

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO**

**CARRERA:
PSICOLOGÍA**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:

PSICÓLOGO/A

**“FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA FALTA DE ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DIABETES
MELLITUS TIPO II ENTRE 30 A 64 AÑOS DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE
DE CALDERÓN DURANTE LOS MESES MARZO-JUNIO DEL 2021”**

AUTORES:

PILATUÑA RAMIREZ NOEMI PAMELA

VILLACÍS PILCO JAIRO WLADIMIR

TUTOR:

JUAN CARLOS ROMERO CRUZ

Quito, enero 2022

Cesión de derechos de autor

Nosotros, Pilatuña Ramirez Noemi Pamela, con documento de identificación N° 172558267-8 y Villacís Pilco Jairo Wladimir, con documento de identificación N° 172073974-5, manifestamos nuestra voluntad y cedo a la Universidad Politécnica Salesiana la Titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que somos los autores del trabajo de grado/titulación intitulado: “Factores de riesgo que inciden en la falta de adherencia al tratamiento de pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo II entre 30 a 64 años del Hospital General Docente de Calderón durante los meses Marzo - Junio del 2021”, mismo que ha sido desarrollado para optar por el título de: Psicólogo, en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En aplicación a lo determinado en la Ley de Propiedad Intelectual, en nuestra condición de autores nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia, suscribo este documento en el momento que hacemos la entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.



Noemi Pamela Pilatuña Ramirez

C.I.: 172558267-8

Enero del 2022



Jairo Wladimir Villacís Pilco

C.I.: 172073974-5

Enero del 2022

Declaratoria de coautoría del docente tutor

Yo declaro que bajo mi dirección y asesoría fue desarrollado el trabajo de titulación, “Factores de riesgo que inciden en la falta de adherencia al tratamiento de pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo II entre 30 a 64 años del Hospital General Docente de Calderón durante los meses Marzo - Junio del 2021”, realizado por Noemí Pamela Pilatuña Ramírez y Jairo Wladimir Villacís Pilco, obteniendo un producto que cumple con todos los requisitos estipulados por la Universidad Politécnica Salesiana, para ser considerados como trabajo final de titulación.

Quito, enero 2022



MSc. Juan Carlos Romero Cruz

C.I.: 172053174-6

Carta de autorización

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Coordinación Zonal 9
Hospital General Docente de Calderón

Oficio Nro. MSP-CZ9HGDC-2021-0343-O

Quito, D.M., 25 de marzo de 2021

Asunto: AUTORIZACIÓN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN-UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

Señorita
Noemi Pamela Pilatuña Ramirez
En su Despacho

De mi consideración:

En atención al Oficio Nro. MSP-CZ9-HGDC-AU-2021-0249-E, suscrito por su persona con fecha de 15 de marzo de 2021 mediante el cual se solicita lo siguiente:

"...solicitar una CARTA DE INTENCIÓN de primera aceptación para realizar el Proyecto de Tesis, misma que es un requisito previa aceptación para poder ingresar a la Unidad de Titulación de la Universidad Politécnica Salesiana, dicha investigación será realizada por los estudiantes PILATUÑA NOEMÍ y VILLACIS JAIRO, con el tema: Factores de Riesgo que Inciden en la Falta de Adherencia al Tratamiento de los Pacientes Diagnosticados con Diabetes Mellitus de Tipo II entre 30 a 64 años de edad del Hospital General Docente de Calderón durante marzo-junio de 2021..."

En base a lo expuesto, me permito informar que la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital General Docente de Calderón ha procedido a realizar la revisión y evaluación de la propuesta de tesis, el mismo que se **ACEPTA** para su realización en esta casa de salud, por ser de interés epidemiológico y social.

Como respaldo de lo indicado, reposan en los archivos de la Unidad de Docencia e Investigación del HGDC, la propuesta de tesis presentada por los investigadores.

Finalmente, se solicita a los investigadores que realicen la respectiva solicitud de aprobación y autorización de su Proyecto de Tesis con la Unidad de Titulación de la Universidad Politécnica Salesiana y una vez que reciban los documentos habilitantes puedan continuar con el trámite respectivo para su autorización, ejecución y aplicación en el HGDC.

Atentamente,

Mgs. Andrea Stefania Prado Cabrera
GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN - HGDC

Dirección: Av. Giovanni Calles, vía Marianas - Calderón. Código Postal: 170201 / Quito
Teléfono: 593-2-3952-700 - www.hgdc.gob.ec



sembramos
Futuro

Lenín



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

**Coordinación Zonal 9
Hospital General Docente de Calderón**

Oficio Nro. MSP-CZ9HGDC-2021-0343-O

Quito, D.M., 25 de marzo de 2021

Referencias:

- MSP-CZ9-HGDC-AU-2021-0249-E

Anexos:

- Anteproyecto.

Copia:

Señora Doctora
Patricia Janeth Benavides Vera
Analista de Docencia 2 - HGDC

Señor Magíster
Luis Fernando Olmedo Pérez
Analista de Investigación 1 - HGDC

lo/pb/do

Dirección: Av. Giovanni Calles, vía Marianas - Calderón. **Código Postal:** 170201 / Quito
Teléfono: 593-2-3952-700 - www.hgdc.gob.ec



sembramos
Futuro

Lenin



Carta de publicación



Ministerio de Salud Pública
Coordinación Zonal 9
Hospital General Docente de Calderón

Oficio Nro. MSP-CZ9HGDC-2022-0069-O

Quito, D.M., 14 de enero de 2022

Asunto: CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN

Señorita
Noemi Pamela Pilataña Ramírez
En su Despacho

De mi consideración:

Con un cordial saludo, en atención y respuesta al Memorando Nro. MSP-CZ9-HGDC-AU-2022-0025-E del 12 de enero de 2022 mediante el cual solicita lo siguiente:

"... se extienda una Carta de Autorización por parte del HGDC, para la realización del trabajo de titulación y la publicación de la misma en el repositorio de la Universidad Politécnica Salesiana-UPS. De igual manera quiero comunicarle que se hace la Entrega Oficial en el Departamento de Docencia de esta casa de salud, el impreso y digital de la tesis culminada y aprobada por nuestra universidad del tema: Factores de Riesgo que Inciden en la Falta de Adherencia al Tratamiento de los Pacientes Diagnosticados con Diabetes Mellitus de Tipo II entre 30 a 64 años de edad del Hospital General Docente de Calderón Durante marzo-junio de 2021..."

En virtud de los antecedentes, me permito informar que el Hospital General Docente de Calderón mediante Oficio Nro. MSP-CZ9HGDC-2021-0649-O de fecha 17 de junio de 2021 autorizó la realización del proyecto tesis antes mencionado; y una vez que el mismo ha sido culminado esta casa de salud a través de la Unidad de Docencia e Investigación ha procedido a la recepción de la tesis final en digital e impreso y a su vez, extiende la respectiva **AUTORIZACIÓN** a los investigadores para su publicación, puesto que cumple con todos los requerimientos éticos, metodológicos y legales establecidos.

Como respaldo de lo indicado, reposan en los archivos de la Unidad de Docencia e Investigación del HGDC los documentos de respaldo presentados por los investigadores, quienes asumen la veracidad, originalidad y autoría de los mismos.

Finalmente, se solicita que una vez realizada la publicación nos remitan el link correspondiente, a fin de poderlo publicar y difundir en nuestra página web institucional.

Atentamente,

Mgs. Andrea Stefania Prado Cabrera
GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN - HGDC

Referencias:
- MSP-CZ9-HGDC-AU-2022-0025-E

Copia:
Señora Doctora
Patricia Jaureth Benavides Vera
Analista de Docencia 2 - HGDC

hspbb

Dedicatoria

A mi madre Fanny Pilco, dedico con todo mí ser el presente logro, pues con su gran abnegación, amor y valores han generado he inculcado la fortaleza que hay en mí. Tus bendiciones y preocupación de todos los días a lo largo de mi vida, me han acompañado y han sido la luz a través de esta difícil travesía, ya que ese amor incondicional de madre, siempre me ha protegido y me han sabido llevar por el camino del bien.

A ti madre adorada, toda mi vida estaré en deuda de ser quién soy ahora, es por ello que este logro es en ofrenda a tu paciencia y amor, mamita hermosa solo queda decirle un gracias infinito y que te amo.

Jairo V.

Mi trabajo de titulación lo dedico con todo mi amor y cariño a Dios y a mi abuelito, quienes desde el cielo han guiado mi camino, a mis padres Edgar Pilatuña, Elsa Ramirez y hermano Erik Pilatuña, por haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi carrera universitaria y de mi vida. Muchos de mis logros se los debo a ustedes por brindarme su apoyo incondicional en cada paso que doy, y aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado brindándome su comprensión, cariño y amor.

A mis abuelitas María Collaguazo y Manuela Andrango, a mis tíos, tías, primos, a toda mi familia, y aquellas personas que no dudaron de mis capacidades y me apoyaron para que no me rinda en este logro.

Gracias a todos por ser quiénes son y por creer en mí.

Noemi P.

Agradecimiento

Agradecer y decir infinitas gracias a esos seres muy especiales y significativos para mi vida, pues nunca dudaron de mí y en las peores adversidades me han dado su mano desinteresada para poder seguir adelante, a ustedes, Rolando, Geovanna, Guillermo quienes son pilares fundamentales de esta ardua travesía; a la familia que constantemente me ha motivado para culminar con mis estudios.

Para mis docentes, expreso toda mi sincera gratitud, ustedes han marcado y dejado grandes enseñanzas, pues compartieron sus conocimientos a nivel académico, profesional y entre los más importantes su ética, valores y humanismo que solo a ustedes los ha caracterizado.

A esos amigos, que han sabido ser una de las piezas fundamentales en el caminar de la vida y los pasillos universitarios, por su sincera amistad, motivación y apoyo durante las largas jornadas, por esas grandes experiencias que vivimos y nos quedan por vivir, en nuestras vidas personales tanto como profesionales.

Un agradecimiento especial a Msc. Juan Carlos R., nuestro tutor y guía de este trabajo de titulación, quien mostró su confianza, paciencia y respeto. Pues tuteló nuestra investigación y postura para lograr afianzar nuestros conocimientos dentro de lo crítico y ético que se ve reflejado en la siguiente investigación.

A todos quienes han sido parte de este arduo y largo proceso, mi más sincero agradecimiento.

Jairo V.

Mi profundo agradecimiento a todas las autoridades y personal que hacen el Hospital Docente de Calderón, por confiar en mí, abrirme las puertas y permitirme realizar todo el proceso investigativo y sobre todo brindarme las herramientas necesarias para poder ingresar al área laboral.

De igual manera mis agradecimientos a la Universidad Politécnica Salesiana, a toda la Facultad de Ciencias Humana, en la carrera de Psicología, a mis profesores quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional, gracias a cada uno de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.

Además, mi sincera gratitud al MSc. Juan Carlos Romero Cruz por el apoyo incondicional en la elaboración de este trabajo de titulación, y sobre todo haberme brindado a lo largo de mi carrera universitaria, el apoyo para desarrollarme profesionalmente y seguir cultivando mis valores y conocimiento.

Finalmente quiero expresar mi más grande agradecimiento a mis padres, hermanos y familia, quienes con sus palabras de aliento me han motivado para que pueda conseguir este logro, pues nunca dejaron de confiar en mí.

Noemi P.

Índice de contenido

Resumen.....	
Abstrac	
Introducción	1
Planteamiento del Problema	2
Justificación	5
Objetivos.....	7
Objetivo General	7
Objetivos Específicos.....	7
Marco Conceptual.....	8
Factores que Influyen en la Falta de Adherencia	11
Factor Clínico	11
Factor Psicológico	15
Factor Social	18
Variables o Dimensiones	21
Hipótesis o Supuestos:	22
Marco Metodológico.....	23
Perspectiva Metodológica	23
Diseño de Investigación	23
Tipo de Investigación.....	24

Instrumentos y Técnicas de Producción de Datos.....	24
Plan de Análisis.....	25
Población y Muestra	27
Descripción de los Datos Producidos	27
Población.....	28
Tipo de Muestra	28
Criterios de la Muestra	28
Fundamentación de la Muestra	28
Muestra.....	29
Presentación de los Resultados Descriptivos.....	30
Análisis de los Resultados	57
Escala Gencat	57
Cuestionario	57
Anova.....	57
Correlación	58
Interpretación de los Resultados	59
Anova	59
Correlación	61
Conclusiones.....	64
Referencias.....	66

Índice de tablas

TABLA 1.....	8
TABLA 2.....	9
TABLA 3.....	12
TABLA 4.....	21
TABLA 5.....	30
TABLA 6.....	45
TABLA 7.....	45
TABLA 8.....	46
TABLA 9.....	46
TABLA 10.....	48
TABLA 11.....	48
TABLA 12.....	49
TABLA 13.....	49
TABLA 14.....	51
TABLA 15.....	51
TABLA 16.....	52
TABLA 17.....	52
TABLA 18.....	54
TABLA 19.....	54
TABLA 20.....	55
TABLA 21.....	55
TABLA 22.....	56

Índice de figuras

FIGURA 1.....	30
FIGURA 2.....	31
FIGURA 3.....	31
FIGURA 4.....	31
FIGURA 5.....	32
FIGURA 6.....	32
FIGURA 7.....	33
FIGURA 8.....	33
FIGURA 9.....	34
FIGURA 10.....	34
FIGURA 11.....	35
FIGURA 12.....	35
FIGURA 13.....	36
FIGURA 14.....	36
FIGURA 15.....	37
FIGURA 16.....	37
FIGURA 17.....	38
FIGURA 18.....	38
FIGURA 19.....	39
FIGURA 20.....	39
FIGURA 21.....	40
FIGURA 22.....	40
FIGURA 23.....	41
FIGURA 24.....	41

FIGURA 25.....	42
FIGURA 26.....	42
FIGURA 27.....	43
FIGURA 28.....	43
FIGURA 29.....	44
FIGURA 30.....	46
FIGURA 31.....	47
FIGURA 32.....	49
FIGURA 33.....	50
FIGURA 34.....	52
FIGURA 35.....	53
FIGURA 36.....	54
FIGURA 37.....	55

Índice de anexos

Anexo 1 Consentimiento informado	74
Anexo 2 Cuestionario de adherencia al tratamiento	75
Anexo 3 Escala Gencat	78
Anexo 4 : Matriz de cuestionario, evaluación de expertos	82

Resumen

La presente investigación determinó los factores clínico, psicológico y social relacionados con la falta de adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II que asisten al Hospital General Docente de Calderón en el periodo mayo – junio 2021.

Se realizó la aplicación de dos reactivos, a los pacientes diabéticos que acuden al HGDC con el fin de poder realizar un análisis de las variables propuestas, por tanto, se plantea que el incumplimiento del tratamiento podría darse por: identidad sexual, nivel educativo, ingreso económico mensual, estado laboral, falta de empatía por parte de personal, control de medicamento, afección emocional, numero de convivientes, edad, e índice de conocimiento.

Estos hallazgos confirmarían falta de adherencia al tratamiento, lo que amerita acciones preventivas y multidisciplinarias, conjuntamente con el entorno familiar, tratante y paciente.

Palabras clave: Diabetes mellitus tipo II, falta de adherencia, factores de riesgo, tratamiento, control, seguimiento.

Abstrac

The present investigation determined the clinical, psychological and social factors related to the lack of adherence to treatment in patients diagnosed with type II diabetes mellitus who attend the Hospital General Docente de Calderón in the period May - June 2021.

Two reagents were applied to diabetic patients who attend the HGDC in order to be able to perform an analysis of the proposed variables, therefore, it is suggested that non-compliance with treatment could be due to: sexual identity, educational level, income monthly economic, employment status, lack of empathy on the part of staff, medication control, emotional affection, number of partners, age, and knowledge index.

These findings confirm lack of adherence to treatment, which warrants preventive and multidisciplinary actions, together with the family, treating and patient environment.

Key words: Type II diabetes mellitus, lack of adherence, risk factors, treatment, control, follow-up

Introducción

La presente investigación surge a partir del interés del comprender sobre la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II, siendo esta un grave problema sanitario y social, considerándose como una epidemia mundial por su alta tasa de mortalidad, pues afecta en mayor medida a las personas adultas ya que tienen una mala alimentación, sedentarismo y una inadecuada adherencia a los tratamientos médicos. Las personas que tienen diabetes tienen un alto riesgo de padecer algunas comorbilidades propias de la enfermedad con un tratamiento oportuno se podrían disminuir complicaciones tales como: retinopatía, neuropatía, nefropatía, enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebro vasculares, obesidad e hipoacusia.

Así, la presente investigación tiene como finalidad analizar cuáles son los factores de riesgo que inciden en la falta de adherencia al tratamiento de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II en un hospital de la ciudad de Quito.

Por tanto, este trabajo de titulación está desarrollado en tres momentos: primero la indagación bibliográfica sobre el tema de abordaje y la localización, especificando los objetivos, marco conceptual, variables, hipótesis, metodología, población y muestra. Luego la descripción de datos producidos, presentación, análisis e interpretación de resultados. Finalmente se presentan conclusiones, referencias utilizadas y anexos correspondientes.

Planteamiento del Problema

Para la siguiente investigación, es relevante mencionar a las enfermedades crónicas (EC), pues el Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas (2019), menciona que estas enfermedades son de progresión lenta y larga duración, llegando a ser la principal causa de muerte e incapacidad en el mundo. Además, según el Ministerio de Salud Pública (2018), implican un alto riesgo para la vida de la persona, sometiéndose a un largo tratamiento, por lo cual se debe brindar una atención integral como está establecido en el Acuerdo Ministerial de la Autoridad Sanitaria.

Entre las EC no transmisibles se destacan: enfermedades cardiovasculares (ECV), enfermedades respiratorias crónicas (ERC), cáncer, asma y diabetes, que llegan a ser la mayor causante de enfermedad, discapacidad y muerte prematura en la mayoría de los países de América. (Organización Panamericana de la Salud, 2014)

De todas las EC antes mencionadas, este estudio centra su atención en la EC Diabetes Mellitus tipo II (DM II), misma que según Escobar y Tébar se define como “(...) trastorno metabólico caracterizado por la presencia de hiperglicemia, a consecuencia de una secreción o acción defectuosa de la insulina (...)” (2009, pág. 69).

Según varias investigaciones llega a ser un proceso fisiopatológico, que inicia años posteriores a la aparición clínica como tal, además, las comorbilidades que llegan a determinar la aparición de la Diabetes tipo II están presentes desde los primeros años de vida. (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2019)

Según refiere Silvia (2016), algunas comorbilidades que llegarían a evidenciarse en pacientes con este cuadro clínico, pueden ser: la hipertensión arterial, neuropatía diabética, dislipidemia, hipotiroidismo, cardiopatía, depresión, pie diabético, entre otros.

La Federación Internacional de Diabetes (IDF), estimó que para el 2017 el predominio ajustado de diabetes en Latinoamérica fue de 9.2%, es decir, 34 millones de personas aproximadamente, es así que la proyección para el 2045 aumentará los casos en un 62%, y esto se llegaría a dar por la falta de información y adherencia al tratamiento que tienen los pacientes con esta condición médica. (ALD, 2019)

En el Ecuador, durante el año 1997 la diabetes mellitus ocupaba el octavo lugar como causa de muerte, representando así el 3,6% del total de muertes en el país, para el 2011 esta

cifra aumentó a un 7% llegando a una tasa bruta de mortalidad del 29,3% por 100.000 habitantes. (OPS, 2014)

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (2020), en el año 2019 registró 74.220 defunciones generales, evidenciando un crecimiento del 4.5% en relación al año 2018. En este mismo año la enfermedad de la diabetes mellitus formó parte principal de las causas de defunción, teniendo un resultado de 4.833 fallecimientos, ocupando un 6.5% del total de las defunciones en el país.

Por su lado, la IDF publicó que el 3.4% de la población ecuatoriana entre 40 a 49 años ya tiene diabetes y que el 10.3% de la población entre 50 a 59 años lo padecen. (ALD, 2019)

Parte importante de esta investigación, es la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo II. Es así, que según Acosta et al. (2016), el tratamiento para esta enfermedad gira entorno al ejercicio físico diario, dieta alimenticia balanceada, control de azúcares en todo alimento, control del medicamento dictado por un médico y una psicoeducación para la salud en diabetes.

Además, la adherencia es “la estrategia que permite que el paciente mantenga, continúe el tratamiento y de esta manera logre cambios significativos en su comportamiento que mejoren su vida” (Acosta et al., 2016, pág. 71). Estas recomendaciones son tomadas por algunos pacientes, sin embargo, la mayoría no las cumple de manera adecuada por lo que su condición clínica empeora.

El no adherirse a un tratamiento según Chmiel et al. (2012), se evidencia como incumplimiento terapéutico, así, la investigación desarrollada por la BMC, estima que entre el 20% a 50% de los pacientes no ingieren sus medicamentos como lo receta el médico.

Estas dificultades terapéuticas que se presentan no solo afectan al paciente diabético, sino también, es considerado como una problemática social ya que implica un mayor costo sanitario al estado, destinando un valor elevado a los medicamentos que son entregados de manera gratuita.

Ante esta problemática, se indagará sobre los factores de riesgo que ayudan a entender las razones, por las que un paciente diabético presenta o no una adherencia adecuada al tratamiento dictado por un médico. Entre los factores de riesgo a analizar, se describen los siguientes: clínico, psicológico y social.

Por lo tanto, para esta investigación surge la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores de riesgo que inciden en la falta de adherencia al tratamiento de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II entre 30 a 64 años del Hospital General Docente de Calderón durante marzo-junio del 2021?

Justificación

La presente investigación sobre: “factores de riesgo que inciden en la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II entre 30 a 64 años del HGDC”, se justifica, en la necesidad e importancia de analizar cuáles podrían ser los factores más relevantes en la falta de adherencia en los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus. Ya que esta enfermedad trae complicaciones en su entorno social, laboral y familiar generando un desequilibrio en la vida del paciente.

Por ese motivo, esta investigación intenta identificar cuáles son los factores que no permitirían al paciente adherirse de manera adecuada a los tratamientos sobre la diabetes mellitus tipo II y de esta manera poder ayudar al personal del HGDC para que en futuros pacientes puedan canalizar y llevar de mejor manera el tratamiento, evitando así las complicaciones físicas y psicológicas propias de esta enfermedad.

Pues al ser diagnosticado un paciente con DM II, implica un cambio en su estilo de vida, debido a que en la gran mayoría de pacientes se puede observar un antes y un después, así, la necesidad de adaptarse a dietas, ejercicios, medicamentos, etc., para seguir con su proyecto de vida normal, provoca cambios significativos tales como: estrés, angustia, ansiedad y depresión; pero con una adherencia al tratamiento adecuada puede continuar con su cotidianidad, evitando en su mayoría la aparición de más comorbilidades.

Cabe mencionar que se puede encontrar estudios relacionados a la adherencia y a la falta de la misma, pero en el ámbito farmacológico en pacientes diagnosticados con DM II entre ellos se encuentran:

- “Relación entre adherencia al tratamiento farmacológico y cifras de HB1AC en pacientes diabéticos pertenecientes al club de diabetes del hospital general “Enrique Garcés” de Quito en el año 2014” propuesto por Urbina (2015, pág. 1).
- “Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”, desarrollado por Ascencio et al., (2016, pág. 23).

A pesar de las investigaciones antes mencionadas, la importancia de esta indagación recae en el análisis de los factores de riesgo que inciden en que no haya una correcta adherencia al tratamiento de pacientes diagnosticados con DM II y que no necesariamente es por el medicamento, sino que presumiblemente puede ser por factores clínicos (enfermedades

médicas que provocarían más comorbilidades); factor psicológico (estados de ánimo); factores sociales (sociodemográficos) o su calidad de vida que se deteriora, pues la unión de varios factores interrumpen de manera abrupta con sus proyectos de vida.

Objetivos

Objetivo General

Determinar los factores de riesgo que inciden en la falta de adherencia al tratamiento de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II entre 30 a 64 años.

Objetivos Específicos

- Identificar los factores de riesgo que presentan las personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo II del hospital General Docente de Calderón.
- Determinar si los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II entre 30 a 64 años son adherentes o no adherentes al tratamiento, empleando el cuestionario propuesto.
- Analizar la relación que existe entre los factores de riesgo y la falta de adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II del hospital General Docente de Calderón.

Marco Conceptual

A partir del objeto de estudio “Factores de riesgo que inciden en la falta de adherencia al tratamiento de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II entre 30 a 64 años.”, se conceptualizan los factores planteados en el estudio: factor clínico, psicológico y social.

Para poder entender la problemática de estudio, que es la enfermedad crónica de diabetes mellitus tipo II, se definirá algunos conceptos y el proceso de tratamiento que ayuden al entendimiento de los factores que se han planteado para esta investigación.

Por lo tanto, la diabetes mellitus (DM) se define como “una enfermedad endocrino-metabólica que se caracteriza por los elevados niveles de glucosa en la sangre, también conocida como hiperglucemia, misma que se produce como consecuencia de una deficiente secreción o acción de la insulina” (Almaguer et al., 2012, pág. 3).

