



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA HUMANA

Tesis

Asociación entre la adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en un hospital de tercer nivel Lima–2025

Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Presentado por

Autora: López Ramirez, Ruth Sharon Luisa


Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7713-7038>

Asesor: Dr. Amaranto Cortez, Carlos Rafael

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-2331-5015>

Lima- Perú

2026

	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01
		FECHA: 08/11/2022

Yo, Ruth Sharom Luisa Lopez Ramirez egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Programa Académico de **Medicina Humana** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación.

“Asociación entre la adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en un hospital de tercer nivel Lima–2025.”
 Asesorado por el docente: Amaranto Cortez Carlos Rafael DNI: 32941716 ORCID tiene un índice de similitud de **19 (diecinueve) %** con código OID: 14912:569713207 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor 1
 Ruth Sharom Luisa Lopez Ramirez
 DNI: 73749884

.....
 Firma de autor 2
 Nombres y apellidos del Egresado
 DNI:



.....
 Firma
 Carlos Rafael Amaranto Cortez
 DNI: 32941716

Lima, 21de Marzo de 2026

Dedicatoria

Dedico este logro, en primer lugar, a mis padres, Luisa y Manuel, quienes nunca permitieron que me rindiera y me impulsaron a seguir adelante en cualquier circunstancia.

A mi hermano, Gerson, por estar presente en cada paso de este camino y brindarme su apoyo incondicional en todo momento. Y a mi querido compañero fiel, mi perrito Legolas, quien nunca me dejó sola durante las largas madrugadas de estudio previas a cada examen, acompañándome silenciosamente en cada esfuerzo

Agradecimientos

En primer lugar, agradezco a Dios por guiar cada paso que doy y por brindarme la fortaleza necesaria para culminar esta etapa tan importante de mi vida. A mis padres, por su apoyo incondicional, por ser mi pilar fundamental y por acompañarme con amor, paciencia y confianza a lo largo de este proceso. A mi hermano, quien, a pesar de no compartir mi misma profesión, siempre estuvo dispuesto a escucharme, comprenderme y brindarme palabras de aliento en los momentos más significativos. A mis tías, Lucy y Cleo, por formar parte esencial de este camino, por su constante apoyo y por creer en mí en cada etapa de mi formación. Finalmente, a mis amigos, quienes me enseñaron que la verdadera amistad trasciende fronteras y distancias, y que el apoyo sincero puede mantenerse firme incluso a través de cualquier continente.

ÍNDICE

Dedicatoria.....	i
Agradecimientos.....	ii
Índice de tablas.....	v
Índice de gráficos.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	6
1.2.1. Problema general.....	6
1.2.2. Problemas específicos.....	6
1.3. Objetivos de la investigación.....	7
1.3.1. Objetivo general.....	7
1.3.2. Objetivos específicos.....	7
1.4. Justificación de la investigación.....	8
1.4.1. Teórica.....	8
1.4.2. Metodológica.....	9
1.4.3. Práctica.....	10
1.5. Delimitaciones de la investigación.....	11
1.5.1. Temporal.....	11
1.5.2. Espacial.....	11
1.5.3. Recursos.....	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	12
2.1. Antecedentes de la investigación.....	12
2.2. Bases teóricas.....	17
2.3. Formulación de la hipótesis.....	23
2.3.1. Hipótesis general.....	23
2.3.2. Hipótesis específicas.....	23
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	25

3.1.	Método de investigación.....	25
3.2.	Enfoque de investigación.....	25
3.3.	Tipo de investigación	25
3.4.	Diseño de la investigación.....	26
3.5.	Población, muestra y muestreo.....	26
3.5.1.	Población	26
3.5.2.	Muestra y muestreo	26
3.6.	VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN.....	27
3.7.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	32
3.8.	Plan de procesamiento y análisis de datos.....	34
3.9.	Aspectos éticos	34
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS		36
4.1.	Análisis de los resultados	36
4.2.	Discusión de resultados	46
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		52
5.1.	Conclusiones	52
5.2.	Recomendaciones	53
CAPÍTULO V: REFERENCIAS		54
ANEXOS		62

