fue de 95% (1.96).
- p : Proporción de pacientes con buen soporte social y con adecuada adherencia al tratamiento (88 %, de acuerdo a Escobar M, 2014)
- q : Proporción de madres con buen soporte social y con inadecuada adherencia al tratamiento (12%)
- e : Error de estimación será de 0.05.

Reemplazando los valores en la ecuación 01, se tiene:

$$n = \frac{170 * 0.88 * 0.12 * 1.96^2}{0.05^2 * (170 - 1) + 0.88 * 0.12 * 1.96^2}$$

Resolviendo:

$$\begin{aligned} n &= \frac{170 * 0.1056 * 3.84}{0.0025 * (169) + 0.1056 * 3.84} \\ n &= \frac{68.964}{0.4225 + 0.4057} \\ n &= \frac{68.96}{0.828} \\ n &= 83.27 \\ n &= 83 \end{aligned}$$

Para prevenir posibles pérdidas de elementos de la muestra por diversos motivos, consideramos a 85 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca.

4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.6.1. PARA VALORAR EL APOYO SOCIAL

Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado “Cuestionario de Apoyo Social MOS” elaborado por; Sherbourne C, Stewart A, en 1991 (102). El instrumento consta de 20 preguntas en escala tipo Likert, la escala se divide en tres sub-escalas que miden apoyo de afecto y comunicación con 12 reactivos (1 al 12), interacción social positiva con 4 reactivos (13 al 16) y el apoyo instrumental con 4 reactivos (17 al 20).

Para cada una de los ítems se ofrece las siguientes opciones: 0 = nunca, 1 = algunas veces, 2 = de forma regular, 3 = casi siempre y 4 = siempre.

Para darle interpretación a los resultados, se suman los valores de cada uno de los ítems y se define del siguiente modo: de (0 a 16) = ningún soporte social, de (16.1 a 32) = bajo soporte social, de (32.1 a 48) = regular soporte social, de (48.1 a 64) = alto soporte social y de (64.1 a 80) = muy alto soporte social.

La validez fue comprobada en diversos estudios aplicados en países latinoamericanos por análisis factorial con un KMO = 0.91 y una significancia del índice de la esfericidad de Bartlett de 0.001 (103). Del mismo modo la confiabilidad fue confirmada con un alfa de Cronbach de 0.90 (104).

Como no existen estudios locales que hallan comprobado la validez y confiabilidad de este instrumento, se recurrió a la realización de una prueba piloto en 30 pacientes diabéticos de la Micro Red de Salud El Tambo, con esos datos realizó un análisis factorial para comprobar su validez por constructo y se calculará el alfa de Cronbach para verificar su confiabilidad; de forma previa se recurrió a 4 expertos para corroborar la validez de contenido, los expertos fueron profesionales en enfermería con experiencia en manejo de pacientes diabéticos.

4.6.2. PARA VALORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado “Medida de adhesión al tratamiento (MAT)” elaborado por; Barata A, Lima M, en el 2001 en Lisboa, Portugal (105). El instrumento consta de 7 preguntas en escala tipo Likert, la escala se divide en tres sub-escalas que miden cautela en el tratamiento con 2 reactivos (1 y 2), rigurosidad en el tratamiento con 2 reactivos (3 y 4) y no supeditarse a los síntomas en el manejo del tratamiento con 3 reactivos (5 al 7).

Para cada una de los ítems se ofrece las siguientes opciones: 0 = nunca, 1 = algunas veces, 2 = de forma regular, 3 = casi siempre y 4 = siempre.

Para darle interpretación a los resultados, se suman los valores de cada uno de los ítems y se define del siguiente modo: de (0 a 5.6) = muy mala adherencia, de (5.7 a 11.2) = mala adherencia, de (11.3 a 16.8) = regular adherencia, de (16.9 a 22.4) = buena adherencia y de (22.5 a 28) = muy buena adherencia.

La validez de constructo fue comprobada por Calip G, Hubbard R, Stergachis A, Malone K, Gralow J, Boudreau D, en el 2015, por análisis factorial con un KMO = 0.92 y una significancia del índice de la esfericidad de Bartlet de 0.001 (77). De la misma forma la confiabilidad fue confirmada con un alfa de Cronbach de 0.89 (70)

Como no existen estudios locales que hayan comprobado la validez y confiabilidad este instrumento, se recurrió a la realización de una prueba piloto en 30 pacientes diabéticos de la Micro Red de Salud El Tambo, con esos datos realizó un análisis factorial para comprobar su validez por constructo y se calculará el alfa de Cronbach para verificar su confiabilidad; de forma previa se recurrió a 4 expertos para corroborar la validez de contenido, los expertos fueron profesionales en enfermería con experiencia en manejo de pacientes diabéticos.

4.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

PROCESAMIENTO DESCRIPTIVO DE DATOS

Con los datos obtenidos se construyó una base de datos en el programa Microsoft office Excel 2019, la cual fue exportado al programa estadístico SPSS v.25 para Windows para su análisis.

Para determinar el soporte social, se contabilizaron los puntajes obtenidos y se construyeron tablas de frecuencia de forma global y para cada una de las dimensiones, se calcularon estadísticos descriptivos y se buscaron variaciones para cada una de las variables de contraste.

Para establecer la adherencia al tratamiento, se sumaron los puntajes obtenidos en cada uno de los ítems con lo que se construyeron tablas de frecuencia y gráficos de forma global y para cada una de las dimensiones, se hallaron estadísticos descriptivos y se indagaron diferencias para cada una de las variables de comparación.

PROCESAMIENTO INFERENCIAL DE DATOS

Para comprobar la asociación entre el soporte social y la adherencia al tratamiento, se calculó el coeficiente de correlación “r de Pearson” y después para estos estadísticos se plantearán hipótesis estadísticas que fueron confirmadas a través de la prueba de hipótesis; de manera anticipada se evaluó la normalidad de los datos. Se utilizó el “p value” como criterio de significancia para las pruebas estadísticas aplicadas ($\alpha \leq 0.05$).

También se utilizó la prueba t para correlaciones, para establecer si el coeficiente de correlación encontrado en la muestra refleja a la correlación hallada en la población.

PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA PROBAR LAS HIPÓTESIS

- Se estableció la hipótesis nula y la alterna (H_0 , H_1).
- Se comprobó la normalidad y homocedasticidad de los datos.
- Se eligió el tipo de prueba utilizar.
- Se estableció el nivel de confianza ($\alpha = 0.05$)
- Se determinó el valor de prueba, de acuerdo a la tabla.
- Se contrastó el valor calculado con el valor de prueba establecida.
- Se interpretó el resultado.

4.8. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación realizada se orientó de forma estricta a los siguientes principios bioéticos:

Autonomía, solo participaron en la investigación los pacientes que aceptaron intervenir espontáneamente, no se incidió en ningún tipo de imposición, para asegurar esto se informó de forma comprensible todo lo concerniente a la investigación a todas las personas incluidas, asimismo se usó el consentimiento informado.

Beneficencia, el estudio se orienta a incrementar el bienestar de los pacientes diabéticos respaldándonos en la ayuda de la red social; además la investigación es metodológicamente válida y las conclusiones junto a la aplicación de las recomendaciones será beneficiosa.

No maleficencia, la investigación no incurrió en actos que perjudique y/o empeore la situación de los pacientes diabéticos, se aplicó en todo momento las normas del comité de ética de la universidad.

Justicia, se trató a todos los pacientes participantes por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico, etc. en todo momento se hizo un uso racional de los recursos.

También, se reparó en las perspectivas éticas para la investigación científica instituidos por la universidad:

Art, 27°, Principios que rigen la actividad investigativa

Protección de la persona y de diferentes grupos étnicos y socio culturales. Consentimiento informado y expreso. Beneficencia y no maleficencia. Protección al medio ambiente y el respeto de la biodiversidad. Responsabilidad y Veracidad

Art. 28°. Normas de comportamiento ético de quienes investigan

Ejecutamos nuestra investigación pertinente, y coherente con las líneas de Investigación. Procedimos con rigor científico asegurando la validez, la fiabilidad y credibilidad de nuestras fuentes y datos de dicha Investigación. Asumimos la responsabilidad de la investigación, siendo conscientes de las consecuencias individuales, sociales y académicas que se derivan de la misma. Garantizamos la confidencialidad y anonimato de las personas involucradas en la investigación, excepto cuando se acuerde lo contrario. Cumplimos con las normas institucionales, nacionales e internacionales que regulen la investigación, como las que velan por la protección de los sujetos humanos. En las publicaciones científicas, evitamos faltas deontológicas. Publicaremos nuestro trabajo de investigación en estricto y normas referidas al derecho de autor.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

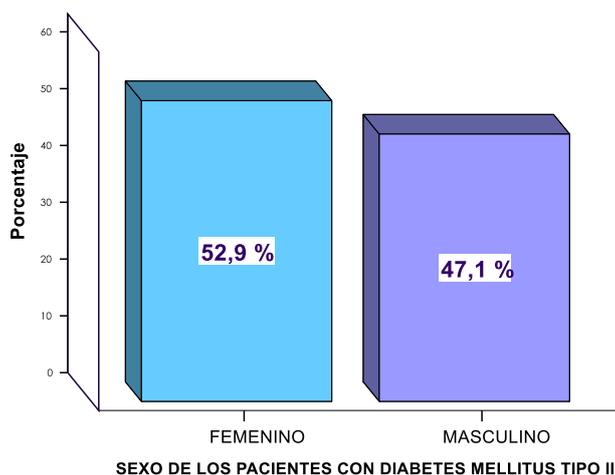
5.1.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

TABLA 1: SEXO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019

	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	45	52,9
MASCULINO	40	47,1
Total	85	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019.
Elaboración: Propia.

FIGURA 1: SEXO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019.
Elaboración: Propia.

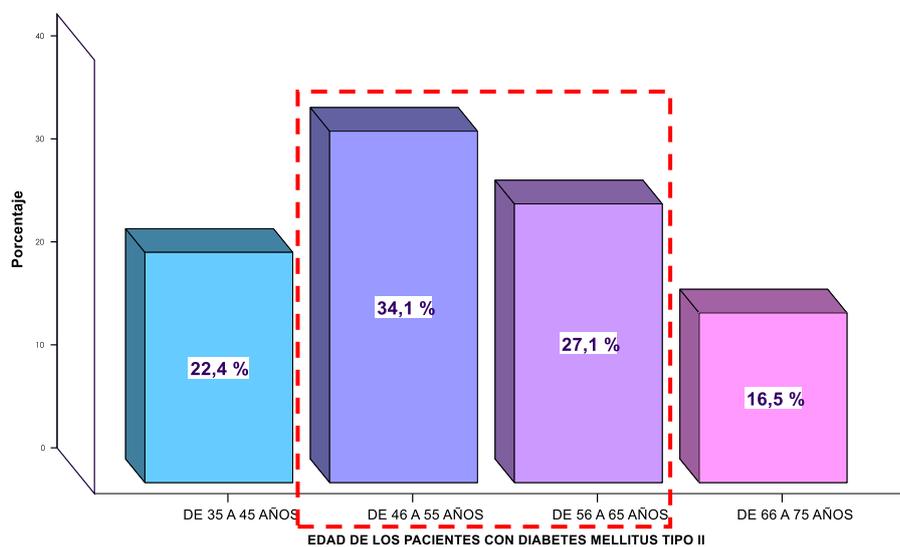
En la Tabla 1, Figura 1, se observa que de 85(100 %), 45(52.9 %) de los pacientes con diabetes mellitus tipo II son mujeres.

TABLA 2: EDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019

	Frecuencia	Porcentaje
De 35 a 45 años	19	22,4
De 46 a 55 años	29	34,1
De 56 a 65 años	23	27,1
De 66 a 75 años	14	16,5
Total	85	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019.
Elaboración: Propia.

FIGURA 2: EDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019.
Elaboración: Propia.

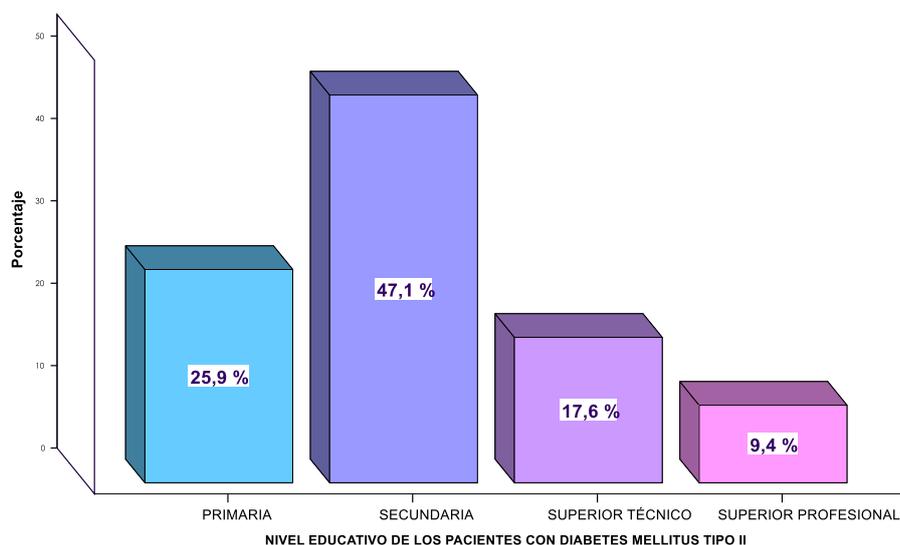
En la Tabla 2, Figura 2, se observa que de 85(100 %), 52(61.2 %) de los pacientes con diabetes mellitus tipo II tienen una edad entre 46 y 65 años.

TABLA 3: NIVEL EDUCATIVO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	22	25,9
Secundaria	40	47,1
Superior técnico	15	17,6
Superior profesional	8	9,4
Total	85	100,0

*Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019.
Elaboración: Propia.*

FIGURA 3: NIVEL EDUCATIVO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019



*Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019.
Elaboración: Propia.*

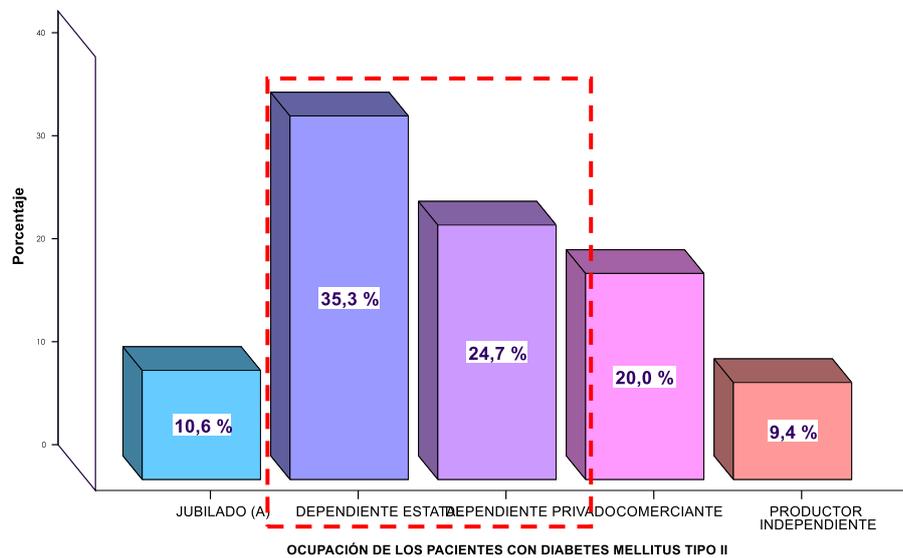
En la Tabla 3, Figura 3, se observa que de 85(100 %), 40(47.1 %) de los pacientes con diabetes mellitus tipo II tienen un nivel educativo de secundaria.

