

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL  
DE HUAMANGA**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE  
CIENCIAS DE LA SALUD**



**TESIS:**

**Prácticas de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento Oral de  
la DM2, en Pacientes del Hospital Regional de Ayacucho, 2023**

Para optar el grado académico de:  
**MAESTRA EN SALUD PÚBLICA**

PRESENTADO POR:  
**Bach. Mariela Tatiana DE LA CRUZ MEJIA**

ASESORA:  
**Dra. Lidia GONZALEZ PAUCARHUANCA**

**AYACUCHO - PERÚ**

**2025**

### **Dedicatoria**

Quiero expresar mi agradecimiento a mis padres por su constante respaldo, a mi familia por ser mi mayor fortaleza y a mi asesora por orientarme a lo largo de la elaboración de mi tesis.

M. Tatiana

## **Agradecimiento**

A Dios por brindarme salud, trabajo y por ser guía en la travesía de mi vida.

A la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga mi alma mater, pilar formativo y de crecimiento profesional, por brindarme la oportunidad de emprender y desarrollarme profesionalmente.

Agradezco a la Unidad de Posgrado de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, al personal directivo, plana docente por impulsar el desarrollo formativo, científico y académico durante los años de estudio.

Agradezco a la Dra. Lidia González Paucarhuanca, por su orientación, respaldo en todo el proceso de investigación.

También expreso mi gratitud al director del hospital y a los responsables del Área de Educación y Capacitación por su apoyo en la recolección de datos y la realización de mi investigación.

Así mismo reconocer la contribución de mis colegas del programa de Diabetes del Hospital Regional de Ayacucho, ya que, de diversas maneras, aportaron a la mejora y enriquecimiento del contenido de la presente investigación.

## Resumen

**El objetivo** del estudio fue determinar las prácticas de autocuidado que influyen en la adherencia al tratamiento oral de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), en pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023. **Materiales y Métodos:** La investigación se enmarcó en un diseño no experimental, explicativo, de corte transversal. La población fueron pacientes diagnosticados con DM2, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencionado (115); la técnica para recabar la información fue la entrevista, como instrumento el cuestionario de Actividades de Autocuidado de la Diabetes (SDSCA) y el Test de Morisky Green. **Resultado:** El 69.6% no tienen adherencia al tratamiento oral; asimismo el 80% no cumplen con las prácticas de autocuidado; el 67.8% no cumple con un plan de alimentación saludable ( $p < 0.05$ ), el 80.9% no consume de forma continua alimentos ricos en grasas, bebidas azucaradas ( $P > 0.05$ ). El mayor porcentaje no realiza actividad física de forma intensa (80.9%), no cumplen con el control glucémico de forma periódica (78.3%); no cumplen con la revisión de los pies en forma periódica (73%); no realiza la higiene de los pies en forma continua (68.7%); condiciones que no se asocian con la adherencia al tratamiento oral. Por otro lado, el 81.7% no tienen el hábito de consumir cigarrillos ( $X^2: 5.306a, p < 0.05$ ), ni consumen bebidas alcohólicas (65.2%) ( $X^2: 1.824a, p > 0.05$ ). **Conclusiones:** La adherencia al tratamiento oral de la DM2, no se asocia con las prácticas de autocuidado ( $X^2: 0.257, p > 0.05$ ), en ese sentido, se da por rechaza la hipótesis de investigación ( $H_i$ ) y la hipótesis nula termina siendo aceptada ( $H_o$ ).

**Palabra clave:** Prácticas de autocuidado, adherencia al tratamiento oral, diabetes mellitus tipo 2.

## Abstract

The objective of the study was to determine the self-care practices that influence adherence to oral treatment of type 2 diabetes mellitus (DM2), in patients who attend the Regional Hospital of Ayacucho, 2023. Materials and Methods: The research was framed in a non-experimental, explanatory, cross-sectional design. The population was patients diagnosed with DM2, selected through intentional non-probabilistic sampling (115); The technique to collect the information was the interview, as instrumented by the Diabetes Self-Care Activities (SDSCA) questionnaire and the Morisky Green Test. Results: 69.6% do not have adherence to oral treatment; Likewise, 80% do not comply with self-care practices; 67.8% do not comply with a healthy eating plan ( $p < 0.05$ ), 80.9% do not continuously consume foods rich in fats, sugary drinks ( $P > 0.05$ ). The highest percentage does not perform intense physical activity (80.9%), they do not comply with glycemic control periodically (78.3%); they do not comply with periodic foot checks (73%); does not perform foot hygiene continuously (68.7%); conditions that are not associated with adherence to oral treatment. On the other hand, 81.7% do not have the habit of consuming cigarettes ( $X^2: 5.306a, p < 0.05$ ), nor do they consume alcoholic beverages (65.2%) ( $X^2: 1.824a, p > 0.05$ ). Conclusions: Adherence to oral treatment for DM2 is not associated with self-care practices ( $X^2: 0.257, p > 0.05$ ), in that sense, the research hypothesis is rejected ( $H_i$ ) and the null hypothesis ends up being accepted ( $H_o$ ).

**Keyword:** Self-care practices, adherence to oral treatment, type 2 diabetes mellitus

## Índice general

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Resumen.....	iv
Abstract.....	v
Índice general.....	vi
Índice de tablas.....	ix
Índice de anexos.....	x
Introducción.....	11
Capítulo I Marco teórico.....	15
1.1. Antecedentes del estudio.....	15
1.1.1. Antecedentes internacionales.....	15
1.1.2. Antecedentes nacionales.....	16
1.1.3. Antecedentes regionales.....	17
1.2. Base teórica.....	19
1.2.1. Prácticas de autocuidado para el manejo de la DM2.....	19
A. Teorías de autocuidado.....	19
B. Dimensiones de las prácticas de autocuidado para el manejo de la DM2.....	20
B.1. Patrones de consumo.....	20
B.2. Ejercicios.....	20
B.3. Control glucémico.....	21
B.4. Cuidado de los pies.....	21
B.5. Consumo de sustancias psicoactivas.....	21
B.6. Estado emocional.....	22
1.2.2. Adherencia al tratamiento de la diabetes tipo 2.....	22
A. Definición.....	22
B. Causas de la falta de adherencia terapéutica.....	22
B.1. Intencionada.....	22
B.2. No intencionada.....	23
C. Técnicas para determinar la adherencia al tratamiento.....	24
1.2.3. Diabetes.....	24
A. Definición.....	24
B. Clasificación.....	25

B.1. Diabetes mellitus tipo 1 (DM1):.....	25
B.2. Diabetes mellitus tipo 2 (DM2):.....	25
B.3. Diabetes mellitus gestacional (DMG).....	26
B.4. Otros tipos específicos de diabetes <sup>36</sup> .....	27
C. Factores de riesgo de la diabetes tipo 2 (DM2).....	28
C.1. Factores de riesgo modificables <sup>42</sup> .....	28
C.2. Factores de riesgo no modificables .....	29
D. Fisiopatología de la diabetes tipo 2.....	29
E. Diagnóstico de la diabetes tipo 2 .....	30
F. Complicaciones.....	31
F.1. Complicaciones microvasculares.....	31
F.2. Complicaciones macrovasculares .....	31
F.3. Pie diabético.....	32
G. Tratamiento de la diabetes tipo 2.....	32
G.1. Tratamiento no farmacológico.....	32
G.2 Tratamiento farmacológico según el MINSA .....	33
1.3. Variables de estudio .....	34
1.3.1. Identificación de variables .....	34
Capítulo II Materiales y métodos .....	38
2.1. Enfoque de estudio.....	38
2.2. Tipo de investigación .....	38
2.3. Tipo de diseño de investigación.....	38
2.4. Area de estudio .....	38
2.5. Población.....	39
2.5.1. Los criterios de inclusión fueron .....	39
2.5.2. Los criterios de exclusión son:.....	39
2.6. Muestra .....	39
2.7. Tecnicas e instrumento de recoleccion de datos .....	40
2.7.1. La técnica para utilizar para recabar la información fue la entrevista. ...	40
2.7.2. Los instrumentos para utilizar en el presente estudio son:.....	40
2.7.3. Criterios de validez y confiabilidad.....	41
2.8. Recolección de datos .....	42
2.9. Procesamiento y presentación de datos .....	42

Capítulo III Resultados .....	44
Capitulo IV Discusión .....	50
Conclusiones.....	55
Recomendaciones.....	56
Referencias bibliográficas .....	57
Anexos .....	66

## Índice de tablas

<b>Tabla 1</b>	Prácticas de autocuidado y adherencia al tratamiento oral de la DM2, en los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023.....	44
<b>Tabla 2</b>	<i>Prácticas de autocuidado en la dimensión de patrones de consumo, y adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023.....</i>	45
<b>Tabla 3</b>	Prácticas de autocuidado en la dimensión actividad física, y adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023. ....	46
<b>Tabla 4</b>	Prácticas de autocuidado en la dimensión de control glucémico, y adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023.....	46
<b>Tabla 5</b>	Prácticas de autocuidado en la dimensión de cuidados de los pies, y adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023.....	47
<b>Tabla 6</b>	Prácticas de autocuidado en la dimensión de consumo de sustancia psicoactivas, y adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023.....	48

## Índice de anexos

<b>Anexo 1</b>	Cuestionario 01 .....	67
<b>Anexo 2</b>	Cuestionario 02.....	70
<b>Anexo 3</b>	Matriz de consistencia.....	71
<b>Anexo 4</b>	Juicio de expertos .....	73
<b>Anexo 5</b>	Consentimiento informado .....	80
<b>Anexo 6</b>	Base de datos .....	81
<b>Anexo 7</b>	Datos descriptivos.....	82
<b>Anexo 8</b>	Carta de asesoría.....	83
<b>Anexo 9</b>	Autorización para la investigación .....	84

## Introducción

El Pacto Mundial contra la Diabetes fue puesta en marcha por la OMS el 2021, el cual se orienta a lograr una mejor sostenibilidad, con respecto a la prevención y atención de la diabetes, así mismo dar soporte a los países de renta baja y de renta mediana; entre sus propósitos se encuentra garantizar el acceso a los servicios de atención y tratamiento de manera integral y de calidad a todas las personas con dicho diagnóstico<sup>1</sup>. Hasta la fecha, el número de afectados con diabetes alcanza a 422 millones, evidenciándose así una tendencia creciente durante las últimas décadas; se destaca a la vez, que la diabetes no controlada, ocasiona problemas de salud de carácter irreversible, como la pérdida de la visión, la disfunción renal, el infarto cardíaco, el accidente cerebrovascular y la necesidad de amputación de extremidades inferiores. Entre los años 2000 y el 2019, se incrementó el número de muertes en un 03%, así mismo durante el 2019 la diabetes y la nefropatía diabética causaron 02 millones de defunciones.<sup>1</sup>

Se estima que para el 2035 se incrementará en un 9,8% la prevalencia de personas con diabetes; a la fecha en el Caribe y América del Sur, la prevalencia de la diabetes en personas de 20 a 79 años, afecta aproximadamente al 08%<sup>2</sup>, entre los factores asociados se encuentra el estilo de vida inadecuado, la hipertensión, el sedentarismo, obesidad, así como otros aspectos de riesgo cardiovascular; las cuales hacen que esta afección ocupe el cuarto lugar de causas de muerte en el mundo. Como consecuencia de esta enfermedad se registra 04 millones de muertes al año, lo cual es equivalente a una de cada 20 muertes.<sup>3</sup>

Reyes F, et al., hace referencia a la OMS, que en el Perú existen 6.7% de población de 18 años a más, con medicación hipoglucemiante por presentar alto nivel de azúcar en sangre ( $\geq 126$  mg/dl) o con un diagnóstico de diabetes mellitus<sup>4</sup>. De acuerdo al estudio realizado en el 2012 por PERUDIAB en 1677 hogares, el 07% de los adultos mayores presentan diabetes, mientras el 23% presenta hiperglicemia en ayunos (prediabetes)<sup>5</sup>. Ante los antecedentes, es de vital importancia el logro de los objetivos terapéuticos, para así evitar las complicaciones vinculadas con la enfermedad.<sup>6</sup>

En general se remarca que la diabetes mellitus (DM) es una afección crónica que se manifiesta cuando el cuerpo pierde su habilidad para generar insulina o cuando no puede utilizarla eficientemente<sup>7</sup>. La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica, degenerativa e incurable pero controlable, el objetivo del tratamiento, radica en el control metabólico y la prevención de las complicaciones; por ello es importante la modificación de estilos de vida, asegurar el acceso y la adherencia terapéutica<sup>8</sup>. Así mismo el

fenómeno de la “obesogenización”, una base genética, los estilos de vida inadecuados, son condiciones de riesgo el desarrollo de la DM2<sup>9</sup>.

Según la DIRESA, en la región Ayacucho, durante el primer semestre del 2022, se registraron más de 9 mil casos de diabetes, un poco más de 47 mil casos de obesidad y casi 87 mil casos de sobrepeso. En ese sentido, tanto la obesidad como el sobrepeso constituyen los factores principales de riesgo para el desarrollo de la DM2, así como para la aparición de sus diversas complicaciones<sup>10</sup>.

El manejo de la diabetes tipo 2 implica modificaciones en el estilo de vida, como la incorporación de ejercicios regulares y la adopción de una dieta saludable. Cuando las intervenciones no medicamentosas no logran los resultados deseados o la adhesión es insatisfactoria, se recurre a la terapia medicamentosa, la cual comienza con el uso de antidiabéticos orales (ADOs) y en ciertos casos, se complementa con la administración de insulina<sup>11</sup>; de ahí la importancia de la adherencia o cumplimiento terapéutico, entendido como la correspondencia entre las acciones de un paciente, como tomar medicamentos, seguir una dieta o realizar ajustes en su estilo de vida y las indicaciones proporcionadas por su profesional de la salud<sup>12</sup>, el seguimiento representa una táctica que ayuda al paciente a mantener la enfermedad bajo control y prevenir su progresión, al mismo tiempo que facilita la implementación de modificaciones sustanciales en su comportamiento que permite otorgar una mejor calidad de vida<sup>13</sup>.

El incumplimiento de los tratamientos farmacológicos a largo plazo representa un extenso problema de salud pública; se calcula que aproximadamente la mitad de los pacientes en países desarrollados con enfermedades crónicas no siguen sus tratamientos de manera adecuada. Además, este incumplimiento tiene un impacto significativo en la eficacia del tratamiento y en el bienestar general del paciente, pudiendo conducir a un deterioro de su salud y un incremento en los costos del cuidado de salud<sup>14</sup>.

Una de las consecuencias más destacadas de la baja adherencia a los tratamientos médicos es la disminución en su efectividad, así como un incremento en los gastos de atención en salud, lo que repercute negativamente en la eficiencia de los sistemas de salud. Adicionalmente, la seguridad de las terapias farmacológicas puede verse comprometida, dado que, en algunos casos, la falta de adherencia conduce a la necesidad de intensificar los tratamientos para alcanzar los objetivos terapéuticos. Varios estudios también han evidenciado que la falta de adherencia al tratamiento está asociada a un incremento en las tasas de mortalidad.<sup>15</sup>

Según refiere el responsable del Programa de Diabetes del Hospital regional de Ayacucho, el 2020 atendieron un total de 177 pacientes con DM2, en el 2021 311, para el 2022 202, su incremento está determinado a diversos factores, como el desarrollo de patrones de consumo inadecuado; asimismo gran parte de los pacientes se diagnostican de forma inoportuna. De los pacientes diagnosticados, gran parte no cumple con el tratamiento establecido, debido entre otros al desconocimiento, generándose riesgo de complicación, de ahí la necesidad de comprender las prácticas de autocuidado y el nivel de adherencia al tratamiento oral de la DM2. Teniendo en consideración los antecedentes señalados se formula el problema de investigación: ¿Cuáles son las prácticas de autocuidado que influyen en la adherencia al tratamiento oral de la DM2, en los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023?

La hipótesis de investigación (Hi) formulada fue: Las prácticas de autocuidado influyen en la adherencia al tratamiento oral de la DM2, en los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023; y la hipótesis nula (Ho) fue Las prácticas de autocuidado no influyen en la adherencia al tratamiento oral de la DM2, en los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023.

En consideración a lo señalado, el objetivo general de estudio fue determinar las prácticas de autocuidado que influyen en la adherencia al tratamiento oral de la DM2, en los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023 y los objetivos específicos fueron planteadas de la siguiente manera:

Establecer la influencia de las prácticas de autocuidado en la dimensión de patrones de consumo, en la adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023.

Establecer la influencia de las prácticas de autocuidado en la dimensión de ejercicio, en la adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023.

Establecer la influencia de las prácticas de autocuidado en la dimensión de control glucémico, en la adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023.

Establecer la influencia de las prácticas de autocuidado en la dimensión de cuidados de los pies, en la adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023.

Establecer la influencia de las prácticas de autocuidado en la dimensión de consumo de sustancia psicoactivas, en la adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023.

El aspecto metodológico contó con un diseño de corte transversal y explicativo. La población estuvo constituido por pacientes diagnosticados con DM2, abordándose mediante un muestreo no probabilístico intencionado (115); la técnica para recabar la información fue la entrevista, como instrumento el cuestionario de actividades de autocuidado de la Diabetes (SDSCA) y el Test de Morisky Green, de acuerdo a los resultado se determina la conclusión final: El nivel de adherencia al tratamiento oral de la DM2, es independiente a las prácticas de autocuidado ( $X^2$ : 0.257,  $p > 0.05$ ), con ello, se tuvo que dar por rechazado la hipótesis de investigación para aceptar la nula.

La estructura del estudio es el siguiente: "Introducción, Capítulo I: Marco Teórico, Capítulo II: Materiales y Métodos, Capítulo III: Resultados, Capítulo IV: Discusión, conclusiones y recomendaciones".

## **Capítulo I**

### **Marco teórico**

#### **1.1. Antecedentes del estudio**

##### **1.1.1. Antecedentes internacionales**

Sánchez K. El 2021 en México, realizó la investigación, cuyo objetivo fue “clasificar las prácticas de autocuidado del adulto mayor con DM2 en una institución de salud pública”. La investigación partió por la descripción de variables y fue de corte transversal, la muestra se recopiló mediante un muestreo probabilístico en un hospital; para obtener los datos se evaluó la glucosa capilar, así mismo se aplicó un cuestionario. Resultados: Los adultos mayores realizaron prácticas de autocuidado en 03 de las áreas evaluadas como alimentación, cuidado de los pies y adherencia terapéutica, excepto en el de actividad física y automonitoreo. Conclusión: Las prácticas de autocuidado es clave para el manejo adecuado de la DM2 <sup>16</sup>.

García - Peña G. El 2020 en Ecuador, realizaron la investigación, cuyo objetivo fue “analizar la relación que existe entre las prácticas de autocuidado y la prevención de complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”; el diseño pertenece a un enfoque cuali-cuantitativo. Resultados: Demostraron el conocimiento que tienen los pacientes acerca de la diabetes, asimismo el 41% consume azúcares, el 39% ingiere grasas saturadas y solo un 20% sigue una dieta equilibrada. Además, el consumo de sustancias como el tabaco y el alcohol, que también contribuyen a agravar la situación. Este patrón de comportamiento sugiere una necesidad urgente de educación y concientización sobre estilos de vida saludables para prevenir eficazmente la enfermedad<sup>17</sup>.