Índice de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025.	36
Tabla 2. Nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025.	37
Tabla 3. Nivel de calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025.	38
Tabla 4. Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov.....	39
Tabla 5. Asociación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025.....	40
Tabla 6. Asociación de la adherencia al tratamiento y la energía y movilidad en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025.....	41
Tabla 7. Asociación de la adherencia al tratamiento y el control de la diabetes, en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025.....	42
Tabla 8. Asociación de la adherencia al tratamiento y la ansiedad y preocupación en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025.....	43
Tabla 9. Asociación de la adherencia al tratamiento y la carga social en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025.....	44
Tabla 10. Asociación de la adherencia al tratamiento y el funcionamiento sexual, en pacientes con diagnóstico de diabetes atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima -2025.	45

Índice de gráficos

Figura 1. Nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025.	37
Figura 2. Nivel de calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025.	38

Resumen

La diabetes mellitus fue una enfermedad crónica frecuente que afectó de manera importante la calidad de vida de quienes la padecieron, siendo la adherencia terapéutica un componente clave para su adecuado control y para la prevención de complicaciones. En ese marco, el objetivo planteado es evaluar la asociación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en consulta externa de un hospital de tercer nivel de Lima - 2025. Enfoque cuantitativo, diseño no experimental, tipo correlacional concorte transversal, en 140 pacientes. Con respecto a los test se usó Morisky-Green, destinado para la adherencia al tratamiento, y Diabetes-39, destinado a evaluar calidad de vida en sus distintas dimensiones. El análisis estadístico se efectuó mediante el coeficiente Rho de Spearman. Los resultados mostraron una correlación positiva, significativa y de magnitud moderada entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida global ($Rho = 0,386$; $p < 0,01$). Asimismo, encuentro asociaciones positivas y significativas entre la adherencia terapéutica y las dimensiones del cuestionario Diabetes-39. Se concluyó que una mayor adherencia al tratamiento se asoció a mejores niveles de calidad de vida en personas con DM.

Palabras clave: Diabetes mellitus; adherencia al tratamiento; calidad de vida; atención hospitalaria; salud y bienestar (ODS 3).

Abstract

Diabetes mellitus was a common chronic disease that substantially affected patients' quality of life, with therapeutic adherence being a key component for adequate disease control and the prevention of complications. In this context, the aim of the present study was to determine the association between treatment adherence and quality of life in patients diagnosed with diabetes mellitus attending in outpatient clinic of a tertiary-level hospital in Lima - 2025. A quantitative, non-experimental, correlational, and cross-sectional study was conducted in a sample of 140 patients. Data were collected using the Morisky-Green test to assess treatment adherence and the Diabetes-39 questionnaire to measure quality of life across its different dimensions. Statistical analysis was performed using Spearman's rho coefficient. The results showed a positive, statistically significant, and moderate correlation between treatment adherence and overall quality of life ($Rho = 0.386$; $p < 0.01$). In addition, positive and significant associations were found between therapeutic adherence and the the Diabetes-39 questionnaire. It was concluded that higher treatment adherence was associated with better quality of life among patients with DM.

Keywords: Diabetes mellitus; treatment adherence; quality of life; hospital care; health and well-being (SDG 3).

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1.Planteamiento del problema

Diabetes mellitus (DM) patología crónica no contagiosa, considerada una de las principales causas de enfermedad y muerte a nivel mundial. debido a su elevada frecuencia, su curso progresivo y la amplia variedad de complicaciones que generó cuando no fue controlada oportunamente. A pesar de los avances en el diagnóstico, el tratamiento farmacológico, la educación en salud y las estrategias orientadas a prevenir sus desenlaces adversos, el control adecuado de esta enfermedad continuó representando un importante desafío para los sistemas sanitarios. Esta situación se debió no solo a la complejidad clínica de la DM, sino también a la influencia de factores sociales, económicos, conductuales y estructurales que dificultaron el acceso oportuno a la atención, el seguimiento continuo y la adherencia al tratamiento. Por ello, en la actualidad, la diabetes mellitus se mantuvo como un problema prioritario de salud pública, con repercusiones significativas en la calidad de vida de las personas, en la carga de enfermedad y en los costos de atención a nivel local, nacional y global (1).

