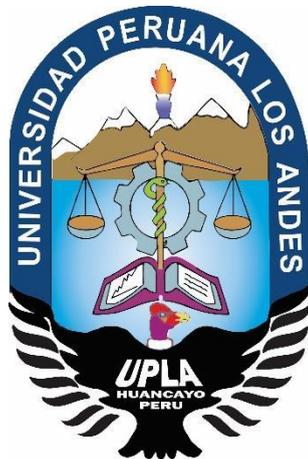


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

- Título** : **AUTOEFICACIA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II EN USUARIOS DE UN CENTRO DE SALUD**
- Autoras** : De La Cruz Ccaccaycucho, Maritza
Flores Caparachin, Miriam Edith
- Para optar** : El título profesional de Licenciada en Enfermería
- Asesora** : Mg. Tania Luz Vílchez Cuevas
- Línea de investigación institucional:** : Salud y gestión de la salud
- Fecha de inicio y término** : 02 de diciembre del 2019 / 02 de diciembre del 2020

HUANCAYO – PERÚ – 2020

DEDICATORIA

A Dios, por haberme concedido la determinación y el discernimiento para alcanzar la meta de ser profesional.

A mis padres, por su gran apoyo y motivación para culminar mis estudios profesionales y la elaboración de esta tesis.

Maritza y Miriam

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Peruana Los Andes y a sus autoridades, por proporcionarnos la oportunidad de ser profesionales, a nuestros docentes que nos han otorgado una consistente instrucción profesional basada en valores orientados a la trascendencia profesional.

A las autoridades de la Micro Red de Salud Chilca por darnos acceso a los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

A los pacientes, que de forma cordial admitieron participar de nuestra investigación, facilitándonos su ejecución y culminación.

De La Cruz Ccaccaycucho, Maritza

Flores Caparachin, Miriam Edith

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la diabetes mellitus tipo II, es complejo porque además del consumo de medicamentos se deben de hacer modificaciones en el estilo de vida, estas modificaciones involucran un cambio de conducta, se deben de sustituir las conductas nocivas por las saludables; el grado de autoeficacia del paciente para conducir su tratamiento puede incitar a la voluntad para perpetrar las modificaciones necesarias, favorables a la adherencia. Los pacientes con mayor autoeficacia tienen la creencia que pueden llevar el tratamiento farmacológico y no farmacológico contra la diabetes de forma efectiva. La autoeficacia incrementa la motivación y la disposición de los pacientes para desplegar el esfuerzo necesario para alcanzar los propósitos establecidos; en consecuencia, el incremento de la autoeficacia mejora la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus, sin embargo, existen otras variables que afectan la adherencia al tratamiento como: la desconfianza en el personal de salud, la falta de apoyo familiar y social, los rasgos de personalidad intransigente, entre otros. La asociación entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento no han sido determinada de forma concluyente y no existen estudios regionales que establezcan la correlación de estas variables, por lo que fue relevante comprobar esta relación a fin de disponer de opciones para mejorar la adherencia al tratamiento antidiabético.

La investigación realizada tuvo como objetivo determinar la relación entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020, para lo cual se realizó un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, con una población de 350 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II que asistían de forma regular a sus controles al consultorio

de enfermedades no trasmisibles del centro de salud de Chilca en el 2020, de donde se eligió una muestra de 125 pacientes a quienes se les aplicó el “Cuestionario de autoeficacia al tratamiento en diabetes” y el “Cuestionario de adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo II”.

El informe de investigación está estructurado en seis capítulos: en el I, se vislumbra el vacío de conocimiento existente que prevendrá cubrir la investigación; en el capítulo II, se aportan los fundamentos teóricos que procuran 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 obtenidos.

CONTENIDO

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
INTRODUCCIÓN	IV
CONTENIDO	VI
CONTENIDO DE TABLAS.....	X
CONTENIDO DE FIGURAS	XII
RESUMEN	XIV
ABSTRACT.....	XV

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	16
1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	21
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	22
1.3.1. PROBLEMA GENERAL	22
1.3.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	22
1.4. JUSTIFICACIÓN	23
1.4.1. SOCIAL O PRÁCTICA	23
1.4.2. TEÓRICA O CIENTÍFICA.....	23
1.4.3. METODOLÓGICA	24
1.5. OBJETIVOS	25
1.5.1. OBJETIVO GENERAL.....	25
1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTE DE ESTUDIO	26
2.2. BASES TEÓRICAS	33
2.2.1. AUTOEFICACIA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II	33
2.2.1.1. AUTOEFICACIA EN EL SEGUIMIENTO DEL PLAN ALIMENTICIO .	35
2.2.1.2. AUTOEFICACIA EN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA	37
2.2.1.3. AUTOEFICACIA EN LA TOMA DE MEDICAMENTOS ORALES	39
2.2.2. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II	42
2.2.2.1. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y AL SEGUIMIENTO	44
2.2.2.2. ADHERENCIA AL EJERCICIO FÍSICO	46
2.2.2.3. ADHERENCIA A LA ALIMENTACIÓN Y PERMANENCIA EN EL TRATAMIENTO	48
2.2.2.4. ADHERENCIA AL CONTROL DE RIESGOS	50
2.2.3. TEORÍA DE AUTOEFICACIA	53
2.2.3.1. LAS CREENCIAS DE AUTOEFICACIA	53
2.2.3.2. AUTOEFICACIA Y COMPORTAMIENTO DE SALUD	55
2.3. MARCO CONCEPTUAL	58

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS GENERAL	60
3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	60
3.3. VARIABLES DEL ESTUDIO	61
3.3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	62

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	66
4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	67
4.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN	68
4.4. DISEÑO.....	68
4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA	69
4.5.1. POBLACIÓN	69
4.5.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	69
4.5.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	69
4.5.2. MUESTRA.....	70
4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	71
4.6.1. PARA VALORAR LA AUTOEFICACIA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II.....	71
4.6.2. PARA VALORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II.....	72
4.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	74
PROCESAMIENTO DESCRIPTIVO DE DATOS	74
PROCESAMIENTO INFERENCIAL DE DATOS	74
PROCEDIMIENTO SEGUIDo PARA PROBAR LAS HIPÓTESIS	75
4.8. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	76

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS.....	77
5.1.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II.....	77
5.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA AUTOEFICACIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II EN LOS PACIENTES	83
5.1.3. CARACTERÍSTICAS DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II	86

5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	91
5.2.1. PRUEBA DE NORMALIDAD	91
5.2.2. CORRELACIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA EN EL SEGUIMIENTO DEL PLAN ALIMENTICIO Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II.....	92
5.2.3. CORRELACIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II.....	96
5.2.4. CORRELACIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA EN LA TOMA DE MEDICAMENTOS ORALES Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II.	100
5.2.5. CORRELACIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II.	104

CAPITULO VI

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. CARACTERÍSTICAS DE LA AUTOEFICACIA PARA EL TRATAMIENTO EN LA DIABETES MELLITUS TIPO II.....	108
6.2. CARACTERÍSTICAS DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II.....	112
6.3. AUTOEFICACIA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II	116
CONCLUSIONES.....	121
RECOMENDACIONES.....	123
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124
ANEXOS.....	130

CONTENIDO DE TABLAS

TABLA 1: SEXO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020	77
TABLA 2: EDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020.....	78
TABLA 3: OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020.....	79
TABLA 4: NIVEL EDUCATIVO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020...	80
TABLA 5: TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020	81
TABLA 6: ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020	82
TABLA 7: AUTOEFICACIA EN EL SEGUIMIENTO DEL PLAN ALIMENTICIO EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020	83
TABLA 8: AUTOEFICACIA EN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020	84
TABLA 9: AUTOEFICACIA EN LA TOMA DE MEDICAMENTOS ORALES EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020	85
TABLA 10: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y SEGUIMIENTO EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II, USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020.....	86
TABLA 11: ADHERENCIA AL EJERCICIO FÍSICO EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II, USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020.....	87

TABLA 12: ALIMENTACIÓN Y PERMANENCIA EN EL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II, USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020	88
TABLA 13: CONTROL DE RIESGOS EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II, USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020	89
TABLA 14: CONSOLIDADO DE LA AUTOEFICACIA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020.....	90
TABLA 15: PRUEBA DE NORMALIDAD PARA LOS DATOS CONSOLIDADOS DE AUTOEFICACIA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DIABETES MELLITUS TIPO II.....	91
TABLA 16: RELACIÓN ENTRE AUTOEFICACIA EN EL SEGUIMIENTO DEL PLAN ALIMENTICIO Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II.....	93
TABLA 17: RELACIÓN ENTRE AUTOEFICACIA PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II.....	97
TABLA 18: RELACIÓN ENTRE AUTOEFICACIA EN LA TOMA DE MEDICAMENTOS ORALES Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II.....	101
TABLA 19: RELACIÓN ENTRE AUTOEFICACIA 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 2020.....	77
FIGURA 2: EDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020.....	78
FIGURA 3: OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020.....	79
FIGURA 4: NIVEL EDUCATIVO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020....	80
FIGURA 5: TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020	81
FIGURA 6: ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020	82
FIGURA 7: AUTOEFICACIA EN EL SEGUIMIENTO DEL PLAN ALIMENTICIO EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020	83
FIGURA 8: AUTOEFICACIA EN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020	84
FIGURA 9: AUTOEFICACIA EN LA TOMA DE MEDICAMENTOS ORALES EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020	85
FIGURA 10: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y SEGUIMIENTO EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II, USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020	86
FIGURA 11: ADHERENCIA AL EJERCICIO FÍSICO EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II, USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020	87

FIGURA 12: ALIMENTACIÓN Y PERMANENCIA EN EL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II, USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020	88
FIGURA 13: CONTROL DE RIESGOS EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II, USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020	89
FIGURA 14: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA EN EL SEGUIMIENTO DEL PLAN ALIMENTICIO Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II ..	92
FIGURA 15: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II ..	96
FIGURA 15: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA EN LA TOMA DE MEDICAMENTOS ORALES Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II.....	100
FIGURA 17: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II	104

RESUMEN

La presente tesis tuvo como objetivo determinar la relación entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020. Se realizó un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, en una población de 350 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II que asistían de forma regular a sus controles al consultorio de enfermedades no transmisibles del centro de salud de Chilca en el 2020; se eligió una muestra de 125 pacientes a los que se les aplicó el “Cuestionario de autoeficacia al tratamiento en diabetes” y el “Cuestionario de adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo II”. Los resultados fundamentales muestran que: el 24 % de los pacientes poseen una buena o muy buena autoeficacia al tratamiento y el 39.2 % de los pacientes refieren tener una buena o muy buena adherencia al tratamiento; asimismo cuando se incrementa la autoeficacia, mejora la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0,456).

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

ABSTRACT

The objective of this thesis was to determine the relationship between self-efficacy and treatment adherence for type II diabetes mellitus in users of the Chilca health center in 2020. A descriptive, cross-sectional cross-sectional study was conducted in a population of 350 patients with a diagnosis of type II diabetes mellitus who regularly attended their check-ups at the non-communicable diseases clinic at the Chilca health center in 2020; A sample of 125 patients was chosen to whom the “Self-efficacy questionnaire for treatment in diabetes” and the “Adherence questionnaire for treatment in type II diabetes mellitus” were applied. The fundamental results show that: 24% of patients have good or very good self-efficacy to treatment and 39.2% of patients report having good or very good adherence to treatment; likewise, when self-efficacy is increased, treatment adherence improves in patients with type II diabetes mellitus (moderate positive Pearson's correlation coefficient; 0.456).

KEY WORDS: self-efficacy, adherence to treatment, type II diabetes mellitus, first level of care.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La autoeficacia es el juicio personal que realiza el paciente diabético sobre su capacidad personal para organizarse y poder adherirse al tratamiento de forma óptima para controlar la diabetes, la adherencia al tratamiento son las acciones para iniciar y mantener el tratamiento farmacológico y no farmacológico de forma efectiva que permita controlar la enfermedad y evitar sus complicaciones (1). Dado que, la conducta del diabético está regulada por sus pensamiento que implican a tres tipos de posibilidades: la posibilidad situacional, en la que los resultados son producto de los eventos ambientales y no están supeditados a las acciones que uno realice; la posibilidad de resultado, que es la creencia que determinada conducta generará determinado resultado; y las posibilidad de autoeficacia en donde creer que se posee determinadas capacidades para realizar acciones eficaces permite obtener los resultados esperados; en consecuencia alcanzar una buena adherencia requiere intervenir sobre los reguladores de la conducta entre ellas la autoeficacia (2).

La autoeficacia determina la forma en que el paciente diabético siente, piensa y actúa, una baja percepción de autoeficacia hará que la persona crea que no podrá cumplir con el tratamiento y podría llevarlo a la depresión, ansiedad y desamparo; la baja autoeficacia hace que la persona se abandone y se complique la enfermedad. Las

creencias de autoeficacia actúan como autoestimulantes o autodesvalorizantes, llevando al optimismo o pesimismo. Un alto sentido de eficacia induce a un mejor procesamiento de información a una percepción más positiva de la realidad y a un mejor manejo cognitivo que llevará a tomas decisiones acertadas (3).

Si de forma inicial el paciente cree que será muy difícil llevar el tratamiento contra la diabetes porque cree que no tiene las suficientes aptitudes para modificar su estilo de vida, o se imagina que la terapéutica es muy complicada y costosa entonces la adherencia será muy pobre y la posibilidad de complicaciones alta. Sin embargo, además de la autoeficacia existen otros factores que podrían dificultar la adherencia; como negar a la enfermedad, rasgos de personalidad intransigente, desconfiar de los profesionales de salud, malas condiciones económicas, escaso apoyo familiar y social, etc (4).

La autoeficacia puede favorecer o aplacar a la motivación por controlar la enfermedad, los pacientes con alta autoeficacia prefieren emprender tareas más meticulosas y específicas en el manejo de su dieta, en la previsión de la cantidad y frecuencia de consumo de determinados alimentos y en la realización de ejercicios específicos que se adecuen mejor a su condición física, además buscaran una opinión profesional más amplia, buscaran conocer las experiencias de otras personas que logran controlar de forma efectiva a la diabetes; y todos esto llevará a una mejor adherencia y al rotundo control de la enfermedad. Los pacientes con alta autoeficacia dedican más tiempo y esmero, son más perseverantes y mantienen el compromiso con el propósito de vencer a la enfermedad a pesar de las dificultades (2).

En una investigación realizada en Malasia, se demuestra que aquellos pacientes que tenían una mejor autopercepción de autoeficacia eran los que se adherían mejor al tratamiento; la adherencia a la terapéutica implica implementar múltiples modificaciones a la vida cotidiana, cambios en la alimentación, deponer el fumar e iniciar un programa continuo de actividad física, esto necesariamente trastoca aspectos fundamentales de sus vidas, la adherencia se vincula con aspectos subjetivos y conductuales, proveer información sobre el tratamiento al paciente no es suficiente para alcanzar el éxito terapéutico, primero se debe manejar el estrés que provoca enterarse que se tiene la enfermedad y luego reforzar el sentido de autoeficacia (4).

Una investigación ejecutada en Guangzhou, China; se halla que la autoeficacia es un predictor significativo de la adherencia terapéutica de la diabetes mellitus; una fuerte sensación de seguridad en sus capacidades hace que los pacientes asuman sus tratamientos aunque sean difíciles, como desafíos en lugar de amenazas, estableciendo objetivos y compromisos, estos pacientes están en mejores condiciones para hacer frente a las fallas y pueden surgir de sus fallas, lo que reduce el estrés y la vulnerabilidad a la depresión; por el contrario, los pacientes con baja autoeficacia que no creen en sus habilidades evitan llevar el tratamiento por considerarlo difícil, y es cuando aparecen las complicaciones de la enfermedad (5).

En un estudio realizado en Kansas, EE.UU, se evidencia que el incremento de la autoeficacia es un predictor significativo de la adherencia al tratamiento antidiabético; uno de los factores asociados con la adherencia de la dieta y el ejercicio del paciente es la autoeficacia para el tratamiento de la diabetes, o la confianza que el paciente tiene en su capacidad para controlar su enfermedad, la autoeficacia ha demostrado ser uno

de los predictores más fuertes de adherencia, el autocuidado de la diabetes mejora a partir de intervenciones que se dirigen directamente a la autoeficacia de la diabetes, la autoeficacia del cónyuge mejora la calidad del apoyo familiar que facilita la adherencia a la dieta y al ejercicio del paciente (3).

Otra investigación realizada en, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, encuentra que el incremento de la autoeficacia mejora la adherencia terapéutica en la diabetes mellitus tipo 2, asimismo destaca que la creencia del paciente sobre su capacidad de asumir los comportamientos de autocuidado en la diabetes, que incluye: el control de la glucosa en sangre, el control de la dieta, la actividad física, el cuidado de los pies y la ingesta de medicamentos; mejora el control de la enfermedad, amplía su disposición para recuperarse de fallas y fracasos en la dieta, y reduce la vulnerabilidad al estrés y los episodios depresivos; así también, a medida que el paciente adquiere mayor conocimiento sobre la enfermedad, nuevas experiencias y habilidades, su autoeficacia mejora (2).

En nuestro país en un estudio realizado en Lima, se halla que los pacientes con diabetes tienen un nivel de autoeficacia media, la autoeficacia refleja la confianza de los pacientes en el manejo de su enfermedad, la autoeficacia esta positivamente relacionada con los comportamientos de autocuidado, los pacientes con mayor autoeficacia tienen más probabilidades de adquirir conocimientos relacionados con la enfermedad y buscar ayuda de los profesionales de salud y sus familiares, lo que es de gran utilidad para cumplir con las indicaciones terapéuticas (6).

En el centro de salud de Chilca, hemos podido observar que un gran número de pacientes no logra adherirse al tratamiento antidiabético en especial al no

farmacológico, a los pacientes les resulta muy penoso modificar sus patrones dietéticos dado que los alimentos que comúnmente consumen tienen gran cantidad de carbohidratos, además no pueden seguir una rutina de ejercicios por las responsabilidades laborales y familiares que absorben todo su tiempo, además es difícil encontrar personas con quienes realizar actividad física de forma regular; muchos pacientes se deprimen al notar que no pueden hacer mucho para controlar su enfermedad, que a su vez reduce su motivación y les lleva a la inactividad y al aislamiento, haciendo las condiciones más desfavorables al manejo de la diabetes; se tiene la presunción que la mejora del sentido de autoeficacia se asocia con el incremento de la adherencia al tratamiento.

Por todo lo mostrado anteriormente, nos realizamos este estudio con el propósito de determinar la relación entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020.

1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Delimitación conceptual

El estudio propuesto se basó en el supuesto que; los pacientes que tienen mejores creencias de autoeficacia para llevar su tratamiento farmacológico y no farmacológico de forma exitosa, están más motivados, le ponen mayor empeño, esfuerzo y concentración para manejar el tratamiento, por lo que tienen una mejor adherencia al tratamiento de la diabetes; comprobar la asociación de la autoeficacia y la adherencia al tratamiento en la diabetes fue el objeto de la investigación que realizamos.

Delimitación espacial

El estudio se ejecutó en pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del centro de salud de Chilca. Ubicado en Jr. Humboldt 900 -Chilca- Huancayo.

Delimitación temporal

El estudio se efectuó en el año 2020, se copiaron los datos en los meses de enero y febrero del año en referencia. La investigación incluyó a todos los pacientes que acudían de forma regular a sus controles al centro de salud de Chilca.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020?

1.3.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

1. ¿Cuál es la relación entre la **autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio** y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020?
2. ¿Cuál es la relación entre la **autoeficacia en la realización de actividad física** y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020?
3. ¿Cuál es la relación entre la **autoeficacia en la toma de medicamentos orales** y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020?

1.4. JUSTIFICACIÓN

1.4.1. SOCIAL O PRÁCTICA

Luego de ejecutar este estudio hemos logrado comprobar la asociación, entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo II, por lo que hemos sugerido la implementación de un programa que mejore la autoeficacia en los pacientes diabéticos el que a su vez mejorará la motivación, el empeño, el esfuerzo y la persistencia en la adopción de las medida terapéuticas lo que inducirá una mejora en la adherencia al plan terapéutico en los pacientes; como consecuencia se tendrá un mejor control de la diabetes y se evitarán las complicaciones, generándose mayor bienestar en los usuarios del centro de salud de Chilca.

1.4.2. TEÓRICA O CIENTÍFICA

La ejecución de este estudio nos dio la posibilidad de comprobar la forma en que la teoría de la autoeficacia de Albert Bandura se aplica para la modificación de comportamientos en el manejo de la diabetes; esta teoría propone que las expectativas de autoeficacia, referidas al juicio sobre la capacidad que creen tener los pacientes diabéticos para modificar sus hábitos, con el fin de amoldarse a un régimen terapéutico específico, define el grado en que los pacientes se adhieren a el tratamiento por más complicado que este sea. El estudio solo apporto datos que son el respaldo empírico del grado en que esta teoría explica determinadas situaciones del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II.

1.4.3. METODOLÓGICA

En la investigación propuesta se aplicaron instrumentos validados en su versión original pero que han sido adaptados con fines de esta investigación, por lo que en el proceso de ejecución de la investigación se verificó la validez y confiabilidad de los mismos; estos instrumentos podrán ser empleados en estudios de investigación referentes a la autoeficacia y la adherencia terapéutica en diabetes; también podrán ser utilizados en evaluaciones de tamizaje institucional concernientes a la autoeficacia y la adherencia en el tratamiento en diabetes.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer la relación entre la autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020
2. Establecer la relación entre la autoeficacia en la realización de actividad física y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020
3. Establecer la relación entre la autoeficacia en la toma de medicamentos orales y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTE DE ESTUDIO

Adam J, Folds L, ejecutan el estudio titulado “Depresión, autoeficacia y adherencia en pacientes con diabetes tipo 2” en una clínica de atención primaria de Iowa, USA, con el objetivo de establecer la relación entre los síntomas depresivos, la autoeficacia y la adherencia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se realizó un estudio de tipo descriptivo multivariado, se empleó un población de 50 pacientes a los que se les administro el “Cuestionario de adherencia al tratamiento antidiabético” y el “Test de autoeficacia en enfermedades crónicas”; entre los resultados se destaca que existe asociación directa significativa entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento (r de Pearson = 0.45); asimismo se establecen que la autoeficacia juega un papel importante en el tratamiento exitoso en muchas enfermedades crónicas, la autoeficacia como la creencia del pacientes de que puede completar una tratamiento con éxito, modifica el comportamiento; la adherencia a los regímenes de autocuidado son importantes para mantener un buen control glucémico y prevenir complicaciones, la adherencia incluye el control de la glucosa en sangre, el cuidado de los pies, el cumplimiento de los medicamentos y el cumplimiento de una dieta y ejercicio adecuados (7).

Kravann S, realizan una investigación titulada “Creencias culturales y autoeficacia en la adherencia a la dieta entre los diabéticos tipo 2”, en centros de salud públicos y privados de Temuco, Chile, con el objetivo de determinar la influencia de las creencias culturales y la autoeficacia en la adherencia a la dieta, se empleó una muestra de 394 pacientes diabéticos a los que se les administro la “Escala de autoeficacia para el tratamiento de la diabetes” y el “Cuestionario de adherencia a la dieta antidiabética”; entre los resultados se destaca que existe asociación directa significativa entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento dietético de la diabetes ($r = 0.47$); asimismo la autoeficacia está relacionada con el cumplimiento de la dieta debido a su relación con el autocontrol como solución a las complicaciones de la diabetes, la autoeficacia se define como tener suficiente confianza para alcanzar la meta deseada, y es relevante para enfermedades crónicas como la diabetes tipo, la autoeficacia se ha asociado positivamente con el cumplimiento de la dieta y actúa como un factor protector para el cumplimiento general del tratamiento (8).

Reisi M, Mostafavi F, Javazade H, realizan un estudio titulado “Impacto de la alfabetización en salud, la autoeficacia y las expectativas de adherencia en el cumplimiento de los comportamientos de autocuidado en iraníes con diabetes tipo 2” en el Centro de Salud Hazrat-Ali, en la ciudad de Isfahan, Irán, con el objetivo de determinar las relaciones entre la autoeficacia, las expectativas de resultados y la adherencia al autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), se efectuó un estudio de diseño transversal, correlacional, se empleó una muestra de 183 pacientes a los que se les administro “La escala multidimensional de adherencia al autocuidado en diabetes” y “La escala de autoeficacia para el manejo de la diabetes”; entre los resultados se destaca que existe una correlación positiva significativa entre la autoeficacia y la adherencia a los comportamientos de autocuidado ($r = 0.512$, $p < 0.010$); además se evidencia que la autoeficacia proporciona la confianza para superar

las barreras, las personas están más motivadas para participar en comportamientos si creen que habrá comportamientos beneficiosos, los pacientes con mayor autoeficacia pueden sentirse más seguros de su capacidad para realizar comportamientos de autocuidado y pueden tener más motivación para realizar estos comportamientos (9).

Daniali S, Darani F, Eslami A, Mazaheri M, ejecutan la investigación titulada “Relación entre autoeficacia y actividad física, adherencia a la medicación en pacientes con enfermedades crónicas” en Isfahan, Iran; con el objetivo de determinar los efectos de la autoeficacia, otros síntomas físicos sobre la actividad física y la adherencia a la medicación en pacientes; se realizó una investigación descriptiva correlacional multivariada, se empleó a 483 pacientes con enfermedades crónicas a los que se les administro la “Escala de autoeficacia en enfermedades crónica” y el “Test de adherencia a la medicación”; entre los resultados se halla que la autoeficacia incrementa la adherencia a la actividad física (OR = 3.2) y la adherencia a la medicación (OR = 4.1); la autoeficacia, es responsables del éxito en el proceso de cambio de estilo de vida, y pueden notarse como un mecanismo eficaz para la promoción de la salud en enfermedades crónicas, la brecha de intención-comportamiento se puede compensar con la atención a los factores psicológicos, la autoeficacia se conoce como "las creencias en la capacidad de actuar con éxito y realizar una tarea específica o tener la confianza y la capacidad de cambiar un comportamiento"; las personas un alto nivel de autoeficacia, hacen todo lo posible para mejorar las habilidades y superar los obstáculos (10).

D'Souza M, Al-Salmi N, ejecutan un estudio titulado “Autoeficacia, impacto en la adherencia en Diabetes Mellitus”, en establecimientos de salud de Columbia, Canadá, con el objetivo de establecer cómo la autoeficacia se asocia con la adherencia entre adultos con diabetes mellitus, se efectuó una estudio trasversal correlacional

multivariado, se empleó una muestra de 564 pacientes a los que se les administró el “Inventario de aptitudes de autoeficacia” y el “Cuestionario de adherencia terapéutica en diabetes mellitus”, entre los resultados se destaca que la autoeficacia es un fuerte predictor de la adherencia al tratamiento (OR = 2.3); asimismo se evidencia que el cambio de comportamiento que exige el tratamiento de la diabetes mellitus, requiere cierta “intención”, y la “intención” está impulsada por tres construcciones: actitud, norma subjetiva y autoeficacia, la autoeficacia es un componente importante del manejo y una variable psicosocial clave utilizada para predecir la adherencia a los comportamientos de autocuidado, la educación, la comprensión de la enfermedad mejoran la autoeficacia que a su vez condiciona la adherencia óptima entre los adultos diabéticos (11).

Amer F, Mohamed M, realizan una investigación titulada “Influencia del manejo de la autoeficacia en la adherencia de las actividades de autocuidado y el resultado del tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sudaneses” en centros de salud del estado de Jartum en Sudán, con el objetivo de identificar la influencia de la autoeficacia del manejo en el cumplimiento de las actividades de autocuidado y el resultado del tratamiento, el estudio fue de tipo descriptivo trasversal correlacional múltiple, se empleó una muestra de 392 pacientes a los que se les administró “La Escala de autoeficacia del manejo de la diabetes” y el “Cuestionario de adherencia a los autocuidados en la diabetes”; entre lo resultados se destaca que los pacientes que tenían un alto nivel de autoeficacia para controlar la nutrición, la actividad física y la medicación se encontraron más adherentes a la dieta general, la actividad física y la toma de medicamentos, respectivamente, también afirman que si el paciente diabético cree tener la capacidad de modificar su estilo de vida en favor de su salud entonces hará todos los esfuerzos posibles para llevar el tratamiento acorde a las indicaciones terapéuticas de los profesionales de salud (1).