Sánchez A. El 2020 en México realizó un estudio, cuyo objetivo fue “analizar la relación entre autoeficacia, apoyo social para la adherencia al tratamiento y la hemoglobina glucosilada, en función del nivel de percepción de amenaza en pacientes con DM2”. El estudio se realizó mediante un diseño correlacional, utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia (166) que asisten a un EE. SS de Michoacán; para

recopilar los datos, se administraron las subescalas de gravedad y susceptibilidad percibida, así como la Escala de Adherencia al Tratamiento de la diabetes tipo 2. Resultados: Se observó una predisposición al abandono y a no seguir las indicaciones médicas en cuanto el paciente percibe niveles extremadamente altos o bajos de susceptibilidad y gravedad. Además, se destaca la relevancia del respaldo social en la adherencia al tratamiento de los pacientes con DM2.<sup>18</sup>

Rincón M. En Colombia el 2016, realizó un estudio, cuyo objetivo fue “determinar la relación entre la autoeficacia general percibida y la adherencia terapéutica en adultos con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros”. La metodología empleada fue de carácter descriptivo correlacional, abordando una muestra de 178 personas, a quienes se administró una ficha de caracterización del paciente crónico. Resultados: El 41.6% nunca cumple con las actividades prescritas, 64.6% no supervisa los efectos secundarios al tratamiento, 47.2% no sabe reconocer las complicaciones de la diabetes; el 91% presentó altos niveles de autoeficacia; en general no se encuentra una correlación significativa entre la autoeficacia general y la adhesión al tratamiento. (p 0.000)<sup>19</sup>.

### **1.1.2. Antecedentes nacionales**

Padilla - Álvarez L. El 2020, realizó un estudio, cuyo objetivo fue “determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico oral de los pacientes diabéticos del hospital de Es SALUD, Iquitos – 2020”. El estudio se realizó mediante un diseño correlacional, en el estudio participaron 168 pacientes, a quienes se administró el test de adherencia de Morisky-Green. Resultados: Alrededor del 28.6% de los participantes demuestra conformidad con el tratamiento farmacológico oral, siendo influenciado por factores como la edad avanzada (p=0.042), mayor nivel educativo (p=0.009), mayor duración de la enfermedad (p=0.035) y la presencia de manifestaciones tardías (p=0.031). Conclusión: Los pacientes diabéticos no presentaron una adhesión satisfactoria al tratamiento farmacológico oral.<sup>20</sup>

De La Cruz - Flores M. El 2020, realizaron un estudio con el propósito de establecer la relación entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento de la DM2, en usuarios del centro de salud de Chilca. El estudio se enmarcó bajo un diseño del tipo descriptivo, de corte transeccional; siendo el universo 350 pacientes; la muestra fue 125 pacientes, a quienes se administró un cuestionario. Resultados: 24% de la población expreso buena autoeficacia al tratamiento, 39.2% señalaron buena adherencia al tratamiento; en conclusión a mejor autoeficacia, dado que se acrecienta en adherencia al tratamiento de la DM2 (Ro de Pearson: 0,456)<sup>21</sup>.

Ventocilla K. El 2019, realizó un estudio, cuyo objetivo fue “determinar la adherencia al tratamiento y el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus, del Hospital Chancay y SBS, 2019”. El estudio responde a una metodología descriptiva, la población fue 137 pacientes, a quienes se administró el cuestionario IMEVID. Resultados: Se evidenció en su mayoría con una adecuada adherencia al tratamiento, asimismo el mayor porcentaje posee un estilo de vida adecuado, caracterizado por un control glucémico de forma continua, alimentación adecuada (95%), sin embargo, el 68.7% no realiza actividad física; en conclusión, se evidencia una óptima interrelación entre sus tres dimensiones descritas anteriormente.<sup>22</sup>

González - Zavala J. El 2018, realizó un estudio, cuyo objetivo “determinar cómo se relaciona la adhesión al tratamiento con los estilos de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2 de la Provincia de Tarma”. Se enmarcó metodológicamente mediante un diseño del tipo observacional, la muestra estuvo formado por 75 pacientes; el instrumento fue un cuestionario tipo Likert. Resultados: El 79% tubo a veces adherencia terapéutica, el 67% cumplió a veces con el manejo higiénico de forma adecuada, el 59% posee estilos de vida poco beneficiosa, el 48% no descansa de forma apropiada. Conclusión: Se pudo comprobar la relación significativa respecto a la adherencia y al tratamiento, los cuales presentaron vínculos con los estilos de vida<sup>23</sup>.

Oliveira -Trujillo S. El 2017, realizaron un estudio cuyo objetivo fue “determinar la relación entre el autocuidado y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes, que acuden al servicio de medicina interna, del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde”. La metodología pertenece a un diseño descriptivo; la muestra no probabilística estuvo representado por 100 pacientes; para recabar los datos se utilizó el instrumento “Summary of Diabetes SelfCare Activities measure (SDSCA)”. Resultados: La tasa de adherencia a la medicación es de 76.8%; el 63.3% no conoce qué representa la hemoglobina glucosilada (HbA1c), así como su importancia. En los últimos 07 días el 81.2% del total de pacientes cumplieron con el régimen general de alimentación, con una media de 5.6; respecto al ejercicio solo se cumplió con un promedio de  $0.98 \pm 0.75$  días, respecto al control de glicemia, se advierte una media de cumplimiento de  $2,73 \pm 1,87$  días, en relación al cuidado de los pies, se cumplió en promedio de  $4.95 \pm 1.72$  días a la semana, 13% de los pacientes refirió tener hábito tabáquico.<sup>24</sup>

### **1.1.3. Antecedentes regionales**

Sánchez W. El 2021, realizó un estudio en el Hospital de Ayacucho para determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con DM2, Metodológicamente pertenece a un diseño correlacional, de corte transversal y con una

capacidad muestral de 100 pacientes, a quienes se administró el test de MBG e igualmente la calidad de vida. Resultados: Demostraron que el 61% de pacientes connota adherencia hacia el tratamiento, igualmente el 86% de pacientes contaron con una calidad de vida promedio, con ello se pudo concluir que ambas variables presentan asociación <sup>25</sup>

Alcántara - Cárdenas K. El 2021, realizaron un estudio cuyo objetivo fue “determinar la relación entre los estilos de vida y las complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Hospital Regional de Ayacucho”. La investigación fue de corte transeccional, correlacional; la población estuvo representado por 33 pacientes. Resultados: El 56,6% de la población de pacientes adopto estilos de vida saludables y dentro de este grupo, el 53,3% no experimenta complicaciones. Conclusión: No se observó una asociación significativa entre los estilos de vida y la presencia de complicaciones en individuos con DM2.<sup>26</sup>

Canchari - Allcca E. El 2018, desarrollaron un estudio, con el propósito de establecer la relación del apoyo familiar, con la práctica de autocuidado de los adultos mayores con DM2, del Hospital Es Salud. El estudio pertenece a un diseño descriptivo, correlacional; la muestra estuvo conformado por 41 usuarios; para recabar los datos se utilizó la entrevista (cuestionario) y la observación (Ficha de Observación). Resultados: El 58.5% de los pacientes cuenta con respaldo parcial de sus cuidadores, en contraste con el 41.5% que recibe apoyo total. Además, el 65.9% mostro prácticas inadecuadas de autocuidado, mientras que el 34.1% demostró unas prácticas adecuadas de autocuidado. Conclusión: Existe una conexión entre ambas variables ( $p < 0.05$ ).<sup>27</sup>

Ayay - Vásquez D. El 2017, efectuaron un estudio en el Hospital EsSalud de Ayacucho, para determinar la influencia del nivel de conocimiento sobre diabetes, en el autocuidado de pacientes con DM2; el estudio responde a un diseño correlacional, la población fue 40 pacientes; para recabar la información se utilizó la entrevista, para el efecto se utilizó un cuestionario. Resultados: El 50% tubo conocimientos adecuados sobre la enfermedad; en relación con las prácticas de autocuidado, el 47.5% siguió dietas hipercalóricas, el 52.5% no se involucró en actividades físicas, el 72.5% tubo adherencia al tratamiento farmacológico, el 75% logro monitorizar regularmente sus niveles de glucosa y el 65% examino con frecuencia sus pies. Conclusión: El mayor nivel de conocimiento está asociado con una mejora en las prácticas de autocuidado entre los pacientes con diabetes ( $\tau = 0.680$ ;  $p < 0.001$ )<sup>28</sup>.

## **1.2. Base teórica**

### **1.2.1. Prácticas de autocuidado para el manejo de la DM2**

#### **A. Teorías de autocuidado**

El autocuidado se presenta como una función humana reguladora que cada individuo debe llevar a cabo de manera consciente para preservar su vida, salud, desarrollo y bienestar. En esencia, se trata de un sistema de acciones deliberadas<sup>73</sup>.

La teoría general de Orem está integrada por tres teorías: Teoría del Autocuidado, Teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería:

Teoría del autocuidado: Hace referencia con diversas intervenciones consientes y de forma intencional, manifestadas por conductas, hábitos o costumbres, con el propósito de evitar riesgos que afecten el estado de salud de las personas<sup>74</sup>. El autocuidado engloba la práctica de actividades, con el propósito de preservar un funcionamiento vital y saludable<sup>75</sup>.

El ser humano debe estar en capacidad de comprender la importancia del autocuidado para el mantenimiento de su salud, elige si desea auto cuidarse, realiza juicios sobre el curso de acción para satisfacerse, toma decisiones sobre acciones que contribuyen a su entorno, consigo mismo y con su entorno. El autocuidado es un valor inherente al ser humano<sup>73</sup>.

Teoría del déficit de autocuidado: El modelo de Orem se centra en la teoría de que las personas pueden experimentar restricciones relacionadas con su salud que dificultan o impiden el autocuidado efectivo y completo. Cuando las demandas de autocuidado exceden las capacidades de una persona, ya sea por falta de habilidad y/o voluntad para realizar las acciones necesarias, se produce un déficit de autocuidado. Este déficit justifica la necesidad de cuidados de enfermería y las personas que se encuentran limitadas o incapacitadas para satisfacer sus propias necesidades de autocuidado son vistas como pacientes idóneos para la intervención enfermera. La identificación y el manejo de estos déficits por parte del personal de enfermería son cruciales para garantizar que los pacientes reciban el apoyo necesario para mejorar su salud y bienestar<sup>74</sup>.

Teoría de los sistemas de enfermería: Se hace referencia a la secuencia de acciones prácticas deliberadas que realizan las enfermeras con el propósito de asistir a la persona en la adopción de una actitud responsable hacia su autocuidado. Se encuentran a) sistema parcialmente compensador, b) sistema totalmente compensador y c) sistema de apoyo educativos. Estos sistemas deben ser individualizados para cada paciente, de modo que ayuda a dirigir intervenciones y actividades específicas. Los elementos

básicos que constituyen un sistema de enfermería son: 1) La enfermera, 2) El paciente o grupo de personas y 3) Acontecimientos ocurridos<sup>73,76</sup>.

## **B. Dimensiones de las prácticas de autocuidado para el manejo de la DM2**

### **B.1. Patrones de consumo**

Esta estrategia está enfocada en normalizar los niveles de glucosa a lo largo de las 24 horas y en regular los valores lipídicos. Es fundamental lograr estos objetivos sin comprometer la calidad de vida de los pacientes y al mismo tiempo, prevenir episodios de hipoglucemia. Además, el enfoque debe ser integral, considerando no solo el control metabólico, sino también el bienestar emocional y físico del paciente, asegurando un tratamiento equilibrado y efectivo. Las modificaciones en la alimentación ayudan a reducir el peso y controlar la glucemia; la combinación con otras estrategias mejora la eficacia. Las dietas ricas en fibra, con una proporción apropiada de carbohidratos y alimentos de bajo índice glucémico, son efectivas para el control de los niveles de glucosa. Además, es importante restringir el consumo de alcohol<sup>8</sup>.

Las dietas que incluyen una cantidad significativa tanto a nivel de fibra, lo que permite mantener una adecuada cantidad de hidratos de carbono, esto es entre 55-60% junto con diferentes alimentos que cuenten con un bajo índice glucémico, lo cual presenta una mayor eficacia para un mejor control.

Los patrones de consumo en personas afectadas por la DM2, se enmarcan a un régimen estricto de evitar el consumo alimentos, dietas hipercalóricas, disminución del consumo de grasas saturadas, consumo frecuente de frutas y verduras, entre otros por lo tanto las personas afectadas deben<sup>8</sup>:

Cumplir con un plan de alimentación saludable durante la semana.

Cumplir con el plan de alimentación recomendado por el médico tratante

Consumir a diarios durante la semana frutas y verduras.

Evitar el consumo de alimentos ricos en grasas.

Evitar el consumo de bebidas azucaradas, tortas, galletas, helados, entre otros

### **B.2. Ejercicios**

El sedentarismo, con el tiempo causa un incremento del peso corporal, presión arterial y colesterol en sangre<sup>77</sup>. La práctica regular de ejercicio mejora el control glucémico a largo plazo, especialmente cuando se realizan actividades físicas durante 30 a 60 minutos, manteniendo una intensidad del 50% al 80% del VO<sub>2</sub> máximo, de 3 a 4 veces por semana. Con este tipo de programas, se ha observado una reducción del 10% al 20% en la concentración de Hemoglobina A1c (HbA1c)<sup>77</sup>. La actividad física proporciona ventajas fisiológicas inmediatas, como la mejora de la acción sistémica de la insulina en un rango de 2 a 72 horas. Además, contribuye a la mejora de la presión sistólica,

aumenta la captación de glucosa por parte del músculo y el hígado, favorece el uso de carbohidratos y disminuye los niveles de glucosa en las primeras 24 horas<sup>78</sup>.

### ***B.3. Control glucémico***

Es esencial evaluar el control de las alteraciones metabólicas de los pacientes mediante parámetros bioquímicos, algunos de los cuales son accesibles en el hogar. Se busca que las glucemias antes de las comidas no excedan los 120-140 mg/dl y después de las comidas, se mantengan entre 140 y 180 mg/dl, asegurando niveles por encima de 70-80 mg/dl en todo momento. El autocontrol es especialmente recomendado para pacientes en tratamiento con insulina y aquellos con diabetes inestable<sup>79</sup>.

### ***B.4. Cuidado de los pies***

Abarca el cuidado propio, la mayoría de pacientes presentan resistencia al cambio por arraigamiento a un estilo de vida, por falta de conocimiento del entorno o por situaciones socioeconómicas<sup>80</sup>. Es fundamental proporcionar educación específica a los pacientes diabéticos, incluso si no han experimentado heridas o úlceras, con el objetivo de prevenir su desarrollo. Se recomienda que el paciente examine sus pies diariamente antes de dormir, se lave los pies a diario con un jabón suave, buscando evitar temperaturas muy elevadas; asimismo se debe evitar caminar descalzo, tener las uñas con bordes ligeramente redondeados; si su visión lo permite, aplique cremas humectantes en la piel seca al menos dos veces al día (evitando los espacios entre los dedos), así mismo evitar el uso de zapatos, sandalias que expongan los dedos del pie (Paiva & Rojas, 2016).

### ***B.5. Consumo de sustancias psicoactivas***

El término hace referencia a la introducción o al consumo de diversas sustancias, sean estas cigarrillos, bebidas alcohólicas o también otras drogas, ya que puede generar alteraciones dentro del SNC, así como en el comportamiento<sup>81</sup>.

El consumo de tabaco es la principal causa de vasculopatía. Las elevadas dosis de carboxihemoglobina en sangre están íntimamente relacionadas con el grado de enfermedad. El consumo de tabaco se asocia a un mayor riesgo dependiente de la dosis y mayor es el riesgo de complicaciones en la salud<sup>77</sup>.

La ingesta de alcohol puede aumentar la estimulación de la secreción de insulina, reduciendo así la gluconeogénesis en el hígado y provocando resistencia periférica a la insulina. Este proceso resulta en la oxidación de la glucosa y su almacenamiento. Sin embargo, si hay un deterioro en la función pancreática, esto puede llevar a la hiperglucemia y al desarrollo de resistencia a la insulina en el hígado<sup>82</sup>.

## **B.6. Estado emocional**

Las investigaciones han evidenciado que realizar modificaciones en los estilos de vida contribuye a mantener una autoestima positiva, promover la toma de decisiones autónoma, ofrecer apoyo afectivo y experimentar una mayor satisfacción con la vida<sup>83</sup>.

### **1.2.2. Adherencia al tratamiento de la diabetes tipo 2**

#### **A. Definición**

La OMS (2003) definió como adherencia terapéutica, como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”, es decir. El seguimiento riguroso de la medicación, la adherencia a la dieta y la implementación de cambios en el estilo de vida por parte del paciente son fundamentales para superar la enfermedad<sup>67</sup>.

Hyanes y Sackett definen la adherencia como el nivel de concordancia entre las acciones de un paciente, ya sea en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la implementación de cambios en su estilo de vida y el cumplimiento de las recomendaciones proporcionadas por los profesionales de la salud que le atienden<sup>68</sup>. Y Vilató L. et al. conceptualizan la adherencia “como un comportamiento complejo con carácter de proceso, conformado por una estructura y dinámica interna, que integra un componente personal y uno comportamental propiamente dicho del paciente”<sup>69</sup>.

La adherencia al tratamiento es un proceso multidimensional complejo, determinado por la interacción de múltiples factores que pueden categorizarse en cinco grupos principales: determinantes socioeconómicos, aspectos relacionados con el equipo médico y el sistema de salud, características de la enfermedad, particularidades de la terapia prescrita y cualidades individuales de cada paciente. Todos estos elementos se influyen mutuamente de forma dinámica, dando lugar a un fenómeno resultado de una combinación de condiciones cambiantes tanto externas como internas respecto al individuo en tratamiento. Comprender esta naturaleza interdependiente puede optimizar las estrategias para favorecer la adherencia.<sup>70</sup>

#### **B. Causas de la falta de adherencia terapéutica**

Ramos L. Sostiene que la no adherencia al tratamiento está condicionado por múltiples condiciones, unas susceptibles de ser modificadas y otras que no poder ser modificadas, se clasifican en<sup>70</sup>:

##### **B.1. Intencionada**

El paciente toma la decisión de no continuar con las recomendaciones del tratamiento establecido, debido al temor de las reacciones adversas, a las creencias generadas.

## Reacciones adversas de los medicamentos para la DM2 <sup>8,65,66,71</sup>

BIGUANIDINAS (METFORMINA)	<p>Frecuentes: diarrea (30%).</p> <p>Ocasionales: reacciones cutáneas, gusto metálico, malabsorción de vitamina B12 sin anemia perniciosa.</p> <p>Rara: acidosis láctica (9 casos/100000 pacientes/año)</p>
SULFONILUREAS (GLIBENCLAMIDA)	<p>Son criterio de derivación hospitalaria.</p> <p>Hipoglucemias graves y prolongadas.</p> <p>Cutáneos: Presencia de exantemas, prurito, fotosensibilidad, eritema nodoso.</p> <p>Hemáticos: Presencia de anemia hemolítica, trombopenia, agranulocitosis.</p> <p>Hepáticos: Incremento de transaminasas, colestasis, hepatitis granulomatosa.</p> <p>Gastrointestinales: "Presencia de anorexia, náuseas, diarrea, epigastralgia. Aumento de peso".</p>
TIAZOLIDINEDIONAS (GLITAZONAS)	<p>"Aumento de peso, retención de líquidos, aumento del riesgo de ICC, isquemia miocárdica, fracturas óseas en mujeres".</p> <p>"En pacientes con síndrome de ovario poliquístico, la pioglitazona puede restablecer la ovulación".</p> <p>Hipoglucemia.</p>
GLINIDAS	<p>Se generan reacciones gastrointestinales, oculares, incremento de las transaminasas. También se presenta incremento del peso, pero menos que las sulfonilureas.</p>
INHIBIDORES DE LAS ALFAGLUCOSIDASAS	<p>"Flatulencia (30%), diarrea, dolor abdominal, náuseas, aumento de transaminasas".</p>
POTENCIADORES DE INCRETINAS	<p>"Alteraciones gastrointestinales: disminución del apetito, cefalea, mareos, astenia, nerviosismo, hiperhidrosis. Raramente pancreatitis aguda".</p> <p>Hipoglucemia si se asocia a sulfonilureas.</p>

### **B.2. No intencionada**

En este caso el paciente se desea continuar con la terapéutica, pero no es posible, debido a motivos fuera de su control tales como la incapacidad para lograr pagar el tratamiento, los constantes olvidos o la falta de comprensión de instrumentos, entre otros. Entre ellos se encuentra: <sup>70</sup>

Aspectos asociados al paciente: "Personas de edad avanzada que a veces olvidan el tratamiento, tener la condición de sexo femenino, poseer mayor ingreso económico, contar con más nivel educativo, condiciones que se relacionan con la adherencia".