TABLA 4: OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019

	Frecuencia	Porcentaje
Jubilado (a)	9	10,6
Dependiente estatal	30	35,3
Dependiente privado	21	24,7
Comerciante	17	20,0
Productor independiente	8	9,4
Total	85	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019.
Elaboración: Propia.

FIGURA 4: OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019.
Elaboración: Propia.

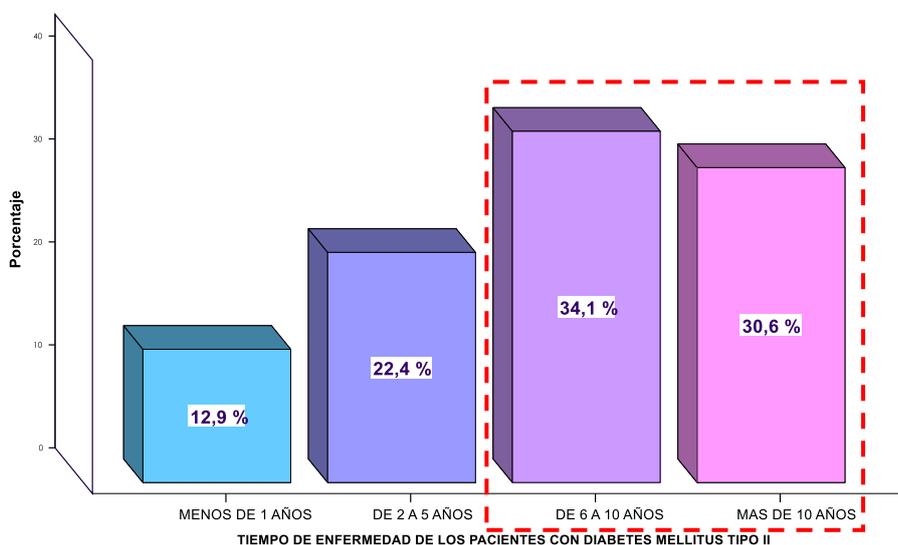
En la Tabla 4, Figura 4, se observa que de 85(100 %), 51(60 %) de los pacientes con diabetes mellitus tipo II tienen una ocupación de dependientes ya sea estatales o privados.

TABLA 5: TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 años	11	12,9
De 2 a 5 años	19	22,4
De 6 a 10 años	29	34,1
Mas de 10 años	26	30,6
Total	85	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019.
Elaboración: Propia.

FIGURA 5: TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019.
Elaboración: Propia.

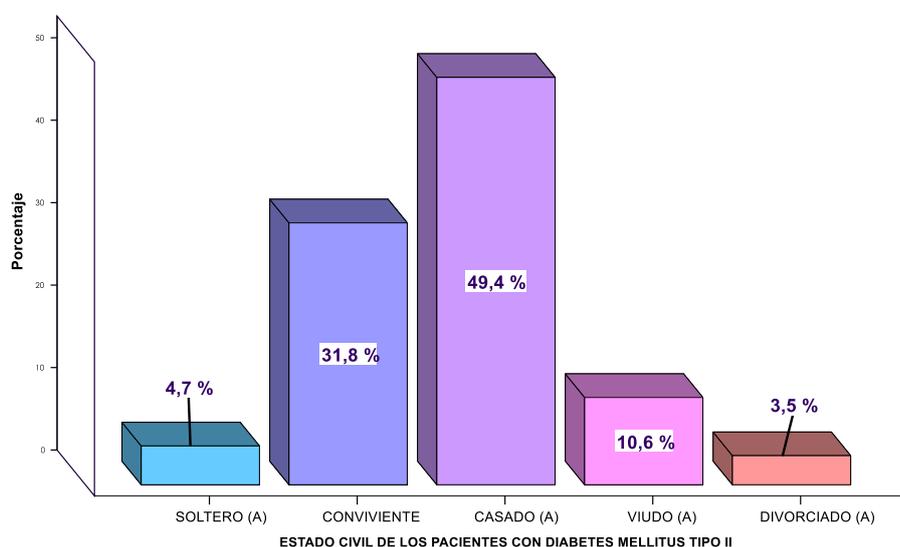
En la Tabla 5, Figura 5, se observa que de 85(100 %), 55(64.7 %) de los pacientes con diabetes mellitus tipo II tienen un tiempo de enfermedad de 6 años a más.

TABLA 6: ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero (a)	4	4,7
Conviviente	27	31,8
Casado (a)	42	49,4
Viudo (a)	9	10,6
Divorciado (a)	3	3,5
Total	85	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019.
Elaboración: Propia.

FIGURA 6: ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019.
Elaboración: Propia.

En la Tabla 6, Figura 6, se observa que de 85(100 %), 42(49.4 %) de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, son casados.

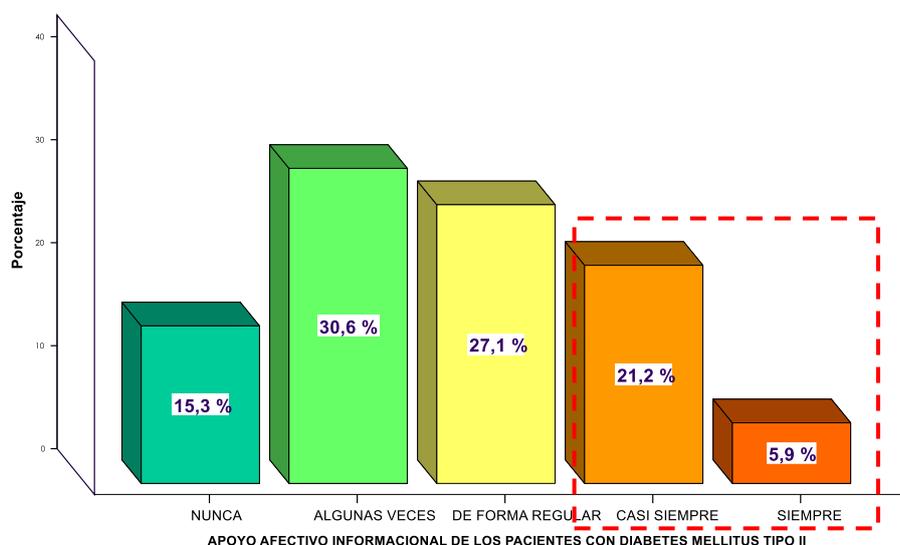
5.1.2. CARACTERÍSTICAS DEL SOPORTE SOCIAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

TABLA 7: SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA AL APOYO AFECTIVO INFORMACIONAL DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	13	15,3
Algunas veces	26	30,6
De forma regular	23	27,1
Casi siempre	18	21,2
Siempre	5	5,9
Total	85	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019.
Elaboración: Propia.

FIGURA 7: SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA AL APOYO AFECTIVO INFORMACIONAL DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019.
Elaboración: Propia.

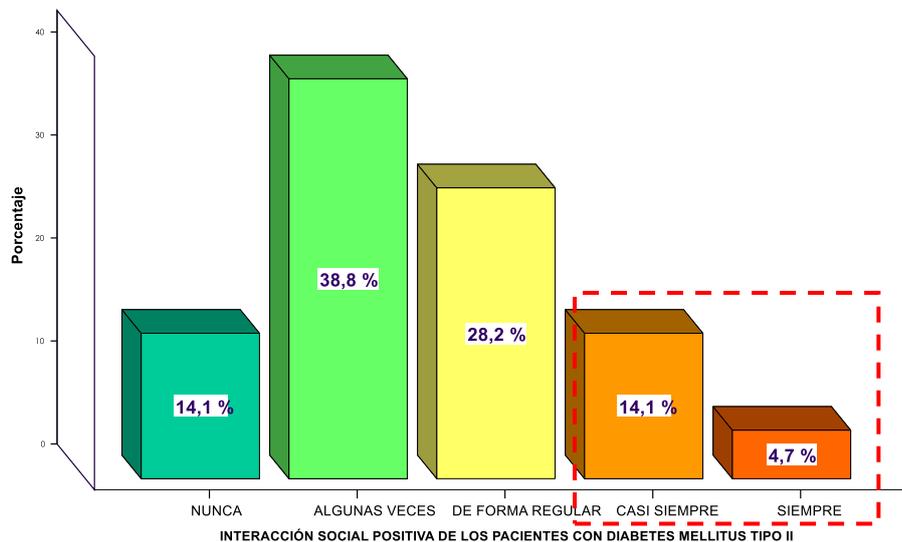
En la Tabla 7, Figura 7, se observa que de 85(100 %), 23(27.1 %) de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren tener apoyo afectivo informacional siempre o casi siempre.

TABLA 8: SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA A LA INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	12	14,1
Algunas veces	33	38,8
De forma regular	24	28,2
Casi siempre	12	14,1
Siempre	4	4,7
Total	85	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019.
Elaboración: Propia.

FIGURA 8: SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA A LA INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019.
Elaboración: Propia.

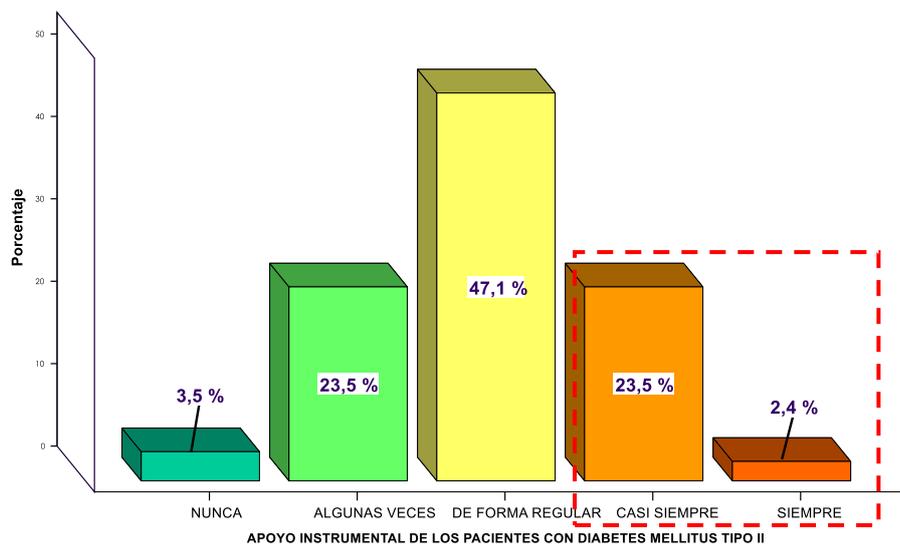
En la Tabla 8, Figura 8, se observa que de 85(100 %), 16(18.8 %) de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren tener interacción social siempre o casi siempre.

TABLA 9: SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA AL APOYO INSTRUMENTAL DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	3	3,5
Algunas veces	20	23,5
De forma regular	40	47,1
Casi siempre	20	23,5
Siempre	2	2,4
Total	85	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019.
Elaboración: Propia.

FIGURA 9: SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA AL APOYO INSTRUMENTAL DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019.
Elaboración: Propia.

En la Tabla 9, Figura 9, se observa que de 85(100 %), 22(25.9 %) de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren tener apoyo instrumental siempre o casi siempre.

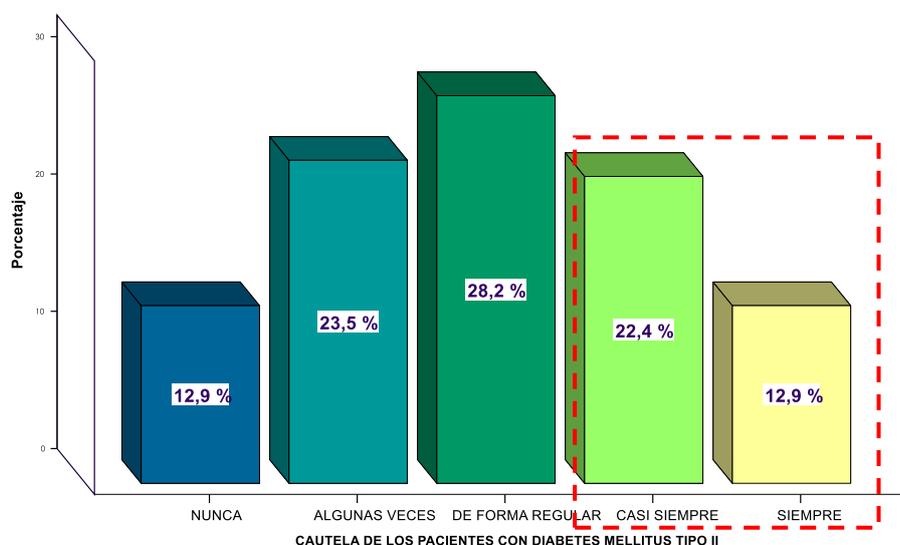
5.1.3. CARACTERÍSTICAS DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

TABLA 10: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN REFERENCIA A LA CAUTELA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	11	12,9
Algunas veces	20	23,5
De forma regular	24	28,2
Casi siempre	19	22,4
Siempre	11	12,9
Total	85	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019.
Elaboración: Propia.

FIGURA 10: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN REFERENCIA A LA CAUTELA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019.
Elaboración: Propia.

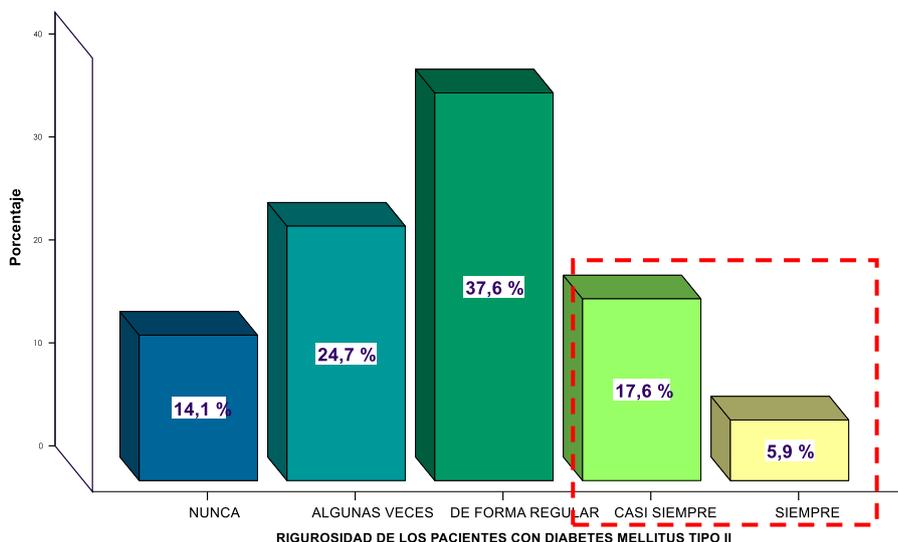
En la Tabla 9, Figura 9, se observa que de 85(100 %), 30(35.3 %) de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren tener cautela con su tratamiento siempre o casi siempre.

TABLA 11: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN REFERENCIA A LA RIGUROSIDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	12	14,1
Algunas veces	21	24,7
De forma regular	32	37,6
Casi siempre	15	17,6
Siempre	5	5,9
Total	85	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019.
Elaboración: Propia.

FIGURA 11: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN REFERENCIA A LA RIGUROSIDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019.
Elaboración: Propia.