Ahmad M, Zeina M, Ahmed Y, Brown J, ejecutan una investigación titulada “Autoeficacia, autocuidado y control glucémico en pacientes de Arabia Saudita con diabetes mellitus tipo 2: una encuesta transversal” en Dubái, Emiratos Árabes Unidos; con el objetivo de determinar la prevalencia de las actividades de autocuidado de la diabetes entre los pacientes con diabetes tipo 2 y examinar la asociación entre los parámetros sociodemográficos y clínicos, las actividades de autocuidado de la diabetes y el control glucémico entre los pacientes con diabetes tipo 2; se realizó un estudio transversal entre pacientes con diabetes (n = 123) en la Ciudad Humanitaria Sultan Bin Abdulaziz; se utilizó un modelo de regresión para examinar las variables que predijeron el control glucémico; además, se llevó a cabo un análisis de regresión que examinó el efecto de cada subescala de autoeficacia en su respectivo comportamiento de autogestión de la diabetes; entre los resultados se destaca que la autoeficacia se asoció con niveles más altos de dieta, ejercicio, pruebas de azúcar en la sangre y conductas de autocontrol con medicamentos. Las conductas de autocuidado de la dieta y el uso de agentes hipoglucemiantes orales fueron predictores significativamente independientes del control glucémico HbA1c <7% (53 mmol / mol). Los hallazgos pueden ayudar a comprender mejor en qué medida los diferentes parámetros de autoeficacia influyen en las conductas de autocuidado, lo que a su vez conducirá a un mejor control glucémico (12).

Wang H, Chen Y, Yang F, Juan C, realizan la investigación titulada “Relación entre la autoeficacia de la diabetes tipo 2 y la calidad de vida: análisis en diversas condiciones de hemoglobina glucosilada” en Dayeh, Taiwán; con el objetivo de establecer la correlación entre la autoeficacia y la calidad de vida en pacientes con diabetes bajo diferentes condiciones de hemoglobina glucosilada; se realizó un estudio multivariado, se empleó a 177 pacientes ambulatorios con diabetes tipo 2 de un hospital universitario regional en el centro de Taiwán. Revisamos los resultados de las

pruebas de hemoglobina glucosilada de los pacientes de los 3 meses anteriores y registramos estos datos. Entre los resultados se reveló una fuerte relación entre la autoeficacia y la calidad de vida. En el grupo de buen control, la relación entre la autoeficacia y la calidad de vida se intensificó. Por lo tanto, a medida que aumentaron los niveles de hemoglobina glucosilada, la correlación entre la autoeficacia y la calidad de vida se debilitó y tendió a disminuir de manera constante. Además, la relación entre las dimensiones de autoeficacia del control de la medicación, el cuidado de los pies y la calidad de vida se intensificó en el grupo de control pobre. La autoeficacia y la calidad de vida se correlacionaron significativamente en diversas condiciones de hemoglobina glucosilada. Por lo tanto, mejorar la autoeficacia para lograr un control adecuado de la glucosa en sangre puede ayudar a aumentar la calidad de vida de los pacientes con diabetes tipo 2 (13).

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 Kebangsaan Malaysia; con el objetivo de establecer la correlación entre el apoyo social y la autoeficacia de los pacientes de DM2 de Malasia; es estudio fue descriptivo transversal que 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). Se analizaron las puntuaciones de ambas herramientas para determinar la asociación y correlación entre apoyo social y autoeficacia. Entre los resultados se destaca que la puntuación media para el apoyo social general fue $72,7 \pm 21,40$ rango de puntuación (0-100). El “apoyo afectuoso” se calificó como la puntuación media promedio más alta con $78,31 \pm 23,71$ (rango de puntuación: 0-100).

La puntuación media de DMSES fue $147,6 \pm 35,5$ (rango de puntuación: 0-200), de la cual la subescala de “medicamentos” fue la más alta con puntuaciones medias de $9,07 \pm 1,67$ (rango de puntuación: 0-10). Se encontró que el apoyo social general y la autoeficacia tenían una correlación débil ($r = 0,197$). El apoyo social se asocia significativamente con la autoeficacia de los pacientes en el manejo de sus propios medicamentos (14).

Ahmad S, Mohd R, Abdul R, Mahmood Y, efectúan una investigación titulada “Autoeficacia del comportamiento del cuidado de los pies en pacientes ancianos con diabetes” en Selangor, Malaysia; con el objetivo de identificar niveles de autoeficacia y comportamiento de cuidado de los pies y su relación con las características demográficas en pacientes ancianos con diabetes. Se realizó un estudio transversal en dos hospitales generales de Malasia de mayo a junio de 2015. Se invitó a participar en este estudio a pacientes diabéticos de 60 años con criterios de inclusión específicos. Los encuestados fueron entrevistados mediante un conjunto de cuestionarios validados. Los datos fueron analizados con estadística descriptiva e inferencial (regresión lineal múltiple). Entre los resultados se destaca que los niveles de autoeficacia del pie (media + 31,39; desviación estándar = 7,76) y comportamiento del cuidado de los pies (media = 25,37; DE = 5,88) fueron altos. Hubo una relación positiva significativa entre la autoeficacia del pie ($\beta = 0,41$, $p < 0,001$) y el género ($\beta = 0,30$, $p < 0,001$) con el comportamiento del cuidado de los pies. La autoeficacia se puede incorporar en la educación diabética para mejorar el comportamiento del cuidado de los pies. A los pacientes de alto riesgo se les debe enseñar la inspección y protección adecuadas de los pies, así como las ventajas del cuidado de la piel para prevenir la aparición de problemas de pie diabético (15).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. AUTOEFICACIA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II

La autoeficacia percibida se refiere a las creencias en las capacidades de uno para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir niveles dados de logros. Aunque el sentido de eficacia personal se relaciona con las capacidades percibidas para producir efectos, los eventos sobre los cuales se ejerce la influencia personal varían ampliamente. Puede implicar la regulación de la propia motivación, los procesos de pensamiento, los estados afectivos y las acciones o las condiciones ambientales cambiantes, dependiendo de lo que uno busque gestionar. La creencia en la eficacia es una base importante de acción. A menos que las personas crean que pueden producir los efectos deseados por sus acciones, tienen pocos incentivos para actuar. El ejercicio del control requiere no solo habilidades, sino también un fuerte sentido de eficacia para usarlas de manera efectiva y consistente en circunstancias difíciles (16).

Las creencias de eficacia no solo operan por derecho propio. Actúan sobre otros determinantes en la regulación del comportamiento. Las creencias en la eficacia del aprendizaje aumentan la adquisición de conocimientos y habilidades para gestionar las demandas de la vida cotidiana. También regulan la motivación determinando los objetivos que las personas se establecen, la fuerza del compromiso con ellos y los resultados que esperan para sus esfuerzos. La creencia en el poder de producir efectos determina cuánto tiempo las personas perseverarán frente a los obstáculos y las

experiencias de fracaso, su resistencia a la adversidad, si sus patrones de pensamiento son obstaculizadores o autoayudantes, y cuánto estrés y depresión experimentan al enfrentarlos (17).

Las creencias que las personas tienen sobre sus capacidades, por lo tanto, afectan si hacen un buen o mal uso de las habilidades que poseen. Las dudas sobre uno mismo pueden anular fácilmente las mejores habilidades. Las creencias de las personas sobre su eficacia pueden desarrollarse mediante cuatro fuentes principales de influencia. La forma más efectiva de crear un fuerte sentido de eficacia es a través de experiencias de dominio. Los éxitos crean una creencia sólida en la eficacia personal. Las fallas lo debilitan, especialmente si ocurren antes de que se establezca firmemente un sentido de eficacia. Si las personas experimentan solo éxitos fáciles, esperan resultados rápidos y se desaniman fácilmente por el fracaso. Un sentido de eficacia resistente requiere experiencia para superar obstáculos mediante un esfuerzo perseverante (18).

La otra forma de crear y fortalecer las creencias propias de eficacia es a través de las experiencias indirectas proporcionadas por los modelos sociales. Ver a personas similares a uno mismo tener éxito mediante un esfuerzo sostenido eleva las creencias de los observadores de que ellos también poseen las capacidades para dominar actividades comparables para tener éxito. Las influencias de modelado hacen más que proporcionar un estándar social contra el cual juzgar las propias capacidades. A través de su comportamiento y formas de pensar expresadas, los modelos competentes transmiten conocimiento y enseñan a los observadores habilidades y estrategias efectivas para manejar las demandas ambientales (19).

La persuasión social es otra forma de fortalecer las creencias de las personas de que tienen lo necesario para tener éxito. Es probable que las personas que están persuadidas verbalmente de que poseen las capacidades para dominar determinadas actividades movilicen un mayor esfuerzo y lo sostengan que si albergan dudas sobre sí mismos y se detienen en las deficiencias personales cuando surgen problemas. Los creadores de eficacia exitosos hacen más que transmitir evaluaciones positivas de las capacidades. Estructuran situaciones para las personas de manera que traigan éxito y evitan colocar a las personas en situaciones prematuras donde es probable que fallen con frecuencia. Miden el éxito en términos de superación personal (20).

2.2.1.1. AUTOEFICACIA EN EL SEGUIMIENTO DEL PLAN ALIMENTICIO

El tratamiento de la diabetes involucra modificar los patrones dietéticos, por lo que se requerirá elevado sentido autoeficacia para que la persona inicie el proceso de controlar el consumo de alimentos. Las creencias de los pacientes sobre su capacidad para modificar su dieta cotidiana, está asociada al control de impulsos y hábitos que han sido forjados a lo largo de toda la vida. Ser altamente autoeficaz es un factor clave en el autocontrol exitoso de la alimentación. La autoeficacia, o la creencia de que uno puede autogestionar la propia dieta, es un objetivo importante en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo II (21).

Las personas también dependen en parte de sus estados somáticos y emocionales para juzgar sus capacidades. Interpretan sus reacciones de estrés y tensión como signos de ineficacia. En actividades que involucran fuerza y resistencia, las personas juzgan su fatiga, dolores y molestias como signos de debilidad física. El estado de ánimo también afecta los juicios de las personas sobre su eficacia personal. El estado de

ánimo positivo mejora la autoeficacia percibida, el estado de ánimo abatido lo disminuye (22).

La otra forma de modificar las creencias propias de eficacia es reducir las reacciones de estrés de las personas, alterar sus inclinaciones emocionales negativas y corregir las malas interpretaciones de sus estados físicos. La mayoría de los modelos de cambio de los hábitos alimenticios incluyen un determinante de eficacia. Los que no lo hacen, sacrifican el poder explicativo y predictivo. Por ejemplo, cuando se agrega a las variables en la teoría de la acción razonada, un sentido de eficacia para el control de la dieta promueve el comportamiento de salud tanto directamente como por su influencia en la intención (23).

Las actitudes suelen ser predictivas, especialmente de intención, pero las influencias normativas varían ampliamente en su contribución a los diferentes tipos de comportamiento de salud. Las creencias de eficacia son consistentemente predictivas. Hay dos niveles en los cuales el sentido de eficacia personal juega un papel influyente en el control dietético. En el nivel más básico, las creencias de las personas sobre su capacidad para hacer frente a los estresores generados tras modificaciones en la dieta, activan los sistemas biológicos que median la salud y la enfermedad (24).

La teoría cognitiva social considera las reacciones al estrés en términos de ineficacia percibida para ejercer control sobre el tipo de alimentos consumidos. Si las personas creen que pueden manejar eficazmente los posibles factores estresantes generados en las modificaciones dietéticas, no les molestan. Pero si creen que no pueden controlar los eventos de hambre, se angustian y afectan su nivel de funcionamiento. El impacto de las creencias de la eficacia de afrontamiento en las reacciones de estrés biológico

se verifica en estudios experimentales en los que las personas están expuestas a estresores bajo ineficacia percibida y después de que sus creencias de escapes de afrontamiento se elevan a altos niveles a través de experiencias de dominio guiado (25).

Después de que se fortalece la eficacia percibida de afrontamiento de las personas, manejan los mismos factores estresantes de hambre, sin experimentar angustia, agitación visceral o activación de hormonas relacionadas con el estrés. Los tipos de reacciones bioquímicas que han demostrado acompañar un sentido débil de eficacia de afrontamiento están involucrados en la regulación del sistema inmune. Por lo tanto, la exposición a factores estresantes incontrolables tiende a perjudicar la acción del sistema inmune de manera que puede aumentar la susceptibilidad a la enfermedad (26).

2.2.1.2. AUTOEFICACIA EN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA

El manejo de la diabetes requiere incrementar la frecuencia e intensidad de la actividad física, pero sin llegar al exceso que podrían ser riesgoso, se requerirá elevado sentido autoeficacia para que la persona inicie el proceso de incrementar su actividad física (27). Las creencias de los pacientes sobre su capacidad para hacer ejercicios, está asociada al control de la tendencia al sedentarismo, la pereza o los dolores muscular articulares generados por el esfuerzo físico. Ser altamente autoeficaz es un factor clave en iniciar y sostener un plan de entrenamiento físico. La autoeficacia, o la creencia de que uno puede autogestionar el propio ejercicio, es un objetivo importante en el tratamiento de la diabetes (28).

El estrés provocado mientras se logra dominar el manejo de situaciones amenazantes puede mejorar los diferentes componentes del sistema inmunitario. Proporcionar a las

personas los medios para manejar los estresores agudos y crónicos aumenta el funcionamiento inmunológico (29). El campo del funcionamiento de la salud ha estado muy preocupado por los efectos fisiológicamente debilitantes de los estresores. La teoría de la autoeficacia también reconoce los efectos fisiológicamente fortalecedores del dominio sobre los estresores. Un número creciente de estudios proporciona apoyo empírico para el endurecimiento fisiológico mediante un afrontamiento exitoso (30).

El otro nivel en el que las creencias de eficacia personal afectan la salud se refiere al control directo sobre los hábitos de salud y sobre la tasa de envejecimiento biológico. Las creencias de las personas sobre su eficacia para regular su propia motivación y comportamiento para hacer ejercicio físico, afecta cada fase del cambio personal (31). Determinan si las personas incluso consideran cambiar sus hábitos de actividad física; si reclutan la motivación y la perseverancia necesarias para tener éxito, si eligen hacerlo; qué tan bien mantienen los cambios de hábitos que han logrado; su vulnerabilidad a la recaída; y su éxito en restaurar el control después de un revés. En la teoría cognitiva social, las creencias de eficacia operan como uno de los muchos determinantes que regulan la motivación, el afecto y el comportamiento para realizar actividad física (32).

Las expectativas de resultados sobre los efectos de los diferentes hábitos de estilo de vida también contribuyen al comportamiento de salud. Las expectativas positivas sirven como incentivos, las negativas como desincentivos. Una clase de resultados incluye los efectos físicos que acompañan el comportamiento (33). Incluyen experiencias sensoriales agradables y placeres físicos en las formas positivas, y experiencias sensoriales aversivas, dolor e incomodidad física en las formas negativas.

El comportamiento también está parcialmente regulado por las reacciones sociales que evoca. Las sanciones sociales positivas y negativas constituyen la segunda clase de resultados (34).

Las personas no se comportan como fenómenos meteorológicos, cambiando constantemente a las influencias sociales que les afectan en este momento. Adoptan normas personales y regulan su comportamiento mediante sus sanciones. Hacen cosas que les dan autosatisfacción y autoestima, y se abstienen de comportarse de manera que generen auto-insatisfacción. Esta clase de resultados se refiere a las reacciones de autoevaluación positivas y negativas al comportamiento de uno. La autoevaluación evaluativa es uno de los reguladores más influyentes del comportamiento humano, pero generalmente se descuida en los modelos de cambio personal (35).

La mayoría de los factores incluidos en los diferentes modelos conceptuales corresponden a estos diversos tipos de expectativas de resultados. La gravedad percibida y la susceptibilidad a la enfermedad en el modelo de creencias sobre la salud representan los resultados físicos negativos esperados (36). Los beneficios percibidos de incrementar la actividad física generan expectativas positivas de resultados. En las teorías de la acción razonada y el comportamiento planificado, la intención de participar en los deportes se rige por las actitudes hacia el comportamiento y las normas subjetivas (32).

2.2.1.3. AUTOEFICACIA EN LA TOMA DE MEDICAMENTOS ORALES

En el tratamiento de la diabetes se debe de consumir medicamentos de forma permanente, involucra modificar las actividades diarias, por lo que se requerirá una buena autoeficacia para que la persona consuma sus medicamentos en los horarios

establecidos (37). Las creencias de los pacientes sobre su capacidad para tomar sus medicamentos, está asociada al grado de responsabilidad que cree tener. Las que se crean personas muy responsables harán todo tipo de esfuerzo y tomarán todo tipo de precauciones para no fallar en el consumo de sus medicamentos (26).

La actitud favorable a la medicación se mide en términos de resultados percibidos y el valor asignado a esos resultados. La presión social percibida por otras personas importantes y la motivación de uno para cumplir con la medicación es importante. Las normas corresponden a los resultados sociales esperados para determinados estilos de comportamiento. En la teoría cognitiva social, las influencias normativas regulan las acciones a través de dos procesos de control. Estos incluyen sanciones sociales y auto-sanciones (38). Las normas influyen en el comportamiento anticipadamente por las consecuencias sociales que proporcionan. El comportamiento que cumple las normas sociales gana reacciones sociales positivas. El comportamiento que viola las normas sociales trae censura social. Además, las normas sociales transmiten estándares de comportamiento, si la norma social se orienta a favor del consumo de medicamentos, entonces mejorará la autoeficacia hacia estas actividades (18).

La adopción de estándares crea un sistema de autorregulación que opera a través de sanciones propias. En este proceso, las personas regulan su comportamiento mediante reacciones de autoevaluación. Algunos investigadores informan que las presiones normativas tienen poco impacto en el comportamiento. Esto plantea la cuestión de si las influencias normativas son ineficaces, lo que parece altamente improbable, o si deben medirse de manera más integral como diferentes formas de expectativas de resultados sociales (39). En la teoría cognitiva social, las metas cognitivas, enraizadas

en un sistema de valores, proporcionan autoincentivos más alejados y guías para el comportamiento de salud. Los objetivos pueden ser distales que sirven en una función de orientación, o funciones proximales que regulan el esfuerzo y guían la acción en el aquí y el ahora (16).

Las intenciones son esencialmente objetivos proximales. Tanto "Mi objetivo es hacer x" como "Tengo la intención de hacer x" se refieren a lo que una persona propone hacer. Las metas son una faceta entrelazada de un mecanismo motivacional, no simplemente un predictor discreto para ser agregado a un modelo conceptual (18). En la automotivación a través del establecimiento de objetivos, las personas monitorean su comportamiento y reaccionan positiva o negativamente a sus logros dependiendo de cómo se comparen con sus aspiraciones de objetivos. Las creencias de eficacia afectan el establecimiento de objetivos y si los desempeños deficientes provocan un mayor esfuerzo o son desmoralizantes (17).

El cambio personal sería trivialmente fácil si no hubiera impedimentos o barreras para superar. Por lo tanto, las barreras percibidas son un factor importante en el modelo de creencias de salud y en versiones elaboradas del mismo. La teoría cognitiva social distingue entre diferentes tipos de barreras. Algunos de ellos son impedimentos personales que impiden el desempeño del comportamiento de salud en sí. Forman una parte integral de la evaluación de autoeficacia (32). Las creencias de eficacia deben medirse con gradaciones de desafíos o impedimentos para un desempeño exitoso. Por ejemplo, al evaluar la eficacia personal para seguir una rutina de ejercicios, las personas juzgan la fuerza de su eficacia para hacer ejercicio regularmente cuando están bajo presión del trabajo, están cansados, deprimidos, tienen cosas más interesantes que

hacer y enfrentan mal tiempo. Si no hay impedimentos para superar, el comportamiento es fácilmente ejecutable y todos son totalmente eficaces (21).

La regulación del comportamiento no es únicamente un asunto personal. Algunos de los impedimentos para una vida saludable residen en los sistemas de salud más que en impedimentos personales o situacionales (28). La falta de disponibilidad de recursos de salud presenta una segunda clase de barreras para el comportamiento saludable. Estos impedimentos tienen su origen en cómo los servicios de salud están estructurados social y económicamente (24).

2.2.2. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II

La adherencia, el cumplimiento y la persistencia son términos utilizados para definir el grado en que un paciente se ajusta a la medicación prescrita, y son factores que tienen un impacto importante en los resultados del tratamiento. Aunque ha habido una falta de uniformidad en las definiciones que describen el uso de medicamentos recetados, se han hecho algunos intentos para definir claramente estos términos (40).

La adhesión, tal como se usa en los trastornos crónicos, fue definida por la OMS como el grado en que el comportamiento de una persona con respecto a tomar medicamentos, seguir una dieta y/o realizar cambios en el estilo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas de un proveedor de atención médica. Los métodos para medir la adherencia pueden ser directos (marcador biológico), que es más sensible, pero puede ser invasivo y no suele ser práctico o indirecto (autoinforme, cuestionarios, recuentos de píldoras). Los métodos indirectos se usan con frecuencia,

pero pueden conducir a imprecisiones ya que los pacientes a menudo no son una fuente confiable de información. Los datos de farmacias electrónicas ahora están disponibles y, más recientemente, este método indirecto se ha utilizado ampliamente para evaluar el cumplimiento (41).

Existen dos medidas comunes de adherencia utilizando tales datos: la proporción de posesión de medicamentos y la proporción de días cubiertos dentro de un período de tiempo determinado. Estas medidas se correlacionan con la cantidad de dosis prescritas, pero no con su administración o tiempo real. La adherencia generalmente se considera como la proporción de pacientes que toman al menos el 80% de sus medicamentos recetados, pero este límite puede ser de hasta el 90% en algunos estudios (40).

El cumplimiento es un término que a menudo se usa como sinónimo de adherencia y generalmente se mide como las dosis administradas como una proporción de las dosis prescritas durante un período de tiempo. Si bien difiere ligeramente de la adherencia en que no requiere el acuerdo del paciente con las recomendaciones, la terminología utilizada en el presente informe es consistente con la referencia citada (42).

Los resultados del tratamiento se ven afectados no solo por la conformidad con el tratamiento diario, sino también por el tiempo que el tratamiento continúa durante la duración prescrita. La persistencia del tratamiento generalmente se define como la duración del tiempo que un paciente continúa el tratamiento como una proporción de la duración prescrita. Se mide como la proporción de pacientes que permanecen en

tratamiento durante un período específico o el número medio de días hasta la interrupción del tratamiento (43).

2.2.2.1. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y AL SEGUIMIENTO

La mala adherencia a la medicación en la diabetes mellitus tipo II, se basa en seis factores clave: eficacia percibida del tratamiento, hipoglucemia, complejidad y conveniencia del tratamiento, costo del tratamiento, creencias sobre la medicación y confianza del médico; también puede verse afectado por: la depresión, olvido y conocimiento limitado de la diabetes, pero estos seis factores son los más críticos y los más susceptibles a cambio (44).

Eficacia percibida del tratamiento, es más probable que los pacientes se adhieran a los regímenes de medicación cuando tienen una sensación tangible de que la medicación prescrita está contribuyendo a algunos resultados positivos y relativamente inmediatos. Cuanto más firmemente creen los pacientes que la medicación prescrita es realmente necesaria, más adherentes es probable que sean. La comprensión de los pacientes de que está ocurriendo una mejora (y que esto puede deberse, al menos en cierta medida, a sus medicamentos) contribuye a su disposición a continuar con sus medicamentos de una manera más confiable (45).

Hipoglucemia, los pacientes que informaron síntomas moderados o peores de hipoglucemia tenían peor adherencia a la medicación. Es de destacar que incluso un solo evento hipoglucemiante puede contribuir a un mayor miedo a la hipoglucemia en pacientes con diabetes tipo 2, y el miedo hipoglucemiante, a su vez, puede contribuir a una peor adherencia a la medicación, ya que el paciente elige mantener sus niveles

de glucosa en sangre en un nivel más alto rango donde más eventos hipoglucémicos serán menos probables. La elección de los medicamentos tendrá, por supuesto, un impacto importante en el riesgo de hipoglucemia. Sin embargo, la probabilidad real de problemas de hipoglucemia puede verse influenciada por la dosis prescrita, los errores de prescripción y/o qué tan bien o mal el paciente entiende y sigue las instrucciones de la medicación (46).

Complejidad y conveniencia del tratamiento, no es sorprendente que la adherencia y la persistencia a la medicación se vuelvan más desafiantes cuando el tratamiento en sí se percibe como más difícil, oneroso o gravoso. Más allá de la influencia de los horarios de dosificación, los datos recientes sugieren que la complejidad general del régimen de medicación predice la adherencia, y una mayor complejidad contribuye a una peor adherencia (47).

Costo del tratamiento, los costos de bolsillo para los medicamentos se han asociado de manera consistente con la adherencia problemática en todas las condiciones de tratamiento. Los costos de bolsillo más altos para los medicamentos antidiabéticos en particular están vinculados a una peor adherencia, los pacientes que reciben un subsidio de los medicamentos tienen una mejor adherencia (48).

Creencias de medicación, muchos pacientes tienen creencias marcadamente negativas o muy escépticas sobre sus medicamentos recetados, a menudo temen que los riesgos a largo plazo superen cualquier beneficio probable, creer que los medicamentos son necesarios está asociado con la adherencia, las preocupaciones sobre el posible impacto negativo de los medicamentos están asociadas con una mala

adherencia así como la renuencia a iniciar nuevos medicamentos, tanto orales como inyectables (49).

Confianza en el personal de salud, la adherencia a los medicamentos hipoglucemiantes, así se ha relacionado con la confianza de los pacientes en el proveedor de salud, los pacientes que sintiendo que sus necesidades durante las visitas médicas habían sido escuchadas y atendidas tuvieron mejor adherencia a la medicación, los que tuvieron mejor comunicación con el personal de salud mejoraban su adherencia a los medicamentos hipoglucémicos actuales (50).

2.2.2.2. ADHERENCIA AL EJERCICIO FÍSICO

El entrenamiento físico es un componente integral en el manejo de la diabetes mellitus tipo II relacionadas con el estilo de vida. El entrenamiento con ejercicios terapéuticos se considera una piedra angular del tratamiento para la diabetes mellitus, la literatura científica demuestra claramente que el ejercicio es beneficioso y seguro cuando se siguen las pautas aplicables. La actividad física también se asocia con una mejora de la salud psicológica y el estado funcional, así como con la reducción de los gastos de atención de la salud (51).

Sin embargo, los datos muestran que una gran proporción de adultos no cumple con las recomendaciones de actividad física, y este es un problema importante de salud pública. Es probable que estos datos también subestimen el problema de la falta de adherencia, ya que los adultos tienden a reportar en exceso los niveles de actividad física en comparación con las medidas objetivas. La investigación sugiere que la adherencia inadecuada al ejercicio durante el período de intervención podría atenuar la efectividad de la intervención. Hay muchas categorías de factores relacionados con

la falta de adherencia a la actividad física, por ejemplo, demográfica, relacionada con la salud y biológica, cognitiva y psicológica, conductual, relacionada con el programa y ambiental (52).

Los factores sociales que se han estudiado como correlatos de la actividad física incluyen la cohesión del grupo de ejercicio, la influencia del médico y el apoyo social. La cohesión grupal ha mostrado una moderada correlación positiva con la adherencia en algunos estudios. Sin embargo, la influencia del médico y el entorno de apoyo social han sido correlatos más fuertes y más consistentes del nivel de actividad física y la adherencia. Se ha informado que el consejo de los médicos para hacer ejercicio es un correlato de la actividad física entre la población adulta en general. El apoyo social se ha asociado significativamente con la actividad física en estudios transversales y prospectivos, tanto en muestras comunitarias como en grupos de ejercicio organizados. Si bien el apoyo de la familia y los amigos a la actividad física parece influir, el papel del cónyuge parece ser particularmente importante (53).

La comunicación entre el paciente y el clínico se considera fundamental para establecer una relación efectiva con el paciente, los pacientes que tuvieron una relación positiva con sus fisioterapeutas se sintieron más inclinados a asistir a sus citas clínicas y completar sus actividades de rehabilitación durante estas sesiones. Además, se observó que la adherencia a los programas de ejercicios de fisioterapia era significativamente mayor cuando los fisioterapeutas les daban comentarios positivos a los pacientes, les pedían comentarios sobre su progreso y tratamiento, monitoreaban regularmente el rendimiento de su ejercicio y con frecuencia los motivaban a hacer sus ejercicios en casa. Por el contrario, los médicos pueden ser responsables de los bajos

niveles de adherencia si brindan demasiada información a los pacientes y si esa información no es específica para sus necesidades y trastornos (54).

2.2.2.3. ADHERENCIA A LA ALIMENTACIÓN Y PERMANENCIA EN EL TRATAMIENTO

Un conjunto diverso de investigaciones respalda la idea de que la adherencia a la dieta, el grado en que un individuo se "apega" a una dieta, es un factor más importante para el éxito del manejo dietético en la diabetes mellitus tipo II. La adherencia a las intervenciones de pérdida de peso en la dieta podría mejorarse mediante estrategias que ayuden a controlar el impulso físico de comer que ocurre durante la restricción de energía. Un aumento en el impulso de comer en respuesta a la restricción de energía y la pérdida de peso es una de una gama de respuestas compensatorias que colectivamente se oponen a la pérdida de peso continua y promueven la recuperación de peso. Un aumento en el impulso de comer puede contribuir a la alta tasa de desgaste en los intentos de pérdida de peso y la incapacidad de la mayoría de las personas para mantener la pérdida de peso, el grado de hambre experimentado por las personas con sobrepeso u obesidad en respuesta a una dieta con restricción energética es un predictor de la recuperación posterior de peso, presumiblemente debido al aumento de la ingesta de alimentos (55).