Aspectos asociados con la enfermedad: Se evidencia mayor adherencia en pacientes con mayor tiempo de evolución a la DM2, asimismo que presentan como comorbilidad, enfermedades cardiovasculares,

Aspectos asociados con los tratamientos: La presencia de efectos secundarios, reacciones adversas, complejidad del tratamiento, duración del tratamiento, dosis, entre otros empeoran la no adherencia al tratamiento.

Aspectos socioeconómicos: El apoyo familiar, así como del entorno es vital para el éxito del tratamiento; pero se debilita en casos de crisis familiar, violencia familiar, disfuncionalidad familiar.

Aspectos vinculados con el sistema sanitario: El modelo de atención, la calidad del servicio, el trato que se brinda, el acceso a los servicios de salud, como la incompatibilidad respecto al horario, la distancia del paciente al centro de salud, encontrarse en un medio rural, entre otros, influye en la adherencia al tratamiento.

### **C. Técnicas para determinar la adherencia al tratamiento**

Todo paciente diabético debe cumplir de forma estricta con el tratamiento médico establecido, para el efecto se ha realizar cambios en los estilos de vida, patrones de conducta, costumbres entre otros, como mejorar los patrones de consumo alimentario, realizar actividad física intensa<sup>72</sup>. Se utiliza como criterio para evaluar la adherencia al tratamiento de la diabetes tipo 2 la "toma del 80% o más de las dosis prescritas". Además, se emplea ampliamente el test de Morisky-Green (6), que cuenta actualmente con validez para manejar diferentes patologías. "Este test plantea al paciente cuatro preguntas, de respuesta dicotómica sí o no, sobre sus actitudes ante la medicación de forma entremezclada, que está orientado al cumplimiento de la dosis establecida, periodicidad de consumo, predisposición para consumir el medicamento en la hora indicada, no tener interés para cumplir en el esquema de tratamiento<sup>4</sup>.

#### **1.2.3. Diabetes**

##### **A. Definición**

Conget define a la diabetes mellitus (DM) como "una alteración metabólica caracterizada por la presencia de hiperglucemia crónica acompañada de alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, de las proteínas y de los lípidos"<sup>29</sup>. La diabetes mellitus se caracteriza por hiperglucemia crónica, originada por una disfunción en la secreción de insulina, en la acción de esta hormona o en ambos aspectos, la diabetes involucra trastornos concurrentes en el metabolismo de las grasas y las proteínas. La elevación sostenida de los niveles de glucosa se relaciona con el deterioro de diversos sistemas y órganos, especialmente los riñones, los ojos, los nervios, el corazón y los vasos sanguíneos<sup>30</sup>.

El término Diabetes Mellitus es un desorden metabólico multifactorial que “se caracteriza por hiperglucemia crónica con trastornos en el metabolismo de carbohidratos, grasas, proteínas, causada por defectos en la secreción, acción de la insulina o de ambos”<sup>31</sup>.

## **B. Clasificación**

### ***B.1. Diabetes mellitus tipo 1 (DM1):***

Dentro de ella encontramos la diabetes como una medida inmunomediada y la diabetes idiopática:

DM tipo 1 idiopática: No se cuenta con algún tipo de evidencia tanto para la inmunidad como para la real etiología de la enfermedad, por lo tanto, es desconocida, sin embargo, es heredable, pero se presenta con poca frecuencia.

DM tipo 1 inmunomediada: Se trata de la variante más común de la diabetes tipo 1. La degradación de las células beta se lleva a cabo mediante una respuesta inmunológica, lo que resulta en la detección de marcadores serológicos. En el 80-90% de los pacientes, se observa uno o más de estos elementos en el momento del diagnóstico: Anticuerpos contra las células del islote (ICAs), anticuerpos contra la insulina (IAAs), anticuerpos contra el enzima glutámico decarboxilasa (GAD 65), anticuerpos contra las fosfatasa de tirosina (IA-2 y IA-2b). La prevalencia de la destrucción autoinmune de las células beta es mayor en pacientes que poseen determinados alelos del sistema mayor de histocompatibilidad (HLA)<sup>30</sup>.

En esta forma de diabetes, denominada insulino dependiente, existe destrucción autoinmune de las células beta del páncreas. Algunos individuos presentan una deficiencia insulínica irreversible y son susceptibles a desarrollar cetoacidosis, sin embargo, no se evidencia autoinmunidad en ellos. En ciertos casos (durante la niñez y adolescencia) el debut de este padecimiento se manifiesta como cetoacidosis; otros muestran niveles moderados de glucosa elevados en ayunas, los cuales pueden agravarse súbitamente convirtiéndose en hiperglucemia grave o cetoacidosis cuando sobreviene una infección u otro factor desencadenante del estrés<sup>32,33</sup>.

En este tipo de diabetes se presenta la destrucción autoinmune de la célula  $\beta$ , lo que genera el déficit absoluta de la insulina, pudiendo ocasionar la cetoacidosis<sup>34</sup>.

### ***B.2. Diabetes mellitus tipo 2 (DM2):***

Conocida también como diabetes mellitus no insulino-dependiente del adulto, caracterizada por un defecto relativo de la insulina o aumento de la resistencia de su acción. Aparece de forma insidiosa.<sup>35</sup> Esta variante de diabetes comprende entre el 90% y el 95% de la población afectada por esta condición, enmarca a todos aquellos individuos que presentan resistencia a la insulina<sup>36</sup>.

Mayoritariamente los pacientes que presentan este tipo de diabetes presentan obesidad en sí misma y por tanto generan algún grado de resistencia. Las personas que pueden tener un mayor porcentaje de grasa corporal acumulada en la región abdominal son más vulnerables a este problema. La enfermedad permanece sin síntomas durante muchos años al principio, ya que la hiperglucemia se desarrolla de manera gradual. No obstante, estos pacientes enfrentan un riesgo elevado de sufrir complicaciones tanto macro vasculares como microvasculares. Este aumento en el riesgo se debe a la naturaleza progresiva de la enfermedad, que si no se diagnostica y se trata a tiempo, puede llevar a consecuencias graves y potencialmente dañinas para la salud<sup>37</sup>.

Históricamente, se ha considerado que la resistencia a la insulina en el hígado y los músculos juega un papel clave en la causa de la diabetes tipo 2 (DM-2). Se cree que el aumento en la producción de glucosa por el hígado y la disminución de su absorción por los músculos resultan en un incremento progresivo de los niveles de glucosa en la sangre. Esto, sumado a una producción insuficiente de insulina por las células beta del páncreas, contribuye a la aparición de los síntomas clínicos de la DM-2. Sin embargo, recientes investigaciones han mostrado que otros factores también están involucrados en la progresión de la DM-2, incluyendo el tejido adiposo, el tejido gastrointestinal, las células alfa del islote pancreático, el riñón y el cerebro. Estos hallazgos han ampliado nuestra comprensión de la enfermedad, sugiriendo un enfoque más integral en su tratamiento y prevención<sup>38</sup>.

La resistencia a la insulina generalmente se asocia al incremento del estado nutricional (sobrepeso, obesidad), altos niveles de sedentarismo y entre los síntomas se encuentra la sed, poliuria, incremento del apetito, muestra de cansancio, visión borrosa; en algunos de los casos es asintomático<sup>39</sup>.

### ***B.3. Diabetes mellitus gestacional (DMG)***

Frias, J. et al. Indican que la diabetes gestacional se define como una condición de intolerancia a los carbohidratos que se diagnostica por primera vez durante el embarazo. Esta afección ocurre cuando la producción de insulina es insuficiente para superar la disminución en la sensibilidad a esta hormona. Su fisiopatología incluye mecanismos autoinmunes, anomalías genéticas en la función de las células beta del páncreas o un aumento en la resistencia a la insulina. Adicionalmente, factores como cambios hormonales durante el embarazo y el incremento de la demanda de insulina pueden jugar un papel significativo en el desarrollo de esta enfermedad, complicando el manejo del embarazo y aumentando el riesgo de problemas de salud tanto para la madre como para el bebé<sup>40</sup>.

O'Sullivan y Mahan en 1984, identificaron el nivel de intolerancia a la glucosa durante el embarazo, el cual estaba asociado al riesgo de desarrollar diabetes mellitus después del parto. Además, lograron establecer los umbrales para la Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa (PTOG) durante el periodo gestacional como criterios diagnósticos relevantes para la Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).<sup>41</sup>

#### **B.4. Otros tipos específicos de diabetes<sup>36</sup>**

**B.4.1. Defectos genéticos de la célula  $\beta$ .** Muchas de las formas de la diabetes están asociadas con defectos monogénicos en la función de las células  $\beta$ . Estas tienen como característica frecuente la aparición mayormente antes de los 25 años de hiperglucemia. Esta condición se transmite genéticamente a través de un patrón autosómico dominante. Además, debido a su naturaleza genética, MODY puede manifestarse en varias formas, dependiendo del gen específico afectado, lo que implica una variedad en los síntomas y en la respuesta al tratamiento entre los pacientes, haciendo necesaria una aproximación personalizada en su manejo y cuidado.

**B.4.2. Defectos genéticos en la acción de la insulina.** Las irregularidades metabólicas vinculadas a mutaciones en el receptor de insulina pueden presentar una gama de manifestaciones, desde hiperinsulinemia e hiperglucemia moderada hasta casos más severos de diabetes. En algunos individuos con estas mutaciones, es posible que se observe acantosis nigricans. En el caso de las mujeres, pueden experimentar virilización y presentar ovarios agrandados y quísticos.

**B.4.3. Enfermedades del páncreas exocrino.** Cualquier condición que afecte de manera generalizada al páncreas tiene el potencial de inducir diabetes. Entre los factores adquiridos se encuentran la pancreatitis, trauma, infección, pancreatectomía y carcinoma pancreático. A excepción de la diabetes relacionada con el cáncer, el deterioro extenso del páncreas es necesario para desencadenar la aparición de la diabetes.

**B.4.4. Endocrinopatías.** Diversas hormonas, como la hormona del crecimiento, el cortisol, el glucagón y la epinefrina, contrarrestan la acción de la insulina. Niveles excesivos de estas hormonas, presentes en condiciones como acromegalia, síndrome de Cushing, glucagonoma y feocromocitoma, respectivamente, pueden resultar en la aparición de diabetes.

**B.4.5. Diabetes inducida por fármacos o sustancias químicas.** Varios fármacos tienen la capacidad de modificar la liberación de insulina. Aunque estos medicamentos no generan diabetes por sí solos, podrían desencadenar la aparición de la enfermedad en individuos con resistencia a la insulina<sup>36</sup>.

## **C. Factores de riesgo de la diabetes tipo 2 (DM2)**

Se clasifican en a) Factores o condiciones de riesgo modificables y b) factores de riesgo no modificables:

### **C.1. Factores de riesgo modificables<sup>42</sup>**

**C.1.1. Exceso de peso corporal, sobrepeso y acumulación de grasa en la zona abdominal:** La obesidad (índice de masa corporal [IMC]  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) y el sobrepeso (IMC de 25-30 kg/m<sup>2</sup>) elevan la probabilidad de desarrollar intolerancia a la glucosa y predisponen a la resistencia a la insulina. Más del 80% de los casos de diabetes tipo 2 se vinculan con la obesidad, y revertir esta condición también reduce el riesgo y mejora el control glucémico en personas con diabetes tipo 2<sup>43</sup>.

**C.1.2. Sedentarismo:** Un modo de vida inactivo disminuye la actividad física y favorece el aumento de peso, lo que incrementa la probabilidad de desarrollar diabetes tipo 2<sup>43</sup>.

**C.1.3. Tabaquismo:** El uso de tabaco se vincula con un riesgo elevado de diabetes tipo 2 (RR: 1,4; IC del 95%: 1,3-1,6), de acuerdo con un análisis conjunto de alrededor de 25 investigaciones abordaron dicha relación. Los beneficios de dejar de fumar son evidentes cinco años después, y se igualan a los de quienes nunca han fumado después de 20 años<sup>44</sup>.

**C.1.4. Dieta:** El elevado aporte calórico, la baja ingesta de fibra dietética, el exceso de carbohidratos y la prevalencia de grasas saturadas en comparación con las poliinsaturadas pueden aumentar la susceptibilidad a la diabetes tipo 2<sup>45</sup>.

**C.1.5. Actividad física:** La actividad física intensa, puede potenciar una mejora en la sensibilidad a la insulina. Según investigaciones recientes, se ha logrado demostrar que reducir los niveles de insulina en sangre en respuesta a la glucosa. Aquellas personas que se ejercitan regularmente muestran una menor incidencia de DM2<sup>46</sup>.

**C.1.6. Ambiente intrauterino:** Se ha determinado que las personas que nacen con un peso inferior al promedio, así como aquellas cuyas madres padecieron diabetes gestacional, tienen un riesgo incrementado de desarrollar diabetes mellitus tipo 2. Este mayor riesgo se asocia con factores tanto genéticos como ambientales presentes desde el nacimiento. Además, estos individuos pueden experimentar cambios metabólicos tempranos en la vida que predisponen a condiciones como la resistencia a la insulina, lo que subraya la importancia de un seguimiento médico y una gestión de la salud proactiva.

**C.1.7. Hipertensión arterial (HTA):** Se ha observado que algunos individuos con hipertensión esencial exhiben resistencia a la insulina y niveles elevados de insulina. Esta observación indica que la insulina podría tener un rol en el origen de la hipertensión,

potencialmente mediante la estimulación del sistema nervioso simpático, el aumento de la retención de sodio en los riñones, la alteración del transporte de cationes, o la promoción de la hipertrofia de las células del músculo liso. Además, esta interacción entre la insulina y la hipertensión resalta la complejidad de los mecanismos fisiopatológicos subyacentes, sugiriendo la necesidad de enfoques terapéuticos integrales que aborden tanto el control de la glucosa como la regulación de la presión arterial en estos pacientes<sup>47</sup>

Otros factores: Dentro ellas cabe mencionar el consumo de alcohol, la presencia alta de triglicéridos en la sangre, los niveles bajos de HDL-C que se relacionan a la resistencia de la insulina, niveles altos de GAA e IGT que definen con prediabetes<sup>45</sup>.

## **C.2. Factores de riesgo no modificables**

**C.2.1. Raza e historia familiar:** La diabetes mellitus tipo 2 está claramente asociada a una fuerte predisposición genética. Aquellos individuos con un progenitor diabético tienen un 40% de probabilidad de desarrollar la enfermedad y este riesgo se incrementa al 70% si ambos padres son diabéticos. Además, hay grupos étnicos con un mayor riesgo de padecer diabetes tipo 2, como los grupos indígenas en América del Norte, Australia y las islas del Pacífico, donde la prevalencia puede llegar hasta un 20-30%. En comparación, en África, la prevalencia es considerablemente más baja, alrededor del 3.1%.<sup>48</sup>

En individuos con historial de diabetes mellitus tipo 2 en uno o ambos padres, el riesgo de desarrollar la enfermedad es al menos tres veces mayor en comparación con aquellos sin antecedentes familiares de la misma<sup>49</sup>.

**C.2.2. Edad y sexo:** A medida que envejecemos, se incrementa el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2; no obstante, en los últimos años, se ha observado una disminución en la edad de inicio de la enfermedad en adultos jóvenes y adolescentes. En términos generales, la prevalencia de la diabetes tipo 2 es más elevada en mujeres que en hombres<sup>45</sup>.

Síndrome de ovarios poliquísticos y el historial de diabetes gestacional Las mujeres que han experimentado diabetes gestacional y aquellas con síndrome de ovarios poliquísticos tienen un riesgo aumentado de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 <sup>44</sup>.

## **D. Fisiopatología de la diabetes tipo 2**

Históricamente, se ha considerado que la resistencia a la insulina en hígado y músculos es el factor principal en el desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2 (DM-2). Se cree que el incremento en la producción de glucosa por el hígado, junto con una disminución en su absorción por los músculos, resulta en un aumento progresivo de los niveles de glucosa en la sangre. Esta situación, combinada con una producción insuficiente de

insulina por las células beta del páncreas, es lo que lleva a la manifestación de los síntomas clínicos de la DM-2. Actualmente, se cuenta con evidencia de la participación de diferentes componentes dentro del progreso de la DM2, estos suelen ser el tejido gastrointestinal, el adiposo, el riñón, la célula alfa del islote pancreático y el cerebro<sup>35</sup>.

“En la diabetes tipo 2 el receptor a insulina presenta alteraciones en su función”<sup>50</sup>.

La DM2 está condicionada con la obesidad, lo que propende el desarrollo de la resistencia a la insulina (RI), lo que provoca la alteración de la función de las células  $\beta$  del páncreas. Para compensar la RI, la célula  $\beta$  desarrolla mecanismos que devienen en el incremento de la masa celular, generando mayor producción de insulina, logrando compensar de forma inicial de la RI, pero en el tiempo estas células su capacidad para mantener la “hiperinsulinemia compensatoria”, generando déficit relativo de insulina<sup>51</sup>.

### **E. Diagnóstico de la diabetes tipo 2**

Se consideran niveles normales de glucosa en ayunas aquellos inferiores a 100 mg/dL, y de 140 mg/dL después de dos horas de haber ingerido una carga de glucosa.<sup>52</sup>. Los criterios para diagnosticar la diabetes mellitus son:

Presencia de síntomas diabéticos junto con una glucemia casual en plasma venoso igual o superior a 200 mg/dL (11.1 mmol/l) después de una carga oral de 75 gramos de glucosa. La glicemia casual es la medición de los niveles de glucosa en cualquier momento del día, independientemente del tiempo pasado desde la última ingesta de alimentos. Los síntomas comunes de la diabetes incluyen pérdida de peso sin explicación, incremento en el apetito, sed excesiva (polidipsia) y aumento en la frecuencia y cantidad de orina (poliuria).

Glucemia en ayunas determinados en plasma venoso, iguales o superiores a 126 mg/dL (7 mmol/l). Se considera ayuno un período de al menos ocho horas sin consumo de calorías.

Glucemia con medición en plasma venoso con valores igual o superior a 200mg/dL, es decir, 11.1mmol/l, luego de dos horas posterior a una carga de 75g de glucosa mientras que se realiza una prueba PTOG.

Prueba de hemoglobina glicosilada (HbA1c): Se considera un diagnóstico de diabetes cuando el resultado de la hemoglobina A1c (A1c) es igual o superior al 6.5%. Es fundamental que la metodología utilizada esté estandarizada y sea trazable al estándar del Programa Nacional de Estandarización de la Glicohemoglobina (NGSP, por sus siglas en inglés)<sup>35,53</sup>. No es válido en mujeres embarazadas ni para el diagnóstico de DM1.

Exámenes auxiliares:

A continuación, algunos exámenes auxiliares que se realizan para el diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2 son:

- Glucosa en ayunas en plasma venoso.
- Glucosa postprandial en plasma/suero venoso
- Hemoglobina glucosilada (HbA1c)
- Prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG)
- Glucosa capilar
- Orina completa
- Hemograma completo
- Creatinina en sangre <sup>4</sup>

## **F. Complicaciones**

### ***F.1. Complicaciones microvasculares***

Retinopatía diabética: Caracterizada por la presencia de alteraciones microvasculares en la retina de personas con diabetes (como micro aneurismas, hemorragias, exudados duros, entre otros), representa aproximadamente el 10% de los nuevos casos de ceguera cada año. Este trastorno se manifiesta como una complicación crónica de la diabetes<sup>54</sup>.