Según la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia de la diabetes mellitus se cuadruplicó en los últimos 30 años, hasta alcanzar a más de 830 millones de personas afectadas en todo el mundo, con una mayor concentración en países de ingresos bajos y medianos, donde las brechas en prevención, diagnóstico y tratamiento suelen ser más marcadas (2). En la región de las Américas, la DM se posicionó como la sexta causa de mortalidad y la segunda causa de limitación funcional, lo que evidenció su profundo impacto no solo sobre la supervivencia, sino también sobre la capacidad de las personas para desenvolverse en su vida cotidiana. Además, se estimó que aproximadamente 62 millones de personas vivían con esta enfermedad en la región, y que dicha cifra podría incrementarse

hasta alcanzar los 109 millones para el año 2040, lo que reflejó una tendencia creciente y preocupante para la salud pública regional (3).

En Latinoamérica, la atención brindada a los pacientes con diabetes mellitus presentó una marcada variabilidad, con coberturas que oscilaron entre el 45% y el 97%, lo que evidenció importantes diferencias en el acceso, la continuidad y La calidad de la atención en salud en diversos países. y sistemas sanitarios de la región. Sin embargo, más allá de la atención recibida, solo dos de cada cinco pacientes lograron un control glucémico adecuado, lo que reflejó que una proporción considerable de personas continuó expuesta a un mayor riesgo de complicaciones agudas y crónicas derivadas del mal control de la enfermedad (4). Esta situación se encontró relacionada con múltiples factores, entre ellos las diferencias en el régimen terapéutico indicado, la complejidad del tratamiento, la disponibilidad de medicamentos, el seguimiento clínico y, especialmente, el grado de adherencia del paciente a las indicaciones prescritas. En ese sentido, se ha señalado que el cumplimiento de un tratamiento específico y sostenido en el tiempo favoreció la obtención de resultados clínicos más favorables, contribuyendo al control metabólico, a la reducción de complicaciones y a una mejor evolución de la enfermedad (5,6).

En Perú, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar reportó que aproximadamente un millón trescientos mil de habitantes que superan los 15 años padecieron diabetes mellitus, lo que confirmó la magnitud de esta enfermedad dentro del perfil epidemiológico nacional. Asimismo, se observó una distribución desigual de la prevalencia según región geográfica, siendo la Costa la zona con mayor proporción de casos, con un 6.8%, seguida por la Selva con 4.1% y la Sierra con 3.0% (7). Estas diferencias podrían estar vinculadas con variaciones en los estilos de vida, los patrones de alimentación, el grado de urbanización, la actividad física y el acceso a los servicios de salud. Esta realidad constituyó un problema importante

de salud pública, debido a que la diabetes mellitus generó elevados costos per cápita para el sistema sanitario, incrementó las tasas de hospitalización y favoreció la aparición de complicaciones que, a largo plazo, ocasionaron limitaciones significativas en la funcionalidad, autonomía y calidad de vida del paciente (8).

La adherencia al tratamiento constituyó la base para la mejora del estado de salud, especialmente en el caso de las enfermedades crónicas, las cuales pudieron ser controladas y tratadas de manera continua, aunque no curadas de forma definitiva. En este tipo de patologías, el cumplimiento terapéutico adquirió especial importancia, ya que permitió reducir el riesgo de descompensaciones, retrasar la progresión de la enfermedad y favorecer un mejor pronóstico clínico. Por el contrario, la ausencia de un control adecuado favoreció la aparición de complicaciones que afectaron de manera significativa la calidad de vida del paciente, comprometiendo su bienestar físico, emocional y social (9). Se ha reportado que una proporción importante de pacientes con diabetes no cumplió adecuadamente con su tratamiento, y que esta falta de adherencia, junto con una mayor duración de la enfermedad, se asoció con la aparición de complicaciones propias de la diabetes mellitus, lo que incrementó la carga clínica y funcional de quienes convivieron con esta patología (10).