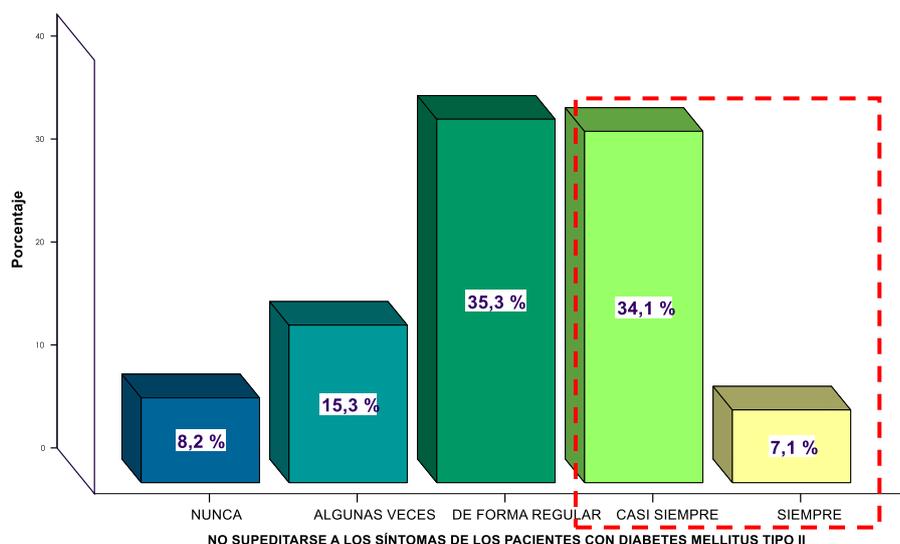
En la Tabla 11, Figura 11, se observa que de 85(100 %), 33(38.8 %) de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren tener rigurosidad con su tratamiento siempre o casi siempre.

TABLA 12: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN REFERENCIA A NO SUPEDITARSE A LOS SÍNTOMAS EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	7	8,2
Algunas veces	13	15,3
De forma regular	30	35,3
Casi siempre	29	34,1
Siempre	6	7,1
Total	85	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019.
Elaboración: Propia.

FIGURA 12: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN REFERENCIA NO SUPEDITARSE A LOS SÍNTOMAS EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019



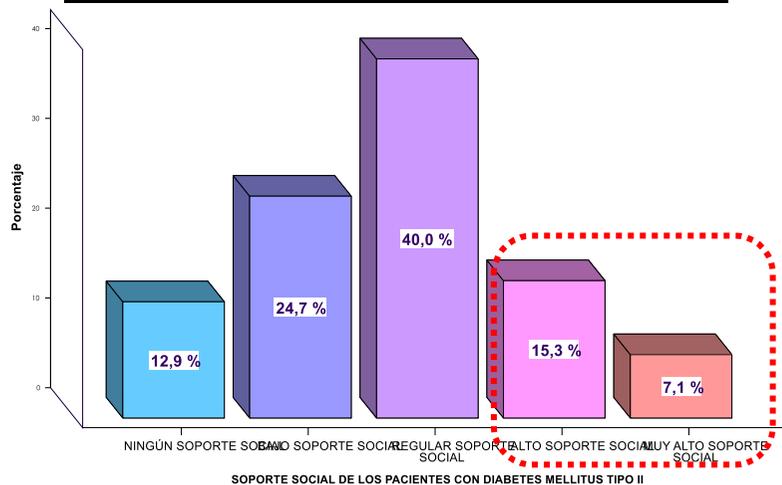
Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019.
Elaboración: Propia.

En la Tabla 12, Figura 12, se observa que de 85(100 %), 35(41.2 %) de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren no supeditarse a los síntomas en su tratamiento siempre o casi siempre.

TABLA 13: CONSOLIDADO DE SOPORTE SOCIAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2019

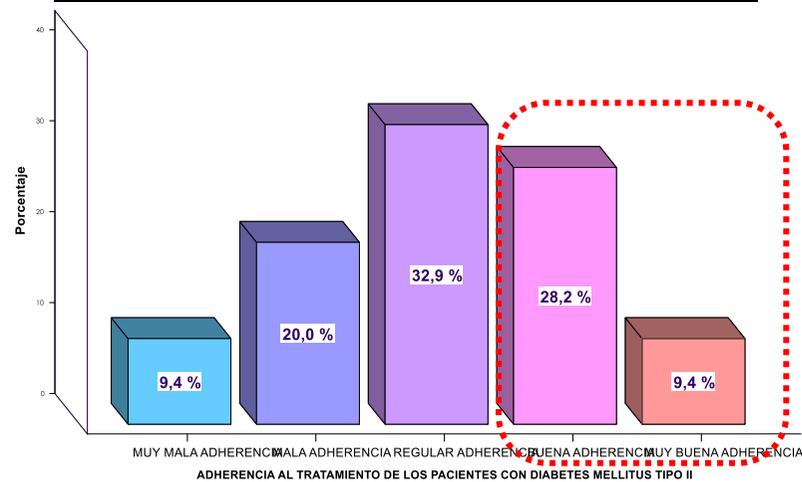
SOPORTE SOCIAL

	Frecuencia	Porcentaje
Ningún soporte social	11	12,9
Bajo soporte social	21	24,7
Regular soporte social	34	40,0
Alto soporte social	13	15,3
Muy alto soporte social	6	7,1
Total	85	100,0



ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

	Frecuencia	Porcentaje
Muy mala adherencia	8	9,4
Mala adherencia	17	20,0
Regular adherencia	28	32,9
Buena adherencia	24	28,2
Muy buena adherencia	8	9,4
Total	85	100,0



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019.
Elaboración: Propia.

En la Tabla 13, se observa que: de 85(100 %), 19 (22.4 %) de los pacientes con DM tipo II, refieren tener un alto o muy alto soporte social, Asimismo, de 85(100 %), 32 (37.6 %) de los pacientes con DM tipo II, refieren tener una buena o muy buena adherencia al tratamiento.

5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

5.2.1. PRUEBA DE NORMALIDAD

TABLA 14: PRUEBA DE NORMALIDAD PARA LOS DATOS CONSOLIDADOS DE SOPORTE SOCIAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DIABETES MELLITUS TIPO II

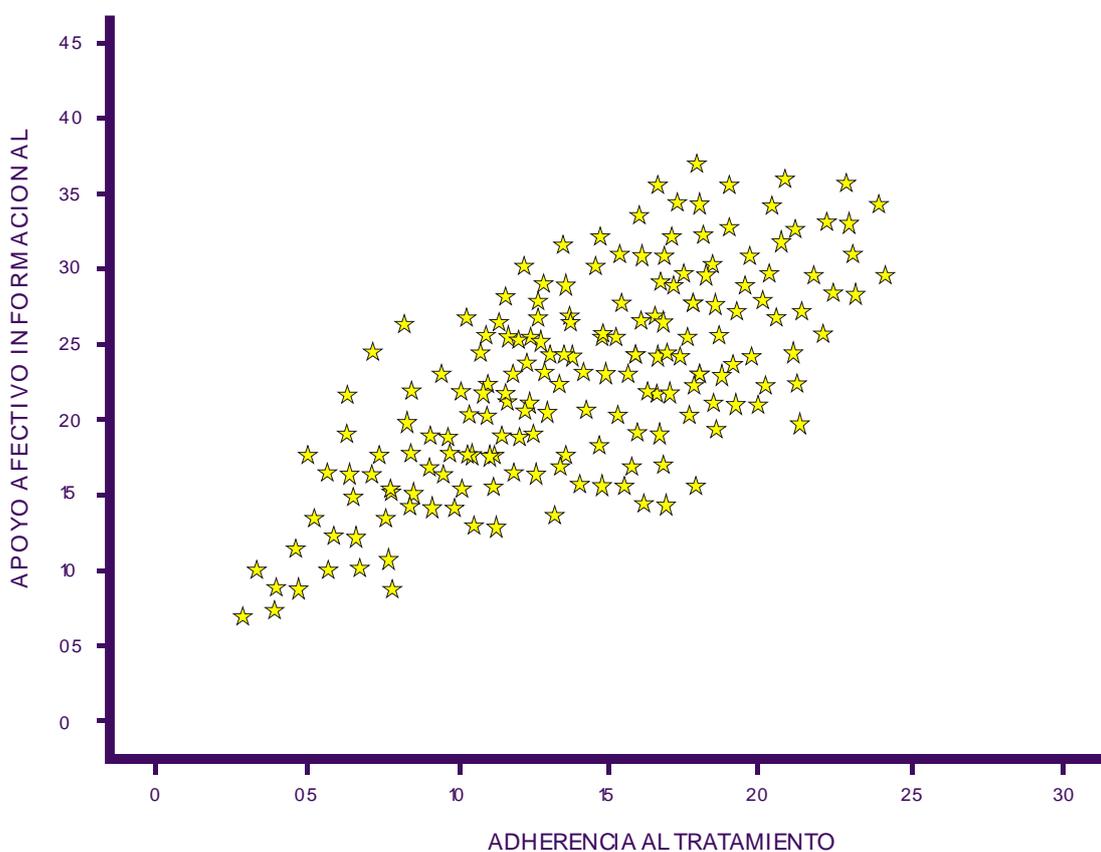
	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
SOPORTE SOCIAL EN DIABETES MELLITUS TIPO II	,091	85	,157	,912	85	,183
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DIABETES MELLITUS TIPO II	,087	85	,162	,973	85	,179

En la tabla 14, se demuestra; de acuerdo a la prueba de kolmogorov-Smirnov, que los datos: consolidados de la variable soporte social y la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo II reflejan tener distribución normal [ya que el valor de la significancia es mayor a 0.05 para ambos casos], no se puede rechazar la presunción de no normalidad en consecuencia se afirma que los datos de estas variables poseen distribución normal y es apropiado utilizar pruebas estadísticas paramétricas para su análisis.

5.2.2. CORRELACIÓN ENTRE EL SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA AL APOYO AFECTIVO INFORMACIONAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II.

Se procedió a realizar un análisis gráfico entre la primera dimensión del soporte social y la adherencia al tratamiento; elaborándose el siguiente FIGURA de puntos de dispersión.

FIGURA 13: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE EL SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA AL APOYO AFECTIVO INFORMACIONAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II



En la Figura 13, se observa la asociación directamente proporcional entre el soporte social en referencia al apoyo afectivo informacional y la adherencia al tratamiento; en base a la figura podemos afirmar que existe correspondencia directa entre el soporte social en referencia al apoyo afectivo informacional y la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo II.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “a **mayor soporte social en referencia al apoyo afectivo informacional**; mejor adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la r de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 15).

TABLA 15: RELACIÓN ENTRE EL SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA AL APOYO AFECTIVO INFORMACIONAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

		ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
APOYO AFECTIVO INFORMACIONAL	Correlación de Pearson	.482
	Sig. (bilateral)	.000
	N	85

En la Tabla 15, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado positivo para la relación entre el soporte social en referencia al apoyo afectivo informacional y la adherencia al tratamiento ($r = 0,482$); con un nivel de significancia de 0,000 [que es por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando se incrementan el soporte social en referencia al apoyo afectivo informacional, mejora la adherencia al tratamiento; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

PRUEBA DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

Disposición 01: Designación de la demostración estadística a aplicar

Interponemos la prueba t para encontrar un parámetro de reciprocidad, para lo cual procedemos a utilizar el siguiente modelo matemático:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Recurrimos a esta prueba t para establecer si el valor distinguido de $r = 0.482$ es manifestación competente con 85 indagaciones, para derivar que el auténtico valor de la correlación ρ en la población es desigual de cero.

Disposición 02: Proposición de hipótesis estadísticas

H_0 : No existe relación alguna entre el soporte social en referencia al apoyo afectivo informacional y la adherencia al tratamiento, o la verdadera correlación es cero: $\rho = 0$

H_1 : Existe una relación entre el soporte social en referencia al apoyo afectivo informacional y la adherencia al tratamiento, o la verdadera correlación no es cero: $\rho \neq 0$

Disposición 03: Requisitos para disponer la prueba paramétrica designada

Convenido a que la hipótesis nula es una prueba de que ρ es o no cero, la prueba t puede usarse cuando se consuman los sucesivos postulados de reciprocidad:

- La muestra fue escogida de forma estocástica.
- Las dos variables, X y Y, viran conexas en un repartimiento unido que está asignada de cualidad normal, denominada repartición bivariada normal.

Una y otra consideración se han efectuado

Disposición 04: Valor del límite de equivocación.

Se eligió $\alpha = 0.05$ para el análisis.

Disposición 05: Pauta de arbitraje

Los grados de libertad son $n - 2 = 85 - 2 = 83$. El valor de la distribución t con 83 grados de libertad que fracciona la superficie en 95 % céntrico, donde los confines bajo y alto del 5 % son, alrededor de, 1.983 (usando el valor de 83 grados libertad en la tabla de distribución t). Consecuentemente, se impugna la hipótesis nula de correspondencia cero, si (valor absoluto) el valor observado de t es mayor que 1.983.

Disposición 06: Procesamiento matemático

La concreción es:

$$t = \frac{0.482 \sqrt{83}}{\sqrt{1 - 0.482^2}} = 5.012$$

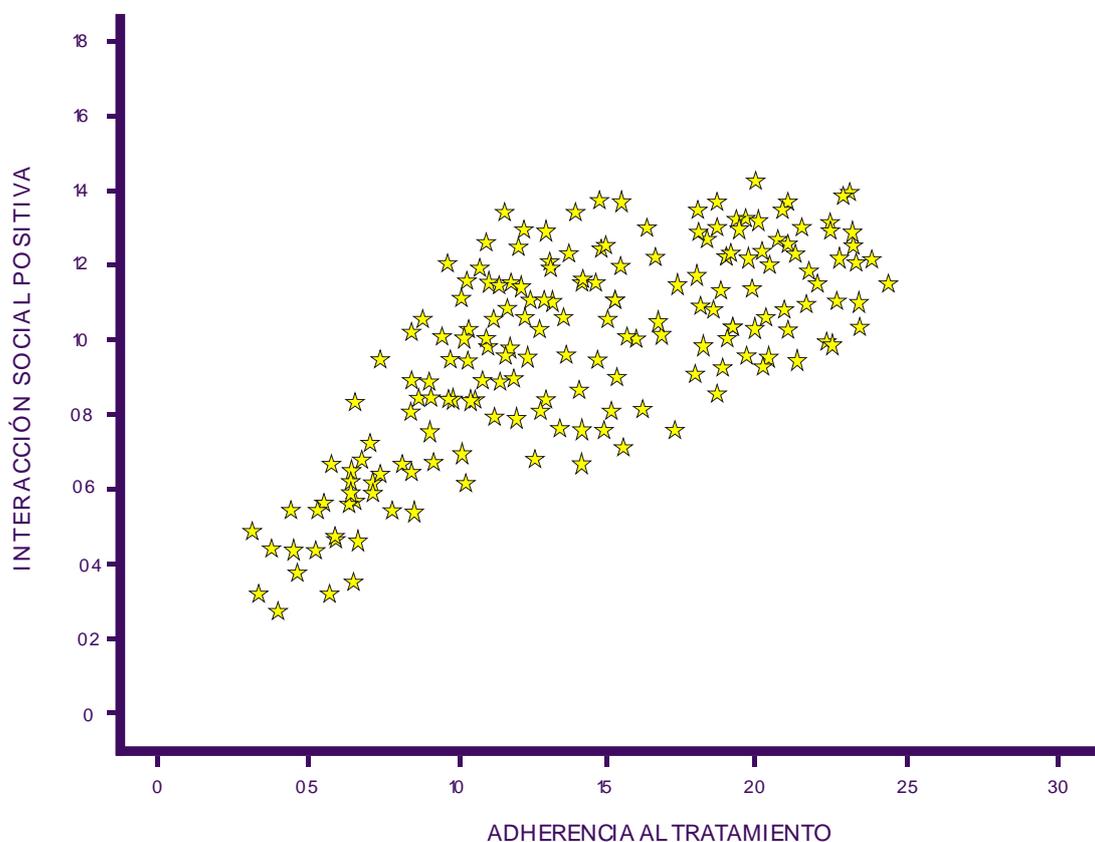
Disposición 07: Significado del resultado

El valor observado para la proporción t con 83 grados de libertad es de 5.012, que con mucho es mayor a 1.983; consiguientemente, se objeta la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se ultima que la correspondencia entre EL soporte social en referencia al apoyo afectivo informacional y la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo II, es lo adecuadamente amplio para precisar que estas dos variables están coligadas.