Nefropatía diabética: De la totalidad de pacientes con DM1, entre 20 y 50% tiene la probabilidad de desarrollar Nefropatía diabética<sup>55</sup>. El daño estructural en las nefronas, que comienza a nivel mesangial y luego se extiende de manera más difusa, se explica en gran medida por condiciones como el descontrol hiperglucémico crónico y la hipertensión arterial. Estos factores contribuyen a la patogenia del deterioro renal en personas con diabetes, afectando inicialmente las áreas mesangiales y progresando hacia un daño más extenso en el tejido renal <sup>56</sup>.

Neuropatía diabética: En presencia de hiperglucemia, la glucosa que penetra en el axón y en la célula de Schwann se convierte en sorbitol bajo la acción de la aldosa-reductasa, lo que genera hiperosmolaridad y edema. Este proceso contribuye al desarrollo de la neuropatía diabética dolorosa, afectando a alrededor del 25% de los pacientes con diabetes <sup>57,58</sup>.

### ***F.2. Complicaciones macrovasculares***

Cardiopatía isquémica: De hecho, la diabetes se asocia con un incremento de entre 2 y 4 veces el riesgo de desarrollar cardiopatía isquémica. Los pacientes diabéticos tienen igual riesgo de tener un infarto de miocardio que los no diabéticos que ya han tenido anteriormente un infarto miocárdico<sup>59</sup>.

Arteriopatía periférica: Se presenta como una de las diferentes manifestaciones sistemáticas de la aterotrombosis, que se conoce por una obstrucción del flujo arterial sanguíneo en las extremidades inferiores<sup>60</sup>.

Enfermedades cardiovasculares: la diabetes puede generar complicaciones a nivel cardiovascular, entre ellas están: infarto, síndrome coronario, disfunción ventricular, insuficiencia cardíaca, arterioesclerosis, entre otros<sup>61</sup>.

### **F.3. Pie diabético**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define por la presencia de infección, úlceras y destrucción de los tejidos profundos en las extremidades inferiores, asociados con alteraciones neurológicas y grados variables de enfermedad vascular periférica<sup>62</sup>. Asimismo, es la condición caracterizada por infección, formación de úlceras o destrucción de tejidos profundos en el pie, que ocurre en personas con diabetes y está vinculada con neuropatía o enfermedad arterial periférica en las extremidades inferiores. Esta afección representa un importante desafío en el cuidado de la diabetes, ya que requiere una atención especializada y continua para prevenir complicaciones graves, como la amputación<sup>63</sup>.

En la vida, aproximadamente el 15% de los pacientes diabéticos experimentarán una infección en el pie, con una incidencia anual que oscila entre el 1% y el 4%. En más del 80% de los casos, esta infección está precedida por la presencia de una úlcera en el pie. Estas infecciones son complejas y se deben clasificar según su gravedad, dividiéndolas en leves, moderadas-leves, moderadas-graves y graves. El tratamiento requiere un enfoque multidisciplinario e integral, que incluya desbridamiento, descarga del peso del pie afectado, antibioterapia adecuada, revascularización cuando sea necesario y cuidado de la úlcera<sup>64</sup>.

## **G. Tratamiento de la diabetes tipo 2**

### **G.1. Tratamiento no farmacológico**

Modificación del estilo de vida y en especial, promover la reducción del peso corporal, además, comprende el plan de educación terapéutica, alimentación, ejercicios físicos y hábitos saludables<sup>51</sup>.

El tratamiento no farmacológico, que implica modificaciones en el estilo de vida y en particular, la reducción del peso corporal en pacientes con sobrepeso representa la única intervención integral capaz de abordar simultáneamente la mayoría de los problemas metabólicos en personas con diabetes. Este enfoque abarca el control de la hiperglucemia, la resistencia a la insulina, la dislipoproteinemia y la hipertensión arterial. Además, incluye un plan de educación terapéutica que engloba la alimentación, la práctica de ejercicio físico y la promoción de hábitos saludables<sup>8</sup>.

## **G.2 Tratamiento farmacológico según el MINSA**

De acuerdo a la “Resolución Ministerial 540-2011/MINSA: Norma Técnica de Salud para la Utilización de Medicamentos no considerados en el PNUME”, el tratamiento de la DM2 comprende<sup>35</sup>:

### **G.2.1. TERAPIA FARMACOLÓGICO (MONOTERAPIA):**

Los pacientes con DM2, pero a la vez presentan signos de descompensación metabólica aguda, deben ser referidos a un nosocomio que disponga de un servicio de emergencia para su manejo<sup>35</sup>. El médico deberá prescribir lo siguiente:

**METFORMINA:** Este compuesto ejerce un efecto anti hiperglucemiante a través de su acción extra pancreática, mejorando la sensibilidad a la insulina en tejidos hepáticos y periféricos. A nivel del hígado, inhibe la producción de glucosa, al disminuir tanto la glucogenólisis (transformación del glucógeno en glucosa) como la gluconeogénesis (síntesis de glucosa). A nivel periférico, especialmente en el tejido muscular, incrementa la captación y el uso de glucosa; además, ralentiza la absorción de glucosa en el intestino, contribuyendo así con el control de la glucosa en sangre<sup>65</sup>.

“El tratamiento de la DM2, inicia con una dosis de 500mg u 850mg por día, dosis única, luego la dosis se incrementa cada 1 a 2 semanas, de forma progresiva hasta alcanzar el control glucémico...”. En caso de intolerancia a este fármaco, se suplementa con la terapia de sulfonilureas<sup>35</sup>.

**SULFONILUREAS:** Estimula la secreción de insulina por las células beta-pancreáticas, siempre que el páncreas funcione en forma mínimamente<sup>65</sup>. Dentro de ellas encontramos a las:

**GLIBENCLAMIDA:** “Se presenta en tabletas de 5 mg; sus efectos colaterales son la hipoglucemia y el incremento del peso”<sup>35</sup>.

**GLIMEPIRIDA:** Está indicado en mayores de 65 años con hiperglucemia no controlada. “El tratamiento inicia cuando la dieta indicada y el ejercicio físico no permita el control de la DM<sup>35</sup>.”

Otros fármacos que se emplean en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 son:

**TIAZOLIDINEDIONAS:** Este agente actúa en los músculos y el hígado para reducir la resistencia a la insulina y, en una menor proporción, para disminuir la producción de glucosa en el hígado. La capacidad para reducir la resistencia periférica a la insulina de este agente es más potente en comparación con las biguanidas, y este efecto se observa a dosis más bajas que la disminución de la producción hepática de glucosa<sup>65</sup>.

**GLINIDAS (SECRETAGOGOS DE ACCIÓN RÁPIDA):** Actúa de manera análoga a las sulfonilureas al estimular la secreción de insulina por las células beta-pancreáticas. Sin

embargo, lo hace mediante una zona de unión específica y diferente a la de las sulfonilureas<sup>65</sup>.

**INHIBIDORES DE LAS ALFAGLUCOSIDASAS:** Estos agentes inhiben de manera reversible las alfas glucosiladas intestinales, reduciendo así la absorción de hidratos de carbono en el intestino. Su efecto se refleja en una mejora de la HbA1c en un rango de 0,5-0,8% (con un grado de recomendación D). Indicado como antidiabético oral y en terapia combinada. Entre ellas consideramos a la acarbosa, miglitol<sup>65</sup>.

**POTENCIADORES DE INCRETINAS:** estimulan la secreción de insulina pancreática, suprimen la secreción de glucagón y enlentecen el vaciamiento gástrico<sup>65</sup>.

**INSULINA:** La terapia con insulina se recomienda cuando las sulfonilureas no han tenido éxito y el uso de metformina no es aconsejable, especialmente en pacientes con trastornos renales o hepáticos significativos. Los análogos de insulina humana, modificados mediante ingeniería genética, son una opción terapéutica. La dosis requerida generalmente oscila entre 0,5 y 1,2 U/kg/día, aunque algunos pacientes pueden necesitar dosis menores a medida que mejora el efecto de la glucotoxicidad con la terapia insulínica<sup>66</sup>.

### **1.3. Variables de estudio**

#### **1.3.1. Identificación de variables**

a. Variable independiente: Prácticas de autocuidado:

Dimensión de patrones de consumo.

Dimensión de ejercicio.

Dimensión de control glucémico.

Dimensión cuidado de los pies.

b. Variable dependiente: Adherencia al tratamiento oral de la DM2.



Variables	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Adherencia al tratamiento oral de la DM2	<p>Para evaluar el grado de cumplimiento del tratamiento se utilizará el Cuestionario de Morisky-Green, el cual consiste en formular al paciente cuatro interrogantes que requieren respuestas binarias afirmativas o negativas acerca de sus conductas y creencias sobre la medicación prescrita. Estas preguntas se intercalan casualmente durante la consulta médica. Si las actitudes detectadas hacia la farmacoterapia no son las</p>	<p>Control glucémico.</p> <p>Cuidado de los pies.</p> <p>Consumo de sustancia psicoactivas</p> <p>“Se olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad”.</p> <p>“Toma los medicamentos a las horas indicadas”.</p> <p>“Cuando se encuentra bien, deja de tomar la medicación”.</p> <p>“Si alguna vez le sienta mal, deja de tomar su medicamento”.</p>	<p>“En los últimos siete días usted se revisó sus pies”</p> <p>“En los últimos siete días usted ha revisado el interior de sus zapatos”</p> <p>“En los últimos siete días se lavó los pies”</p> <p>“En los últimos siete días secó los dedos de los pies después de lavarlos”</p> <p>“No ha fumado un cigarrillo, incluso una inhalación durante los últimos siete días”</p> <p>“No ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos siete días”</p> <p>“Se considera adherencia al tratamiento, en caso de que el paciente responde correctamente a las 04 preguntas”</p>	<p>Escala Nominal</p> <p>Valor final:</p> <p>Si</p> <p>No</p>

<b>Variables</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de medición</b>
	recomendables, se determinará que el paciente presenta falta de adherencia a la terapia indicada.			

## **Capítulo II**

### **Materiales y métodos**

#### **2.1. Enfoque de estudio**

El presente se sitúa dentro del enfoque cuantitativo. En este enfoque para comprender el comportamiento de las variables se hace uso de indicadores o parámetros, asimismo para comprobar la hipótesis de investigación se hizo uso de la estadística descriptiva e inferencial<sup>42</sup>.

#### **2.2. Tipo de investigación**

En función de su propósito, este estudio se clasifica como una investigación aplicada, ya que se dedica a adoptar y hacer funcionar las informaciones incorporadas. Este tipo de investigación depende de los resultados y avances del estudio básico<sup>84</sup>. De acuerdo a los medios para la obtención de la información pertenece a un diseño de campo, es decir se observará y explorará el fenómeno in situ. Conforme al nivel de conocimiento de que se obtiene, pertenece a un diseño explicativo.

#### **2.3. Tipo de diseño de investigación**

El estudio que se presenta adopta un diseño no experimental, específicamente de tipo explicativo y con un enfoque de corte transversal. Es decir, se identifica una población con DM2, que no es adherente al tratamiento por vía oral (casos); asimismo otra población con DM2 que es adherente al tratamiento por vía oral (controles), luego en su pasado o antecedentes se examina en cada uno de ellos la condición de autocuidado, para contrastar la hipótesis de investigación y el nivel de asociación entre las variables objeto de estudio, se hizo uso de la prueba no paramétrica del Chí cuadrado.

Por otro lado, la evaluación se realizó en un solo periodo de tiempo, por ello se menciona de corte transversal.

#### **2.4. Area de estudio**

La investigación se realizó en el Programa de Diabetes del Hospital Regional de Ayacucho, situado en la Av. Alcides Carrión S/N Cuadra 01 del Distrito de Andrés Avelino Cáceres, Provincia de Huamanga, Región Ayacucho.

## 2.5. Población

La población de estudio estuvo constituida por pacientes diagnosticados de DM2, quienes reciben control y tratamiento en el Hospital Regional de Ayacucho, el cual asciende a un total de 202 participantes; para el efecto se tuvo en consideración los siguientes criterios:

### 2.5.1. Los criterios de inclusión fueron

Pacientes diagnosticados con DM2, con más de 01 mes de tratamiento para la enfermedad.

Pacientes diagnosticados con DM2, adultos, adultos mayores, que recibe solo terapia oral para la enfermedad.

Pacientes diagnosticados con DM2, adultos, adultos mayores que acuden al control o seguimiento.

Pacientes diagnosticados con DM2, adultos, adultos mayores que a la fecha no presentan complicaciones por la enfermedad.

Pacientes diagnosticados con DM2, adultos, adultos mayores que se encuentran lucidos en tiempo, espacio y persona, asimismo no presentan algún nivel de dependencia física.

### 2.5.2. Los criterios de exclusión son:

Pacientes diagnosticados con DM2 y diabetes gestacional u otros tipos de diabetes.

Pacientes diagnosticados con DM2, adultos, adultos mayores que reciben tratamiento parenteral para la enfermedad.

Pacientes diagnosticados con diabetes, niños, adolescentes y jóvenes.

Pacientes diagnosticados con DM2, adultos, adultos mayores que se encuentren hospitalizados.

Pacientes diagnosticados con DM2, adultos, adultos mayores que a la fecha presentan complicaciones por la enfermedad

Pacientes diagnosticados con DM2, adultos, adultos mayores que no se encuentran lucidos en tiempo, espacio y persona, asimismo presentan algún nivel de dependencia física.

## 2.6. Muestra

Debido a la necesidad de contar la información en el tiempo más breve, condiciones de factibilidad fue necesario determinar una muestra:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{(N - 1)(e)^2 + Z^2 P Q}$$

n = 115

Dónde:

	Definición	Valor
N	Población de estudio	202

Z <sup>2</sup>	Es la confianza aplicada al valor de Z (95% - 1.96)	1.96
P	Es la probabilidad de que un suceso se presente	0.4
Q	1-p	0.6
E	Margen de error, generalmente es 5%	0.05

Tipo de muestreo: Para la selección de la muestra se hizo uso del muestreo no probabilístico intencionado que asciende a un total de 115.

## **2.7. Técnicas e instrumento de recolección de datos**

### **2.7.1. La técnica para utilizar para recabar la información fue la entrevista.**

### **2.7.2. Los instrumentos para utilizar en el presente estudio son:**

Cuestionario de Actividades de Autocuidado de la Diabetes (SDSCA)

La herramienta de valoración cuantifica la regularidad o constancia total con la que se llevan a cabo acciones vinculadas al cuidado de la salud en personas con diabetes, mediante preguntas que indagan la frecuencia semanal con la que los participantes realizan ejercicio físico o el número de días dentro de la última semana en los que ingirieron al menos cinco raciones diarias de frutas y hortalizas. A través de este puntaje de hábitos específicos, se obtiene una medición numérica de la adherencia a conductas recomendables para el control adecuado de esta enfermedad.

La herramienta cuantifica la regularidad o constancia total en la ejecución de acciones benéficas para la salud de personas diabéticas, mediante ítems que exploran la periodicidad semanal en actividades físicas o la ingesta de al menos cinco raciones diarias de frutas y hortalizas en los últimos siete días. La versión extendida del cuestionario SDSCA también valora el acatamiento a las recomendaciones médicas, adherencia, contrastando las conductas informadas por los participantes con las pautas provistas por especialistas de la salud.

Las dimensiones que aborda el instrumento son:

- Dimensión de patrones de consumo.
- Dimensión de ejercicio.
- Dimensión de control glucémico.
- Dimensión cuidado de los pies.
- Dimensión de consumo de sustancia psicoactivas

Los resultados de la evaluación arrojan lo siguiente:

Escala:

- Prácticas de autocuidado inadecuada (< 5 días)
- Prácticas de autocuidado adecuado (> o igual a 5 días)

Test de Morisky Green:

Objetivo: Evaluar la conformidad con el tratamiento farmacológico oral en individuos diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Aspectos evaluados: Las áreas consideradas por el instrumento fueron:

- El no consumo de la medicación
- El no consumo de la medición a la hora establecida
- La frecuencia y periodicidad de la medición
- La suspensión sin una razón de la medicación

Criterio de evaluación:

- Sin adherencia
- Con adherencia

### **2.7.3. Criterios de validez y confiabilidad**

El Test de Morisky Green es una prueba diseñada para medir el cumplimiento del tratamiento farmacológico oral recetado a pacientes que han sido diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2. El objetivo de este test es evaluar que tan bien siguen los pacientes sus indicaciones médicas de tomar los medicamentos recetados para controlar su enfermedad, para su administración no sufrió modificación alguna en su contenido.

El Cuestionario de Actividades de Autocuidado de la Diabetes (SDSCA) fue adaptado de la tesis realizado por Pinzón GM., titulado: "Autocuidado Del Paciente Diabético Tipo 2 En El Club Amigos Dulces De La Ciudad De Loja", por lo tanto, con el fin de establecer la validez del test de Morisky Green, éste fue evaluado por un grupo de expertos en el tema. Posteriormente, después de realizar una prueba piloto, se llevó a cabo un análisis estadístico para determinar el nivel de confiabilidad o consistencia interna del instrumento, es decir, para medir su capacidad de arrojar resultados precisos y coherentes en mediciones repetidas.

Resultados de la prueba binomial.

ITEMS	JUEZ 01	JUEZ 02	JUEZ 03	JUEZ 04	JUEZ 05	SUMA	PRUEBA BINOMIAL
CLARIDAD	1	1	1	1	1	5	0.031
OBJETIVIDAD	1	1	1	1	1	5	0.031
CONSISTENCIA	1	1	1	1	1	5	0.031
COHERENCIA	1	1	1	1	1	5	0.031
PERTINENCIA	1	1	1	1	1	5	0.031
SUFICIENCIA	1	1	1	1	1	5	0.031

Cuando el valor de p es inferior a 0.05, se interpreta que los ítems tienen consistencia de acuerdo con la opinión de cada experto. Para verificar la fiabilidad del instrumento,

se realizó inicialmente una prueba piloto, y posteriormente se aplicó la prueba de alfa de Cronbach, obteniéndose los siguientes resultados:

Cronbach	N de elementos
0,718	14

## **2.8. Recolección de datos**

Aprobado el proyecto de investigación se solicitó al Hospital Regional de Ayacucho, mediante la Dirección de la Escuela de Pos Grado la autorización, para realizar el estudio conforme al propósito del presente estudio, luego se procedió a:

Coordinación con las Dirección de Docencia e Investigación, para explicar el alcance del presente estudio.

Exploración de los consultorios externo, para evaluar la dinámica de atención de los pacientes con DM2.

Verificación en el registro de atención, de los pacientes con DM2.

Determinación del tamaño de la muestra, conforme a los criterios establecidos.

Capacitación al personal de apoyo responsable de administrar el instrumento de recolección de datos.

Identificación de los pacientes con DM2, para luego administrar el instrumento, previo consentimiento informado.

## **2.9. Procesamiento y presentación de datos**

Una vez finalizada la administración de los instrumentos para recolectar los datos, se procedió a examinar detenidamente cada uno de ellos. Posterior a esta revisión meticulosa, se llevaron a cabo los siguientes pasos:

Codificación del instrumento, así como de cada uno de los ítems.

Organización de la base de datos en el Software SPSS 26, generando el tipo de variable, su etiqueta, los valores que le corresponden.

Ingreso de los datos, conforme a la base de datos establecida.

Conforme a la base de datos preliminar, se realizó el cálculo de los datos en el Software SPSS 26, luego procedió con la recodificación en distintas variables,

Generación de la base de datos final.

Los resultados del presente estudio se presentan en tablas simples y compuestos, para el efecto se hizo uso de la estadística descriptiva e inferencial. Con el fin de comprobar la hipótesis planteada en el estudio, se utilizó una prueba estadística no paramétrica conocida como la prueba Chi Cuadrado ( $X^2$ ). Esta es una prueba adecuada para comparar frecuencias observadas con las frecuencias esperadas y determinar si existen

diferencias estadísticamente significativas entre ellas. De esta manera podremos poner a prueba nuestra hipótesis estadística.