La adherencia terapéutica se consideró un pilar fundamental para la continuidad del tratamiento, ya que no solo implicó la ingesta correcta de los medicamentos prescritos, sino también la adopción de cambios sostenidos en los hábitos y estilos de vida, con una participación activa, responsable y permanente del paciente en el cuidado de su salud (11,12). Diversos estudios identificaron altas tasas de no adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes, con valores que oscilaron entre 71% y 87%, lo que evidenció la magnitud de este problema en el contexto del manejo integral de la enfermedad (13–15). Asimismo, se evidenció que la baja adherencia terapéutica tuvo un impacto negativo sobre la calidad de

vida de los pacientes, al afectar su control metabólico, su estabilidad clínica y su bienestar general (16).

La diabetes mellitus, al constituir una enfermedad crónica de carácter multisistémico, generó un impacto profundo y sostenido no solo en la salud del paciente, sino también en su entorno familiar y comunitario. Su evolución prolongada, la necesidad de cuidados permanentes y las exigencias terapéuticas diarias hicieron que esta patología trascendiera el ámbito estrictamente clínico y afectara múltiples dimensiones de la vida cotidiana. En muchos casos, la falta de un tratamiento oportuno y de un seguimiento adecuado pudo desencadenar complicaciones agudas y crónicas, tales como cetoacidosis, retinopatía, nefropatía y enfermedades cardiovasculares, las cuales no solo comprometieron el estado físico y funcional del paciente, sino que también deterioraron de manera importante su autonomía, su capacidad para desempeñar actividades habituales y su percepción de bienestar. Estas consecuencias repercutieron de forma significativa en la calidad de vida del paciente y generaron además una carga emocional, social y económica considerable en su núcleo familiar, que con frecuencia debió asumir responsabilidades adicionales de cuidado y acompañamiento (17).

Por ello, la calidad de vida en individuos diabéticos se ve afectada, teniendo en consideración a esta patología como alteración en equilibrio de la dinámica familiar, modificación de los roles dentro del hogar y condicionar la percepción del paciente respecto a su bienestar físico, emocional y social. Analizar esta variable permitió comprender con mayor amplitud cómo la enfermedad fue experimentada por quienes la padecieron, más allá del control clínico o metabólico, incorporando también la forma en que afectó su vida diaria, sus relaciones interpersonales, su estabilidad emocional y su adaptación a las demandas permanentes del tratamiento (18).

Un estudio realizado en Tailandia evidenció un panorama preocupante respecto a la calidad de vida de quienes padecen diabetes, al señalar que más del 45% de los pacientes presentaba niveles de calidad de vida ubicados entre deficientes y moderados, lo que reflejó un impacto importante de la enfermedad en su bienestar general. Asimismo, dicho estudio mostró que más del 90% de los participantes reportó una calidad de vida insatisfactoria en la dimensión física, lo que sugirió limitaciones relevantes en aspectos como la energía, la movilidad, la capacidad funcional y el desempeño de las actividades cotidianas. Del mismo modo, más del 50% presentó afectación en el ámbito mental, evidenciando que la diabetes no solo repercutió en el estado físico, sino también en la estabilidad emocional, el afrontamiento de la enfermedad y la percepción subjetiva de salud (19). De manera similar, una investigación realizada en España reportó que las mujeres percibían en mayor proporción una calidad de vida negativa, asociada a menor satisfacción con el tratamiento, dificultades para adaptarse a las actividades cotidianas y una elevada carga mental relacionada con la enfermedad (20).