Si bien controlar el impulso de comer puede ser un objetivo clave para mejorar la adherencia a las intervenciones de pérdida de peso en la dieta, el hambre física no es la única razón por la que las personas comen (o beben). El nivel de adherencia también puede verse influenciado por lo diferente que es una intervención dietética de la dieta habitual de una persona. La adherencia a una intervención dietética probablemente esté

influenciada por cuán diferente sea la intervención dietética de la dieta habitual de un individuo. Esta es probablemente la razón por la cual las personas tienen dificultades para adherirse a dietas severamente restringidas en carbohidratos a largo plazo, ya que los carbohidratos son un contribuyente importante a la energía en la dieta de la mayoría de las personas, una intervención dietética que sea flexible y se pueda individualizar y adaptar de acuerdo con las preferencias dietéticas de una persona puede conducir a una mejor adherencia a las recetas dietéticas (56).

Además de la individualización de acuerdo con la dieta habitual de una persona y las preferencias dietéticas, las intervenciones de pérdida de peso en la dieta deben tener en cuenta los requisitos nutricionales de una persona y ser nutricionalmente sanas. En particular, la proteína es un nutriente que es particularmente importante durante la pérdida de peso para promover la saciedad (que también puede mejorar la adherencia al controlar el impulso de comer), así como también ayuda a prevenir la pérdida de masa sin grasa, existe una necesidad de orientación clínica práctica sobre cómo diseñar intervenciones dietéticas que se puedan adaptar a las preferencias dietéticas individuales y a los requisitos dietéticos (particularmente proteínas) para mejorar la adherencia (57).

Otro objetivo potencial para mejorar la adherencia a una intervención dietética es el registro de la ingesta de alimentos. Mantener un registro de alimentos, o "diario de alimentos", es común en la investigación y en entornos del mundo real para promover y medir la adherencia a las intervenciones dietéticas, particularmente para el control del peso, el autocontrol a través del registro de la ingesta de alimentos ha demostrado ser un fuerte predictor de cambio en la dieta, así como un fuerte predictor del

mantenimiento del cambio en la dieta a largo plazo. Un aspecto clave de cualquier intervención dietética es proporcionar orientación dietética sobre qué y cuánto (es decir, el tamaño de la porción) para comer (54).

La adhesión es una clave importante para el éxito del manejo dietético en la diabetes y hay una serie de estrategias que se pueden usar para mejorar la adherencia que son aplicables en la investigación o en entornos del mundo real. Un mayor impulso para comer es un contribuyente importante a los intentos fallidos de pérdida de peso y, por lo tanto, es un objetivo clave para mejorar la adherencia. Las dietas que inducen cetosis pueden ayudar a controlar el aumento del deseo de comer asociado con la pérdida de peso, pero se necesita más investigación sobre el nivel de restricción de carbohidratos que se requiere para lograr esto. Asegurarse de que una dieta contenga proteínas adecuadas también puede ayudar a prevenir un aumento en el impulso de comer. Además, una intervención dietética que se adapte a las preferencias dietéticas de una persona (mientras se alinea con las recomendaciones nutricionales), también puede mejorar la adherencia (58).

2.2.2.4. ADHERENCIA AL CONTROL DE RIESGOS

Los mejores resultados de salud para las personas con diabetes dependen de la integración del autocontrol en la vida diaria. Se encuentra disponible una amplia variedad de intervenciones educativas, conductuales y afectivas que individualmente producen mejoras modestas en la adherencia del paciente a las recomendaciones de tratamiento en diabetes y enfermedades crónicas relacionadas y que funcionan algo mejor cuando se usan en combinación. La diabetes es una de las enfermedades crónicas para las cuales el autocontrol desempeña un papel central en la atención. Para

optimizar su salud, se puede aconsejar a las personas con diabetes sobre la dieta y el ejercicio, exámenes médicos frecuentes, exámenes especializados anuales de los ojos y los pies y, para muchos, medicamentos recetados múltiples orales o inyectados todos los días. Hasta que haya una cura para la diabetes, estos comportamientos deben mantenerse durante toda la vida (59).

Las cuestiones se complican aún más por la alta prevalencia de comorbilidad entre los adultos con diabetes: tienen un mayor riesgo de hipertensión y trastornos de los lípidos. Estas condiciones pueden requerir aún más tratamiento médico, que debe integrarse con el tratamiento de la diabetes misma. Para aquellos lo suficientemente desafortunados como para desarrollar las complicaciones vasculares de la diabetes, se imponen aún más demandas de autocontrol. Controlar la diabetes es una tarea compleja que toca casi todos los aspectos importantes de la vida cotidiana, y los proveedores podríamos maravillarnos de que cualquier persona se las arregle para hacerlo. El éxito requiere una alianza entre los pacientes y sus proveedores de atención médica, uno o más de un equipo que incluye médicos, enfermeras, dietistas, educadores en diabetes, farmacéuticos y otros profesionales de la salud especializados (60).

En la organización actual de la atención médica, corresponde a los proveedores de atención primaria controlar el progreso biológico de los pacientes y prescribir un plan de tratamiento adecuado. Gran parte del trabajo difícil de apoyar y facilitar la implementación de estos planes complejos por parte de los pacientes (es decir, educación para el autocontrol, opciones de cambio de comportamiento) se delega a otros miembros del equipo o no se realiza en absoluto. Las discrepancias entre las

recomendaciones de tratamiento y el autocontrol del paciente no son la única causa de los malos resultados de la diabetes: las prescripciones de los proveedores y el asesoramiento de otros profesionales de la salud no siempre se basan en la base completa de conocimientos sobre el tratamiento diabetes (57).

Los sistemas de atención médica pueden colocar barreras adicionales en la forma de llevar lo que sabemos sobre la diabetes a la atención de sus pacientes. Pero el diseño de sistemas y la adhesión del proveedor a las pautas son temas dignos de un tratamiento extenso por separado y no se tratan aquí. Nos centramos en lo que se puede hacer para garantizar que los pacientes tengan la oportunidad de considerar, adoptar y mantener las tareas centrales del autocontrol de la diabetes: practicar comportamientos de estilo de vida saludables relacionados con la nutrición y el ejercicio, tomar los medicamentos según lo prescrito, autocontrol glucosa y buscar atención médica según corresponda (55).

2.2.3. TEORÍA DE AUTOEFICACIA

2.2.3.1. LAS CREENCIAS DE AUTOEFICACIA

El concepto de autoeficacia se ha definido generalmente como la creencia en la capacidad de uno para llevar a cabo sus planes o para realizar una tarea con éxito, así como para realizar ciertas acciones necesarias para lograr los resultados deseados o anticipados. Por lo tanto, la autoeficacia percibida se refiere a las creencias centrales de las personas en sus capacidades para producir un nivel determinado de logros por sus propias acciones. Por lo tanto, estas creencias son juicios sobre lo que una persona cree que puede hacer, no sobre lo que tiene. Son producto de un proceso complejo de autoevaluación y autopersuasión que se basa en el procesamiento cognitivo de varias fuentes de información de eficacia, como logros de desempeño pasados, experiencias indirectas, persuasión verbal y estados fisiológicos y emocionales (61).

Vale la pena señalar que la autoeficacia no es una entidad global o un fenómeno general, sino que varía entre dominios de actividad, demandas de tareas y características situacionales. En otras palabras, se refiere más al sentido de eficacia de la persona para intenciones específicas o comportamientos específicos en el contexto de tareas particulares y situaciones desafiantes o problemáticas. Por lo tanto, no se refiere a las características de personalidad global ni a un rasgo de personalidad que opera independientemente de los factores contextuales. Esto implica que las expectativas sobre la eficacia dependen de la tarea particular y el contexto que enfrenta un individuo. Por lo tanto, no es apropiado caracterizar a un individuo con una autoeficacia "alta" o "baja" en general (62).

Las creencias de autoeficacia producen sus efectos a través de cuatro procesos principales que generalmente operan en concierto, regulando el funcionamiento humano: procesos cognitivos, motivacionales, afectivos y decisivos (de elección). Estos efectos sobre el funcionamiento psicosocial son generalizados y diversos. Las creencias de autoeficacia afectan: [1] si se iniciará un comportamiento de afrontamiento, cuánto esfuerzo de autorregulación se gastará y cuánto tiempo se mantendrá este esfuerzo frente a obstáculos y experiencias aversivas; [2] si las personas piensan de manera pesimista u optimista, en formas que se autoalimentan o debilitan; [3] qué tan bien se motivan y perseveran ante las dificultades; [4] la calidad de su bienestar emocional y su vulnerabilidad a la angustia emocional y la depresión; [5] resistencia a la adversidad; y [6] las elecciones de vida que hacen en puntos decisivos importantes que establecen el curso de los caminos de la vida (63).

A través de estos diversos medios, las creencias de las personas sobre su eficacia para gestionar su propio funcionamiento y ejercer cierto control sobre los eventos estresantes que afectan sus vidas promueven la resistencia hacia ellos. Además, las creencias de eficacia personal también sirven como modeladores de las aspiraciones y logros de desempeño, contribuyendo significativamente al nivel de motivación y logros de desempeño. Afectan la automotivación a través de su impacto en los objetivos o estándares de desempeño y aspiración de las personas. Por lo tanto, es en parte sobre la base de las creencias de eficacia que las personas eligen qué desafíos emprender, cuánto esfuerzo invertir en las actividades, cuánto tiempo perseverar frente a las dificultades y si los fracasos son motivadores o desmoralizadores; tales creencias de eficacia también dan forma a las expectativas de resultados de las personas. Por lo tanto, las personas de alta eficacia esperan que sus esfuerzos produzcan resultados

favorables, mientras que los de creencias de baja eficacia no esperan que sus esfuerzos produzcan mucho (61).

La forma en que las personas ven las circunstancias de su vida también está influenciada por las creencias de eficacia. Los de alta eficacia se centran en las oportunidades que presentan sus condiciones de vida. Además, incluso en entornos con oportunidades limitadas, creen que se pueden superar las limitaciones y los obstáculos. Por otro lado, las personas con un bajo sentido de eficacia son propensas a convencerse de la inutilidad de sus esfuerzos. Debido a sus dudas, también logran un éxito limitado incluso en entornos que brindan muchas oportunidades. También vale la pena señalar que hay una sugerencia intrigante de que la autoeficacia podría verse como una de las fuentes del significado humano de la vida (63).

2.2.3.2. AUTOEFICACIA Y COMPORTAMIENTO DE SALUD

Una pregunta general aquí es la siguiente: ¿Hay algún beneficio para la salud de la autoeficacia? En general, uno de los puntos fuertes de la teoría de la autoeficacia es su aplicabilidad a la práctica de modificar y mantener comportamientos de salud, un sentido de eficacia personal (o autoeficacia percibida) es un factor clave en el ejercicio del control personal sobre las demandas desafiantes, incluido el control sobre el estado de salud. Se cree que esta variable de personalidad está asociada a comportamientos positivos específicos de salud, hay muchas maneras en que las creencias de autoeficacia son importantes para la salud humana, contribuyendo a patrones adaptativos de buena salud física y mental (64).

La investigación guiada por la teoría de Bandura sobre la autoeficacia ha mejorado enormemente la comprensión de cómo y por qué las personas adaptan

comportamientos saludables y no saludables, y cómo cambiar los comportamientos que afectan la salud de uno. Las creencias sobre la autoeficacia influyen en la salud de dos maneras clave. Primero, tales creencias desempeñan un papel influyente en la adopción de nuevas conductas saludables, en el inicio de conductas de salud o en el cese de conductas poco saludables o hábitos perjudiciales, y el mantenimiento de los cambios de comportamiento logrados ante el desafío y la dificultad. La creencia de las personas de que pueden motivarse y regular sus propios comportamientos es de importancia clave, incluso si consideran cambiar sus hábitos perjudiciales para la salud o realizar actividades de rehabilitación (61).

Además, incluso las personas que reconocen que sus hábitos están dañando su salud logran poco éxito en restringir su comportamiento a menos que se consideren con cierta eficacia para resistir los desafíos situacionales y emocionales. En general, las personas que tienen una alta autoeficacia tienden a creer que tienen más control sobre su propia salud y son capaces de medir mejor el dolor. También muestran una mejor adherencia a los programas que intentan mejorar su salud (63).

Nuestra creencia de que somos capaces de enfrentar el desafío en realidad parece conferir un beneficio al fortalecer nuestro propio sistema inmunológico. Por lo tanto, en el dominio del estrés, donde los estresores toman diversas formas y pueden producir diferentes patrones de activación psicológica, las creencias de autoeficacia afectan las respuestas fisiológicas del cuerpo al estrés, incluido el sistema inmunitario: cuanto mayor es el crecimiento de la autoeficacia percibida, mejor es el estado inmune, el deterioro prolongado de la función inmune aumenta la vulnerabilidad a la infección. La falta de control percibido sobre las demandas ambientales puede aumentar la

susceptibilidad a las infecciones y acelerar la progresión de la enfermedad. En relación con esto, las creencias de autoeficacia influyen en la activación de las catecolaminas, una familia de neurotransmisores importantes para el manejo del estrés y la amenaza percibida, junto con los analgésicos endógenos denominados endorfinas. Estas creencias también afectan la vulnerabilidad a la angustia emocional y la depresión: un bajo sentido de autoeficacia se asocia con depresión, ansiedad e impotencia (61).

Además de eso, el concepto de autoeficacia también se considera el principal y más próximo predictor y antecedente del comportamiento humano, incluido el cambio y el mantenimiento del comportamiento de la salud. La autoeficacia es predictora de la probabilidad de que una persona participe en comportamientos de salud que demuestren que la autoeficacia parece ser un predictor consistentemente bueno, o incluso el mejor, de una variedad de comportamientos humanos que influyen salud: el factor que determina qué individuos realizará y no realizarán tales comportamientos. indica una relación general más fuerte con los comportamientos de salud que algunas otras variables de personalidad como el "sentido de coherencia" (describe la capacidad de percibir el mundo como esencialmente significativo y manejable; asociado con el manejo del estrés) o la construcción del "locus de control" (idea del control percibido) (62).

2.3. MARCO CONCEPTUAL

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO, se utiliza como término equivalente a la adherencia, también hay otros términos como: cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia con la terapia prescrita.

LA DIABETES MELLITUS TIPO 2, es un trastorno metabólico que se caracteriza por hiperglucemia (nivel alto de azúcar en la sangre) en el contexto de resistencia a la insulina y falta relativa de insulina; en contraste con la diabetes mellitus tipo 1, en la que hay una falta absoluta de insulina debido a la destrucción de los islotes pancreáticos.

RÉGIMEN TERAPÉUTICO, es el programa de tratamiento para una enfermedad y sus secuelas o un plan de prevención sanitaria que persigue unos objetivos de salud específicos. Es común hablar del régimen terapéutico como las pautas de dosificación y duración de una terapia farmacológica pero el régimen terapéutico es mucho más amplio y puede abarcar otros procedimientos médicos, medidas higiénico-sanitarias, cambios en los hábitos de vida e involucrar a los profesionales de salud, al paciente y a su entorno cercano.

CONTROL GLUCÉMICO, son todas las medidas que facilitan mantener los valores de glucemia dentro de los límites de la normalidad.

DESCOMPENSACIÓN DIABÉTICA, es la situación que aparece cuando existe una hiperglucemia grave y sostenida, hay una serie de síntomas: mucha sed, fatiga,

aumento de la emisión de orina, glucosuria muy positiva, cetonuria, náuseas y vómitos, generalmente con dolor abdominal y glucemia alta.

LA MOTIVACIÓN, la alta autoeficacia puede afectar la motivación tanto de manera positiva como negativa. En general, es más probable que las personas con alta autoeficacia realicen esfuerzos para completar una tarea y que persistan más tiempo en esos esfuerzos que aquellas con baja autoeficacia; cuantos más fuertes sean las expectativas de autoeficacia o dominio, más activos serán los esfuerzos.

EXPERIENCIA O "LOGRO ENACTIVO", son las experiencias anteriores de éxito que ha tenido el paciente, es el factor más importante que determina la autoeficacia de una persona, el éxito aumenta la autoeficacia, mientras que la falla lo reduce.

MODELADO, O "EXPERIENCIA VICARIA", es la experiencia adquirida a través de presenciar la experiencia de otra persona, se experimenta como "si otro puede hacerlo, yo también puedo hacerlo", cuando se ve que alguien tiene éxito, la autoeficacia personal aumenta; donde se ve gente fallando, la autoeficacia disminuye.

PERSUASIÓN SOCIAL, es el estímulo directo recibir ánimos de otra persona, si son muchas las personas que dan diversos argumentos sobre el éxito que se alcanzara al realizar determinadas acciones entonces la persona se convence que tiene la capacidad para efectuar algo con éxito.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS GENERAL

La relación entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II es que: a mayor autoeficacia; mejor adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020

3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

1. La relación entre la **autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio** y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II es que: a mayor **autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio**; mejor adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020
2. La relación entre la **autoeficacia en la realización de actividad física** y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II es que: a mayor **autoeficacia en la realización de actividad física**; mejor adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020
3. La relación entre **autoeficacia en la toma de medicamentos orales** y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II es que: a mayor **autoeficacia en la toma de medicamentos orales**; mejor adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020

3.3. VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE 1:

Autoeficacia en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo II

VARIABLE 2:

Adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II

VARIABLES INTERVINIENTES:

- Edad
- Nivel educativo
- Estado civil
- Ingreso económico
- Peso
- Talla
- Número de hijos

3.3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE 1: AUTOEFICACIA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
AUTOEFICACIA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II	Es la creencia del paciente en su propia capacidad de organizar y llevar el tratamiento antidiabético de forma exitosa.	Autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio	Es la creencia del paciente en su capacidad de manejar su dieta específica de forma exitosa	Seguir dieta, aunque otros comen otros alimentos	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
				Seguir dieta en fiestas		
				Seguir la dieta sugerida		
				Evitar los alimentos que no son de la dieta		
				Seguir su dieta, aunque otros quieran alterarlo		
		Seguir su dieta cuando está preocupado				
		Autoeficacia en la realización de actividad física	Es la creencia del paciente en su capacidad de manejar su	Hacer ejercicio cuando se siente cansado		
				Hacer ejercicio cuando hay lluvia/frío		

			actividad física de forma exitosa	Hacer ejercicio cuando está ocupado		
				Hacer ejercicio cuando está preocupado		
				Hacer ejercicio sin compañía		
		Autoeficacia en la toma de medicamentos orales	Es la creencia del paciente en su capacidad de manejar tomar sus medicamentos orales de forma exitosa	Tomar su pastilla(s) todos los días		
				Tomar su pastilla(s) a la hora indicada		
				Tomar su pastilla(s) estando fuera de casa		

VARIABLE 2: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II	Es el grado en que el comportamiento de una persona se ajusta al cumplimiento del tratamiento antidiabético indicado por el personal de salud que maneja su caso	Tratamiento farmacológico y seguimiento	Es el grado en que el paciente asume las normas e indicaciones dadas por el profesional sanitario referente al tratamiento farmacológico y el seguimiento del tratamiento	No requiere recordarle tomar los medicamentos	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
				Asiste a controles programados		
				No abandona medicamentos ante mejoría		
				No suspende medicamentos si no hay mejoría		
				Se realiza exámenes en periodos indicados		
				No suspende medicamentos sin indicación profesional		
		Toma medicamentos en horario establecido				
		Ejercicio físico	Es el grado en que el paciente asume las normas e indicaciones dadas por el profesional sanitario referente al ejercicio físico	No requiere recordarle hacer ejercicio físico		
				No suspende el ejercicio físico sí no hay mejoría		
				No suspende el ejercicio físico sin indicación profesional		

				El trabajo no dificulta el ejercicio físico		
		Alimentación y permanencia en el tratamiento	Es el grado en que el paciente asume las normas e indicaciones dadas por el profesional sanitario referente a la alimentación y permanencia en el tratamiento	No requiere recordarle seguir la alimentación indicada		
				Evita consumir de grasa		
				Evita consumir de harinas y azúcares		
				Sigue las recomendaciones de la alimentación		
				Cumple el tratamiento, aunque sea complicado		
				Controla comportamientos dañinos		
		Control de riesgos	Es el grado en que el paciente asume las normas e indicaciones dadas por el profesional sanitario referente al control de riesgos	Evita el uso del cigarrillo		
				Evita bebidas alcohólicas		
				Controla su peso		
				Vigila problemas neurológicos		
				Vigila descompensaciones		
				Vigila problemas vasculares y en miembros inferiores		
				Vigila problemas renales		

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Todo el estudio se encuentra dentro del marco general del método científico.

En el estudio se empleó el método inductivo; porque a partir de hechos particulares de la autoeficacia y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes se alcanzaron conclusiones y proposiciones generales como, que el incremento del sentido de autoeficacia mejora la motivación, el interés y empeño que a su vez incrementa la adherencia al tratamiento por su potencial de modificar la conducta del paciente (65).

También se utilizó el método deductivo; porque nos basamos en una teoría a partir de la cual hemos dado interpretación y sentido a los hechos particulares observados, los enunciado teóricos se toman como proposición verdadera; en este caso a la teoría de la autoeficacia de Albert Bandura que postula: que los pacientes diabéticos que tendrán una mayor creencia de poder asumir con eficacia el tratamiento antidiabético, lograrán una mejor adherencia a la terapia, porque esta requiere la modificación de conductas; bajo estos argumentos lógicos se podrán explicar los casos particulares de los pacientes diabéticos. En los estudios de salud, es común que se utilicen métodos inductivos y deductivo para dar sentido a los hallazgos y comprobar la funcionabilidad de las teorías (66).

Además, se empleó el método estadístico - inferencial, porque el estudio busco estimar parámetros a partir de los estadígrafos calculados en una muestra representativa (67)..

4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación propuesta responde a los siguientes tipos: básica, cuantitativa, transversal, observacional.

Básica, porque la investigación tiene como propósito generar conocimientos que permitan comprender mejor la asociación de las variables; los resultados no tienen aplicaciones prácticas inmediatas ni valor económico transable; el estudio ha sido motivado por el ímpetu de vislumbrar los mecanismos que provocan la articulación de las variables.

Cuantitativa, porque las variables del estudio que por su naturaleza son ordinales han sido llevados a una escala de razón / proporción, al fijar puntuaciones con la asignación de números reales a los posibles valores de cada uno de los ítems de los instrumentos, esta conversión posibilitará un procesamiento más estricto y objetivo de los resultados.

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

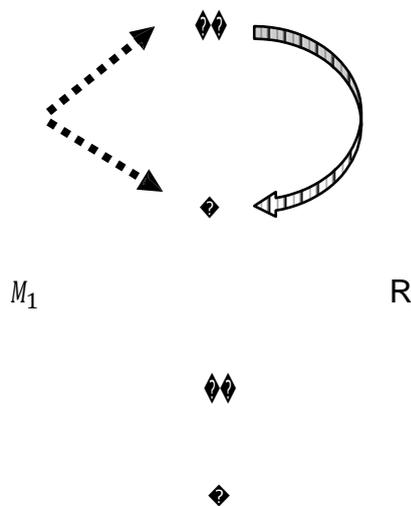
Observacional, los investigadores registraron los datos tal como se presentaban en la realidad, no se incurrieron en ninguna manipulación de las variables (68).

4.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación propuesta fue de nivel correlacional, porque se evaluaron dos variables y se determinó si existe relación estadística entre ambas (correlación); también se presume que la conexión entre estas variables no es fortuita, además no se incurrió en la manipulación de las variables (69).

4.4. DISEÑO

La investigación propuesta corresponde a un estudio descriptivo correlacional (70) que se representa con el siguiente esquema:



Donde:

$\diamond\diamond_x$ = Conjunto de datos en referencia a autoeficacia en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo II

$\diamond\diamond_y$ = Conjunto de datos en referencia a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II

R = Relación existente entre ambas variables.

M_1 = Grupo muestra único

4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.5.1. POBLACIÓN

Se consideró una población de 350 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II que asistían de forma regular a sus controles al consultorio de enfermedades no transmisibles del centro de salud de Chilca en el 2020; estos pacientes fueron seleccionados por cumplir los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

4.5.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Pacientes que aceptaron participar voluntariamente en el estudio y firmen 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 con algún problema psicológico/psiquiátrico diagnosticado.
4. Pacientes con menos de 2 meses de diagnóstico de la diabetes mellitus tipo II.

4.5.2. MUESTRA

Se calculó el tamaño muestral utilizando la fórmula de tamaño muestral para un solo grupo por proporciones. Se seleccionó la muestra (elegir a los integrantes de la muestra de toda la población) por medio del método del muestreo aleatorio simple (cualquier elemento de la población tienen la misma probabilidad de ser elegidos como parte de la muestra).

A continuación, se presenta la expresión matemática de la fórmula del tamaño muestral para un solo grupo por proporciones.

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

Donde:

- $Z_{\alpha/2}$: Z correspondiente al nivel de confianza elegido, que para el estudio será de 95% (1.96).
- p : Proporción de pacientes con buena autoeficacia y con adecuada adherencia al tratamiento (86 %, de acuerdo a Adam J, Folds L; 2014)
- q : Proporción de pacientes con buena autoeficacia y con inadecuada adherencia al tratamiento (14 %)
- e : Error de estimación será de 0.05.

Reemplazando los valores en la ecuación 01, se tiene:

$$n = \frac{350 * 0.86 * 0.14 * 1.96^2}{0.05^2 * (350 - 1) + 0.86 * 0.14 * 1.96^2}$$

Resolviendo:

$$n = \frac{350 * 0.1204 * 3.84}{0.0025 * (349) + 0.1204 * 3.84}$$

$$n = \frac{161.88}{0.8725 + 0.4625}$$

$$n = \frac{161.88}{1.335}$$

$$n = 121.26$$

$$n = 121$$

Para prevenir posibles pérdidas de elementos de la muestra por diversos motivos, se empleó a 125 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II que asistían de forma regular a sus controles al centro de salud de Chilca en el 2020.

4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.6.1. PARA VALORAR LA AUTOEFICACIA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II

Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado “Cuestionario de autoeficacia al tratamiento en diabetes” elaborado por; Del Castillo A, Romero A, Iglesias S, Reyes I, en el 2016. El instrumento consta de 14 preguntas en escala tipo Likert, la escala se divide en tres sub-escalas que miden autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio con 6 reactivos (1 al 6),

autoeficacia en la realización de actividad física con 5 reactivos (7 al 11) y autoeficacia en la toma de medicamentos orales con 3 reactivos (12 al 14).

Para cada una de los ítems se ofrece las siguientes opciones: 0 = totalmente en desacuerdo, 1 = en desacuerdo, 2 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 3 = de acuerdo y 4 = totalmente de acuerdo.

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 11.2) = muy baja autoeficacia, de (11.3 a 22.4) = baja autoeficacia, de (22.5 a 33.6) = mediana autoeficacia, de (33.7 a 44.8) = alta autoeficacia y de (44.9 a 56) = muy alta autoeficacia.

Como es la traducción de un 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 calculó 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 licenciadas en enfermería con grado de magíster o doctor y con experiencia en manejo de pacientes diabéticos.

4.6.2. PARA VALORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II

Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado “Cuestionario de adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo II” elaborado por; Andrade B, Céspedes V, en el 2017. El instrumento consta de 24

preguntas en escala tipo Likert, la escala se divide en cuatro sub-escalas que miden tratamiento farmacológico y seguimiento con 7 reactivos (1 al 7), ejercicio físico con 4 reactivos (8 al 11), alimentación y permanencia en el tratamiento con 6 reactivos (12 al 17) y control de riesgos con 7 reactivos (178 al 24).

Para cada una de los ítems se ofrece las siguientes opciones: 0 = totalmente en desacuerdo, 1 = en desacuerdo, 2 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 3 = de acuerdo y 4 = totalmente de acuerdo.

Para darle interpretación a los resultados, se suman los valores de cada uno de los ítems y se define del siguiente modo: de (76.9 a 96) = muy buena adherencia, de (57.7 a 76.8) = buena adherencia, de (38.5 a 57.6) = regular adherencia, de (19.3 a 38.4) = mala adherencia y de (0 a 19.2) = muy mala adherencia.

Como es la traducción de un 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 calculó 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 licenciadas en enfermería con grado de magíster o doctor y con experiencia en manejo de pacientes diabéticos.

4.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

PROCESAMIENTO DESCRIPTIVO DE DATOS

Los datos recolectados, fueron revisados y registrados en una base de datos en el programa Microsoft office Excel 2019, y luego será exportados al programa estadístico SPSS v.25 para Windows para su análisis.

Para determinar el grado de autoeficacia para el tratamiento de la diabetes, 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 el nivel de adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II, 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 la autoeficacia y la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo II, se calculó el coeficiente de correlación “r de Pearson” y después para estos estadísticos se plantearon hipótesis estadísticas que fueron verificadas a través de la prueba de hipótesis; de manera anticipada se evaluó la normalidad y la homocedasticidad de los datos. Se utilizó el “p value” como criterio de significancia para las pruebas estadísticas aplicadas ($\alpha \leq 0.05$).