Las principales causas predisponentes para que se desarrolle esta enfermedad se reduce en la tabla 1.

Tabla 1

Causas predisponentes de la DM II

Causas	Importancia
Hereditario / Genético	“Los individuos con padre o madre con DM2 tienen entre dos y tres veces (...) mayor riesgo de desarrollar la enfermedad” (Candela , 2015, pág. 16).
Alimentación	“Puede desarrollarse por un exceso consumo de alimentos con altos niveles de azúcar y grasa, estos son los más consumidos en el mundo, además alimentos pobres en hidratos de carbono” (ALD, 2010, págs. 22).
Estilo de Vida	“El sedentarismo es un factor principal, sumado a la obesidad, consumo de sustancias; empujan a las personas adquirir esta enfermedad” (ALD, 2010, págs. 23).
Raza	“El riesgo de desarrollar DM2 es menor en individuos de raza caucásica que en hispanos, asiáticos, negros y grupos nativos americanos (indios, alaskaños, hawaianos, etc.)” (Candela , 2015, pág. 16).
Estrés	“El estrés puede aumentar sus niveles de glucosa en sangre. El estrés crónico asociado a la diabetes, va a depender de: vulnerabilidad previa, capacidad de protección individual, recursos de adaptación, autoestima y soporte social” (Júarez, 2020, pág. 91)

Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022), a partir de la indagación bibliográfica.

Según Almaguer et al. (2012), esta enfermedad al no ser controlada tiene como resultante la hiperglucemia, que es el aumento progresivo del azúcar en la sangre, es así que

esta enfermedad con el pasar del tiempo puede llegar a dañar algunos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

Durante el tratamiento de la DM II, la Sociedad Española de Medicina Interna (2016), plantea la importancia en el control del nivel de azúcar en la sangre, presión arterial y niveles altos de colesterol con el objetivo de evitar las complicaciones ocasionadas por la misma enfermedad.

En la enfermedad de la diabetes su tipología se da en referencia a las causas, el tiempo de duración y población, mismas que permite diferenciarlos en los siguientes tipos:

Tabla 2

Clasificación de Diabetes mellitus

<i>Tipo</i>	<i>Características</i>
Diabetes mellitus tipo I	- Autoinmune - Idiopática
Diabetes mellitus tipo II	- Insulinorresistencia - Defectos en la secreción de insulina
Diabetes del embarazo o gestacional	La diabetes que aparece por primera vez cuando una mujer está embarazada
Otros tipos específicos	- Defectos genéticos de la función de las células β - Defectos genéticos en la acción de la insulina - Enfermedades del páncreas - Endocrinopatías - Asociada a infección

Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022), en referencia a (Bragagnolo et al., 2019).

En esta investigación se tomará en cuenta la Diabetes Mellitus Tipo II, misma que es conocida también como la diabetes del adulto, ya que este tipo es de predominancia en la población de interés.

Para Bragagnolo et al., se denomina de esta manera porque es mucho más frecuente en dicho grupo etario, pues su organismo es incapaz de responder a la insulina de una manera correcta como debería ser su funcionamiento normal. También se da la presencia de la insulinorresistencia, que en este tipo de diabetes es común y se caracteriza por la presencia de una reducción en la eficacia de la insulina para procesar la glucosa. (2019)

Por otro lado, SEMI (2016), añade que este tipo de diabetes también se puede presentar en adolescentes obesos, mismo que sería causado por la presencia de gordura u obesidad abdominal. Si se produce una reducción en la producción de insulina por parte del páncreas durante los 10 y 15 años, esta causa mayor número de comorbilidades.

Además, para caracterizar a la enfermedad en este apartado se describirán las principales causas de la misma, una de ellas es el sobrepeso y la obesidad que a su vez se podría considerar como uno de los factores de riesgo más importantes, sin embargo, esta característica podría ser controlada para poder llegar a prevenir la diabetes tipo II. (SEMI, 2016)

Por su parte Pietrangelo (2020), menciona que los síntomas de esta enfermedad se pueden clasificar de manera general, los primeros síntomas pueden incluir: hambre constante, falta de energía, fatiga, pérdida de peso, sed intensa, micción frecuente, boca seca, picazón en la piel y visión borrosa.

Para la OPS (2020), según avance la enfermedad se vuelve más perjudicial, los síntomas son más severos y peligrosos. Cuando los niveles de glucosa en la sangre se encuentran sobre de su normalidad (140 mg/dl) durante un tiempo prolongado, dando paso a la aparición de síntomas incómodos, siendo estos:

- Candidiasis (hongo que nace por el exceso de glucosa y produce una infección de la vagina que causa picazón y ardor en la vulva).
- Los cortes o llagas se vuelven de cicatrización lenta.
- Se empiezan a formar manchas oscuras en la piel.
- Dolor en los pies.
- Neuropatía (sensación de entumecimiento en las extremidades). (2020)

Por todas estas comorbilidades, se debe tener en cuenta que la manera de prevenir la diabetes mellitus es estabilizar los niveles de glucosa en la sangre (inferior a 140 mg/dl), siendo el objetivo mantener al paciente dentro de un rango adecuado (entre 70 mg/dl a 140 mg/dl). (OPS, 2020)

Pietragelo (2020) añade que para lograr esta estabilidad en los niveles de glucosa son varias las recomendaciones que deben tener presentes los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II, ente las cuales están:

- Dieta de alimentos saludables ricos en fibra y carbohidratos.

- Comer en intervalos regulares.
- Controlar el peso y mantener al corazón sano.
- Realizar en promedio 1 hora de actividad física. (Pietrangelo, 2020)

Para Mendivil y Sierra (2013) , un seguimiento adecuado para pacientes con DM II requiere:

- Consultas médicas:
 - Endocrinología (cada dos meses)
 - Oftalmología (una vez por año)
 - Ginecología (una vez por año)
- Evaluar el metabolismo cada 2 o 3 meses:
 - Hidratos de carbono.
 - Glucemias.
 - Hemoglobina.
- Evaluar el metabolismo de lípidos.
 - Colesterol
- Función Renal
 - Citoquímico de orina.
 - Ácido úrico en sangre.
- Exámenes completos (una vez al año) (Mendivil & Sierra, 2013)

Factores que Influyen en la Falta de Adherencia

Factor Clínico

Para poder comprender los factores clínicos que se analizarán, sobre la diabetes mellitus tipo II, según Senado (2018), se debería partir por la comprensión de un factor clínico o cuadro clínico, mismo que se define como la relación que existe entre los signos y síntomas que se presentan en una determinada enfermedad.

Los síntomas, es la realidad que percibe el paciente y el sentir sobre su enfermedad que probablemente padece. Por otro lado, los signos son aquellos que provienen de un examen o exploración psicofísica del paciente, pues estos se determinan a partir de la observación, palpación, la auscultación, además de la aplicación de ciertos exámenes. (Senado, 2018)

Además, en la DM II se da la presencia de otras comorbilidades, afectando principalmente a los vasos sanguíneos, desencadenando serios problemas de salud que ocasionarían la muerte. (ALD, 2019)

Para Mediavilla (2001), las complicaciones agudas se generan por la falta de insulina necesaria y en las crónicas además afectan a otros sistemas del organismo, siendo esta la causante de la morbilidad y mortalidad en este trastorno. Algunas de las complicaciones crónicas se resumen en el siguiente cuadro.

Tabla 3

Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo II.

Tipos	Subtipos	
Microvasculares	<ul style="list-style-type: none"> • Retinopatía diabética <ul style="list-style-type: none"> - Glaucoma • Nefropatía diabética <ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia renal • Neuropatía diabética <ul style="list-style-type: none"> - Pie diabético - Impotencia sexual - Amputaciones 	
	Macrovasculares	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad cardiovascular • Enfermedad vascular
		Otras

Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022), en referencia a (Mediavilla, 2001).

En esta sección esta la explicación detallada de cada concepto que se presenta en la tabla N° 3.

Complicaciones Microvasculares.

Retinopatía Diabética. Para Romero y Sagarra (2018), es la “afectación de los pequeños vasos o microangiopatía a nivel de la retina, puede ser origen de baja visión o ceguera en los pacientes afectados. Se sabe que aproximadamente un tercio de las personas con diabetes desarrollarán retinopatía” (pág. 383).

Glaucoma. Según la American Academy of Ophthalmology (2021), esta es una enfermedad que afecta al nervio óptico del ojo, generalmente se produce cuando en la parte

delantera de ojo se acumula una cantidad considerable de fluido, aumentando la presión en el ojo y llegando a causar daños en el nervio óptico. Constituyendo una de las principales causas de ceguera irreversible en el mundo. (Maciques et al., 2013)

Nefropatía Diabética. Rico (2018) define a esta enfermedad como una:

Complicación vascular crónica, exclusiva de la diabetes mellitus, en la que se afecta la microcirculación renal desencadenando una serie de alteraciones funcionales y estructurales principalmente a nivel glomerular, se caracteriza por proteinuria persistente, hipertensión arterial y deterioro progresivo de la función renal. (pág. 1)

Insuficiencia Renal. Para Gaínza de los Ríos et al. (2017), es una enfermedad que afecta la capacidad de los riñones para realizar su trabajo habitual de eliminar exceso de líquido del cuerpo y productos de desecho. El sistema de filtración de los riñones se ve afectado con el transcurso de los años, la insuficiencia renal puede evolucionar y convertirse en una enfermedad terminal.

Neuropatía Diabética. Según Rebolledo (2009) este problema médico es una anomalía constituida por la presencia de signos y síntomas con alteraciones en los nervios periféricos, a personas con diabetes mellitus ya que estas aparecen en cualquier etapa de la enfermedad, pues se identifican por alteraciones en los nervios motores y sensoriales además de una disfunción del sistema nervioso autónomo.

Pie Diabético. Bajo este término De la Torre et al. (2003), refiere que se engloban afecciones que se desencadenan en ulceración. Aparece una formación hiperqueratósica (engrosamiento de la capa externa de la piel, que está compuesta de queratina), pues se presenta un roce repetitivo sobre la misma zona de un pie insensible, debido a esto la enfermedad evoluciona a necrosis por presión y finalmente a úlcera.

Impotencia Sexual. Según Juárez et al. (2009), la disminución de la libido, disfunción orgásmica y eyaculación retrógrada se encuentra estrechamente relacionada con falencias en el control de la glucosa, complicaciones propias de la diabetes y en algunos casos con la duración de la enfermedad.

Amputaciones. En las personas con diabetes las Amputaciones de Miembros Inferiores (AMI) son causantes de discapacidad, esta enfermedad vascular se da debido a que las úlceras diabéticas son frecuentemente recalcitrantes y con alto riesgo de infección

provocado daños generalmente en las extremidades sean superiores o inferiores. (Bragagnolo et al., 2019)

Complicaciones Macrovasculares

Enfermedad cardiovascular. “son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos como: cardiopatía coronaria (...) arteriopatías periféricas (...) cardiopatía reumática (...) cardiopatías congénitas (...) trombosis venosas profundas y embolias pulmonares” (Bobadilla et al., 2016, págs. 98-99).

Los pacientes con DM son propensos a presentar enfermedades cardiovasculares, incrementando el riesgo a sufrir esta enfermedad de una a cinco veces. (Isea et al., 2012)

Enfermedad vascular. Según Isea et al (2012).es una enfermedad causada por la obstrucción y el endurecimiento de las arterias, en la diabetes cuando las cantidades de glucosa son elevadas se pegan a las paredes internas de los vasos sanguíneos, lo que disminuye su elasticidad.

Otros

Obesidad. Según García (2004), es una enfermedad crónica que se caracteriza por una alta acumulación de grasa corporal, esta llega a determinar riesgos de salud que limitan su calidad de vida; en adultos, la obesidad se clasifica de acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC).

Hipoacusia. Según Aracena et al. (2013) se ha identificado que la DM II puede causar hipoacusia de tipo neurosensorial, por lo general causa lesiones en el sistema auditivo en el largo plazo.

La severidad de la pérdida auditiva dependerá de lo avanzado de la enfermedad metabólica, pues llega a causar posibles daños a nervios y vasos del oído interno, provocando la degeneración neuronal del aparato auditivo llevando a la persona a perder la audición por completo. (Aracena et al., 2013)

Tiempo de enfermedad

En las conclusiones planeadas a partir de la investigación desarrollada Cabrera et al. (2017), se muestra mayores niveles de adherencia en pacientes perecientes al intervalo de tiempo de 0-2 años, al igual que aquellos que llevaban ya 10 años o más de diagnosticados

con diabetes, por lo que concluyen que el aumento en la adherencia al tratamiento se dio por el tiempo de la evolución de dicha enfermedad.

El estudio desarrollado por Casas et al., concluyen en “que la adherencia al tratamiento está influida por los factores: (...) tiempo de padecer la enfermedad [entre más años de curar la enfermedad mejor adherencia terapéutica]” (2018, pág. 24).

Por otro lado, en la investigación desarrollada por Artola et al. (2016)

Revela que el cumplimiento del tratamiento puede alterar en el tiempo, “observándose un descenso del porcentaje de pacientes cumplidores, que pasa del 82,5% en los primeros 6 meses de tratamiento al 71,8% en los últimos 6 meses en pacientes con DM2” (Artola et al., 2016, pág. 409).

Factor Psicológico

Las características psicológicas según Abbott et al. (2018), se deben al entorno en el que vive una persona y su interacción en el mismo. Pues este factor “describe las influencias de aprendizaje social, experiencias adversas en la niñez y desarrollo durante el transcurso de la vida (...), se encarga de analizar y observar los rasgos de la personalidad, estilos de enfrentamiento, autopercepciones, creencias y trastornos mentales” (Abbott, y otros, 2018, pág. 92).

Presencia de algún trastorno psicológico/psiquiátrico.

Según Jiménez (2007), padecer una enfermedad crónica como la diabetes, se evidencia un rol psicológico importante ya que puede aumentar el estrés psicológico y la presencia de desórdenes psicológicas, tales como la depresión, la ansiedad y los trastornos alimentarios. Este rol psicológico que experimentan las personas que la padecen es por el cuidado de la enfermedad y las complicaciones trae consigo sentimientos de culpa y temor produciendo riesgo de sufrir algún trastorno mental.

Negación de la Enfermedad

Este factor recae en la respuesta negativa que un paciente puede llegar a dar al tratamiento por el diagnóstico de DM II, mismas que podría verse como este mecanismo de defensa en donde se niega la existencia de algún conflicto como una forma de enfrentarse a ellos, esto fue estudiado en las siguientes investigaciones:

Por Artola et al. (2016), en su investigación menciona que, la simplicidad del tratamiento para el paciente diabético (sencillez en la dosificación y uso de terapias combinadas) tiene relación con la aceptación de su enfermedad mismo que dificulta la adherencia terapéutica.

Por otra parte, en el artículo elaborado por Acosta et al. (2016), tiene como resultantes que, el 13,4% de los pacientes no cumplen, a veces cumplen o no recuerdan las indicaciones dadas por el médico, siendo los motivos más frecuentes de la falta de cumplimiento; el olvido con un 58,8% es un factor más frecuente por lo cual los pacientes no se adhieren al tratamiento farmacológico y como factor que influye esta la negación de la enfermedad, ya que no aceptan el tratamiento y suelen evitarlo.

Falta de empatía personal de salud

Como otro factor esta la falta de empatía brindada por el personal de salud, partiendo desde la definición propuesta por Balart la empatía es “la habilidad para entender las necesidades, sentimientos y problemas de los demás, poniéndose en su lugar y de esta manera poder responder correctamente a sus reacciones emocionales” (2019, pág. 86). Dada la definición, la falta de empatía seria la dificultad que se tiene para desarrollar la habilidad mencionada, en el campo médico es importante que esta habilidad sea desarrollada.

En pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, se ha visto a este factor como uno de los representativos dentro de los trabajos realizados, uno de ellos es el desarrollado por Mattos y Ochoa (2015), donde resalta que el 73% de los pacientes no se adhieren al tratamiento, esto puede estar ocasionado por la falta de información que se da a los pacientes sobre los beneficios, necesidad del tratamiento y por el trato inadecuado brindado por los profesionales de la salud.

Por su parte Orozco y otros (2016), indican que la toma de decisiones es compartida entre profesional y paciente, este último deberá participar en la monitorización de su enfermedad con el fin de lograr mayor adherencia, esto relacionado directamente con la confianza en los profesionales. Llegando a la conclusión de que el médico transmite adecuadamente al paciente la importancia de la adherencia terapéutica.

Además, en la investigación adherencia al tratamiento en pacientes con DM II, desarrollada por Delgado et al. (2013), tiene como resultado, que los pacientes se adhieren al

tratamiento, luego de haber recibido una buena atención por parte del equipo médico y las casas de salud. Este buen trato, mencionan los autores “refuerza positivamente la aceptación a controlar su patología y a la asistencia a consulta médica, nutricional y al programa de ejercicios instaurados en la atención ambulatoria” (Delgado , Rubilar, & Troncoso, 2013, pág. 12)

Red de Apoyo

Para Leturia y Yanguas (2006), se define como:

El conjunto de relaciones sociales, (...) que proveen al sujeto de afecto, ayuda, imagen positiva, información, etc., y que es, al mismo tiempo, un mediador importante en el proceso de afrontamiento de los acontecimientos estresantes como las pérdidas, las enfermedades, los problemas económicos, etc. (pág. 239)

Partiendo de esta definición, este factor tiene su importancia en la ayuda que reciben los pacientes diagnosticados con DM II por parte de su entorno familiar, como se menciona es un mediador para afrontar dificultades propias de dicha enfermedad, esta afirmación también se ve respaldada por los siguientes autores:

Orozco et al. (2016), mencionan que se podría dar un adecuado seguimiento al tratamiento si llega a ser significativo el apoyo de amigos, familiares o conocidos, pues con refuerzos positivos motivarían al paciente a llevar una buena adherencia.

Álvarez et al. (2019), en el resultado de su investigación concluyen que, en efecto, la diabetes mellitus tipo II es una entidad altamente demandante para el equipo de atención en salud e involucra el cuidado médico, nutricional y psicosocial, este último considerado como el de mayor relevancia ya que la adherencia del paciente va de depender del apoyo de su núcleo familiar.

Mutai et al. (2018), realiza su investigación en un hospital de Kenia, en donde el 28,30% de la población con DM II, se ha asociado con menor apoyo familiar percibido, ya que a estos pacientes se les dificulta poder continuar con el tratamiento al no tener este tipo de apoyo.

Para Arteaga et al. (2011), el apoyo social, forma parte de la adherencia al tratamiento ya que como menciona el involucrar a la familia en el cuidado del paciente, mejora su control glucémico.

Factor Social

Nivel Educativo

El nivel educativo hace referencia al nivel más alto al que una persona ha podido llegar y culminar. Se toma esta variable ya que en varias investigaciones toman este concepto como uno de los más importantes, esto por los resultados que arrojan, entre ellos se encuentran:

García et al. (2019), con su investigación resalta que el nivel escolar facilita la adherencia al tratamiento, pues serían capaces de comprender y tomar mayor conciencia sobre su estado. Mattos y Ochoa (2015) en su investigación realizada con la temática concluyen que el 50% de la totalidad de pacientes evaluados tienen mayor adherencia y están en el grupo con escolaridad superior/profesional, así por el contrario la menor adherencia al tratamiento se da en las personas que corresponden a un nivel escolar bajo.

Otro estudio es la *Valoración del cumplimiento de los tratamientos hipoglucemiantes y antihipertensivos en Galicia*, planteado por Álvarez, Brizuela et al. (2017), concluyen que la adherencia disminuye a menor nivel de estudios tomando a este factor como eje para las conclusiones de su investigación.

En esta investigación se tomará este factor como uno de los más importantes, siendo este parte de una de la hipótesis planteada, ya que la falta de educación podría derivar a que los pacientes no tengan los conocimientos necesarios para entender las limitaciones que implica la enfermedad, así el mal conocimiento sobre la enfermedad llevaría a que no exista una buena adherencia.

Nivel Económico

El nivel económico se considera entre medio, alto y bajo y se definen de acuerdo con los ingresos económicos que recibe un grupo de personas, este factor es considerado como uno de los más representativos ya que en todas las investigaciones citadas durante este apartado tienen a esta categoría la que influye en la adherencia al tratamiento debido a los costos que implica.

En la investigación realizada por Casas et al. (2018), demuestra que “el nivel socioeconómico presenta significancia estadística, por lo que los pacientes con obesidad y de

estatus socioeconómico bajo pueden considerarse como factores que presentaron mayor frecuencia en este estudio” (pág. 23) .

Calidad de vida

A partir de la definición según Ardila (2003) la calidad de vida se define como:

Un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. (...) Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva.

Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida. (pág. 163)

Custodio y Santamaría (2016) en su investigación realizada concluye que una regular adherencia al tratamiento es a causa de una calidad de vida regular. Por esta razón alude que las personas podrían llegar a controlar su enfermedad y tener menos complicaciones si llegaran a tener una adecuada calidad de vida.

Por su parte, en la investigación desarrollada por Guamán et al. (2021), mencionan que entre el 20 y 50% de los pacientes no tiene adherencia al tratamiento de la DM, pues la afectación de dicha enfermedad alcanza cambios significativos y afecta a su calidad de vida.

Proyecto de Vida

Son planes personales a mediano o largo plazo que se desea cumplir en el transcurso del tiempo, con la finalidad de cumplir metas y objetivos, diseñándolo a partir de los gustos personales, valores o habilidades que tiene cada ser humano. Es por esto que Hernández refiere que “la búsqueda y desarrollo de nuestro proyecto requiere de esfuerzo y autoconocimiento; pues llegar a conseguirlo, implica de mucho esfuerzo, perseverancia y esto permitirá que el individuo llegue a cumplir y plasmar lo planificado” (2016, pág. 10).

Para Alarcón et al. el proyecto de vida es “la necesidad del ser humano de superar sus deficiencias y carencias en su vida, buscar su bienestar y así lograr satisfacer su capacidad de

amar y trabajar, disminuyendo su malestar y sufrimiento, a través de la organización de planes que le ayuden a solventar estos sucesos” (2018, pág. 505).

La planificación de un proyecto según Hernández O. (2016), va a depender de varios factores como son la educación, valores adquiridos y transmitidos por el núcleo familiar, siendo estos la motivación necesaria, para la búsqueda y planificación de un proyecto de vida idealizada por el individuo.

Variables o Dimensiones

Las principales dimensiones que aborda este estudio son relacionadas a los factores clínico, psicológico y social, los mismo que se encuentran detallados en la siguiente tabla.

Tabla 4

Variables del estudio

Categoría	Subcategorías
Factor clínico	Presencia de otras comorbilidades
	Predisposición genética/antecedente familiar de enfermedad
	Tiempo de enfermedad
Factor psicológico	Presencia de algún trastorno psicológico/psiquiátrico
	Alteración en la memoria
	No aceptar la enfermedad
	Falta de empatía por parte del personal de salud
	Red de apoyo
Factor social	Nivel educativo
	Nivel económico
	Calidad de vida
	Proyecto de vida

Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Hipótesis o Supuestos:

De acuerdo con la pregunta de investigación, ¿Cuáles son los factores de riesgo que inciden en la falta de adherencia al tratamiento de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II entre 30 a 64 años del Hospital General Docente de Calderón durante marzo-junio del 2021?, las hipótesis que se manejan en este estudio son:

H I: A mayor tiempo de enfermedad mayor adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo II.

H II: A mayor presencia de afección emocional menor adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo II.

H III: A menor nivel educativo, mayor la falta de adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo II.

H IV: A menor nivel económico, menor adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo II.

H V: A mayor falta de empatía del personal de salud, menor adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo II.

H VI: A mayor calidad de vida, mayor adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo II.

Marco Metodológico

Perspectiva Metodológica

Considerando el objetivo del presente estudio, “determinar los factores de riesgo que inciden en la falta de adherencia al tratamiento de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II entre 30 a 64 años del Hospital General Docente de Calderón durante marzo-junio del 2021”, el enfoque que se va a emplear es el cuantitativo, que según Baptista et al. (2014), se caracteriza por ser:

Parte de una idea, (...) una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. (...) del cual deriva una o varias hipótesis (...) y las somete a prueba mediante el empleo de los diseños de investigación apropiados. (...) como en este enfoque se pretende medir, los fenómenos estudiados deben poder observarse o referirse al “mundo real”. (págs. 4-5)

En este estudio las hipótesis a verificar giran en torno a las variables, tiempo de enfermedad, presencia de trastornos mentales, nivel educativo, nivel económico, falta de empatía del personal de salud y calidad de vida, las mismas que se pretenden refutar o comprobar.