5.2.3. CORRELACIÓN ENTRE EL SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA A LA INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II.

Se procedió a realizar un análisis gráfico entre la segunda dimensión del soporte social y la adherencia al tratamiento; elaborándose el siguiente diagrama de puntos de dispersión.

FIGURA 14: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE EL SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA A LA INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II



En la figura 14, se observa la asociación directamente proporcional entre el soporte social en referencia a la interacción social positiva y la adherencia al tratamiento; en base la figura podemos afirmar que existe correspondencia directa entre el soporte social en referencia a la interacción social positiva y la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo II.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “a **mayor soporte social en referencia a la interacción social positiva**; mejor adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la r de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 16).

TABLA 16: RELACIÓN ENTRE EL SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA A LA INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

		ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA	Correlación de Pearson	.475
	Sig. (bilateral)	.000
	N	85

En la Tabla 16, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado positivo para la relación entre el soporte social en referencia **a la interacción social positiva** y la adherencia al tratamiento ($r = 0,475$); con un nivel de significancia de 0,000 [que es por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando se incrementan el soporte social en referencia **a la interacción social positiva**, mejora la adherencia al tratamiento; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

PRUEBA DE LA SEGUNDA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

Disposición 01: Designación de la demostración estadística a aplicar

Interponemos la prueba t para encontrar un parámetro de reciprocidad, para lo cual procedemos a utilizar el siguiente modelo matemático:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Recurrimos a esta prueba t para establecer si el valor distinguido de $r = 0.475$ es manifestación competente con 85 indagaciones, para derivar que el auténtico valor de la correlación ρ en la población es desigual de cero.

Disposición 02: Proposición de hipótesis estadísticas

H_0 : No existe relación alguna entre el soporte social en referencia **a la interacción social positiva** y la adherencia al tratamiento, o la verdadera correlación es cero: $\rho = 0$

H_1 : Existe una relación entre el soporte social en referencia **a la interacción social positiva** y la adherencia al tratamiento, o la verdadera correlación no es cero: $\rho \neq 0$

Disposición 03: Requisitos para disponer la prueba paramétrica designada

Convenido a que la hipótesis nula es una prueba de que ρ es o no cero, la prueba t puede usarse cuando se consuman los sucesivos postulados de reciprocidad:

- La muestra fue escogida de forma estocástica.
- Las dos variables, X y Y, viran conectas en un repartimiento unido que está asignada de cualidad normal, denominada repartición bivariada normal.

Una y otra consideración se han efectuado

Disposición 04: Valor del límite de equivocación.

Se eligió $\alpha = 0.05$ para el análisis.

Disposición 05: Pauta de arbitraje

Los grados de libertad son $n - 2 = 85 - 2 = 83$. El valor de la distribución t con 83 grados de libertad que fracciona la superficie en 95 % céntrico, donde los confines bajo y alto del 5 % son, alrededor de, 1.983 (usando el valor de 83 grados libertad en la tabla de distribución t). Consecuentemente, se impugna la hipótesis nula de correspondencia cero, si (valor absoluto) el valor observado de t es mayor que 1.983.

Disposición 06: Procesamiento matemático

La concreción es:

$$t = \frac{0.475 \sqrt{83}}{\sqrt{1 - 0.475^2}} = 4.918$$

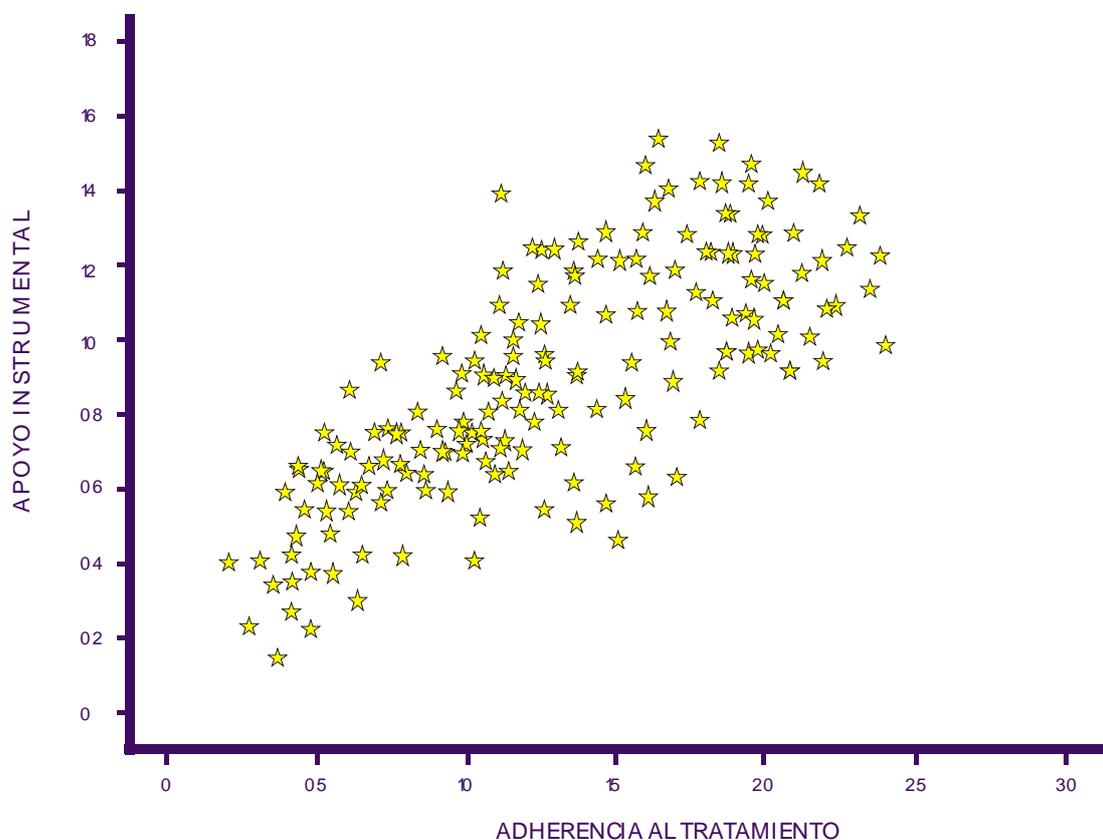
Disposición 07: Significado del resultado

El valor observado para la proporción t con 83 grados de libertad es de 4.918, que con mucho es mayor a 1.983; consiguientemente, se objeta la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se ultima que la correspondencia entre el soporte social en referencia **a la interacción social positiva** y la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo II, es lo adecuadamente amplio para precisar que estas dos variables están coligadas.

5.2.4. CORRELACIÓN ENTRE EL SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA AL APOYO INSTRUMENTAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II.

Se procedió a realizar un análisis gráfico entre la tercera dimensión del soporte social y la adherencia al tratamiento; elaborándose el siguiente diagrama de puntos de dispersión.

FIGURA 15: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE EL SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA AL APOYO INSTRUMENTAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II



En la figura 15, se observa la asociación directamente proporcional entre el soporte social en referencia al apoyo instrumental y la adherencia al tratamiento; en base a la figura podemos afirmar que existe correspondencia directa entre el soporte social en referencia al apoyo instrumental y la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo II.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “a **mayor soporte social en referencia al apoyo instrumental**; mejor adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la r de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 17).

TABLA 17: RELACIÓN ENTRE EL SOPORTE SOCIAL EN REFERENCIA AL APOYO INSTRUMENTAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

		ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
APOYO INSTRUMENTAL	Correlación de Pearson	.490
	Sig. (bilateral)	.000
	N	85

En la Tabla 17, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado positivo para la relación entre el soporte social en referencia **al apoyo instrumental** y la adherencia al tratamiento ($r = 0,490$); con un nivel de significancia de 0,000 [que es por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando se incrementan el soporte social en referencia **al apoyo instrumental**, mejora la adherencia al tratamiento; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

PRUEBA DE LA TERCERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

Disposición 01: Designación de la demostración estadística a aplicar

Interponemos la prueba t para encontrar un parámetro de reciprocidad, para lo cual procedemos a utilizar el siguiente modelo matemático:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Recurrimos a esta prueba t para establecer si el valor distinguido de $r = 0.490$ es manifestación competente con 85 indagaciones, para derivar que el auténtico valor de la correlación ρ en la población es desigual de cero.

Disposición 02: Proposición de hipótesis estadísticas

H_0 : No existe relación alguna entre el soporte social en referencia al apoyo instrumental y la adherencia al tratamiento, o la verdadera correlación es cero: $\rho = 0$

H_1 : Existe una relación entre el soporte social en referencia al apoyo instrumental y la adherencia al tratamiento, o la verdadera correlación no es cero: $\rho \neq 0$

Disposición 03: Requisitos para disponer la prueba paramétrica designada

Convenido a que la hipótesis nula es una prueba de que ρ es o no cero, la prueba t puede usarse cuando se consuman los sucesivos postulados de reciprocidad:

- La muestra fue escogida de forma estocástica.
- Las dos variables, X y Y, viran conectas en un repartimiento unido que está asignada de cualidad normal, denominada repartición bivariada normal.

Una y otra consideración se han efectuado

Disposición 04: Valor del límite de equivocación.

Se eligió $\alpha = 0.05$ para el análisis.

Disposición 05: Pauta de arbitraje

Los grados de libertad son $n - 2 = 85 - 2 = 83$. El valor de la distribución t con 83 grados de libertad que fracciona la superficie en 95 % céntrico, donde los confines bajo y alto del 5 % son, alrededor de, 1.983 (usando el valor de 83 grados libertad en la tabla de distribución t). Consecuentemente, se impugna la hipótesis nula de correspondencia cero, si (valor absoluto) el valor observado de t es mayor que 1.983.

Disposición 06: Procesamiento matemático

La concreción es:

$$t = \frac{0.490 \sqrt{83}}{\sqrt{1 - 0.490^2}} = 5.121$$

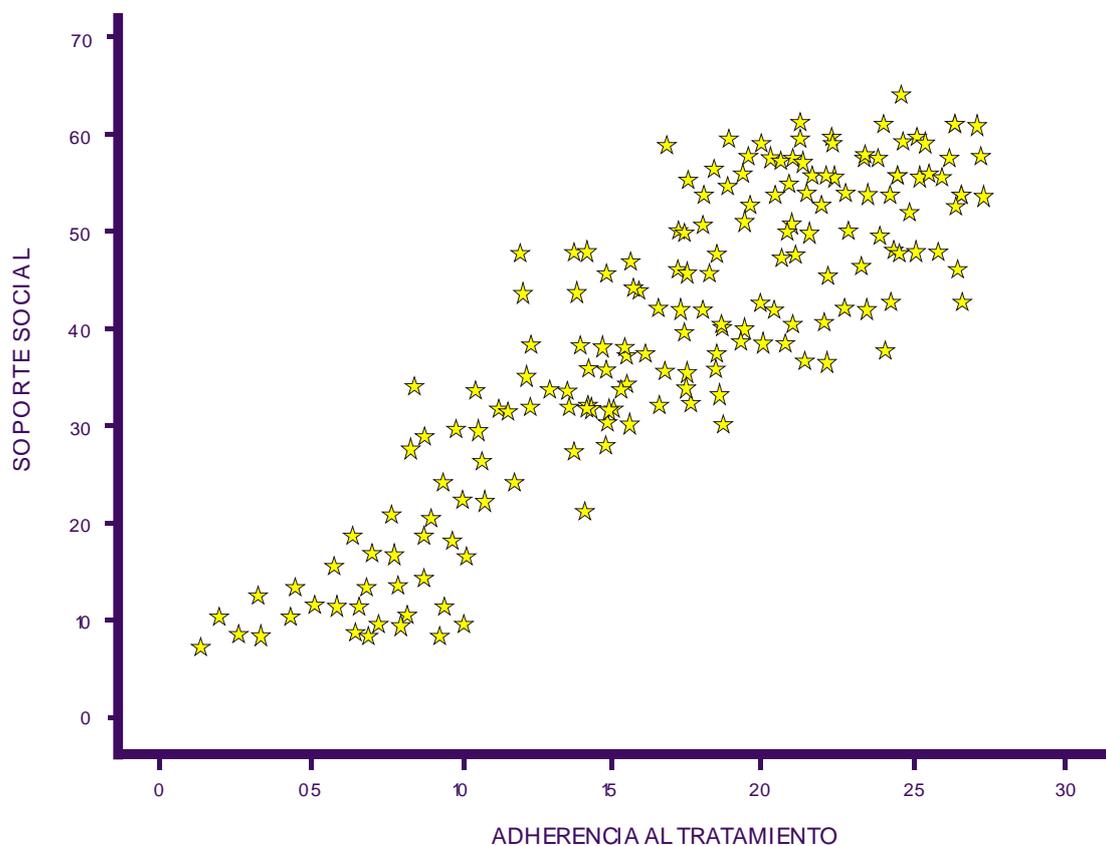
Disposición 07: Significado del resultado

El valor observado para la proporción t con 83 grados de libertad es de 5.121, que con mucho es mayor a 1.983; consiguientemente, se objeta la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se ultima que la correspondencia entre el soporte social en referencia al apoyo instrumental y la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo II, es lo adecuadamente amplio para precisar que estas dos variables están coligadas.

5.2.5. CORRELACIÓN ENTRE EL SOPORTE SOCIAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II.

Se procedió a realizar un análisis gráfico entre el soporte social y la adherencia al tratamiento; elaborándose el siguiente diagrama de puntos de dispersión.

FIGURA 16: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE EL SOPORTE SOCIAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II



En la figura 16, se observa la asociación directamente proporcional entre el soporte social y la adherencia al tratamiento; en base a la figura podemos afirmar que existe correspondencia directa entre el soporte social y la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo II.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “a **mayor soporte social**; mejor adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la r de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 17).

TABLA 18: RELACIÓN ENTRE EL SOPORTE SOCIAL Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

		ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
SOPORTE SOCIAL	Correlación de Pearson	.483
	Sig. (bilateral)	.000
	N	85

En la Tabla 18, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado positivo para la relación entre el soporte social y la adherencia al tratamiento ($r = 0,483$); con un nivel de significancia de 0,000 [que es por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando se incrementan el soporte social, mejora la adherencia al tratamiento; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

PRUEBA DE LA HIPÓTESIS GENERAL

Disposición 01: Designación de la demostración estadística a aplicar

Interponemos la prueba t para encontrar un parámetro de reciprocidad, para lo cual procedemos a utilizar el siguiente modelo matemático:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Recurrimos a esta prueba t para establecer si el valor distinguido de $r = 0.490$ es manifestación competente con 85 indagaciones, para derivar que el auténtico valor de la correlación ρ en la población es desigual de cero.

Disposición 02: Proposición de hipótesis estadísticas

H_0 : No existe relación alguna entre el soporte social y la adherencia al tratamiento, o la verdadera correlación es cero: $\rho = 0$

H_1 : Existe una relación entre el soporte social y la adherencia al tratamiento, o la verdadera correlación no es cero: $\rho \neq 0$

Disposición 03: Requisitos para disponer la prueba paramétrica designada

Convenido a que la hipótesis nula es una prueba de que ρ es o no cero, la prueba t puede usarse cuando se consuman los sucesivos postulados de reciprocidad:

- La muestra fue escogida de forma estocástica.
- Las dos variables, X y Y, viran conectas en un repartimiento unido que está asignada de cualidad normal, denominada repartición bivariada normal.