PROCEDIMIENTO SEGUIDO 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

En el desarrollo de la investigación se cumplieron con los principios éticos de la investigación científica; se procedió en conformidad a los siguientes principios bioéticos:

Autonomía, solo se consideraron como participantes a aquellos pacientes que aceptaron participar voluntariamente, no se incurrió en ningún tipo de coacción, para garantizar esto se informó de forma didáctica todo lo referente al estudio a todas las personas involucradas, además se hizo uso del consentimiento informado.

Beneficencia, el propósito final del estudio es mejorar el manejo de la diabetes apoyándonos en la mejora de la autoeficacia; además el estudio es metodológicamente válido y las conclusiones derivadas del estudio son confirmadas y su aplicación será beneficiosa.

No maleficencia, la investigación no incurrió en ninguna acción que pueda perjudicar y/o empeorar la situación de los pacientes diabéticos, se aplicó en todo momento las normas del comité de ética de la universidad.

Justicia, se trataron a todas las personas involucradas en el estudio por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico, se jerarquizó adecuadamente las acciones a realizar y se hizo un uso racional de los recursos.

Los datos e información que se obtengan de los pacientes serán manejados de forma confidencial y con responsabilidad que serán usados únicamente con fines de investigación basadas en los artículos 6 y 7 del reglamento de comité de Ética de investigación. En los artículos 4 y 5 del Código de Ética para la investigación y artículo 27 y 28 del Reglamento General de Investigación Científica de la Universidad Peruana

Los

Andes.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

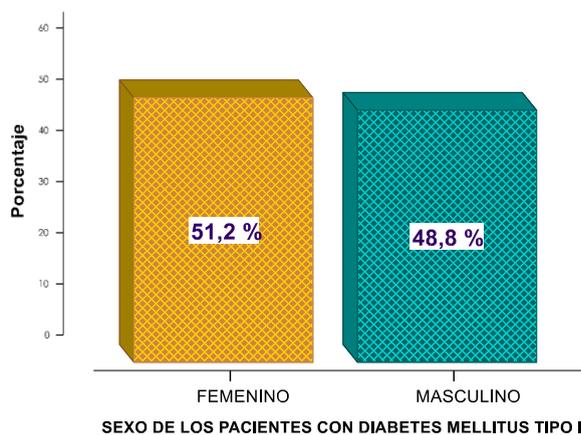
5.1.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

TABLA 1: SEXO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020

	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	64	51,2
MASCULINO	61	48,8
Total	125	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.
Elaboración: Propia.

FIGURA 1: SEXO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.
Elaboración: Propia.

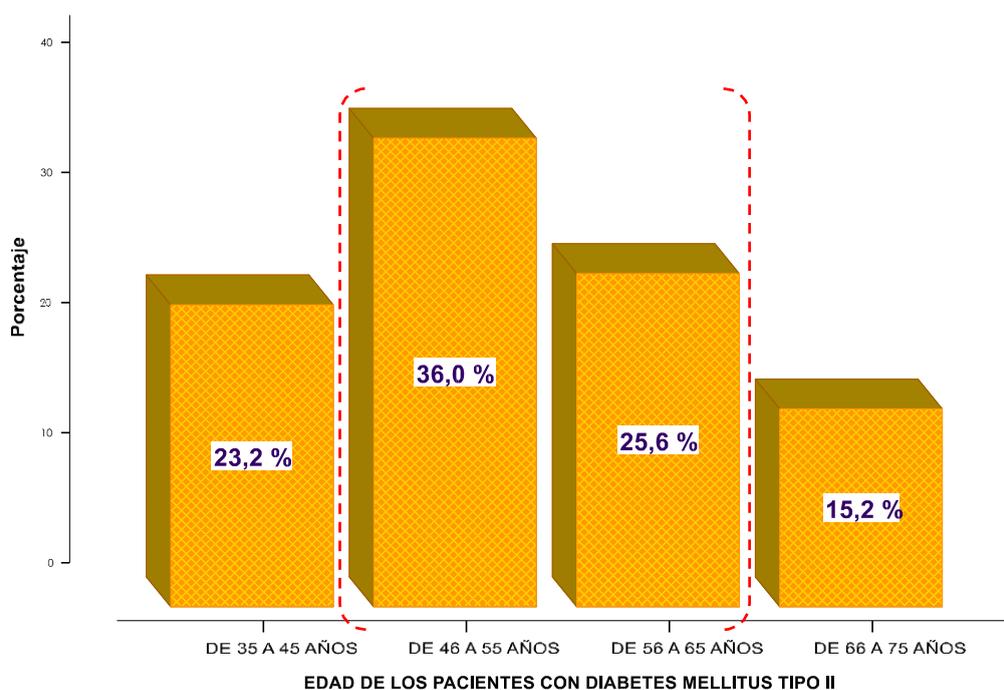
En la Tabla 1, Figura 1, se observa que de 125(100 %), 64(51.2 %) de los pacientes con diabetes mellitus tipo II son mujeres.

TABLA 2: EDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020

	Frecuencia	Porcentaje
DE 35 A 45 AÑOS	29	23,2
DE 46 A 55 AÑOS	45	36,0
DE 56 A 65 AÑOS	32	25,6
DE 66 A 75 AÑOS	19	15,2
Total	125	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.
Elaboración: Propia.

FIGURA 2: EDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.
Elaboración: Propia.

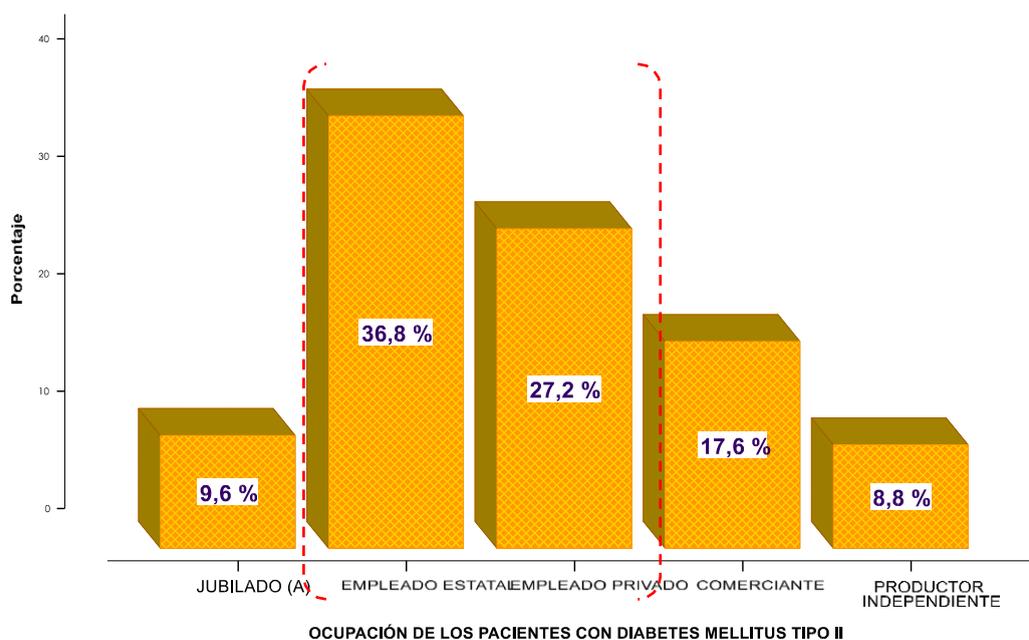
En la Tabla 2, Figura 2, se observa que de 125(100 %), 77(61.6 %) de los pacientes con diabetes mellitus tipo II tienen una edad entre 46 y 65 años.

TABLA 3: OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020

	Frecuencia	Porcentaje
JUBILADO (A)	12	9,6
EMPLEADO ESTATAL	46	36,8
EMPLEADO PRIVADO	34	27,2
COMERCIANTE	22	17,6
PRODUCTOR INDEPENDIENTE	11	8,8
Total	125	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.
Elaboración: Propia.

FIGURA 3: OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.
Elaboración: Propia.

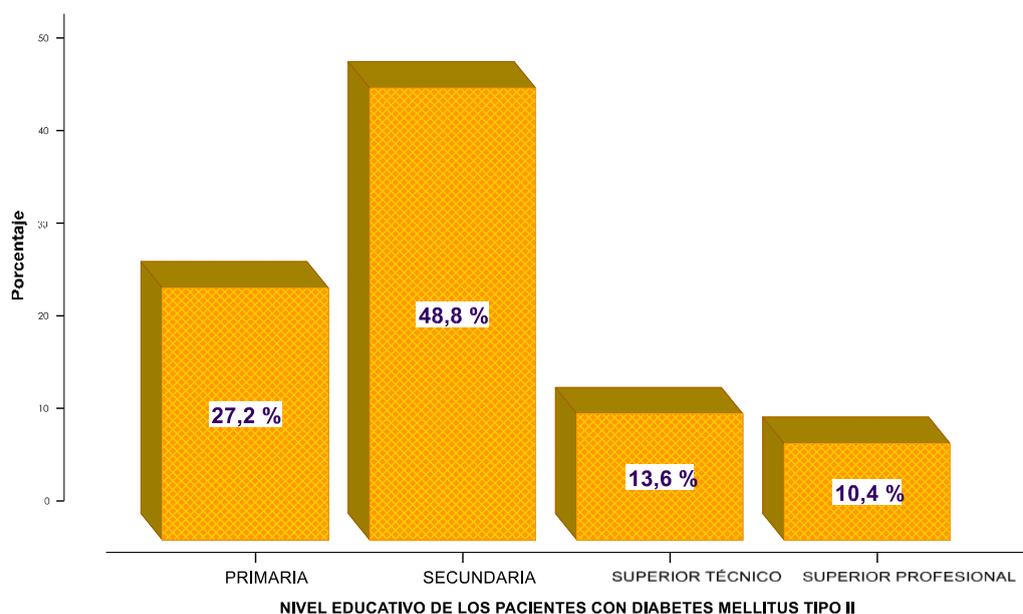
En la Tabla 3, Figura 3, se observa que de 125(100 %), 80(64 %) de los pacientes con diabetes mellitus tipo II son empleados ya sea estatales o privados.

TABLA 4: NIVEL EDUCATIVO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020

	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA	34	27,2
SECUNDARIA	61	48,8
SUPERIOR TÉCNICO	17	13,6
SUPERIOR PROFESIONAL	13	10,4
PRIMARIA	34	27,2
Total	125	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.
Elaboración: Propia.

FIGURA 4: NIVEL EDUCATIVO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.
Elaboración: Propia.

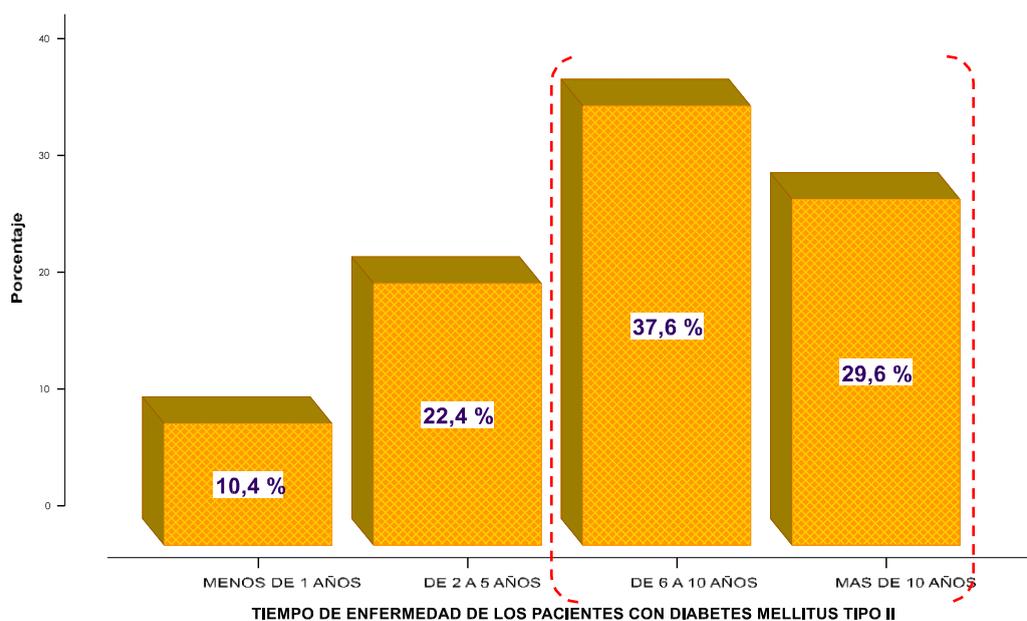
En la Tabla 4, Figura 4, se observa que de 125(100 %), 61(48.8 %) de los pacientes con diabetes mellitus tipo II tienen un nivel educativo secundario.

TABLA 5: TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020

	Frecuencia	Porcentaje
MENOS DE 1 AÑOS	13	10,4
DE 2 A 5 AÑOS	28	22,4
DE 6 A 10 AÑOS	47	37,6
MAS DE 10 AÑOS	37	29,6
Total	125	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.
Elaboración: Propia.

FIGURA 5: TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.
Elaboración: Propia.

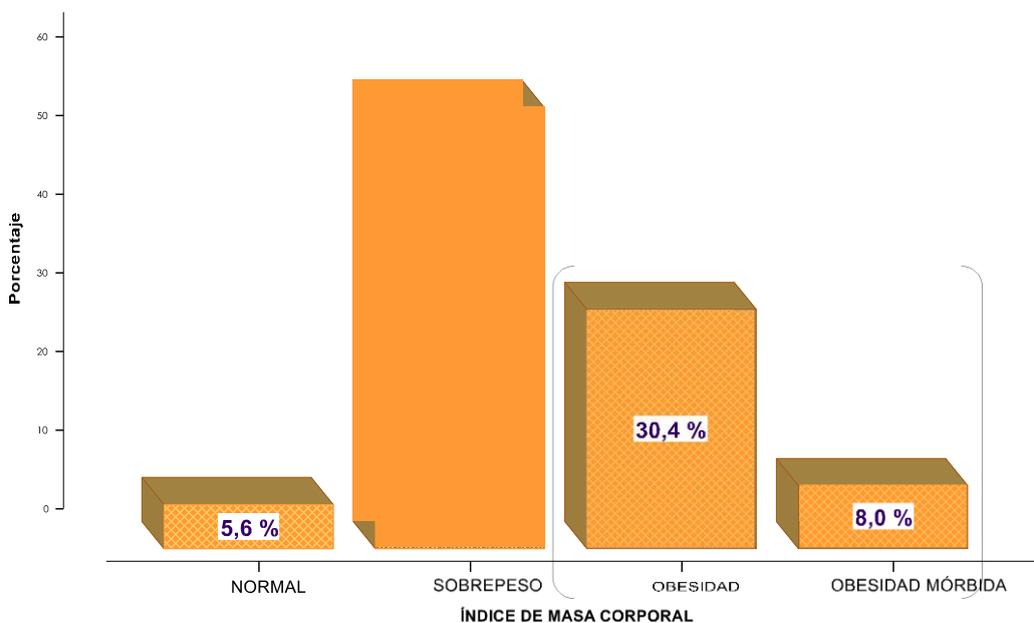
En la Tabla 5, Figura 5, se observa que de 125(100 %), 84(67.2 %) de los pacientes con diabetes mellitus tipo II tienen un tiempo de enfermedad de 6 años a más.

TABLA 6: ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020

	Frecuencia	Porcentaje
NORMAL	7	5,6
SOBREPESO	70	56,0
OBESIDAD	38	30,4
OBESIDAD MÓRBIDA	10	8,0
Total	125	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.
Elaboración: Propia.

FIGURA 6: ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.
Elaboración: Propia.

En la Tabla 6, Figura 6, se observa que de 125(100 %), 48(38.4 %) de los pacientes con diabetes mellitus tipo II tienen obesidad u obesidad mórbida.

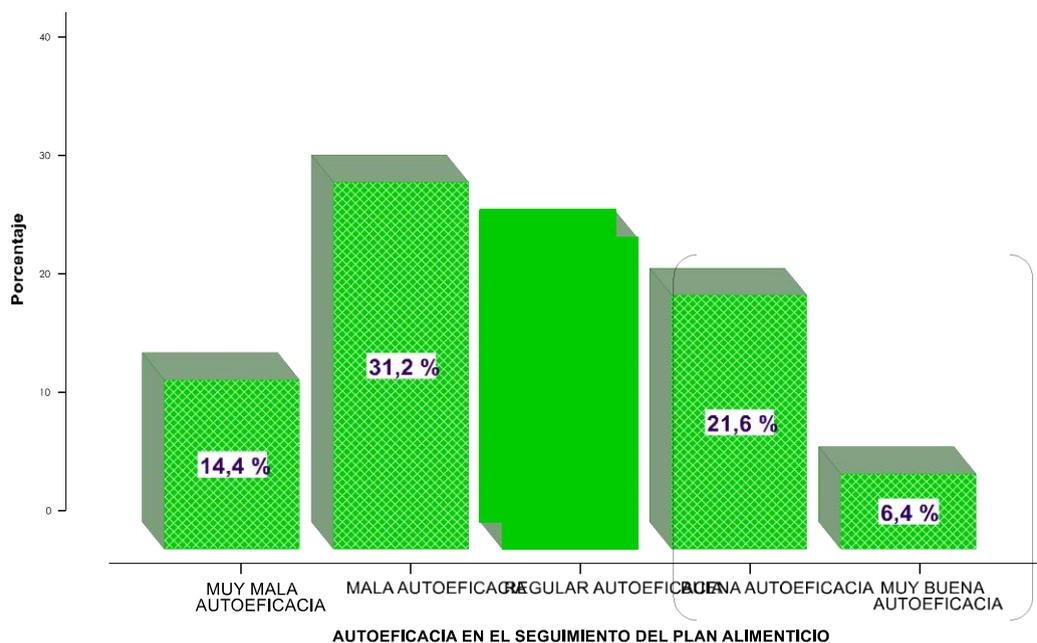
5.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA AUTOEFICACIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II EN LOS PACIENTES

TABLA 7: AUTOEFICACIA EN EL SEGUIMIENTO DEL PLAN ALIMENTICIO EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020

	Frecuencia	Porcentaje
MUY MALA AUTOEFICACIA	18	14,4
MALA AUTOEFICACIA	39	31,2
REGULAR AUTOEFICACIA	33	26,4
BUENA AUTOEFICACIA	27	21,6
MUY BUENA AUTOEFICACIA	8	6,4
Total	125	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.
Elaboración: Propia.

FIGURA 7: AUTOEFICACIA EN EL SEGUIMIENTO DEL PLAN ALIMENTICIO EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.
Elaboración: Propia.

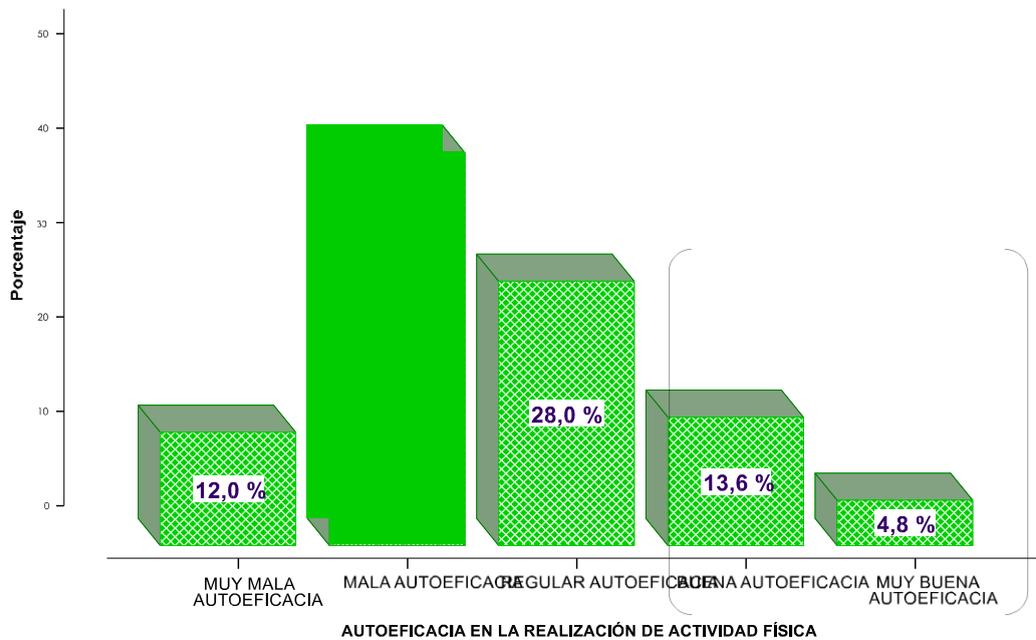
En la Tabla 7, Figura 7, se observa que de 125(100 %), 35(28 %) de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren tener buena o muy buena autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio.

TABLA 8: AUTOEFICACIA EN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020

	Frecuencia	Porcentaje
MUY MALA AUTOEFICACIA	15	12,0
MALA AUTOEFICACIA	52	41,6
REGULAR AUTOEFICACIA	35	28,0
BUENA AUTOEFICACIA	17	13,6
MUY BUENA AUTOEFICACIA	6	4,8
Total	125	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.
Elaboración: Propia.

FIGURA 8: AUTOEFICACIA EN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.
Elaboración: Propia.

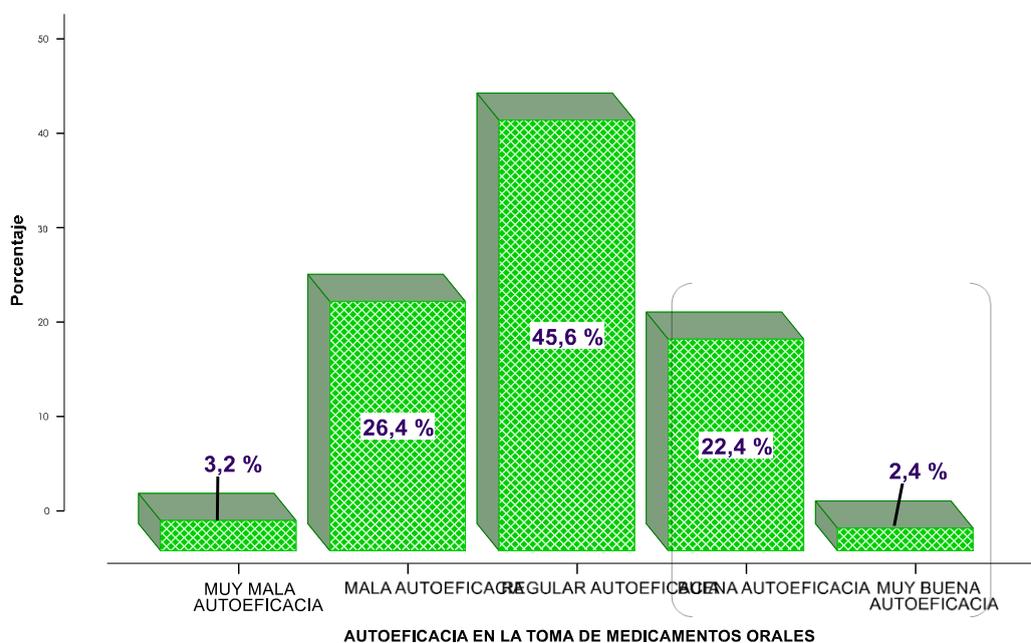
En la Tabla 8, Figura 8, se observa que de 125(100 %), 23(18.8 %) de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren tener buena o muy buena autoeficacia en la realización de actividad física.

TABLA 9: AUTOEFICACIA EN LA TOMA DE MEDICAMENTOS ORALES EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020

	Frecuencia	Porcentaje
MUY MALA AUTOEFICACIA	4	3,2
MALA AUTOEFICACIA	33	26,4
REGULAR AUTOEFICACIA	57	45,6
BUENA AUTOEFICACIA	28	22,4
MUY BUENA AUTOEFICACIA	3	2,4
Total	125	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.
Elaboración: Propia.

FIGURA 9: AUTOEFICACIA EN LA TOMA DE MEDICAMENTOS ORALES EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.
Elaboración: Propia.

En la Tabla 9, Figura 9, se observa que de 125(100 %), 31(24.8 %) de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren tener buena o muy buena autoeficacia en la toma de medicamentos orales.

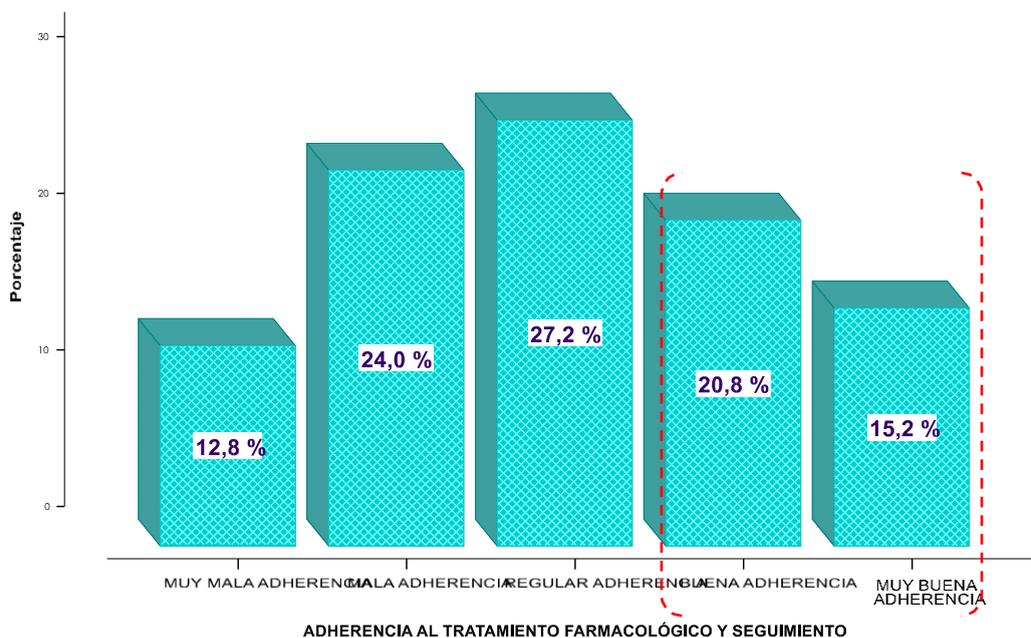
5.1.3. CARACTERÍSTICAS DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

TABLA 10: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y SEGUIMIENTO EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II, USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020

	Frecuencia	Porcentaje
MUY MALA ADHERENCIA	16	12,8
MALA ADHERENCIA	30	24,0
REGULAR ADHERENCIA	34	27,2
BUENA ADHERENCIA	26	20,8
MUY BUENA ADHERENCIA	19	15,2
Total	125	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.
Elaboración: Propia.

FIGURA 10: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y SEGUIMIENTO EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II, USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.
Elaboración: Propia.

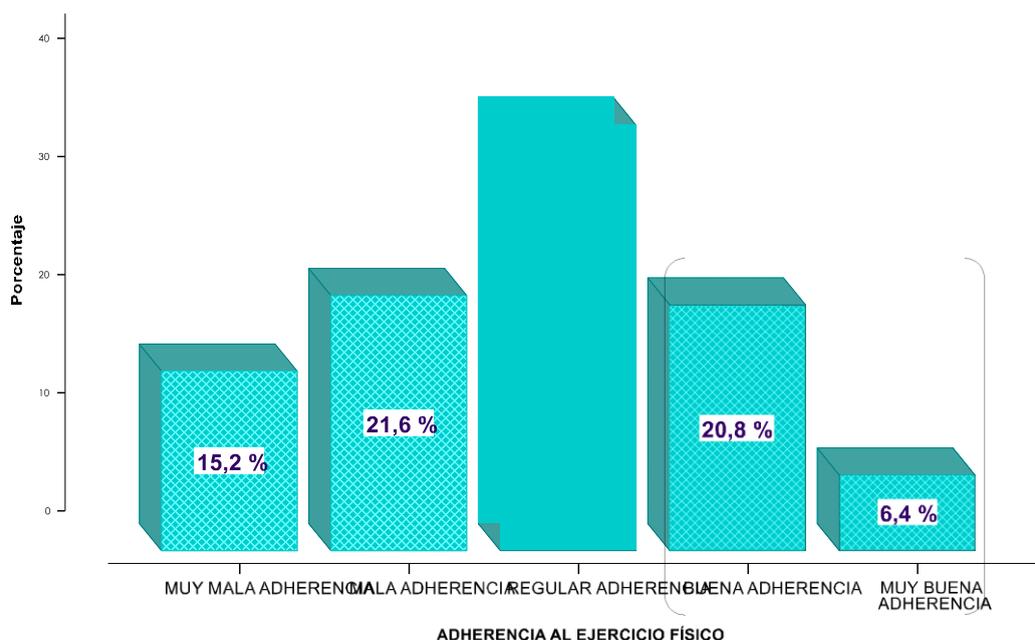
En la Tabla 10, Figura 10, se observa que de 125(100 %), 45(36 %) de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren tener buena adherencia o muy buena adherencia al tratamiento farmacológico y al seguimiento.