### Capítulo III

### Resultados

**Tabla 1**

*Prácticas de autocuidado y adherencia al tratamiento oral de la DM2, en los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023.*

AUTOCUIDADO	ADHERENCIA				TOTAL	
	SI N°	%	NO N°	%	N°	%
SI	8	7	15	13	23	20
NO	27	23.5	65	56.5	92	80
TOTAL	35	30.4	80	69.6	115	100

*Fuente: Aplicación de entrevista a los pacientes del HRA.*

Valor X <sup>2</sup>	gl	P
0.257 <sup>a</sup>	1	0.612

En la tabla 01 se observa que el mayor porcentaje de usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho que representa el 69.6%, no tienen adherencia al tratamiento oral de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), el 30.4% si presentan adherencia; en relación a las prácticas de autocuidado el 80% no cumplen con las prácticas de autocuidado para prevenir riesgo de complicación de la enfermedad, solo el 20% cumple con las prácticas de autocuidado; debe señalarse que en los usuarios con o sin adherencia al tratamiento oral de la diabetes mellitus tipo 2, en su mayor porcentaje no cumplen con las prácticas de autocuidado. En general el nivel de adherencia al tratamiento oral de la DM2, no se asocia con las prácticas de autocuidado (X<sup>2</sup>: 0.257, p>0.05).

**Tabla 2**

*Prácticas de autocuidado en la dimensión de patrones de consumo, y adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023.*

PATRONES DE CONSUMO	ADHERENCIA				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>PLAN DE ALIM. SALUDABLE</b>						
SI	18	15.7	19	16.5	37	32.2
NO	17	14.8	61	53	78	67.8
TOTAL	35	30.4	80	69.6	115	100
<b>CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS</b>						
SI	16	13.9	19	16.5	35	30.4
NO	19	16.5	61	53	80	69.6
TOTAL	35	30.4	80	69.6	115	100
<b>ALIMENTOS RICOS EN GRASAS</b>						
NO	28	24.3	65	56.5	93	80.9
SI	7	6.1	15	13	22	19.1
TOTAL	35	30.4	80	69.6	115	100
<b>CONSUMO BEBIDAS AZUCARADAS, TORTAS, Etc.</b>						
NO	30	26.1	66	57.4	96	83.5
SI	5	4.3	14	12.2	19	16.5
TOTAL	35	30.4	80	69.6	115	100

*Fuente: Aplicación de entrevista a los pacientes del HRA.*

Patrones	Valor X <sup>2</sup>	Gl	P
Plan de alimentación	8.548 <sup>a</sup>	1	0.003
Consumo verduras, frutas	5.548 <sup>a</sup>	1	0.019
Alimentos ricos en grasas	0.025 <sup>a</sup>	1	0.875
Consumo de bebidas azuc.	0.182 <sup>a</sup>	1	0.669

En la tabla 02 se evidencia los patrones de consumo, asociados a la adherencia al tratamiento oral de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2); al respecto el 67.8% de los pacientes no cumple con un plan de alimentación saludable, a la vez el 69.6% no consumen de forma diaria frutas y verduras, asociándose con la no adherencia al tratamiento oral de la diabetes mellitus tipo 2 ( $p < 0.05$ ); el cumplimiento de un plan de alimentación saludable incluye un dieta bajo en calorías, bajo en grasas saturadas,

consumo diarios de frutas y verduras, consumir alimentos en la cantidad necesaria, que satisfaga los requerimientos nutricionales. Por otro lado, el 80.9% expresa no consumir de forma continua alimentos ricos en grasas; asimismo el 83.5% señala no consumir de forma periódica bebidas azucaradas, tortas, galletas, pero estas condiciones no se asocian con la adherencia al tratamiento oral de la DM2 ( $P>0.05$ ).

**Tabla 3**

*Prácticas de autocuidado en la dimensión actividad física, y adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023.*

	ADHERENCIA				TOTAL	
	SI		NO			
ACTIVIDAD FÍSICA INTENSA	N°	%	N°	%	N°	%
SI	6	5.2	16	13.9	22	19.1
NO	29	25.2	64	55.7	93	80.9
TOTAL	35	30.4	80	69.6	115	100

*Fuente: Aplicación de entrevista a los pacientes del HRA.*

Valor $X^2$	gl	P
0.128 <sup>a</sup>	1	0.720

En la tabla 03, se observa que el mayor porcentaje de usuarios (80.9%) que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, no realizan actividad física de forma intensa, es decir adoptan en su mayoría conductas sedentarias debido al trabajo o no tener la costumbre de realizar ejercicio físico; solo el 19.1% realizan actividad física intensa en forma periódica; debe señalarse que en los pacientes con adherencia al tratamiento oral de la DM2, así como en aquellos sin adherencia el mayor porcentaje no realizan actividad física de forma intensa, determinándose el nivel de adherencia al tratamiento oral de la DM2 no se asocia con la actividad física intensa ( $X^2$ : 0.128a,  $p>0.05$ ).

**Tabla 4**

*Prácticas de autocuidado en la dimensión de control glucémico, y adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023.*

	ADHERENCIA				TOTAL	
	SI		NO			
CONTROL GLUCÉMICO	N°	%	N°	%	N°	%
SI	10	8.7	17	13	25	21.7

NO	25	21.7	65	56.5	90	78.3
TOTAL	35	30.4	80	69.6	115	100

Fuente: Aplicación de entrevista a los pacientes del HRA.

Valor X <sup>2</sup>	GI	P
1,380 <sup>a</sup>	1	0,240

En la tabla 04, se observa que el 78.3% del total de pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, que representa el mayor porcentaje, no cumplen con el control glucémico de forma periódica, solo el 21.7% cumplen con el control glucémico; debe precisarse que en los pacientes con adherencia al tratamiento oral de la DM2, así como en aquellos sin adherencia, el mayor porcentaje no cumplen con el control glucémico de forma periódica, determinándose que el nivel de adherencia al tratamiento oral de la DM2 no se asocia con el control glucémico (X<sup>2</sup>: 1,380a, p>0.05).

#### Tabla 5

*Prácticas de autocuidado en la dimensión de cuidados de los pies, y adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023.*

	ADHERENCIA				TOTAL	
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
CUIDADO DE LOS PIES						
REVISIÓN DE LOS PIES						
SI	9	7.8	22	19.1	31	27
NO	26	22.6	58	50.4	84	73
TOTAL	35	30.4	80	69.6	115	100
HIGIENE DE LOS PIES						
SI	14	12.2	22	19.1	36	31.3
NO	21	18.3	58	50.4	79	68.7
TOTAL	35	30.4	80	69.6	115	100

Fuente: Aplicación de entrevista a los pacientes del HRA.

CAUIDADOS	Valor X <sup>2</sup>	GI	P
Revisión de los pies	0.039 <sup>a</sup>	1	0,843
Higiene de los	1.769 <sup>a</sup>	1	0,183

En la tabla 05, se advierte que el mayor porcentaje de los pacientes (73%) no realizan la revisión de los pies en forma periódica, solo el 27% cumplen dicha actividad; debe precisarse que en los pacientes con adherencia al tratamiento oral de la DM2, así como en aquellos sin adherencia, el mayor porcentaje no cumplen con la revisión de los pies

de forma periódica, determinándose que el nivel de adherencia al tratamiento oral de la DM2 no se asocia con la revisión de los pies ( $X^2$ : 0.039a,  $p>0.05$ ).

Por otro lado, el 68.7% del total de pacientes abordados no cumplen con la higiene de los pies de forma periódica, condición que no se asocia a la adherencia al tratamiento oral de la DM2 ( $X^2$ : 1.769a,  $p>0.05$ ). Debido a las complicaciones de la DM2, como es la arteriopatía periférica, así como de las alteraciones neurológicas, los pacientes tienden a desarrollar el pie diabético, lesión inicial que al no ser advertido en forma oportuna tiende a desarrollar una gangrena que conlleva a la amputación de uno o ambos miembros inferiores, por ello su revisión periódica y cuidado integral de los pies.

**Tabla 6**

*Prácticas de autocuidado en la dimensión de consumo de sustancia psicoactivas, y adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023.*

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	ADHERENCIA				TOTAL	
	SI	NO	SI	NO	N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>CIGARRILLOS</b>						
NO	33	28.7	61	53	94	81.7
SI	2	1.7	19	16.5	21	18.3
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>30.4</b>	<b>80</b>	<b>69.6</b>	<b>115</b>	<b>100</b>
<b>BEBIDAS ALCOHÓLICAS</b>						
NO	26	22.6	49	42.6	75	65.2
SI	9	7.8	31	27	40	34.8
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>30.4</b>	<b>80</b>	<b>69.6</b>	<b>115</b>	<b>100</b>

*Fuente: Aplicación de entrevista a los pacientes del HRA.*

Valor $X^2$	gl	P
5.306 <sup>a</sup>	1	0.021
1.824 <sup>a</sup>	1	0.177

En la tabla 06, se evidencia que el 81.7% del total de pacientes no tienen el hábito de consumir cigarrillos, pero el 18.3% si tienen el hábito; asimismo el 65.2% señalan no consumir bebidas alcohólicas, mientras el 34.8% señalan consumir; de los que no poseen adherencia al tratamiento oral de la DM2 (69.6%), el 53% no consume cigarrillos, mientras el 42.6% no consumen bebidas alcohólicas. De los que poseen adherencia que representa el 30.4%, el mayor porcentaje que representa el 28.7% no consumen cigarrillos, asociándose en general con esta condición ( $X^2$ : 5.306a,  $p<0.05$ ); mientras el

consumo de bebidas alcohólicas es independiente al nivel de adherencia al tratamiento oral de la DM2 ( $X^2$ : 1.824a,  $p>0.05$ ).

## **Capítulo IV**

### **Discusión**

De acuerdo con la información de la DIRESA, en la región de Ayacucho, durante el primer semestre del año 2022, se contabilizaron más de 9 mil casos de diabetes, 47 mil 476 casos de obesidad y 96 mil 684 casos de sobrepeso, los cuales se constituyen en condiciones de riesgo predominantes<sup>10</sup>. A la fecha el manejo de DM2, demanda de un tratamiento médico oportuno, así como de cuidados integrales y periódicos, como es la modificación de los estilos de vida, cumplir estricto del tratamiento médico<sup>11</sup>; de ahí la importancia de la adherencia del tratamiento para la enfermedad<sup>12</sup>; lo que va evitar la progresión de la enfermedad, la aparición de complicaciones, asimismo va permitir la mejora de la calidad de vida de los pacientes<sup>13</sup>. Hasta la fecha, se estima que más del 50% de los pacientes con diabetes tipo 2 en naciones desarrolladas no siguen adecuadamente sus tratamientos<sup>14</sup>; varios estudios han indicado que la falta de cumplimiento con el tratamiento se asocia con un aumento de la mortalidad.<sup>15</sup>

El propósito principal del estudio fue identificar las prácticas de autocuidado que afectan con la adherencia al tratamiento oral en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que asisten al Hospital Regional de Ayacucho en 2023, que de acuerdo a los datos de la tabla 01, el mayor porcentaje de los usuarios (69.6%) no sigue adecuadamente el tratamiento oral para la DM2, mientras que solo el 30.4% muestra una adherencia efectiva. En lo que respecta a las prácticas de autocuidado, el 80% de pacientes abordados, que representa el mayor porcentaje, no realiza las acciones necesarias para prevenir complicaciones de la enfermedad, y apenas el 20% cumple con las prácticas de autocuidado. Es importante destacar que, tanto en los usuarios adherentes como en los no adherentes al tratamiento oral de la DM2, la mayoría no sigue adecuadamente las prácticas de autocuidado. Esto resalta la necesidad de implementar intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia al tratamiento y las prácticas de autocuidado entre estos pacientes, lo cual podría contribuir significativamente a la prevención de complicaciones asociadas con la diabetes.

En un estudio realizado el 2021 en México, en adultos mayores con DM2 de una institución de salud pública, se pudo establecer que los pacientes afectados, cumplen con las prácticas de autocuidado en 03 de las áreas evaluadas, como la alimentación, cuidado de los pies y adherencia terapéutica, excepto en el de actividad física y automonitoreo<sup>16</sup>, resultados que difieren con los del presente estudio. En otro estudio realizado el 2018, en personas con diabetes mellitus tipo 2 de la Provincia de Tarma, se pudo determinar que el 79% a veces cumple con la adherencia terapéutica, 67% cumple a veces con el manejo higiénico de forma adecuada, el 59% posee estilos de vida poco beneficiosos; demostrándose que la adherencia al tratamiento, se relaciona significativamente con los estilos de vida de las personas con DM2<sup>23</sup>, resultados que en parte son similares al del presente estudio.

En general podemos evidenciar que el mayor porcentaje de los pacientes con DM2, no cumplen con las prácticas de autocuidado, incrementando su nivel de vulnerabilidad para el desarrollo de diversas complicaciones del tipo macrovascular, microvascular, así como del pie diabético; realizando la contrastación de la hipótesis de investigación, se evidencia que el nivel de adherencia al tratamiento oral de la DM2, es independiente a las prácticas de autocuidado ( $X^2$ : 0.257,  $p > 0.05$ ), por lo tanto, se rechaza la hipótesis de investigación ( $H_i$ ), y se acepta hipótesis nula fue ( $H_o$ ), es decir las prácticas de autocuidado no influyen en la adherencia al tratamiento oral de la DM2, en los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho.

Uno de los objetivos específicos del estudio, fue establecer la influencia de las prácticas de autocuidado en la dimensión de patrones de consumo, en la adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, conforme se evidencia en los resultados de la tabla 02, el mayor porcentaje de los pacientes (67.8%) no cumple con un plan de alimentación saludable, a la vez el 69.6% no consume de forma diaria frutas y verduras, asociándose a la no adherencia al tratamiento oral de la diabetes mellitus tipo 2 ( $p < 0.05$ ). Por otro lado, el mayor porcentaje (80.9%) expresa no consumir de forma continua alimentos ricos en grasas; asimismo el 83.5% señala no consumir de forma periódica bebidas azucaradas, tortas, galletas, pero estas condiciones, no se asocian con el nivel de adherencia al tratamiento oral de la DM2 ( $P > 0.05$ ).

En un estudio realizado el 2020 en Ecuador en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se pudo identificar que el mayor porcentaje expresan hábitos alimenticios no saludables, 41% consumen azúcares, el 39% grasas saturadas y tan solo el 20% mantiene una dieta balanceada, además consumen tabaco y bebidas alcohólicas<sup>17</sup>. En otro estudio realizado el 2016, en adultos con diabetes mellitus tipo 2, que asisten al Hospital

Universitario de Bucaramanga, se pudo identificar que el 41.6% de los pacientes con DM2, nunca cumple con las actividades prescritas, entre ellos con el patrón de alimentación, evidenciándose que esta condición no se asocia con la adherencia terapéutica ( $p < 0.000$ )<sup>19</sup>, resultados que en parte son similares a los del presente estudio. Respecto a la adherencia del tratamiento de la DM2, en pacientes que acuden al centro de salud de Chilca, se pudo identificar que solo el 39.2% señalan buena adherencia al tratamiento de la DM2<sup>21</sup>. Por otro lado en el estudio realizado el 2017, en pacientes con diabetes, que acuden al servicio de medicina interna del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, se pudo establecer que la adherencia es de 76.8%; asimismo en los últimos 07 días, el mayor porcentaje de los usuarios que representa el 81.2% del total de pacientes, cumplen con el régimen general de alimentación, con una media de 5.6<sup>24</sup>, resultados que difieren de forma considerable con los del presente estudio.

En diversos antecedentes, se evidencia la presencia de ciertos patrones de consumo de alimentos, que indican una condición de riesgo para la aparición de complicaciones de la DM2, en ese sentido estos pacientes, deben cumplir con un plan estricto de alimentación, es decir consumir alimentos a nivel de la calidad y cantidad necesaria en el desayuno, almuerzo y cena, consumir en la hora indicada, no exceder en cantidad el consumo de carbohidratos, grasas, y todo tipo de alimentos; se debe restringir el consumo de bebidas azucaradas, alimentos procesados con alto nivel calórico, asimismo consumir de forma diaria frutas y verduras necesarias, por lo tanto existe conductas de practica alimentaria, que se deben modificar en el tiempo más corto.

El segundo objetivo específico del estudio fue establecer la influencia de las prácticas de autocuidado en la dimensión de ejercicio, en la adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, al respecto según los resultados de la tabla 03, el mayor porcentaje de los pacientes (80.9%) con DM2 no realizan actividad física de forma intensa, la gran mayoría adoptan conductas sedentarias; solo el 19.1% realizan actividad física intensa en forma periódica; por otro lado se advierte, que en los pacientes con adherencia al tratamiento oral de la DM2, así como en aquellos sin adherencia, el mayor porcentaje no realizan actividad física de forma intensa.

En un estudio realizado el 2017, en pacientes con diabetes, que acuden al servicio de medicina interna, del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, se pudo establecer que la realización de ejercicio físicos por parte de los pacientes se realiza de forma muy esporádica<sup>24</sup>, es decir prima la actividad sedentaria. En general en los resultados del presente estudio, se evidencia que el mayor porcentaje de los pacientes con DM2, muestran conductas sedentarias, condición que está determinado por hábitos y

costumbres en el hogar, tipo de actividad laboral, excesiva carga laboral, acceso a la tecnología de la información, uso del transporte entre otros, condición de riesgo que predispone para el desarrollo de cualquier complicación; demostrándose que el nivel de adherencia al tratamiento oral de la DM2, no se asocia con la actividad física intensa ( $X^2$ : 0.128a,  $p > 0.05$ ).

El tercer objetivo específico del presente estudio fue establecer la influencia de las prácticas de autocuidado en la dimensión de control glucémico, en la adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, al respecto de acuerdo a los resultados de la tabla 04, el mayor porcentaje de los pacientes (78.3%) no cumplen con el control glucémico de forma periódica, solo el 21.7% cumplen con el control glucémico; debe precisarse que en los pacientes con adherencia al tratamiento oral de la DM2, así como en aquellos sin adherencia, el mayor porcentaje no cumplen con el control glucémico de forma periódica.

En el estudio realizado el 2019, en pacientes con diabetes mellitus del Hospital Chancay, se pudo determinar que el mayor porcentaje de la población, muestra una adecuada adherencia al tratamiento, asimismo el mayor porcentaje posee un estilo de vida adecuado, caracterizado por un control glucémico de forma continua, así como mantener una alimentación adecuada (95%)<sup>22</sup>, resultados que diferente con los del presente estudio, donde el mayor porcentaje de los pacientes con DM2, no realiza el control glucémico de forma periódica, otros lo realizan en intervalos de tiempo muy espaciados, debido entre otros factores a la deficiente educación sanitaria, dificultad para acceder a los servicios de salud, seguimiento deficiente por parte del personal de salud y desconocimiento sobre el manejo de la enfermedad.

El control glucémico es actividad muy importante en los pacientes con DM2, su registro permite determinar la concentración de glucosa en sangre, y cualquier alteración de ello, deviene en problemas graves para el paciente, asimismo indica el impacto o la eficacia del tratamiento médico que recibe, asimismo expresa los resultados de los patrones de conducta alimenticia, conductas sedentarias; en general se evidencia que el nivel de adherencia al tratamiento oral de la DM2, no se asocia con el control glucémico ( $X^2$ : 1,380a,  $p > 0.05$ ).

El cuarto objetivo específico del estudio determinar la influencia de las prácticas de autocuidado en la dimensión de cuidados de los pies, en la adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, de acuerdo a los resultados de la tabla 05, el mayor porcentaje de los pacientes (73%) no realizan con la revisión de los pies en forma periódica, solo el 27% cumplen con realizar dicha actividad; debe precisarse que en los pacientes con adherencia al tratamiento oral

de la DM2, así como en aquellos sin adherencia, el mayor porcentaje no cumplen con la revisión de los pies de forma periódica, determinándose que el nivel de adherencia al tratamiento oral de la DM2 es independiente a la revisión de los pies ( $X^2$ : 0.039a,  $p > 0.05$ ). Por otro lado, el 68.7% del total de pacientes abordados no cumplen con la higiene de los pies de forma periódica, condición que no se asocia a la adherencia al tratamiento oral de la DM2 ( $X^2$ : 1.769a,  $p > 0.05$ ).