Una y otra consideración se han efectuado

Disposición 04: Valor del límite de equivocación.

Se eligió $\alpha = 0.05$ para el análisis.

Disposición 05: Pauta de arbitraje

Los grados de libertad son $n - 2 = 85 - 2 = 83$. El valor de la distribución t con 83 grados de libertad que fracciona la superficie en 95 % céntrico, donde los confines bajo y alto del 5 % son, alrededor de, 1.983 (usando el valor de 83 grados libertad en la tabla de distribución t). Consecuentemente, se impugna la hipótesis nula de correspondencia cero, si (valor absoluto) el valor observado de t es mayor que 1.983.

Disposición 06: Procesamiento matemático

La concreción es:

$$t = \frac{0.483 \sqrt{83}}{\sqrt{1 - 0.483^2}} = 5.025$$

Disposición 07: Significado del resultado

El valor observado para la proporción t con 83 grados de libertad es de 5.025, que con mucho es mayor a 1.983; consiguientemente, se objeta la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se ultima que la correspondencia entre el soporte social y la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo II, es lo adecuadamente amplio para precisar que estas dos variables están coligadas.

CAPITULO VI

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. CARACTERÍSTICAS DEL SOPORTE SOCIAL

En el estudio encontramos que solo el 22.4 % de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren tener un alto o muy alto soporte social; esto significa que menos de la cuarta parte de los pacientes cuentan con el apoyo de las personas de su entorno social y familiar en las diferentes actividades que involucra el control de su enfermedad para evitar posibles complicaciones; también se ha observado que tener un buen soporte social depende de las creencias familiares y sociales compartidas, del temperamento y carácter de la persona, del nivel socioeducativo del entorno familiar y social y de la condición económica. Como el manejo de la diabetes mellitus es un proceso largo muchos familiares con el pasar del tiempo se sienten abrumados y cansados y tienden a distanciarse del paciente diabético, de esta forma con el pasar del tiempo se va reduciendo el soporte social.

De forma similar Chew B, Khoo E, Chia Y, encuentran que solo el 20 % de los pacientes con diabetes mellitus tipo II disponen de un adecuado soporte social tras el diagnóstico de la diabetes, entre los factores más comunes que suscitan esta falta de soporte social son los conocimientos del entorno social sobre el manejo de la enfermedad, las creencias en salud, los vínculos afectivos y de dependencia en la familia, tener una amplia red social de amigos y familiares, tener amistades con

problema similares, la situación económica del familia y ser miembro activo de alguna organización social (4).

Del mismo modo Aylaz R, Karadağ E, Işık K y Yildirim M, comprueban que únicamente el 25 % de los pacientes diabéticos posee un satisfactorio soporte social; el estrés laboral y la sobrecarga laboral hace que las personas reduzcan sus vínculos sociales y deterioren sus relaciones afectivas familiares y ante la aparición de enfermedades como la diabetes el paciente se encuentra solo para enfrentar su enfermedad; también las dificultades económicas, la baja autoestima y el deterioro de la autoeficacia vulnera las oportunidades de obtener soporte social; asimismo en el estudio de pudo comprobar que, el soporte social se va reduciendo con el pasar del tiempo, pocas veces los amigos y familiares no apoyan a la dieta del enfermo, por el contrario motivan a romper el régimen dietético o inducir al enfermo al consumo de bebidas alcohólicas (5).

También Song Y, Nam S, Park S, Shin I y Ku B, señalan que el 22 % de diabéticos tienen un soporte social favorable para el control de su enfermedad, son pocos los amigos y familiares del paciente que se preocupan por ayudarlo al control de su peso, o lo acompañen a hacer ejercicio con regularidad; que lo persuadan para evitar fumar, seguir el régimen dietético y caminar con frecuencia. Asimismo, los hábitos nutricionales y la dinámica recreativa de las familias prevalecen sobre el nuevo estilo de vida que debe de adoptar el diabético, en consecuencia, mantenerse y convivir con personas con hábitos y costumbres discordantes al tratamiento llevará a que se complique la enfermedad, es fundamental el grado de apego afectivo existe en el

entorno familiar y social para que haya una modificación en las costumbres para favorecer la recuperación del diabético (7).

Igualmente Vorderstrasse A, Lewinski A, Melkus G, hallan que menos de la cuarta parte de pacientes diabéticos poseen un soporte social beneficioso a su estado de salud; los amigos y familiares pueden inducir un adecuado autocontrol dietético, pueden colaborar con la selección y preparación de alimentos, son motivadores para evitar comportamiento nocivos como fumar y consumir bebidas alcohólicas, también pueden apoyar con la administración de los medicamentos y a cumplir con las citas médicas; la familia también alivia el ánimo depresivo; sin embargo el apoyo familiar y social es escaso, dado que el estilo de vida que llevan la mayor parte de las personas es contrario al régimen de vida que debe de adoptar el diabético lo que induce a que las personas del entorno social del diabético se alejen de manera progresiva (63).

6.2. CARACTERÍSTICAS DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

En el estudio encontramos que solo el 37.6 % de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren tener una buena o muy buena adherencia al tratamiento; esto significa que solo alrededor de la tercera parte de los pacientes cumple con el tratamiento farmacológico y no farmacológico prescrito; se ha podido detectar que los factores que influyen en la adherencia son la mala comunicación entre el proveedor de salud y el paciente, el paciente no comprende las indicaciones médicas; también el bajo nivel educativo del paciente impide a que este comprenda la naturaleza y la forma de controlar su enfermedad.

De forma parecida, Schwingshackl L, Missbach B, König J, comprueban que solo el 35 % de diabéticos mantienen una buena adherencia al tratamiento, esto se debe a la falta de una comprensión adecuada del régimen de medicamentos para la diabetes, la incapacidad de pagar algunos o todos los medicamentos recetados, y la falta de visitas domiciliarias de seguimiento del personal de salud; además el estado socioeconómico y la frecuencia de la dosificación también afecta a la adherencia, así mismo la baja autoeficacia del paciente para poder manejar su enfermedad le lleva a alejarse del óptimo manejo terapéutico; muchos pacientes no pueden evitar el consumo de alcohol y al creer que los fármacos al ser consumidos paralelos al alcohol podrían ser dañinos, eligen dejar el tratamiento por un periodo de tiempo (70).

Asimismo, Awodele O, Osuolale J, inciden que solo el 37 % de los pacientes con diabetes mellitus tipo II sigue de forma estricta el tratamiento; esto se debe a que las personas actúan de acuerdo con sus intenciones y percepciones de control sobre el comportamiento, si el paciente no tiene la intención de controlar su enfermedad porque está deprimido o considera que no es capaz de llevar su tratamiento de forma adecuada, entonces no tendrá una buena adherencia al tratamiento; cumplir con los medicamentos recetados o los planes de manejo terapéutico implican comportamientos planeados y bien previstos, y para ello se requiere la plena disposición del paciente. Asimismo, la disponibilidad de los fármacos y la situación económica del paciente afecta el grado de adherencia terapéutica (75).

También, Calip G, Hubbard R, Stergachis A, comprueban que únicamente el 39 % de los pacientes diabéticos llevan una buena adherencia al tratamiento antidiabético; se encontró que las mujeres son mejores adherentes a los medicamentos que los

hombres, asimismo el nivel educativo es un factor fundamental ya que la capacidad de leer y comprender las instrucciones de cómo tomar los medicamentos recetados es un factor importante que promueve la adherencia a los medicamentos; por lo tanto, las personas con perfil de educación superior tienen la ventaja de comprender las instrucciones de prescripción con menos dificultades; también destaca que la mayoría de los pacientes con diabetes desarrollan complicaciones relacionadas con la diabetes como resultado de un conocimiento deficiente de la enfermedad y una visión inadecuada sobre el control glucémico (77).

De la misma manera, Bhattarai B, Bista B, Shrestha S, Budhathoki B, hallan que menos de la cuarta parte de pacientes diabéticos se adhieren de forma óptima al tratamiento, ya que existe una multitud de factores que dificultan la adherencia; la falta de educación del paciente es uno de los factores que más dificulta el control de la diabetes y genera complicaciones, otro factor es la incapacidad de los pacientes para comprar medicamentos para la diabetes. Asimismo, la motivación es fundamental y se debe promover a través de campañas locales y anuncios públicos, además: la falta de autocuidado, el acceso restringido al sistema de atención médica y el aumento de la dosis de los medicamentos, también llevan al incumplimiento terapéutico (80).

6.3. RELACIÓN ENTRE SOPORTE SOCIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

En el estudio encontramos un coeficiente de correlación de Pearson moderado positivo entre el soporte social y la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo II ($r = 0,483$); esto significa que: cuando se incrementan el soporte social, mejora

la adherencia al tratamiento en la diabetes; este resultado se fundamenta en que, es la familia y las amistades quienes proporcionan los alimentos que ingiere el paciente diabético, de manera que si la familia y las amistades se proponen podrían cumplir un estricto régimen dietético; también el entorno social podría recordar siempre el riesgo que conlleva consumir los alimentos inadecuado, la familia puede proporcionar los medicamentos en el horario establecido y la familia y el entorno social pueden promover la realización de ejercicios; en consecuencia todos los cuidados que debe de asumir el paciente diabético se realiza bajo influencia directa del entorno familiar y social; además la familia y las amistades pueden modular la influencia de otras personas de la red social del paciente que amenacen con interferir en el régimen terapéutico.

De forma, similar Marquez B, Anderson A, Wing R, Et al, evidencian una dependencia positiva significativa entre soporte social en diabetes mellitus tipo II y la adherencia al tratamiento, (Coeficiente r de Pearson = 0.47), también destaca que el apoyo funcional de los familiares y amigos favorece la pérdida de peso entre los pacientes con diabetes tipo 2 que participaron en el ensayo, el entorno social puede incrementar la motivación y el sentido de autoeficacia además de reducir la depresión que conducirá a que el paciente tenga deseos de iniciar y mantener un régimen de actividad física, la presencia de la enfermedad se podría convertir en un motivo de encuentro de personas con afinidades y que padecen la misma enfermedad que los llevaría a compartir diversa actividades dentro de su régimen terapéutico, incluso de podrían generar cocinas comunes entre los pacientes diabéticos (12).

Asimismo, Holdren B, establecen una correspondencia reciproca positiva entre soporte social en diabetes mellitus tipo II y adherencia al tratamiento, (Coeficiente r de Spearman = 0.44), sostienen que el apoyo social es un pilar para mantener el control de la glucosa, el entorno social alienta al paciente diabético a identificar lo que es importante para su salud y el control de la diabetes, los proveedores de atención médica tienen que hacer que el paciente y sus familiares próximos comprendan las implicancias de la enfermedad, además debe de involucrar al entorno social del paciente en el control de la diabetes; los pacientes deben de asumir sus propios comportamientos de salud e involucrar a las personas que lo rodean; si los familiares y amigos mantienen hábitos contrarios al tratamiento se constituyen en un peligroso factor de riesgo para las complicaciones de la enfermedad; el personal de salud se debe de tomarse el tiempo y el esfuerzo necesario para dar la orientación necesaria al pacientes y a las personas de su entorno sin llegar a agobiarlos (13).

Así también, Yap C, Lian C, Et al, encuentra una dependencia directamente proporcional entre soporte social en diabetes mellitus tipo II y adherencia al tratamiento, (Coeficiente r de Pearson = 0.42), establecen que los factores que llevaron al paciente adquirir la enfermedad se encuentran en su medio familiar social próximo, por lo que se debe de modificar determinados hábitos y costumbres de ese entorno para controlar la diabetes; además existen reacciones psicológicas del paciente ante su enfermedad como ansiedad, depresión, frustración, ira, etc; que afectan la adherencia terapéutica, estas reacciones son controladas por la familia y los amigos del pacientes; también diversos organismos públicos podrían implantar medidas que favorezcan el consumo de alimentos saludables y la realización de actividad física para evitar las complicaciones de salud en el paciente diabético (14).

Del mismo modo, Kim C, Schlenk E, Kim D, Kim M, Erlen J y Kim S, comprueba, una sujeción positiva significativa entre soporte social en diabetes mellitus tipo II y adherencia al tratamiento, (Coeficiente r de Pearson = 0.39), confirman que el apoyo social mediaba el efecto de los síntomas depresivos sobre la adherencia a la medicación, la diabetes puede ser modulada desde un enfoque social comunitario, al generar sociedades de pacientes diabéticos que comparten alimentos y realizan actividad física, en un medio social el paciente comparte sus preocupaciones con otros y deja de sentirse solo y se automotiva para enfrentar a la enfermedad y adherirse al tratamiento, las intervenciones que mejoran el apoyo social y que manejan los síntomas depresivos impactan de forma positiva en el cumplimiento de la medicación y las actividades de autocuidado en los pacientes diabéticos (15).

También, Gu L, Wu S, Zhao S, Zhou H, Zhang S, Gao M, Et al, evidencian una unión directamente proporcional entre el soporte social en diabetes mellitus tipo II y la adherencia al tratamiento (Coeficiente r de Spearman = 0.43); en el proceso de tratamiento, los miembros de la familia desempeñan un papel importante, que les exige establecer un ambiente de apoyo y modificar el comportamiento para mejorar la adherencia de los pacientes al medicamento, como recordarles a los pacientes que tomen los medicamentos a tiempo, supervisar una dieta diabética saludable entre otras actividades, el estudio también encontró que la aceptación activa y la búsqueda de ayuda externa pueden maximizar el resultado del tratamiento y aliviar los efectos negativos de la enfermedad, como la depresión, la ansiedad y otras enfermedades mentales. Estos hallazgos pueden ayudar a los pacientes con DM2 a mejorar el autocontrol de la enfermedad bajo la ayuda de otros individuos y grupos (16).

Igualmente, Shao Y, Liang L, Shi L, Wan C, Yu S señalan una relación positiva significativa entre el soporte social en diabetes mellitus tipo II y la adherencia al tratamiento (Coeficiente r de Pearson = 0.41), confirman que la autoeficacia, la adherencia y el apoyo social, individualmente y en conjunto, tienen efectos significativos sobre el control glucémico, el contacto frecuente con familiares y amigos ayuda al paciente a gestionar su autocuidado, los amigos favorecen la realización de ejercicio frecuente y frecuentes exámenes de pie, los familiares y amigos suministran apoyo emocional y lo inducen a un afrontamiento activo, un apoyo social más fuerte de la familia, los amigos y las comunidades podría generar cambios mentales y emocionales positivos dentro de un paciente; el entorno social fortalece la resolución, genera nuevas creencia e incrementa la confianza en el paciente para mejorar su adherencia al tratamiento. El entorno social mejora la autoeficacia que es necesaria para que un paciente mantenga cambios sostenidos y positivos en su comportamiento, de ese modo se adhiere mejor al tratamiento (17).

CONCLUSIONES

1. El soporte social en pacientes con diabetes mellitus tipo II; se caracteriza en general porque, el 22.4 % de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren tener un alto o muy alto soporte social; y de forma específica porque: el 27.1 % de los pacientes refieren tener apoyo afectivo informacional siempre o casi siempre, el 18.8 % de los pacientes refieren tener interacción social siempre o casi siempre y el 25.9 % de los pacientes refieren tener apoyo instrumental siempre o casi siempre.
2. La adherencia al tratamiento; se caracteriza en general porque, el 37.6 % de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren tener una buena o muy buena adherencia al tratamiento; y de forma específica porque: el 35.3 % de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren tener cautela con su tratamiento siempre o casi siempre, 38.8 % de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren tener rigurosidad con su tratamiento siempre o casi siempre y 41.2 % de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren no supeditarse a los síntomas en su tratamiento siempre o casi siempre.
3. Cuando se incrementa el soporte social en referencia al apoyo afectivo informacional, mejora la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0.482).
4. Cuando se incrementa el soporte social en referencia a la interacción social positiva, mejora la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0.475).

