



**Universidad  
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y APOYO SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR  
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, PERTENECIENTE AL CLUB DEL  
ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL DE CHANCAY 2020**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TÍTULO  
DE ESPECIALISTA EN CUIDADO ENFERMERO EN GERIATRÍA Y  
GERONTOLOGÍA**

**PRESENTADO POR:  
ABANTO SANCHEZ, JUAN CARLOS**

**ASESOR:  
MG. ARÉVALO MARCOS, RODOLFO AMADO**

**LIMA – PERÚ**

**2021**



### **DEDICATORIA**

Con gran afecto y cariño a mis padres y familia, por estar siempre a mi lado dándome el sustento afectivo y moral para llegar a este feliz momento.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a la Universidad Norbert Wiener por la formación que me brindaron. A mi familia por el apoyo incondicional y a mis docentes por hacerme sentir capaz de alcanzar mis metas.

**ASESOR:**  
**MG. RODOLFO AMADO, ARÉVALO MARCOS**

## **JURADOS**

Presidente : Dra. Gonzales Saldaña Susan Haydee  
Secretario : Mg. Milagros Lizbeth Uturunco Vera  
Vocal : Dra. Maria Hilda Cardenas De Fernandez

# ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Asesor	v
Jurado	vi
Indice General	vii
Indice de Anexo	viii
Resumen	ix
Abstrac	x
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>II. MATERIALES Y METODOS</b> .....	16
2.1 Enfoque y diseño de investigación .....	16
2.2 Población, muestra y muestreo .....	16
2.3 Variable(s) de estudio .....	17
2.3.1 Variable: Adherencia terapéutica .....	17
Definición conceptual de variable .....	17
Definición operacional de variable .....	17
2.3.2 Variable: Apoyo social .....	17
Definición conceptual de variable .....	17
Definición operacional de variable .....	17
2.4 Técnica e instrumento de medición .....	17
2.5 Procedimiento para recolección de datos .....	18
2.6 Métodos de análisis estadístico .....	18
2.7 Aspectos éticos .....	19
<b>III. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b> .....	20
<b>IV. RECURSOS A UTILIZARSE PARA EL DESARROLLO DEL ESTUDIO</b>	21
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	¡Error! Marcador no definido.2
<b>ANEXOS</b> .....	29

## Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable o variables .....	30
Anexo B. Instrumentos de recolección de datos.....	32
Anexo C. Consentimiento informado y/o Asentimiento informado	
37	

## RESUMEN

**Objetivo.** Será determinar cuál es la adherencia terapéutica y apoyo social en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, perteneciente al club del adulto mayor del hospital de Chancay.

**Material y método.** La Investigación tiene un enfoque cualitativo, con un diseño metodológico - correlacional de corte transversal, debido a que se medirá de forma numérica las variables presentes en el estudio. El diseño será no experimental ya que dicha investigación no manipulará deliberadamente las variables. Asimismo, se dará en un tiempo único y en un solo momento y buscar qué relación tiene ambas variables. La población estará conformada por 80 Adultos mayores que cuentan con diabetes mellitus tipo II, Los adultos mayores participantes se seleccionaron de acuerdo a los criterios de exclusión e inclusión definidos en la investigación, un criterio de inclusión es que participaran los adultos mayores que pertenezcan al club del adulto mayor. Las informantes del presente estudio fueron para los ancianos del club del adulto mayor del hospital de Chancay. La técnica que se utilizará en el presente estudio será la encuesta. El instrumento para recolectar la información será un cuestionario estructurado a cerca de la adherencia terapéutica y Ayuda social en el adulto mayor con DM tipo 2, perteneciente al club del adulto mayor del hospital de Chancay; consta de dos variables: Primero tenemos la escala de adherencia terapéutica, (EAT) (Soria, Vega y Nava, 2009), quien tiene 23 ítems, divididos en las dimensiones que se juntan en tres factores; el control en la toma de medicamentos e ingesta de alimentos (07 ítems), seguimiento en la conducta del médico (08 ítems), la autoeficacia (07 ítems),. El cual nos permite ver el cumplimiento o no de los consejos médicos. La medida de apoyo social, hecho por Sherbourne y col. (1991). Definido por 20 ítems, divididos en las dimensiones que se agrupan en cuatro factores; apoyo emocional (09 ítems), ayuda instrumental o material (04 ítems), intervención social positiva (04 ítems), apoyo afectivo (04 ítems).

**Palabras clave:** "Adherencia terapéutica", "Apoyo social" y "Diabetes mellitus".

## ABSTRACT

**Objective.** It will be to determine what is the therapeutic adherence and social support in the elderly with type 2 diabetes mellitus, belonging to the club of the elderly of the Chancay hospital.

**Material and method.** The Research has a qualitative approach, with a cross-sectional correlational methodological design, because the variables present in the study will be measured numerically. The design will not be experimental since such research will not deliberately manipulate the variables. Likewise, it will occur in a single time and in a single moment and find what relationship both variables have. The population will be made up of 80 Older adults with type II diabetes mellitus. The participating older adults were selected according to the exclusion and inclusion criteria defined in the research, an inclusion criterion is that older adults who belong to the club participate. of the elderly. The informants of the present study were for the elderly from the Chancay hospital's elder's club. The technique that will be used in the present study will be the survey. The instrument to collect the information will be a structured questionnaire about therapeutic adherence and social assistance in the elderly with type 2 DM, belonging to the Elderly Club of the Chancay Hospital; It consists of two variables: First we have the therapeutic adherence scale, (EAT) (Soria, Vega & Nava, 2009), which has 23 items, divided into dimensions that are combined into three factors; control of taking medications and food intake (07 items), follow-up of the doctor's behavior (08 items), self-efficacy (07 items) ,. Which allows us to see the compliance or not of medical advice. The measure of social support, made by Sherbourne et al. (1991). Defined by 20 items, divided into dimensions that are grouped into four factors; emotional support (09 items), instrumental or material help (04 items), positive social intervention (04 items), affective support (04 items).

**Keywords:** "Therapeutic adherence", "Social support" and "Diabetes mellitus".

## I. INTRODUCCIÓN

La diabetes es una dolencia permanente por presentar hiperglucemia debido a la falta de secreción en la insulina, afectando muchos órganos, entre ellos los más importantes como los riñones, nervios, riñones, ojos, vasos sanguíneos y corazón, causando problemas en la salud, ocasionando la mortalidad a la población quien las aqueja. La diabetes es un gran problema para la salud pública por causa de la incidencia de incremento. En el año 2020 aproximadamente 150 millones de habitantes en todo el mundo sufrían de Diabetes Mellitus, se espera que para el año 2025 este número de personas aumentará el doble de lo previsto, siendo el 6.8% de la muerte en el Mundo y en países en sub desarrollados el 80%. En Perú, un tercio de los enfermos hospitalizados con Diabetes mellitus tipo 2 fallecieron durante su estudio y recuperación. Mientras aumentó la edad, la mortalidad de los pacientes incrementaba sobre todo en los pacientes ingresados a las salas de emergencia, los pacientes reingresados en el hospital y los pacientes que presentaban complicaciones metabólicas o renales, Los pacientes ingresados por una infección del tracto urinario tuvieron una menor tasa de mortalidad (1).

Durante el año 2016, en la ciudad del Cusco se hizo una investigación analítica de corte transversal, incluyendo a la mayoría de los enfermos hospitalizados que tengan diabetes mellitus tipo 2, donde se evaluó sus características clínicas y socioeducativas, con la "muerte" como una variable de interés. (2).