TABLA 11: ADHERENCIA AL EJERCICIO FÍSICO EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II, USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020

	Frecuencia	Porcentaje
MUY MALA ADHERENCIA	19	15,2
MALA ADHERENCIA	27	21,6
REGULAR ADHERENCIA	45	36,0
BUENA ADHERENCIA	26	20,8
MUY BUENA ADHERENCIA	8	6,4
Total	125	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.
Elaboración: Propia.

FIGURA 11: ADHERENCIA AL EJERCICIO FÍSICO EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II, USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.
Elaboración: Propia.

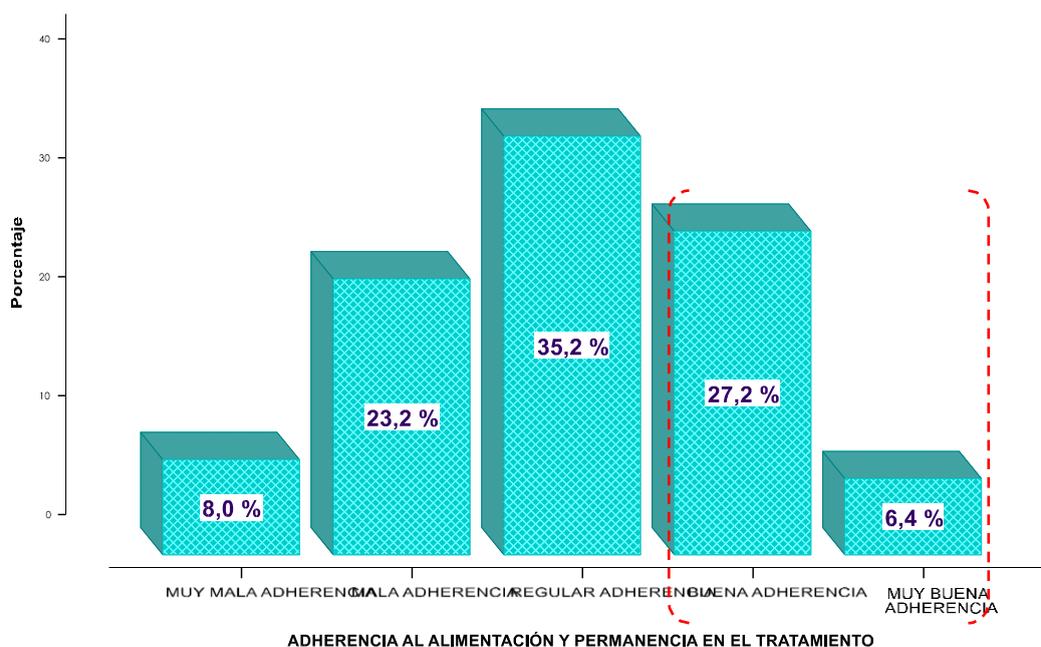
En la Tabla 11, Figura 11, se observa que de 125(100 %), 34(27.2 %) de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren tener buena adherencia o muy buena adherencia al ejercicio físico.

TABLA 12: ALIMENTACIÓN Y PERMANENCIA EN EL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II, USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020

	Frecuencia	Porcentaje
MUY MALA ADHERENCIA	10	8,0
MALA ADHERENCIA	29	23,2
REGULAR ADHERENCIA	44	35,2
BUENA ADHERENCIA	34	27,2
MUY BUENA ADHERENCIA	8	6,4
Total	125	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.
Elaboración: Propia.

FIGURA 12: ALIMENTACIÓN Y PERMANENCIA EN EL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II, USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.
Elaboración: Propia.

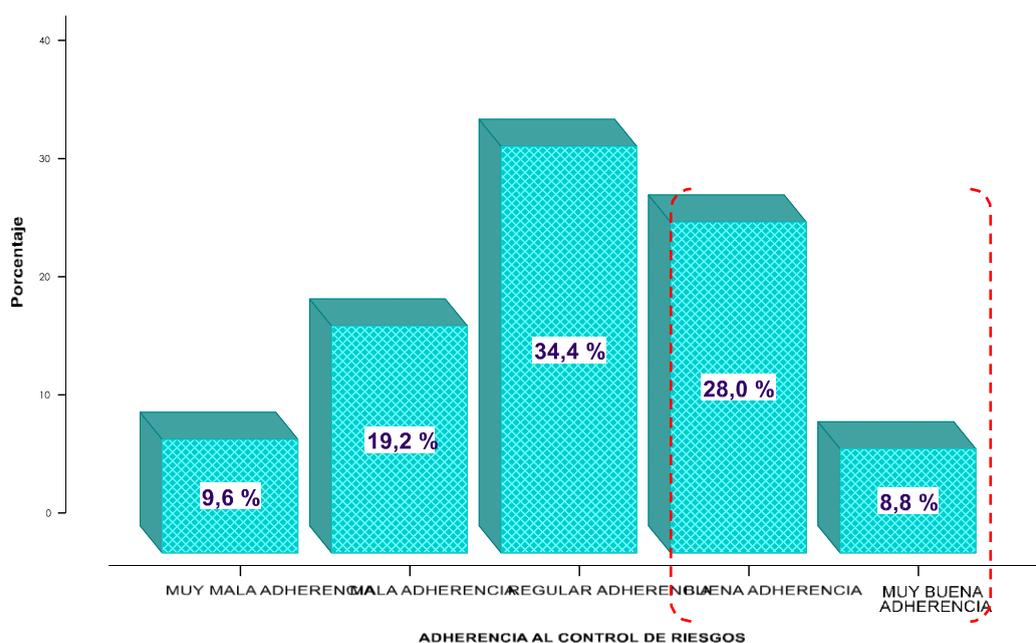
En la Tabla 12, Figura 12, se observa que de 125(100 %), 42(33.6 %) de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren tener buena adherencia o muy buena adherencia a la alimentación y permanencia en el tratamiento.

TABLA 13: CONTROL DE RIESGOS EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II, USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020

	Frecuencia	Porcentaje
MUY MALA ADHERENCIA	12	9,6
MALA ADHERENCIA	24	19,2
REGULAR ADHERENCIA	43	34,4
BUENA ADHERENCIA	35	28,0
MUY BUENA ADHERENCIA	11	8,8
Total	125	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.
Elaboración: Propia.

FIGURA 13: CONTROL DE RIESGOS EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II, USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.
Elaboración: Propia.

En la Tabla 13, Figura 13, se observa que de 125(100 %), 46(36.8 %) de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren tener buena adherencia o muy buena adherencia al control de riesgos.

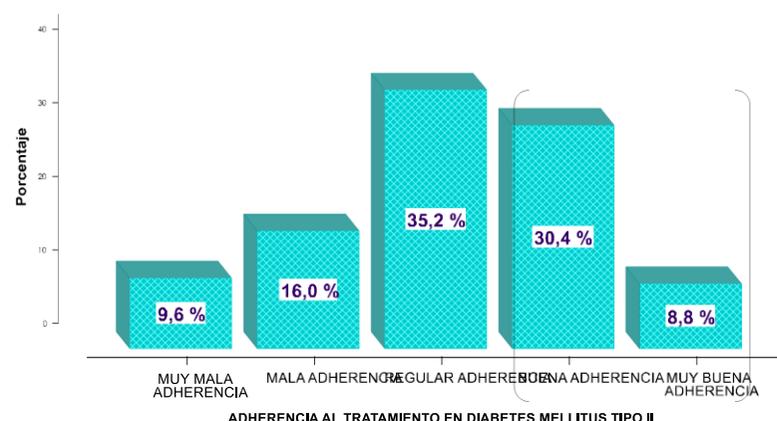
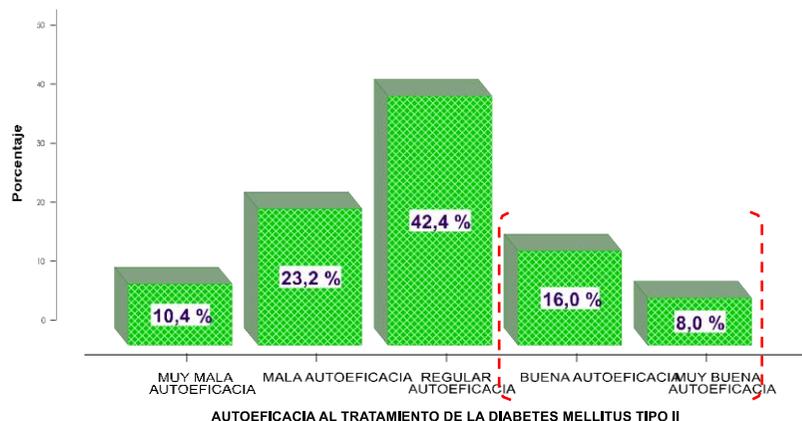
TABLA 14: CONSOLIDADO DE LA AUTOEFICACIA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA EN EL 2020

AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO

	Frecuencia	Porcentaje
MUY MALA AUTOEFICACIA	13	10,4
MALA AUTOEFICACIA	29	23,2
REGULAR AUTOEFICACIA	53	42,4
BUENA AUTOEFICACIA	20	16,0
MUY BUENA AUTOEFICACIA	10	8,0
Total	125	100,0

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

	Frecuencia	Porcentaje
MUY MALA ADHERENCIA	12	9,6
MALA ADHERENCIA	20	16,0
REGULAR ADHERENCIA	44	35,2
BUENA ADHERENCIA	38	30,4
MUY BUENA ADHERENCIA	11	8,8
Total	125	100,0



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.
Elaboración: Propia.

En la Tabla 14, se observa que: de 125(100 %), 30 (24 %) de los pacientes con DM tipo II, refieren tener buena o muy buena autoeficacia al tratamiento. Asimismo, de 125(100 %), 49 (39.2 %) 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

La suposición de normalidad debe verificarse para los procedimientos estadísticos, como pruebas paramétricas, porque su validez depende de ello; las pruebas de normalidad se utilizan para determinar si un conjunto de datos, están bien modelados por una distribución normal. Las pruebas también calculan la probabilidad de que una variable aleatoria subyacente al conjunto de datos se distribuya normalmente (71).

TABLA 15: PRUEBA DE NORMALIDAD PARA LOS DATOS CONSOLIDADOS DE AUTOEFICACIA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DIABETES MELLITUS TIPO II

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO EN DIABETES MELLITUS TIPO II	,098	125	,171	,977	125	,198
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DIABETES MELLITUS TIPO II	,091	125	,187	,932	125	,183

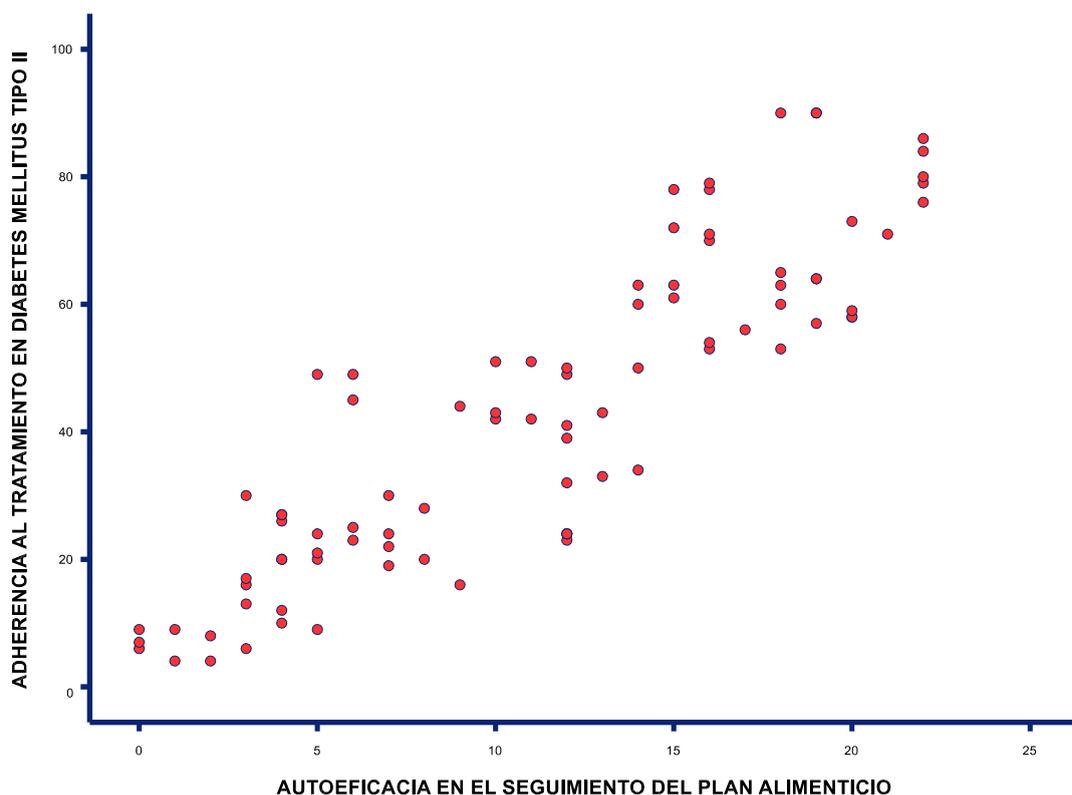
En la tabla 15, se demuestra que; de acuerdo a la prueba de Kolmogorov-Smirnov, que los datos: consolidados de la variable autoeficacia y la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo II reflejan tener distribución normal [ya que el valor de la significancia es mayor a 0.05 para ambos casos], 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 LA AUTOEFICACIA EN EL SEGUIMIENTO DEL PLAN ALIMENTICIO Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II.

El diagrama de dispersión, grafica pares de datos, con una variable en cada eje, para buscar una relación entre ellos. Si las variables están correlacionadas, los puntos caerán a lo largo de una línea o curva. Cuanto mejor sea la correlación, más estrechos serán los puntos que rodearán la línea (72).

Se efectuó un análisis figura entre la primera dimensión de la autoeficacia y la adherencia al tratamiento; elaborándose la siguiente figura de puntos de dispersión.

FIGURA 14: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA EN EL SEGUIMIENTO DEL PLAN ALIMENTICIO Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II



En el Figura 14, se observa la asociación directamente proporcional la autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio y la adherencia al tratamiento; en base a la figura podemos afirmar que existe correspondencia directa entre la autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio y la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo II.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “a **mayor autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio**; mejor adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020”.

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

El coeficiente de correlación de Pearson, es el estadístico de prueba que mide la relación estadística, o asociación, entre dos variables. Es conocido como el mejor método para medir la asociación entre variables de interés porque se basa en el método de covarianza. Proporciona información sobre la magnitud de la asociación o correlación, así como la dirección de la relación (73).

TABLA 16: RELACIÓN ENTRE AUTOEFICACIA EN EL SEGUIMIENTO DEL PLAN ALIMENTICIO Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

		ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DIABETES MELLITUS TIPO II
	Correlación de Pearson	,421**
AUTOEFICACIA EN EL SEGUIMIENTO DEL PLAN ALIMENTICIO	Sig. (bilateral)	,000
	N	125

En la Tabla 16, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado positivo para la relación entre la autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio y la adherencia al tratamiento ($r = 0,421$); con un nivel de significancia de 0,000 [que por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando se incrementan la autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio, mejora la adherencia al tratamiento; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

PRUEBA DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

Paso: 01: Elección de la prueba estadística a utilizar

Empleamos la prueba t para hallar un parámetro de correlación (74), para lo cual hacemos uso de la siguiente expresión matemática:

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

Donde:

- t : Valor de la “t” calculada
- r : Coeficiente de correlación de la muestra
- n : Tamaño muestral

Utilizamos esta relación t para determinar si el valor observado de $r = 0.421$ es prueba suficiente con 125 observaciones, para concluir que el verdadero valor de la correlación ρ en la población es diferente de cero.

Paso: 02: Planteamiento de hipótesis estadísticas

H₀: No existe relación alguna entre la autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio y la adherencia al tratamiento, o la verdadera correlación es cero: $\rho = 0$

H₁: Existe una relación entre la autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio y la adherencia al tratamiento, o la verdadera correlación no es cero: $\rho \neq 0$

Paso: 03: Condiciones para utilizar la prueba paramétrica elegida

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que ρ es o no cero, la relación t puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Las dos variables, X y Y, varían juntas en una distribución unida que está distribuida de manera normal, llamada distribución bivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido

Paso: 04: Determinación del margen de error.

Se seleccionó $\alpha = 0.05$ para este estudio.

Paso: 05: Regla de decisión

Los grados de libertad son $n - 2 = 125 - 2 = 123$. El valor de la distribución t con 123 grados de libertad que divide el área en 95 % central, donde los extremos bajo y alto del 5 % son, aproximadamente, 1.979 (usando el valor de 83 grados libertad en la tabla de distribución t). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si (valor absoluto) el valor observado de t es mayor que 1.979.

Paso 06: Cálculo

El cálculo es:

$$t = \frac{0.421 \sqrt{123}}{\sqrt{1 - 0.421^2}}$$
$$t = \frac{4.669}{0.907} = 5.148$$

Paso 07: Interpretación de los resultados

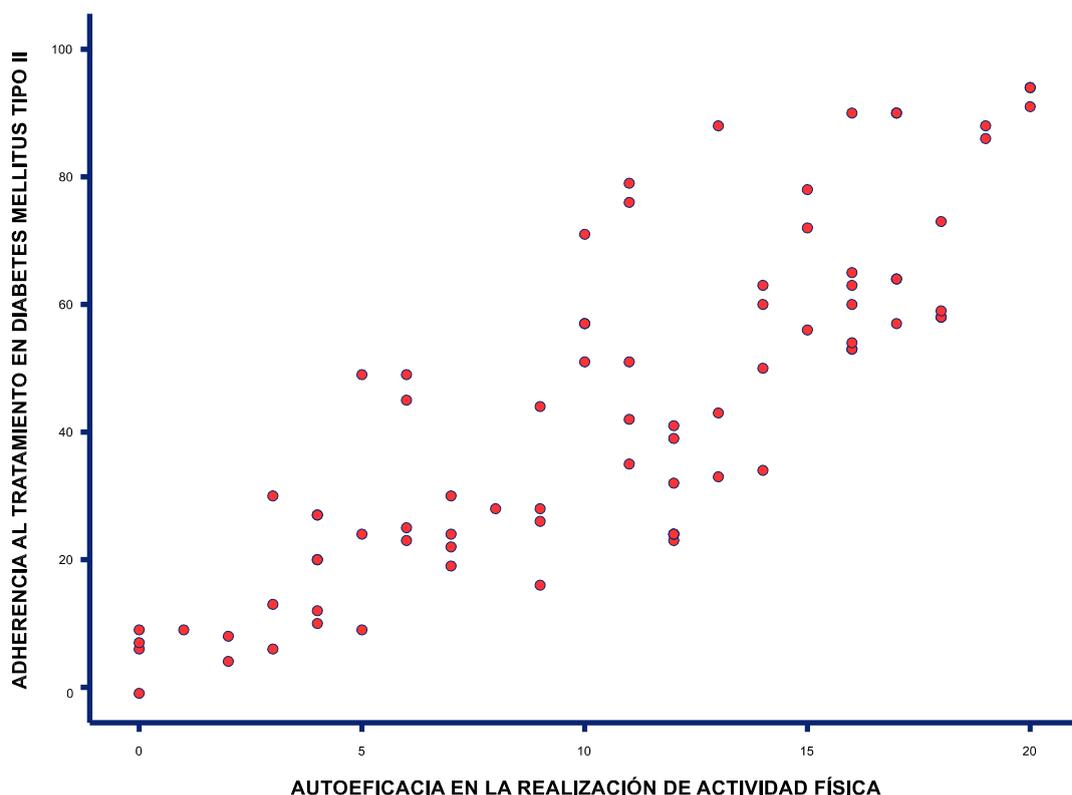
El valor observado para la proporción t con 123 grados de libertad es de 5.148, que con mucho es mayor a 1.979; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se concluye que la relación entre LA autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio y la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo II, es lo suficientemente grande para determinar que estas dos variables están asociadas.

5.2.3. CORRELACIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II.

El diagrama de dispersión, grafica pares de datos, con una variable en cada eje, para buscar una relación entre ellos. Si las variables están correlacionadas, los puntos caerán a lo largo de una línea o curva. Cuanto mejor sea la correlación, más estrechos serán los puntos que rodearán la línea (72).

Se efectuó un análisis figura entre la segunda dimensión de la autoeficacia y la adherencia al tratamiento; elaborándose la siguiente figura de puntos de dispersión.

FIGURA 15: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II



En el Figura 15, se observa la asociación directamente proporcional la autoeficacia para la realización de actividad física y la adherencia al tratamiento; en base a la figura podemos afirmar que existe correspondencia directa entre la autoeficacia para la realización de actividad física y la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo II.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “a **mayor autoeficacia para la realización de actividad física**; mejor adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020”.

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

El coeficiente de correlación de Pearson, es el estadístico de prueba que mide la relación estadística, o asociación, entre dos variables. Es conocido como el mejor método para medir la asociación entre variables de interés porque se basa en el método de covarianza. Proporciona información sobre la magnitud de la asociación o correlación, así como la dirección de la relación (73).

TABLA 17: RELACIÓN ENTRE AUTOEFICACIA PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

		ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DIABETES MELLITUS TIPO II
	Correlación de Pearson	,494**
AUTOEFICACIA EN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA	Sig. (bilateral)	,000
	N	125

En la Tabla 17, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado positivo para la relación entre la autoeficacia en la realización de actividad física y la adherencia al tratamiento ($r = 0,494$); con un nivel de significancia de 0,000 [que por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando se incrementan la autoeficacia en la realización de actividad física, mejora la adherencia al tratamiento; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

PRUEBA DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

Paso: 01: Elección de la prueba estadística a utilizar

Empleamos la prueba t para hallar un parámetro de correlación (74), para lo cual hacemos uso de la siguiente expresión matemática:

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

Donde:

- t : Valor de la “t” calculada
- r : Coeficiente de correlación de la muestra
- n : Tamaño muestral

Utilizamos esta relación t para determinar si el valor observado de $r = 0.494$ es prueba suficiente con 125 observaciones, para concluir que el verdadero valor de la correlación ρ en la población es diferente de cero.

Paso: 02: Planteamiento de hipótesis estadísticas

H₀: No existe relación alguna entre la autoeficacia en la **realización de actividad física** y la adherencia al tratamiento, o la verdadera correlación es cero: $\rho = 0$

H₁: Existe una relación entre la autoeficacia en la **realización de actividad física** y la adherencia al tratamiento, o la verdadera correlación no es cero: $\rho \neq 0$

Paso: 03: Condiciones para utilizar la prueba paramétrica elegida

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que ρ es o no cero, la relación t puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Las dos variables, X y Y, varían juntas en una distribución unida que está distribuida de manera normal, llamada distribución bivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido

Paso: 04: Determinación del margen de error.

Se seleccionó $\alpha = 0.05$ para este estudio.

Paso: 05: Regla de decisión

Los grados de libertad son $n - 2 = 125 - 2 = 123$. El valor de la distribución t con 123 grados de libertad que divide el área en 95 % central, donde los extremos bajo y alto del 5 % son, aproximadamente, 1.979 (usando el valor de 83 grados libertad en la tabla de distribución t). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si (valor absoluto) el valor observado de t es mayor que 1.979.

Paso 06: Cálculo

El cálculo es:

$$t = \frac{0.494 \sqrt{123}}{\sqrt{1 - 0.494^2}}$$
$$t = \frac{5.479}{0.869} = 6.301$$

Paso 07: Interpretación de los resultados

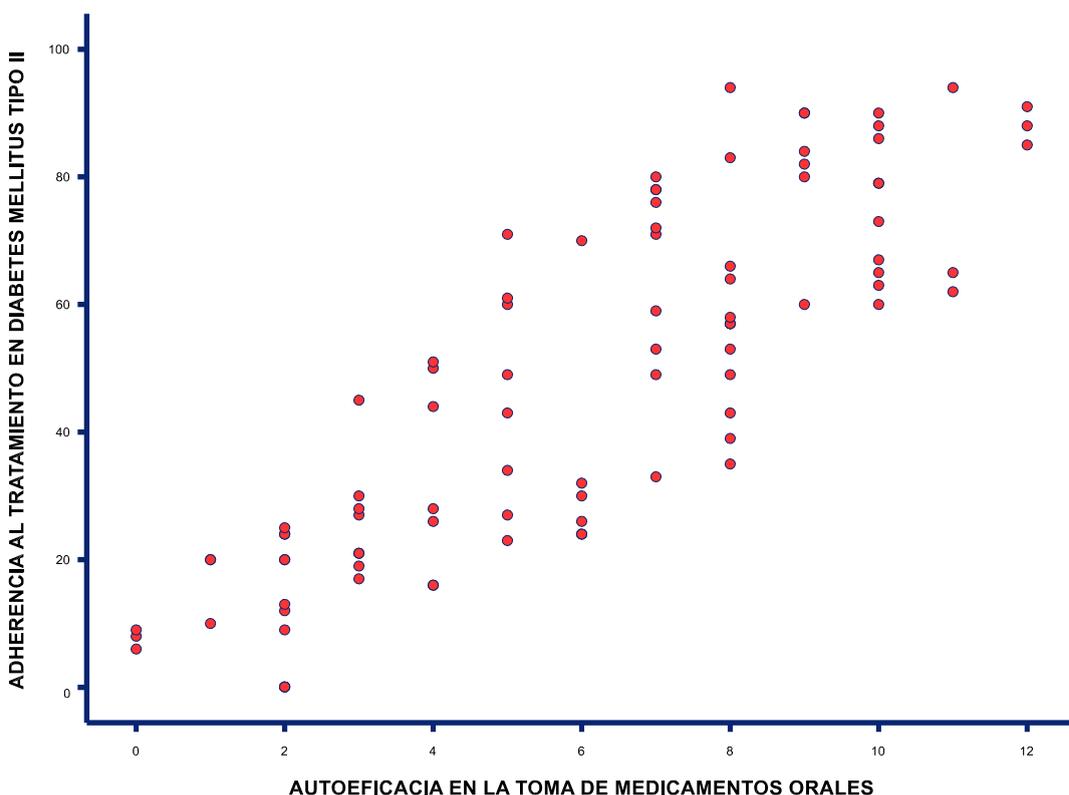
El valor observado para la proporción t con 123 grados de libertad es de 6.301, que con mucho es mayor a 1.979; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se concluye que la relación entre LA autoeficacia en la realización de actividad física y la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo II, es lo suficientemente grande para determinar que estas dos variables están asociadas.

5.2.4. CORRELACIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA EN LA TOMA DE MEDICAMENTOS ORALES Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II.

El diagrama de dispersión, grafica pares de datos, con una variable en cada eje, para buscar una relación entre ellos. Si las variables están correlacionadas, los puntos caerán a lo largo de una línea o curva. Cuanto mejor sea la correlación, más estrechos serán los puntos que rodearán la línea (72).

Se efectuó un análisis figura entre la tercera dimensión de la autoeficacia y la adherencia al tratamiento; elaborándose la siguiente figura de puntos de dispersión.

FIGURA 16: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA EN LA TOMA DE MEDICAMENTOS ORALES Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II



En el Figura 15, se observa la asociación directamente proporcional la autoeficacia en la toma de medicamentos orales y la adherencia al tratamiento; en base a la figura podemos afirmar que existe correspondencia directa entre la autoeficacia en la toma de medicamentos orales y la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo II.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “A **mayor autoeficacia en la toma de medicamentos orales**; mejor adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la r de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 18).

El coeficiente de correlación de Pearson, es el estadístico de prueba que mide la relación estadística, o asociación, entre dos variables. Es conocido como el mejor método para medir la asociación entre variables de interés porque se basa en el método de covarianza. Proporciona información sobre la magnitud de la asociación o correlación, así como la dirección de la relación (73).

TABLA 18: RELACIÓN ENTRE AUTOEFICACIA EN LA TOMA DE MEDICAMENTOS ORALES Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

		ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DIABETES MELLITUS TIPO II
AUTOEFICACIA EN LA TOMA DE MEDICAMENTOS ORALES	Correlación de Pearson	,453**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	125

En la Tabla 18, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado positivo para la relación entre la autoeficacia en la en la toma de medicamentos orales y la adherencia al tratamiento ($r = 0,453$); con un nivel de significancia de 0,000 [que por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando se incrementan la autoeficacia en la toma de medicamentos orales, mejora la adherencia al tratamiento; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

PRUEBA DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

Paso: 01: Elección de la prueba estadística a utilizar

Empleamos la prueba t para hallar un parámetro de correlación (74), para lo cual hacemos uso de la siguiente expresión matemática:

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

Donde:

- t : Valor de la “t” calculada
- r : Coeficiente de correlación de la muestra
- n : Tamaño muestral

Utilizamos esta relación t para determinar si el valor observado de $r = 0.453$ es prueba suficiente con 125 observaciones, para concluir que el verdadero valor de la correlación ρ en la población es diferente de cero.