Diseño de Investigación

Se utilizará un diseño de investigación de tipo no experimental, se caracteriza por ser sistemático y empírico, según Baptista et al. (2014), se desarrollan:

Sin la manipulación deliberada de variables y en la que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos. (...) Es decir, se trata de estudios en los que no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos. (págs. 153-154)

Adicionalmente, el corte de investigación será de tipo transeccional o transversal, que según Mendivelso y Rodríguez “es un estudio observacional de base individual que suele tener un doble propósito: descriptivo y analítico. (...) objetivo primordial es identificar la

frecuencia de una condición o enfermedad en la población estudiada (...) el investigador no realiza ningún tipo de intervención (interferencia)” (2018, pág. 142).

Dentro del estudio, se observará el fenómeno sin influir en el mismo, es decir, se determinarán los factores que inciden en la falta de adherencia al tratamiento de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II entre 30 a 64 años del Hospital General Docente de Calderón durante marzo-junio del 2021, tal como se dan dentro del contexto del Distrito Metropolitano de Quito.

Tipo de Investigación

Se trata de un estudio de alcance correlacional, que según Baptista et al. (2014) tiene como fin:

Conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular. En ocasiones sólo se analiza la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio vínculos entre tres, cuatro o más variables. (pág. 93)

Instrumentos y Técnicas de Producción de Datos

En el proceso de recolección de datos, se toma en cuenta la revisión bibliográfica y documental, que permiten comprender las variables que influyen en la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes diagnosticados con DM II. Además, dentro de este estudio se utilizará un cuestionario, esta consiste en “un conjunto de preguntas, normalmente de varios tipos, preparado sistemática y cuidadosamente, sobre los hechos y aspectos que interesan en una investigación o evaluación, y que puede ser aplicado en formas variadas” (García T. , 2013). La misma será elaborada por los autores, a partir de la revisión bibliográfica y empleada de manera directa, tomando en cuenta todas las medidas y protocolos de bioseguridad que se establecen debido a la presencia del Covid-19.

Este instrumento se aplicará con el fin de analizar los factores de riesgo que inciden en la falta de adherencia al tratamiento de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II entre 30 a 64 años del Hospital General Docente de Calderón durante marzo-junio del 2021.

Para su validación del instrumento propuesto, se realizará una evaluación de expertos en donde participarán siete profesionales de la salud del HGDC, quienes revisarán y aprobarán dicho cuestionario.

Otro instrumento que se utilizará para la obtención de información con respecto a los factores de riesgo, se da en relación a la calidad de vida del paciente diagnosticado con diabetes mellitus tipo II, es la escala de Gencat.

Esta escala según Arias et al. (2009), consta de 69 reactivos que están divididos por secciones, mismas que corresponden a un área específica entre las que se encuentran: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

Para la aplicación de la escala Gencat, se utilizará medios electrónicos como llamadas telefónicas, videollamadas o encuestas web, con el fin de evitar el contacto prolongado con los pacientes para evitar contagios de Covid-19.

Plan de Análisis

A partir de la aplicación del cuestionario, se empleará como técnica, el análisis de datos estadísticos, mismo que según Canal et al. (2012), es utilizado para la medición y análisis de la respuesta de cada pregunta planteada en el estudio, permitiendo al investigador extraer de una medida o de un conjunto de ellas la información que requiere para el cumplimiento de sus objetivos.

Con ello, se analizarán los factores de riesgo que inciden en la falta de adherencia al tratamiento de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II entre 30 a 64 años del Hospital General Docente de Calderón durante marzo-junio del 2021, utilizando la escala de Likert para el cuestionario, recolectando la información requerida de forma presencial a los pacientes con este diagnóstico en los consultorios 22 y 20 del HGDC y de manera tecnológica (llamadas telefónicas, videollamadas y encuestas web).

En cuanto al análisis de datos, se procederá con lo siguiente:

1. Análisis Univariado, que para Ávila (2006), se define como:

El análisis de cada una de las variables estudiadas por separado, (...) las técnicas más frecuentes (...) son la distribución de frecuencias para una tabla univariada y el análisis de las medidas de tendencia central de la variable (...)

pudiendo presentarse en función del número de casos o en términos porcentuales.
(pág. 100)

Se empleará este análisis, en las variables sociodemográficas que se estableció en el cuestionario, elaborando gráficos descriptivos mediante la utilización de porcentajes correspondiente a cada variable, con sus medidas de tendencia central correspondientes (medias, medianas), y medidas de dispersión de acuerdo con la naturaleza de los datos.

2. Análisis Bivariado, misma que según Sulbarán “es una forma evolucionada de análisis estadístico en el cual se cuantifica a nivel descriptivo e inferencial el nivel de covarianza entre dos variables y de esta forma se da cuenta de la relación entre dos variables” (2012, pág. 3).

Esto se establece, con el objetivo de identificar las relaciones que podrían llegar a darse entre las variables independientes (Factores de riesgo) y la variable dependiente (Falta de adherencia al tratamiento), para esto se emplearan pruebas de Chi^2 y graficas que describan la relación entre variables.

Población y Muestra

Descripción de los Datos Producidos

Para los fines del presente estudio se realizó la aplicación directa de dos instrumentos a pacientes con DM II, que asisten por medicación o control subsecuente a los consultorios del Hospital General Docente de Calderón, dicha aplicación se lo realizó en dos momentos:

Primero, con la aplicación directa del cuestionario de 28 preguntas, se las realizó mientras el médico endocrinólogo realiza la receta del paciente, para esta aplicación se cumplieron con todos los parámetros de bioseguridad por cuestiones del virus Covid-19, para el médico tratante, investigadores y pacientes.

Luego, se realizó la aplicación de la escala Gencat que consta de 8 dimensiones; por medio de dispositivos electrónicos, es decir llamadas a número convencional, número de teléfono celular o videollamadas, manifestándoles que toda esta información quedará bajo reserva según el consentimiento informado que procedieron a firmar libre y voluntariamente.

Conforme a los criterios metodológicos establecidos, se aplicó la encuesta y la escala a un total de 258 pacientes con DM II que asisten al HGDC de entre 30 a 64 años de edad; con esta información se analizó el por qué dichos pacientes o algunos de ellos no se adhieren de una forma adecuada al tratamiento enviado por el médico tratante.

Una vez analizada esta información se observó ¿Cuáles son los factores de riesgo que inciden en la falta de adherencia al tratamiento de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II entre 30 a 64 años del Hospital General Docente de Calderón durante marzo-junio del 2021? Los análisis de las categorías o ejes que se delimitan en el tema son por la convergencia y/o divergencia entre pacientes, la sistematización y posterior análisis de la información, planteando varias categorías y factores para su análisis.

La metodología y muestra de la presente investigación fue ejecutada a través de un monitoreo interno que se llevó a cabo en el HGDC en el periodo marzo – junio del 2021, por medio de profesionales e internos de psicología de esta casa de salud, a pacientes que asisten por medicamento o chequeo subsecuente de su enfermedad diagnosticada. La comisión de profesionales se encontró conformada por:

- Psiquiatras.
- Psicólogos Clínicos.

- Endocrinólogos.
- Pasantes internos de psicología.

Población

Para Baptista et al. (2014), la población se define como “el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (pág. 174). Así, la población con la cual se pretende trabajar en esta investigación son los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II entre 30 a 64 años de edad del Hospital General Docente de Calderón durante marzo-junio del 2021.

Tipo de Muestra

En este trabajo se utilizará el muestreo probabilístico, que se caracteriza según Baptista et al. (2014), que:

Todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos y se obtienen definiendo las características de la población y el tamaño de la muestra, y por medio de una selección aleatoria o mecánica de las unidades de análisis. (pág. 176)

Es así, que se da el muestreo probabilístico por conglomerado, que según Espinoza (2016), es un método de sección a participantes cuando los mismos están dispersos, realizando un análisis general de una población particular.

Criterios de la Muestra

Pacientes de ambos sexos del Hospital General Docente de Calderón:

1. Que se encuentren en un rango de edad de entre 30 a 64 años.
2. Diagnosticados con DM II.

Fundamentación de la Muestra

Delimitado este tipo de muestra, se da ya que los investigadores del presente estudio se encuentran realizando durante los meses marzo-junio del 2021, las prácticas de internado correspondientes al último nivel de la Carrera de Psicología mención Clínica, por esta razón es más factible aplicar el cuestionario a los pacientes diagnosticados con DM II de forma directa y presencial, respetando las normas de bioseguridad por Covid-19.

La limitación de la edad de los participantes se da debido al reglamento que tiene el HDGC, motivo por el cual se intentó dejar de lado los grupos vulnerables como los niños, adolescentes, adultos mayores, etc. Esto debido a que existe limitaciones ante la no posibilidad de presentar esta investigación a un comité de ética

Muestra

Para poder delimitar la muestra se utilizará la siguiente formula:

$$M = \frac{Z^2(P)(1 - P)}{C^2}$$

Utilizando un nivel de confiabilidad del 95% y un margen de error del 5%, todo esto en relación a los datos de la población general, mismos que fueron proporcionados por el área de estadística del HGDC. A continuación, el cálculo de la muestra:

$$M = \frac{Z^2(P)(1 - P)}{C^2}$$

$$M = \frac{1.96^2(778)(1 - 778)}{0.05^2}$$

$$M = 258$$

Presentación de los Resultados Descriptivos

En esta investigación se utilizó la escala Gencat y un cuestionario de autoría propia, misma que fue puesta a revisión de varios profesionales de la salud (Ver en anexo 4), a continuación, se presentan los resultados obtenidos de los instrumentos antes descritos.

La escala Gencat, “es una evaluación de carácter objetivo en relación a la calidad de vida, incluye aspectos como bienestar emocional, físico y material, relación interpersonal, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos” (Arias et al., 2009 pág. 18). Esta escala fue empleada a la muestra propuesta en esta investigación mediante herramientas tecnológicas.

Se toma en cuenta los resultados obtenidos en el índice de calidad de vida (ICV), y se utiliza la escala propuesta para determinar el valor cualitativo, mismo que se divide en ICV bajo, ICV medio bajo, ICV medio, ICV medio Alto e ICV Alto, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 5

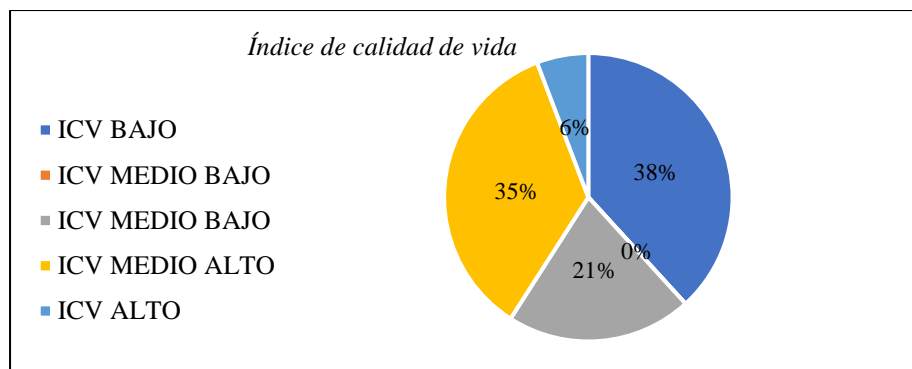
Escala Gencat. Resultados de índice de calidad de vida

ICV BAJO	ICV MEDIO BAJO	ICV MEDIO	ICV MEDIO ALTO	ICV ALTO
48-59	60-71	72-83	84-95	96-104
99	0	54	91	15

Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Figura 1

Índice de calidad de vida en cuadro estadístico, expresado en porcentajes



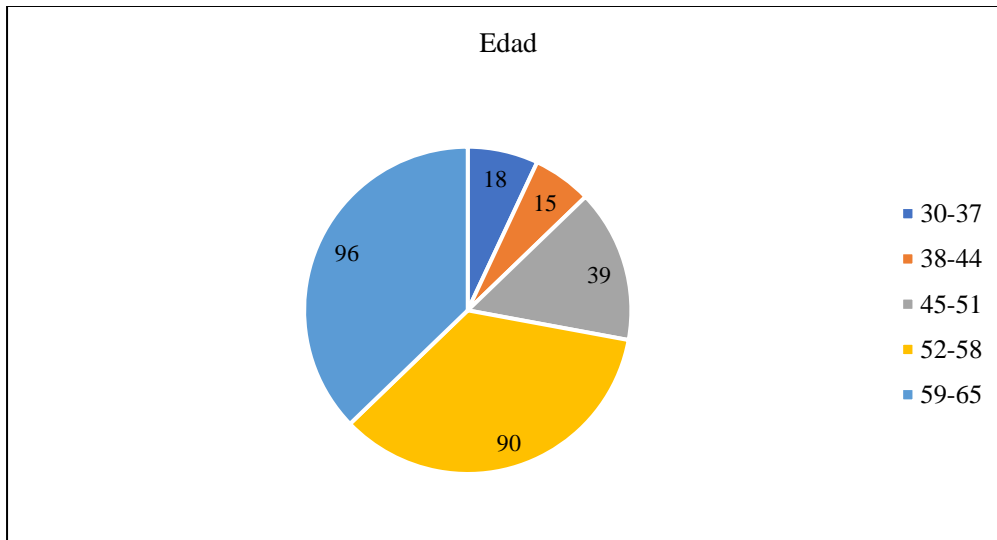
Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Cuestionario

En cuanto al cuestionario desarrollado, se presentan los resultados de manera individual en figuras graficas (pasteles).

Figura 2

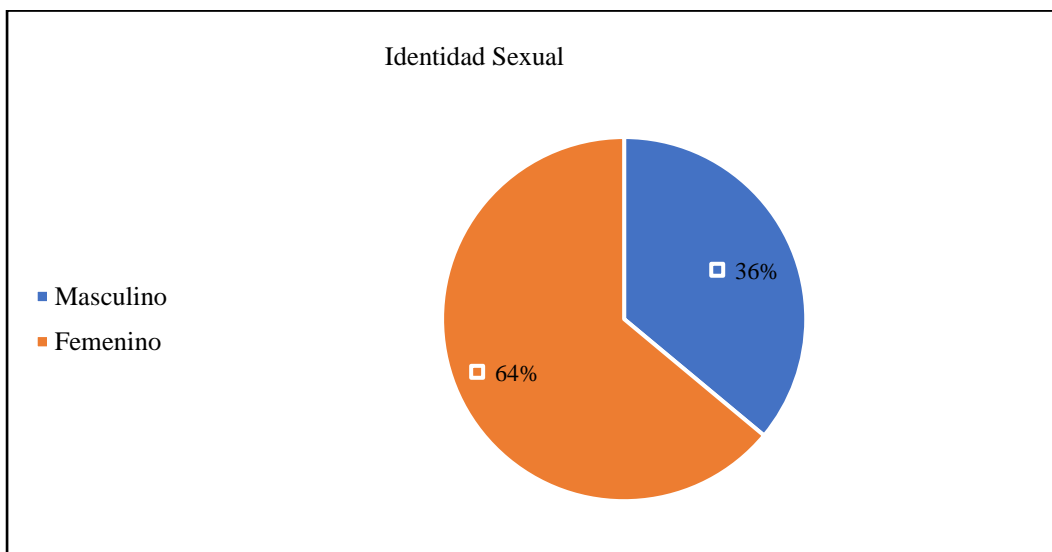
Pregunta 1. Edad



Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Figura 3

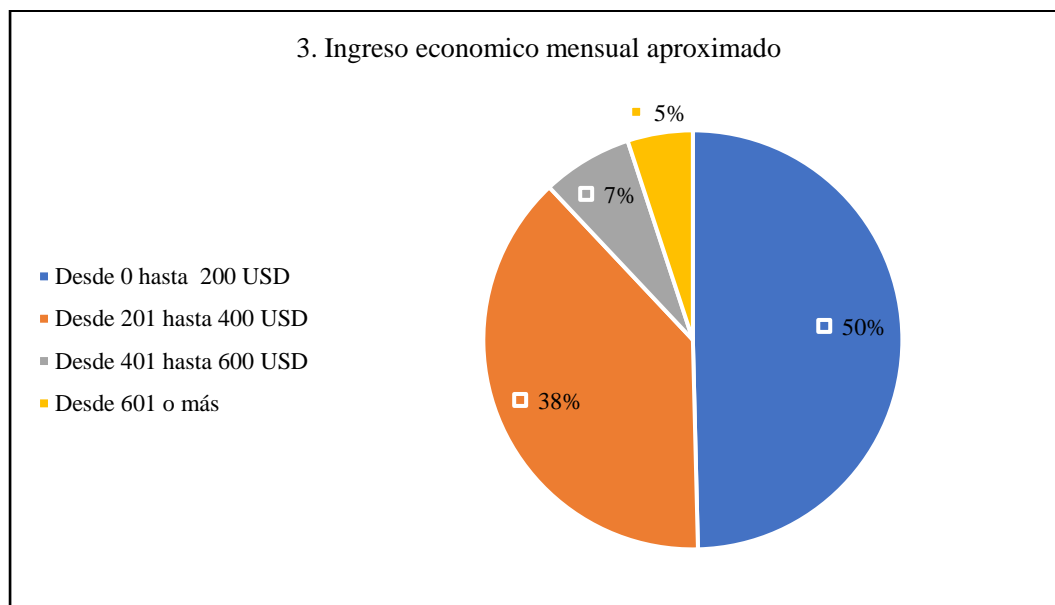
Pregunta 2. Identidad Sexual



Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Figura 4

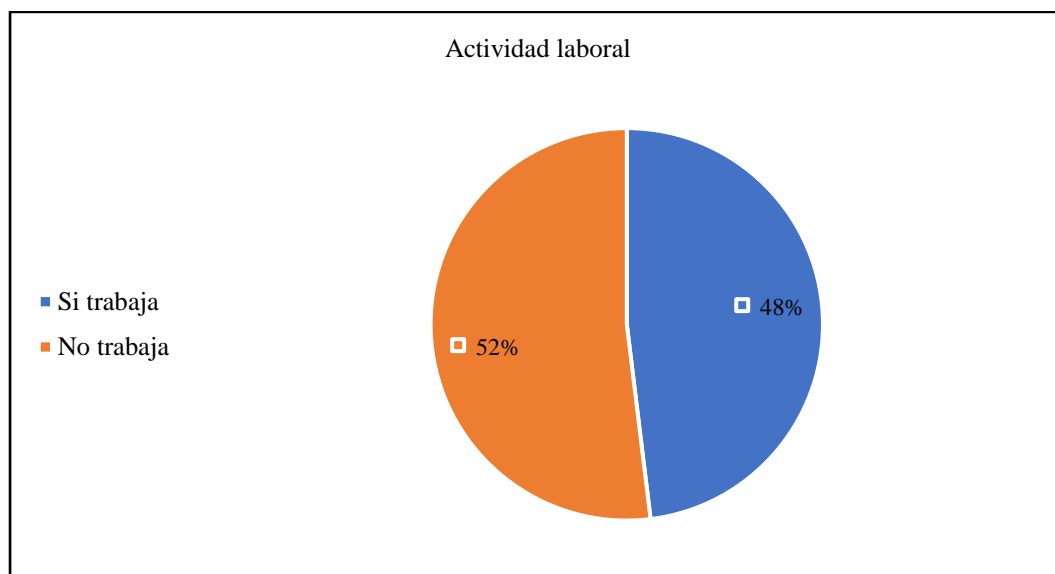
Pregunta 3. Un estimado de sus ingresos mensuales sería



Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Figura 5

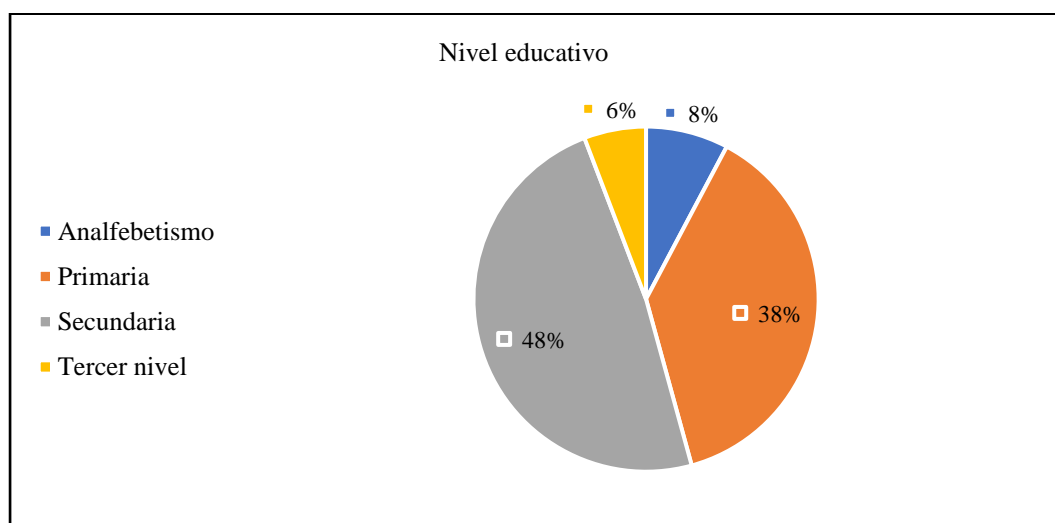
Pregunta 4. Usted trabaja: Si (_ _ _) No (_ _ _) Su respuesta es sí mencione en qué, caso contrario porque no



Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Figura 6

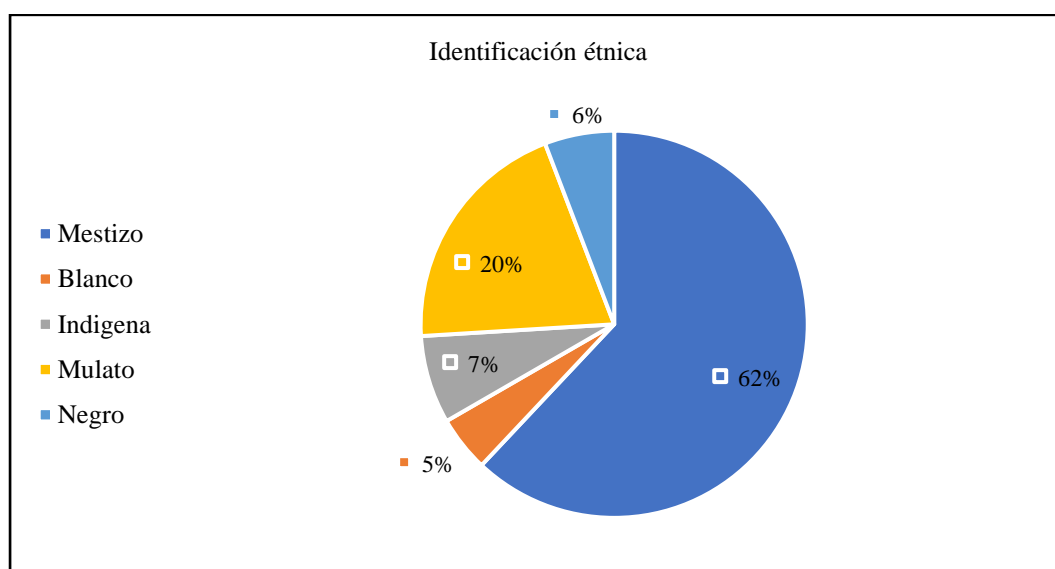
Pregunta 5. Nivel Educativo:



Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Figura 7

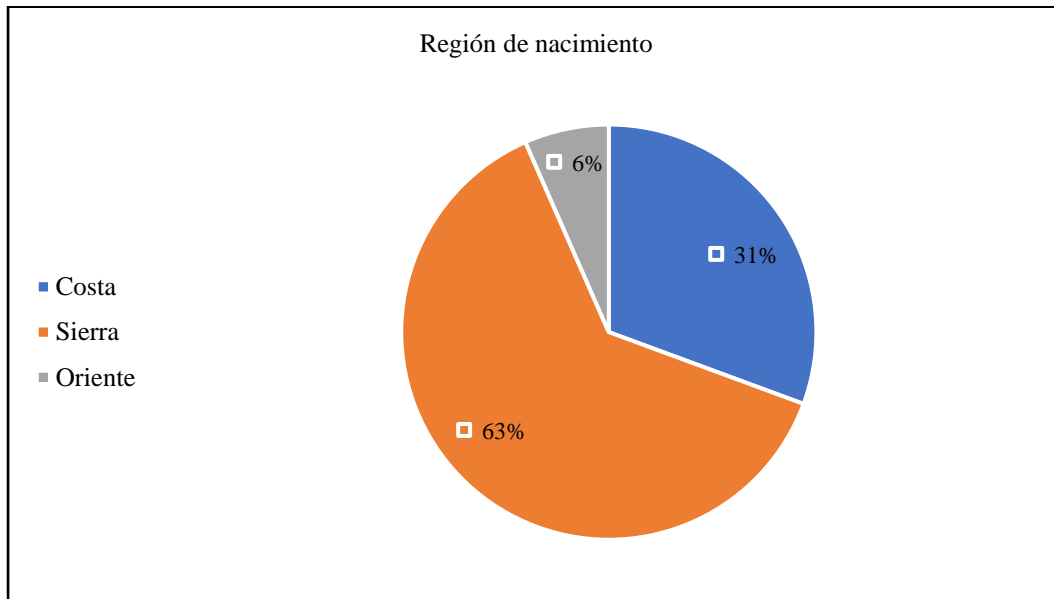
Pregunta 6. Anotar sin preguntar. Identificación étnica



Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Figura 8

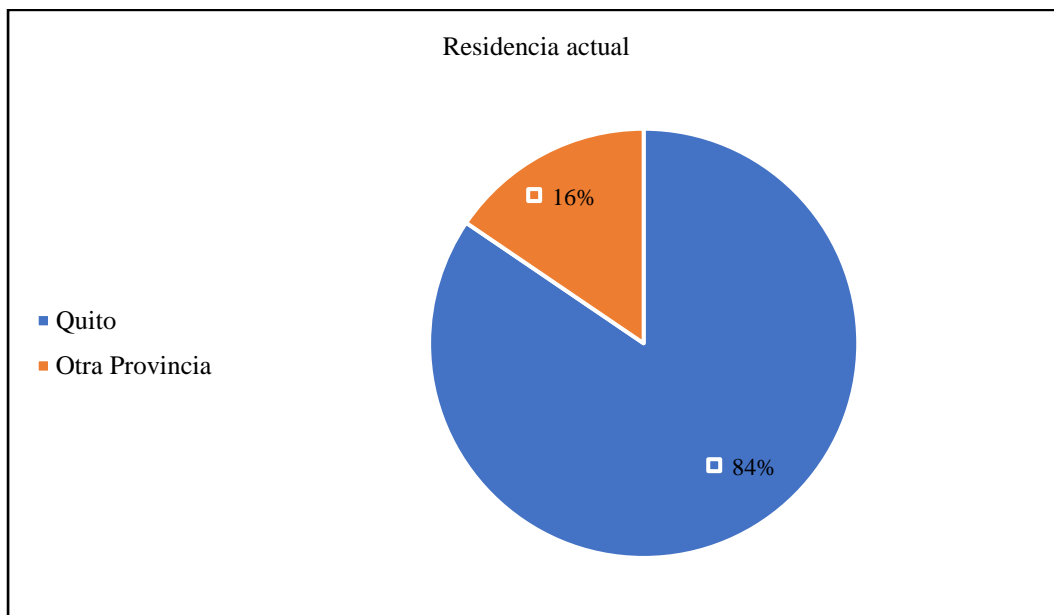
Pregunta 7. Lugar de Nacimiento:



Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Figura 9

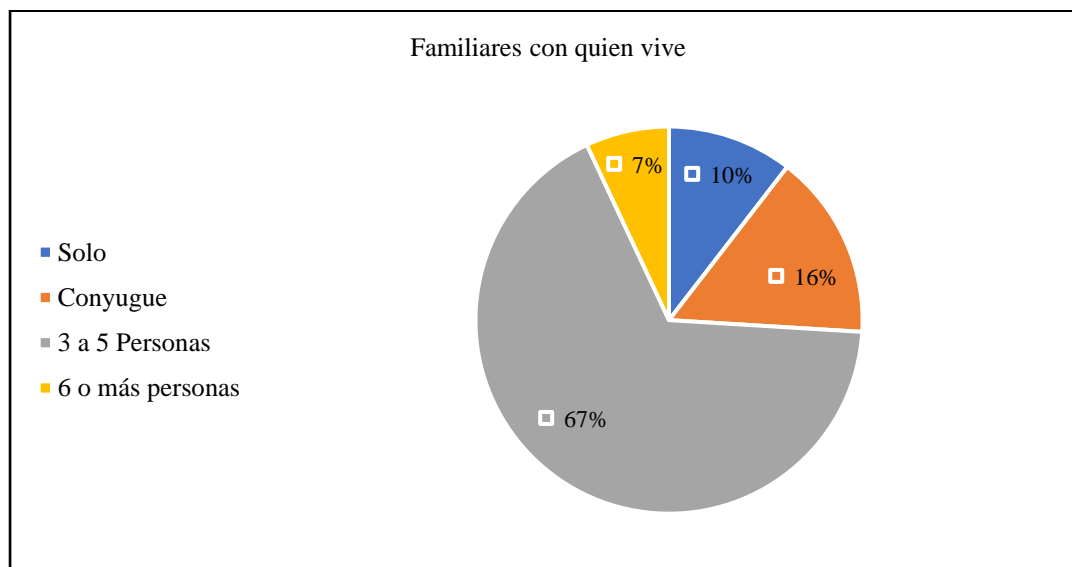
Pregunta 8. Residencia actual



Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Figura 10

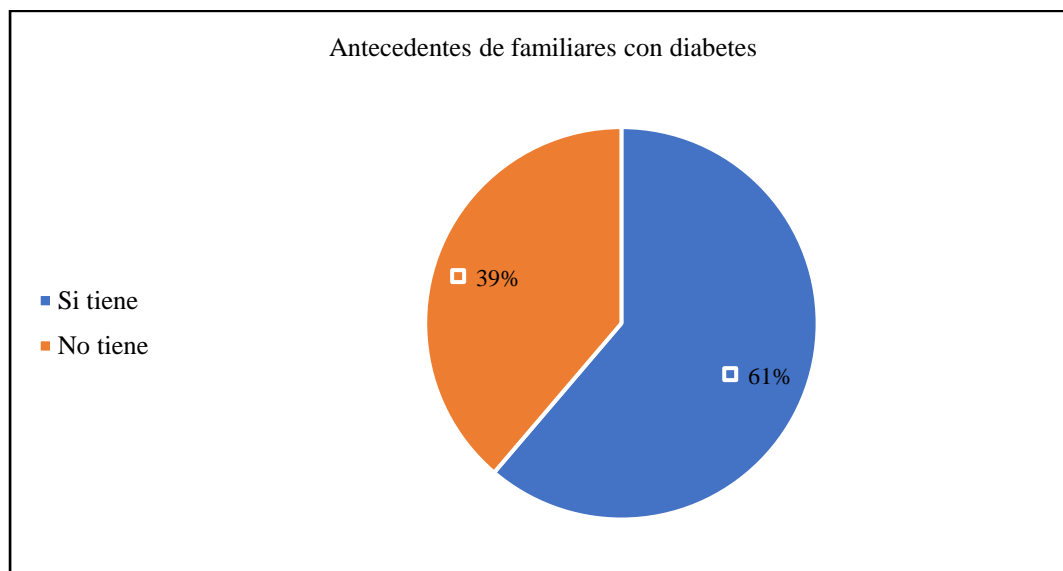
Pregunta 9. ¿Con quién convive?



Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Figura 11

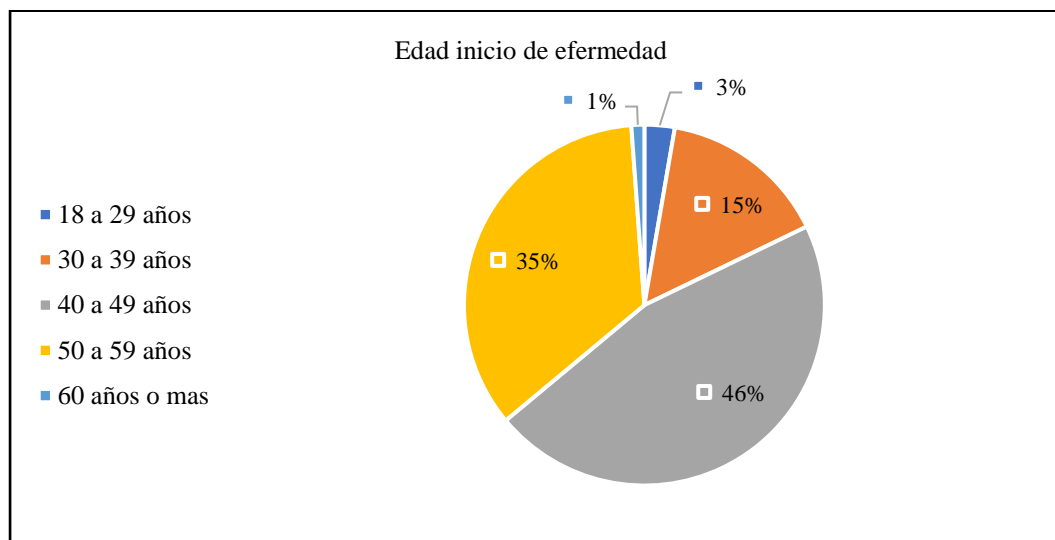
Pregunta 10. Tiene familiares que le han diagnosticado diabetes.



Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Figura 12

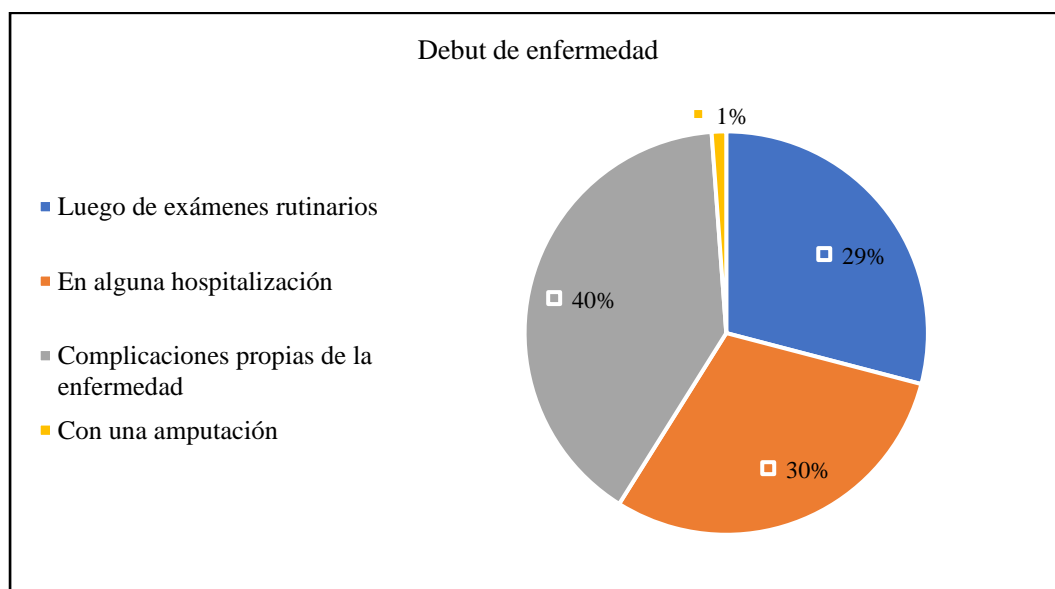
Pregunta 11. Conocimientos/Adherencia sobre la DM. ¿Hace qué tiempo le diagnosticaron diabetes?



Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Figura 13

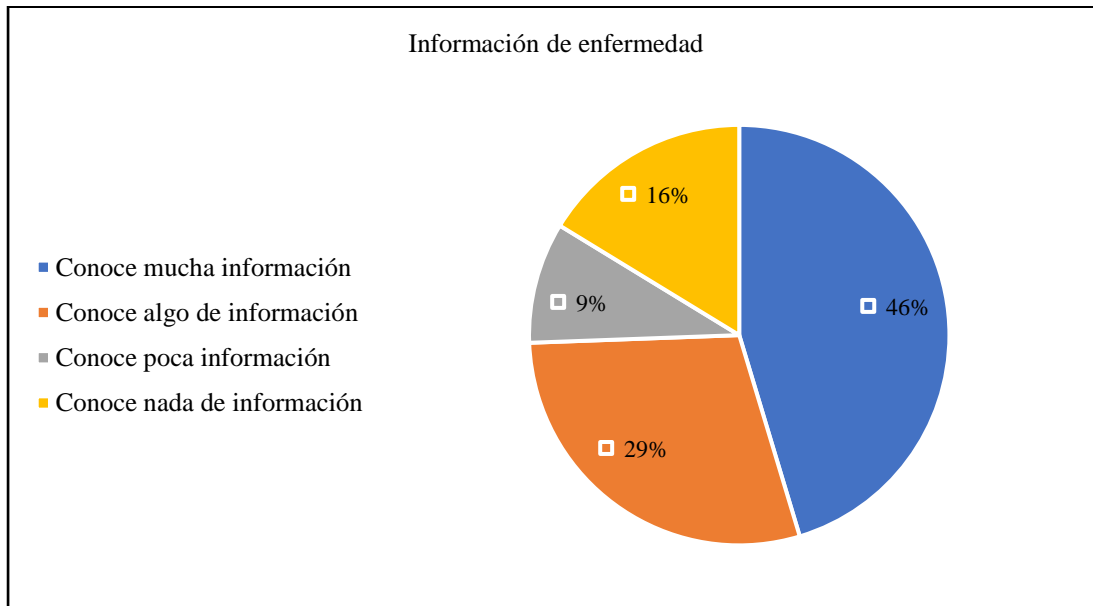
Pregunta 12. ¿Cómo debuto usted en su enfermedad?



Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Figura 14

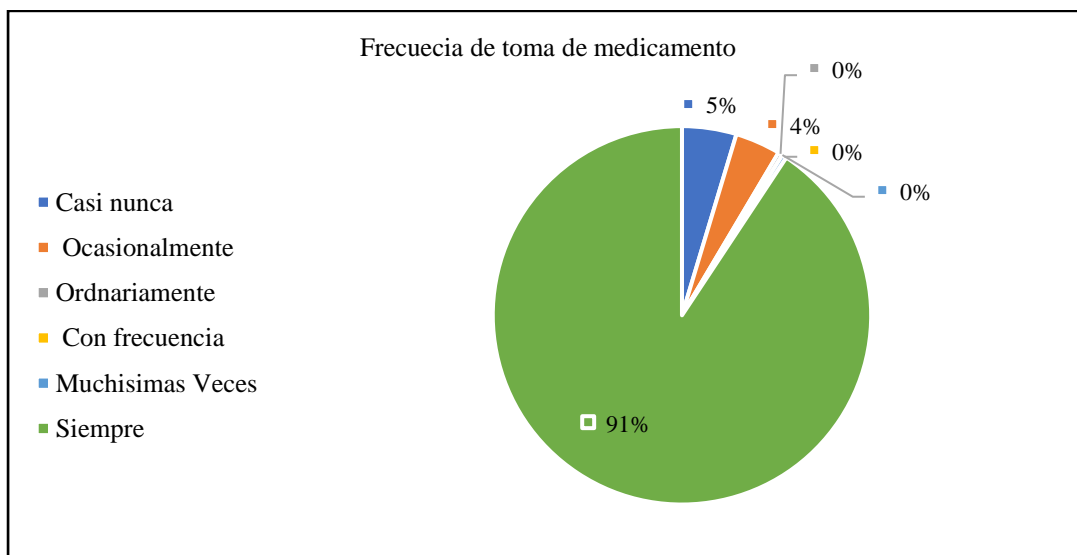
Pregunta 13. ¿Usted sabe y conoce sobre la diabetes?



Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Figura 15

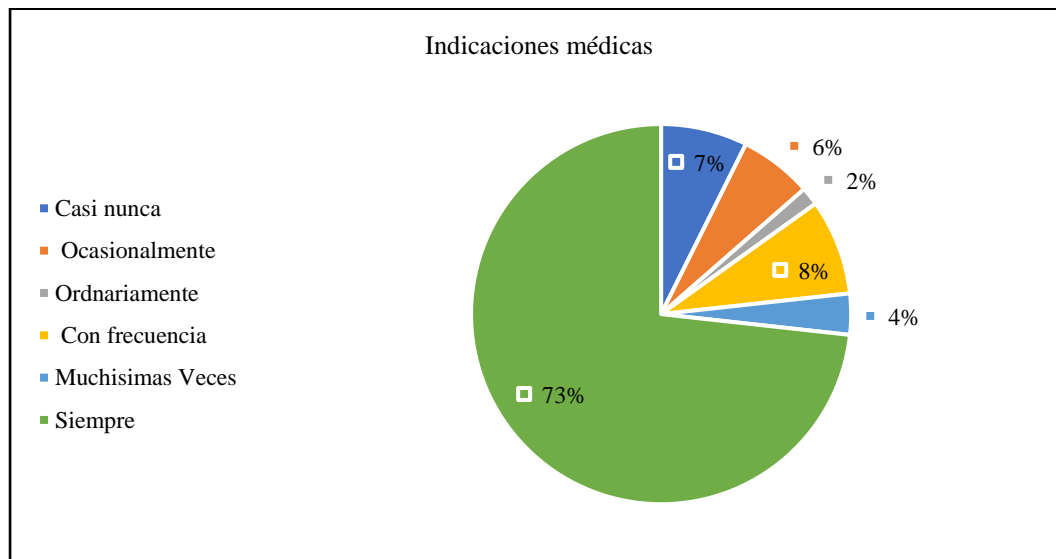
Pregunta 14. ¿Con que frecuencia toma el medicamento para la diabetes?



Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Figura 16

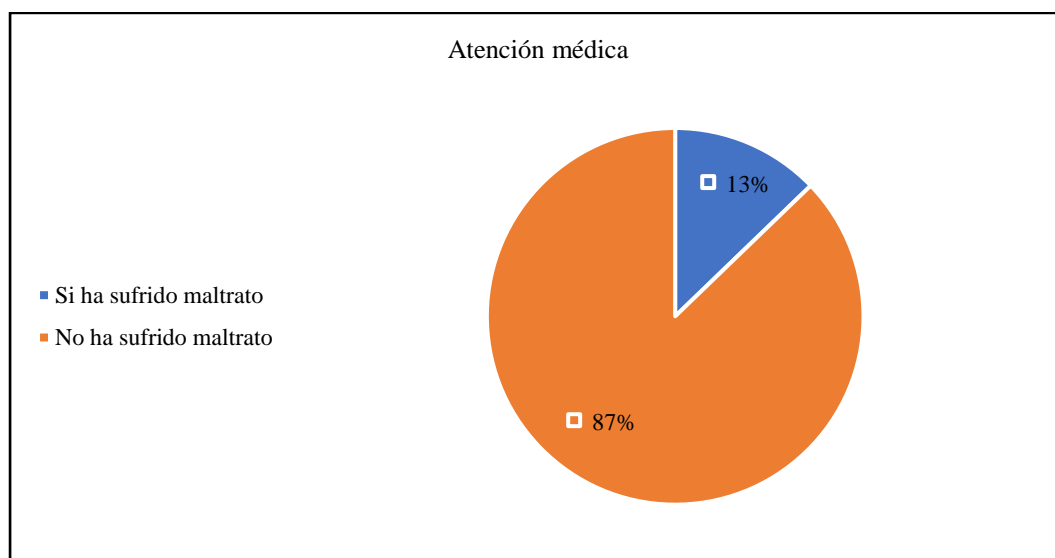
Pregunta 15. ¿Con qué frecuencia toma los medicamentos de acuerdo a las indicaciones de su médico?



Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Figura 17

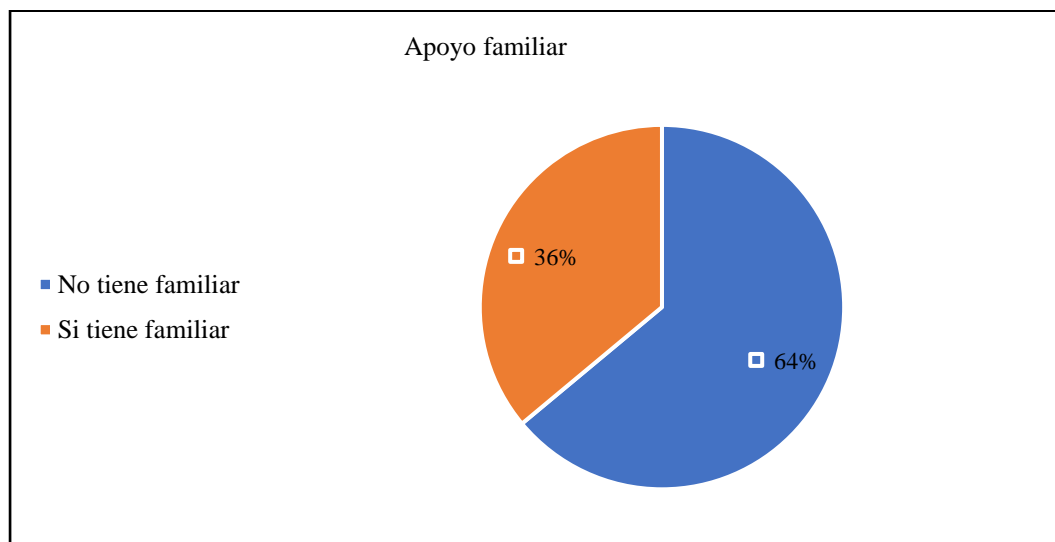
Pregunta 16. ¿Ha sufrido algún tipo de maltrato por parte del personal de salud, que le haya hecho considerar ir a una cita médica?



Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Figura 18

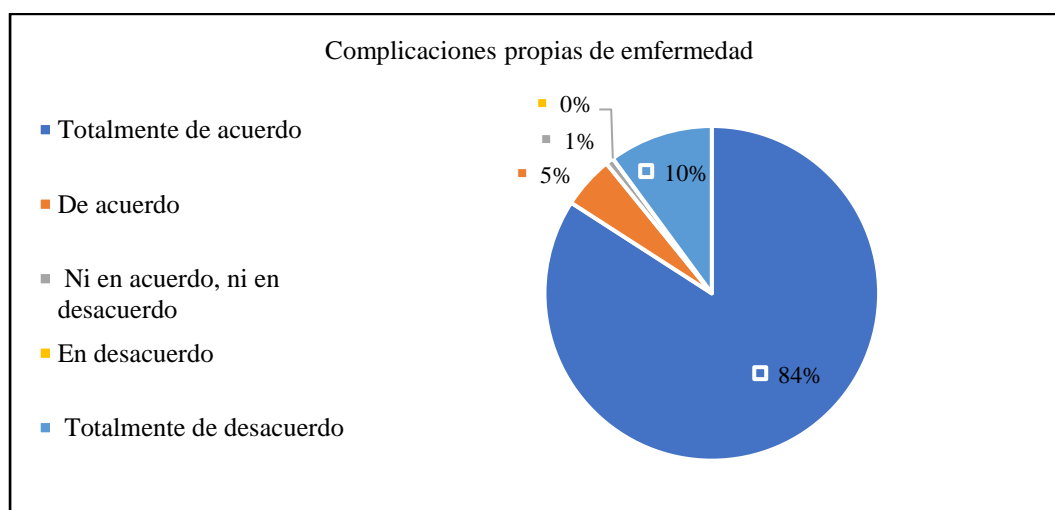
Pregunta 17. ¿Tiene algún familiar que controle la medicación?



Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Figura 19

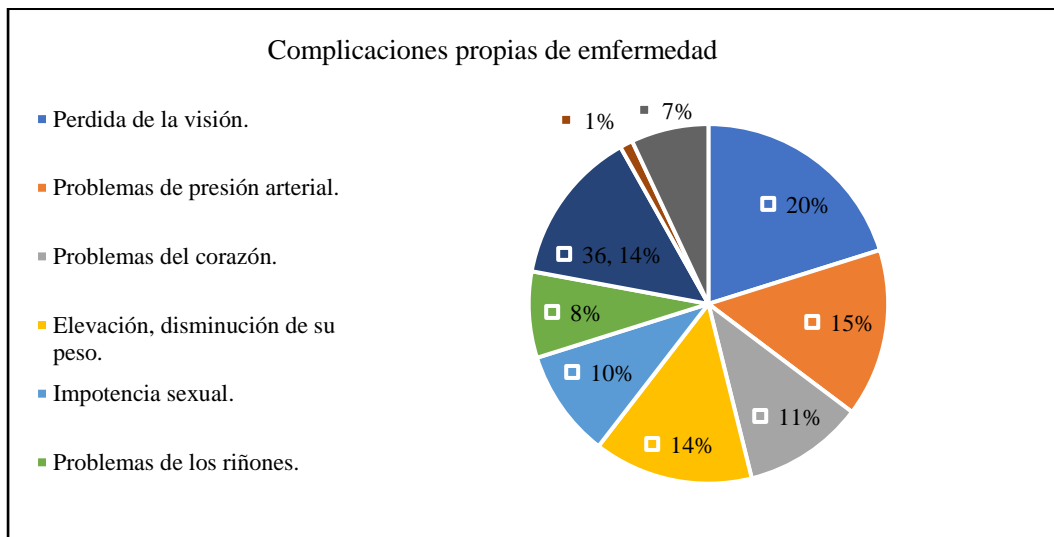
Pregunta 18. ¿Qué tan de acuerdo se encuentra con la siguiente afirmación? Cuando una persona con diabetes no cumple el tratamiento adecuado, puede llevarlo a tener otras complicaciones clínicas de gran importancia.



Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Figura 20

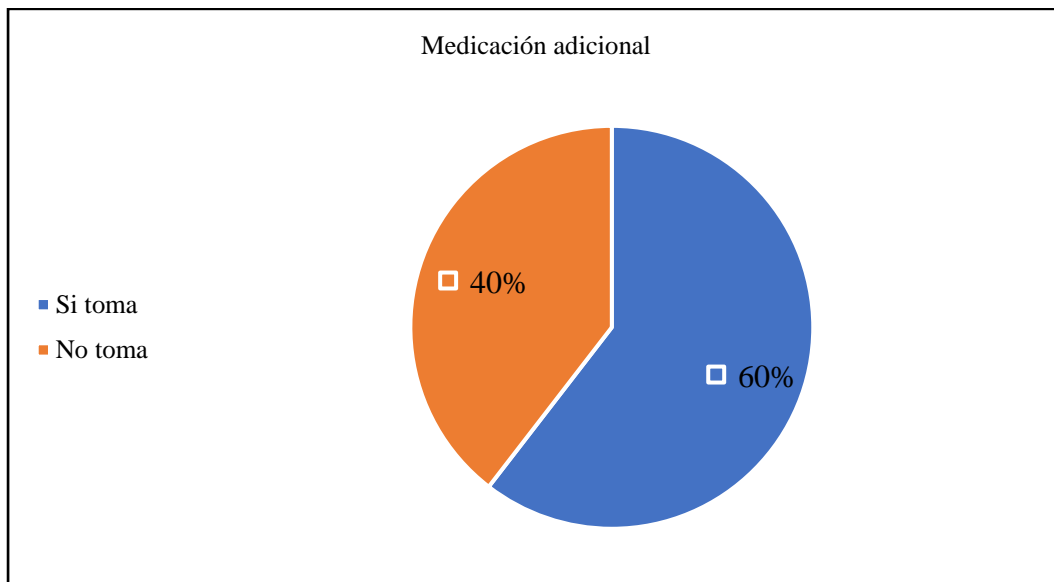
Pregunta 19. ¿Cuáles de las siguientes complicaciones ha presentado usted desde que le diagnosticaron su enfermedad?



Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Figura 21

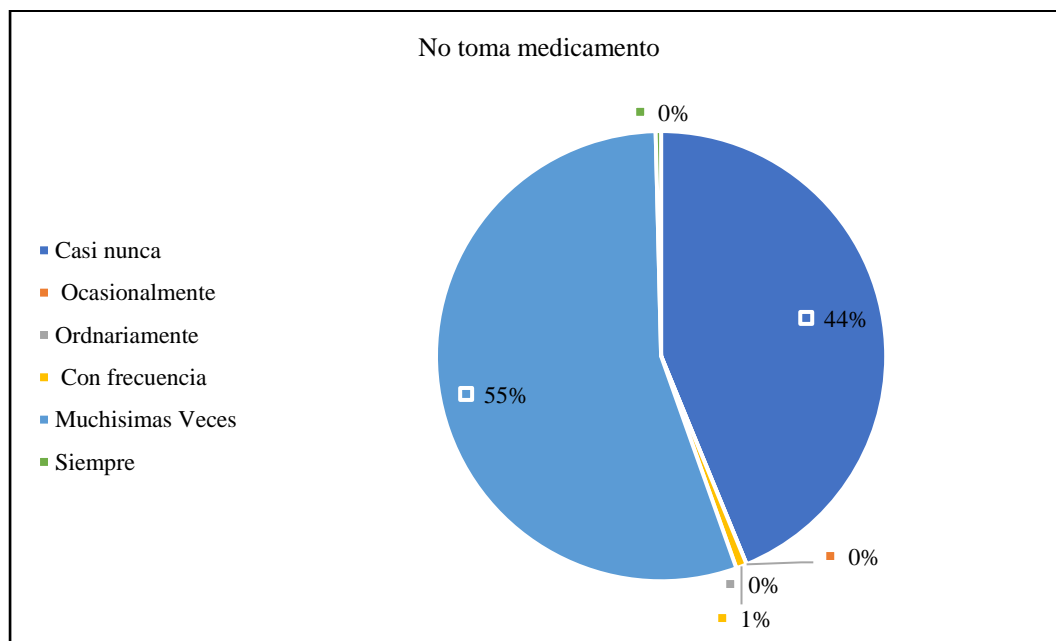
Pregunta 20. ¿Toma usted otro tipo de medicación que no sea para la diabetes?



Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Figura 22

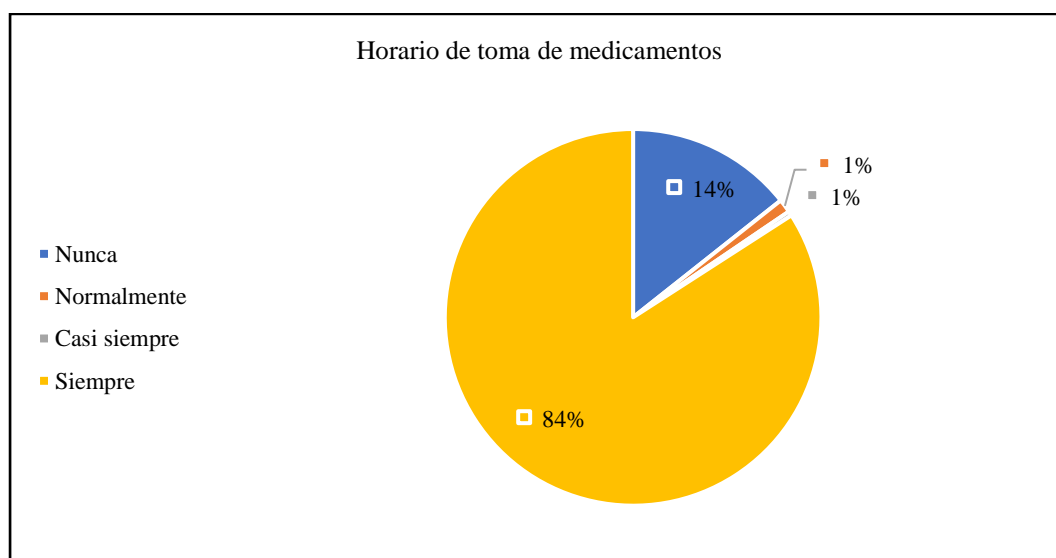
Pregunta 21. ¿Con qué frecuencia ha olvidado tomar sus medicamentos?



Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Figura 23

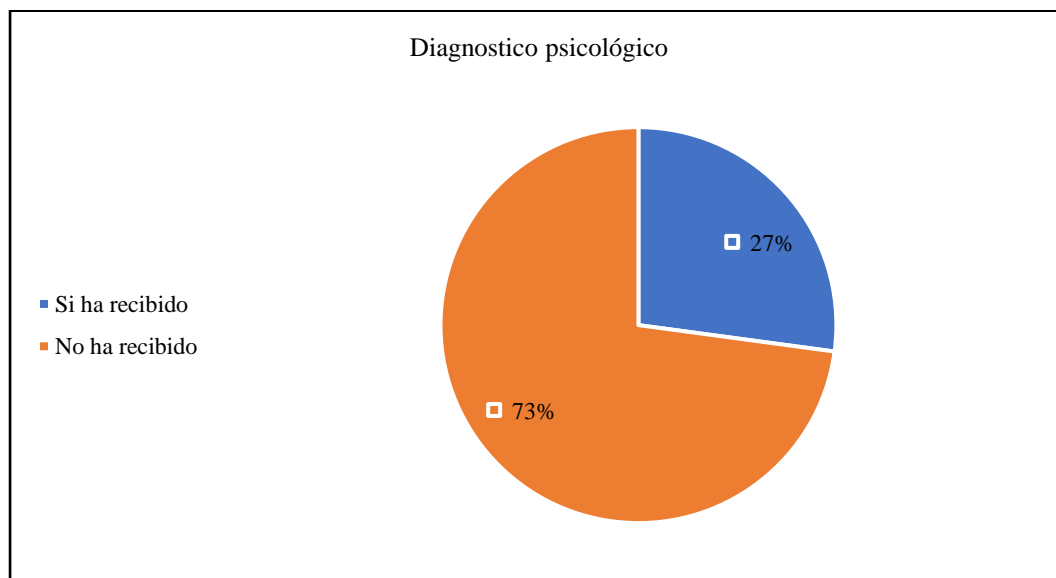
Pregunta 22. ¿Con qué frecuencia cree usted que toma el medicamento en las horas indicadas?



Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Figura 24

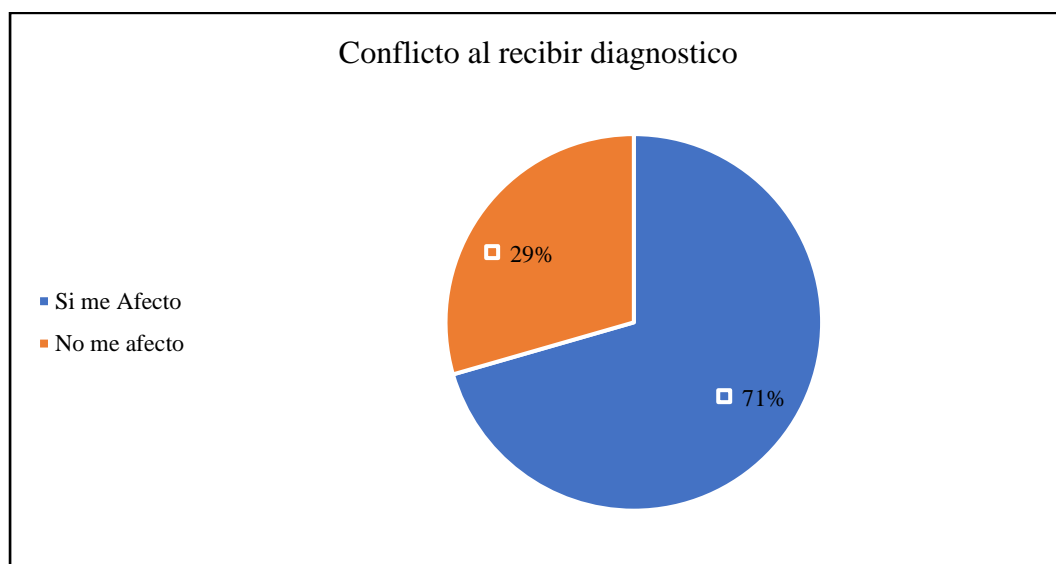
Pregunta 23. ¿Ha recibido alguna vez algún tipo de diagnóstico psicológico/psiquiátrico?



Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Figura 25

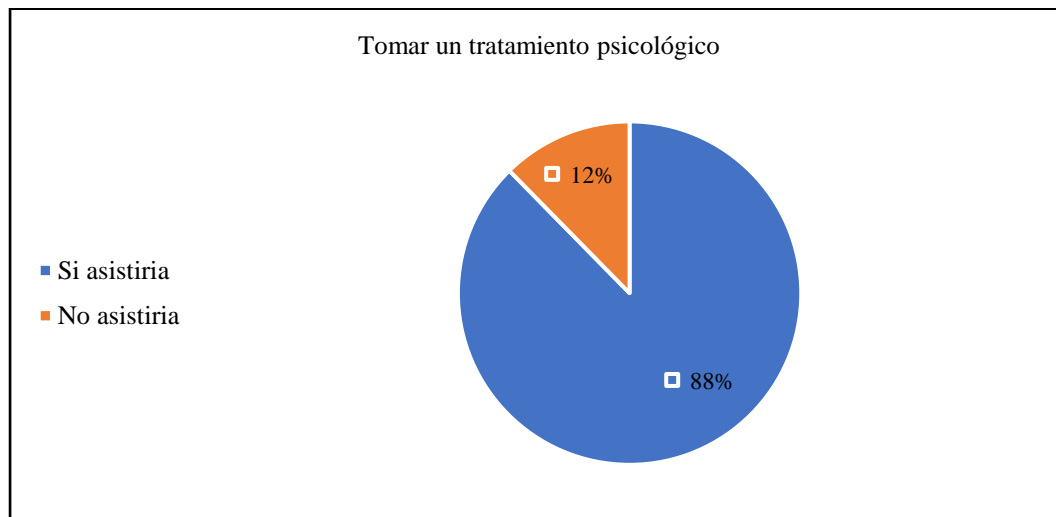
Pregunta 24. ¿Usted considera que cuando recibió el diagnóstico de diabetes le ocasionó un problema o conflicto psicológico que no ha superado o ha sido fácil de superar?



Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Figura 26

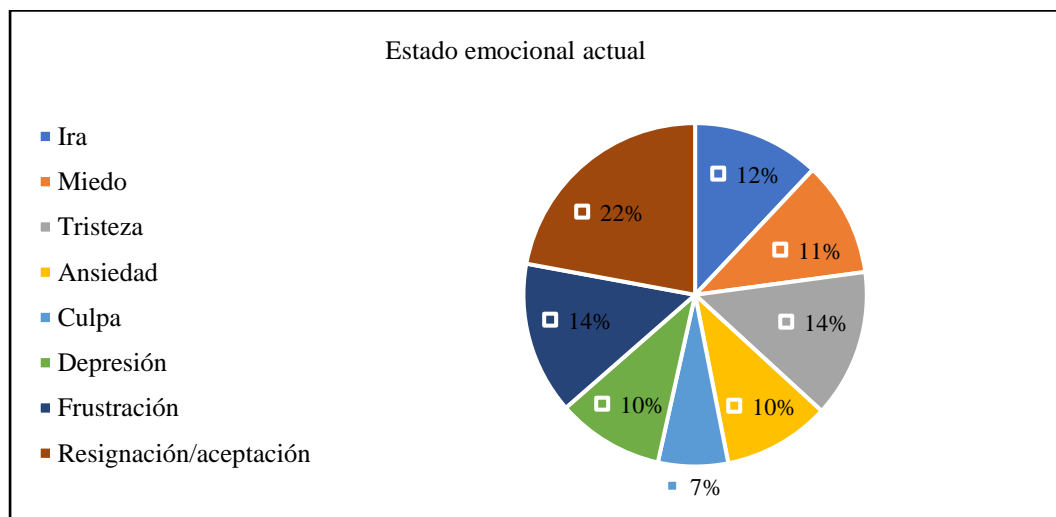
Pregunta 25. *Usted asiste a tratamiento o tomaría un tratamiento psicológico, si el médico así lo valora.*



Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Figura 27

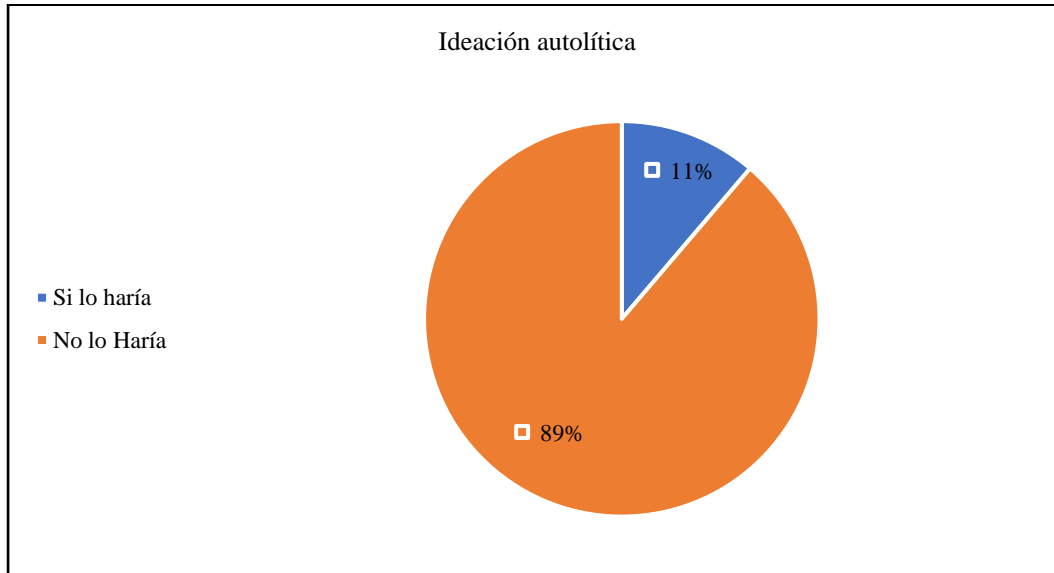
Pregunta 26. *¿Cómo se siente emocionalmente en la actualidad con su enfermedad?*



Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Figura 28

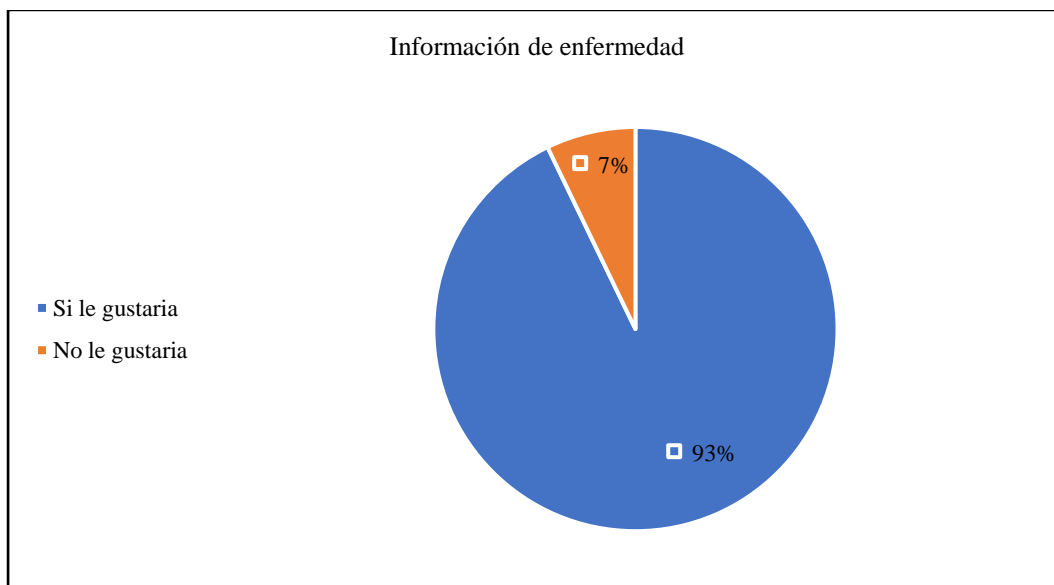
Pregunta 27. ¿Usted dejaría de tomar el medicamento o a su vez ingeriría todos los medicamentos que le hayan recetado con el objetivo de quitarse la vida?



Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

Figura 29

Pregunta 28. Le gustaría que el personal del HGDC le proporcione más información acerca de su enfermedad.



Nota: Elaborado por Pilatuña y Villacís (2022).

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el cruce de información en relación a la comparación de medias (Anova) en los datos cualitativos y (Correlación) en los datos cuantitativos.

En relación a la variable identidad sexual, se obtienen los siguientes resultados:

Tabla 6

Comparación de medias en variable identidad sexual

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínim o	Máxi mo
					Límite inferior	Límite superior		
Femenino	166	13.861	3.51431	.27276	13.3229	14.4000	1.00	17.00
	4							
Masculino	93	12.967	4.93314	.51154	11.9518	13.9837	.00	18.00
	7							
Total	259	13.540	4.09401	.25439	13.0396	14.0415	.00	18.00
	5							

Nota: Datos obtenidos por Pilatuña y Villacís (2022).

Tabla 7

Análisis de varianza entre adherencia al tratamiento e identidad sexual

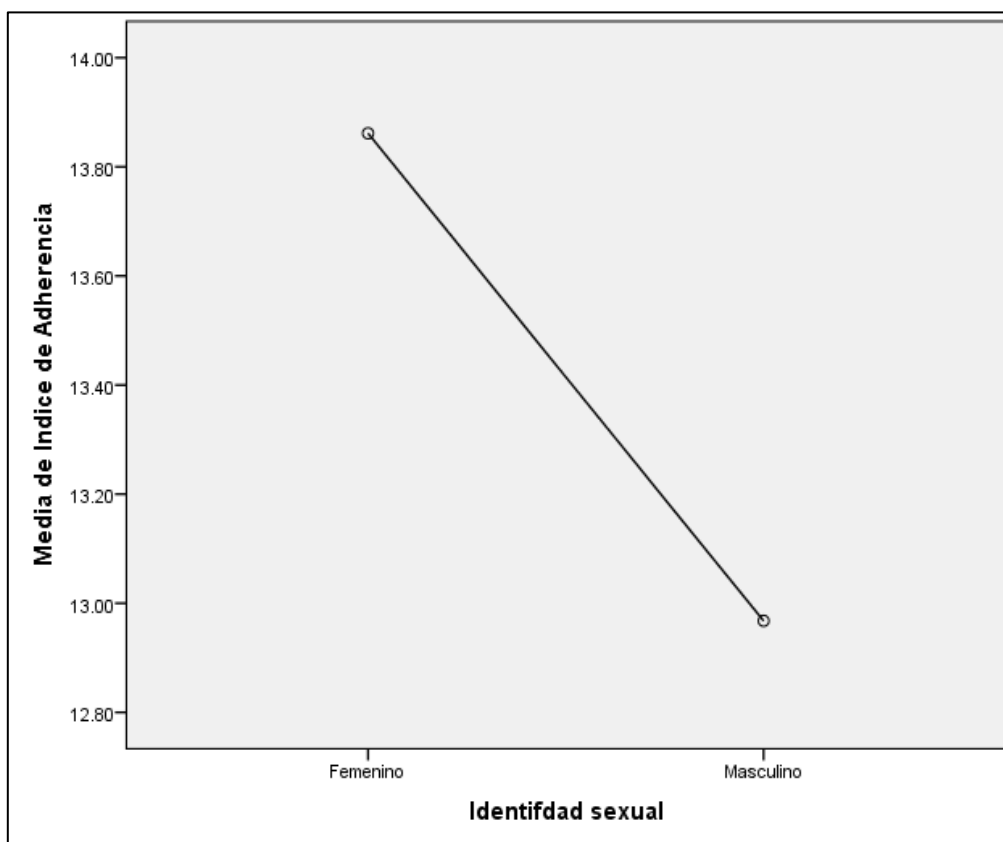
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	47.608	1	47.608	2.861	.092
Intra-grupos	4276.716	257	16.641		
Total	4324.324	258			

Nota: Datos obtenidos por Pilatuña y Villacís (2022).

Dicha información se respalda en el siguiente gráfico estadístico:

Figura 30

Relación entre índice de adherencia e identidad sexual.



Nota: Datos obtenidos por Pilatuña y Villacís (2022).

En referencia a la variable de nivel educativo, se tienen los siguientes resultados:

Tabla 8

Comparación de medias en variable nivel educativo

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Analfabetismo	20	14.3500	5.03958	1.12688	11.9914	16.7086	1.00	17.00
Primaria	100	14.0700	3.38820	.33882	13.3977	14.7423	2.00	17.00
Secundaria	124	12.9194	4.54534	.40818	12.1114	13.7273	.00	18.00
Tercer Nivel	15	14.0667	2.25093	.58119	12.8201	15.3132	10.00	17.00
Total	259	13.5405	4.09401	.25439	13.0396	14.0415	.00	18.00

Nota: Datos obtenidos por Pilatuña y Villacís (2022).

Tabla 9

Análisis de varianza entre adherencia al tratamiento y nivel educativo

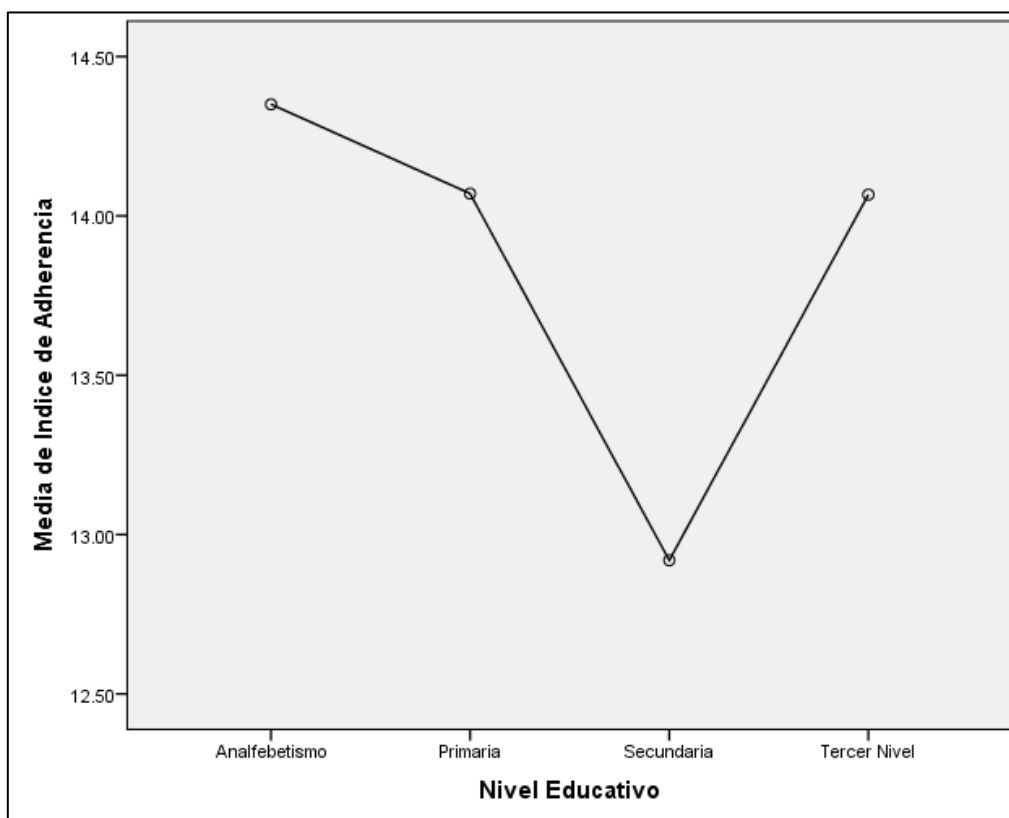
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	93.137	3	31.046	1.871	.135
Intra-grupos	4231.187	255	16.593		
Total	4324.324	258			

Nota: Datos obtenidos por Pilatuña y Villacís (2022).