En la Investigación de PERUDIAB en el año 2013, hecha en una población de 1677 familias a nivel nacional, tuvo un porcentaje del 7% de diabetes mellitus y 23% de prediabetes (hiperglicemia de ayuno) en adultos mayores. Estos porcentajes están en aumento debido a los factores como el sedentarismo, sobrepeso y la mala alimentación, en esta etapa de vida tan desordenada, por no acudir a nosocomio y ser controlados por los especialistas según su patología (3).

El diagnóstico para la diabetes mellitus, sigue encontrándose en una morbilidad significativa

en alguno de los dos tipos principales, teniendo mayor incidencia en aquellos pacientes q muestran una adecuada estructura durante el proceso, lo cual muestra que la vigilancia de la glucosa sea impropia. La diabetes Mellitus se encuentra asociado a las dolencias fisiopatológicas que la hiperglicemia da origen en órganos blanco, propiciando así al aumento de complicaciones y poniendo en riesgo la vida del enfermo. En ese sentido los tratamientos para la diabetes mellitus es un argumento muy importante en la vida de los pacientes debido a que la agudeza de facilitadores y barreras dentro de su comportamiento podrían auxiliar su intervención para originar y fortificar el contexto benéfico al apego (4).

En el presente estudio el Apoyo Social, se considera uno de los factores que podrían ayudar en la mejora de su tratamiento, el cual se manifiesta como un proceso muy complicado que tiene la finalidad de cumplir las necesidades del enfermo y su entorno, para poder así enfrentar situaciones nuevas, teniendo una relación principal a los familiares y el personal de salud. A si fortaleciendo el control y prevención esta enfermedad que aqueja a muchos adultos mayores, por mala praxis de medicación y alimentación para su salud (5),

La orientación del actual artículo acerca de la unión tratamiento y sostén general en adulto superior con diabetes mellitus tipo 2, se define: La diabetes mellitus (DM) es un desequilibrio metabólico con muchas causas, siendo la más perjudicial la hiperglucemia crónica ocasionando cambios en la absorción de grasas, proteínas e hidratos de carbono, producidos debido a los defectos en la acción o evacuación de insulina, causando muchos daños de varios órganos, principalmente el corazón, los riñones, ojos y vasos sanguíneos (6).

Según la OMS la diabetes es una enfermedad crónica que empeora cuando el metabolismo del paciente ya no esgrime con vigor la insulina que fabrica o cuando el páncreas no puede fabricar mucha insulina (hormona reguladora de glucosa en la sangre). La diabetes es una de las enfermedades del mayor estudio y preocupación en la salud de la humanidad, y es una de las cuatro dolencias no transmisibles manifestadas por doctores en el mundo. Tanto es el problema que en estos últimos años la cifra de mortalidad y casos de padecimiento ha ido en aumento. (7)

En la actualidad aproximadamente 422 millones de habitantes padecen de esta enfermedad. Según la OMS en el año 2014 la cifra de hereditarios fue del 9% en personas mayores a 18 años; en total en el año 2012 hubo 1.5 millones de personas que fallecieron a causa de la Diabetes Mellitus tipo 2, y se espera que para el 2030 estas cifras se duplicaran (8).

Anteriormente la mayoría de los pacientes que padecen de diabetes mellitus tipo 2 solo era exclusivo en los adultos, pero ahora no solo se da en los adultos sino también en niños es por eso que se han realizado diversos estudios para poder diferenciar los problemas entre la diabetes 1 (mayor insulina para sobrevivir) y la diabetes tipo 2 (el organismo le dificulta usar su insulina producida), donde no se contiene un dato exacto referente a la permanencia de la diabetes tipo 1 y de tipo 2. (9).

Se estima que en el Perú los casos de Pacientes con Diabetes Mellitus son del 5.5%, el cual aumenta de manera significativa con el pasar de los años siendo el problema principal los hábitos alimentarios y el estilo de vida que durante el periodo de juventud se practicó, el cual se considera que el consumo excesivo de alimentos de bajo contenido alimenticio y azucaradas, y la poca actividad física trae como resultado muchos problemas como la obesidad y altas tasas de sobre peso. Un caso ejemplo se manifiesta en la Investigación de ENDES 2013 quien tuvo como resultado de una población de 7000 hogares q un de las personas mayores a 18 años sufrían de sobrepeso y 18.3 de obesidad (10).

**Diabetes tipo 1:** Definida también como inicio Juvenil o insulino dependiente, posee el 5% al 10% de todos los tipos de diabetes en el Occidente del mundo, causados por la pérdida de células b en los islotes pancreáticos que dirige a la deficiencia de insulina. Uno de las clasificaciones de la diabetes tipo 1 se tiene a la diabetes tipo 1 idiopática el cual se forma en los casos atribuibles donde no existe certeza de autoinmunidad.

La autoinmunidad se encuentra caracterizada por que, aunque pueda aparecer a cualquier edad, mayormente se da antes de los 30 años, con una falta de obesidad, predisposición a la cetosis, trae como pruebas fenómenos autoinmunitarios como dolencias: hepatitis autoinmunitaria, tiroides de Hashimoto, anemia perniciosa, dolencia de Graves, vitiligo

dolencia de Addison, miastenia. El factor genético influye mucho en la repercusión de los pacientes, es por eso que la rapidez en que se destruyen los islotes varía mucho, ya que tiende ser más rápido en niños y más lento en adultos, donde la cetoacidosis siempre se manifiesta de manera inicial, manteniendo una reservación en las funciones que mitiga estas dolencias por varios años (11).

**Diabetes tipo 2:** es una diabetes mucho más significativa que va de (90%-95%), el cual empeora cuando la edad va en aumento, o cuando se practica una vida sedentaria con falta de ejercicios físicos. Este tipo de diabetes es una dolencia un poco complicada, debido a que se resiste a la insulina. En la mayoría de los casos se presenta en adultos mayores de 40 años, cabe decir que en estos últimos años, según estadísticas las cifras de personas con diabetes tipo 2 va en aumento progresivamente en personas jóvenes e incluso niños, algo que no se manifestaba anteriormente, considerando que en algunas casos es problema del estrés y dolencias intercurrentes. (12).

**Diabetes gestacional:** Es cuando durante la gestación el metabolismo de la persona no tolera los carbohidratos, el cual se manifiesta en su mayoría cuando la segregación de insulina es insuficiente para poder detener la disminución de esta; dentro de su fisiopatología se muestra relación con la destrucción de la resistencia al momento de actuar de la insulina (13).

**Fisiopatología:** La destrucción fundamental en la diabetes de tipo 1 es la disminución de la segregación de insulina ante las células beta pancreáticas, causando dolencias como hiperglucemia, polidipsia, disminución de peso y poliuria; dolencias que mayormente son diagnosticados en pacientes con diabetes de tipo.

Pero cuando hablamos de la diabetes tipo 2, es completamente distinto debido a que su mecanismo no se conoce del todo, es decir no se encuentra una relación de factores nutricionales, alteraciones, ambientales, genéricos, y obesidad (14).