En el estudio realizado en pacientes con diabetes tipo II, en el Hospital EsSalud Ayacucho, se pudo establecer que el mayor porcentaje de los pacientes, que representa el 65%, revisa frecuentemente sus pies<sup>28</sup>, resultados que difieren con las del presente estudio. Debe remarcarse que los pacientes con DM2 que no cumplen con un plan de autocuidado, se exponen a diversas complicaciones entre ellos a la neuropatía diabética, complicaciones microvasculares, así como del desarrollo del pie diabético; por lo tanto, cualquier lesión simple tiende agravarse, llegando a condiciones de celulitis extrema, osteomielitis y cangrena, cuyo único tratamiento es la amputación del área afectado, empeorando la calidad de vida del paciente.

Conforme a los resultados, es necesario generar hábitos y costumbres para realizar una vigilancia exhaustiva de los miembros inferiores, así como de la higiene, el cual depende del nivel de conocimiento sobre el manejo de la enfermedad, de las implicancias de las conductas de riesgo, entre otros. En general la revisión de los pies, así como de la higiene de los mismos no se asocian con la adherencia al tratamiento oral de la DM2 ( $p > 0.05$ ).

El quinto objetivo específico fue establecer la influencia de las prácticas de autocuidado en la dimensión de consumo de sustancia psicoactivas, en la adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, conforme a los resultados de la tabla 06, el mayor porcentaje de los pacientes (81.7%), no tienen el hábito de consumir cigarrillos, pero el 18.3% si tienen el hábito; asimismo el 65.2% señalan no consumir bebidas alcohólicas, mientras el 34.8% señalan consumir; debe destacarse que en aquellos que consumen estas sustancias, así como en los que no consumen, el mayor porcentaje de los pacientes con DM2, no tiene adherencia al tratamiento oral de la DM2.

En relación a estas conductas de riesgo, un tercio de los pacientes con DM2 consumen algún tipo de bebida alcohólica durante los últimos seis meses, como cerveza en su mayor porcentaje, licores, vino, chicha de jora entre otros; asimismo el 18.3% tiene el hábito de fumar; las condiciones que precipitan estas condiciones de riesgo, son las costumbres y hábitos adquiridos durante el tiempo, aunque no se advierte niveles de dependencia; a nivel de la región el consumo de las sustancias psicoactivas, está

influenciada por las costumbres religiosas, deportivas, sociales, culturales; gran parte de estas actividades, deviene con el consumo de las bebidas alcohólicas.

El consumo de estas sustancias debe restringirse en su totalidad, pero cierta proporción de los pacientes con DM2 incumplen con esta condición; por otro lado, se advierte, que en los pacientes que no consumen cigarrillos, se incrementa el nivel de adherencia al tratamiento oral de la DM2 de forma significativa ( $X^2$ : 5.306a,  $p < 0.05$ ), mientras el consumo de bebidas alcohólicas es independiente al nivel de adherencia al tratamiento oral de la DM2 ( $X^2$ : 1.824a,  $p > 0.05$ ).

### **Conclusiones**

El mayor porcentaje de los pacientes (69.6%) no tienen adherencia al tratamiento oral de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2); asimismo no cumplen con las prácticas de autocuidado para prevenir las complicaciones de la DM2 (80%); en general el nivel de adherencia al tratamiento oral de la DM2, no se asocia con las prácticas de autocuidado ( $X^2$ : 0.257,  $p > 0.05$ ).

El mayor porcentaje de los pacientes (67.8%) no cumple con un plan de alimentación saludable, asimismo no consume en forma periódica verduras, frutas (69.6%), condiciones que se asocian con la no adherencia al tratamiento oral de la DM2 ( $P > 0.05$ ).

El mayor porcentaje de los pacientes con DM2 (80.9%), no realizan actividad física de forma intensa, no asociándose con la adherencia al tratamiento oral de la DM2 ( $X^2$ : 0.128a,  $p > 0.05$ ).

El mayor porcentaje de los pacientes con DM2 (78.3%), no cumplen con el control glucémico de forma periódica, condición que no influye en la adherencia al tratamiento oral de la DM2 ( $X^2$ : 1.380a,  $p > 0.05$ ).

El mayor porcentaje de los pacientes con DM2 (73%), no realizan con la revisión de los pies en forma periódica; asimismo no cumplen con la higiene de los pies (68.7%), condición que no se asocia con la adherencia al tratamiento oral de la DM2 ( $X^2$ : 1.769a,  $p > 0.05$ ).

El mayor porcentaje de los pacientes (81.7%), no tienen el hábito de consumir cigarrillos, ni consumen bebidas alcohólicas (65.2%), evidenciándose en los pacientes que no consumen cigarrillos se incrementa la adherencia al tratamiento oral de la DM2 ( $X^2$ : 5.306a,  $p < 0.05$ ), mientras el consumo de bebidas alcohólicas es independiente al nivel de adherencia ( $X^2$ : 1.824a,  $p > 0.05$ ).

## **Recomendaciones**

A la DIRESA Ayacucho a fin de fortalecer el programa de control y manejo de la DM2, con el propósito de mejorar el acceso de los servicios para el diagnóstico precoz y manejo oportuno de los pacientes con DM2.

Al Hospital Regional de Ayacucho, a fin de que el Programa de control y manejo de la diabetes, fortalezca las capacidades del personal de salud, en materia de educación sanitaria, consejería nutricional, seguimiento de caso, de esta manera promover mejores patrones de autocuidado y mejorar la adherencia al tratamiento.

Al Personal de Salud del Hospital Regional de Ayacucho, responsable del seguimiento y manejo de la DM2, a fin de identificar en forma oportuna los riesgos que predispongan el desarrollo de complicaciones de la enfermedad.

Se debe generar alianzas entre los diversos actores, a fin de promover hábitos y entornos saludables en los pacientes con DM2.

## Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. Published September 16, 2022. Accessed February 14, 2023. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. Mora-Morales E. Estado actual de la diabetes mellitus en el mundo. *Acta Med Costarric.* 2014;56(2):44-46. Accessed February 19, 2023. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v56n2/art01v56n2.pdf>
3. Espinosa Sánchez A, Rodríguez Porto AL, Sánchez León M. Diabetes mellitus tipo 2: enfoque de su riesgo cardiovascular. *Rev 16 abril.* 2014;53(255):101-115. Accessed February 19, 2023. [https://rev16deabril.sld.cu/index.php/16\\_04/article/view/58](https://rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/58)
4. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. *Guía Técnica.* Published online 2016:66. Accessed February 19, 2023. [www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)
5. Seclen S, Rosas M, Arias A, Medina C. Elevated incidence rates of diabetes in Peru: report from PERUDIAB, a national urban population-based longitudinal study. *BMJ Open Diabetes Res Care.* 2017;5(1). doi:10.1136/BMJDR-2017-000401
6. Conthe P, Márquez Contreras E, Aliaga Pérez A, et al. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. *Rev Clínica Española.* 2014;214(6):336-344. doi:10.1016/J.RCE.2014.03.008
7. World Health Organization. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia. Published online 2006:1-50. Accessed February 14, 2023. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43588/9241594934\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43588/9241594934_eng.pdf)
8. Reyes F, Pérez M, Figueredo E, Ramírez M, Jiménez Y. Tratamiento actual de la Diabetes Mellitus tipo 2. *CITMA.* 2016;20(1):98-121. Accessed February 19, 2023. <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v20n1/ccm09116.pdf>
9. Seclén S. Diabetes Mellitus en el Perú: hacia dónde vamos. *Rev Med Hered.* 2015;26:3-4. Accessed February 19, 2023. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v26n1/a01v26n1.pdf>
10. Dirección Regional de Salud de Ayacucho. Realizan una campaña de atención integral de prevención e identificación precoz de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Published July 26, 2022. Accessed February 23, 2023. <https://www.gob.pe/institucion/regionayacucho/noticias/635496-realizan-una->

campana-de-atencion-integral-de-prevencion-e-identificacion-precoz-de-las-enfermedades-cronicas-no-transmisibles

11. Figueira ALG, Boas LCGV, Coelho ACM, Freitas MCF de, Pace AE. Educational interventions for knowledge on the disease, treatment adherence and control of diabetes mellitus. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25(0). doi:10.1590/1518-8345.1648.2863
12. Pascacio G, Ascencio G, Cruz A, Guzmán G. Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Rev Invest Cien Salud*. 2021;22(1-2):23-31. <https://www.redalyc.org/pdf/487/48749482004.pdf>
13. Maidana G, Lugo G, Vera Z, et al. Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa . *Mem Inst Investig Cienc Salud*. 2016;14(1):70-77. doi:10.18004/Mem.iics/1812-9528/2016.014(01)70-077
14. WHO. Adherence to long-term Therapies. WHO. Published online 2003:1-28. Accessed February 14, 2023. [https://books.google.com/books/about/Adherence\\_to\\_Long\\_term\\_Therapies.html?hl=es&id=kcYUTH8rPiwC](https://books.google.com/books/about/Adherence_to_Long_term_Therapies.html?hl=es&id=kcYUTH8rPiwC)
15. Díaz Porto M. La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. *Rev Griot*. 2014;7(1):73-84. Accessed February 14, 2023. <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1554/1430>
16. Sánchez Marín KA, Palacios Ramírez M, García Jurado YA, Muñoz Livas JF. Prácticas de Autocuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo Dos. *Ariculos Orig*. 2021;8:33-41. <https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/206/158>
17. García García RE, Peña Robles GE. Prácticas de Autocuidado y Su Relación Con La Prevención de Complicaciones En Pacientes Con Diabetes Tipo 2 Del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro Del Cantón Guaranda Periodo Octubre 2019 – Marzo 2020. Universidad Técnica de Babahoyo; 2019. <http://190.15.129.146/bitstream/handle/49000/8036/P-UTB-FCS-ENF-000214.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Sánchez A, Navarro G, Padrós F, Cruz C. Relación entre autoeficacia, apoyo social, adherencia al tratamiento y HbA1C por nivel de percepción de amenaza en pacientes con DM2. *Nov Sci*. 2020;12(25). doi:10.21640/ns.v12i25.2466

19. Rincón M. *Autoeficacia y Adherencia Terapéutica En Personas Con Diabetes Mellitus Tipo 2*. Universidad Nacional de Colombia; 2016. Accessed February 14, 2023.  
<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/58725/1098674553.2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Padilla S, Alvarez L. Factores Asociados a La Adherencia Al Tratamiento Farmacológico Oral de Los Pacientes Diabéticos Del Hospital de EsSalud Iquitos - 2020. Universidad Científica del Perú; 2021.
21. De La Cruz M, Flores M. *Autoeficacia y Adherencia Al Tratamiento de La Diabetes Mellitus Tipo II En Usuarios de Un Centro de Salud*. Universidad Peruana Los Andes; 2019.  
[http://www.repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1975/TESIS\\_FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1975/TESIS_FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
22. Ventocilla K. *Adherencia Al Tratamiento y El Estilo de Vida En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2, Del Hospital de Chancay y SBS - 2019*. Universidad Nacional San José Faustino Sánchez Carrión; 2020. Accessed February 14, 2023.  
<http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/3929/BORRADOR DIANA 11-03-20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Gonzáles D, Zavala J. *Adherencia Terapéutica y Los Estilos de Vida de Las Personas Con Diabetes Mellitus Tipo 2 de La Provincia de Tarma, 2018*. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión; 2019. Accessed February 15, 2023.  
[http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/928/1/TESIS JULIO DEYSI CORREGIDO\\_2.pdf](http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/928/1/TESIS JULIO DEYSI CORREGIDO_2.pdf)
24. Oliveira V, Trujillo S. Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde. *Med Interna*. 2017;33(1):24-34. Accessed February 15, 2023.  
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/1009256/413-795-1-sm.pdf>
25. Sánchez W. *Adherencia Al Tratamiento y Calidad de Vida En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 En Un Hospital de Ayacucho*. Universidad Ricardo Palma; 2019.  
[https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/4445/MPSIC-T030\\_41945089\\_M SANCHEZ REYNAGA WITMAN.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/4445/MPSIC-T030_41945089_M SANCHEZ REYNAGA WITMAN.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
26. Alcántara L, Cárdenas K. *Estilos de Vida y Las Complicaciones En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo II Del Hospital Regional de Ayacucho - 2021*.

- Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2022. Accessed February 19, 2023. [http://repositorio.unsch.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/UNSCH/4735/TESIS\\_EN803\\_Alc.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unsch.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/UNSCH/4735/TESIS_EN803_Alc.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
27. Para T, El O, Profesional T. Apoyo Familiar y Su Relación Con La Práctica de Autocuidado En Adultos Mayores Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Hospital Essalud Carlos Tupia García Godos, de Ayacucho, 2018. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2018.
  28. Ayay M, Vásquez D. Conocimiento y Autocuidado de Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo II Que Acuden Al Hospital II EsSalud Ayacucho, 2017. Universidad del Callao; 2017. <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/2935>
  29. Conget I. Diagnóstico, clasificación y patogenia de la diabetes mellitus. *Rev Española Cardiol.* 2002;55(5):528-535. doi:10.1016/S0300-8932(02)76646-3
  30. De Santiago A. Definición, clasificación clínica y diagnóstico de la diabetes mellitus. *Semer Doc.*:7-12. Accessed February 19, 2023. [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/55538645/DIABETES-libre.pdf?1515992010=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DDefinicion\\_clasificacion\\_clinica\\_y\\_diagn.pdf&Expires=1676856621&Signature=MyDHQJwLBZwWb4D8QLa5v1iB-NMG2yPifx927wAxX~biYZ6mvZfT3](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/55538645/DIABETES-libre.pdf?1515992010=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DDefinicion_clasificacion_clinica_y_diagn.pdf&Expires=1676856621&Signature=MyDHQJwLBZwWb4D8QLa5v1iB-NMG2yPifx927wAxX~biYZ6mvZfT3)
  31. Rivas E, Zerquera G, Hernández C, Vicente B. Manejo práctico del paciente con diabetes mellitus en la Atención Primaria de Salud . *Rev Finlay.* 2011;1(3):229-250. Accessed February 19, 2023. <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/69>
  32. Cabrera E, Díaz O. El consumo de leche de vaca, respuesta inmune y diabetes mellitus tipo 1. *Rev Cuba Endocrinol.* 2009;20(2):1-7. Accessed February 19, 2023. <http://scielo.sld.cu/pdf/end/v20n2/end01209.pdf>
  33. Cabrera E, Licea M. Diabetes autoinmune latente del adulto: ¿estamos diagnosticándola correctamente? *Rev Cuba Endocrinol.* 2008;19(1):0-0. Accessed February 19, 2023. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532008000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532008000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  34. Rojas E, Molina R, Rodríguez C. Definición, Clasificación y Diagnóstico de la Diabetes Mellitus . *Rev Venez Endocrinol y Metab.* 2012;12(1):7-12.
  35. MINSA. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención Guía de Práctica

- Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Aten. *Dir Prevención Enfermedades No Transm y Oncológicas*. Published online 2015:66. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
36. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 2014;37(1):581-590. doi:10.2337/dc14-S081
  37. Rodríguez E, Perea J, López A, Ortega R. Obesidad, resistencia a la insulina y aumento de los niveles de adipocinas: importancia de la dieta y el ejercicio físico. *Nutr Hosp*. 2009;24(4):415-421. Accessed February 22, 2023. <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v24n4/revision1.pdf>
  38. Cipriani Thorne E, Quintanilla A. Diabetes mellitus tipo 2 y resistencia a la insulina. *Rev Medica Hered*. 2010;21:160-170. Accessed February 22, 2023. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v21n3/v21n3tr1.pdf>
  39. OPS/OMS. Diabetes. 201. Published April 27, 2012. Accessed February 22, 2023. [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=category&id=4475&layout=blog&Itemid=40610&lang=es&limitstart=15](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=4475&layout=blog&Itemid=40610&lang=es&limitstart=15)
  40. Valdés Amador L. La diabetes mellitus gestacional (DMG). *Rev Cuba Obstet y Ginecol*. 2010;36(2):1-3. Accessed February 19, 2023. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2010000200001&lng=es&nrm=iso&tling=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000200001&lng=es&nrm=iso&tling=en)
  41. O'Sullivan J, Mahan C. Criteria for the Oral Glucose Tolerance Test in Pregnancy. Vol 13.; 1964.
  42. Falconi S, Añazco D, Santos J, et al. Factor de riesgo modificable y no modificable de Diabetes Mellitus II en una Población urbana. 2017;1(1):918-928. Accessed February 22, 2023. <https://investigacion.utmachala.edu.ec/proceedings/index.php/utmach/article/view/155/131>
  43. McCulloch D, Robertson R. Risk Factors for Type 2 Diabetes Mellitus.; 2013.
  44. Fundación redGDPS. *Guía de Actualización En Diabetes Mellitus Tipo 2*. Vol 2.; 2016. Accessed February 19, 2023. <https://www.capacitacionesonline.com/blog/wp-content/uploads/2022/12/Guia-de-actualizacion-DM2-Patxi-Ezkurra-2016.pdf#page=26>
  45. Palacios A, Durán M, Obregón O. Factores de Riesgo para el desarrollo de Diabetes tipo 2 y Síndrome Metabólico. *Rev Venez Endocrinol y Metab*.