Esta información se coloca en el siguiente grafico estadístico:

Figura 31

Relación entre índice de adherencia nivel educativo.



Nota: Datos obtenidos por Pilatuña y Villacís (2022).

A continuación, se muestran los resultados de la variable ingreso mensual.

Tabla 10*Comparación de medias de la variable ingreso mensual*

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Desde 0 hasta 200 USD	129	14.22	3.903	.344	13.54	14.90	1	17
Desde 201 hasta 400 USD	99	12.75	4.054	.407	11.94	13.56	1	17
Desde 401 hasta 600 USD	18	12.06	5.567	1.312	9.29	14.82	0	18
Desde 601 o más	13	14.92	2.060	.571	13.68	16.17	12	17
Total	259	13.54	4.094	.254	13.04	14.04	0	18

Nota: Datos obtenidos por Pilatuña y Villacís (2022).**Tabla 11***Análisis de varianza ente adherencia al tratamiento e ingreso económico*

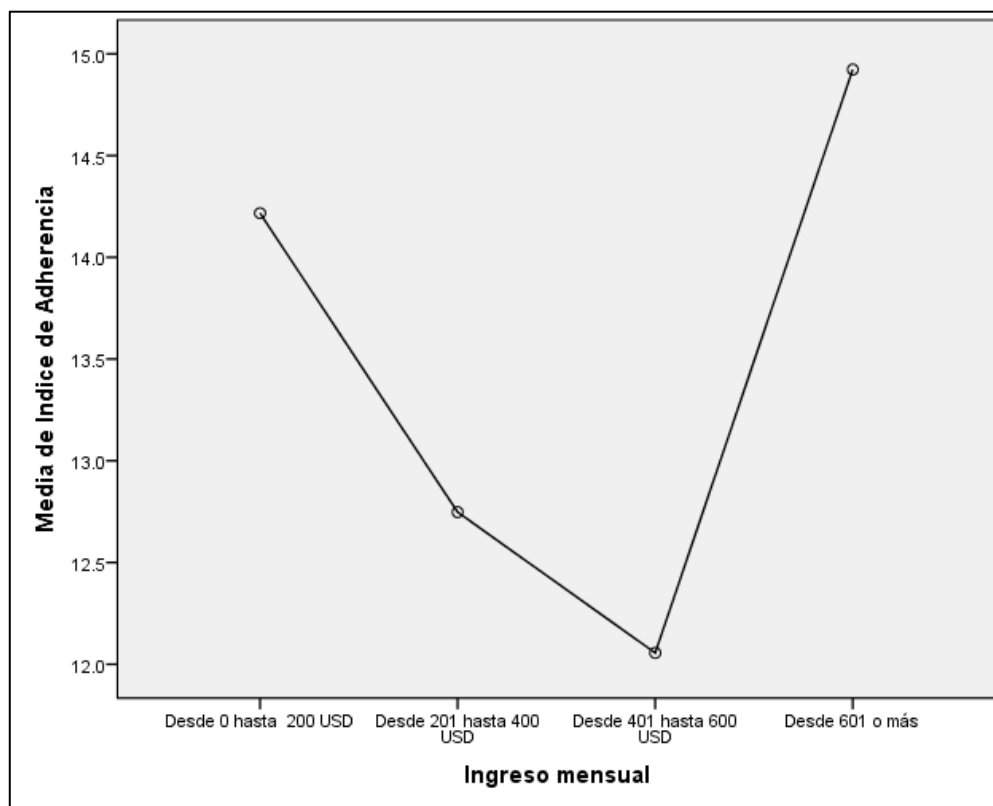
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	185.847	3	61.949	3.817	.011
Intra-grupos	4138.477	255	16.229		
Total	4324.324	258			

Nota: Datos obtenidos por Pilatuña y Villacís (2022).

Por respaldo de esta información, se agrega el siguiente gráfico:

Figura 32

Índice de adherencia e ingreso económico.



Nota: Datos obtenidos por Pilatuña y Villacís (2022).

Aludiendo a la variable estado laboral actual, se obtienen los siguientes resultados:

Tabla 12

Comparación de medias de la variable estado laboral actual

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
No trabaja	137	13.99	3.835	.328	13.34	14.63	1	17
Si trabaja	122	13.04	4.328	.392	12.27	13.82	0	18
Total	259	13.54	4.094	.254	13.04	14.04	0	18

Nota: Datos obtenidos por Pilatuña y Villacís (2022).

Tabla 13

Análisis de varianza entre adherencia al tratamiento y estado laboral

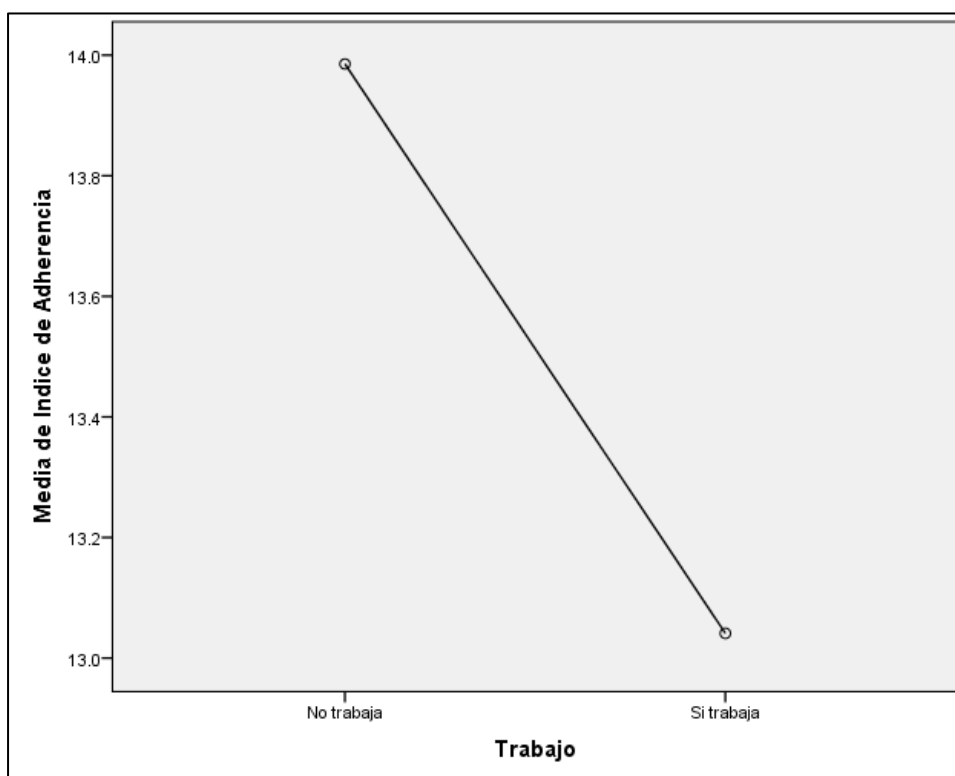
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	57.558	1	57.558	3.467	.054
Intra-grupos	4266.766	257	16.602		
Total	4324.324	258			

Nota: Datos obtenidos por Pilatuña y Villacís (2022).

Con toda esta información, se considera el siguiente gráfico estadístico:

Figura 33

Índice de adherencia y estado laboral actual



Nota: Datos obtenidos por Pilatuña y Villacís (2022).

En la variable de número de convivientes, la comparación de medias tiene como resultado:

Tabla 14*Comparación de medias de la variable convivientes*

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Solo	27	13.56	1.368	.263	13.01	14.10	12	17
Conyugue	41	11.44	4.255	.664	10.10	12.78	3	17
3 a 5 personas	173	13.76	4.293	.326	13.11	14.40	0	18
6 a más personas	18	16.22	1.927	.454	15.26	17.18	10	17
Total	259	13.54	4.094	.254	13.04	14.04	0	18

Nota: Datos obtenidos por Pilatuña y Villacís (2022).**Tabla 15***Análisis de varianza entre adherencia al tratamiento y número de convivientes*

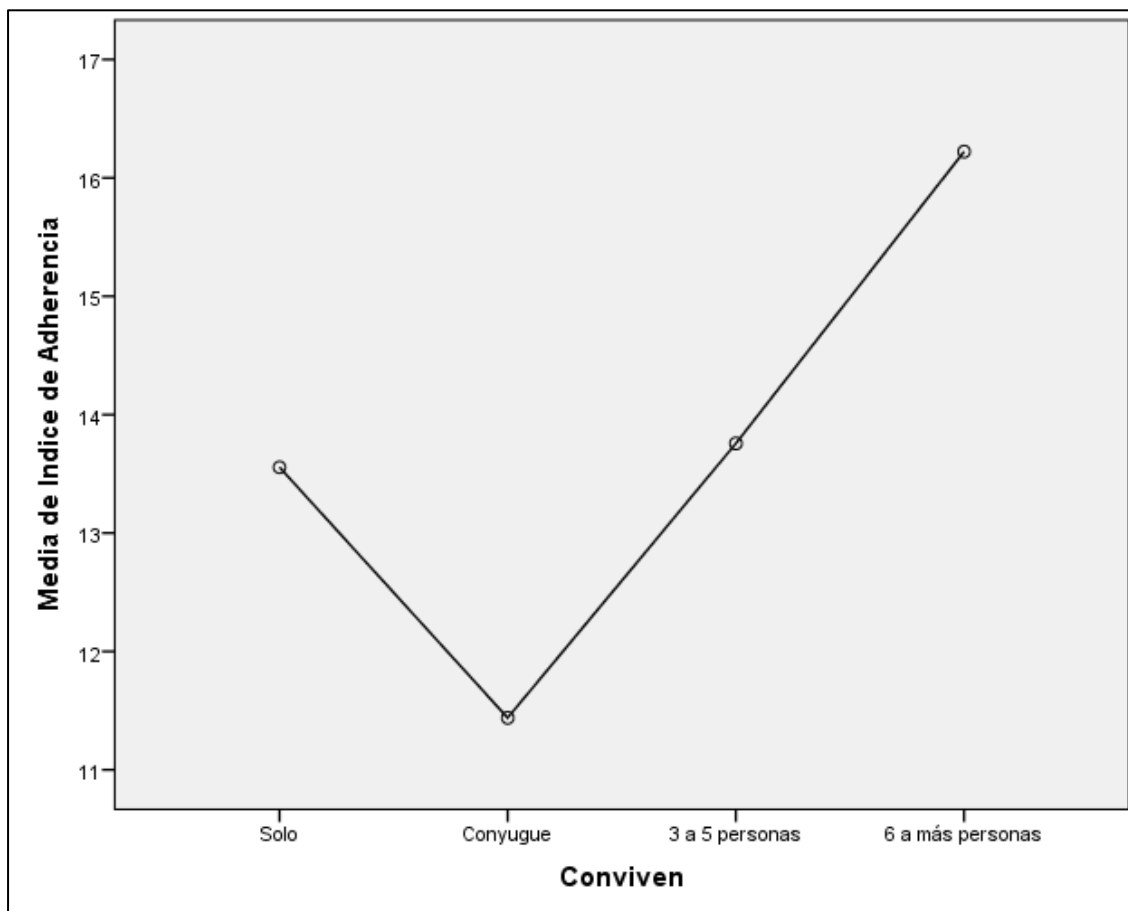
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	318.646	3	106.215	6.762	.001
Intra-grupos	4005.679	255	15.709		
Total	4324.324	258			

Nota: Datos obtenidos por Pilatuña y Villacís (2022).

Para respaldar esta información, se expresa el siguiente gráfico estadístico:

Figura 34

Relación entre índice de adherencia y número de convivientes.



Nota: Datos obtenidos por Pilatuña y Villacís (2022).

En referencia a la variable, falta de empatía de por parte del personal se tiene los siguientes resultados.

Tabla 16

Comparación de medias de la variable falta de empatía por parte del personal

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Si	30	14.43	2.417	.441	13.53	15.34	10	17
no	229	13.42	4.255	.281	12.87	13.98	0	18
Total	259	13.54	4.094	.254	13.04	14.04	0	18

Nota: Datos obtenidos por Pilatuña y Villacís (2022).

Tabla 17

Análisis de varianza entre adherencia al tratamiento y falta de empatía por parte de personal.

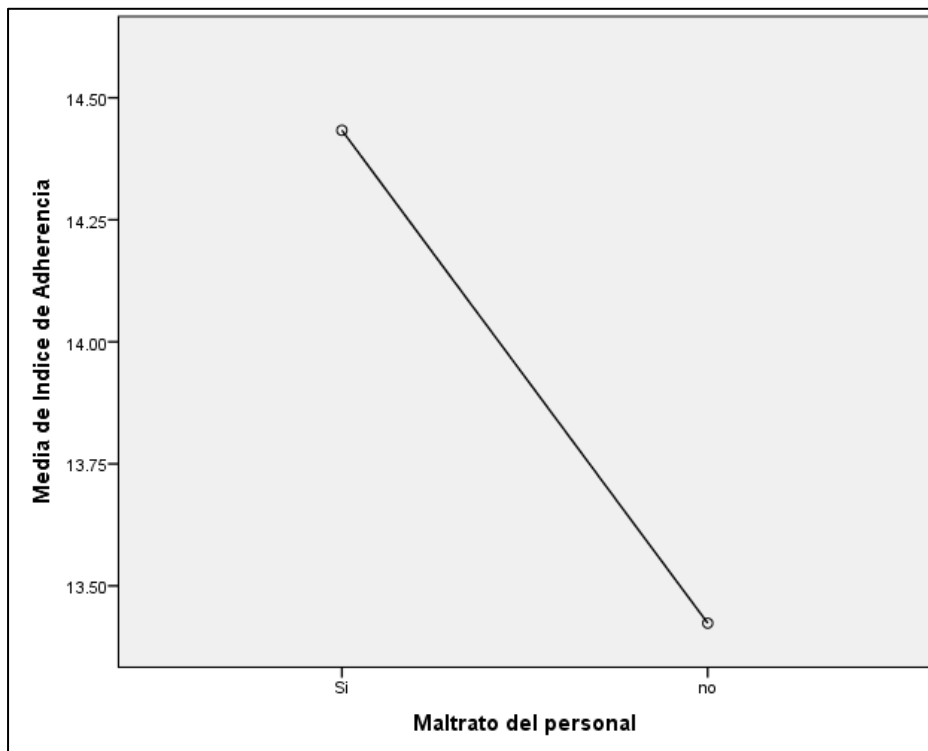
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	27.045	1	27.045	1.617	.205
Intra-grupos	4297.279	257	16.721		
Total	4324.324	258			

Nota: Datos obtenidos por Pilatuña y Villacís (2022).

Esta información, se complementa con el siguiente gráfico:

Figura 35

Relación entre índice de adherencia y falta de empatía por parte de personal.



Nota: Datos obtenidos por Pilatuña y Villacís (2022).

Tomando en cuenta la variable del control del medicamento, se obtienen los siguientes resultados:

Tabla 18*Comparación de medias de la variable control del medicamento*

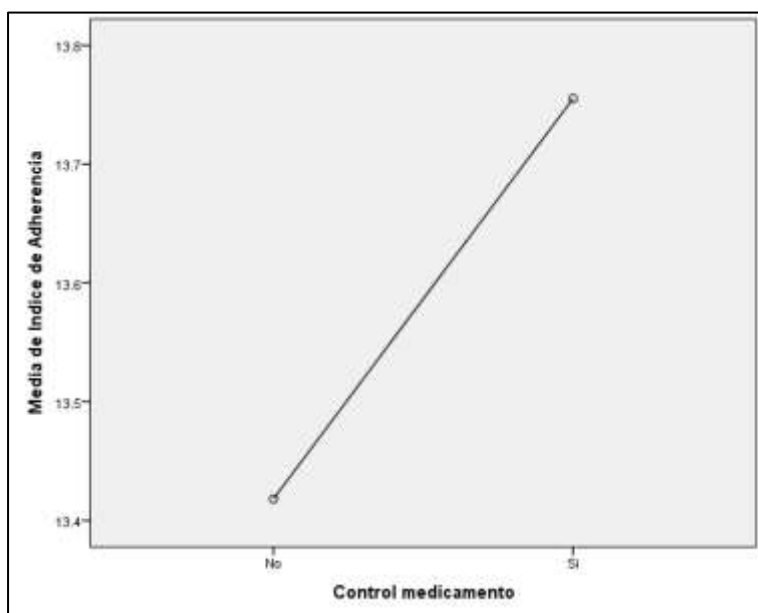
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
No	165	13.42	4.089	.318	12.79	14.05	0	17
Si	94	13.76	4.116	.425	12.91	14.60	1	18
Total	259	13.54	4.094	.254	13.04	14.04	0	18

Nota: Datos obtenidos por Pilatuña y Villacís (2022).**Tabla 19***Análisis de varianza entre adherencia al tratamiento y control del medicamento*

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	6.807	1	6.807	.405	.525
Intra-grupos	4317.518	257	16.800		
Total	4324.324	258			

Nota: Datos obtenidos por Pilatuña y Villacís (2022).

Con los datos obtenidos, se logra el siguiente gráfico:

Figura 36*Relación entre índice de adherencia y control del medicamento.***Nota:** Datos obtenidos por Pilatuña y Villacís (2022).

En alusión a la variable afectación emocional por el diagnóstico, se obtiene los siguientes resultados.

Tabla 20

Comparación de medias de la variable afectación emocional por el diagnóstico

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Si me afectó	91	13.54	3.191	.335	12.87	14.20	1	17
No me afectó	168	13.54	4.517	.349	12.85	14.23	0	18
Total	259	13.54	4.094	.254	13.04	14.04	0	18

Nota: Datos obtenidos por Pilatuña y Villacís (2022).

Tabla 21

Análisis de varianza entre adherencia al tratamiento y afectación emocional por el diagnóstico.

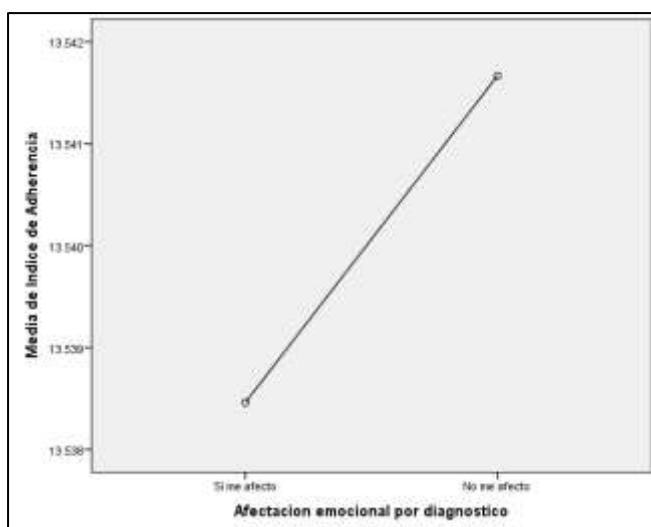
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	.001	1	.001	.000	.995
Intra-grupos	4324.324	257	16.826		
Total	4324.324	258			

Nota: Datos obtenidos por Pilatuña y Villacís (2022).

Con esta información, se puede obtener el siguiente gráfico estadístico:

Figura 37

Relación entre índice de adherencia y afectación emocional por el diagnóstico.



Nota: Datos obtenidos por Pilatuña y Villacís (2022).

Por otro lado, en la correlación entre índice de adherencia, edad e índice de conocimiento, significa que las personas con más conocimiento sobre la enfermedad, tiene a presentar mayor nivel de adherencia.

Tabla 22

Correlación de variables cuantitativas

		Índice de Adherencia	Edad	Índice de conocimiento	Índice de calidad de vida
Índice de Adherencia	Correlación de Pearson	1	.273**	.423**	-.002
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.976
	N	259	259	259	259
Edad	Correlación de Pearson	.273**	1	.187**	-.435**
	Sig. (bilateral)	.000		.002	.000
	N	259	259	259	259
Índice de conocimiento	Correlación de Pearson	.423**	.187**	1	.018
	Sig. (bilateral)	.000	.002		.779
	N	259	259	259	259
Índice de calidad de vida	Correlación de Pearson	-.002	-.435**	.018	1
	Sig. (bilateral)	.976	.000	.779	
	N	259	259	259	259

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Nota: Datos obtenidos por Pilatuña y Villacís (2022).

Análisis de los Resultados

En esta sección se incluye el análisis de los resultados descriptivos presentados en la tablas y figuras anteriores, identificando tendencias, relaciones y comparaciones significativas.

Escala Gencat

Las tendencias más representativas, como se evidencia en la tabla 5, están en el índice de calidad de vida bajo y medio alto, en donde el 38% de participantes se encuentran en el ICV bajo, presentando un déficit de desempeño en las áreas que evalúa. Por otro lado, llama la atención que el 35% de la muestra se encuentra en ICV medio alto, lo que significaría que tiene un desempeño adecuado en las áreas antes mencionadas que evalúa la escala.

Además, con un 21% de los participantes están en el ICV alto, no es un número significativo en relación a la muestra, pero resultaría importante analizar cuáles son las áreas en donde obtiene mayor satisfacción, pues se consideraría que las actividades que realizan estas personas permitirían sobrellevar la enfermedad y tener una buena adherencia al tratamiento.

Cuestionario

Anova

En relación a la variable identidad sexual, en la tabla 6 y 7 se obtiene un nivel de significancia del 0.092 lo que resulta inconsistente para esta investigación, información que se respalda con la figura 31 donde hay una diferencia mínima entre géneros.

En alusión a la variable Nivel Educativo, en base a la tabla 8 y 9 se obtuvo, una significancia de 0.135, resultando no estadísticamente significativo para esta investigación, resultando un factor que no influye si es o no una persona adherente.

En el ingreso económico mensual, con los resultados de las tablas 8 y 9, se tiene un nivel de significancia de 0.011 lo que resulta consistente para esta investigación, considerándola como una relación positiva pero débil.

En relación al Ingreso Mensual, en la tabla 10 y 11 resulta un nivel de significancia de 0.011 valor que es estadísticamente significativo en esta investigación.

Tomando en cuenta la variable Estado laboral actual en las tablas 12 y 13 se obtiene un nivel de significancia de 0.054 mismo valor que es estadísticamente significativo.

En la variable de Número de Convivientes, tomando en cuenta la tabla 14 y 15 se tiene como en la comparación de medias tiene un valor de 0.001, lo que resulta estadísticamente significativo.

Según la tabla 16 y 17 de la variable de Falta de empatía por Parte del Personal de Salud se obtiene un nivel de significancia del 0.205 valor que no es representativo para esta investigación.

Considerando la variable Control del Medicamento, se obtienen las tablas 18 y 19 con un mínimo nivel de significancia del 0.521, valor que resulta no representativo estadísticamente.

En referencia a la variable Afectación Emocional por Diagnostico se analizan las tablas 20 y 21, obteniendo un valor de 0.995 resultando no estadísticamente representativo en esta investigación.

Correlación

I. Adherencia vs. Edad. – Partiendo de la tabla 22, consta una asociación estadísticamente significativa entre la adherencia y la edad, el nivel de correlación es de 0.273”, existiendo una asociación positiva pero débil.

I. Adherencia vs. I. Conocimiento. – Según la tabla 22, figura una asociación estadísticamente significativa entre la adherencia y el conocimiento, el nivel de correlación es de 0.423”, existiendo una asociación positiva y moderada.

I. Adherencia vs. I. Calidad de Vida. – Considerando la tabla 22, su valor es -0,02 por lo que no existe una asociación estadísticamente significativa.

I. Conocimiento vs Edad. – Tomando en cuenta la tabla 22, se obtiene una asociación estadísticamente significativa entre el índice de conocimiento y la edad, su nivel de correlación es de 0.187”, existiendo una asociación positiva pero débil.

Edad vs. I. Calidad de vida. – En relación a la tabla 22, se constata una asociación estadísticamente significativa entre la edad y el índice de calidad de vida, su nivel de correlación es de -0.435”, existiendo una asociación negativa y moderada.

I. Calidad de vida vs. I. Conocimiento. – Luego de observar la tabla 22 se obtiene un valor de 0.018 indicando que no existe una asociación estadísticamente significativa.