**Manifestaciones clínicas:** las manifestaciones que presentan casi todos los pacientes que tengan diabetes mellitus, son la delgadez y el rostro demacrado, llegando a ser en algunos

casos asintomáticos. En otros casos suele ser de forma distinta un poco más complicado como los vómitos, deshidratación, respiración de Kussmaul, falta de aire, etc. Existen otros casos más críticos donde se manifiesta con otros síntomas como (15):

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

**Diagnóstico:** El criterio para poder diagnosticar a un paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2 son:

- Cuando no existe hiperglucemia inequívoca, se debe de tomar otro análisis para poder determinar un resultado confiable.
- Cuando la Glucosa es mayor o igual a 126mg/dl en los pacientes que están en ayuna, se define como si no tuviera un aporte en calorías en 8 horas.
- Se debe de tomar una glucosa plasmática al azar  $\geq 200$  mg/dl cuando un paciente presenta síntomas comunes o una crisis de hiperglucemia.
- A las 2 horas realizar una toma de Glucosa plasmática mayor o igual a 200mg/dl, dicho análisis se realizará como lo dicta la OMS, con una con un exceso de glucosa equivalente a 75g anhidra en agua para su disolución.
- mayor o igual a 6.5% la Hemoglobina glicosilada (A1C), para hacer este análisis se debe de hacerlo en un laboratorio certificado. (16).

**Tratamiento:** Todo enfermo de diabetes debe ser atendido por un grupo de médico. Este

grupo debe contener al menos, enfermera, asistente, auxiliares, dietistas, médicos, farmacéuticos y personas que profesionalmente se encuentren capacitados y cuenten con una alta experiencia en este tipo de casos de Diabetes. Así como se brinda todo el cuidado al paciente, estos mismos también deberán de apoyar y sumarse en el tratamiento, ya que este plan para su mejora, deberá realizarse como una alianza entre médico, familia, paciente y los demás del grupo. Para que este tratamiento pueda ser eficiente se deberá de plantear y realizar estrategias de comunicación y empatía (17).

**Tratamiento no farmacológico:** participación del modo de vida: con respecto a las intervenciones en la salud del paciente, se debe de dejar lo tradicional, buscando una forma de aconsejar al paciente que inicie una etapa que no contemple el sedentarismo y que se realice ejercicios físicos constantes, para así formar una educación integral, teniendo como un objetivo de mejorar la asistencia de la diabetes, ya que, si se hace un buen trabajo, los resultados podrían ser satisfactorios. (18).

**Nutrición:** Con respecto a la nutrición del paciente, se requiere que un Nutricionista capacitado y con alta experiencia en diabetes, apoye en el tratamiento del paciente así como los otros integrantes del equipo formado, brindando una terapia nutricional y aconsejando un estilo de vida saludable, ya que toda ayuda posible es necesario para poder normalizar los valores de glucemia del paciente dentro de las 24 horas. El objetivo de la terapia de nutrición y ejercicio saludable ayudan de manera significativa en la disminución de peso corporal y los valores en el control de la diabetes. Si el paciente desea consumir bebidas alcohólicas, deberá ser en cantidades muy pequeñas o mínimas, sino podría empeorar. (19).

Según ADA el tratamiento nutricional clínico para el paciente debe de contener una coordinación máxima en el consumo de las calorías, en relación a la diabetes (adelgazamiento, ejercicio, insulina), Entre las cosas no tan difícil de realizarse con la mitigación de la ingesta de bebidas calóricas, quienes se pueden reemplazar por edulcorantes artificiales. Entre las bebidas y edulcorantes artificiales, tenemos a los zumos, que influyen en regular la glucemia y la ingesta de calorías. También se recomienda que los pacientes con Diabetes tengan una alimentación baja en productos con grasas y frituras. Todo este tratamiento tiene que estar vigilado y monitoreado por el equipo médico (20).

**Ejercicio:** El rol que poseen los ejercicios durante la etapa de tratamiento pueden llegar a ser muy significativos ya que el ejercicio de fuerza y aeróbico apoyan en el control de la glucemia, minimizando el riesgo en problemas cardiovasculares y mejorando su estado físico, como el mantener el peso del paciente, aumentando la calidad de vida, y el beneficio mayor sería la reducción de la tasa de mortalidad en todos los sistemas; todo esto podría darse si el ejercicio se realiza mínimo en 8 semanas ya que sino las mejoras no serían significativas clínicamente en la HBA1C muy independiente que los cambios en la estructura física del paciente manifestara todos los beneficios mencionados. Mientras mayor será el tiempo de ejercicios realizados mayor será la mejora en el HBA1C (21).

**Tratamiento farmacológico:** Para este tratamiento se usará insulinas de acción hepática entre ellas se tiene la bufomina, fenformina, metformina. Las indicaciones para usar la metformina serán administradas al paciente 2 veces al día, debido a que su acción no es constante, aunque hay un preparado que ayuda a prolongarse más. Los efectos que podría presentarse al administrarse este fármaco son la producción hepática de glucosa y la disminución de Gluconeogenia (22).

Otro de los fármacos usados son la Insulina sensibilizante con labor sobresaliente en tejidos periféricos, entre ellas tenemos a la rosiglitazona y pioglitazona, quienes tienen la igual función de hipoglucemiante y efectos adversos. Estos fármacos son diferentes en importancias energéticas y farmacocinetismo, así también como la asimilación efectos lípidos y características de unión. Lo único malo de este fármaco es que los resultados son notables ya que el paciente empieza a ganar peso y retiene líquidos, pero no existen datos de hepatotoxicidad (23).

**Adherencia terapéutica:** Las dolencias crónicas son progresivamente lentas, pero con una larga duración. La diabetes, el cáncer, dolencias respiratorias, dolencias cardíacas y los infartos representan son las mayores causas de muertes en el mundo. Aproximadamente 35 millones de habitantes fallecieron en el año 2005 de una dolencia incurable; siendo los mayores perjudicados las personas que tenían menos de 70 años y de sexo femenino. Para que el objetivo de que las terapias resulten satisfactorias, se requiere un estricto cumplimiento

por parte del paciente así como la adhesión en la calidad y estilo de vida que se pueda manifestar, teniendo en cuenta el compromiso y confianza, entre paciente y doctor. (24).

La OMS manifiesta a la adherencia terapéutica como el Nivel de conducta de una persona en tomar una medicina, obedecer un estilo de vida nutricional y físico mental para poder mejorar su calidad de vida. Para poder hacer realidad que los pacientes cumplan la receta y consejos sobre su tratamiento se tiene que poner en práctica todas las terapias y recomendaciones y consejos de salud. Cabe decir que la OMS hace una diferencia entre ambos lo cual se da en que la adherencia necesita de la conformidad del enfermo en cuanto a sus recomendaciones (25).

La aprobación al tratamiento no solo significa tomar todos los medicamentos sino también en como los toma o ingiere, así como la hora, la dosis, el tiempo de medicación y frecuencia. Por otro lado para las dolencias crónicas, los pacientes y familiares son los únicos culpables de su mejora y su cuidado durante la etapa de su tratamiento, ya que no solo es obedecer por obligación sino comprender y entender la situación en la que se encuentra. (26).

Entre los factores que predominan en la adhesión terapéutica, la OMS replanteo y define que la responsabilidad no solo es del enfermo sino también de varios factores entre ellas psicosociales que podrían ser identificados en su conducta. Se sabe que la adherencia terapéutica es una anomalía muy compleja que a veces se presenta durante el proceso del tratamiento y que solo se determinara por cinco factores identificados como:

- Factores vinculados al tratamiento.
- Factores vinculados con la enfermedad.
- Factores socioeconómicos.
- Factores vinculados al paciente.
- Factores vinculados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria (de salud). (27).

No adherencia y Adherencia deficiente: Dentro de las dolencias permanentes que no son transmisibles se encuentra la Diabetes Mellitus (DM) quien es identificado por sus problemas epidémicos a Nivel Nacional, y con respecto a la definición de adhesión incluye los cuidados

generales, ejercicios, un alimentar individualizado y la terapéutica medicamentosa. En cambio, para la no adhesión se tiende a contribuir un mal control en el metabolismo, teniendo como resultado muchas complicaciones de largo plazo y de significancia (28).