Paso: 02: Planteamiento de hipótesis estadísticas

H₀: No existe relación alguna entre la autoeficacia en la toma de medicamentos orales y la adherencia al tratamiento, o la verdadera correlación es cero: $\rho = 0$

H₁: Existe una relación entre la autoeficacia en la toma de medicamentos orales y la adherencia al tratamiento, o la verdadera correlación no es cero: $\rho \neq 0$

Paso: 03: Condiciones para utilizar la prueba paramétrica elegida

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que ρ es o no cero, la relación t puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Las dos variables, X y Y, varían juntas en una distribución unida que está distribuida de manera normal, llamada distribución bivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido

Paso: 04: Determinación del margen de error.

Se seleccionó $\alpha = 0.05$ para este estudio.

Paso: 05: Regla de decisión

Los grados de libertad son $n - 2 = 125 - 2 = 123$. El valor de la distribución t con 123 grados de libertad que divide el área en 95 % central, donde los extremos bajo y alto del 5 % son, aproximadamente, 1.979 (usando el valor de 83 grados libertad en la tabla de distribución t). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si (valor absoluto) el valor observado de t es mayor que 1.979.

Paso 06: Cálculo

El cálculo es:

$$t = \frac{0.453 \sqrt{123}}{\sqrt{1 - 0.453^2}}$$

$$t = \frac{5.024}{0.892} = 6.635$$

Paso 07: Interpretación de los resultados

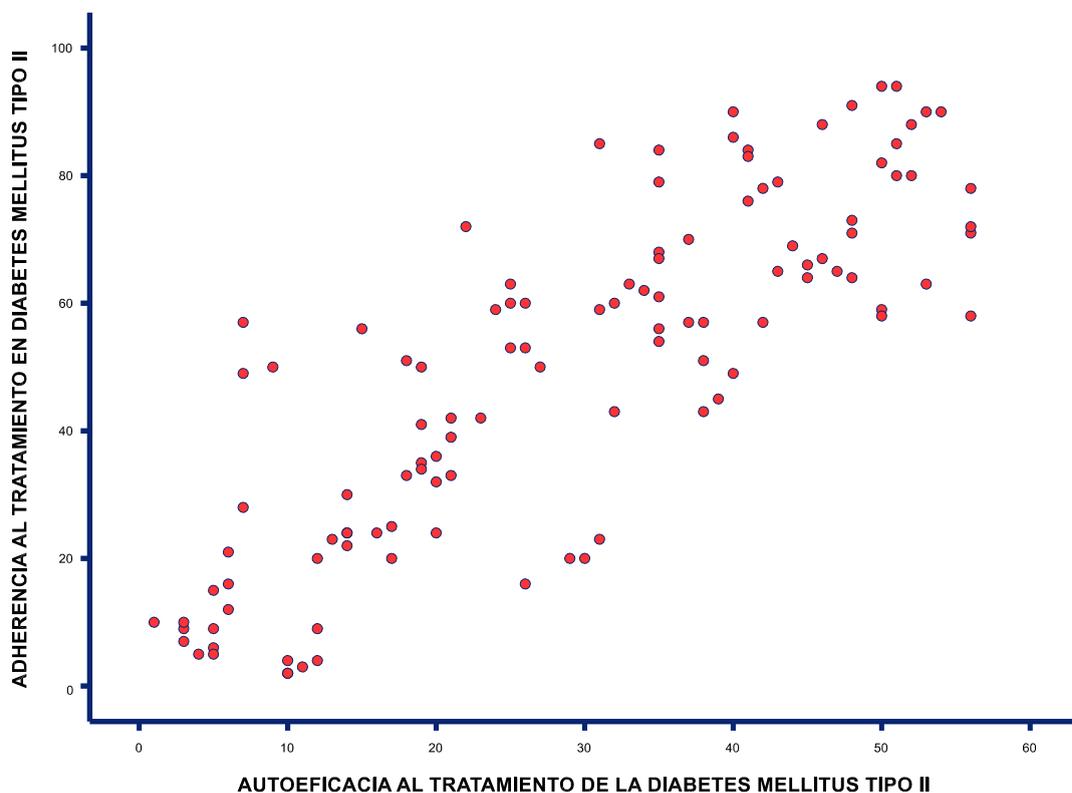
El valor observado para la proporción t con 123 grados de libertad es de 6.635, que con mucho es mayor a 1.979; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se concluye que la relación entre LA autoeficacia en la toma de medicamentos orales y la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo II, es lo suficientemente grande para determinar que estas dos variables están asociadas.

5.2.5. CORRELACIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II.

El diagrama de dispersión, grafica pares de datos, con una variable en cada eje, para buscar una relación entre ellos. Si las variables están correlacionadas, los puntos caerán a lo largo de una línea o curva. Cuanto mejor sea la correlación, más estrechos serán los puntos que rodearán la línea (72).

Se efectuó un análisis figura entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento; elaborándose la siguiente figura de puntos de dispersión.

FIGURA 17: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II



En el Figura 17, se observa la asociación directamente proporcional la autoeficacia y la adherencia al tratamiento; en base a la figura podemos afirmar que existe correspondencia directa entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo II.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “A **mayor autoeficacia**; mejor adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la r de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 19).

El coeficiente de correlación de Pearson, es el estadístico de prueba que mide la relación estadística, o asociación, entre dos variables. Es conocido como el mejor método para medir la asociación entre variables de interés porque se basa en el método de covarianza. Proporciona información sobre la magnitud de la asociación o correlación, así como la dirección de la relación (73).

TABLA 19: RELACIÓN ENTRE AUTOEFICACIA Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

		ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DIABETES MELLITUS TIPO II
AUTOEFICACIA	Correlación de Pearson	,456**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	125

En la Tabla 19, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado positivo para la relación entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento ($r = 0,456$); con un nivel de significancia de 0,000 [que por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando se incrementan la autoeficacia, mejora la adherencia al tratamiento; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

PRUEBA DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

Paso: 01: Elección de la prueba estadística a utilizar

Empleamos la prueba t para hallar un parámetro de correlación (74), para lo cual hacemos uso de la siguiente expresión matemática:

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

Donde:

- t : Valor de la “t” calculada
- r : Coeficiente de correlación de la muestra
- n : Tamaño muestral

Utilizamos esta relación t para determinar si el valor observado de $r = 0.456$ es prueba suficiente con 125 observaciones, para concluir que el verdadero valor de la correlación ρ en la población es diferente de cero.

Paso: 02: Planteamiento de hipótesis estadísticas

H₀: No existe relación alguna entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento, o la verdadera correlación es cero: $\rho = 0$

H₁: Existe una relación entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento, o la verdadera correlación no es cero: $\rho \neq 0$

Paso: 03: Condiciones para utilizar la prueba paramétrica elegida

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que ρ es o no cero, la relación t puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Las dos variables, X y Y, varían juntas en una distribución unida que está distribuida de manera normal, llamada distribución bivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido

Paso: 04: Determinación del margen de error.

Se seleccionó $\alpha = 0.05$ para este estudio.

Paso: 05: Regla de decisión

Los grados de libertad son $n - 2 = 125 - 2 = 123$. El valor de la distribución t con 123 grados de libertad que divide el área en 95 % central, donde los extremos bajo y alto del 5 % son, aproximadamente, 1.979 (usando el valor de 83 grados libertad en la tabla de distribución t). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si (valor absoluto) el valor observado de t es mayor que 1.979.

Paso 06: Cálculo

El cálculo es:

$$t = \frac{0.456 \sqrt{123}}{\sqrt{1 - 0.456^2}}$$

$$t = \frac{5.057}{0.889} = 5.682$$

Paso 07: Interpretación de los resultados

El valor observado para la proporción t con 123 grados de libertad es de 5.682, que con mucho es mayor a 1.979; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se concluye que la relación entre LA autoeficacia y la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo II, es lo suficientemente grande para determinar que estas dos variables están asociadas.

CAPITULO VI

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. CARACTERÍSTICAS DE LA AUTOEFICACIA PARA EL TRATAMIENTO EN LA DIABETES MELLITUS TIPO II

En el estudio encontramos que 24 % de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, poseen una buena o muy buena autoeficacia al tratamiento; esto significa que solo la cuarta parte de los pacientes tienen una apropiada autoeficacia para el tratamiento de la enfermedad; esto podría deberse principalmente a que los pacientes, creen que el tratamiento es muy complejo y prologado y que no podrán hacerse cargo. Parte de los pacientes ya llevan un tiempo prologado en el tratamiento y consideran que no han logrado controlar su enfermedad, asimismo no han tenido éxito previo de un buen manejo en la adopción de hábitos para el control de la diabetes. Los pacientes han observado que otros pacientes con diabetes no logran superar de forma efectiva la enfermedad, por el contrario, han observado como sufren complicaciones, por lo que no perciben experiencias indirectas favorables. Son raras las oportunidades en las que los familiares y amigos les alienten o persuadan a seguir con su tratamiento, la mayor parte de las personas de su entorno son indiferentes a su problema de salud. Además, los pacientes siempre tienen temor a los efectos hipoglicemiantes de los fármacos antidiabéticos.

De forma similar Kav S, Yilmaz A, Bulut Y, Dogan N, encuentran que solo la tercera parte de los pacientes diabéticos tenían una adecuada autoeficacia para llevar el tratamiento antidiabético establecido; esto se debe a que los pacientes tienen reducidas sus creencias sobre sus capacidades para poder cumplir con todos los pormenores del tratamiento antidiabético. Hay factores que reducen la autoeficacia, como: ser parte de un grupo cultural discriminado y reprimido que lo lleva a dudar de sus aptitudes, la escasa educación, las experiencias previas negativas, la crítica situación laboral, el poco conocimiento relacionado con la diabetes, el bajo apoyo social, las pobres habilidades físicas, los conflictos emocionales y la presencia de depresión. Para reforzar la autoeficacia primero se debe de detectar y controlar a los problemas psicosociales. Solo la elevada creencia de autoeficacia puede conducir a un adecuado autocuidado que producirán buenos resultados en el manejo de la diabetes. Los comportamientos esenciales de autocuidado en personas con diabetes, que dependen de la autoeficacia son: la alimentación saludable, la actividad física, el control del azúcar en la sangre, la adherencia a medicamentos, la reducción de riesgos, el afrontamiento saludable y las habilidades para resolver problemas (75).

Así también, D'Souza M, Karkada S, Parahoo K, Venkatesaperumal R, Achora S, Cayaban A, destacan que menos de la mitad de los pacientes tienen un conveniente nivel de autoeficacia para el manejo del tratamiento de la diabetes. Siendo la baja autoeficacia uno de los principales factores para el fracaso de la terapia antidiabética, se debe de identificar a los factores que reducen la autoeficacia y controlarlos. Las creencias del paciente sobre sus capacidades para hacer lo necesario para controlar la enfermedad y la creencia de que los comportamientos favorables al tratamiento le permitirán mejorar su estado de salud, son lo que inducen al cambio de

comportamiento. Los factores que más reducen el sentido de autoeficacia son: la baja escolaridad, los problemas afectivos de los pacientes, el bajo apoyo social y familiar, además de la baja educación en salud que brinda el personal de salud a los pacientes. El personal de enfermería debería de mejorar las creencias de autoeficacia porque estas son las determinantes de la motivación, el afecto y la acción hacia la mejora de la salud. Un buen nivel de autoeficacia lleva a un adecuado autocuidado; sin embargo, la presencia de depresión afecta a la autoestima y anula el sentido de autoeficacia que trae como consecuencia el abandono al tratamiento con una dieta contraproducente, incumplimiento de la medicación, deterioro funcional y complicaciones que podrían llevar a la muerte (76).

Asimismo, Indelicato L, Dauriz M, Santi L, Bonora F, Negri C, Cacciatori V, Bonora E, hallan que el 30 % de los pacientes no tienen un adecuado nivel de autoeficacia para cumplir con el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la diabetes; esto se debe a la baja alfabetización en salud de los pacientes. También el escaso apoyo social afecta a la autoeficacia al no existir persuasión verbal; la persona no es alentada por otras personas importantes a manejar su enfermedad; el bajo apoyo social también impide la comprensión de la enfermedad, porque nadie habla con el paciente acerca de la diabetes. La baja autoeficacia afecta la toma de decisiones y la elección de actividades relacionadas con el cuidado de la diabetes; el paciente no emprende mejoras en sus comportamientos de autocontrol. La reducida autoeficacia reduce la motivación y las creencias de un individuo sobre sus capacidades que impiden el cambio de comportamiento. Es frecuente que la depresión reduzca la autoeficacia y los pacientes decidan abandonar el tratamiento, también reducen sus esfuerzos en el manejo de la enfermedad y se quebranta la persistencia de seguir su plan dietético y la

actividad física planeada. La percepción de ser impotente en el control de la enfermedad vulnera el afrontamiento y conduce al abandono de los cambios en el estilo de vida. Aumentar la autoeficacia se aborda como un objetivo clave de las intervenciones educativas en salud realizadas por enfermeras dirigidas a los pacientes diabéticos (77).

También, Yao J, Wang H, Yin X, Yin J, Guo X, Sun Q, encuentran que una parte considerable de pacientes con diabetes mellitus tipo II no tienen un nivel de autoeficacia favorable al manejo efectivo de la enfermedad. Los pacientes con diabetes han tenido pocas experiencias de dominio frente a la enfermedad, las fallidas experiencias han vulnerado la autoeficacia, los pacientes creen que al hacer algo nuevo volverán a fracasar. El manejo nutricional es una experiencia de dominio significativa; el cuidado de la alimentación es uno de los predictores más fuertes de la creencia del paciente en su capacidad para poder controlar su dieta y la enfermedad. Los pacientes que ya han tenido la experiencia de modificar su dieta antes de haber sido diagnosticados con diabetes tienen más confianza en su capacidad de autocontrol, y aún más en llevar el tratamiento antidiabético de forma exitosa. Para los profesionales de enfermería, las experiencias de dominio son formas efectivas de apoyar la autoeficacia en el manejo de la dieta en el paciente. Comenzar con una dieta simple y actividad física leve que se pueda completar con éxito crea una experiencia de dominio que puede conducir al éxito del tratamiento. Cuando las enfermeras persuaden verbalmente a los pacientes de que pueden lograr y dominar a la enfermedad por medio del manejo efectivo del plan terapéutico, contribuyen en gran medida a aumentar la autoeficacia y hacen que sea más probable que los pacientes realicen las tareas de autocuidado (78).

6.2. CARACTERÍSTICAS DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II

En el estudio encontramos que solo el 39.2 % de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren tener una buena o muy buena adherencia al tratamiento, esto significa que cerca de las dos terceras partes de los pacientes han infringido el tratamiento antidiabético ya sea farmacológico o no farmacológico; esto podría deberse al bajo nivel de autocontrol que tiene los pacientes. Fueron frecuentes las afirmaciones de no poder resistir el deseo que ingerir alimentos apetecibles, aunque eran perniciosos a su estado de salud. La mayor parte de los pacientes manifiestan ser poco cautelosos con su alimentación, con su actividad física, con el consumo de bebidas alcohólicas e incluso con el consumo de los medicamentos en dosis y horarios inapropiados. Los pacientes reconocen reaccionar de forma impulsiva ante: los alimentos, las reuniones sociales con consumo de bebidas alcohólicas, o hacer deporte extenuante el fin de semana; casi nunca se toman un tiempo para pensar sobre las consecuencias de estas acciones desordenadas. Los pacientes manifiestan que no han explorado nuevas opciones para modificar su estilo de vida, la mayor parte siguen la dinámica cotidiana de sus vidas, con ligeras modificaciones dietéticas y el desidioso consumo de sus medicamentos. Otros posibles factores que afectan a la adherencia son: los bajos recursos económicos que no les otorga estabilidad para ordenar su estilo de vida, así como el bajo conocimiento sobre la enfermedad y el escaso apoyo social y familiar.

De forma similar, Kav S, Akman A, Bulut Y, Dogan N, reportan que solo el 47.4 % de los pacientes tienen una efectiva adherencia al tratamiento, destacan que la baja adherencia puede ser no intencional, cuando los consejos de tratamiento se

malinterpretan y se llevan a cabo de manera incorrecta, o intencional cuando se ignoran. La falta de adherencia puede ocurrir por innumerables razones como: las limitaciones financieras asociadas con el tratamiento, los efectos secundarios de los medicamentos, la dificultad para manejar regímenes de tratamiento complejos, la inadecuada alfabetización en salud del paciente y la falta de apoyo social. El hecho de tener una pareja puede influir positivamente en la adherencia, los pacientes que comparten experiencias con sus cónyuges y reciben apoyo de ellos pueden tener un seguimiento beneficioso del tratamiento. La presencia de síntomas depresivos como tristeza y/o anhedonia, la disminución de la energía, los pensamientos trágicos, cambios en el apetito, sueño interrumpido afectan los hábitos establecidos para el control de la diabetes. El tratamiento simultáneo de diversas afecciones de salud por las complicaciones de la diabetes, puede dar como resultado un régimen de medicación complejo, que además de presentar riesgos farmacológicos, predispone a la baja adherencia. La polifarmacia requiere mayor atención, memoria y organización en vista de los horarios de administración de los medicamentos. Los pacientes con bajo nivel de escolaridad tienen dificultades para la comprensión y/o el recuerdo correcto de sus regímenes terapéuticos prescritos (79).

Consuegra D, Diaz M, hallan que alrededor de la mitad de los pacientes tienen una inadecuada adherencia al tratamiento; este problema es ocasionado por el bajo apoyo social y familiar del que dispone el paciente. El apoyo social puede beneficiar la salud de los pacientes al amortiguar el estrés, cambiar los estados afectivos, aumentar la autoeficacia e influir en el cambio de los comportamientos negativos para la salud. El apoyo práctico y emocional recibido tanto por los familiares y los amigos tiene una influencia positiva en las medidas de manejo de la enfermedad. La cohesión familiar

generadora de un medio cálido, de aceptación y cercanía, favorece la adherencia al tratamiento; la calidad de las relaciones familia-paciente originan una buena red de apoyo. Mientras que el clima familiar armónico favorece a la adherencia, el clima familiar hostil la vulnera, ya que los pacientes a menudo se sienten criticados, agobiados y se conciben culpables de su enfermedad y de los disgustos provocados a sus familiares, siempre existen conflictos frente a la alimentación porque los otros miembros de la familia exigen otro tipo de alimentos. Otros factores que también afectan a la adherencia son: la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento (80).

Achouri M, Mammeri M, Sehanine Y, Selka M, Ghomari W, Lahmer A, Habib H, reportan que solo el 41 % de los pacientes tienen una adherencia favorable al tratamiento de la diabetes; los factores más importantes que inciden en la baja adherencia son: la falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario para inducir al paciente en el control de diabetes, la sobrecarga laboral y los bajos incentivos del personal de salud y la insolvencia de los profesionales para fortalecer las capacidades de autocuidado. La adherencia se ve afectada cuando el profesional de salud no posee las aptitudes para promover: la asistencia a las citas de control en los servicios de salud, la realización de exámenes médicos y la adopción de estilos de vida saludables que incluyen la práctica de actividad física regular, la alimentación saludable y la disminución o abstinencia del consumo de alcohol y cigarrillo. La velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad con la aparición de

sintomatología discapacitante también perjudica a la adherencia. Otros factores fundamentales que perjudican a la adherencia son: la complejidad del régimen terapéutico y su duración, el fracaso al llevar tratamientos anteriores, los frecuentes cambios en la dosis y en los medicamentos, los efectos colaterales y la percepción que los medicamentos no tienen resultados beneficiosos. También existen factores propios del paciente que afectan a la adherencia como: el olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, las inadecuadas habilidades para controlar los síntomas de la enfermedad, las creencias negativas con respecto al tratamiento, el entender mal y no aceptar la enfermedad, la incredulidad en el diagnóstico y el sentirse estigmatizado por la enfermedad (81).

Yao J, Wang H, Yin X, Yin J, Guo X, Sun Q, identifican que menos de la mitad de los pacientes cumplen con el plan terapéutico establecido, los factores que llevan a incumplimiento son múltiples y deben de ser identificados y controlados para lograr el alivio y mejora del paciente. Las formas más frecuentes de falta de adherencia al tratamiento son: no tomar la dosis exacta, tomar los medicamentos en horarios cambiados, aumentar o disminuir la frecuencia de las dosis, interrumpir el tratamiento y no seguir las instrucciones médicas. Los factores más frecuentes que llevan al incumplimiento del régimen terapéutico son: las creencias erradas, la baja motivación y una actitud contraria a la medicación; también afecta a la adherencia la mala relación del paciente con el personal de salud, el escaso conocimiento del paciente sobre la enfermedad, las dificultades físicas que tenga el paciente, el olvido y la complejidad del tratamiento. Los factores contextuales que llevan al fracaso del tratamiento son: la falta de accesibilidad geográfica a los servicios de salud, los largos tiempos de espera,

los malos tratos recibidos en las instituciones de salud, la imposibilidad de disponer de tiempo libre en su trabajo, los bajos ingresos y el reducido apoyo social (78).

6.3. AUTOEFICACIA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II

En el estudio encontramos un coeficiente de correlación de Pearson moderado positivo entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento ($r = 0,456$); esto significa que: cuando se incrementan la autoeficacia, mejora la adherencia al tratamiento; este resultado podría fundamentarse en que, el paciente diabético realiza una evaluación sobre su capacidad personal para organizarse y poder adherirse al tratamiento; el grado de autoeficacia que considere tener, define: el tipo, la frecuencia y la magnitud de las maniobras a iniciar y mantener para asistir a su enfermedad y evitar complicaciones. El diabético debe de modificar sus conductas, que están reguladas por sus pensamientos; esto implica: que crea que las acciones que realice podrán controlar a la enfermedad, creer que al realizar determinada conducta saludable podrá obtener alivio y bienestar, creer que posee la capacidad para: modificar su dieta, su actividad física, evitar el consumo de alcohol y tabaco, acudir a sus controles de salud y tomar sus medicamentos en el momento preciso. Entonces el sentido de autoeficacia del paciente modula su conducta y direcciona su adhesión o no a la terapia antidiabética establecida.

Adam J, Folds L, encuentran que la autoeficacia se asocia con la adherencia al tratamiento antidiabético ($r = 0.45$); esta asociación se basa en que: el nivel de autoeficacia afecta la forma de pensar y actuar del paciente; una baja percepción de

autoeficacia lleva a creer que no se podrá cumplir con el tratamiento. Asimismo, es frecuente que la diabetes suscite problemas: de depresión, ansiedad y sentimiento de desamparo; estas afecciones aminoran la apreciación de autoeficacia. Las creencias de autoeficacia llevan al optimismo o pesimismo frente a las posibilidades de controlar la enfermedad. Un alto sentido de eficacia mejora el procesamiento de información encontrando opciones viables en la modificación del estilo de vida, además de reflexionar y evaluar mejor las opciones existentes para tomar decisiones acertadas en la forma de llevar el tratamiento. La autoeficacia al ser la firme creencia de poder y capacidad para completar el tratamiento con éxito; impulsa a la modificación del comportamiento y genera actividades específicas de autocuidado; esto permite: lograr un buen control glucémico, modificar la dieta, realizar ejercicios físicos, evitar el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco, cuidar los pies, cumplir con el consumo de medicamentos y acudir a los controles de salud programados (7).

Kravann S, advierte que el grado de autoeficacia para encargarse del tratamiento que posee el paciente se asocia con el cumplimiento del tratamiento ($r = 0.47$); esta relación se fundamenta en que las creencias: de eficacia, de poder comprender y controlar a la diabetes, influyen sobre: el modo de pensar, sentir, motivarse y actuar del paciente. Cuando las convicciones de autoeficacia se modifican sistemáticamente se impulsa la adopción de conductas de autocontrol que son concordantes con el tratamiento antidiabético. Las creencias de autoeficacia bien asentadas son imprescindibles en la diabetes; debido a que, los regímenes de medicamentos son complejos y pueden llevar a desajustes entre la carga del tratamiento y la capacidad individual para enfrentarlo. Los pacientes con mejor adherencia, son los que tienen una apreciación estable de sus competencias personales para manejar de forma eficaz la variedad de situaciones

estresantes derivadas de la diabetes mellitus. Asimismo, la autoeficacia suscita el autocontrol para moderar el estilo de vida y enfrentar a las complicaciones de la diabetes; la autoeficacia genera confianza para alcanzar la meta deseada y sostiene las acciones que se deben prolongar o ser realizados por toda la vida, siendo esta la única forma de conservar la salud y evitar las complicaciones; la autoeficacia actúa como un factor promotor del cumplimiento general del tratamiento (8).

Reisi M, Mostafavi F, Javadzade H, hallan que la autoeficacia se asocia con la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo II ($r = 0.512$); esta conexión se debe a que; el convencimiento de tener la capacidad para cumplir con todas las indicaciones del tratamiento, lleva a cambios conductuales amoldados al tratamiento. Cuando el paciente considera que modificar su estilo de vida es factible y además toma la determinación “que nada le impedirá seguir de forma estricta su tratamiento” entonces aumentará la probabilidad de adherencia a la terapia antidiabética. El nivel de autoeficacia percibida determina el nivel de esfuerzo desplegado por el paciente. Asimismo, las creencias de autoeficacia en los pacientes son producto de factores concretos como: el contexto en el que vive, la cantidad de ayuda externa que se recibe, el grado de dificultad que percibe frente a las tareas para el manejo del tratamiento y la cantidad de esfuerzo físico y emocional que debe disponer para cumplir con las indicaciones terapéuticas. Si los pacientes no están totalmente convencidos de su eficacia personal para encaminar su tratamiento, tienden a abandonarla rápidamente y se muestran renuentes a consumir los medicamentos establecidos. Además, se comprueba que la autoeficacia proporciona la confianza para superar las barreras, los pacientes están más motivados por realizar comportamientos que creen que tendrán buenos resultados (9).

Daniali S, Darani F, Eslami A, Mazaheri M, encuentran que la autoeficacia incrementa en 4.1 veces la adherencia a la medicación (OR = 4.1); la influencia de la autoeficacia en la adherencia, es definida por el hecho; de que, los pacientes con baja autoeficacia percibida son inseguras de sus capacidades y se esfuerzan menos, o no se esfuerzan en absoluto en la modificación de sus estilos de vida o prefieren persistir en creencias contrarias a la medicina científica. Los pacientes que creen poseer la capacidad para manejar la terapia antidiabética, adoptan una conducta de prevención. Asimismo, los éxitos previos que hayan tenido los pacientes al superar enfermedades anteriores, crean una fuerte convicción de su eficacia personal mientras que los fracasos la debilitan. Los programas de educación en salud refuerzan el juicio de autoeficacia e incrementa la probabilidad de asumir conductas preventivas frente a las complicaciones de la diabetes. La autoeficacia, es responsables del éxito del proceso de cambio de estilo de vida, es un mecanismo eficaz para la promoción de la salud. Los pacientes con un alto nivel de autoeficacia, hacen todo lo posible para mejorar sus habilidades de autocuidado y superar todos los obstáculos (10).

D'Souza M, Al-Salmi N, hallan que la autoeficacia incrementa en 2.3 veces la probabilidad de adherencia a la terapia establecida (OR = 2.3); esto se debe a que; las expectativas de autoeficacia funcionan como un factor motivacional y determinan en gran medida: el interés, el esfuerzo y la persistencia en cumplir con el tratamiento establecido. Los pacientes deben de comprender que el manejo de la enfermedad no es fácil y que los resultados no son inmediatos para que puedan emprender acciones prologadas en favor de su salud. Una vez que los pacientes se convencen de que cuentan con lo necesario para alcanzar el éxito frente a la enfermedad, perseveran ante la adversidad y se recuperan rápidamente de los reveses; estos pacientes se informan

más y entienden mejor la dinámica: de la enfermedad, el tratamiento y la forma de prevenirla, también mejoran sus conductas preventivas y buscan el apoyo de múltiples profesionales. Asimismo, el cambio de comportamiento en el tratamiento, requiere de intencionalidad que es impulsada por la autoeficacia. Las creencias de autoeficacia están fuertemente influidas por la contemplación de otros pacientes del entorno que hayan logrado controlar la diabetes, los pacientes requieren de modelos que practiquen adecuados procesos preventivos para que puedan ser imitados (11).

Amer F, Mohamed M, encuentran, que los pacientes que tenían un alto nivel de autoeficacia para controlar: la nutrición, la actividad física y la medicación, se encontraron más adherentes a: la dieta general, la actividad física y la toma de medicamentos. Si de forma inicial el paciente cree que no tiene aptitudes para modificar su estilo de vida y supone que la terapéutica es muy complicada; acarreará a una adherencia muy pobre. Otros factores que dificultan la adherencia son: negar la enfermedad, ser intransigentes, desconfiar de los profesionales de salud, tener malas condiciones económicas y el escaso apoyo familiar y social. La fuerte convicción en las capacidades personales conduce a que los pacientes cumplan con sus tratamientos, aunque sean dificultosos. La autoeficacia lleva a que las amenazas sean vistas como desafíos y a establecer objetivos y compromisos, creer que se tiene el control de la situación reduce el estrés y elimina la posibilidad de depresión. La autoeficacia impulsa la realización de todos los esfuerzos posibles para llevar el tratamiento acorde a las indicaciones terapéuticas (1).