Interpretación de los Resultados

Conforme a los datos ya procesados en el programa estadístico SPSS se llegaron a identificar varias categorías las cuales sirven para el análisis propuesto en esta investigación.

Uno de los procesos principales que se utilizó es la correlación de variables de tipo cuantitativo, tomando varias categorías que se presumió podían ser las principales en esta investigación, así, se determinó que dichas categorías son las que intervienen directamente en un paciente al momento de adherirse o no al tratamiento de la DM II.

De igual manera, se trabajó en la misma herramienta estadística, aplicando Anova que consiste en la comparación de medias de dos variables cualitativas, y se obtuvo resultados sobre los factores restantes que se planteó en esta investigación para poder identificar individualmente si dichos factores tienen relevancia al momento de adherirse al tratamiento DM II.

Así, en referencia a los datos arrojados por el programa estadístico SPSS correspondientes a la información tomada del cuestionario y la escala Gencat de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II del Hospital General Docente de Calderón se obtienen lo siguiente:

Anova

Se emplea el modelo para analizar la relación entre una categoría y variables cualitativas que se obtuvo del cuestionario aplicado en el HGDC y así poder analizar su relación en base a la comparación de medias estadísticas. Una categoría fija que se manejará para obtener los resultados es el índice de adherencia ya que constará como una constante para todos los análisis propuestos, las variables principales de esta investigación son: identidad sexual, nivel educativo, ingreso mensual, cuentan con empleo, personas con quien convivan, falta de empatía por parte del personal de salud en alguna ocasión, tienen personas que los ayuden a controlar el medicamento y si sufrieron de alguna afectación emocional cuando se enteraron de su diagnóstico de diabetes mellitus tipos II.

De acuerdo a los resultados arrojados por la herramienta estadística en donde se insertó la categoría con las diversas variables se obtienen resultados significativos (los datos son

significativos cuando son igual o menor que 0.05), de acuerdo a esto se explicará cada una de las comparaciones:

I. Adherencia vs. Identidad sexual. - En la presente comparación según la tabla 6, 7 y la figura 30 no hay una diferencia estadísticamente significativa, esto quiere decir que no hay una diferenciación entre porcentajes de hombres o mujeres para adherirse al tratamiento de la DM II, ya que este diagnóstico se presenta en los dos sexos por similares circunstancias.

I. Adherencia vs. Ingresos económicos mensuales. - Según la tabla 10 y 11 esta relación es poco significativa, pues la adherencia que tenga una persona al tratamiento no depende directamente del recurso económico que tenga, cabe mencionar que no deja de ser una ayuda el contar con los recursos económicos necesarios, esto se respalda en la figura 32 en donde son las personas con mayor ingreso quienes tienen mayor adherencia al tratamiento. Sin embargo, llama la atención que tienen adherencia al tratamiento las personas que se encuentran en el nivel económico más bajo, esto podría corresponder con su nivel educativo, pues son personas sugestionables, ya que tendrían temor a las complicaciones propias de la enfermedad, por tanto, intentan adherirse al tratamiento.

I. Adherencia vs. Estado laboral actual. - En relación a la figura 33, se observa que hay un mínimo valor estadísticamente significativo, pues existe una relación débil entre estas variables, es así que una persona que no tenga una estabilidad laboral, si llega a afectar la adherencia al tratamiento, pues implicaría que la persona no tenga los recursos necesarios para comprar el medicamento o poder asistir a la casa de salud por el tratamiento, mientras que las personas que cuentan con un trabajo estable podrían ser más adherentes.

I. Adherencia vs. Con quién convive. - en este análisis se evidencia que hay un valor estadísticamente significativo, pues las personas que se encuentran conviviendo con un número mayor de personas (6 o más) según la figura 34 tiene mayor adherencia al tratamiento, pues las mismas le ayudarían a controlar el medicamento.

I. Adherencia vs. Falta de empatía por parte del personal de salud. - Con la figura 35 se pudo interpretar, que, si bien no hay un nivel de significancia importante en los datos obtenidos, se puede evidenciar que el 90% de los pacientes nunca ha sido víctima de algún maltrato físico, verbal o psicológico, por parte del personal de salud, esto podría influir en una mínima parte que los pacientes puedan adherirse al tratamiento.

I. Adherencia vs. Quién controla el medicamento. - Considerando los valores estadísticos de la figura 36, significaría que no es necesario que los pacientes diagnosticados con DM II tengan algún familiar o persona que ayude a controlar de manera óptima el consumo del esquema medicamentoso para que se adhieran a un tratamiento que les permitirá tener una mejor calidad de vida y cumplir los propósitos que ya tienen establecidos, pues los pacientes por sí mismos logran controlar la ingesta del medicamento.

I. Adherencia vs. Afectación emocional por diagnóstico. - Partiendo de la figura 37 esta no es una variable a considerar, ya que los pacientes al debutar con DM II, muchos de ellos no asimilan el grado de afectación que la enfermedad puede provocar, de la misma manera un gran número de pacientes no son afectados emocionalmente al recibir su diagnóstico, es por ello que la afectación emocional no encaja en que un paciente se adhiera de manera favorable o no al tratamiento propuesto por el tratante.

Correlación

Al momento de aplicar esta relación lineal entre variables como son el índice de adherencia, siendo esta categoría como una constante para todo el análisis que se llevó a cabo; las otras variables a tomar en cuenta son el índice de calidad de vida que se obtuvo del procesamiento de datos del Gencat; de la misma manera el índice de conocimiento y la edad.

De acuerdo a los resultados arrojados por la herramienta estadística, se introdujeron las variables descritas en la tabla 22, se encontró datos con asteriscos (estos asteriscos refieren a que los datos son significativos en un cruce de variables) resultados que se explicarán a continuación:

I. Adherencia vs. Edad. – Según los valores, los pacientes de acuerdo al rango de edad, mayor a 45 años pueden llegar a adherirse de manera consciente y adecuada a los tratamientos que existen sobre la enfermedad, ya que estos pacientes tienen proyectos de vida establecidos, mientras que una gran mayoría de pacientes menores a este rango de edad no aceptan o toman conciencia sobre su enfermedad diagnosticada, por lo tanto, intenta mantener su mismo estilo de vida llevándolos a tener más complicaciones en su salud.

I. Adherencia vs. I. Conocimiento. – Considerando los resultados se evidencia a los pacientes que cuentan con más información o conocimiento sobre todas las complicaciones y riesgos que causa la diabetes mellitus tipos II, tienden a presentar mayores niveles de cuidado y

adherencia al tratamiento propuestos por el personal de salud, ya que estos pacientes han manifestado tener un proyecto de vida claro y específico (personal, familiar, laboral) que no desean verlo interrumpido por no cuidarse o acatar de manera correcta la forma del cuidado como paciente.

I. Adherencia vs. I. Calidad de Vida. - Esto significa que la adherencia de un paciente al tratamiento de la enfermedad, no tiene que ver en su mayoría con la calidad de vida, sea positiva o negativa que tenga en ese momento.

I. Conocimiento vs Edad. – Se obtiene que estas variables van entrelazadas, ya que un paciente para poderse adherir de manera adecuada al tratamiento propuesto por el especialista debe tener un rango de edad prudente, en el que concientice y acepte su enfermedad para poder iniciar un tratamiento adecuado, de la misma manera este paciente debe tener una comprensión de los riesgos que correría si no asimila y trata de manera adecuada su enfermedad.

Edad vs. I. Calidad de vida. – Según los datos obtenidos se da una relación inversamente proporcional, ya que, de acuerdo al rango de edad, algunos de los pacientes más jóvenes llevarían una buena calidad de vida, pues cuentan con proyectos de vida establecidos ayudando a cuidarse de mejor manera, mientras que por el mismo hecho se podría explicar que hay personas de mayor edad que su calidad de vida se ve disminuido por varios factores denotando problemas en todos sus ámbitos (familiar, personal y salud)

I. Calidad de vida vs. I. Conocimiento. - De acuerdo a los resultados evidenciados un paciente si no tiene el conocimiento adecuado sobre su enfermedad como riesgos, complicaciones no podría tener una buena calidad de vida; o a su vez así tuviera el conocimiento de la enfermedad, pero no la acepta por múltiples factores su calidad de vida también se verá afectada.

Una vez concatenadas todas las categorías y variables obtenidas por el programa estadístico SPSS se evidenció que existen cuatro factores principales que ponen en riesgo e inciden en la falta de adherencia al tratamiento de pacientes diagnosticados con DM II son: a) el **nivel educativo**, pues el desconocimiento de la diabetes provoca que los pacientes no tengan una buena adherencia, ya que la falta de información sobre causas, síntomas y consecuencias provocarían complicaciones propias de la enfermedad. b) La **edad**, ya que de acuerdo al análisis de estudio los pacientes menores al rango de edad de 45 años no toman conciencia real de la enfermedad, no aceptan que esta enfermedad puede llegar a cambiar por completo

su calidad de vida, conllevando a tener tropiezos en sus proyectos. c) **Nivel económico**, pues se puede evidenciar que no es directamente proporcional si una persona tiene ingresos o no, para que puedan adherirse al tratamiento de la DM II y para finalizar encontramos la d) **estabilidad laboral**, ya que para los pacientes puede ayudar tener una estabilidad laboral lo que les permitirá acercarse a retirar o comprar el medicamento.

Conclusiones

- Los objetivos planeados al inicio de esta investigación se llegan a cumplir todos conforme lo expuesto, con una pequeña excepción en uno de los objetivos específicos, que fue determinar si la población señalada de 30 a 64 años es adherente o no al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II. Concluyendo que los pacientes a mayor edad tengan cuando son diagnosticados si cumplirán a cabalidad el tratamiento, porque tienen ya un proyecto de vida (estabilidad familiar, laboral y compromisos económicos) siendo estos detonantes que motiven a un mejor cuidado; mientras que la mayoría de jóvenes no toman una conciencia real de la enfermedad o no la aceptan, siguiendo con su mismo estilo de vida.
- El cuestionario y escala aplicada permitió evidenciar cuales son los factores que influyen en los pacientes y de la misma manera como la calidad de vida interviene en los pacientes que son diagnosticados con diabetes mellitus tipos II del Hospital General Docente de Calderón.
- La sistematización de la información con los instrumentos aplicados, permitieron identificar que los factores primordiales para que un paciente se adhiera al tratamiento son tener un amplio conocimiento como: síntomas, causas, complicaciones y tratamiento sobre la diabetes mellitus tipo II, se concluye que es necesario implementar procesos psicoeducativos posterior al diagnóstico, que permitan mantener un conocimiento adecuado sobre: tratamiento, evolución y pronóstico de la enfermedad, que va a permitir conocer cuáles son los principales fármacos que deben ser utilizados, su posología y otros tipos de alternativas que deban implementarse.
- Los datos cuantitativos obtenidos a partir de la sistematización de la información, demuestra que si influye en cierta medida tanto la posición económica como la edad del paciente, para que llegue adherirse al tratamiento propuesto por el tratante, mientras que el nivel educativo no dictamina directamente que los pacientes se adhieran o no al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II; mientras que el resultado de los datos cualitativos como la falta de empatía por parte del personal de salud no es una determinante para que los pacientes se adhieran o no a los tratamientos propuestos por el tratante.
- De la misma manera, se concluye que aun cuando no sean representativos los valores relacionados al estado del ánimo, existen pacientes que han presentado depresión,

frustración y tristeza, por lo que se debería implementar procesos de abordaje y acompañamiento por parte del personal de salud dirigido a aquellos pacientes, que han presentado estos tipos de reacciones emocionales producto del diagnóstico de diabetes mellitus tipos II.

- Al aplicar el cuestionario de manera presencial se pudo identificar la importancia de un trato empático por parte del personal de salud, esto podría ser uno de los aspectos importantes para que los pacientes con diabetes mellitus tipo II de HGDC, continúen realizando sus consultas de manera frecuente y tengan adherencia al tratamiento propuesto por el tratante.
- Se descarta que los pacientes con menor nivel educativo serían los que no se adhieren al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II, demostrando en gran medida que son las personas con un nivel de educación básica y bachiller los que tienen menor adherencia al tratamiento, concluyendo que las personas analfabetas y de nivel primario se pueden adherir de mejor manera al tratamiento, ya que estos pueden ser más sugestionables ayudando a que acaten de mejor manera las indicaciones del tratante, de igual manera las personas que tienen un nivel educativo superior pues entienden las complicaciones propias de la enfermedad.
- Se evidenció con esta investigación, que no depende del tiempo que un paciente haya sido diagnosticado con diabetes mellitus tipo II para que se adhiera de manera correcta al tratamiento, ya que dichos pacientes necesitarían de información clara y específica para que tomen conciencia de su enfermedad.

Referencias

- Abbott, M. W., Binde, P., Clark, L., Hodgins, D. C., Johnson, M. R., Maniowabi, D., . . . Williams, R. J. (2018). *Conceptual Framework of Harmful Gambling: An International Collaboration*. Ontario, Canada. Obtenido de [https://www.greo.ca/Modules/EvidenceCentre/files/Abbott%20et%20al%20\(2018\)%20Conceptual%20framework%20of%20harmful%20gambling%20-%20third%20edition.pdf](https://www.greo.ca/Modules/EvidenceCentre/files/Abbott%20et%20al%20(2018)%20Conceptual%20framework%20of%20harmful%20gambling%20-%20third%20edition.pdf)
- Acosta , P., Isasi , D., Lugo , G., Maidana, G., Mastroianni, P., Morinigo, M., & Vera, Z. (2016). Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa. *Instituto de Investigación Ciencia de la Salud*, 70-77. Obtenido de <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v14n1/v14n1a11.pdf>
- Almaguer, A., Enrique, P., Mariño, A., Oliveros , R., & Será, C. (2012). *Actualización sobre diabetes mellitus*. 2(16), 16. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2012/ccm122i.pdf>
- Álvarez , A., Arrobo , L., Espinoza, C., Lopéz, M., & Pazmiño, A. (2019). Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: un reto multidisciplinario. *Diabetes Internacional y endocrinología.*, XI(1), 31-36. Obtenido de http://www.revdiabetes.com/images/revistas/2019/revdia1_2019/7_adherencia_terap%C3%A9utica.pdf
- Alvarez, O., Brizuela, L., Foros , J., Gallego, R., Iglesias, J., & Rodríguez, A. (2017). Valoración del cumplimiento de los tratamientos hipoglucemiantes y antihipertensivos en Galicia. *Farmaceuticos comunitarias*, 9(4), 5-13. Obtenido de <https://www.farmaceuticoscomunitarios.org/es/system/files/journals/1200/articles/fc2017-9-4-02cumplega.pdf>
- American Academy of Ophthalmology. (22 de Septiembre de 2021). *Que es el Glaucoma*. (D. Turbet, Ed.) Obtenido de <https://www.aaof.org/salud-ocular/enfermedades/que-es-la-glaucoma>
- Aracena, K., Caro, J., Contreras, D., & Imarai, C. (Agosto de 2013). Relación entre hipoacusia y diabetes mellitus tipo 2. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 73(2), 5. Obtenido de

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162013000200008

- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *XI*(2), 161-164. doi:<https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- Ardila, R. (2003). Calidad de Vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 161-164.
- Arteaga, M., Hoyos, T., & Muñoz, M. (2011). 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*, *XXIX*(2), 194-203. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105222400005.pdf>
- Artola, S., Conthe, P., Mata, M., Mediavilla, J., Miranda, C., & Orozco, D. (2016). Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo2:situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Atención Primaria*, 406-420. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S021265671500270X>
- Asociacion Latinoamericana de Diabetes. (2010). Guía ALAD / Diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. 80. (M. Ruiz, Ed.) Obtenido de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Guias_ALAD_2009.pdf
- Asociación Latinoamericana de Diabetes. (2019). Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia Edición 2019. *ALAD*, 7-11. Obtenido de https://revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf
- Avila, H. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación*. Chihuahua, México: Eumed.net. Obtenido de <https://www.eumed.net/libros-gratis/2006c/203/>
- Balart, M. (2019). La empatía: La clave para conectar con los demás. *Agama*, 85-88. Obtenido de https://www.gref.org/nuevo/articulos/art_250513.pdf
- Baptista , M., Fernández, C., & Hernández, R. (2014). *Metodología de investigación*. México D.F., México: Mc Graw Hill. Obtenido de <http://www.pucesi.edu.ec/webs/wp-content/uploads/2018/03/Hern%C3%A1ndez-Sampieri-R.-Fern%C3%A1ndez-Collado-C.-y-Baptista-Lucio-P.-2003.-Metodolog%C3%ADa-de-la->

investigaci%C3%B3n.-M%C3%A9xico-McGraw-Hill-PDF.-Descarga-en-
l%C3%ADnea.pdf

- Bobadilla, M., Dimas, B., Gómez, M., González, G., & Sánchez, A. (2016). Enfermedad cardiovascular: primera causa de morbilidad en un hospital de tercer nivel. *Revista mexicana de Cardiología*, 98-102.
- Bragagnolo, J., Cagide, A., Damiano, M., Lapertosa, S., & Sereday, M. (2019). Amputaciones de Miembros Inferiores en diabéticos y no diabéticos en el ámbito hospitalario. *Asociación Latinoamericana de Diabetes*, 9-15. Obtenido de https://www.revistaalad.com/pdfs/0905_Amp_de_Miem.pdf
- Briones, J., Carrillo, R., Días, M., Gaínza de los Ríos, F., Moreno, A., & Pérez, Á. (2017). Insuficiencia renal aguda. *Nefrología al día*, 40(4), 8. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma174e.pdf>
- Cabrera, Y., Gómez, M., Morejón, R., Ramos, Y., Rangel, C., & Reina, M. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Finlay*.
- Canal, N., Carreño, Á., & Guillén, A. (2012). Fases de análisis estadístico de los datos de estudio. En *Método de análisis de datos* (págs. 247-261). Logroño.
- Casas, D., Garrido, S., López, R., Pérez, A., & Rodríguez, A. (7 de Agosto de 2018). Factores condicionantes de la falta de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: caso Unidad de Medicina Familiar 33, Tabasco México. *Waxapa*, X(18), 20-26. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2018/wax1818d.pdf>
- Chmiel, C., Frei, A., Held, U., Herzog, S., Rosemann, T., Senn, O., & Woitzek, K. (15 de Junio de 2012). Características de los pacientes con diabetes tipo 2 mal controlados en la atención primaria. *BMC*, 11(70). Obtenido de <https://cardiab.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-2840-11-70>
- Custodio, R., & Santamaria, L. (Julio de 2016). Calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del programa de enfermedades no transmisibles-diabetes. Hospital Provincial Docente Belen de Lambayeque, 2016. Pimentel, Perú: Universidad Señor de Sipán.

- De la Torre, C., Doval, I., & Taboada, A. (2003). El pie diabético. *Educación médica continuada*, 31(4), 12. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2003/mc034b.pdf>
- De la Torre, C., Doval, I., & Taboada, A. (2003). El pie diabético. *Educación médica continuada*, 31(4), 12. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2003/mc034b.pdf>
- Departamento Psicológico OETH. (2020). (C. OETH, Editor) Obtenido de Organización Educativa Tenorio Herrera : <https://psicologiaoeth.com/proyecto-de-vida/>
- Editorial Etecé. (1 de Agosto de 2021). *Enciclopedia Concepto*. Obtenido de <https://concepto.de/proyecto-de-vida/>
- Escobar, F., & Tébar, F. (2009). *La Diabetes Mellitus en la Práctica Clínica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Espinoza, I. (Marzo de 2016). Unidad de investigación científica-Tipos de muestreo. Honduras. Obtenido de <http://www.bvs.hn/Honduras/Embarazo/Tipos.de.Muestreo.Marzo.2016.pdf>
- Fernández, M., García, P., Leites, A., & Tenorio, L. (11 de Marzo de 2019). Evaluación de la no adherencia al tratamiento hipoglucemiante en la farmacia comunitaria. *Farmacéuticos comunitarios*, 5-13. Obtenido de <https://www.farmaceticoscomunitarios.org/es/system/files/journals/1702/articles/fc2019-11-1-02tto-hipoglucemiante.pdf>
- Foundation for Medical Education and Research. (Junio de 2019). *MayoClinic.org*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/diabetic-nephropathy/symptoms-causes/syc-20354556?p=1>
- García , T. (Marzo de 2013). El cuestionario como instrumento de investigación/evaluación. Almendralejo, España. Obtenido de http://www.univsantana.com/sociologia/El_Cuestionario.pdf
- García, E. (2004). ¿Qué es la obesidad? *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12(4). Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2004/ers043c.pdf>

- Gómez, C. (Abril de 2018). Factores psicológicos predictores de estilos de vida saludable. *Revista de Salud Pública.*, 20(2), 8. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v20n2/0124-0064-rsap-20-02-155.pdf>
- Guamán, N., Mesa, I., Peña, S., & Ramírez, A. (2021). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus II. *Revistaavft*, 282-290.
- Hernández, O. (2016). Proyecto de vida y desarrollo integral humano. *Revista Internacional Creemos*, 31. Obtenido de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/07D050.pdf>
- Hoyos, T., Arteaga, M., & Muñoz, M. (2011). 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*, 29(2), 194-203. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105222400005.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2020). *Registro Estadístico de Defunciones Generales*. Quito. Recuperado el 2021, de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2020/Boletin_%20tecnico_%20EDG%202019%20prov.pdf
- Isea, J., Gómez, J., Ponte, C., & Vilorio, J. (2012). Complicaciones macrovasculares de la diabetes mellitus: cardíacas, vasculocerebrales y enfermedad arterial periférica. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 10(1), 12. Obtenido de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102012000400013
- Jiménez, M. (Junio de 2007). Psicodiabetes. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1). Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242007000100012
- Juárez, A., Morales, F., & Pimentel, D. (2009). Aspectos clínicos de la disfunción eréctil en el paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Perinatología y Reproducción Humana*, 23(3), 9. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2009/ip093g.pdf>
- Maciques, J., Pérez, M., Puig, M., & Redondo, L. (2013). Asociación de la diabetes mellitus con el glaucoma crónico simple. *Revista Cubana de Endocrinología*, 24(3), 6.

Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532013000300007

- Mattos, G., & Ochoa, A. (2015). Adherencia al tratamiento en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en el hospital de bosa, Bogotá entre agosto y octubre de 2015. Bogotá, Colombia: UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES. Obtenido de <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/577/3/Mattos%20Mart%C3%ADnez.pdf>
- Mediavilla, J. (2001). Complicaciones de la diabetes mellitus. Diagnóstico y tratamiento. (SEMERGEN, Ed.) *Diabetes Mellitus*, 5(2), 14. Obtenido de <file:///C:/Users/Enrique/AppData/Local/Temp/S1138359301739317.pdf>
- Mendivelso, F., & Rodríguez, M. (2018). Diseño de Investigación de Corte Transversal. *Revista Médica Sanitas*, 141-147. Obtenido de https://www.unisanitas.edu.co/Revista/68/07Rev%20Medica%20Sanitas%2021-3_MRodriguez_et_al.pdf
- Mendivil, C., & Sierra, I. (2013). *Hacia el manejo práctico de la diabetes mellitus tipo 2*. Bogotá: Kimpres.
- Ministerio de Salud Pública. (2018). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica. Quito, Ecuador. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/10/guia_prevenccion_diagnostico_tratamiento_enfermedad_renal_cronica_2018.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2017). Diabetes Mellitus tipo 2. 87. Quito, Ecuador: Dirección Nacional de Normatización – MSP. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Diabetes-mellitus_GPC.pdf
- Mutai, J., Gikunju, J., & Waari, G. (2018). *Adherencia a la medicación y factores asociados con la mala adherencia entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en seguimiento en el Hospital Nacional de Kenyatta*. Kenia: Pan Afr Med J.
- National Eye Institute. (10 de Julio de 2019). *La retinopatía diabética*. Obtenido de <https://www.nei.nih.gov/learn-about-eye-health/en-espanol/la-retinopatia-diabetica>

- National Institute Of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (Febrero de 2018). *Que es la neuropatía diabética*. Obtenido de <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/prevenir-problemas/neuropatias-diabeticas/que-es>
- Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas. (2019). Obtenido de <https://www.opimec.org/glosario/chronic-diseases/>
- Organización Mundial de la Salud. (1 de Abril de 2020). *Obesidad y sobrepeso*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Panamericana de la Salud. (Junio de 2014). Situación de las enfermedades crónicas no transmisibles del Ecuador. *Revista Informativa*(32), 5-23. Obtenido de https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&alias=509-boletin-informativo-n0-32-junio-2014-1&category_slug=documentos-2014&Itemid=599
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Diagnóstico y manejo de la diabetes de tipo 2 . (O. R. Salud, Ed.) *HEARTS-D*, 38. Obtenido de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53007/OPSWNMHNV200043_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ortega, I. (2018). Factores Vinculados a la Adherencia al Tratamiento en la Diabetes Mellitus tipo 2, de cuatro Consultorios del Centro de Salud Baba Año 2018. Guayaquil, Ecuador: UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12200/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-94.pdf>
- Pascacio, G., Ascencio, G., Cruz, A., & Guzmán, G. (2016). Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco*, 22(2), 23-31. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/487/48749482004.pdf>
- Pérez, D., Dos Santos, M., Zanetti, M., & Ferronato, A. (2007). Dificultades de los pacientes diabéticos para el control de la Enfermedad: Sentimientos y Comportamientos. *Enfermagem*, 15(6), 2-4. Obtenido de https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/es_07.pdf

- Pietrangelo, A. (10 de Septiembre de 2020). *Healthline*. Obtenido de <https://www.healthline.com/health/es/diabetes-tipo-2>
- Ramos, Y., Morejón , R., Gómez , M., Reina, M., Rangel , C., & Cabrera Yolanda. (2017). Adherencia terapéutica enpacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Finlay*, 89-98. Obtenido de <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/474>
- Senado, J. (2018). Los factores clínicos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(4), 5. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400018
- Silva, H. (28 de Diciembre de 2016). Comorbilidades en los Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Instituto Nacional del Diabético, Abril-Junio 2016, Tegucigalpa, Honduras. Tegucigalpa, Honduras. Obtenido de <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/comorbilidades-en-los-pacientes-con-diabetes-mellitus-tipo-2-del-instituto-nacional-del-diabeacutetico-abriljunio-2016-tegucigalpa.php?aid=17875>
- Sociedad Española de Medicina Interna. (2016). Diabetes. *Diabetes y Obesidad*, 3. Obtenido de <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/informacion-diabetes.pdf>
- Sulbarán, D. (2012). *Análisis de datos Bivariados*. Caracas, Venezuela: UCV. Obtenido de <http://saber.ucv.ve/bitstream/123456789/11400/1/An%C3%A1lisis%20bivariado%20de%20datos.pdf>
- Urbina , C. (2015). Relación entre adherencia al tratamiento farmacológico y cifras de hb1ac en pacientes diabéticos pertenecientes al club de diabetes del hospital general “Enrique Garcés” de Quito en el año 2014. Quito, Ecuador: UCE. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/8563/Relaci%C3%B3n%20entre%20adherencia%20al%20tratamiento%20farmacol%C3%B3gico%20y%20cifras%20de%20HbA1c%20en%20pacientes%20diab%C3%A9ticos%20.pdf?sequence=1>
- Villanueva, V. (2012). Complicaciones agudas de la Diabetes Mellitus. *Revista de Posgrado Cátedra Medicina*, 2(130), 6.
- Yanguas, J., & Leturia, F. (2006). *Intervención psicosocial en personas mayores*. Madrid: Alianza Editorial.