**Medición de la adherencia terapéutica:** La valoración es el mayor de los problemas dentro de la posesión al tratamiento, ya que tiende a ser una responsabilidad sumamente difícil y más aun con la diabetes cuando el tratamiento se tiene que realizar delicadamente y con multiples funciones como el monitoreo constantes de los niveles de glucosa en el paciente, y como las distintas dietas de alimentación, las recomendaciones de los ejercicios físicos, etc. sobre todo el no consumo de alcohol y tabaco (29).

**Métodos directos:** como método directo tenemos al metabolito en sangre, la medición del nivel del medicamento y terapia directamente observada,

**Métodos indirectos:** Entre ellas Tenemos las tasas para recargar la medicación, la evaluación con respecto a las respuestas de los enfermos, los cuestionarios para el tutor del niño si es que se diera el caso, el cuestionario para el cuidador si es que hubiera niños y el monitoreo de medicación, etc. (30).

**Apoyo social:** Para poder tener una definición clara sobre lo que es el apoyo social suele ser algo difícil motivo por el cual es un carácter de múltiples dimensiones, ya que muchos autores los han estudiado.

Por esa razón entonces podemos definirlo a partir de dos lados, una cualitativa-funcional quien se centra en las relaciones significativas o de apreciación muy subjetiva que puede hacer el paciente en el apoyo que se recepciona y otra cuantitativa-estructural, quien hace una evaluación sobre la cantidad de relaciones establecidos dentro del paciente en las redes sociales, y como es que el apoyo es recibido mediante esta. (Vivaldi & Barra, 2012) (31).

Se define al apoyo social a la asistencia ofrecida por un grupo de personas cercanas al paciente en el cual se tiene contacto directo, quienes pueden resultar en comportamientos y emociones positivas. (Valla, 1999). Como ejemplo tenemos a la interacción del apoyo social quien se complementa con otros aspectos durante el tratamiento. Según Gracia y Col. (2011),

esta interacción tiende a relacionarse con el desequilibrio y equilibrio, el cual se fundamenta y centra en el apoyo tanto emocional como instrumental y los consejos que se puedan dar una o más personas. (32).

**Componentes del apoyo social:** Se manifiesta en tres categorías entre ellas tenemos: soporte social efectivo, soporte social percibido donde se da a conocer la valoración que hace el enfermo hacia los cercanos que le brindan ayuda en ese momento de necesidad.

**Tipos y funciones del apoyo social:** Se tiene cuatro tipos, entre ellas:

- **Informacional:** Quien apoya a enfrentar y definir las situaciones con problemas mediante consejos que le brindan las personas a su alrededor.
- **Instrumental:** Se manifiesta como el apoyo material y tangible a la solución de un problema, es aquí donde una familia o persona cercana le brinda soluciones en vez de tener lastima o formar problemas.
- **Emocional:** Es cuando le brindan al enfermo sentimientos de seguridad, confianza, estima y afecto, emociones que ayudan a mejorar el estado de ánimo del paciente.
- **Valorativo:** Aquí es donde se da a conocer que el paciente no se encuentra solo, y que a pesar de todo hay alguien ahí cerca de él.

**Redes de apoyo social:** Entre las redes se identifican los familiares del paciente y los que se encuentran a su entorno (amigos, compañeros, vecinos, etc.)

**Redes familiares:**

**La familia:** es la pieza clave para la mejora del paciente, ya que es un recurso muy esencial que brinda al paciente atención y protección tanto físico como mental, aumentando el estado de ánimo durante su tratamiento, sobre todo cuando la persona se siente sola, y no tiene a alguien cercano amigo o pareja.

**Amigos y vecinos:** Son no menos importantes que una familia debido a que en muchas situaciones los amigos y vecinos son las personas a las que se les brindan más confianza, y en este caso son una fuente grande de apoyo, sobre todo en pacientes que no se llevan con su familia o son huérfanos.

**Red formal:** Este grupo brinda objetivos de apoyo en el paciente cuando necesita de ayuda

es por eso que tienden a tener una función ya establecida. (34).

Para poder tener una relación entre el apoyo social y salud, varios investigadores mencionan que es directamente proporcional, debido a que mientras más apoyo social exista en el paciente, su salud y tratamiento ira mejorando.

Es por eso que Gracia manifiesta que la relación entre el apoyo social y la salud es sumamente positivo, asimismo el brindarle al paciente un apoyo tanto familiar, personas cercanas o acceso a redes sociales, demuestra que disminuye la depresión y aumenta el bienestar psicológico. En ese sentido Gracia afirma que al darse el apoyo social lo que busca es proteger a los pacientes de consecuencias negativas tanto psicológicas como físicas durante los sucesos y el proceso de su tratamiento, dándose como un sostén o apoyo (35).

El estudio del Apoyo Social, hace un papel de amortiguador y es sumamente esencial ya que brinda un recurso muy importante para el paciente disminuyendo todas las cargas y conductas negativas de estas enfermedades, es decir que al momento de que el paciente interactúa con el apoyo social, no se siente solo, cambiando su estado de ánimo y viendo de manera positiva una recuperación o una mejora progresiva durante el proceso. En este sentido se propusieron dos modelos el efecto directo quien manifiesta que el apoyo social apoya de manera significativa el grado de salud en el paciente; por otra parte, el modelo del efecto amortiguador, quien refiere que el apoyo social protege al paciente de los efectos negativos de las situaciones estresantes (36).

Entonces la relación que existe entre las dolencias permanentes y la ayuda Social define que durante el proceso que el paciente afronta esta enfermedad y se adapta, las preocupaciones y el estrés suelen a consumirlo, y en vez de mejorar intentan acabar con esa situación, es por eso que es tan importante el apoyo social, ya que en ese preciso momento es cuando cambia las cosas, haciendo que el paciente se sienta amado, positivo y que sobre todo no se encuentra solo, mejorando su estado mental y su salud mientras más apoyo social tenga. (37).

A nivel internacional; Anibal A, Regina C, Dennis M; (38). En Colombia, los resultados fueron que si existe relación entre el control metabólico y el apoyo social en las personas con Diabetes Mellitus de tipo 2, el cual es indispensable dentro de los servicios prestados Humanizados, donde se involucró a las personas que se encontraban en su entorno del paciente, así como su familia, amigos y vecinos para que puedan inter relacionar con el paciente y poder afrontar conjuntamente la enfermedad.

Nadia S, Sadia A, Naresh K, Waqar A, Faiza S; (39). Los resultados nos indica que la diabetes DM Tipo 2 una enfermedad muy significativa y crónica que tienden a enfrentar muchos países que aún no son desarrollados, ya que la adherencia de los medicamentos tiene un papel fundamental para el objetivo glucémico recomendado. Los resultados de este estudio fueron que es necesario abordar la falta de posesión a la medicación en los diabéticos tipo 2. Los factores contribuyentes sugeridos son el analfabetismo, la práctica de otros modos de terapia, el escaso conocimiento de la diabetes y la polifarmacia. Los programas de concienciación pública, el auto monitorización del grado de azúcar dentro de la sangre, las visitas de seguimiento periódicas centradas en la educación del paciente pueden mejorar el control glucémico y las complicaciones relacionadas con la diabetes.