CONCLUSIONES

1. La autoeficacia para el tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II, se caracterizan porque solo el 24 % de los pacientes poseen una buena o muy buena autoeficacia al tratamiento; y de forma específica: el 28 % de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren tener buena o muy buena autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio; el 18.8 % de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren tener buena o muy buena autoeficacia en la realización de actividad física; y el 24.8 % de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren tener buena o muy buena autoeficacia en la toma de medicamentos orales.
2. La adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II, se caracteriza porque el 39.2 % de los pacientes refieren tener una buena o muy buena adherencia al tratamiento; y de forma específica: el 36 % de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren tener buena adherencia o muy buena adherencia al tratamiento farmacológico y al seguimiento; el 27.2 % de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren tener buena adherencia o muy buena adherencia al ejercicio físico; el 33.6 % de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren tener buena adherencia o muy buena adherencia a la alimentación y permanencia en el tratamiento; y el 36.8 % de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, refieren tener buena adherencia o muy buena adherencia al control de riesgos.
3. Cuando se incrementan la autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio, mejora la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0,421).

4. Cuando se incrementan la autoeficacia en la realización de actividad física, mejora la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0,494).
5. Cuando se incrementan la autoeficacia en la toma de medicamentos orales, mejora la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0,453).
6. De forma general, cuando se incrementan la autoeficacia, mejora la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0,456).

RECOMENDACIONES

1. Existe la necesidad de desarrollar un programa que fortalezca la autoeficacia para llevar el tratamiento antidiabético, en el que se desarrollen: actividades, estrategias y recursos socioeducativos que tengan como propósito incrementar el nivel de autoeficacia general en base a cuatro componentes que son: la experiencia previa, la experiencia vicaria, la persuasión verbal, y los estados fisiológicos y afectivos; de tal manera que los pacientes logren mejorar sus creencias en torno a sus capacidades y habilidades para afrontar de manera correcta el tratamiento antidiabético.
2. Existe la necesidad de implementar programas que promuevan la adherencia al tratamiento antidiabético, estos deberán de modificar la conducta por medio de: el afianzamiento del autocontrol, la modificación de creencias perjudiciales a la salud y ejecutando intervenciones familiares y comunitarias para generar mayor soporte social y familiar favorable a la adherencia terapéutica.
3. Es pertinente desarrollar programas que orienten la alimentación del paciente, instruyendo al paciente y sus familiares en la forma de elaborar comidas adecuadas a su estado metabólico, también deben de instituir regímenes alimenticios que sustituyan a los hábitos dietéticos cotidianos.
4. Es conveniente desarrollar programas de ejecución de actividad física, que se ajusten a la condición física del paciente y de forma progresiva mejoren el rendimiento físico, además que contribuya a la autorregulación de la disfunción metabólica de la diabetes.
5. Es favorable desarrollar programas que mejoren el consumo de medicamentos orales, por medio de la vigilancia y el alivio de los penosos efectos adversos de los
fármacos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amer F, Mohamed M. Influence of self-efficacy management on adherence to self-care activities and treatment outcome among diabetes mellitus type 2 Sudanese patients. *Pharmacy Practice*. 2018; 16(4): p. 1 - 7.
2. DeSousa M. Conhecimento, atitude, autoeficácia e adesão medicamentosa entre idosos com diabetes mellitus tipo 2. [Tesis]. Universidade Federal Do Triângulo Mineiro , Atenção À Saúde Mestrado Em Atenção À Saúde; 2018.
3. Anderson J, Novak J, Johnson M. A dyadic multiple mediation model of patient and spouse stressors predicting patient dietary and exercise adherence via depression symptoms and diabetes self-efficacy. *J Behav Med*. 2019; 39(6): p. 1020 - 1032.
4. Tharek Z , Safura A , Whitford D. Relationship between self-efficacy, self-care behaviour and glycaemic control among patients with type 2 diabetes mellitus in the Malaysian primary care setting. *BMC Fam Pract*. 2018; 19(3): p. 108 - 119.
5. 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. *J Diabetes Res*. 2017; 25(2): p. 77 - 85.
6. Calero C. Autoeficacia en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II que son Usuarios de 7 Centros de Salud de la DIRIS Lima Norte. [Tesis]. Universidad Cesar Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas; 2018.
7. Adam J, Folds L. Depression, Self-efficacy, and Adherence in Patients With Type 2 Diabetes. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2014; 10(9): p. 646 - 652.
8. Kravann S. Cultural Beliefs and Self-Efficacy in Diet Adherence among Type 2 Diabetics. [Tesis]. Loma Linda University, School of Behavioral Health ; 2015.
9. Reisi M, Mostafavi F, Javadzade H. Impact of Health Literacy, Self-efficacy, and Outcome Expectations on Adherence to Self-care Behaviors in Iranians with Type 2 Diabetes. *Oman Medical Journal*. 2016; 31(1): p. 52 – 59.
10. Daniali S, Darani F, Eslami A, Mazaheri M. Relationship between Self-efficacy and Physical Activity, Medication Adherence in Chronic Disease Patients. *Advanced Biomedical Research*. Daniali S, Darani F, Eslami A, Mazaheri M.; 2017(31).
11. D'Souza M, Al-Salmi N. Self-efficacy Impact Adherence in Diabetes Mellitus. *Clinical Research in Diabetes and Endocrinology*. 2018; 11(2): p. 1 - 4.
12. Ahmad M, Zeina M, Ahmed Y, Brown J. Self-efficacy, Self-care and Glycemic control in Saudi Arabian patients with type 2 Diabetes Mellitus: A Cross-sectional Survey. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2017; 37(1): p. 26 - 36.

13. Wang H, Chen Y, Yang F, Juan C. Relationship between Type 2 Diabetes Self-Efficacy and Quality of Life: Analysis Under Varying Glycated Hemoglobin Conditions. *Fam Med Med Sci Res, an open access journal*. 2017; 6(2): p. 1 - 11.
14. 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.
15. Ahmad S, Mohd R, Abdul R, Mahmood Y. Self-efficacy of foot care behaviour of elderly patients with diabetes. *Malaysian Family Physician*. 2017; 12(2): p. 1 - 8.
16. Al-Khawaldeh O, Al-Hassan M, Froelicher E. Self-efficacy, self-management, and glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complications*. 2012; 26(1): p. 10-16.
17. Aljaseem L, Peyrot M, Wissow L, Rubin R. The Impact of Barriers and Self-Efficacy on Self-Care Behaviors in Type 2 Diabetes. *The Diabetes Educator*. 2001; 27(3): p. 393-404.
18. Bean D, Cundy T, Petrie K. Ethnic differences in illness perceptions, self-efficacy and diabetes self-care. *Psychology & Health*. 2007; 22(7): p. 787-811.
19. Beckerle C, Lavin M. Association of Self-Efficacy and Self-Care With Glycemic Control in Diabetes. *Diabetes Spectrum*. 2013; 26(3): p. 172-178.
20. Devarajooch C, Chinna K. Depression, distress and self-efficacy: The impact on diabetes self-care practices. *PLOS ONE*. 2017; 12(3).
21. Dutton G, Tan F, Provost B, Sorenson J, Allen B, Smith D. Relationship between self-efficacy and physical activity among patients with type 2 diabetes. *Journal of Behavioral Medicine*. 2009; 32(3): p. 270-277.
22. 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.
23. Griva K, Myers L, Newman S. Illness perceptions and self efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. *Psychology & Health*. 2000; 15(6): p. 733-750.
24. Hays L, Finch E, Saha C, Marrero DG, Ackermann R. Effect of Self-Efficacy on Weight Loss: A Psychosocial Analysis of a Community-Based Adaptation of the Diabetes Prevention Program Lifestyle Intervention. *Publisher*. 2014; 14(2): p. 125 - 131.
25. Hurley A, Shea CA. Self-efficacy: strategy for enhancing diabetes self-care. *The Diabetes Educator*. 1992; 18(2): p. 146-150.
26. Iannotti R, Schneider S, Nansel T, Haynie D, Plotnick L, Clark L, et al. Self-Efficacy, Outcome Expectations, and Diabetes Self-Management in Adolescents with Type

- 1 Diabetes. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2006; 27(2): p. 98-105.
27. Lee YY, Lin JL. The effects of trust in physician on self-efficacy, adherence and diabetes outcomes. *Social Science & Medicine*. 2009; 68(6): p. 1060-1068.
 28. Ke V. Strategies enhancing self-efficacy in diabetes education: a review. *Scholarly inquiry for nursing practice*. 2001; 15(3): p. 235-248.
 29. Mishali M, Omer H, Heymann AD. The importance of measuring self-efficacy in patients with diabetes. *Family Practice*. 2011; 28(1): p. 82-87.
 30. King DK, Glasgow RE, Toobert DJ, Strycker LA, Estabrooks PA, 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.
 31. Mohebi S, Azadbakht L, Feizi A, Sharifirad G, Kargar M. Review the key role of self-efficacy in diabetes care. *Journal of education and health promotion*. 2013; 2(1): p. 36-36.
 32. Krichbaum KE, Aarestad V, Bueth M. Exploring the Connection Between Self-Efficacy and Effective Diabetes Self-f Management. *The Diabetes Educator*. 2003; 29(4): p. 653-662.
 33. Po Y. Telemedicine to improve patients' self-efficacy in managing diabetes. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2000; 6(5): p. 263-267.
 34. Lee H. Self-Efficacy as a Predictor of Self-Care in Persons with Diabetes Mellitus: Meta-Analysis. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 1999; 29(5): p. 1087-1102.
 35. Ritter PL, Lorig K, Laurent DD. Characteristics of the Spanish- and English-Language Self-Efficacy to Manage Diabetes Scales. *The Diabetes Educator*. 2016; 42(2): p. 167-177.
 36. Sarkar U, Fisher L, Schillinger D. Is Self-Efficacy Associated With Diabetes Self-Management Across Race/Ethnicity and Health Literacy? *Diabetes Care*. 2006; 29(4): p. 823-829.
 37. Sharoni S, Wu S. Self- efficacy and self- care behavior of Malaysian patients with type 2 diabetes: a cross sectional survey. *Nursing & Health Sciences*. 2012; 14(1): p. 38-45.
 38. Student T. A Concept Analysis of Self-Efficacy Among Chinese Elderly with Diabetes Mellitus. *Nursing Forum*. 2012; 47(4).
 39. Wu S, Lee M, Liang S, Lu Y, Wang T, Tung H. Effectiveness of a self-efficacy program for persons with diabetes: a randomized controlled trial. *Nursing & Health Sciences*. 2011; 13(3): p. 335-343.

40. Campuzano M, Rodríguez A, Soriano N. Adherencia a la dieta en una persona con diabetes: un estudio de caso. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*. 2016; 6(1): p. 1-11.
41. Boas L, Foss M, Torres H. Adherencia a la dieta y a los ejercicios físicos de las personas con diabetes mellitus. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2011; 20(2): p. 272-279.
42. Coste L. Adherencia a la alimentación en la Diabetes Mellitus. Revisión bibliográfica. *Enfermería Global*. 2018; 25(4): p. 124 - 131.
43. Domínguez G, Sánchez L, Gázquez M. Adherencia terapéutica y control metabólico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Arch. med*. 2014; 14(1): p. 44-50.
44. Duque T, Henao M, Cardona M. Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2011; 29(2): p. 194-203.
45. Faria H, Santos M, Arrelias C. Adherencia Al Tratamiento De La Diabetes Mellitus En Unidades De Estrategia De La Salud De La Familia. *Revista Da Escola De Enfermagem Da Usp*. 2014; 48(2): p. 257-263.
46. Gallardo L, Filártiga E. Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*. 2019; 6(1): p. 63-74.
47. González C, Mendoza L. Adherencia al tratamiento en la diabetes. Factores que influyen y estrategias para mejorar. *Medicine*. 2016; 12(18): p. 1054-1056.
48. Granados E, Escalante E. Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. *Liberabit. Revista de Psicología*. 2010; 16(2): p. 203-216.
49. León A, Rodríguez J, Coello S. Estilo de vida y adherencia al tratamiento de la población canaria con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Espanola De Salud Publica*. 2009; 83(4): p. 567-575.
50. Liu T. A concept analysis of self-efficacy among Chinese elderly with diabetes mellitus. *Nursing Forum*. 2012; 47(4): p. 226-235.
51. Luna N, Baeza M, Castell E, Santos F. Autocuidado y adherencia terapéutica en diabetes desde una perspectiva del paciente. *Revista Waxapa*. 2012; 4(7): p. 24-32.
52. Nagel N, Espinoza B, Villalobos C, Donoso V. Adherencia al Tratamiento en Diabetes Tipo 2: su relación con Calidad de Vida y Depresión. *Revista de Psicoterapia*. 2015; 26(101): p. 125-138.
53. Orozco D, Mata M, Artola S, Conthe P. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Atencion Primaria*. 2016; 48(6): p. 406-420.
54. Pantoja C, Segura D, Villalobos C. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2. *Revista Costarricense de Salud Pública*. 2013; 22(1): p. 9-13.

55. Ortiz M, Ortiz E, Gatica A, Gómez D. Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Terapia psicológica*. 2011; 29(1): p. 5-11.
56. Quirós D, Villalobos A. Comparación de factores vinculados a la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo ii entre una muestra urbana y otra rural de Costa Rica. *Universitas Psychologica*. 2007; 6(3): p. 679-688.
57. Rangel Y, Suárez R, Valdivia M, Suárez M. Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Finlay*. 2017; 7(2): p. 89-98.
58. Romero B, Juárez L. Estilos de vida: Experiencias con la adherencia al tratamiento no farmacológico en diabetes mellitus. *Index de Enfermería*. 2006; 15(52): p. 16-19.
59. Rubia J, Cerda M. Predictores psicosociales de adherencia a la medicación en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*. 2015; 6(1): p. 19-27.
60. Vañes C. La adherencia al tratamiento: el caso de la diabetes mellitus tipo 2. *Nursing in Practice*. 2011; 35(2): p. 53 - 63.
61. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. 1st ed. New York: Freeman; 1997.
62. Strecher V, DeVellis B, Becker M, Rosenstock I. The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Educ Q*. 1986; 13(1): p. 73 - 92.
63. Bandura A, Locke E. Negative Self-Efficacy and Goal Effects Revisited. *Journal of Applied Psychology*. 2003; 88(1): p. 87 – 99.
64. Brannon L, Updegraff J, Feist J. *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health*. 9th ed. Boston: Cengage Learning; 2017.
65. Ruiz A, Morillo L. *Epidemiología Clínica: Investigación clínica aplicada*. 1st ed. Bogota: Ed. Médica Panamericana; 2004.
66. Valderrama S. *Pasos para elaborar proyectos de investigación científica*. 2nd ed. Lima: San Marcos; 2013.
67. Martínez M, Briones R, Cortés J. *Metodología de la investigación para el área de la salud*. 2nd ed. Madrid: McGRAW-HILL INTERAMERICANA ; 2013.
68. Argimon J, Jiménez J. *Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica*. 3rd ed. Madrid - España: Elsevier; 2004.
69. Carrasco S. *Metodología de la Investigación Científica*. 1st ed. Lima: San Marcos; 2006.
70. Sanchez H, Reyes C. *Metodología y diseños en la investigación científica*. 1st ed. Lima: Business Support Aneth; 2017.
71. Holmes L. *Applied Biostatistical Principles and Concepts Clinicians' Guide to Data Analysis and Interpretation*. 1st ed. New York: Taylor & Francis; 2018.

72. Wayne D. Bioestadística: Base para el análisis de las ciencias de la salud. 4th ed. México: Limusa Wiley; 2014.
73. Goodman M. Biostatistics for Clinical and Public Health Research. 1st ed. New York: Taylor & Francis; 2018.
74. Dawson B TR. Bioestadística médica. 4th ed. México DF: Manual Moderno; 2005.
75. Kav S, Yilmaz A, Bulut Y, Dogan N. Self-efficacy, depression and self-care activities of people with type 2 diabetes in Turkey. *Collegian*. 2017; 24(1): p. 27 – 35.
76. D’Souza M, Karkada S, Parahoo K, Venkatesaperumal R, Achora S, Cayaban A. Self-efficacy and self-care behaviours among adults with type 2 diabetes. *Applied Nursing Research*. 2017; 36(1): p. 25 – 32.
77. Indelicato L, Dauriz M, Santi L, Bonora F, Negri C, Cacciatori V, Bonora E. Psychological distress, Self-Efficacy and Glycemic Control in Type 2 Diabetes. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*. 2017; 27(4): p. 300 - 306.
78. Yao J, Wang H, Yin X, Yin J, Guo X, Sun Q. The association between self-efficacy and selfmanagement behaviors among Chinese patients with type 2 diabetes. *PLoS ONE*. 2019; 14(11): p. 1 - 12.
79. Kav S, Akman A, Bulut Y, Dogan N. Self-efficacy, depression and self-care activities of people with type 2 diabetes in Turkey. *Collegian*. 2015; 24(1): p. 27 - 35.
80. Consuegra D, Diaz M. Factores asociados con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta de medicina interna de un hospital de II nivel de Bogotá. [Tesis]. Bogotá: Universidad del Rosario, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud; 2017.
81. Achouri M, Mammeri M, Sehanine Y, Selka M, Ghomari W, Lahmer A, Habib H. Facteurs associés à la non-observance thérapeutique chez les diabétiques de type 2: première enquête algérienne. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. 2019; 77(1): p. 506 - 515.
82. Del Castillo A, Romero A, Iglesias S, Reyes I. Validación psicométrica del instrumento de autoeficacia al tratamiento en diabetes. *Psicología Iberoamericana*. 2016; 24(1): p. 47 - 54.
83. Andrade B, Céspedes V. Adherencia al tratamiento en enfermedad cardiovascular: rediseño y validación de un instrumento. *Enfermería Universitaria*. 2017; 14(4): p. 266 - 276.

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: JUICIO DE EXPERTOS
- 7: CONSENTIMIENTO INFORMADO
8. FOTOS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO
9. SOLICITUD DE ACEPTACION
- 10.DECLARACION DE CONFIDENCIALIDAD

ANEXO 1:

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: AUTOEFICACIA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II EN USUARIOS DE UN CENTRO DE SALUD

AUTORAS: De La Cruz Ccaccaycucho, Maritza

Flores Caparachin, Miriam Edith

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 la autoeficacia y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>1. ¿Cuál es la relación entre la autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020?</p> <p>2. ¿Cuál es la relación entre la autoeficacia en la realización de actividad física y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020?</p> <p>3. ¿Cuál es la relación entre la autoeficacia en la toma de medicamentos orales y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar la relación entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>1. Establecer la relación entre la autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020</p> <p>2. Establecer la relación entre la autoeficacia en la realización de actividad física y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020</p> <p>3. Establecer la relación entre la autoeficacia en la toma de medicamentos orales y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>La relación entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II es que: a mayor autoeficacia; mejor adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>1. La relación entre la autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II es que: a mayor autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio; mejor adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020</p> <p>2. La relación entre la autoeficacia en la realización de actividad física y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II es que: a mayor autoeficacia en la realización de actividad física; mejor adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020</p> <p>3. La relación entre autoeficacia en la toma de medicamentos orales y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II es que: a mayor autoeficacia en la toma de medicamentos orales; mejor adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>La investigación propuesta responde a los siguientes tipos: básica, cuantitativa, transversal, observacional.</p> <p>Cuantitativa, porque las variables del estudio que por su naturaleza son ordinales son llevados a una escala de razón / proporción, al fijar puntuaciones con la asignación de números reales a los posibles valores de cada uno de los ítems de los instrumentos, esta conversión posibilitará un procesamiento más estricto y objetivo de los resultados.</p> <p>Transversal, los datos serán recolectados en un solo momento y en una única vez.</p> <p>Observacional, los investigadores registrarán los datos tal como se presentan en la realidad, no se incurrirá en ninguna manipulación de las variables.</p> <p>NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN</p> <p>La investigación propuesta es de nivel correlacional, porque se evaluarán dos variables y se determinará si existe relación estadística entre ambas (correlación); también se presume que la conexión entre estas variables no es fortuita, además no se incurrirá en la manipulación de las variables.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE:</p> <p>Autoeficacia en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo II</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE:</p> <p>Adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II</p> <p>VARIABLES INTERVINIENTES:</p> <p>Edad Nivel educativo Estado civil Ingreso económico Peso Talla Número de hijos</p>	<p>POBLACIÓN</p> <p>Se considerará una población de 350 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II que asisten de forma regular a sus controles al consultorio de enfermedades no transmisibles del centro de salud de Chilca en el 2020; que han sido seleccionados por cumplir los siguientes criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>MUESTRA</p> <p>Para prevenir posibles pérdidas de elementos de la muestra por diversos motivos, consideraremos a 125 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II que asisten de forma regular a sus controles al centro de salud de Chilca en el 2020.</p> <p>PARA VALORAR LA AUTOEFICACIA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II</p> <p>Se utilizará como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado "Cuestionario de autoeficacia al tratamiento de diabetes" elaborado por; Del Castillo A, Romero A, Iglesias S, Reyes I, en el 2016.</p> <p>PARA VALORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II</p> <p>Se utilizará como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado "Cuestionario de adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo II" elaborado por; Andrade B, Céspedes V, en el 2017</p>

ANEXO 2:

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE 1: AUTOEFICACIA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
AUTOEFICACIA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II	Es la creencia del paciente en su propia capacidad de organizar y llevar el tratamiento antidiabético de forma exitosa.	Autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio	Es la creencia del paciente en su capacidad de manejar su dieta específica de forma exitosa	Seguir dieta, aunque otros comen otros alimentos	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
				Seguir dieta en fiestas		
				Seguir la dieta sugerida		
				Evitar los alimentos que no son de la dieta		
				Seguir su dieta, aunque otros quieran alterarlo		
				Seguir su dieta cuando está preocupado		
		Autoeficacia en la realización de actividad física	Es la creencia del paciente en su capacidad de manejar su actividad física de forma exitosa	Hacer ejercicio cuando se siente cansado		
				Hacer ejercicio cuando hay lluvia/frío		
				Hacer ejercicio cuando está ocupado		
				Hacer ejercicio cuando está preocupado		
		Autoeficacia en la toma de medicamentos orales	Es la creencia del paciente en su capacidad de manejar tomar sus medicamentos orales de forma exitosa	Tomar su pastilla(s) todos los días		
				Tomar su pastilla(s) a la hora indicada		
				Tomar su pastilla(s) estando fuera de casa		

VARIABLE 2: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II	Es el grado en que el comportamiento de una persona se ajusta al cumplimiento del tratamiento antidiabético indicado por el personal de salud que maneja su caso	Tratamiento farmacológico y seguimiento	Es el grado en que el paciente asume las normas e indicaciones dadas por el profesional sanitario referente al tratamiento farmacológico y el seguimiento del tratamiento	No requiere recordarle tomar los medicamentos	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
				Asiste a controles programados		
				No abandona medicamentos ante mejoría		
				No suspende medicamentos si no hay mejoría		
				Se realiza exámenes en periodos indicados		
				No suspende medicamentos sin indicación profesional		
		Toma medicamentos en horario establecido				
		Ejercicio físico	Es el grado en que el paciente asume las normas e indicaciones dadas por el profesional sanitario referente al ejercicio físico	No requiere recordarle hacer ejercicio físico		
				No suspende el ejercicio físico si no hay mejoría		
				No suspende el ejercicio físico sin indicación profesional		
				El trabajo no dificulta el ejercicio físico		
		Alimentación y permanencia en el tratamiento	Es el grado en que el paciente asume las normas e indicaciones dadas por el profesional sanitario referente a la alimentación y permanencia en el tratamiento	No requiere recordarle seguir la alimentación indicada		
				Evita consumir de grasa		
				Evita consumir de harinas y azúcares		
				Sigue las recomendaciones de la alimentación		
				Cumple el tratamiento, aunque sea complicado		
				Controla comportamientos dañinos		

		Control de riesgos	Es el grado en que el paciente asume las normas e indicaciones dadas por el profesional sanitario referente al control de riesgos	Evita el uso del cigarrillo		
				Evita bebidas alcohólicas		
				Controla su peso		
				Vigila problemas neurológicos		
				Vigila descompensaciones		
				Vigila problemas vasculares y en miembros inferiores		
				Vigila problemas renales		

ANEXO 3:
MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DEL INSTRUMENTO

VARIABLE 1: CUESTIONARIO DE AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO EN DIABETES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	POSIBLES VALORES
AUTOEFICACIA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II	Autoeficacia en el seguimiento del plan alimenticio	Seguir dieta, aunque otros comen otros alimentos	1. Puede; seguir su dieta, aunque otras personas coman otros alimentos delante de usted	Totalmente en desacuerdo (4) En desacuerdo (3) Ni acuerdo, ni en desacuerdo (2) De acuerdo (1) Totalmente de acuerdo (0)
		Seguir dieta en fiestas	2. Puede; seguir su dieta cuando va a una fiesta donde hay distintos tipos de comida	
		Seguir la dieta sugerida	3. Puede; seguir la dieta sugerida para controlar su diabetes	
		Evitar los alimentos que no son de la dieta	4. Puede; evitar los alimentos que no están dentro de su dieta	
		Seguir su dieta, aunque otros quieran alterarlo	5. Puede; seguir su dieta, aunque otras personas insistan en que coma otras cosas	
		Seguir su dieta cuando está preocupado	6. Puede; seguir su dieta cuando se siente preocupado	
	Autoeficacia en la realización de actividad física	Hacer ejercicio cuando se siente cansado	7. Puede; hacer ejercicio cuando se siente cansado	
		Hacer ejercicio cuando hay lluvia/frío	8. Puede; hacer ejercicio cuando está lloviendo o hace frío	

		Hacer ejercicio cuando está ocupado	9. Puede; hacer ejercicio cuando está ocupado
		Hacer ejercicio cuando está preocupado	10. Puede; hacer ejercicio cuando se siente preocupado
		Hacer ejercicio sin compañía	11. Puede; hacer ejercicio sin la compañía de su familia o amigos
	Autoeficacia en la toma de medicamentos orales	Tomar su pastilla(s) todos los días	12. Puede; tomar su pastilla(s) todos los días
		Tomar su pastilla(s) a la hora indicada	13. Puede; tomar su pastilla(s) a la hora indicada por el médico
		Tomar su pastilla(s) estando fuera de casa	14. Puede; tomar su pastilla(s) cuando está fuera de casa

VARIABLE 2: CUESTIONARIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DIABETES MELLITUS TIPO II

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	POSIBLES VALORES
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II	Tratamiento farmacológico y seguimiento	No requiere recordarle tomar los medicamentos	1. No necesito que otras personas me recuerden que debo de tomar mis medicamentos	Totalmente en desacuerdo (0) En desacuerdo (1) Ni acuerdo, ni en desacuerdo (2) De acuerdo (3) Totalmente de acuerdo (4)
		Asiste a controles programados	2. Asisto a los controles programados por el personal de salud	
		No abandona medicamentos ante mejoría	3. No dejo de tomar algunos medicamentos si me siento bien	
		No suspende medicamentos si no hay mejoría	4. No suspendo mis medicamentos así no presente mejoría en mi salud,	
		Se realiza exámenes en periodos indicados	5. Me realizo los exámenes de laboratorio y otros exámenes en los periodos que los profesionales de salud me indican	
		No suspende medicamentos sin indicación profesional	6. No suspendo mis medicamentos sin la indicación del personal de salud	
		Toma medicamentos en horario establecido	7. Tomo mis medicamentos en el horario establecido	
	Ejercicio físico	No requiere recordarle hacer ejercicio físico	8. No necesito que otras personas me recuerden que debo hacer el ejercicio físico indicado por el personal de salud	
		No suspende el ejercicio físico sí no hay mejoría	9. No suspendo el ejercicio físico así no presente mejoría en mi salud	
		No suspende el ejercicio físico sin indicación profesional	10. No suspendo el ejercicio físico sin la indicación del personal de salud	

		El trabajo no dificulta el ejercicio físico	11. A pesar de mi trabajo y oficios le doy tiempo para realizar ejercicio físico
Alimentación y permanencia en el tratamiento		No requiere recordarle seguir la alimentación indicada	12. No necesito que otras personas me recuerden que debo seguir la alimentación ordenada por el personal de salud
		Evita consumir de grasa	13. Evito en mi alimentación el consumo de grasa (pollo con piel, fritos, alimentos de paquete, leche entera, alimentos precocidos)
		Evita consumir de harinas y azúcares	14. Evito en mi alimentación el consumo de harinas y azúcares
		Sigue las recomendaciones de la alimentación	15. Por ninguna razón dejo de seguir las recomendaciones de la alimentación dadas por el personal de salud
		Cumple el tratamiento, aunque sea complicado	16. Cumplo con el tratamiento dietético de mi enfermedad, aunque me parezca complicado
		Controla comportamientos dañinos	17. Controlo todo comportamiento dañino para mi salud
	Control de riesgos		Evita el uso del cigarrillo
		Evita bebidas alcohólicas	19. Evito bebidas alcohólicas porque aumentaría el riesgo de presentar complicaciones en mi salud
		Controla su peso	20. Controlo mi peso, porque el sobrepeso o la obesidad aumentaría el riesgo de presentar complicaciones en mi salud
		Vigila problemas neurológicos	21. Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud, como: dolor de cabeza, mareos o desvanecimiento, zumbido de oídos, debilidad o fatiga, sueño durante el día.