En el contexto peruano, la calidad de vida en personas que padecen diabetes se halló influenciada no solo por factores clínicos y terapéuticos, sino también por elementos culturales, sociales y familiares que condicionaron la forma en que cada persona interpretó, asumió y enfrentó su enfermedad. La percepción del padecimiento varió según las costumbres, creencias, prácticas de autocuidado y nivel de apoyo del entorno, lo que hizo que la experiencia de vivir con diabetes no fuera homogénea entre los pacientes. En ese sentido, se ha reportado que aproximadamente un tercio de las personas mostro una calidad de vida de mala a regular, lo que indicó la existencia de un grupo importante con afectación significativa en su bienestar integral. Sin embargo, también se observó que un porcentaje mayoritario refirió una buena calidad de vida, lo que podría estar relacionado con mejores

estrategias de adaptación, mayor acceso a atención de salud, adecuado control terapéutico o redes de apoyo más favorables (21).

El Hospital Santa Rosa constituyó un establecimiento de salud de nivel III que recibió una alta afluencia de pacientes en sus distintos consultorios externos y servicios de hospitalización, especialmente de personas con enfermedades crónicas que requirieron seguimiento continuo y manejo especializado. Al tratarse de una institución de referencia dentro del sistema de salud, enfrentó diversos desafíos asistenciales, institucionales y sociales vinculados con la demanda creciente, la complejidad de los casos atendidos y las condiciones particulares de su población usuaria. Las características sociodemográficas de los pacientes atendidos, acordes con la población cubierta por el Ministerio de Salud, convirtieron a este hospital en un punto de concentración de personas con diabetes mellitus provenientes de distintos contextos y con diferentes grados de evolución de la enfermedad. En este escenario, se observó una elevada concurrencia de usuarios que presentaron desde formas relativamente controladas hasta cuadros con complicaciones y mayor deterioro funcional. Por ello, resultó fundamental conocer con mayor profundidad la realidad de estos pacientes en relación con la adherencia al tratamiento y su calidad de vida, ya que ambos aspectos constituyeron componentes esenciales para comprender la efectividad del manejo integral y la experiencia de vivir con esta enfermedad crónica dentro del contexto hospitalario estudiado (22).

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

- ¿Cuál es la asociación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus en un hospital de tercer nivel de Lima - 2025?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la asociación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida: en su dimensión energía-movilidad en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en un hospital de tercer nivel Lima–2025?
- ¿Cuál es la asociación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida, en su dimensión control de la diabetes, en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en un hospital de tercer nivel Lima–2025?
- ¿Cuál es la asociación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en su dimensión ansiedad-preocupación, en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en un hospital de tercer nivel Lima–2025?
- ¿Cuál es la asociación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida, en su dimensión carga social, en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en un hospital de tercer nivel Lima–2025?
- ¿Cuál es la asociación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida, en su dimensión funcionamiento sexual, en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en un hospital de tercer nivel Lima–2025?

1.3.Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la asociación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar la asociación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida, en su dimensión energía-movilidad en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025.
- Determinar la asociación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en su dimensión control de la diabetes, en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025.
- Identificar la asociación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en su dimensión ansiedad-preocupación, en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025.
- Determinar la asociación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en su dimensión carga social, en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025
- Determinar la asociación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida, en su dimensión funcionamiento sexual, en pacientes con diagnóstico de diabetes en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima -2025.

1.4.Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

La investigación tuvo relevancia teórica porque contribuyó al fortalecimiento del marco conceptual relacionado con la adherencia al tratamiento y su asociación con calidad de vida en personas diabeticas. Este tema resultó de especial importancia dentro del estudio de las enfermedades crónicas, debido a que la diabetes mellitus no solo afectó el control metabólico del paciente, sino también diversas dimensiones de su bienestar físico, emocional,

social y funcional. En ese sentido, el estudio permitió profundizar en la comprensión de cómo el nivel de cumplimiento terapéutico se relacionó con la percepción de salud y con las condiciones de vida de los pacientes en su experiencia cotidiana con la enfermedad.