5. Cuando se incrementa el soporte social en referencia al apoyo instrumental, mejora la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0.490).

6. Cuando se incrementa el soporte social, mejora la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0.483).

RECOMENDACIONES

1. Es indispensable desarrollar programas de intervención que promuevan el fortalecimiento del soporte social en los pacientes con diabetes mellitus tipo II, se debe de capacitar en el manejo de la diabetes a los familiares y amistades cercanas del paciente para poder mejorar el soporte social y la adherencia al tratamiento.
2. Es esencial implementar programas de intervención que mejoren la adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo II, por medio de la identificación de los diversos factores que la vulneran; se debe de establecer mecanismos de seguimiento del tratamiento que la motiven y alienten su adherencia.
3. Es favorable desarrollar programas que capaciten a los familiares y amistades cercanas del paciente con diabetes mellitus tipo II en los medios de dar apoyo afectivo emocional al paciente diabético.
4. Es conveniente desarrollar programas de intervención educativa, que entrenen a los familiares y amistades cercanas del paciente con diabetes mellitus tipo II en la forma de generar interacciones sociales positivas.
5. Es pertinente desarrollar programas de intervención educativa, que generen aptitudes de apoyo instrumental en los familiares y amistades cercanas del paciente con diabetes mellitus tipo II.
6. Es conveniente desarrollar programas de intervención social, que sensibilicen y fomenten la formación de organizaciones sociales que alberguen y fomenten la salud de los pacientes con diabetes y otras enfermedades crónicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stopford R, Winkley K, Ismail K. Social support and glycemic control in type 2 diabetes: a systematic review of observational studies. *Patient Educ Couns*. 2013; 93(3): p. 549 - 558.
2. Dalton JM, Matteis M. The effect of family relationships and family support on diabetes self-care activities of older adults: a pilot study. *Self Care Depend Care Nurs*. 2014; 21(1): p. 12 - 22.
3. Huang M, Zhao R, Li S, Jiang X. Self-management behavior in patients with type 2 diabetes: a cross-sectional survey in western urban China. *PLOS ONE*. 2014; 9(4): p. 513 - 538.
4. Chew B, Khoo E, Chia Y. Social support and glycemic control in adult patients with type 2 diabetes mellitus. *Asia Pac J Public Health*. 2015; 27(2): p. 166 - 173.
5. Aylaz R, Karadağ E, Işık K y Yildirim M. Relationship between social support and fatigue in patients with type 2 diabetes mellitus in the east of Turkey. *Jpn J Nurs Sci*. 2015; 12(4): p. 367 - 376.
6. Karakurt P, Hacıhasanoğlu R, Yildirim A. Evaluation of the self-care agency and perceived social support in patients with diabetes mellitus. *Journal of Faculty Medicine Adnan Menderes University*. 2013; 14(1): p. 1 - 19.
7. Song Y, Nam S, Park S, Shin I y Ku B. The Impact of Social Support on Self-care of Patients With Diabetes: What Is the Effect of Diabetes Type? Systematic Review and Meta-analysis. *Diabetes Educ*. 2017; 43(4): p. 396 - 412.
8. Alarcón C, Hernández L, Argüelles V, Campos Y. Apoyo social y su asociación con el autocuidado de la dieta en personas con diabetes. *Liberabit*. *Liberabit*; 23(1): p. 110 - 122.
9. García A. Soporte social en adultos diabéticos no insulino dependientes que pertenecen a un club de apoyo para el adulto diabético. [Tesis]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de letras y ciencias humanas ; 2013.
10. Hill R. Generic features of families under stress. *Social Casework*. 1958; 49(1): p. 139–150.
11. McCubbin H, Patterson J. The family stress process: The Double ABCX Model of family adjustment and adaptation. In McCubbin H, Sussman M. *Social stress and the family*. New York: Routledge; 1983. p. 7 - 37.
12. Marquez B, Anderson A, Wing R, et al. The Relationship of Social Support with Treatment Adherence and Weight Loss in Latinos with Type 2 Diabetes. *Obesity*. 2016; 24(1): p. 568 – 575.

13. Holdren B. Social support, social problem-solving and adherence to self glucose monitoring in type 2 diabetics. [Tesis]. Drexel University , Doctorado en enfermería práctica; 2016.
14. Yap C, Lian C, Et al. Personal attributions, emotion managements, social supports, and diabetes knowledge in diabetes self-care adherence. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*. 2015; 7(6): p. 104 - 119.
15. Kim C, Schlenk E, Kim D, Kim M, Erlen J, Kim S. The role of social support on the relationship of depressive symptoms to medication adherence and self-care activities in adults with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*. 2015; 71(9): p. 2164 – 2175.
16. Gu L, Wu S, Zhao S, Zhou H, Zhang S, Gao M. Association of Social Support and Medication Adherence in Chinese Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2017; 14(1): p. 15 - 22.
17. Shao Y, Liang L, Shi L, Wan C, Yu S. The Effect of Social Support on Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: The Mediating Roles of Self-Efficacy and Adherence. *Journal of Diabetes Research*. 2017; 20(4): p. 125 - 133.
18. Rashid A, Hamzah Z, Chai T. Social support, self-efficacy and their correlation among patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A primary care perspective. *Med J Malaysia*. 2018; 73(4): p. 197 - 201.
19. Joeliantina A, Agil M, Qomaruddin B. Family Support for Diabetes Self-care Behavior in T2DM Patients who Use Herbs as a Complementary Treatment. *Medico-legal Update*. 2019; 19(1): p. 238 - 243.
20. Pazokian M, Beigmoradi S, Movafegh F, Akbarzadeh S. Correlation between Social Support and Hope with Medication Adherence in Type II Diabetic Patients. *Arch Pharma Pract*. 2020; 11(1): p. 130 - 135.
21. Inonge L. Diabetes Self Care Behaviors and Social Support Among African Americans in San Francisco. [Tesis]. Walden University, College of Health Sciences; 2017.
22. Curkendall S, ThomasN, Bell K, Juneau P, Weiss A. Predictors of medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus. *Current Medical Research and Opinion*. 2013; 29(10): p. 1275 – 1286.
23. Gagliardino J, Arrechea V, Assad D. Type 2 diabetes patients educated by other patients perform at least as well as patients trained by professionals. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*. 2013; 29(2): p. 152 – 160.
24. Haines V, Beggs J, Hurlbert J. Exploring the structural contexts of the support process: Social networks, social statuses, social support, and psychological distress. *Adv Med Sociol*. 2002; 8(1): p. 269 - 292.

25. Faber A, Wasserman S. Social support and social networks: synthesis and review. *Adv Med Sociol.* 2012; 8(1): p. 59-72.
26. Costa R, Zeitoune R, Queiroz M, García C, García M. Redes de apoio ao adolescente no contexto do cuidado à saúde: interface entre saúde, família e educação. *Rev Esc Enferm USP.* 2015; 49(5): p. 741 - 747.
27. Haber M, Cohen J, Lucas T, Baltes B. The relationship between self-reported received and perceived social support: a meta-analytic review. *Am J Community Psycho.* 2017; 39(2): p. 133 - 44.
28. Alvarenga M, Oliveira M, Domingues M, Amendola F, Faccenda O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2017; 16(5): p. 2603 - 2611.
29. Maeda U, Shen B, Schwarz E, Farrell K, Mallon S. Self-efficacy mediates the associations of social support and depression with treatment adherence in heart failure patients. *International Journal of Behavioral Medicine.* 2013; 20(1): p. 88–96.
30. Warner L, Schuz B, Aiken L. Interactive effects of social support and social conflict on medication adherence in multimorbid older adults. *Social Science & Medicine.* 2013; 87(1): p. 23 – 30.
31. Xu Y, Wang L, He J, Bi Y, Li M, Wang T, Wang L, Jiang Y, Dai M, Lu J. Prevalence and control of diabetes in Chinese adults. *J. Am. Med. Assoc.* 2013; 12(1): p. 310 - 948.
32. Feldman B, Cohen-Stavi C, Leibowitz M, Hoshen M, Singer S, Bitterman H, Lieberman N, Balicer R. Defining the role of medication adherence in poor glycemic control among a general adult population with diabetes. *PLoS ONE.* 2014; 9(1): p. 138 - 145.
33. Lin L, Sun Y, Heng B, Chew D, Chong P. Medication adherence and glycemic control among newly diagnosed diabetes patients. *Bmj Open Diabetes Res. Care.* 2017; 5(1): p. 429 - 432.
34. Gao J, Wang J, Zheng P, Haardörfer R, Kegler M, Zhu Y, Fu H. Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. *BMC Fam Pract.* 2013; 24(1): p. 55 - 66.
35. Maeda U, Shen B, Schwarz E, Farrell K, Mallon S. Self-Efficacy Mediates the Associations of Social Support and Depression;with Treatment Adherence in Heart Failure Patients. *Int. J. Behav. Med.* 2013; 20(1): p. 88 – 96.
36. Zhang W, Xu H, Zhao S, Yin S, Wang X, Guo J, Zhang S, Zhou H, Wang F, Gu L. Prevalence and influencing factors of co-morbid depression in patients with type 2 diabetes mellitus: A General Hospital based study. *Diabetol. Metab. Syndr.* 2015; 7(1): p. 60 - 68.

37. Li X, Zhang S, Xu H, Tang X, Zhou H, Yuan J, Wang X, Qu Z, Wang F, Zhu H. Type D Personality Predicts Poor Medication Adherence in Chinese Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Six-Month Follow-Up Study. *PLoS ONE*. 2016; 11(2): p. 689 - 693.
38. Jie W, Yongzhen M, Rongwen B. Evaluation of reliability and validity of application of the Chinese version of 8-item Morisky Medication Adherence Scale in patients with type 2 diabetes. *Chin. J. Diabetes*. 2013; 21(1): p. 1101 – 1104.
39. Marzec L, Maddox T. Medication adherence in patients with diabetes and dyslipidemia: Associated factors and strategies for improvement. *Curr. Cardiol. Rep.* 2013; 15(1): p. 1 – 7.
40. Buysman E, Fang L, Hammer M, Langer J. Impact of Medication Adherence and Persistence on Clinical and Economic Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes Treated with Liraglutide: A Retrospective Cohort Study. *Adv. Ther.* 2015; 32(1): p. 1 – 15.
41. Ji L, Hu D, Pan C. Primacy 3B approach to control risk factors for cardiovascular disease in type 2 diabetes patients. *The American Journal of Medicine*. 2013; 126(10): p. 911 - 925.
42. Baek R, Tanenbaum M, Gonzalez J. Diabetes burden and diabetes distress: the buffering effect of social support. *Ann Behav Med*. 2014; 48(2): p. 145 - 155.
43. Rankin D, Barnard K, Elliott J, Cooke D, Heller S, Gianfrancesco C, Taylor C, Lawton J. Type 1 diabetes patients' experiences of, and need for, social support after attending a structured education programme: a qualitative longitudinal investigation. *J Clin Nurs*. 2014; 23(20): p. 2919 - 2927.
44. Boas L, Foss M, Freitas M, Pace A. Relationship among social support, treatment adherence and metabolic control of diabetes mellitus patients. *Revista Latino-americana De Enfermagem*. 2012; 20(1): p. 52-58.
45. Connell C, Fisher E, Houston C. Relationships among Social Support, Diabetes Outcomes, and Morale for Older Men and Women. *Journal of Aging and Health*. 1992; 4(1): p. 77-100.
46. Dam H, Horst F, Knoop L, Ryckman R, Crebolder H. Social support in diabetes: a systematic review of controlled intervention studies. *Patient Education and Counseling*. 2005; 59(1): p. 1-12.
47. Ford M, Tilley B, McDonald P. Social support among African-American adults with diabetes, Part 2: A review. *Journal of The National Medical Association*. 1998; 90(7): p. 425-432.
48. Frasure N, Lespérance F, Gravel G, Masson A, Juneau M, Talajic M, et al. Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*. 2000; 101(16): p. 1919-1924.

49. Gao J, Wang J, Zheng P, Haardörfer R, Kegler M, Zhu Y, et al. Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. *BMC Family Practice*. 2013; 14(1): p. 66-66.
50. Gavrilu V, Garrity A, Hirschfeld E, Edwards B, Lee J. Peer Support Through a Diabetes Social Media Community. *Journal of diabetes science and technology*. 2019; 13(3): p. 493-497.
51. Gray K, Hoerster K, Reiber G, Bastian L, Nelson K. Multiple domains of social support are associated with diabetes self-management among Veterans. *Chronic Illness*. 2019; 15(4): p. 264-275.
52. King D, Glasgow R, Toobert D, Strycker L, Estabrooks P, Osuna D, et al. Self-Efficacy, Problem Solving, and Social-Environmental Support Are Associated With Diabetes Self-Management Behaviors. *Diabetes Care*. 2010; 33(4): p. 751-753.
53. Koetsenruijter J, Eikelenboom N, Lieshout J, Vassilev I, Lionis C, Todorova E, et al. Social support and self-management capabilities in diabetes patients: An international observational study. *Patient Education and Counseling*. 2016; 99(4): p. 638-643.
54. Lett H, Blumenthal J, Babyak M, Strauman T, Robins C, Sherwood A. Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosomatic Medicine*. 2005; 67(6): p. 869-878.
55. Rad G, Bakht L, Feizi A, Mohebi S. Importance of social support in diabetes care. *Journal of education and health promotion*. 2013; 2(1): p. 62-62.
56. Rees C, Karter A, Young B. Race/Ethnicity, Social Support, and Associations With Diabetes Self-Care and Clinical Outcomes in NHANES. *The Diabetes Educator*. 2010; 36(3): p. 435-445.
57. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes. *JAMA*. 2002; 288(4): p. 475-482.
58. Schiøtz M, Bøgelund M, Almdal T, Jensen B, Willaing I. Social support and self-management behaviour among patients with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*. 2012; 29(5): p. 654-661.
59. Skinner T, John M, Hampson S. Social Support and Personal Models of Diabetes as Predictors of Self-Care and Well-Being: A Longitudinal Study of Adolescents With Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*. 2000; 25(4): p. 257-267.
60. Strom J, Egede L. The Impact of Social Support on Outcomes in Adult Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review. *Current Diabetes Reports*. 2012; 12(6): p. 769-781.
61. Tang T, Brown M, Funnell M, Anderson R. Social Support, Quality of Life, and Self-Care Behaviors Among African Americans With Type 2 Diabetes. *The Diabetes Educator*. 2008; 34(2): p. 266-276.