A nivel nacional; Inguil C, Maryuri I, Lopez M, Liseth; (40). En Trujillo, los resultados fueron que el 68.6 % de los pacientes que padecían el DM Tipo 2 posee un nivel bueno en conocimiento, el 31.4 % de los pacientes con DM Tipo 2, sufrían un nivel regular de conocimiento; En ese sentido respecto a la Adherencia al tratamiento se evidencio en los resultados que alrededor del 53.5 % de enfermos no tenían adherencia.

Alarcon M, Cynthia H, Lucia A, Vianey C; (41). Los resultados fueron que el apoyo instrumental, puede ayudar y aportar varios efectos negativos en el momento que se intenta limitar el comportamiento del autocuidado realizado por una persona. Cabe mencionar que este hecho concluye en que no en todos los casos el apoyo resulta beneficioso para el paciente, ya que genera dependencia descuidando el tema de su alimentación y generando

problemas psicológicos y en su estado de ánimo.

A nivel local; Mercado R, Layza A; (42). Los resultados fueron que la interrelación entre médico y el paciente en el tema de adhesión al tratamiento del DM tipo 2 fueron muy buenas ya que el paciente presento un estado de ánimo muy bueno y autocuidado significativo, sobre todo en el momento de la frecuencia y monitoreo de su tratamiento, tanto el medico como el paciente, pusieron de su parte.

Felicitas Del C, Josselin V; (43). Los resultados fueron regulares ya que se recomienda que el grupo médico que trata a los pacientes con DM tipo 2 tengan una mejor programación en el control y monitoreo durante el proceso de tratamiento, asimismo se debería de incluir más apoyo tanto social y de salud, con el fin de que el paciente no se sienta solo y sus familiares vean la importancia del apoyo en la mejora del enfermo, asi mismo mejorar la calidad de vida y fortalecer el vínculo entre médico – familia - paciente.

La importancia de esta investigación radica en su costo que es sumamente bajo, el cual cuenta con una población y lugar de estudio muy accesible, muy aparte de poder tener la facilidad de acceso dentro de las instalaciones de salud del Hospital de Chancay para poder hacer realidad este proyecto de investigación. Muy aparte de toda la importancia fundamental es que a medida que pasa el tiempo, los pacientes con DM Tipo 2 del Club de Chancay no presentan una mejora durante el proceso de tratamiento, a pesar de haber sido evaluado por un médico especializado, por el cual podrían encontrarse en riesgo de presentar síntomas mucho más crónicos y agudos, es por ese motivo el que se hace este proyecto de investigación para poder evaluar la situación sobre los pacientes que padecen DM Tipo 2 en el Club de Chancay y poder ampliar los conocimientos sobre esta enfermedad crónica, asi como hacer que se desarrollen diversas investigaciones.

De acuerdo con la política de investigación los instrumentos de investigación están validados como es el caso del presente tema “adherencia terapéutica y apoyo social en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, perteneciente al club del adulto mayor del hospital de chancay, 2020”

El estudio se justifica ya que observamos que la experiencia del enfermero del club del adulto mayor tiene un gran desafío en este tipo de enfermos con DM Tipo 2 que van a Consultas externas de endocrinología por desacuerdos con el tratamiento realizado por el médico especialista, el cual por motivos de diferentes factores resaltan que no recibían el apoyo adecuado de parte de sus familiares, amistades y equipo médico. Muy aparte que como un profesional identifique las alteraciones que padecen este grupo de pacientes tanto psicológico y social, como también en su estilo de vida que, en vez de ir a mejora, va empeorando, ya que manifiestan que se sienten solos y desanimados, influyendo de manera significativa en el cumplimiento y cuidado del tratamiento a seguir; también pude observar y ver la situación que viven los pacientes a diario en la atención dada en la entrevista con el médico. Es así que por todas estas razones se me hace difícil quedarme con los brazos cruzados y tome la decisión de investigación a fondo sobre este tema tan importante en la relación que guardan entre la adherencia al tratamiento y el apoyo social que padecen los pacientes con DM tipo 2, para así conseguir un tratamiento integral.

Se plantea como hipótesis nula: PLANTEAR HIPOSTESIS NULA, No Existe relación entre adherencia terapéutica y apoyo social en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, perteneciente al club del adulto mayor del hospital de chancay. Y como hipótesis alterna, Existe relación entre el adherencia terapéutica y apoyo social en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, perteneciente al club del adulto mayor del hospital de chancay.

Por el estudio mencionado, se formula el siguiente objetivo de investigación que es determinar cuál es la adherencia terapéutica y apoyo social en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, perteneciente al club del adulto mayor del hospital de chancay, 2020.

Asimismo, los objetivos específicos son los siguientes:

- Identificar la adherencia terapéutica en su dimensión ingesta de medicación, alimentos y apoyo social en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, perteneciente al club del adulto mayor del hospital de chancay - 2020.

- Identificar la adherencia terapéutica en su dimensión seguimiento médico conductual y apoyo social en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, perteneciente al club del adulto mayor del hospital de chancay - 2020.
- Identificar la adherencia terapéutica y apoyo social en su dimensión interacción social positiva en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, perteneciente al club del adulto mayor del hospital de chancay - 2020.

## II. MATERIAL Y MÉTODOS

### 2.1 Enfoque y diseño de investigación

La Investigación tiene un enfoque cualitativo, con un diseño metodológico - correlacional de corte transversal, debido a que se medirá de forma numérica las variables presentes en el estudio. El diseño será no experimental ya que dicha investigación no manipulará deliberadamente las variables. Asimismo, se dará en un tiempo único y en un solo momento y buscar qué relación tiene ambas variables (44).

### 2.2 Población, muestra y muestreo

La población estará conformada por 80 Adultos mayores que cuentan con diabetes mellitus tipo II, Los adultos mayores participantes se seleccionaron de acuerdo a los criterios de exclusión e inclusión definidos en la investigación, un criterio de inclusión es que participaran los adultos mayores que pertenezcan al club del adulto mayor. Las informantes del presente estudio fueron para los ancianos del club del adulto mayor del hospital de Chancay.

- **Criterios de selección.**

- Criterio de Inclusión.**

- Pacientes de ambos sexos mayores de edad.
    - Pacientes que acepten ingresar al estudio al estudio previo consentimiento informado.
    - Pacientes que acuden a consultorio externo de endocrinología del hospital de chancay.

- Criterios de exclusión.**

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

### 2.3 Variable(s) de estudio

### **2.3.1 Variable: Adherencia terapéutica**

**Definición conceptual de variable:** Definimos como el nivel de conducta de un paciente, durante la toma de su medicamento, durante el seguimiento sobre una receta alimentaria y sobre todo mejorar su estilo de la vida, correspondiente con los consejos acordados por un médico o asistente sanitario (45).

**Definición operacional de variable:** Se entiende por adherencia terapéutica y apoyo social en los ancianos con DM tipo 2, con presencia de algunos comportamientos detectados en cuanto a la dimensiones, toma de Medicación e ingesta de alimentos, así como el seguimiento de Auto eficacia y Médico Conductual (45).

### **2.3.2 Variable: Apoyo social**

**Definición conceptual de variable:** Se define al apoyo social a la asistencia ofrecida por un grupo de personas cercanas al paciente en el cual se tiene contacto directo, quienes pueden resultar en comportamientos y emociones positivas (46).

**Definición operacional de variable:** Se entiende por adherencia terapéutica y apoyo social en el anciano con DM tipo 2, a la presencia de algunos comportamientos detectados en cuanto a la dimensiones, Apoyo afectivo, Apoyo instrumental o material, Apoyo emocional, Interacción social positiva (46).

## **2.4 Técnica e instrumento de medición**

La técnica que se utilizará en el presente estudio será la encuesta.