Anexos

Anexo 1 Consentimiento informado



Universidad Politécnica Salesiana
Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación.
Carrera de Psicología mención Clínica.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los siguientes reactivos tienen como propósito académico, recopilar información relacionada con los factores de riesgo que inciden en la falta de adherencia al tratamiento de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II entre 30 a 64 años del Hospital General Docente de Calderón durante marzo - junio del 2021.

Para tal fin, solicitamos gentilmente su valiosa colaboración respondiendo al primer reactivo que consta de algunas preguntas que no requerirán de mucho tiempo y el segundo reactivo a aplicar se realizará mediante medios electrónicos, por lo que solicitamos su número de contacto. Sus respuestas serán absolutamente confidenciales, de carácter anónimo y con el fin de obtener los factores para la investigación antes mencionada.

Declaro que he sido informado de la finalidad de este cuestionario y he realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido absueltas con respuestas claras y precisas por los internos que aplicarán el cuestionario.

Es así que acepto de manera libre y voluntaria, responder a este cuestionario de la manera más confiable y verídica, que será aplicada por los internos rotativos del Área de Salud Mental del HGDC, mismos que son alumnos de la Universidad Politécnica Salesiana, Carrera Psicología mención Clínica.

Quito, ____ de _____ del 2021.

 Firma del Paciente.

Número de contacto: _____

Anexo 2 Cuestionario de adherencia al tratamiento



Universidad Politécnica Salesiana
Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación.
Carrera de Psicología mención Clínica

**Cuestionario Investigativo en Factores de Falta de Adherencia
al Tratamiento de la Diabetes Mellitus**

Marque con una x la respuesta que usted considere de acuerdo a su realidad clínica, psicológica y social. Sea lo más sincero/a posible en sus respuestas; no existen respuestas correctas o incorrectas.

I. Datos Generales.

1. Edad: _____ 2. Identidad sexual: Masculino (_ _) Femenino (_ _) Otro (_ _)

3. ¿Un estimado de sus ingresos económicos mensuales sería?

\$0 - \$200	
\$200 - \$400	
\$400 - \$600	
> \$800	

4. Usted trabaja: Si (_ _) No (_ _) Su respuesta es SI mencione en qué, caso contrario porque no:

5. Nivel Educativo:

Analfabetismo (_ _) Primaria (_ _) Secundaria (_ _) Tercer/Cuarto Nivel (_ _)

6. Identificación étnica: Mulato (_ _) Blanco (_ _) Negro (_ _) Mestizo (_ _) Indígena (_ _)

7. Lugar de Nacimiento: Costa (_ _) Sierra (_ _) Oriente (_ _) Insular (_ _)

8. Residencia actual: _____

9. Usted vive: Solo (_ _) Con su conyugue (_ _) Con familiares (_ _)

Si la respuesta es con familiares, mencione cuantos integrantes: _____

II. Conocimientos/Adherencia sobre la diabetes mellitus.

10. ¿Tiene familiares que hayan sido diagnosticados con esta enfermedad? Si (_ _) No (_ _)

11. ¿A qué edad le diagnosticaron su enfermedad? _____

12. ¿Cómo debuto usted en su enfermedad?

Luego de exámenes rutinarios.	
En alguna hospitalización.	
Complicaciones propias de la enfermedad.	
Con una amputación.	

13. ¿Usted sabe y conoce sobre su enfermedad? Si (_ _) No (_ _) Su respuesta es SI mencione que conoce, caso contrario porque no: _____

14. ¿Usted toma medicamento? Si (_ _) No (_ _) Su respuesta es SI mencione que tiempo, caso contrario porque no: _____

15. ¿Toma los medicamentos de acuerdo a las indicaciones de su médico?

Si (_ _) No (_ _) ¿Por qué? _____

16. ¿Ha sufrido algún tipo de maltrato por parte del personal de salud, que le haya hecho considerar no ir a una cita médica? Si (_ _) No (_ _) ¿Po qué? _____

17. ¿Tiene algún familiar que controle la medicación? Si (_ _) No (_ _) Su respuesta es SI mencione quién la controla, caso contrario porque no: _____

18. Usted sabe, ¿Qué cuando no cumple el tratamiento adecuado, puede llevarlo a tener otras complicaciones de gran importancia? Si (_ _) No (_ _) Su respuesta es SI mencione que complicación ocasionaría: _____

19. ¿Cuáles de las siguientes complicaciones ha presentado usted desde que le diagnosticaron su enfermedad? (Puede marcar varias respuestas)

Perdida de la visión.		Problemas de los riñones.	
Problemas de presión arterial.		Pie diabético.	
Problemas del corazón.		Amputaciones.	
Elevación, disminución de su peso.		Perdida de la audición.	
Impotencia sexual.			

III. Problemática Psicológica.

20. ¿Toma usted otro tipo de medicación que no sea para la diabetes? Si (_ _) No (_ _) Su respuesta es SI mencione para que enfermedad/malestar: _____

21. ¿Ha olvidado alguna vez tomar sus medicamentos? Si (_ _) No (_ _) ¿Por qué? _____

22. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? Si (_ _) No (_ _) ¿Por qué? _____

23. ¿Ha recibido alguna vez algún tipo de diagnóstico psicológico/psiquiátrico? Si (_ _) No (_ _) Su respuesta es SI mencione que diagnóstico ha recibido: _____

24. Usted considera, ¿Cuándo recibió el diagnóstico de diabetes le ocasionó un problema o conflicto psicológico que no ha superado o ha sido fácil de superar? Si (_ _ _) No (_ _ _) Su respuesta es SI mencione que conflicto le ocasionó: _____

25. Usted asiste a tratamiento o tomaría un tratamiento psicológico, si el médico así lo recomienda.

Si (_ _ _) No (_ _ _) Tal vez (_ _ _) ¿Por qué? _____

26. ¿Cómo se siente emocionalmente en la actualidad con su enfermedad? (Puede marcar varias respuestas)

Ira.		Culpa.	
Miedo.		Depresión.	
Tristeza.		Frustración.	
Ansiedad.		Resignación/aceptación.	

27. ¿Usted dejaría de tomar el medicamento o a su vez ingeriría todos los medicamentos que le hayan recetado con el objetivo de quitarse la vida? Si (_ _ _) No (_ _ _) Su respuesta es sí mencione porque tomaría esa decisión: _____

28. Le gustaría que el personal del HGDC le proporcione más información acerca de su enfermedad.

Si le interesaría (_ _ _) No le interesaría (_ _ _) ¿Qué información le gustaría conocer?

Anexo 3 Escala Gencat

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o casi siempre	Algunas veces	Nunca o casi nunca	
1	Se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2	Presenta síntomas de depresión.	1	2	3	4
3	Está alegre y de buen humor.	4	3	2	1
4	Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	2	3	4
5	Presenta síntomas de ansiedad.	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
7	Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
8	Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	4	3	2	
Puntuación directa TOTAL _____					

RELACIONES INTERPERSONALES		Siempre o casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
10	Mantiene con su familia la relación que desea.	4	3	2	1
11	Se queja de la falta de amigos estables.	1	2	3	4
12	Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
13	Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.	1	2	3	4
14	Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.	1	2	3	4
15	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.	4	3	2	1
16	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	4	3	2	1
17	La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.	1	2	3	4
18	Tiene una vida sexual satisfactoria.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ÍTEM 15: si la persona no tiene trabajo, valore su relación con los compañeros del centro. ÍTEM 17: tienen discapacidad, son personas mayores, fueron o son drogodependientes, tienen problemas de salud mental, etc.</p>					

BIENESTAR MATERIAL		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
19	El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad...).	1	2	3	4
20	El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.	4	3	2	1
21	Dispone de los bienes materiales que necesita.	4	3	2	1
22	Se muestra descontento con el lugar donde vive.	1	2	3	4
23	El lugar donde vive está limpio.	4	3	2	1
24	Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	4	3	2	1
25	Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.	1	2	3	4
26	El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ÍTEM 20: si la persona no tiene trabajo, valore la seguridad del centro.</p>					

DESARROLLO PERSONAL		Siempre o casi siempre	Algunas veces	Nunca o casi nunca	
27	Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.	1	2	3	4
28	Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).	4	3	2	1
29	El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	4	3	2	1
30	Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	1	2	3	4
31	Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable.	4	3	2	1
32	El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	4	3	2	1
33	Participa en la elaboración de su programa individual.	4	3	2	1
34	Se muestra desmotivado en su trabajo.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					
<p>ÍTEMS 29, 31 y 34: si la persona no tiene trabajo, valore respectivamente si las actividades que realiza en el centro le permiten aprender habilidades nuevas, si realiza esas actividades de forma competente y responsable, y si se muestra desmotivado cuando las realiza.</p>					

BIENESTAR FÍSICO

		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
35	Tiene problemas de sueño.	1	2	3	4
36	Dispone de ayudas técnicas si las necesita.	4	3	2	1
37	Sus hábitos de alimentación son saludables.	4	3	2	1
38	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	4	3	2	1
39	Tiene un buen aseo personal.	4	3	2	1
40	En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma.	4	3	2	1
41	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.	1	2	3	4
42	Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL _____

ÍTEM 36: si no necesita ayudas técnicas, valore si dispondría de ellas en el caso de que llegara a necesitarlas.

ÍTEM 39: se le pregunta si la persona va aseada o no, no importa que realice el aseo personal por sí misma o que cuente con apoyos para realizarlo.

ÍTEM 40: si la persona no toma ninguna medicación, marque la opción que considere más adecuada si la tomara. Se refiere a si se revisa la adecuación de la medicación periódicamente.

ÍTEM 41: si la persona no tiene problemas de salud, marque "Nunca o Casi nunca".

AUTODETERMINACIÓN

		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
43	Tiene metas, objetivos e intereses personales.	4	3	2	1
44	Elige cómo pasar su tiempo libre.	4	3	2	1
45	En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.	4	3	2	1
46	Defiende sus ideas y opiniones.	4	3	2	1
47	Otras personas deciden sobre su vida personal.	1	2	3	4
48	Otras personas deciden cómo gastar su dinero.	1	2	3	4
49	Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	1	2	3	4
50	Organiza su propia vida.	4	3	2	1
51	Elige con quién vivir.	4	3	2	1

Puntuación directa TOTAL _____

ÍTEM 43, 44 y 50: en el caso de personas con drogodependencias, valore si sus metas, objetivos e intereses son adecuados, si elige actividades adecuadas para pasar su tiempo libre y si organiza su propia vida de forma adecuada. "Adecuado" hace referencia a que no tenga relación con el consumo de drogas.

INCLUSIÓN SOCIAL		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
52	Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...).	4	3	2	1
53	Su familia le apoya cuando lo necesita.	4	3	2	1
54	Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.	1	2	3	4
55	Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad.	1	2	3	4
56	Sus amigos le apoyan cuando lo necesita.	4	3	2	1
57	El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad.	4	3	2	1
58	Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio.	1	2	3	4
59	Es rechazado o discriminado por los demás.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					

DERECHOS		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
60	Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...).	1	2	3	4
61	En su entorno es tratado con respeto.	4	3	2	1
62	Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.	4	3	2	1
63	Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados.	1	2	3	4
64	En el servicio al que acude se respeta su intimidad.	4	3	2	1
65	En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad.	4	3	2	1
66	Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.).	1	2	3	4
67	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario...).	4	3	2	1
68	El servicio respeta la privacidad de la información.	4	3	2	1
69	Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL _____					

Anexo 4 : Matriz de cuestionario, evaluación de expertos

Profesional / Pregunta	Msc. Andrea Proaño	Psc. Isolina Muñoz	Psc. Mirella Sanchez	Dr. José Guerrero	Dra. Laura Barreto	Dr. Francisco Cabezas	Dra. Tania Alvarez	Pregunta Final después de modificaciones	Preguntas adicionales después de la revisión
1. Edad	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	1. Edad_____	
2. Sexo: Masculino (___) Femenino (___) Otro (___)	✓	Identidad de genero	✓	✓	Identidad sexual	✓	Anotar sin preguntar	2. Identidad sexual: Masculino (___) Femenino (___)	
3. Nivel económico: Alto (___) Medio (___) Bajo (___) De acuerdo a su respuesta, un promedio de ingresos mensuales sería:	Colocar escalas	✓	Plantear de forma menos directiva	Dar datos exactos	Plantear de forma diferente	✓	Preguntar de manera diferente	3. Un estimado de sus ingresos mensuales sería: \$0-\$200__ \$200 - \$400__\$400 - \$600__> \$800	
4. Usted trabaja: Si (___) No (___) Su respuesta es sí mencione en qué, caso contrario porque no:	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	4. Usted trabaja: Si (___) No (___) Su respuesta es sí mencione en qué, caso contrario porque no:	
5. Nivel Educativo: Ninguno (___) Primaria (___) Secundaria (___) Tercer/cuarto Nivel (___)	En lugar de ninguno, sin educación	✓	En lugar de Ninguno, analfabetismo	✓	Modificar el primer nivel	Analfabetismo	Cambiar niveles para que sean más entendibles para paciente	5. Nivel Educativo: Analfabetismo (___) Primaria (___) Secundaria (___) Tercer/Cuarto Nivel (___)	
6. Identificación étnica: Mulato (___) Blanco (___) Negro (___) Mestizo (___) Indígena (___)	Anotar sin preguntar	✓	✓	✓	No preguntar directamente	✓	✓	6. Anotar sin preguntar. Identificación étnica: Mulato (___) Blanco (___) Negro (___) Mestizo (___) Indígena (___)	
7. Lugar de Nacimiento: Costa (___) Sierra (___) Oriente (___) Insular (___)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7. Lugar de Nacimiento: Costa (___) Sierra (___) Oriente (___) Insular (___)	
8. Residencia actual: Costa (___) Sierra (___) Oriente (___) Insular (___)	✓	Plantear como pregunta abierta ya que se repite	✓	preguntar directamente, en residencia actual	✓	Plantear de modo que no se repita	Mejorar la redacción	8. Residencia actual: _____	

		informacion							
9. Usted vive: Solo (_ _ _) Con su conyugue (_ _ _) Con familiares (_ _ _) Si la respuesta es con familiares, mencione cuantos integrantes: _ _ _ _	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9. Usted vive: Solo (_ _ _) Con su conyugue (_ _ _) Con familiares (_ _ _) Si la respuesta es con familiares, mencione cuantos integrantes: _ _ _ _	10. tiene familiares que le han diagnosticado diabetes
II. Conocimientos/Adherencia sobre la diabetes mellitus 10. ¿Hace que tiempo le diagnosticaron diabetes? Desde su nacimiento (_ _ _) <1 año (_ _ _) 1-5 años (_ _ _) 6-10 años (_ _ _) >10 años (_ _ _)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	II. Conocimientos/Adherencia sobre la diabetes mellitus 11. ¿Hace que tiempo le diagnosticaron diabetes? _____	12 ¿Cómo debuto usted en su enfermedad? Luego de exámenes rutinarios() En alguna hospitalización() Complicaciones propias de la enfermedad() Con una amputación()
11. ¿Usted sabe y conoce sobre la diabetes? Si (_ _ _) No (_ _ _) Su respuesta es sí mencione que conoce, caso contrario porque no: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Agregar mayor número de opciones	✓	escalas	Modificar estructura de la pregunta	Escala de likert	✓	Pregunta mal estructurada	13. ¿Usted sabe y conoce sobre la diabetes? Conoce mucha información() Conoce algo de información() Conoce poca información() Conoce nada de información()	
12. ¿Usted toma medicamento? Si (_ _ _) No (_ _ _) Su respuesta es sí mencione que tiempo, caso contrario porque no: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Escalas	Escalas	Con que frecuencia	Cambiar pregunta	modificar opciones	Escalas	Frecuencia	14. ¿Con que frecuencia toma el medicamento para la diabetes? Casi nunca () Ocasionalmente () Ordariamente () Con frecuencia () Muchisimas Veces () Siempre ()	
13. ¿Toma los medicamentos de acuerdo a las indicaciones de su médico? Si (_ _ _) No (_ _ _) A veces (_ _ _)	Escalas	Modificar	✓	Escalas	Modificar pregunta	Agregar escalas	✓	15. ¿Con que frecuencia toma los medicamentos de acuerdo a las indicaciones de su médico? Casi nunca () Ocasionalmente ()	

								Ordinariamente (___) Con frecuencia (___) Muchísimas Veces (___) Siempre	
14. ¿Ha sufrido algún tipo de maltrato por parte del personal de salud, que le haya hecho considerar ir a una cita médica? Si (___) No (___) A veces (___)	Escalas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	16. ¿Ha sufrido algún tipo de maltrato por parte del personal de salud, que le haya hecho considerar ir a una cita médica? Si (___) No (___) A veces (___)	
15. ¿Tiene algún familiar que controle la medicación? Si (___) No (___) Su respuesta es sí mencione quién la controla, caso contrario porque no: _ _ _ _ _	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	17. ¿Tiene algún familiar que controle la medicación? Si (___) No (___) Su respuesta es sí mencione quién la controla, caso contrario porque no: _ _ _ _ _	
16. ¿Usted sabe que cuando no cumple el tratamiento adecuado, puede llevarlo a tener otras complicaciones de gran importancia? Si (___) No (___) Su respuesta es sí mencione que complicación ocasionaría: _ _ _ _	Escalas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	18. ¿Qué tan de acuerdo se encuentra con la siguiente afirmación? Cuando una persona con diabetes no cumple el tratamiento adecuado, puede llevarlo a tener otras complicaciones clínicas de gran importancia. Totalmente de acuerdo (___) De acuerdo (___) Ni en acuerdo, ni en desacuerdo (___) En desacuerdo (___) Totalmente de desacuerdo (___)	

<p>17. ¿Cuáles de las siguientes complicaciones ha presentado usted desde que le diagnosticaron su enfermedad? (Puede marcar varias respuestas): * Pérdida de la visión. (_ _ _) * Problemas de presión arterial. (_ _ _) * Problemas del corazón. (_ _ _) * Elevación, disminución de su peso. (_ _ _) * Impotencia sexual. (_ _ _) * Problemas de los riñones. (_ _ _) * Pie diabético. (_ _ _) * Amputaciones. (_ _ _) * Pérdida de la audición. (_ _ _)</p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<p>19. ¿Cuáles de las siguientes complicaciones ha presentado usted desde que le diagnosticaron su enfermedad? (Puede marcar varias respuestas): * Pérdida de la visión. (_ _ _) * Problemas de presión arterial. (_ _ _) * Problemas del corazón. (_ _ _) * Elevación, disminución de su peso. (_ _ _) * Impotencia sexual. (_ _ _) * Problemas de los riñones. (_ _ _) * Pie diabético. (_ _ _) * Amputaciones. (_ _ _) * Pérdida de la audición. (_ _ _)</p>	<p>20. ¿Toma usted otro tipo de medicación que no sea para la diabetes?</p>
<p>III. Problemática Psicológica. 18. ¿Ha olvidado alguna vez tomar sus medicamentos? Si (_ _ _) No (_ _ _) A veces (_ _ _)</p>	Escala	Modificar	Estructura r mejor las opciones	Escala	Modificar pregunta	Agregar escalas	Escala	<p>III. Problemática Psicológica. 21. ¿Con qué frecuencia ha olvidado tomar sus medicamentos? Casi nunca (_) Ocasionalmente (_) Ordariamente (_) Con frecuencia (_) Muchísimas Veces (_) Siempre (_)</p>	
<p>19. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? Si (_ _ _) No (_ _ _) A veces (_ _ _)</p>	Escala	Escala	escalas	Escala	Escala de likert	Escala	Escala	<p>22. ¿ Con qué frecuencia cree usted que toma el medicamentos en las horas indicadas? Nunca (_) A veces (_) Normalmente (_) Casi siempre (_) Siempre (_)</p>	
<p>20. ¿Ha recibido alguna vez algún tipo de diagnóstico psicológico/psiquiátrico? Si (_ _ _) No (_ _ _) Su respuesta es sí mencione que diagnóstico ha recibido:</p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<p>23. ¿Ha recibido alguna vez algún tipo de diagnóstico psicológico/psiquiátrico? Si (_ _ _) No (_ _ _) Su respuesta es sí mencione que diagnóstico ha recibido:</p>	

<p>21. Usted asiste a tratamiento o tomaría un tratamiento psicológico, si el médico así lo valora. Si (_ _ _) No (_ _ _) A veces (_ _ _)</p>	Escalas	Modificar	escalas	Modificar estructura de la pregunta	reestructurar	Escalas	Escalas	<p>25. Usted asiste a tratamiento o tomaría un tratamiento psicológico, si el médico así lo valora. Nunca lo he hecho, y nunca lo haría bajo ninguna circunstancia (_) No lo he hecho pero podría hacerlo (_) Lo he hecho una o muy pocas veces (_) Lo he hecho algunas veces (_) Lo he hecho muchas veces (_)</p>	<p>26. ¿Cómo se siente emocionalmente en la actualidad con su enfermedad?</p>
<p>22. ¿Usted dejaría de tomar el medicamento o a su vez ingeriría todos los medicamentos que le hayan recetado con el objetivo de quitarse la vida? Si (_ _ _) No (_ _ _) Su respuesta es sí mencione porque tomaría esa decisión: ----- -----</p>	Escalas	Modificar	escalas	Escalas	Escala de likert	Agregar escalas	Escalas	<p>27. ¿Usted dejaría de tomar el medicamento o a su vez ingeriría todos los medicamentos que le hayan recetado con el objetivo de quitarse la vida? Si podría hacerlo (_) No lo haría (_)</p>	
<p>23. ¿Usted considera que cuando recibió el diagnóstico de diabetes le ocasionó un problema o conflicto psicológico que no ha superado o ha sido fácil de superar? Si (_ _ _) No (_ _ _) Su respuesta es sí mencione que conflicto le ocasionó: ----- -----</p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<p>24. ¿Usted considera que cuando recibió el diagnóstico de diabetes le ocasionó un problema o conflicto psicológico que no ha superado o ha sido fácil de superar? Si (_ _ _) No (_ _ _) Su respuesta es sí mencione que conflicto le ocasionó: -----</p>	
<p>24. Le gustaría que el personal del HGDC le proporcione más información acerca de su enfermedad. Si le interesaría (_ _ _) No le interesaría (_ _ _) ¿Qué información le gustaría conocer?</p>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<p>28. Le gustaría que el personal del HGDC le proporcione más información acerca de su enfermedad. Si le interesaría (_ _ _) No le interesaría (_ _ _) ¿Qué información le gustaría conocer?</p>	