62. Tillotson L, Smith M. Locus of Control, Social Support, and Adherence to the Diabetes Regimen. *The Diabetes Educator*. 1996; 22(2): p. 133-139.
63. Vorderstrasse A, Lewinski A, Melkus G, Johnson C. Social Support for Diabetes Self-Management via eHealth Interventions. *Current Diabetes Reports*. 2016; 16(7): p. 56-56.
64. Wysocki T, Greco P. Social support and diabetes management in childhood and adolescence: Influence of parents and friends. *Current Diabetes Reports*. 2006; 6(2): p. 117-122.
65. Zhang X, Norris S, Gregg E, Beckles G. Social Support and Mortality Among Older Persons With Diabetes. *The Diabetes Educator*. 2007; 33(2): p. 273-281.
66. Larkin A, Hoffman C, Stevens A, Douglas A, Bloomgarden Z. Determinants of adherence to diabetes treatment. *J Diabetes*. 2015; 7(6): p. 864 - 871.
67. Antoine SL, Pieper D, Mathes T, Eikermann M. Improving the adherence of type 2 diabetes mellitus patients with pharmacy care: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Endocr Disord*. 2014; 7(1): p. 14 - 53.
68. Clifford S, Perez-Nieves M, Skalicky A, Reaney M, Coyne K. A systematic literature review of methodologies used to assess medication adherence in patients with diabetes. *Curr Med Res Opin*. 2014; 30(6): p. 1071 - 1085.
69. Farsaei S, Radfar M, Heydari Z, Abbasi F, Qorbani M. Insulin adherence in patients with diabetes: risk factors for injection omission. *Prim Care Diabetes*. 2014; 8(4): p. 338 - 345.
70. Schwingshackl L, Missbach B, König J, Hoffmann G. Adherence to a Mediterranean diet and risk of diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Public Health Nutr*. 2015; 18(7): p. 1292 - 1299.
71. Khazrai Y, Defeudis G, Pozzilli P. Effect of diet on type 2 diabetes mellitus: a review. *Diabetes Metab Res Rev*. 2014; 30(1): p. 24 - 33.
72. Sweileh W, Zyoud S, Abu Naba R, Deleq M, Enaia M, Nassar S, Al-Jabi S. Influence of patients' disease knowledge and beliefs about medicines on medication adherence: findings from a cross-sectional survey among patients with type 2 diabetes mellitus in Palestine. *BMC Public Health*. 2014; 30(1): p. 85 - 94.
73. Tan E, Yang W, Pang B, Dai M, Loh F, Hogan P. Geographic Variation in Antidiabetic Agent Adherence and Glycemic Control Among Patients with Type 2 Diabetes. *J Manag Care Spec Pharm*. 2015; 21(12): p. 1195 - 1202.
74. Meece J. Improving medication adherence among patients with type 2 diabetes. *J Pharm Pract*. 2014; 27(2): p. 187 - 194.

75. Awodele O, Osuolale J. Medication adherence in type 2 diabetes patients: study of patients in Alimosho General Hospital, Igando, Lagos, Nigeria. *Afr Health Sci.* 2015; 15(2): p. 513 - 522.
76. Lian J, Liang Y. Diabetes management in the real world and the impact of adherence to guideline recommendations. *Curr Med Res Opin.* 2014; 30(11): p. 2233 - 2240.
77. Calip G, Hubbard R, Stergachis A, Malone K, Gralow J, Boudreau D. Adherence to oral diabetes medications and glycemic control during and following breast cancer treatment. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2015; 24(1): p. 75 - 85.
78. Amar J, Chabo C, Waget A, Klopp P, Vachoux C, Bermúdez-Humarán LG, et al. Intestinal mucosal adherence and translocation of commensal bacteria at the early onset of type 2 diabetes: molecular mechanisms and probiotic treatment. *Embo Molecular Medicine.* 2011; 3(9): p. 559-572.
79. Asche C, LaFleur J, Conner C. A Review of Diabetes Treatment Adherence and the Association with Clinical and Economic Outcomes. *Clinical Therapeutics.* 2011; 33(1): p. 74-109.
80. Bhattarai B, Bista B, Shrestha S, Budhathoki B, Dhamala B. Contributing Factors of Non-Adherence to Treatment among the Patients with Type II Diabetes Mellitus. *Journal of Manmohan Memorial Institute of Health Sciences.* 2019; 5(1): p. 68-78.
81. Donnelly L, Doney A, Morris A, Palmer C, Donnan P. Long-term adherence to statin treatment in diabetes. *Diabetic Medicine.* 2008; 25(7): p. 850-855.
82. Faria H, Rodrigues F, Zanetti M, Araújo M. Factors associated with adherence to treatment of patients with diabetes mellitus. *Acta Paulista De Enfermagem.* 2013; 26(3): p. 231-237.
83. Gonzalez J, Schneider H. Methodological Issues in the Assessment of Diabetes Treatment Adherence. *Current Diabetes Reports.* 2011; 11(6): p. 472-479.
84. Hauber A, Mohamed A, Johnson F, Falvey H. Treatment preferences and medication adherence of people with Type 2 diabetes using oral glucose-lowering agents. *Diabetic Medicine.* 2009; 26(4): p. 416-424.
85. Kk S. Patients' adherence to diabetes treatment. *Journal of Association of Physicians of India.* 2001; 49(4): p. 299-300.
86. Larkin A, Hoffman C, Stevens A, Douglas A, Bloomgarden Z. Determinants of adherence to diabetes treatment. *Journal of Diabetes.* 2015; 7(6): p. 864-871.
87. Mousavizadeh S, Ashktorab T, Zandi M. Improvement of Adherence to Treatment in People with Diabetes: An Iranian Perspective. *Journal of Research in Medical and Dental Science.* 2017; 5(6): p. 71-78.

88. Shobhana R, Begum R, Snehalatha C. Patients' adherence to diabetes treatment. *Journal of Association of Physicians of India*. 1999; 47(12): p. 1173 - 1184.
89. Wens J, Vermeire E, Royen P, Sabbe B, Denekens J. GPs' perspectives of type 2 diabetes patients' adherence to treatment: A qualitative analysis of barriers and solutions. *BMC Family Practice*. 2005; 6(1): p. 20-29.
90. Vermeire E, Wens J, Royen P, Biot Y, Hearnshaw H, Lindenmeyer A. Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005; 42(2): p. 39 - 45.
91. DiMatteo R. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*. 2014; 42(3): p. 200 - 209.
92. Zanders M, Haak H, Herk M, Poll L, Johnson J. Impact of cancer on adherence to glucose-lowering drug treatment in individuals with diabetes. *Diabetologia*. 2015; 58(5): p. 951-960.
93. Tabor P, Lopez D. Comply with us: improving medication adherence. *J Pharm Pract*. 2014; 17(3): p. 167 - 181.
94. Peterson A, Takiya L, Finley R. Meta-analysis of trials of interventions to improve medication adherence. *Am J Health Syst Pharm*. 2013; 60(7): p. 657 - 665.
95. McDonald H, Garg A, Haynes R. Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: a scientific review. *JAMA*. 2012; 288(22): p. 2868 - 2870.
96. Krueger K, Felkey B, Berger B. Improving adherence and persistence: a review and assessment of interventions and description of steps toward a national adherence initiative. *J Am Pharm Assoc*. 2013; 43(6): p. 668 - 678.
97. Nicklett E, Heisler M, Spencer M, Rosland A. Direct social support and long-term health among middle-aged and older adults with type 2 diabetes mellitus. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2013; 68(6): p. 933 - 943.
98. Ruiz A ML. *Epidemiología Clínica: Investigación clínica aplicada*. 1st ed. Bogota: Ed. Médica Panamericana; 2004.
99. Martínez M, Briones R, Cortés J. *Metodología de la investigación para el área de la salud*. 2nd ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2013.
100. Argimon J, Jiménez J. *Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica*. 3rd ed. Madrid - España: Elsevier; 2004.
101. Carrasco S. *Metodología de la Investigación Científica*. 1st ed. Lima: San Marcos; 2006.
102. Sherbourne C, Stewart A. The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*. 1991; 32(6): p. 705 - 714.

103. Wallace A, Driessnack M, Bohr N, Tripp-Reimer T. Diabetes self-management: using the Colored Eco-Genetic Relationship Map to assess social support. *Nurs Res.* 2015; 64(2): p. 111 - 116.
104. Bowen P, Clay O, Lee L, Vice J, Ovalle F, Crowe M. Associations of Social Support and Self-Efficacy With Quality of Life in Older Adults With Diabetes. *J Gerontol Nurs.* 2015; 41(12): p. 21 - 29.
105. Barata A, Lima M. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças.* 2001; 2(2): p. 81 - 100.

ANEXOS

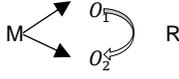
1. MATRIZ DE CONSISTENCIA
2. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES
3. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE INSTRUMENTO
4. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN
5. PRUEBAS DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS
6. CONSENTIMIENTO INFORMADO
7. DECLARACIÓN JURADA DE CONFIDENCIALIDAD
8. FOTOS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

ANEXO 1:

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: “SOPORTE SOCIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA”

AUTORAS: Cañari Solis Rosmery
Baldecón Sauñe Angela

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	VARIABLE(S) DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO								
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Cuál es la relación entre el soporte social y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS 1. Cuáles son las características del soporte social en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019? 2. Cuáles son las características de la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019? 3. ¿Cuál es la relación entre el soporte social en referencia al apoyo afectivo/informacional y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019? 4. ¿Cuál es la relación entre el soporte social en referencia a la interacción social positiva y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019? 5. ¿Cuál es la relación entre el soporte social en referencia al apoyo instrumental y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar la relación entre el soporte social y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS 1. Establecer las características del soporte social en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019 2. Establecer las características de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019 3. Establecer la relación entre el soporte social en referencia al apoyo afectivo/informacional y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019 4. Establecer la relación entre el soporte social en referencia a la interacción social positiva y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019 5. Establecer la relación entre el soporte social en referencia al apoyo instrumental y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL La relación entre el soporte social y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II es que: a mayor soporte social; mejor adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS 1. La relación entre el soporte social en referencia al apoyo afectivo/informacional y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II es que: a mayor soporte social en referencia al apoyo afectivo/informacional; mejor adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019 2. La relación entre el soporte social en referencia a la interacción social positiva y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II es que: a mayor soporte social en referencia a la interacción social positiva; mejor adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019 3. La relación entre el soporte social en referencia al apoyo instrumental y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II es que: a mayor soporte social en referencia al apoyo instrumental; mejor adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019</p>	<p>Tipo y Nivel El estudio es descriptivo transversal de tipo correlacional Descriptivo porque trabajará con un solo grupo muestral en el que se valorará el soporte social y su influencia en la adherencia al tratamiento. Transversal porque lo datos se recogerán en un solo momento. Correlacional porque se busca determinar en qué medida una variable le afecta a la otra. Diseño Por ser un estudio descriptivo correlacional la investigación responde al siguiente esquema:</p>  <p>Donde: O₁= Conjunto de datos con respecto al soporte social O₂= Conjunto de datos con respecto a la adherencia al tratamiento R= Relación existente entre ambas variables</p>	<p>Variable 1</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">Soporte Social</td> <td>DIMENSIONES</td> </tr> <tr> <td>Apoyo afectivo/informacional</td> </tr> <tr> <td>Interacción social positiva</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Apoyo instrumental</td> </tr> </table> <p>Variable 2</p> <table border="1"> <tr> <td>Adherencia al tratamiento</td> <td>medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el profesional sanitario</td> </tr> </table> <p>Variables de intervinientes: Edad Sexo Nivel educativo Número de hijos Peso Talla Estado civil</p>	Soporte Social	DIMENSIONES	Apoyo afectivo/informacional	Interacción social positiva	Apoyo instrumental		Adherencia al tratamiento	medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el profesional sanitario	<p>POBLACION La población de referencia serán 170 pobladores del distrito de Chilca con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II que se hallan registrados en el Centro de Salud de Chilca.</p> <p>MUESTRA 85 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II.</p> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA VALORAR EL APOYO SOCIAL Se evaluará utilizando como técnica la entrevista y como instrumento un reporte estructurado de entrevista denominado "CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL MOS", el que consta de 20 ítems distribuidos en tres categorías: apoyo afectivo/informacional, interacción social positiva y apoyo instrumental, cada ítem ofrece las opciones de respuesta de Nunca (0), Algunas veces (1), De forma Regular (2), Casi siempre (3), y Siempre (4).</p> <p>PARA VALORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Se evaluará utilizando como técnica la entrevista y como instrumento un reporte estructurado de entrevista denominado "MEDIDA DE ADHESIÓN AL TRATAMIENTO (MAT)", que consta de 7 preguntas que ofrece las opciones de respuesta de: Nunca (0), Algunas veces (1), De forma Regular (2), Casi siempre (3), y Siempre (4).</p>
Soporte Social	DIMENSIONES												
	Apoyo afectivo/informacional												
	Interacción social positiva												
Apoyo instrumental													
Adherencia al tratamiento	medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el profesional sanitario												

ANEXO 02: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE 1: SOPORTE SOCIAL

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
SOPORTE SOCIAL	Son las relaciones con otras personas por las cuales los individuos reciben ayuda emocional, material o de información, para enfrentar situaciones vinculadas a la diabetes mellitus tipo II que generan stress emocional	APOYO AFECTIVO /INFORMACIONAL	Expresión de afecto y comprensión empática; y el referido a la guía, consejo e información recibida de otras personas.	Con quien hablar	CUALITATIVO ORDINAL	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Quien le aconseje		
				Quien le informe		
				Con quien hablar de sí mismo		
				El que le muestre afecto		
				De quien desee un consejo		
				El que le abrace		
				Con el que comparte sus problemas		
				El que le aconseja como resolver sus problemas		
				El que comprenda sus problemas		

				El que le hace sentirse querido		
		INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA	Disponibilidad para reunirse, divertirse o pasarlo bien, tener a alguien con quien poder relajarse.	Con quien relajarse		
				Con quien olvidar sus problemas		
				Con quién divertirse		
				Con quién pasar un buen rato		
		APOYO INSTRUMENTAL	La provisión de ayuda material o tangible que pueda recibir la persona que padece diabetes tipo II.	Quien le ayude cuando está en cama		
				Quien le lleve al médico		
				Quien le prepare la comida		
				Quien le ayude en las tareas domésticas		

VARIABLE 2: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Es la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el profesional sanitario referentes al tratamiento farmacológico y las medidas no farmacológicas, incluyendo las modificaciones en el estilo de vida y el autoanálisis de glucemia capilar	CAUTELA	Es tomar todas las medidas que reduzcan la posibilidad de incurrir en alguna alteración o falta al tratamiento	Olvido de tomar los medicamentos	CUALITATIVO ORDINAL	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Descuido con las horas de la toma de los medicamentos		
		RIGUROSIDAD	Es cumplir con las pautas terapéuticas de forma inflexible, es la rectitud en dosis, horarios, raciones, etc.	Interrupción de la terapia por haber dejado los medicamentos		
				Dejar los medicamentos por razones distintas a la indicación médica		
		NO SUPEDITARSE A LOS SÍNTOMAS	Es no variar la terapia establecida ante el cese, aparición, reducción o severidad de los síntomas.	Dejar medicamentos por sentirse mejor		
				Dejó medicamentos por sentirse peor		
				Tomar comprimidos por su iniciativa		

ANEXO 03: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE INSTRUMENTOS

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL MOS

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	POSIBLES VALORES
SOPORTE SOCIAL	APOYO AFECTIVO /INFORMACIONAL	Dispone de amigos	1. Dispone de amigos íntimos o familiares cercanos	Nunca (0) Algunas veces (1) De forma Regular (2) Casi siempre (3) Siempre (4)
		Con quien hablar	2. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	
		Quien le aconseje	3. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	
		Quien le informe	4. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	
		Con quien hablar de sí mismo	5. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	
		El que le muestre afecto	6. Alguien que le muestre amor y afecto	
		De quien desee un consejo	7. Alguien cuyo consejo realmente desee	
		El que le abrace	8. Alguien que le abrace	
		Con el que comparte sus problemas	9. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	
		El que le aconseja como resolver sus problemas	10. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	

		El que comprenda sus problemas	11. Alguien que comprenda sus problemas	
		El que le hace sentirse querido	12. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido	
	INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA	Con quien relajarse	13. Alguien con quien pueda relajarse	
		Con quien olvidar sus problemas	14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	
		Con quién divertirse	15. Alguien con quién divertirse	
		Con quién pasar un buen rato	16. Alguien con quién pasar un buen rato	
	APOYO INSTRUMENTAL	Quien le ayude cuando está en cama	17. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	
		Quien le lleve al médico	18. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	
		Quien le prepare la comida	19. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	
		Quien le ayude en las tareas domésticas	20. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	

MEDIDA DE ADHESIÓN AL TRATAMIENTO (MAT)

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	POSIBLES VALORES
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	CAUTELA	Olvido de tomar los medicamentos	1. ¿Alguna vez se ha olvidado de tomar los medicamentos para su enfermedad?	Nunca (0) Algunas veces (1) De forma Regular (2) Casi siempre (3) Siempre (4)
		Descuido con las horas de la toma de los medicamentos	2. ¿Alguna vez fue descuidado con las horas de la toma de los medicamentos para su enfermedad?	
	RIGUROSIDAD	Interrupción de la terapia por haber dejado los medicamentos	3. ¿Alguna vez interrumpió la terapia para su enfermedad por haber dejado los medicamentos?	
		Dejar los medicamentos por razones distintas a la indicación médica	4. ¿Alguna vez dejó de tomar los medicamentos para su enfermedad por alguna otra razón que no sea la indicación del médico?	
	NO SUPEDITARSE A LOS SÍNTOMAS	Dejar medicamentos por sentirse mejor	5. ¿Alguna vez dejó de tomar los medicamentos para su enfermedad por haber sentido mejor?	
		Dejó medicamentos por sentirse peor	6. ¿Alguna vez dejó de tomar los medicamentos para su enfermedad, por su iniciativa, después de haber sentido peor?	
		Tomar comprimidos por su iniciativa	7. ¿Alguna vez ha tomado uno o varios comprimidos para su enfermedad, por su iniciativa, después de haber sentido peor?	