El instrumento para recolectar la información será un cuestionario estructurado a cerca de la adherencia terapéutica y Ayuda social en el adulto mayor con DM tipo 2, perteneciente al club del adulto mayor del hospital de chancay; consta de dos variables: Primero tenemos la escala de adherencia terapéutica, (EAT) (Soria, Vega y Nava, 2009), quien tiene 23 ítems, divididos en las dimensiones que se juntan en tres factores; el control en la toma de

medicamentos e ingesta de alimentos (07 ítems), seguimiento en la conducta del médico (08 ítems), la autoeficacia (07 ítems),. El cual nos permite ver el cumplimiento o no de los consejos médicos. La medida de apoyo social, hecho por Sherbourne y col. (1991). Definido por 20 ítems, divididos en las dimensiones que se agrupan en cuatro factores; apoyo emocional (09 ítems), ayuda instrumental o material (04 ítems), intervención social positiva (04 ítems), apoyo afectivo (04 ítems) (47).

La validez del instrumento se realizará por medio de la apreciación de los jueces de expertos altamente calificados en el tema de estudio, para para a ser las correctivas necesarias según sus calificaciones relevancia de cada uno de los ítems según su claridad, pertinencia y relevancia mediante la prueba binomial ( $p < 0,05$ ).

Para el instrumento la confiabilidad será llevada a cabo en una prueba piloto en una población pequeña con las mismas características del estudio con el fin de calcular prueba de concordancia medida mediante el Alfa de Cronbach (1 a 0,70).

## **2.5 Procedimiento para la recolección de datos.**

Para llevar a cabo el procedimiento para poder recolectar los datos del estudio, luego de ser aprobado el presente proyecto de investigación por la Universidad Norbert Wiener esta realizara un carta de presentación dirigida al director del nosocomio chancayano, seguidamente firmado la autorización de la institución por el director de dicho nosocomio donde se realizara el estudio de la adherencia terapéutica y apoyo social en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, perteneciente al club del adulto mayor del hospital de chancay 2020.

## **2.6 Métodos de análisis estadísticos**

Una vez registrados los datos de cada entrevistado que realizado por la investigador, se emplearan estadísticamente se maltrataran en tablas estadísticas y o gráficos, que se procesaran con apoyo del programa estadístico Microsoft Excel 2019 y el programa SPSS, y se procesara a su posterior análisis e interpretación de acuerdo con la base teórica y antecedentes del estudio para la discusión, conclusiones y recomendaciones; la escala de estanones también se utilizan para determinar los rangos de evaluación para cada variable

indagada.

## **2.7 Aspectivos éticos**

El proyecto será presentado al comité institucional de ética de investigación CIEI-UPNW de la Universidad Peruana Norbert Wiener, siendo revisado por el comité de ética del hospital de chancay; con autorización firmada por el director de la institución de salud y firma del consentimiento informado a quienes participaran en este estudio; también los principios bioéticos de Belmont:

- Principios de autonomía. Se respetará la firma voluntaria de cada participante.
- Principios de beneficencia. Los participantes del estudio serán beneficiados.
- Principios de no maleficencia. El estudio no implica ningún riesgo o daño.
- Principios de justicia. Los participantes serán tratados sin discriminación.

### III. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DEL ESTUDIO

#### 3.1 Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2020																			
	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Identificación del Problema									X	X										
Búsqueda bibliográfica									X	X	X		X	X	X					
Elaboración de la sección introducción: Situación problemática, marco teórico referencial y antecedentes									X	X	X		X	X	X					
Elaboración de la sección introducción: Importancia y justificación de la investigación									X	X	X		X	X	X					
Elaboración de la sección introducción: Objetivos de la de la investigación									X	X	X		X	X	X	X				
Elaboración de la sección material y métodos: Enfoque y diseño de investigación									X	X	X		X	X	X	X				
Elaboración de la sección material y métodos: Población, muestra y muestreo										X	X		X	X	X	X				
Elaboración de la sección material y métodos: Técnicas e instrumentos de recolección de datos												X	X	X	X	X				
Elaboración de la sección material y métodos: Aspectos bioéticos													X	X	X	X				
Elaboración de la sección material y métodos: Métodos de análisis de información														X	X	X				
Elaboración de aspectos administrativos del estudio														X	X	X				
Elaboración de los anexos														X	X	X				
Aprobación del proyecto																X	X	X		
sustentacion de precto.																			X	X

### 3.2 Recursos financieros

(Presupuesto y Recursos Humanos)

MATERIALES	2020				TOTAL
	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOBIEMBRE	S/.
<b>Equipos</b>					
1 laptop	990				990
USB	35				35
<b>Útiles de escritorio</b>					
Lapiceros	4				4
Hojas bond A4	15				15
<b>Material Bibliográfico</b>					
Libros	50	60			110
Fotocopias	30	35		15	80
Impresiones	50	15		35	100
Espiralado	8	12		15	35
<b>Otros</b>					
Movilidad	50	20	20	20	110
Alimentos	50	10			60
Llamadas	50	20	10		80
<b>Recursos Humanos</b>					
Digitadora	90				90
<b>Imprevistos*</b>		100		100	200
<b>TOTAL</b>	1422	272	30	185	1909

## REFERENCIA BIBLIOGRAFIA

1. Ramos W. López T, Revilla L, More L, Huamaní M, Pozo M. Resultados de la vigilancia epidemiológica de Diabetes Mellitus en hospitales notificantes del Perú, 2012, Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014; 31(1):9-15.
2. Atamari N, Martinez F, Paucar L, Morales L, Miranda A, Gamarra M, Factores asociados a las tasas de mortalidad hospitalaria en pacientes diabéticos tipo 2: un estudio analítico transversal en tres hospitales peruanos. Multicenter Study Dec 2017 5;17 (9):e7097.
3. Seclén S. Diabetes mellitus en Peru a donde vamos PERUDIab, Rev Med Hered. 2015; 26:3-4.
4. Alfaro J, Quílez T, Martínez M, Gonzalvo D. Complicaciones agudas de la diabetes mellitus: cetoacidosis diabética y estado hiperglucémico, hiperosmolar. Medicamento. Volumen 11, Número 18, octubre de 2012, páginas 1061-1067.
5. Alfaro J, Quílez T, Martínez M, Gonzalvo D. Complicaciones agudas de la diabetes mellitus: cetoacidosis diabética y estado hiperglucémico, hiperosmolar. Medicamento. Volumen 12, Número 19, octubre de 2013, páginas 1064-1070.
6. Rozman C. Metabolismo y nutrición. En Rozman C. Compendio de medicina interna. 5ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2014. p. 534-572.
7. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes: Resumen de orientación. Ginebra: OMS; 2016. Serie de informes técnicos.
8. Naranjo Hernández Y. La diabetes mellitus: Un reto para la Salud Pública. Rev. Finlay [Internet]. 2016 [acceso 15 de setiembre 2020]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342016000100001&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000100001&lng=es)