- 2012;10(1):34-40. Accessed February 19, 2023.  
<http://ve.scielo.org/pdf/rvdem/v10s1/art06.pdf>
46. Helmrigh SP, Ragland DR, Leung RW, Paffenbarger RSJ. Physical Activity and Reduced Occurrence of Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *New Engl J Med*. 2010;325(3):147-152. doi:10.1056/NEJM199107183250302
47. Saad MF, Knowler WC, Pettitt DJ, Nelson RG, Mott DM, Bennett PH. Insulin and Hypertension Relationship to Obesity and Glucose Intolerance in Pima Indians. *Diabetes*. 1990;39:1430-1465. Accessed February 19, 2023.  
<http://diabetesjournals.org/diabetes/article-pdf/39/11/1430/357345/39-11-1430.pdf>
48. Adegate E, Schattner P, Conde D. An Update on the Etiology and Epidemiology of Diabetes Mellitus. *Ann N Y Acad Sci*. 2006;1084(1):1-29. doi:10.1196/ANNALS.1372.029
49. Chávez N, Tamayo R, Lizardi J. Factores de riesgo en diabetes mellitus tipo 2. *Med Interna México*. 2003;19(5):301-310. [www.nietoeditores.com.mx](http://www.nietoeditores.com.mx)
50. Bohórquez C, Barreto M, Muvdi Y, et al. Modifiable factors and risk of type 2 diabetes mellitus in young adults: A cross-sectional study. *Cienc y Enferm*. 2020;26(14):1-11. doi:10.29393/ce26-7fmc70007
51. Cervantes R, Presno J. Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células  $\beta$  pancreáticas. *Rev Endocrinol y Nutr*. 2013;21(3):98-106. <https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v26/0717-9553-cienf-26-01-14.pdf>
52. Salomón S, Masticar E, Duh E, et al. Diabetic Retinopathy: A Position Statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2017;40(3):412-418. doi:10.2337/DC16-2641
53. Tipo DM, Basada M, Edici E. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia Edición 2019. *Rev la Asoc Latinoam Diabetes*. Published online 2011:125. doi:10.1007/978-3-642-16483-5\_167
54. Dubón M, Mendoza L. Retinopatía diabética. *Rev la Fac Med la UNAM*. 2012;55(1):52-57. Accessed February 19, 2023.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2012/un121j.pdf>
55. Serna L, Pineda N, García A, et al. Nefropatía diabética. *Med UPB*. 2009;28(1):42-53. Accessed February 19, 2023.  
[https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/26229/1/Higuitalina\\_2009\\_NefropatiasdiabeticasDiabetesMellitus.pdf](https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/26229/1/Higuitalina_2009_NefropatiasdiabeticasDiabetesMellitus.pdf)

56. Torres A, Zacarías R. Nefropatía diabética. *Rev Hosp Gral Dr M Gea González*. 2002;5(1-2):24-32. Accessed February 19, 2023. <https://medicinadeurgencias.tripod.com/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/nefropatiadiabetica.pdf>
57. Samper Bernal D, Moneris Tabasco MM, Homs Riera M, Soler Pedrola M. Etiología y manejo de la neuropatía diabética dolorosa. *Rev la Soc Española del Dolor*. 2010;17(6):286-296. doi:10.1016/J.RESED.2010.06.002
58. Olmos P, Niklitschek S, Olmos R, et al. Bases fisiopatológicas para una clasificación de la neuropatía diabética. *Rev Med Chile*. 2012;140:1593-1605. Accessed February 19, 2023. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v140n12/art12.pdf>
59. Feng A, Peña Y, Wang L. La Cardiopatía iquémica en pacientes diabéticos y no diabéticos. *Rev Habanera Ciencias Médicas* . Published online 2017:217-228. Accessed February 19, 2023. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1781>
60. Puras E, Gutiérrez M, Cáncer S, et al. Estudio de prevalencia de la enfermedad arterial periférica y diabetes en España. *Angiol* . 2008;60(5):317-326. doi:10.1016/S0003-3170(08)05001-3
61. Bosch X, Alfonso F, Bermejo J. Diabetes y enfermedad cardiovascular. Una mirada hacia la nueva epidemia del siglo XXI. *Rev Española Cardiol* . 2002;55(5):527. Accessed February 19, 2023. [http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod\\_resource/content/58/Repositorio\\_Cursos/Archivos/Cardiogeriatría/Tema\\_3/Cardio\\_Lectura\\_Diabetes\\_enf\\_cardiovascular.pdf](http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod_resource/content/58/Repositorio_Cursos/Archivos/Cardiogeriatría/Tema_3/Cardio_Lectura_Diabetes_enf_cardiovascular.pdf)
62. Rincón Y, Gil V, Pacheco J, Benítez I, Sánchez M. Evaluación y Tratamiento del Pie Diabético. *Rev Venez Endocrinol Metab*. 2012;10(3):176-187. Accessed February 20, 2023. <http://ve.scielo.org/pdf/rvdem/v10n3/art08.pdf>
63. Grupo de Trabajo Internacional sobre el Pie Diabético. Consenso Internacional sobre Pie Diabético y Guías Prácticas y Específicas para el Manejo y Prevención del Pie Diabético 2011. Published online 2011. Accessed February 20, 2023. [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=International+Working+Group+on+the+Diabetic+Foot.+International+consensus+on+the+diabetic+foot+and+practical+guidelines+on+the+management+and+prevention+of+the+diabetic+foo&btnG=#d=gs\\_cit&t=1676865624](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=International+Working+Group+on+the+Diabetic+Foot.+International+consensus+on+the+diabetic+foot+and+practical+guidelines+on+the+management+and+prevention+of+the+diabetic+foo&btnG=#d=gs_cit&t=1676865624)
64. Blanes JI, Doiz E, Gonzalez J, et al. Consensus Document on Treatment of Infections in Diabetic Foot . *Rev Esp Quim*. 2011;24(4):233-262. Accessed February 20, 2023. <https://www.researchgate.net/profile/A->

- Clara/publication/265476365\_Consensus\_Document\_on\_Treatment\_of\_Infections\_in\_Diabetic\_Foot/links/54102a8f0cf2d8daaad19c43/Consensus-Document-on-Treatment-of-Infections-in-Diabetic-Foot.pdf
65. Casal Domínguez M, Pinal-Fernandez I. Guía de práctica clínica de diabetes mellitus tipo 2. *Arch Med*. 2014;10(2):1-18. doi:10.3823/1212
  66. Del Olmo E, Carrillo M, Aguilera S. Actualización del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2. *Inf Ter del Sist Salud*. 2008;32(1):3-16.
  67. OMS. Adherence to Long-term therapies: Evidence for action. *World Heal Organ*. Published online 2003:209. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>
  68. Porto M. La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. *Rev Goriot*. 2014;7(1):73-84.
  69. Vilató L, Martín L, Pérez I. Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH / sida. *Rev Cuba Salud Pública*. 2015;41(4):620-630.
  70. Ramos L. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Rev Cuba Angiol Cirugía Vasc*. 2015;16(2):175-189.
  71. Alfaro J, Simal A, Botella F. Tratamiento de la diabetes mellitus. *Inf Ter del Sist Salud Diabetes y Nutr*. 2000;24(2):33-43. <http://www.mscbs.es/en/biblioPublic/publicaciones/docs/mellitus.pdf>
  72. Pagès Puigdemont N, Valverde Merino I. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharm*. 2018;59(4):251-258. doi:10.30827/ars.v59i4.7357
  73. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Médica Espirituana*. 2017;19(3). <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v19n3/GME09317.pdf>
  74. Prado Solar LA, González Reguera M, Noelvis Paz G, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Artículo de Revisión*. Published online 2014:835-845. <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>
  75. Orem D. *Self-Care Deficit Theory*. Vol 4. (Starika M, ed.). Sage Publications; 1991. Accessed February 22, 2023. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=6RN1AwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=dorothea+orem&ots=NCXEExn->

MY&sig=KgT2voN4yfC2o0aAimVqUbJtSDE#v=onepage&q=dorothea  
orem&f=false

76. Vega O, Gonzalez D. Teoría del déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. *Cienc y Cuid.* 2007;4(4):28-35.
77. Vázquez E, Calderón Z, Arias J. Sedentarismo, alimentación, obesidad, consumo de alcohol y tabaco como factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2. *Salud Pública Mex.* 2018;60(3):224-232. doi:10.21149/8566
78. Colberg SR, Sigal RJ, Fernhall BO, et al. Exercise and Type 2 Diabetes. *Diabetes Care.* 2010;33(12):47-67. doi:10.2337/dc10-9990
79. Eslava Castañeda J. Repensando la Promoción de la Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Rev Salud pública.* 2006;8(2):106-115. Accessed February 22, 2023. <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/v8s2/v8s2a09.pdf>
80. Isidro F. Nivel de Conocimiento Relacionado a Las Prácticas Saludables En La Prevención de Complicaciones En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo II. Hospital Militar Central. Universidad Autónoma de Ica; 2019. Accessed February 22, 2023. <http://repositorio.autonomaica.edu.pe/bitstream/autonomaica/617/1/ISIDRO SANTILLAN FRIDA.pdf>
81. Exaltación N. Prácticas de Estilo de Vida En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo II, de La Estrategia Sanitaria Daños No Transmisibles de Un Establecimiento de Salud de Huánuco. Universidad de Huánuco; 2016. Accessed February 22, 2023. [http://200.37.135.58/bitstream/handle/123456789/120/T\\_047\\_47503199\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://200.37.135.58/bitstream/handle/123456789/120/T_047_47503199_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
82. Koivisto VA, Tulokas S, Toivonen M, Haapa E, Risto P. Alcohol With a Meal Has No Adverse Effects on Postprandial Glucose Homeostasis in Diabetic Patients. *Diabetes Care.* 1993;16(12):1612-1614. Accessed February 22, 2023. <http://diabetesjournals.org/care/article-pdf/16/12/1612/441591/16-12-1612.pdf>
83. Ramírez M, Ascanio M, Coronado M, Gómez C, Mayorga L, Medina R. Estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Cienc y Cuid.* 2011;8(11):21-28. Accessed February 22, 2023. <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/466/483>
84. Relat JM. Introducción a la Investigación básica. 2020;(June 2010).

## **Anexos**

## **Anexo 1**

### *Cuestionario 01*

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA**  
**ESCUELA DE POS GRADO – MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**  
**CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO DE LA DIABETES**  
**(SDSCA)**

#### **INSTRUCCIONES:**

Buenos días, soy la Srta. ...., y estoy llevando a cabo una investigación para determinar la influencia de las prácticas de autocuidado en la adherencia al tratamiento con medicamentos orales en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Los datos recopilados serán anónimos y tratados con confidencialidad. Agradeceríamos mucho su colaboración al responder el siguiente cuestionario. Sus respuestas sinceras son de gran valor para nuestra investigación. Gracias de antemano por su participación.

#### **I DATOS GENERALES:**

1. Edad:.....años
2. Sexo: a) Femenino ( ) b) Masculino ( ).
3. Procedencia:  
a. Urbano ( ).      b. Rural ( )      c. Urbano marginal ( )
4. Estado civil:  
a. Casado ( ) b. Viudo ( ) c. Soltero ( ) d. Divorciado ( ) e. Otro ( )
5. Grado de instrucción:  
a.( ) Sin instrucción.    b. ( ) Primaria.    c. ( ) Secundaria.    d. ( ) Superior

#### **II INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD**

6. Fecha en la que  
fue diagnosticado con DM2: .....

#### **7. Medidas antropométricas:**

Peso:

Talla:

#### **IMC ADULTOS**

- 1) Normal (18,5-24,9)
- 2) Sobrepeso (25-29,9)
- 3) Obesidad I (30,0-34,0)
- 4) Obesidad II (35,0-39,0)
- 5) Obesidad III (>40)

#### **IMC ADULTOS MAYORES**

- 1) Normal (>23 a <28)
- 2) Sobrepeso ( $\geq 28$  a <32)
- 3) Obesidad I ( $\geq 32$ )

1.Normal      2. Sobrepeso   3. Obesidad

#### 8. Perímetro abdominal

Varón:

- 1) Optimo ( $< 94$  cm)
- 2) No optimo ( $\geq 94$  cm)

Mujer

- 1) Optimo ( $< 80$  cm)
- 2) No optimo ( $\geq 80$  cm)

#### 9. Hemoglobina Glucosilada (HbA1c)

- 1) Óptima ( $< 7\%$ )
- 2) Adecuada (7-8 %)
- 3) No óptima ( $> 8\%$ )

Resumen de las actividades de autocuidado (SDSCA) (Toobert, Hampson & Glasgow, 2000)

### III. ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO DE LA DIABETES

Las siguientes preguntas se refieren a sus actividades de autocuidado para la diabetes en los últimos 7 días. Por favor, responda con honestidad y lo más precisamente posible. Utilice una escala del 0 al 7, donde 0 significa que no realizó la actividad en ningún día de la semana y 7 significa que la realizó todos los días de la semana.



N°	Autocuidado	0	1	2	3	4	5	6	7
	<b>DIETA</b>								
1	En promedio ¿En cuántos de los últimos siete días a seguido un plan de alimentación saludable?	0	1	2	3	4	5	6	7
2	En el último mes, ¿cuántos días a la semana usted ha seguido su plan de alimentación recomendado por su médico?	0	1	2	3	4	5	6	7
3	¿En cuántos de los últimos siete días usted comió cinco o más porciones de frutas y verduras?	0	1	2	3	4	5	6	7
4	¿En cuántos de los últimos siete días usted no comió alimentos altos en grasa como la carne roja o productos lácteos ricos en grasa?	0	1	2	3	4	5	6	7
5	¿En cuántos de los últimos siete días usted no consumió bebidas azucaradas, tortas, galletas, helados?	0	1	2	3	4	5	6	7

<b>EJERCICIOS</b>									
<b>6</b>	¿En cuántos de los últimos siete días usted realizó por lo menos 30 minutos de actividad física? (incluyendo caminar).	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>7</b>	¿En cuántos de los últimos siete días usted participó en una sesión de ejercicios específicos (como nadar, caminar, andar en bicicleta, <del>bailoterapia</del> ) que no sea lo que se hace en la casa o como parte de su trabajo?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>CONTROL GLUCÉMICO</b>									
<b>8</b>	En cuántos de los últimos siete días ¿Usted se ha medido el azúcar en la sangre?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>CUIDADO DE LOS PIES</b>									
<b>9</b>	¿En cuántos de los últimos siete días usted se revisó sus pies?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>10</b>	¿En cuántos de los últimos siete días usted ha revisado el interior de sus zapatos?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>11</b>	En cuantos de los últimos siete días ¿Usted se lavó los pies?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>12</b>	En cuantos de los últimos siete días ¿Usted se secó los dedos de los pies después de lavarlos?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>									
<b>13</b>	¿No ha fumado un cigarrillo, incluso una inhalación durante los últimos siete días?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>14</b>	¿No ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos siete días?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

Los resultados de la evaluación arrojan lo siguiente:

- 1.Prácticas de autocuidado inadecuado (< 5 días)
- 2.Prácticas de autocuidado adecuado (> o igual a 5 días)

Fuente: Pinzón GM. "Autocuidado Del Paciente Diabético Tipo 2 En El Club Amigos Dulces De La Ciudad De Loja". Tesis, Universidad Nacional de Loja, Facultad de la Salud Humana, Carrera de Medicina Humana, 2019.  
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/22063/1/Gabriela%20Pinzon%20tesis%20pdf.pdf>.

## Anexo 2

### Cuestionario 01

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA  
ESCUELA DE POS GRADO – MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA  
TEST MORISKY GREEN**

Antes de formular algunas preguntas sobre el tratamiento que está recibiendo para la diabetes, por favor, tome en cuenta lo siguiente:

¿En qué año le diagnosticaron la enfermedad?.....

¿Hace cuantos años viene recibiendo el tratamiento contra la enfermedad?.....

¿Recuerda el nombre de los medicamentos que está recibiendo?

Si (  )            No (  )

Precise el nombre de los medicamentos que está recibiendo:

.....  
.....  
.....  
.....

A Continuación, responda los enunciados siguientes:

ITEMS	SI	NO
1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	X1	2
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	1	X2
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	X1	2
4. Si alguna vez se siente mal, ¿deja usted de tomar la medicación?	X1	2

Valoración:

- Sin adherencia (1,2,1,1)
- Con adherencia (2,1,2,2)

### Anexo 3

#### Matriz de consistencia

#### “PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ORAL DE LA DM2, EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2023”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	METODOLOGIA
<p>General:</p> <p>¿Cuáles son las prácticas de autocuidado que influyen en la adherencia al tratamiento oral de la DM2, en los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023?</p> <p>Específicos:</p> <p>¿Cómo las prácticas de autocuidado en la dimensión de patrones de consumo, influyen en la adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023?</p> <p>¿Cómo las prácticas de autocuidado en la dimensión de ejercicio, influyen en la adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023?</p> <p>¿Cómo las prácticas de autocuidado en la</p>	<p>General:</p> <p>Determinar las prácticas de autocuidado que influyen en la adherencia al tratamiento oral de la DM2, en los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023.</p> <p>Específicos:</p> <p>Establecer la influencia de las prácticas de autocuidado en la dimensión de patrones de consumo, en la adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023.</p> <p>Establecer la influencia de las prácticas de autocuidado en la dimensión de ejercicio, en la adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023.</p>	<p><b>Hi:</b> Las prácticas de autocuidado influyen en la adherencia al tratamiento oral de la DM2, en los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023.</p> <p><b>Ho:</b> Las prácticas de autocuidado no influyen en la adherencia al tratamiento oral de la DM2, en los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023.</p>	<p><b>V.I:</b> Variable independiente: Prácticas de autocuidado</p> <p><b>V.D</b> Variable dependiente: Adherencia al tratamiento farmacológico oral en pacientes diagnosticados con DM2.</p>	<p>Estudio de tipo aplicada.</p> <p>Diseño: No experimental, descriptivo, explicativo de corte transversal.</p> <p>Población: Usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho.</p> <p>Muestreo no probabilístico intencionado: 150</p> <p>Técnica: Entrevista estructurada.</p>

dimensión de control glucémico, influyen en la adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023?

¿Cómo las prácticas de autocuidado en la dimensión de cuidados

de los pies, influyen en la adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023?

¿Cómo las prácticas de autocuidado en la dimensión de consumo de sustancia

psicoactivas, influyen en la adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023?

Establecer la influencia de las prácticas de autocuidado en la dimensión de control glucémico, en la adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023.

Establecer la influencia de las prácticas de autocuidado en la dimensión de cuidados de los pies, en la adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023.

Establecer la influencia de las prácticas de autocuidado en la dimensión de consumo de sustancia psicoactivas, en la adherencia al tratamiento oral de la DM2, de los pacientes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2023.

## Anexo 4

### Juicio de expertos

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA  
ESCUELA DE POS GRADO – MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

**FORMATO DE JUICIO DE EXPERTOS**

**I. ASPECTOS GENERALES**

- 1.1. Apellidos y nombres del informante: *Tinoco Flores Mariela Ampelio*  
1.2. Grado académico del experto: *Superior en especialidad*  
1.3. Profesión del experto: *Endocrinólogo*  
1.4. Institución donde labora el experto: *Hospital Regional Ayacucho*  
1.5. Cargo que desempeña: *Medico Endocrinólogo*  
1.6. Denominación del Instrumento:  
• Cuestionario de actividades de autocuidado de la diabetes (SDSCA)  
1.7. Autor del instrumento:  
• DE LA CRUZ MEJIA, Mariela Tatiana  
1.8. Título de la tesis:  
**“PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ORAL DE LA DM2, EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2023”**

**II. CRITERIOS DE VALIDACIÓN**

CRITERIOS	Indicadores de evaluación del instrumento	SI	NO	Observaciones
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.	X		
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles.	X		
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría.	X		
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable	X		
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados.	X		
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.	X		

Observaciones: Ninguna

Ayacucho, agosto del 2023.

*Mariela Ampelio Flores*  
ENDOCRINOLOGA  
DMP: 78600 RNE: 43422

**FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO**  
DNI:

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA  
ESCUELA DE POS GRADO – MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

**FORMATO DE JUICIO DE EXPERTOS**

**I. ASPECTOS GENERALES**

- 1.1. Apellidos y nombres del informante: *Soto Salazar Edith*  
 1.2. Grado académico del experto: *Lic Enfermería*  
 1.3. Profesión del experto: *Enfermera*  
 1.4. Institución donde labora el experto: *Hospital Regional de Ayacucho*  
 1.5. Cargo que desempeña: *Lic del Programa Diabetes*  
 1.6. Denominación del Instrumento:  
 • Cuestionario de actividades de autocuidado de la diabetes (SDSCA)  
 1.7. Autor del instrumento:  
 • DE LA CRUZ MEJIA, Mariela Tatiana  
 1.8. Título de la tesis:  
**"PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ORAL DE LA DM2, EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2023"**

**II. CRITERIOS DE VALIDACIÓN**

CRITERIOS	Indicadores de evaluación del instrumento	SI	NO	Observaciones
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.	X		
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles.	X		
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría.	X		
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable	X		
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados.	X		
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.	X		

Observaciones: Ninguna

Ayacucho, agosto del 2023.

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO  
DNI:

## FORMATO DE JUICIO DE EXPERTOS

### I. ASPECTOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): AGUIRRE ANDRADE, Manglio
- 1.2. Grado académico del experto: Doctor en Salud Pública
- 1.3. Profesión del experto: Lic. Enfermería
- 1.4. Institución donde labora el experto: UNSCH
- 1.5. Cargo que desempeña: Docente
- 1.6 Denominación del Instrumento:  
**CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO DE LA DIABETES (SDSCA)**


- 1.7. Autor del instrumento: Bach. Mariela Tatiana De La Cruz Mejía
- 1.8. Título de la tesis:  
**“PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ORAL DE LA DM2, EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2023”**

### II. CRITERIOS DE VALIDACIÓN

CRITERIOS	Indicadores de evaluación del instrumento	SI	NO	Observaciones
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.	X		
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles.	X		
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría.	X		
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable	X		
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados.	X		
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.	X		

Observaciones: Ninguna

Ayacucho, octubre del 2023.