ANEXO 04: INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

INFORMACIÓN GENERAL

1. EDAD (años):.....

2. SEXO: (0) FEMENINO (1) MASCULINO

3. AÑOS DE ESTUDIO TERMINADOS:

4. ESTADO CIVIL

(0) CASADO(A)

(1) SOLTERO (A)

(2) VIUDO(A)

(3) DIVORCIADO (A)

(4) CONVIVIENTE

5. OCUPACIÓN:.....

6. TIEMPO DE ENFERMEDAD

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL MOS

Marque con una X o escriba la opción que corresponda con su realidad. No existen respuestas correctas ni incorrectas. El cuestionario es anónimo.

Utilice la siguiente escala:

Nunca	Algunas veces	De forma Regular	Casi siempre	Siempre
0	1	2	3	4

APOYO DE AFECTO Y COMUNICACIÓN

1. Dispone de amigos íntimos o familiares cercanos	0	1	2	3	4
2. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	0	1	2	3	4
3. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	0	1	2	3	4
4. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	0	1	2	3	4
5. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	0	1	2	3	4
6. Alguien que le muestre amor y afecto	0	1	2	3	4
7. Alguien cuyo consejo realmente desee	0	1	2	3	4
8. Alguien que le abrace	0	1	2	3	4
9. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	0	1	2	3	4
10. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	0	1	2	3	4
11. Alguien que comprenda sus problemas	0	1	2	3	4
12. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido	0	1	2	3	4

INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA

13. Alguien con quien pueda relajarse	0	1	2	3	4
---------------------------------------	---	---	---	---	---

14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	0	1	2	3	4
15. Alguien con quién divertirse	0	1	2	3	4
16. Alguien con quién pasar un buen rato	0	1	2	3	4

APOYO INSTRUMENTAL					
17. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	0	1	2	3	4
18. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	0	1	2	3	4
19. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	0	1	2	3	4
20. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	0	1	2	3	4

.....**MUCHAS GRACIAS**

BAREMOS

De 0 a 16	Ningún soporte social
De 16.1 a 32	Bajo soporte social
De 32.1 a 48	Regular soporte social
De 48.1 a 64	Alto soporte social
De 64.1 a 80	Muy alto soporte social

MEDIDA DE ADHESIÓN AL TRATAMIENTO (MAT)

ESCALA

Nunca	Algunas veces	De forma Regular	Casi siempre	Siempre
0	1	2	3	4

CAUTELA EN EL TRATAMIENTO

1. ¿Alguna vez se ha olvidado de tomar los medicamentos para su enfermedad?					
2. ¿Alguna vez fue descuidado con las horas de la toma de los medicamentos para su enfermedad?	0	1	2	3	4

RIGUROSIDAD EN EL TRATAMIENTO

3. ¿Alguna vez interrumpió la terapia para su enfermedad por haber dejado los medicamentos?	0	1	2	3	4
4. ¿Alguna vez dejó de tomar los medicamentos para su enfermedad por alguna otra razón que no sea la indicación del médico?	0	1	2	3	4

NO SUPEDITARSE A LOS SÍNTOMAS EN EL MANEJO DEL TRATAMIENTO

5. ¿Alguna vez dejó de tomar los medicamentos para su enfermedad por haber sentido mejor?	0	1	2	3	4
6. ¿Alguna vez dejó de tomar los medicamentos para su enfermedad, por su iniciativa, después de haber sentido peor?	0	1	2	3	4
7. ¿Alguna vez ha tomado uno o varios comprimidos para su enfermedad, por su iniciativa, después de haber sentido peor?	0	1	2	3	4

.....MUCHAS GRACIAS

BAREMOS

De 0 a 5.6	Muy mala adherencia
De 5.7 a 11.2	Mala adherencia
De 11.3 a 16.8	Regular adherencia
De 16.9 a 22.4	Buena adherencia
De 22.5 a 28	Muy buena adherencia

ANEXO 05: PRUEBAS DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL “CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL MOS”

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.792
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	7126.135
	gl	29
	Sig.	.000

Matriz de componente rotado			
	Componente		
	1	2	3
1. Dispone de amigos íntimos o familiares cercanos	0.426		
2. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	0.673		
3. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	0.498		
4. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	0.378		
5. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	0.443		
6. Alguien que le muestre amor y afecto	0.486		
7. Alguien cuyo consejo realmente desee	0.661		
8. Alguien que le abrace	0.587		
9. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	0.677		
10. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	0.463		
11. Alguien que comprenda sus problemas	0.452		
12. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido	0.581		
13. Alguien con quien pueda relajarse		0.378	
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas		0.443	
15. Alguien con quién divertirse		0.486	
16. Alguien con quién pasar un buen rato		0.661	
17. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama			0.52
18. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita			0.426
19. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo			0.673
20. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo			0.498
Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.			
a. La rotación ha convergido en 12 iteraciones.			

CONFIABILIDAD DEL “CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL MOS”

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.847	29

Estadística de total de elemento

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Dispone de amigos íntimos o familiares cercanos	0.867
2. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	0.867
3. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	0.867
4. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	0.868
5. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	0.868
6. Alguien que le muestre amor y afecto	0.868
7. Alguien cuyo consejo realmente desee	0.867
8. Alguien que le abrace	0.867
9. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	0.868
10. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	0.867
11. Alguien que comprenda sus problemas	0.867
12. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido	0.867
13. Alguien con quien pueda relajarse	0.868
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	0.868
15. Alguien con quién divertirse	0.868
16. Alguien con quién pasar un buen rato	0.867
17. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	0.867
18. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	0.867
19. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	0.867
20. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	0.868

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL “MEDIDA DE ADHESIÓN AL TRATAMIENTO (MAT)”

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.743
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	8517.1719
	gl	29
	Sig.	.000

Matriz de componente rotado			
	Componente		
	1	2	3
1. ¿Alguna vez se ha olvidado de tomar los medicamentos para su enfermedad?	0.443		
2. ¿Alguna vez fue descuidado con las horas de la toma de los medicamentos para su enfermedad?	0.486		
3. ¿Alguna vez interrumpió la terapia para su enfermedad por haber dejado los medicamentos?		0.426	
4. ¿Alguna vez dejó de tomar los medicamentos para su enfermedad por alguna otra razón que no sea la indicación del médico?		0.673	
5. ¿Alguna vez dejó de tomar los medicamentos para su enfermedad por haber sentido mejor?			0.443
6. ¿Alguna vez dejó de tomar los medicamentos para su enfermedad, por su iniciativa, después de haber sentido peor?			0.587
7. ¿Alguna vez ha tomado uno o varios comprimidos para su enfermedad, por su iniciativa, después de haber sentido peor?			0.498
Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.			
a. La rotación ha convergido en 12 iteraciones.			

<p>CONFIABILIDAD DEL “MEDIDA DE ADHESIÓN AL TRATAMIENTO (MAT)”</p>
--

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.879	29

Estadística de total de elemento

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. ¿Alguna vez se ha olvidado de tomar los medicamentos para su enfermedad?	0.858
2. ¿Alguna vez fue descuidado con las horas de la toma de los medicamentos para su enfermedad?	0.843
3. ¿Alguna vez interrumpió la terapia para su enfermedad por haber dejado los medicamentos?	0.836
4. ¿Alguna vez dejó de tomar los medicamentos para su enfermedad por alguna otra razón que no sea la indicación del médico?	0.829
5. ¿Alguna vez dejó de tomar los medicamentos para su enfermedad por haber sentido mejor?	0.847
6. ¿Alguna vez dejó de tomar los medicamentos para su enfermedad, por su iniciativa, después de haber sentido peor?	0.849
7. ¿Alguna vez ha tomado uno o varios comprimidos para su enfermedad, por su iniciativa, después de haber sentido peor?	0.821

ANEXO 06: CONSENTIMIENTO INFORMADO

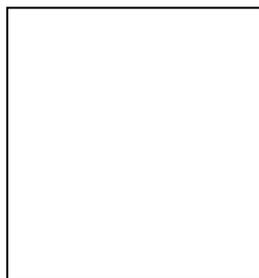
Se me ha informado sobre la ejecución del estudio titulado “SOPORTE SOCIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2019”; desarrollado por las, bachilleres; Cañari Solis Rosmery Elizabeth y Baldeón Sauñe Angela Beatriz, cuyo objetivo es determinar la relación entre el soporte social y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2019, para lo cual tendrá que rellenar dos cuestionarios; dicho registro será realizado de manera anónima y confidencial, los resultados obtenidos del estudio no serán revelados, ni lo perjudicaran como participante.

Yo,.....identificada(o) con

DNI N° me comprometo a participar libre y voluntariamente en el estudio antes mencionado. Se me ha informado sobre los beneficios y que no existen riesgos, asumo que se respetará la confiabilidad manteniendo el anonimato. Para los efectos de la investigación me comprometo a colaborar rellenando los cuestionarios que se me entreguen.

En caso de tener alguna duda podré comunicarme con el asesor de la investigación de la Escuela Profesional De Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Los Andes, _____, al teléfono; cel. _____.

Si tengo preguntas sobre los aspectos éticos del estudio poder contactar al comité de ética de la Universidad Peruana Los Andes al teléfono 064 224479.



Huella digital

FIRMA DEL PARTICIPANTE

N° DNI

FIRMA DEL INVESTIGADOR

N° DNI

ANEXO 7: DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo; Rosmery Cañari Solis, identificado (a) con DNI 73368720 egresada de la Escuela Profesional de Enfermería, vengo realizando el estudio de investigación titulado "Soporte Social y Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes Mellitus Tipo II Usuarios del Centro de Salud Chitca", en ese contexto **declaro bajo juramento** que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de la investigación; esta declaración se ajusta a los artículos 6 y 7 del REGLAMENTO DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN y los artículos 4 y 5 del CÓDIGO DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES.

Huancayo, 10 de Julio del 2019.



Rosmery CS
Nombre y Apellidos. Rosmery Cañari Solis

ANEXO 7: DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

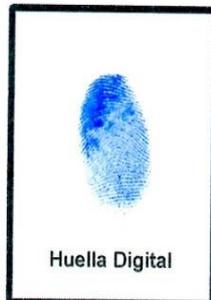


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo; Angela Beatriz Baldeon Saña identificado (a) con DNI 48221360 egresada de la Escuela Profesional de Enfermería, vengo realizando el estudio de investigación titulado "Soporte Social y Adherencia al Tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II Usuarios del Centro de Salud Chilca 2019", en ese contexto **declaro bajo juramento** que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de la investigación; esta declaración se ajusta a los artículos 6 y 7 del REGLAMENTO DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN y los artículos 4 y 5 del CÓDIGO DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES.

Huancayo, 10 de Julio del 2019.



Huella Digital

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'A. Baldeon Saña'.

Nombre y Apellidos. Angela Baldeon Saña

ANEXO 08: REGISTRO FOTOGRÁFICO



FOTO: 01
INVESTIGADORAS
EN LA PUERTA
DEL CENTRO DE
SALUD

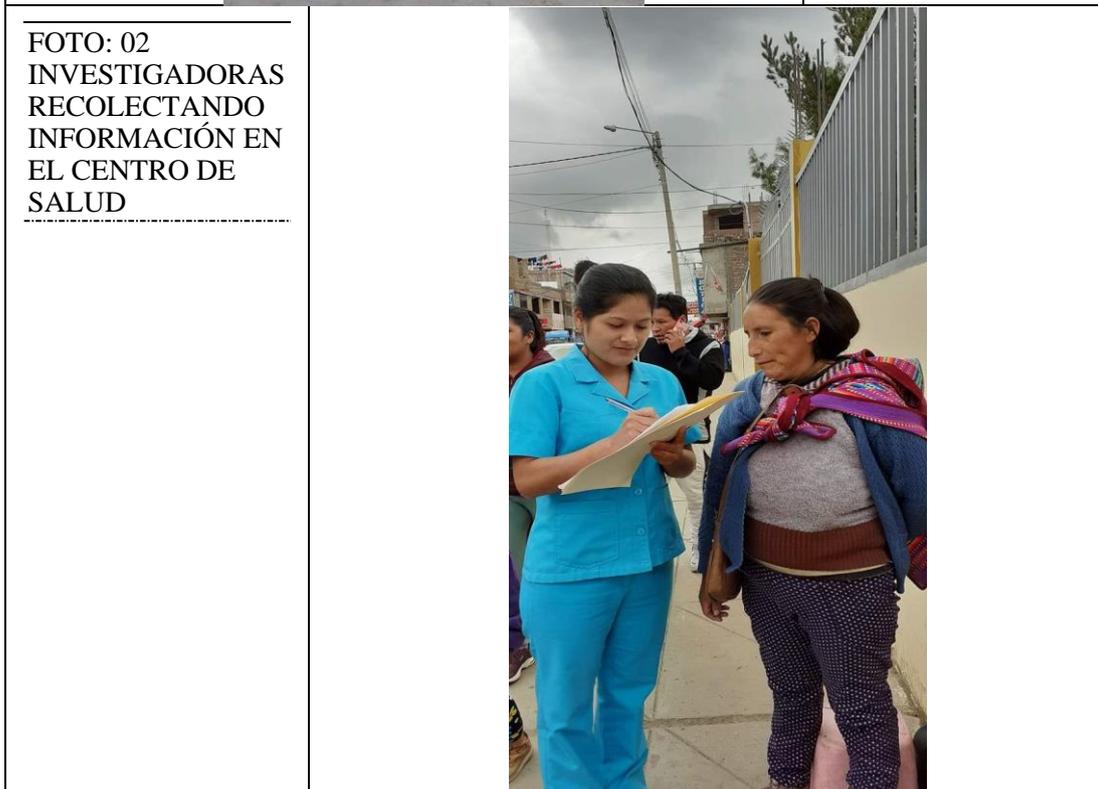


FOTO: 02
INVESTIGADORAS
RECOLECTANDO
INFORMACIÓN EN
EL CENTRO DE
SALUD



FOTO: 01
INVESTIGADORAS
EN LA PUERTA DEL
CENTRO DE SALUD

FOTO: 02
INVESTIGADORAS
RECOLECTANDO
INFORMACIÓN EN
EL CENTRO DE
SALUD