9. Revilla L. Situación de la vigilancia de diabetes en el Perú, al I semestre de 2013. 2013; 22(39): 825 – 828. Ministerio de Salud. Lima.
10. Seclen S. Diabetes Mellitus en el Perú: Hacia dónde vamos. Rev Med Hered. 2015; 26(1): 3-4.
11. Vidal P, Figuerola P, Ruiz M, Ruiz M. Diabetes mellitus. En: Farreras V, Rozman C, editores. Endocrinología: Metabolismo y nutrición. 17ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2014.p. 73-105.
12. Guzmán B. Diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus. En: Dorantes C, Martínez S, Guzmán B, editores. Endocrinología clínica. 4ª ed. México: El manual moderno; 2012. p. 429-434.
13. Frías OJ, Pérez GC, Saavedra OD. Diabetes mellitus gestacional: Una aproximación a los conceptos actuales sobre estrategias diagnósticas. Rev Fac Med [Internet]. 2016 [acceso 15 setiembre 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n4/0120-0011-rfmun-64-04-00769.pdf>
14. Villegas P. Diabetes Mellitus. En: Vélez A, Rojas M, Borrero R, et al, editores. Fundamentos de medicina: Endocrinología. 7ª ed. Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2012. p. 361-420.
15. O'Neill R, Murphy R. Lo esencial en Endocrinología. 4ª ed. Barcelona, España: Elsevier España; 2013.
16. American Diabetes Association. Estándares para la atención médica de la diabetes. Diabetes care [Internet]. 2016 [acceso 15 setiembre 2020]. Disponible en: [http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supp1.ement.1.DC1/DC\\_40\\_S1\\_final.pdf](http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supp1.ement.1.DC1/DC_40_S1_final.pdf).

17. American Diabetes Association. Estándares para la atención médica de la diabetes. Diabetes care [Internet]. 2016 [acceso 15 setiembre 2020]. Disponible en: [http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement\\_1.DC1/DC\\_40\\_S1\\_final.pdf](http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement_1.DC1/DC_40_S1_final.pdf)
18. Polonsky K, Burant C. Diabetes mellitus de tipo 2. En: Melmed S, Polonsky K, Larsen P, et al, editors. Williams Tratado de Endocrinología. 13a ed. Barcelona, España: Elsevier; 2017. pp. 1386-1450.
19. Reyes S, Pérez Á, Figueredo E, Ramírez E, Jiménez R. Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. ccm [Internet]. 2016 [acceso 15 setiembre 2020]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812016000100009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100009&lng=es).
20. Powers A. Diabetes mellitus. En: Barnes P, Longo D, Fauci A, et al, editors. Harrison principios de medicina interna. Vol 2. 18a ed. México: McGraw-Hill; 2012. p. 2968-3003.
21. Márquez A, Ramón S, Márquez T. El ejercicio en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Rev. argent. endocrinol. metab. [Internet]. 2012 [acceso 15 setiembre 2020]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-30342012000400006&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-30342012000400006&lng=es).
22. Masharani M, German M. Hormonas pancreáticas y diabetes mellitus. En: Gardner DG, Shoback D, editores. Greenspan Endocrinología básica y clínica. 9ª ed. México: McGraw-Hill; 2012. p. 573-656.
23. Portillo R, Portillo R, Rodrigo R. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. Vol 1. 1ª ed. Barcelona, España: MacMillan; 2012.
24. Bertoldo P, Ascar G, Campana Y, Martin T, Moretti M, Tiscornia L. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. Rev Cubana Farm [Internet]. 2013 [acceso 15 setiembre 2020]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-)

[75152013000400006&lng=es.](http://www.scielo.org/75152013000400006&lng=es)

25. Ginarte A. La adherencia terapéutica. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2002[15 setiembre 2020]. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252001000500016&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500016&lng=es)

26. Gomes V, Almeida P, Pace A. Adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus: Validación de instrumentos para antidiabéticos orales y insulina. Rev Latino-am enferm [Internet]. 2014 [acceso 17 setiembre 2020]. Disponible en:

[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/es\\_0104-1169-rlae-22-01-00011.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/es_0104-1169-rlae-22-01-00011.pdf)

27. Diaz Porto RM. La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. Rev Griot [Internet]. 2014[acceso 17 setiembre 2020]. Disponible en:

<http://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1554>

28. Terechenko L, Baute G, Zamonsky A. Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnostico de Diabetes Mellitus tipo 2. Biomedicina [Internet]. 2015 [acceso 17 setiembre 2020]. Disponible en: <http://www.um.edu.uy/docs/diabetes.pdf>

29. Granados E, Escalante E. Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. Liberabit. Rev de Psicol [Internet]. 2010 [acceso 17 setiembre 2020]. Disponible en: [http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68617161009.](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68617161009)

30. López R, Romero G, Parra D, Rojas S. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. Hacia promoció salud [Internet]. 2016 [acceso 17 setiembre 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a10.pdf>

31. Cuadra P, Medina E, Salazar K, Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. Límite [Internet]. 2016 [acceso 17 setiembre 2020]. Disponible en: [http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83646545005.](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83646545005)

32. Schneider HJ, Pizzinato A, Calderón UM. Mujeres con cáncer de mama: apoyo

social y autocuidado percibido. Rev de Psic. 2015; 33(2) pp. 439-467.

33. Vega O, González D. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Enferm. glob. [Internet]. 2009 [acceso 17 setiembre 2020]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S169561412009000200021&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412009000200021&lng=es).

34. Ponce J, Velázquez S, Márquez C, López R, Bellido M. Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. Index Enferm [Internet]. 2009 [acceso 20 setiembre 2020]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000400002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400002&lng=es).

35. Gomez GM, Lagoueyte GM. El apoyo social: Estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. Av enferm. 2012; 30(1): pp. 32-41.

36. Castro R, Campero L, Hernández B. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. Rev. Saúde Pública [Internet]. 1997 [acceso 20 setiembre 2020]. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101997000400012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000400012&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S003489101997000400012>.

37. Portillo R, Portillo R, Rodrigo R. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. Vol 1. 1ª ed. Barcelona, España: MacMillan; 2012.

38. Granados E, Escalante E. Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. Liberabit. Rev de Psicol [Internet]. 2010 [acceso 20 setiembre 2020]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68617161009>.

39. Nadia S, Sada A, Naresh K, Waqar A, Faiza S, No adherencia al fármaco en la diabetes mellitus tipo 2; Predictores y asociaciones. revista en internet J Ayub Med Coll Abbottabad [Internet]. 2016 [acceso 20 setiembre 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28718543/>

40. Inguil C, López M. Nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2015. [Tesis]. 2015 [acceso 20 setiembre 2020]. <http://200.62.226.186/handle/upaorep/1671>
41. Alarcón M, Hernández L, Argüelles N, Campos U. Apoyo social y su asociación con el autocuidado de la dieta en personas con diabetes. Liberabit. Rev de Psicol [Internet]. 2017 [acceso 20 setiembre 2020]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68651823009>.
42. Mercado RL. Relación médico-paciente y su influencia en la adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Hospital Regional Honorio Delgado, 2014. [Tesis]. 2015 [acceso 20 setiembre 2020]. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/LA-RELACI%C3%93N-M%C3%89DICO-PACIENTE-Y-SU-INFLUENCIA-EN-LA-KochMontero/5cd5788f2ac7f8a164a9838da849b82302f13acb?p2df>
43. Carpio RF, Vásquez SJ. Relación entre el apoyo social y la calidad de vida en pacientes del club de diabetes, Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014. [Tesis]. 2015 [acceso 20 setiembre 2020]. disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/2284>
44. Seclen S. Diabetes Mellitus en el Perú: Hacia dónde vamos. Rev Med Hered. 2015; 26(1): 3-4.
45. Vidal P, Figuerola P, Ruiz M, Ruiz M. Diabetes mellitus. En: Farreras V, Rozman C, editores. Endocrinología: Metabolismo y nutrición. 17ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2014.p. 73-105.
46. Ponce J, Velázquez S, Márquez C, López R, Bellido M. Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. Index Enferm [Internet]. 2009 [acceso 20 setiembre 2020]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000400002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400002&lng=es).