 Firmado digitalmente por  
MANGLIO  
AGUIRRE  
ANDRADE  
Fecha:  
2024.01.20  
15:06:55 -05'00'

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**UNIDAD DE POSGRADO**  
**MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

**FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO POR CRITERIO DE JUECES**

**I. DATOS GENERALES**

- 1.1 Apellidos y nombres del Juez: Ramírez Espinoza, Angélica
- 1.2 Grado académico: Dra. en Ciencias de Enfermería
- 1.3 Cargo e institución donde labora: Directora de la Unidad de Responsabilidad Social de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.
- 1.4 DNI N° 28226378 Teléfono y/o celular: 97 5408057
- 1.5 Título de la Investigación "Practica de autocuidado y adherencia al tratamiento oral de la DM2, en pacientes del Hospital Regional de Ayacucho, 2023".
- 1.6 Autor del instrumento: Lic. Enfermería, Mariela Tatiana De La Cruz Mejía.

**II. ASPECTO DE LA EVALUACIÓN**

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					P
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					P
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					P
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					P
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					P
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					P
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					P
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					P
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					P
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					P
TOTAL						

TOTAL (Promedio del valor del porcentaje, para cada calificación)

VALORACIÓN CUALITATIVA (  $\frac{TOTAL}{10}$  ) (VCT) =

PORCENTAJE DE VALORACIÓN (%V) =

III. **OPINION DE APLICABILIDAD:** (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un (X) en el recuadro asociado).

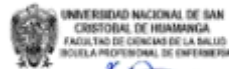
CATEGORIA		INTERVALO
No válido, reformular	--	(20% – 40%)
No válido, modificar	--	(41% – 60%)
Válido, mejorar	--	(61% – 80%)
Válido, aplicar	X	(81% – 100%)

IV. **RECOMENDACIONES:**

.....

.....

.....



*Angélica Ramírez Espinoza*  
 Dra. Angélica Ramírez Espinoza

DNI: 28226378

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**UNIDAD DE POSGRADO**  
**MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

**FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO POR CRITERIO DE JUECES**

**I. DATOS GENERALES**

- 1.1 Apellidos y nombres del Juez: Ruth Margarita Anaya Bonilla
- 1.2 Grado académico: Dra en educación.
- 1.3 Cargo e institución donde labora: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.
- 1.4 DNI/Teléfono y/o celular: 28217578/ 966671584
- 1.5 Título de la Investigación "Practica de autocuidado y adherencia al tratamiento oral de la DM2, en pacientes del Hospital Regional de Ayacucho, 2023".
- 1.6 Autor del instrumento: Lic. Enfermería. Mariela Tatiana De La Cruz Mejia.

**II. ASPECTO DE LA EVALUACIÓN**

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					X
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.					X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.					X
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.					X
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					X
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.					X
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					X
TOTAL						

TOTAL (Promedio del valor del porcentaje, para cada calificación)

VALORACIÓN CUALITATIVA ( $\frac{TOTAL}{10}$ ) (VCT) =

PORCENTAJE DE VALORACIÓN (%V) =

- III. **OPINION DE APLICABILIDAD:** (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un (X) en el recuadro asociado).

CATEGORIA		INTERVALO
No válido, reformular	--	(20% - 40%)
No válido, modificar	--	(41% - 60%)
Válido, mejorar	--	(61% - 80%)
Válido, aplicar	X	(81% - 100%)

IV. **RECOMENDACIONES:**

.....  
 .....  
 .....



.....  
 Dra. Ruth Margarita Anaya Bonilla

DNI:28217578

**Anexo 5**

*Consentimiento informado*

**ANEXO 05**  
**MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo.....identificado con DNI N°.....  
Domiciliado en.....Distrito.....Región.....  
He tomado conocimiento del estudio titulado:...  
.....  
.....  
.....

Y declaro participar como (    ) Informante  
Y me comprometo a participar y dar la información fidedigna para el estudio arriba  
mención, debido a que este acto no compromete mi integridad, física y psicológica. Para  
dar conformidad este acto firmo y estampo mi huella digital al pie.

Lugar y Fecha.....

FIRMA Y HUELLA.

# Anexo 6

## Base de datos

BASE TATIANA F01.sav [ConjuntoDatos] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 47 de 47 variables

	EDAD	SEXO	PROCEDENCIA	ESTADO CIVIL	INSTRUCCIÓN	IMC	PAB	HEMGLUCOSILADA	O1D	O1DNUEVO	O2D	O2DNUEVO	O3D	O3DNUEVO	O4D	O4DNUEVO	O5D	O6D
1	60	2	1	1	2	1	1	3	3	1	3	1	2	1	4	1	3	
2	58	2	1	1	3	2	2	3	3	1	2	1	4	1	4	1	2	
3	52	2	2	2	2	3	2	3	4	1	3	1	6	0	2	0	2	
4	53	1	2	1	2	2	2	3	3	1	3	1	5	0	4	1	0	
5	59	2	2	2	2	3	2	3	3	1	3	1	5	0	2	0	1	
6	77	1	2	1	1	2	1	3	5	0	4	1	5	0	0	0	0	
7	73	2	2	2	1	3	2	3	5	0	4	1	4	1	1	0	1	
8	69	1	1	1	2	2	2	3	4	1	3	1	4	1	2	0	0	
9	66	1	1	1	2	1	1	3	5	0	3	1	4	1	4	1	2	
10	70	1	2	4	1	2	2	3	5	0	4	1	6	0	2	0	0	
11	63	1	2	2	1	1	2	3	4	1	4	1	5	0	1	0	1	
12	48	2	1	3	3	1	1	3	2	1	3	1	2	1	2	0	2	
13	31	1	2	3	3	1	1	3	3	1	3	1	4	1	4	1	0	
14	66	1	1	2	2	3	2	3	4	1	4	1	5	0	2	0	0	
15	45	1	1	1	3	2	2	3	5	0	3	1	3	1	2	0	1	
16	46	1	2	1	2	1	2	3	4	1	5	0	5	0	2	0	1	
17	75	2	1	5	2	2	2	1	5	0	4	1	5	0	2	0	0	
18	52	1	1	4	2	3	2	3	2	1	1	1	2	1	2	0	1	
19	75	1	1	2	1	2	2	3	5	0	3	1	4	1	2	0	1	
20	65	1	1	2	1	1	2	3	5	0	4	1	4	1	1	0	0	
21	59	2	1	1	4	2	1	3	2	1	1	1	2	1	1	0	1	
22	52	2	2	2	1	1	2	3	2	1	2	1	3	1	2	0	2	
23	73	1	1	2	2	1	1	3	2	1	3	1	3	1	4	1	0	
24	58	2	2	1	1	1	1	3	3	1	3	1	3	1	4	1	2	
25	52	1	1	1	2	3	2	3	3	1	2	1	2	1	1	0	1	
26	54	1	1	1	3	2	2	3	5	0	3	1	4	1	4	1	2	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ON

Buscar Cerca del récord 17:56 27/12/2023

BASE TATIANA F01.sav [ConjuntoDatos] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 47 de 47 variables

	EDAD	SEXO	PROCEDENCIA	ESTADO CIVIL	INSTRUCCIÓN	IMC	PAB	HEMGLUCOSILADA	O1D	O1DNUEVO	O2D	O2DNUEVO	O3D	O3DNUEVO	O4D	O4DNUEVO	O5D	O6D
27	56	1	1	1	2	2	1	3	3	1	3	1	2	1	1	0	1	
28	63	1	1	1	2	1	2	3	3	1	3	1	4	1	4	1	0	
29	69	1	1	2	1	1	2	3	3	1	3	1	3	1	2	0	0	
30	50	1	2	1	2	1	2	3	2	1	2	1	3	1	1	0	1	
31	58	2	1	1	2	1	2	3	5	0	3	1	4	1	2	0	0	
32	68	1	2	2	1	1	2	3	5	0	4	1	5	0	2	0	0	
33	65	1	2	2	1	1	2	3	6	0	7	0	7	0	2	0	1	
34	57	2	1	1	1	2	2	3	4	1	4	1	3	1	2	0	1	
35	49	1	2	2	1	1	2	3	6	0	5	0	7	0	1	1	0	
36	38	1	2	1	2	2	2	3	2	1	3	1	4	1	2	0	2	
37	58	2	1	1	1	2	1	3	6	0	5	0	7	0	1	0	1	
38	78	1	2	2	1	3	2	3	5	0	4	1	5	0	1	0	2	
39	36	1	1	3	4	1	1	3	3	1	4	1	3	1	2	0	1	
40	52	1	1	4	3	3	2	3	3	1	3	1	4	1	1	0	1	
41	44	1	2	2	1	3	2	3	5	0	4	1	5	0	2	0	1	
42	57	1	1	1	2	2	2	3	2	1	3	1	4	1	2	0	2	
43	76	1	1	1	1	3	2	3	3	1	3	1	4	1	2	0	1	
44	56	2	1	3	4	1	1	3	5	0	3	1	4	1	2	0	2	
45	77	1	2	2	1	1	1	3	2	1	3	1	4	1	1	0	0	
46	64	1	1	1	2	3	2	3	5	0	2	1	4	1	2	0	0	
47	55	1	1	2	3	2	2	3	4	1	4	1	4	1	2	0	2	
48	57	1	1	1	2	2	2	3	3	1	2	1	3	1	2	0	1	
49	76	1	1	1	1	3	2	3	3	1	2	1	4	1	1	0	0	
50	61	1	1	2	2	1	1	1	3	1	2	1	2	1	2	0	1	
51	62	2	1	1	2	2	2	3	4	1	4	1	5	0	1	0	1	
52	44	1	1	2	1	1	2	3	3	1	3	1	2	1	1	0	0	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ON

Buscar 19°C Parc. soleado 17:57 27/12/2023

## Anexo 7

### Datos descriptivos

#### EDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1,00	2	1,7	1,7	1,7
	ADULTO	51	44,3	44,3	46,1
	ADULTO MAYOR	62	53,9	53,9	100,0
	Total	115	100,0	100,0	

#### SEXO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEMENINO	82	71,3	71,3	71,3
	MASCULINO	33	28,7	28,7	100,0
	Total	115	100,0	100,0	

#### PROCEDENCIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	URBANO	81	70,4	70,4	70,4
	RURAL	33	28,7	28,7	99,1
	URBANO MARGINAL	1	,9	,9	100,0
	Total	115	100,0	100,0	

#### ESTADOCIVIL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CASADO	58	50,4	50,4	50,4
	VIUDO	42	36,5	36,5	87,0
	SOLTERO	7	6,1	6,1	93,0
	DIVORCIADO	7	6,1	6,1	99,1
	OTRO	1	,9	,9	100,0

## **Anexo 8**

### *Carta de asesoría*

Ayacucho, enero del 2024

Dr. Emilio Ramírez Roca

Director de la Escuela de Posgrado de la UNSCH.

Sirva la presente para saludarle y a la vez comunicarle que se ha cumplido con la asesoría formal de la ejecución del Proyecto de Tesis titulado “**PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ORAL DE LA DM2, EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2023**”, así como en la elaboración del Informe final, de la Bach. Mariela Tatiana De La Cruz Mejía, egresada de la Maestría en Salud Pública, en tal sentido se ha cumplido con las etapas y con el rigor científico correspondiente, y a la vez le permita a la responsable del proyecto, lograr la obtención del Título Profesional, mediante la aprobación y sustentación de la tesis.

Es cuanto informo a Ud., para su conocimiento y siendo propicia la ocasión para testimoniar las muestras de mi alta estima y consideración especial.

Atentamente,

---

Dra. Lidia González Paucarhuanca

DNI N°

## Anexo 9

### Autorización para la investigación



"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

Ayacucho 24 de agosto del 2023

CARTA N° 025- 2023- HRA "MAMLL" A-DE/UDIC

Señora

**M.C. Sirley Aparicio Huamani**

Jefe del Departamento de Salud Pública y Enfermedades Transmisibles

CIUDAD.

**ASUNTO:** AUTORIZA ACCESO A  
INFORMACION PARA DESARROLLO DE  
INVESTIGACIÓN.

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez comunicar que la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, **AUTORIZA** la realización de la Investigación titulada: "PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ORAL DE LA DM2, EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2023" a desarrollarse por MARIELA TATIANA DE LA CRUZ MEJIA, egresada de la maestría de Salud Pública de la Universidad Nacional De San Cristóbal de Huamanga.

La presente autorización tiene una vigencia de 10 meses a partir de la fecha, para lo cual, la responsable del estudio deberá coordinar con su jefatura la realización de las encuestas que le resulten de interés para su investigación y portar en todo momento la presente autorización.

Atentamente

C.c.  
Archivo  
Interesada



ESCUELA DE

**POSGRADO**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL  
DE HUAMANGA**CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD 51-2024-UNSCH-EPG/OGH**

El que suscribe; responsable verificador de originalidad de trabajo de tesis de Posgrado en segunda instancia para la **Escuela de Posgrado – UNSCH**; en cumplimiento a la Resolución De Consejo Directivo N°109-2024-UNSCH-EPG/CD, Reglamento de Originalidad de trabajos de Investigación de la UNSCH, otorga lo siguiente:

**CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD**

<b>AUTOR</b>	Bach. Mariela Tatiana DE LA CRUZ MEJIA
<b>DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA DE ESTUDIOS</b>	MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
<b>GRADO ACADÉMICO QUE OTORGA</b>	MAESTRO
<b>DENOMINACIÓN DEL GRADO ACADÉMICO</b>	MAESTRO(A) EN SALUD PÚBLICA
<b>TÍTULO DE TESIS</b>	Prácticas de Autocuidados y Adherencia al Tratamiento Oral de la DM2, en Pacientes del Hospital Regional de Ayacucho, 2023
<b>EVALUACIÓN DE ORIGINALIDAD</b>	19% de similitud
<b>N° DE TRABAJO</b>	2535254418
<b>FECHA</b>	29 de noviembre de 2024

Por tanto, según los artículos 12, 13 y 17 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, es procedente otorgar la constancia de originalidad con depósito.

Se expide la presente constancia, a solicitud del interesado para los fines que crea conveniente.

29 de noviembre de 2024.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN  
CRISTÓBAL DE HUAMANGA  
Escuela de Posgrado  
Dr. Oscar Gutiérrez HuamaniCC.  
Archivo  
OGH

# Prácticas de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento Oral de la DM2, en Pacientes del Hospital Regional de Ayacucho, 2023

*por* Mariela Tatiana DE LA CRUZ MEJIA

---

**Fecha de entrega:** 29-nov-2024 05:17a.m. (UTC-0500)

**Identificador de la entrega:** 2535254418

**Nombre del archivo:** tesis\_unsch\_nov\_ultimo.docx (3.96M)

**Total de palabras:** 19237

**Total de caracteres:** 109562

# Prácticas de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento Oral de la DM2, en Pacientes del Hospital Regional de Ayacucho, 2023

## INFORME DE ORIGINALIDAD

19%

INDICE DE SIMILITUD

22%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

14%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga Trabajo del estudiante	7%
2	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
4	repositorio.autonomadeica.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.upse.edu.ec Fuente de Internet	1%
6	repositorio.undac.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	<1%

9	<a href="http://epage.pub">epage.pub</a> Fuente de Internet	<1 %
10	<a href="http://repositorio.uladech.edu.pe">repositorio.uladech.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
11	<a href="http://www.scielo.org.pe">www.scielo.org.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
12	<a href="http://www.gob.pe">www.gob.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
13	<a href="http://repositorio.uwiener.edu.pe">repositorio.uwiener.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
14	<a href="http://dspace.unl.edu.ec">dspace.unl.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1 %
15	<a href="http://repositorio.unjfsc.edu.pe">repositorio.unjfsc.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
16	<a href="http://pdffox.com">pdffox.com</a> Fuente de Internet	<1 %
17	<a href="http://revista.unsis.edu.mx">revista.unsis.edu.mx</a> Fuente de Internet	<1 %
18	<a href="http://riuc.bc.uc.edu.ve">riuc.bc.uc.edu.ve</a> Fuente de Internet	<1 %
19	<a href="http://stutzartists.org">stutzartists.org</a> Fuente de Internet	<1 %
20	<a href="http://www.jonnpr.com">www.jonnpr.com</a> Fuente de Internet	<1 %

21	<a href="https://dspace.utb.edu.ec">dspace.utb.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1 %
22	<a href="https://repositorio.unac.edu.pe">repositorio.unac.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
23	<a href="https://repositorio.urp.edu.pe">repositorio.urp.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
24	<a href="https://bonga.unisimon.edu.co">bonga.unisimon.edu.co</a> Fuente de Internet	<1 %
25	<a href="https://ciencialatina.org">ciencialatina.org</a> Fuente de Internet	<1 %
26	<a href="https://1library.co">1library.co</a> Fuente de Internet	<1 %
27	Submitted to TecnoCampus Trabajo del estudiante	<1 %
28	<a href="https://repositorio.usmp.edu.pe">repositorio.usmp.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
29	Jesus Rocca, María Calderón, Alberto La Rosa, Segundo Seclén et al. "TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN PERU A literature review including studies at high-altitude settings", Diabetes Research and Clinical Practice, 2021 Publicación	<1 %
30	Rosa Pando-Álvarez, Fausto Garmendia-Lorena, Alicia Fernández-Giusti, Nelly Castro-	<1 %

# Tutaya. "Características metabólicas de personas con prediabetes", Diagnóstico, 2024

Publicación

---

31

repositorio.uoosevelt.edu.pe  
Fuente de Internet

<1 %

---

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 30 words

Excluir bibliografía

Activo

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR  
EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO(A) EN SALUD PÚBLICA  
RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 000724-2024-UNSCH-EPG/D.**

Siendo las 08:00 a.m. del 04 de octubre de 2024 se reunieron en el auditorium de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, el Jurado Examinador y Calificador de Tesis, presidido por el **Mg. Roaldo PINO ANAYA** Director (e) de la Escuela de Posgrado, el **Dr. Manglio AGUIRRE ANDRADE** Director de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, e integrado por los siguientes miembros: **Dr. Edward Eusebio BARBOZA PALOMINO** y la **Dra. Angelica RAMIREZ ESPINOZA**; para la sustentación oral y pública de la tesis intitulada: **PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ORAL DE LA DM2, EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2023.** En la ciudad de Ayacucho del 2024 presentado por la **Bach. Mariela Tatiana DE LA CRUZ MEJIA**. Teniendo como asesora a la **Dra. Lidia GONZALES PAUCARHUANCA**.

Acto seguido se procedió a la exposición de la tesis, con el fin de optar el Grado Académico de **MAESTRO(A) EN SALUD PÚBLICA**. Formuladas las preguntas, éstas fueron absueltas por la graduanda.

A continuación, el Jurado Examinador y Calificador de Tesis procedió a la votación, la que dio como resultado el siguiente calificativo: Dieciocho (18).

**CALIFICACION (x)**

Aprobado(a) por Unanimidad.	✓
Aprobado(a) por Mayoría.	
Desaprobado(a) por Unanimidad.	
Desaprobado(a) por Mayoría.	

(x) Marcar con aspa.

Luego, el presidente del Jurado recomienda que la Escuela de Posgrado proponga que se le otorgue a la **Bach. Mariela Tatiana DE LA CRUZ MEJIA**, el Grado Académico de **MAESTRO(A) EN SALUD PÚBLICA**. Siendo las 09:20 hrs. se levanta la sesión.

Se extiende el acta en la ciudad de Ayacucho, a las 09:30 hrs. del 04 de octubre de 2024.

.....  
**Mg. Roaldo PINO ANAYA**  
Director(e) de la Escuela de Posgrado.

.....  
**Dr. Manglio AGUIRRE ANDRADE**  
Director de la UPG – FCSA.

.....  
**Dr. Edward Eusebio BARBOZA PALOMINO**  
Miembro.

.....  
**Dra. Angelica RAMIREZ ESPINOZA**  
Miembro.

.....  
**Dr. Marco Rolando ARONES JARA**  
Secretario Docente.

**Observaciones:**

.....  
.....  
.....