		Vigila descompensaciones	22. Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud, como: sudoración, nerviosismo o irritabilidad, palpitaciones, temblor, mucha sed, comer frecuentemente.	
		Vigila problemas vasculares y en miembros inferiores	23. Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud, como: disminución de sensibilidad en miembros inferiores, dolor de piernas, calambres o adormecimiento, dificultad para moverse o caminar, cambio de coloración en miembros inferiores.	
		Vigila problemas renales	24. Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud, como: orina frecuentemente, infección o lesión dolorosa en genitales, dolor al orinar, disminución del apetito sexual.	

ANEXO 04: INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

CÓDIGO _____

INFORMACIÓN GENERAL

1. Edad (años):.....
2. Sexo: (0) Femenino (1) Masculino
3. Nivel educativo:
4. Ingreso económico:.....
5. ¿Cuál es su ocupación laboral?
.....
6. Estado civil
 (0) Casado(a) (1) Soltero (a)
 (2) Viudo(a) (3) Divorciado (a)
 (4) Conviviente
7. Peso:.....
8. Talla:.....
8. Número de hijos:.....

CÓDIGO _____

CUESTIONARIO DE AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO EN DIABETES

(Del Castillo A, Romero A, Iglesias S, Reyes I, 2016) (82)

Presentación:

A continuación, se presenta una relación de afirmaciones sobre la forma de llevar el tratamiento de la diabetes mellitus tipo II, marque la alternativa que más se aproxime a su realidad de acuerdo a la escala que se presenta en seguida.

0	1	2	3	4
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

AUTOEFICACIA EN EL SEGUIMIENTO DEL PLAN ALIMENTICIO					
1. Puede; seguir su dieta, aunque otras personas coman otros alimentos delante de usted	0	1	2	3	4
2. Puede; seguir su dieta cuando va a una fiesta donde hay distintos tipos de comida	0	1	2	3	4
3. Puede; seguir la dieta sugerida para controlar su diabetes	0	1	2	3	4
4. Puede; evitar los alimentos que no están dentro de su dieta	0	1	2	3	4
5. Puede; seguir su dieta, aunque otras personas insistan en que coma otras cosas	0	1	2	3	4
6. Puede; seguir su dieta cuando se siente preocupado	0	1	2	3	4
AUTOEFICACIA EN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA					
7. Puede; hacer ejercicio cuando se siente cansado	0	1	2	3	4
8. Puede; hacer ejercicio cuando está lloviendo o hace frío	0	1	2	3	4
9. Puede; hacer ejercicio cuando está ocupado	0	1	2	3	4
10. Puede; hacer ejercicio cuando se siente preocupado	0	1	2	3	4
11. Puede; hacer ejercicio sin la compañía de su familia o amigos	0	1	2	3	4
AUTOEFICACIA EN LA TOMA DE MEDICAMENTOS ORALES					
12. Puede; tomar su pastilla(s) todos los días	0	1	2	3	4
13. Puede; tomar su pastilla(s) a la hora indicada por el médico	0	1	2	3	4
14. Puede; tomar su pastilla(s) cuando está fuera de casa	0	1	2	3	4

BAREMOS

De 44.9 a 56	Muy buena autoeficacia
De 33.7 a 44.8	Buena autoeficacia
De 22.5 a 33.6	Regular autoeficacia
De 11.3 a 22.4	Mala autoeficacia
De 0 a 11.2	Muy mala autoeficacia

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DIABETES MELLITUS TIPO II

(Andrade B, Céspedes V, 2017) (83)

PRESENTACIÓN:

A continuación, se presenta una relación de afirmaciones relacionadas con las actividades realizadas para el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico de la diabetes. Marque la alternativa que más se ajuste a su realidad de acuerdo a la escala que se presenta en seguida.

0	1	2	3	4
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y SEGUIMIENTO					
1. No necesito que otras personas me recuerden que debo de tomar mis medicamentos	0	1	2	3	4
2. Asisto a los controles programados por el personal de salud	0	1	2	3	4
3. No dejo de tomar algunos medicamentos si me siento bien	0	1	2	3	4
4. No suspendo mis medicamentos así no presente mejoría en mi salud,	0	1	2	3	4
5. Me realizo los exámenes de laboratorio y otros exámenes en los periodos que los profesionales de salud me indican	0	1	2	3	4
6. No suspendo mis medicamentos sin la indicación del personal de salud	0	1	2	3	4
7. Tomo mis medicamentos en el horario establecido	0	1	2	3	4
EJERCICIO FÍSICO					
8. No necesito que otras personas me recuerden que debo hacer el ejercicio físico indicado por el personal de salud	0	1	2	3	4
9. No suspendo el ejercicio físico así no presente mejoría en mi salud	0	1	2	3	4
10. No suspendo el ejercicio físico sin la indicación del personal de salud	0	1	2	3	4
11. A pesar de mi trabajo y oficios le doy tiempo para realizar ejercicio físico	0	1	2	3	4
ALIMENTACIÓN Y PERMANENCIA EN EL TRATAMIENTO					
12. No necesito que otras personas me recuerden que debo seguir la alimentación ordenada por el personal de salud	0	1	2	3	4
13. Evito en mi alimentación el consumo de grasa (pollo con piel, fritos, alimentos de paquete, leche entera, alimentos precocidos)	0	1	2	3	4
14. Evito en mi alimentación el consumo de harinas y azúcares	0	1	2	3	4

15. Por ninguna razón dejo de seguir las recomendaciones de la alimentación dadas por el personal de salud	0	1	2	3	4
16. Cumpló con el tratamiento dietético de mi enfermedad, aunque me parezca complicado	0	1	2	3	4
17. Controló todo comportamientos dañinos para mi salud	0	1	2	3	4
CONTROL DE RIESGOS					
18. Evito el uso del cigarrillo como parte fundamental de mi tratamiento	0	1	2	3	4
19. Evito bebidas alcohólicas porque aumentaría el riesgo de presentar complicaciones en mi salud	0	1	2	3	4
20. Controló mi peso, porque el sobrepeso o la obesidad aumentaría el riesgo de presentar complicaciones en mi salud	0	1	2	3	4
21. Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud, como: dolor de cabeza, mareos o desvanecimiento, zumbido de oídos, debilidad o fatiga, sueño durante el día.	0	1	2	3	4
22. Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud, como: sudoración, nerviosismo o irritabilidad, palpitaciones, temblor, mucha sed, comer frecuentemente.	0	1	2	3	4
23. Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud, como: disminución de sensibilidad en miembros inferiores, dolor de piernas, calambres o adormecimiento, dificultad para moverse o caminar, cambio de coloración en miembros inferiores.	0	1	2	3	4
24. Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud, como: orina frecuentemente, infección o lesión dolorosa en genitales, dolor al orinar, disminución del apetito sexual.	0	1	2	3	4

BAREMOS

De 0 a 19.2	Muy mala adherencia
De 19.3 a 38.4	Mala adherencia
De 38.5 a 57.6	Regular adherencia
De 57.7 a 76.8	Buena adherencia
De 76.9 a 96	Muy buena adherencia

ANEXO 05: PRUEBAS DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL "CUESTIONARIO DE AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO EN DIABETES"

Prueba de KMO y Bartlett

<hr/> <hr/>		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.836
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	9127.495
	gl	29
	Sig.	.000
<hr/> <hr/>		

Matriz de componente rotado

	Componente		
	1	2	3
1. Puede; seguir su dieta, aunque otras personas coman otros alimentos delante de usted	0.803		
2. Puede; seguir su dieta cuando va a una fiesta donde hay distintos tipos de comida	0.468		
3. Puede; seguir la dieta sugerida para controlar su diabetes	0.768		
4. Puede; evitar los alimentos que no están dentro de su dieta	0.640		
5. Puede; seguir su dieta, aunque otras personas insistan en que coma otras cosas	0.747		.
6. Puede; seguir su dieta cuando se siente preocupado	0.468		.
7. Puede; hacer ejercicio cuando se siente cansado		0.554	
8. Puede; hacer ejercicio cuando está lloviendo o hace frío		0.555	
9. Puede; hacer ejercicio cuando está ocupado		0.648	
10. Puede; hacer ejercicio cuando se siente preocupado		0.575	
11. Puede; hacer ejercicio sin la compañía de su familia o amigos		0.554	
12. Puede; tomar su pastilla(s) todos los días			0.721
13. Puede; tomar su pastilla(s) a la hora indicada por el médico			0.488
14. Puede; tomar su pastilla(s) cuando está fuera de casa			0.656

Método de extracción: análisis de componentes principales.

~~Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.~~

a. La rotación ha convergido en 12 iteraciones.

**CONFIABILIDAD DE LA "CUESTIONARIO DE AUTOEFICACIA AL
 TRATAMIENTO EN DIABETES"**

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.848	29

Estadística de total de elemento

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Puede; seguir su dieta, aunque otras personas coman otros alimentos delante de usted	0.810
2. Puede; seguir su dieta cuando va a una fiesta donde hay distintos tipos de comida	0.802
3. Puede; seguir la dieta sugerida para controlar su diabetes	0.802
4. Puede; evitar los alimentos que no están dentro de su dieta	0.812
5. Puede; seguir su dieta, aunque otras personas insistan en que coma otras cosas	0.784
6. Puede; seguir su dieta cuando se siente preocupado	0.794
7. Puede; hacer ejercicio cuando se siente cansado	0.790
8. Puede; hacer ejercicio cuando está lloviendo o hace frío	0.789
9. Puede; hacer ejercicio cuando está ocupado	0.779
10. Puede; hacer ejercicio cuando se siente preocupado	0.806
11. Puede; hacer ejercicio sin la compañía de su familia o amigos	0.784
12. Puede; tomar su pastilla(s) todos los días	0.809
13. Puede; tomar su pastilla(s) a la hora indicada por el médico	0.804
14. Puede; tomar su pastilla(s) cuando está fuera de casa	0.783

**VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL "CUESTIONARIO DE ADHERENCIA
AL TRATAMIENTO EN DIABETES MELLITUS TIPO II"**

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.841
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	8761.1275
	gl	29
	Sig.	.000

Matriz de componente rotado

	Componente			
	1	2	3	4
1. No necesito que otras personas me recuerden que debo de tomar mis medicamentos	0.404			
2. Asisto a los controles programados por el personal de salud	0.426			
3. No dejo de tomar algunos medicamentos si me siento bien	0.438			
4. No suspendo mis medicamentos así no presente mejoría en mi salud,	0.519			
5. Me realizo los exámenes de laboratorio y otros exámenes en los periodos que los profesionales de salud me indican	0.535			
6. No suspendo mis medicamentos sin la indicación del personal de salud	0.565			
7. Tomo mis medicamentos en el horario establecido	0.590			
8. No necesito que otras personas me recuerden que debo hacer el ejercicio físico indicado por el personal de salud		0.757		
9. No suspendo el ejercicio físico así no presente mejoría en mi salud		0.770		
10. No suspendo el ejercicio físico sin la indicación del personal de salud		0.812		
11. A pesar de mi trabajo y oficios le doy tiempo para realizar ejercicio físico		0.860		
12. No necesito que otras personas me recuerden que debo seguir la alimentación ordenada por el personal de salud			0.875	

13. Evito en mi alimentación el consumo de grasa (pollo con piel, fritos, alimentos de paquete, leche entera, alimentos precocidos)	0.896
14. Evito en mi alimentación el consumo de harinas y azúcares	0.490
15. Por ninguna razón dejo de seguir las recomendaciones de la alimentación dadas por el personal de salud	0.496
16. Cumplo con el tratamiento dietético de mi enfermedad, aunque me parezca complicado	0.528
17. Controlo todo comportamiento dañino para mi salud	0.554
18. Evito el uso del cigarrillo como parte fundamental de mi tratamiento	0.586
19. Evito bebidas alcohólicas porque aumentaría el riesgo de presentar complicaciones en mi salud	0.620
20. Controlo mi peso, porque el sobrepeso o la obesidad aumentaría el riesgo de presentar complicaciones en mi salud	0.647
21. Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud, como: dolor de cabeza, mareos o desvanecimiento, zumbido de oídos, debilidad o fatiga, sueño durante el día.	0.687
22. Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud, como: sudoración, nerviosismo o irritabilidad, palpitaciones, temblor, mucha sed, comer frecuentemente.	0.718
23. Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud, como: disminución de sensibilidad en miembros inferiores, dolor de piernas, calambres o adormecimiento, dificultad para moverse o caminar, cambio de coloración en miembros inferiores.	0.721
24. Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud, como: orina frecuentemente, infección o lesión dolorosa en genitales, dolor al orinar, disminución del apetito sexual.	0.763

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 12 iteraciones.

**CONFIABILIDAD DE LA "CUESTIONARIO DE ADHERENCIA AL
 TRATAMIENTO EN DIABETES MELLITUS TIPO II"**

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.852	29

Estadística de total de elemento

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. No necesito que otras personas me recuerden que debo de tomar mis medicamentos	0.778
2. Asisto a los controles programados por el personal de salud	0.778
3. No dejo de tomar algunos medicamentos si me siento bien	0.780
4. No suspendo mis medicamentos así no presente mejoría en mi salud,	0.780
5. Me realizo los exámenes de laboratorio y otros exámenes en los periodos que los profesionales de salud me indican	0.783
6. No suspendo mis medicamentos sin la indicación del personal de salud	0.769
7. Tomo mis medicamentos en el horario establecido	0.771
8. No necesito que otras personas me recuerden que debo hacer el ejercicio físico indicado por el personal de salud	0.774
9. No suspendo el ejercicio físico así no presente mejoría en mi salud	0.775
10. No suspendo el ejercicio físico sin la indicación del personal de salud	0.775
11. A pesar de mi trabajo y oficios le doy tiempo para realizar ejercicio físico	0.776
12. No necesito que otras personas me recuerden que debo seguir la alimentación ordenada por el personal de salud	0.786
13. Evito en mi alimentación el consumo de grasa (pollo con piel, fritos, alimentos de paquete, leche entera, alimentos precocidos)	0.793
14. Evito en mi alimentación el consumo de harinas y azúcares	0.793

15. Por ninguna razón dejo de seguir las recomendaciones de la alimentación dadas por el personal de salud	0.795
16. Cumplo con el tratamiento dietético de mi enfermedad, aunque me parezca complicado	0.796
17. Controlo todo comportamiento dañino para mi salud	0.797
18. Evito el uso del cigarrillo como parte fundamental de mi tratamiento	0.767
19. Evito bebidas alcohólicas porque aumentaría el riesgo de presentar complicaciones en mi salud	0.768
20. Controlo mi peso, porque el sobrepeso o la obesidad aumentaría el riesgo de presentar complicaciones en mi salud	0.798
21. Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud, como: dolor de cabeza, mareos o desvanecimiento, zumbido de oídos, debilidad o fatiga, sueño durante el día.	0.798
22. Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud, como: sudoración, nerviosismo o irritabilidad, palpitaciones, temblor, mucha sed, comer frecuentemente.	0.798
23. Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud, como: disminución de sensibilidad en miembros inferiores, dolor de piernas, calambres o adormecimiento, dificultad para moverse o caminar, cambio de coloración en miembros inferiores.	0.800
24. Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud, como: orina frecuentemente, infección o lesión dolorosa en genitales, dolor al orinar, disminución del apetito sexual.	0.801

ANEXO 6: VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : Huayllani Hernández Guernacinda
 1.2 Grado Académico : Superior
 1.3 Profesión : Enfermera
 1.4 Institución donde labora : U.S.P. Pucallpa del Riego
 1.5 Cargo que desempeña : Coordinadora MSP
 1.6 Denominación del Instrumento : Cuestionario de autoevaluación del Tratamiento de diabetes

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				✓	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					✓
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y se relaciona con la teoría				✓	
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable				✓	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					✓
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					✓
SUMATORIA PARCIAL					9	12
SUMATORIA TOTAL						

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa : 21
 3.2. Opinión :
 FAVORABLE DEBE MEJORAR.....
 NO FAVORABLE
 3.3 Observaciones:.....

 Huancayo, 17/01/2020

FIRMA Y SELLO

APELLIDOS Y NOMBRES

DNI



Huayllani Hernández Guernacinda
19885690

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : Huayllani Hernández Guimerinda
 1.2 Grado Académico : Superior
 1.3 Profesión : Enfermera
 1.4 Institución donde labora : U.S. J.P. Riego
 1.5 Cargo que desempeña : Coordinadora H.R.T.
 1.6 Denominación del Instrumento : Cuestionario de adherencia al tratamiento en diabetes Mellitus tipo II

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				X	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					X
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y se relaciona con la teoría				X	
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable				X	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
SUMATORIA PARCIAL					9	12
SUMATORIA TOTAL						

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa : 3!

3.2. Opinión :

FAVORABLE DEBE MEJORAR.....

NO FAVORABLE

3.3 Observaciones:.....

.....

.....

Huancayo, 17/01/2020

FIRMA Y SELLO

APELLIDOS Y NOMBRES

DNI



Huayllani Hernández Guimerinda
19885690

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : Fernandez Buendia Luisa Laura
 1.2. Grado Académico : Lic. en enfermería
 1.3 Profesión : Enfermera
 1.4. Institución donde labora : C.S. la Libertad
 1.5. Cargo que desempeña : Coordinadora de NO Transmisibles
 1.6. Denominación del Instrumento : Cuestionario de Autoeficacia al tratamiento de Diabetes

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				X	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				X	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y se relaciona con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					X
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
SUMATORIA PARCIAL					9	12
SUMATORIA TOTAL						

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa : 2!.....

3.2. Opinión :

FAVORABLE

DEBE MEJORAR.....

NO FAVORABLE

3.3 Observaciones:.....

Huancayo, 22 FEB 2020



FIRMA Y SELLO

APELLIDOS Y NOMBRES

Fernandez Buendia Luisa Laura

DNI

43494165

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : Fernandez Buendia Luisa Laura
 1.2 Grado Académico : Superior
 1.3 Profesión : Lic. enfermera
 1.4 Institución donde labora : C.S. La Libertad
 1.5 Cargo que desempeña : Coordinadora de No transmisibles
 1.6 Denominación del Instrumento : cuestionario de adherencia al Tratamiento en diabetes mellitus II

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				X	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				X	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y se relaciona con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					X
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
SUMATORIA PARCIAL				2	9	12
SUMATORIA TOTAL						

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa : 21.....

3.2. Opinión :

FAVORABLE

DEBE MEJORAR.....

NO FAVORABLE

3.3 Observaciones:.....

Huancayo..... 22 ENE 2020



FIRMA Y SELLO

APELLIDOS Y NOMBRES Fernandez Buendia Luisa Laura

DNI 43494165

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : Quispe Ayque Soledad
 1.2 Grado Académico : Lic. en Enfermería
 1.3 Profesión : Enfermera
 1.4 Institución donde labora : C.S. CULLCA
 1.5 Cargo que desempeña : COORDINADORA DE ASESORIA TRANSACCIONAL
 1.6 Denominación del Instrumento : CUESTIONARIO DE ADECUACIÓN AL TRATAMIENTO EN DIABETES MELLITUS TIPO II

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				X	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				X	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y se relaciona con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable				X	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
SUMATORIA PARCIAL					9	12
SUMATORIA TOTAL						

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa : 7.5

3.2. Opinión :

FAVORABLE
 NO FAVORABLE

DEBE MEJORAR.....

3.3 Observaciones:.....

Huancayo, ... D. E. ENE 2020.....



FIRMA Y SELLO

APELLIDOS Y NOMBRES : SOLEDAD Quispe Ayque

DNI : 27224889

VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del Informante (Experto) : Quispe Ayupe Soledad
 1.2. Grado Académico : Lic. en Enfermería
 1.3 Profesión : ENFERMERA
 1.4. Institución donde labora : C.S. CHILCA
 1.5. Cargo que desempeña : COORDINADORA DE NO TRANSMISIBLES
 1.6. Denominación del Instrumento : CUESTIONARIO DE AUTOEFICACIA AL TRATAMIENTO DE DIABETES

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del Instrumento	MUY MALO	MALO	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		0	1	2	3	4
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				X	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				X	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y se relaciona con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable				X	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
SUMATORIA PARCIAL					9	12
SUMATORIA TOTAL						

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa : 21

3.2. Opinión :

FAVORABLE

DEBE MEJORAR.....

NO FAVORABLE

3.3 Observaciones:.....

.....

.....

Huancayo, 08 ENE 2020



FIRMA Y SELLO

APELLIDOS Y NOMBRES : SOLEDAD QUISPE AYUPE

DNI : 23274889

ANEXO 7: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

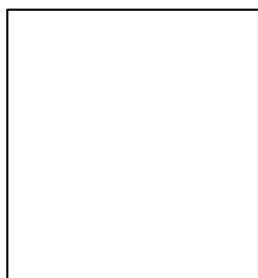
Se me ha informado sobre la ejecución del estudio titulado "AUTOEFICACIA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II EN USUARIOS DE UN CENTRO DE SALUD"; desarrollado por las bachilleres; De La Cruz Ccaccaycucho, Maritza y Flores Caparachin, Miriam Edith, cuyo objetivo es determinar la relación entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020, para lo cual tendrá que rellenar dos cuestionario; 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, Mg. VILCHEZ CUEVAS Tania Luz, al teléfono; cel. 963630278.

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 5:
CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha informado sobre la ejecución del estudio titulado "AUTOEFICACIA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II EN USUARIOS DE UN CENTRO DE SALUD"; desarrollado por las bachilleres; De La Cruz Ccaccaycucho, Maritza y Flores Caparachin, Miriam Edith, cuyo objetivo es determinar la relación entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del centro de salud de Chilca en el 2020, para lo cual tendrá que rellenar dos cuestionario; dicho registro será realizado de manera anónima y confidencial, los resultados obtenidos del estudio no serán revelados, ni lo perjudicaran como participante.

Yo, Huaman Tongue Eneida.....identificada(o) con

DNI N° 20090764..... 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 rellorando 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, Mg. VILCHEZ CUEVAS Tania Luz, al teléfono; cel. 963630278.

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.

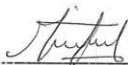


Huella digital



FIRMA DEL PARTICIPANTE

N° DNI 20090764.....

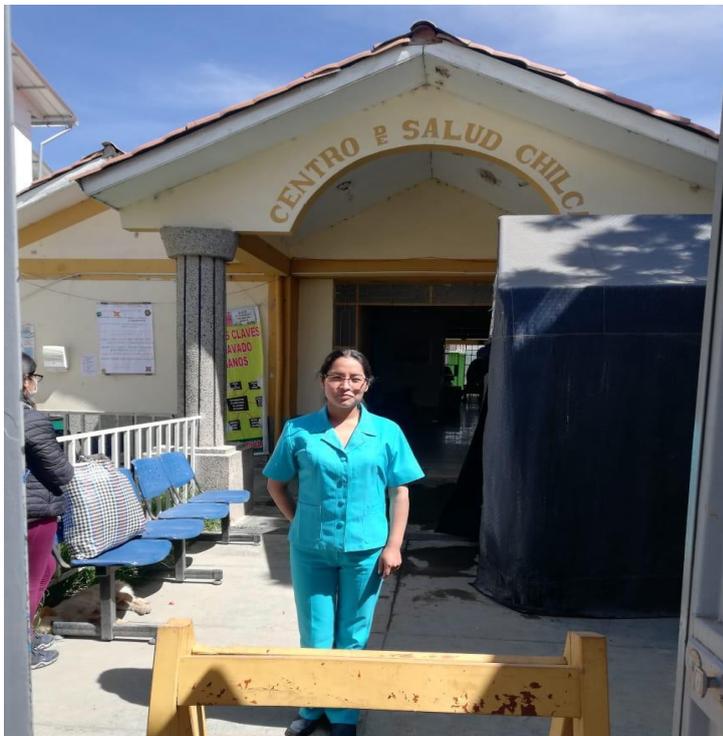
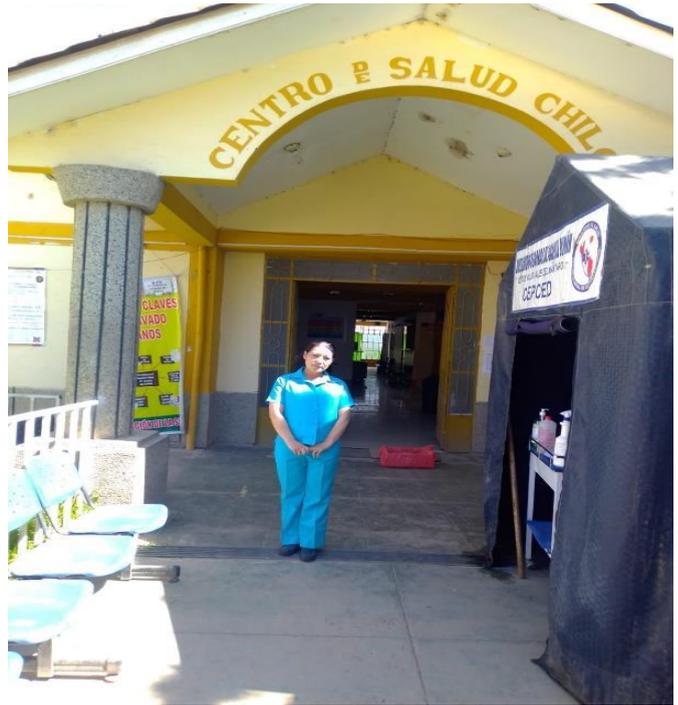


FIRMA DEL INVESTIGADOR

N° DNI 45855481.....

ANEXO 08: REGISTRO FOTOGRÁFICO

INVESTIGADORAS EN LA
PUERTA DEL CENTRO
DE SALUD



INVESTIGADORAS EN LA
PUERTA DEL CENTRO DE
SALUD

INVESTIGADORAS EN LA ENCUESTA DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD



ANEXO 09: SOLICITUD DE ACEPTACION



DIRECCION REGIONAL DE SALUD

"AÑO DE LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD"

Chilca, 13 de Enero del 2020

Srta.

DE LA CRUZ CCACCA Y CUCHO MARITZA
FLORES CAPARACHIN MIRIAM

ASUNTO: **CARTA DE ACEPTACION**

De mi mayor consideración:

Con singular agrado me dirijo a usted, para expresarle mi saludo a nombre de la Micro Red de Chilca que me honro dirigir, y a la vez dar a conocer, que visto su solicitud de Autorización para **desarrollo de Proyecto de Investigación Titulado "AUTOEFICACIA CON ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN PACIENTES DIABETICOS"** esta jefatura **Autoriza** la realización de la misma, en la Micro Red de Salud Chilca.

Sin otro particular me despido de usted, no sin antes testimoniarle los sentimientos de mi consideración y estima personal.

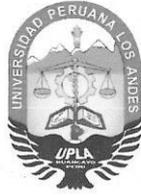
Atentamente.



GOBIERNO REGIONAL - JUNIN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO
MICRO RED DE SALUD CHILCA
[Signature]
M.C. EVELIN S. FLORES Salazar
JEFE DE LA MICRO RED DE SALUD CHILCA
PERSONAL DE SALUD CHILCA - ESPECIALISTA EN PROMOCION DE SALUD
CEP 18541 - RNE 4409

Jr. Humbolt N°900 Chilca – Huancayo - Telefax: 211262

ANEXO 10: DECLARACION DE CONFIDENCIALIDAD



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

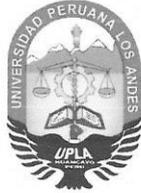
DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo; Maritza De la Cruz Caccayacho identificado (a) con DNI 45855481 egresada de la Escuela Profesional de Enfermería, vengo realizando el estudio de investigación titulado "Autoseficacia y adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios del C.S. Chulca", 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, 01 de febrero del 2020.




Nombre y Apellidos. Maritza De la Cruz Caccayacho
Responsable de investigación



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

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo: Miriam Edith Flores Caparechin identificado (a) con DNI 46104032 egresada de la Escuela Profesional de Enfermería, vengo realizando el estudio de investigación titulado "Autoeficacia y adherencia al tratamiento de la diabetes Mellitus Tipo II en usuarios del C.S. Cutilca", 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, 01 de Febrero del 2020.



Nombre y Apellidos: Miriam Flores Caparechin
Responsable de investigación