47. Soria T; Vega V, Cynthia Z e Nava Q, **Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos**. Altern. psicol. [acceso 21 setiembre 2020]. 2009, vol.14, n.20, pp. 89-103. ISSN 1405-339X.

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1405-339X2009000100008&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1405-339X2009000100008&script=sci_abstract&tlng=es).

# **ANEXO**

### Anexo A. Operacionalización de la variable o variables

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE								
TÍTULO: Análisis de las competencias y aptitudes de los estudiantes de la carrera de Ingeniería de Sistemas de la Universidad de Cuenca, 2019								
Variable	Tipo de variable: Según su naturaleza y escala de medición	Definición conceptual	Definición operativa	Indicadores	Medidas	Unidad de medida	Valor máximo	Código de la variable
[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]
				[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]



## Anexo B. instrumento para la recolección de datos

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: CARACTERÍSTICAS GENERALES

**Edad:** \_\_ años

**Sexo:**

Masculino

Femenino

**Estado Civil:**  Soltero  
 Casado  
 Viudo  
 Conviviente  
 Divorciado

**Grado de Instrucción:**  Primaria  
 Secundaria  
 Superior Técnica  
 Superior universitaria  
 Analfabeto

**Convivencia:**  Solo  
 Con familia  
 Otra, especifique: \_\_\_\_\_

**Tiempo de enfermedad:** años

**Tipo de tratamiento:**  Higienico-dietético (dieta, ejercicios)  
 Antidiabeticos orales (glibenclamida, metformina)  
 Insulina  
 Otro:

**DATOS ESPECÍFICOS:**

**ESCALA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA (EAT)**

Marque la alternativa que refleja mejor su conducta ante la enfermedad.

Instrucciones: Marque la conducta de preferencia y frecuencia					
	Nunca	Rara	Frecuente	Muy	Nunca
	1	2	3	4	5
1. Cuando me siento mal de mañana me levanto.					
2. Cuando me siento mal me levanto a las 7 de la mañana.					
3. Cuando me siento mal me levanto a las 8 de la mañana.					
4. Cuando me siento mal me levanto a las 9 de la mañana.					
5. Cuando me siento mal me levanto a las 10 de la mañana.					
6. Cuando me siento mal me levanto a las 11 de la mañana.					
7. Cuando me siento mal me levanto a las 12 de la mañana.					
8. Cuando me siento mal me levanto a las 1 de la tarde.					
9. Cuando me siento mal me levanto a las 2 de la tarde.					
10. Cuando me siento mal me levanto a las 3 de la tarde.					
11. Cuando me siento mal me levanto a las 4 de la tarde.					
12. Cuando me siento mal me levanto a las 5 de la tarde.					
13. Cuando me siento mal me levanto a las 6 de la tarde.					
14. Cuando me siento mal me levanto a las 7 de la tarde.					
15. Cuando me siento mal me levanto a las 8 de la tarde.					
16. Cuando me siento mal me levanto a las 9 de la tarde.					
17. Cuando me siento mal me levanto a las 10 de la tarde.					
18. Cuando me siento mal me levanto a las 11 de la tarde.					
19. Cuando me siento mal me levanto a las 12 de la noche.					
20. Cuando me siento mal me levanto a las 1 de la mañana.					

13. Como va la relación de alcohol, los hábitos de beber, otros peligrosos, etc. (de 0 a 100 años de edad)	13 años				
14. Hay reglas estrictas que cumplir, especialmente en el caso de alcohol.	14 años				

**VERBA FACTOR**

[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]
[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]
[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]
[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]
[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]
[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]
[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]	[Illegible]

**ESCALA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA**

BUENA ADHERENCIA TERAPÉUTICA: De 17 a 29 puntos.

REGULAR ADHERENCIA TERAPÉUTICA: De 9 a 16 puntos.

BUENA ADHERENCIA TERAPÉUTICA: De 17 a 29 puntos.

## CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL DE MOS

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

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

Existen al menos dos amigos íntimos o familiares cercanos

¿Algunos de sus amigos íntimos o familiares cercanos, voluntariamente, le ayudan en lo que usted necesita, presta su tiempo o ayuda de alguna manera? ¿En qué forma? ¿Cómo se relaciona con ellos? ¿Qué apoyo social recibe? ¿Qué apoyo social necesita?

¿Algunos de sus amigos íntimos o familiares cercanos, voluntariamente, le ayudan en lo que usted necesita, presta su tiempo o ayuda de alguna manera?

PREGUNTAS:	Nunca #	Poco #	Algunas #	La Mayor #	Siempre #
<b>APOYO EMOCIONAL Y AFECTIVO SOCIAL</b>					
1. Alguien que le ayude cuando usted se siente triste o preocupado.	1	2	3	4	5
2. Alguien que le ayude cuando usted se siente solo o aislado.	1	2	3	4	5
3. Alguien que le ayude cuando usted se siente ansioso o nervioso.	1	2	3	4	5
4. Alguien que le ayude cuando usted se siente frustrado o desanimado.	1	2	3	4	5
5. Alguien que le ayude cuando usted se siente confundido o perdido.	1	2	3	4	5
6. Alguien que le ayude cuando usted se siente abrumado o sobrecargado.	1	2	3	4	5
7. Alguien que le ayude cuando usted se siente inseguro o insegura.	1	2	3	4	5
<b>APOYO SOCIAL Y EMOCIONAL</b>					
8. Alguien que le ayude cuando usted se siente triste o preocupado.	1	2	3	4	5
9. Alguien que le ayude cuando usted se siente solo o aislado.	1	2	3	4	5

lo necesita.					
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	1	2	3	4	5
13. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo(a)	1	2	3	4	5
<b>INTERACCION SOCIAL POSITIVA</b>					
14. Alguien con quién pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
15. Alguien con quién pueda relajarse.	1	2	3	4	5
16. Alguien con quién divertirse.	1	2	3	4	5
17. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
<b>APOYO AFECTIVO</b>					
18. Alguien que le abrace.	1	2	3	4	5
19. Alguien que le muestre amor y afecto.	1	2	3	4	5
20. Alguien a quién amar y hacerlo sentirse querido.	1	2	3	4	5

**NIVEL DE APOYO SOCIAL:**

**APOYO SOCIAL ALTO:** De 16 a 20puntos.

**APOYO SOCIAL MEDIO:** De 09 a 15puntos.

**APOYO SOCIAL BAJO:** De 0 a 8 punto

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA**

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

**Título del proyecto:** “Adherencia terapéutica y apoyo social en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, perteneciente al club del adulto mayor del hospital de chancay 2020”.

**Nombre del investigador principal:**  
ABANTO SANCHEZ, JUAN CARLOS

**Propósito del estudio:** Determinar cuál es la adherencia terapéutica y apoyo social en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, perteneciente al club del adulto mayor del hospital de chancay.

**Beneficios por participar:** Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

**Inconvenientes y riesgos:** Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

**Costo por participar:** Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

**Confidencialidad:** La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

**Renuncia:** Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

**Consultas posteriores:** Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a ....., coordinadora de equipo.

**Contacto con el Comité de Ética:** Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al....., Presidente del Comité de Ética de la ....., ubicada en la 4, correo electrónico: .....

### **Participación voluntaria:**

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

### **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
Nº de DNI:	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	Firma
Nº de DNI	
Nº teléfono móvil	
Nombre y apellidos del responsable de encuestadores	Firma
Nº de DNI	
Nº teléfono	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

Lima, .... De..... De 2020

**\*Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

.....  
Firma del participante