Asimismo, la investigación aportó evidencia desarrollada en un contexto hospitalario de alta complejidad, lo cual fue relevante porque permitió analizar esta asociación en una población atendida en un establecimiento de tercer nivel, donde usualmente se concentraron pacientes con mayor tiempo de enfermedad, presencia de comorbilidades y riesgo de complicaciones. De igual manera, los hallazgos obtenidos hicieron posible contrastar los resultados reportados en investigaciones nacionales e internacionales con la realidad observada en el hospital de estudio, ampliando así la comprensión teórica del impacto multidimensional que tuvo la adherencia terapéutica sobre la calidad de vida en personas que padecen diabetes.

1.4.2. Metodológica

Desde el punto de vista metodológico, la investigación tuvo importancia porque desarrolló un análisis ordenado, sistemático y técnicamente sustentado sobre la asociación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en diabéticos. Para ello, se emplearon cuestionarios validados que permitieron medir ambas variables con un nivel adecuado de confiabilidad, precisión y consistencia. Esta rigurosidad metodológica favoreció la obtención de información objetiva y útil, lo que facilitó una evaluación más clara del fenómeno estudiado dentro del contexto hospitalario.

En particular, la aplicación del cuestionario Diabetes-39 permitió valorar de manera integral distintas dimensiones de la calidad de vida afectadas por la enfermedad. De forma complementaria, el instrumento utilizado para medir la adherencia terapéutica permitió identificar el grado de cumplimiento del tratamiento indicado, considerando conductas

vinculadas con la toma de medicamentos, el seguimiento de recomendaciones médicas y el compromiso del paciente con su autocuidado. En conjunto, el uso de estas herramientas fortaleció la validez del estudio, mejoró la calidad del proceso de recolección de datos y proporcionó una base metodológica sólida para futuras investigaciones relacionadas con pacientes con enfermedades crónicas en contextos asistenciales parecidos.

1.4.3. Práctica

Desde esta perspectiva, los resultados permitieron identificar áreas críticas relacionadas con adherencia al tratamiento que influyeron en calidad de vida de los pacientes que pdecen diabetes. Esta información resultó útil para el personal de salud, debido a que permitió reconocer necesidades específicas de los pacientes y comprender con mayor claridad los factores que afectaron su cumplimiento terapéutico y su bienestar integral. En consecuencia, los hallazgos constituyeron un aporte importante para orientar acciones dirigidas no solo al control clínico de la enfermedad, sino también al mejoramiento de la experiencia de vida del paciente diabético.

Asimismo, los resultados sirvieron como insumo para fortalecer estrategias de educación en salud, seguimiento continuo, consejería y acompañamiento terapéutico, especialmente en aquellos pacientes que presentaron mayores dificultades para adherirse al tratamiento indicado. Del mismo modo, la información obtenida pudo ser considerada en la toma de decisiones institucionales orientadas a fortalecer la atención integral de los pacientes que padecen diabetes mellitus dentro del hospital de estudio. Por ello, la investigación no solo tuvo utilidad en el plano académico, sino también en el ámbito asistencial, al generar evidencia aplicable para mejorar la calidad de la atención, promover el autocuidado y contribuir al bienestar general de esta población.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

La investigación se desarrolló durante el año 2025. Este periodo temporal correspondió a la etapa en la que se ejecutaron las actividades de planificación, recolección de datos, procesamiento de la información y análisis de los resultados. Asimismo, la delimitación temporal permitió circunscribir el estudio a una realidad concreta y específica, considerando únicamente la información obtenida dentro de ese intervalo, lo que facilitó una evaluación ordenada y contextualizada de la asociación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus.

1.5.2. Espacial

El estudio se llevó a cabo en un hospital de tercer nivel ubicado en Lima. Esta delimitación espacial permitió centrar la investigación en un establecimiento de salud de alta complejidad, caracterizado por brindar atención especializada a pacientes con diversas patologías crónicas, entre ellas la diabetes mellitus. Del mismo modo, el escenario seleccionado resultó pertinente debido a la alta demanda asistencial y a la concentración de pacientes que acudieron a consulta externa para su evaluación, control y seguimiento terapéutico, lo que proporcionó un contexto adecuado para el desarrollo del estudio.

1.5.3. Recursos

La investigación se delimitó en función de los recursos humanos y de acceso disponibles, considerando exclusivamente a pacientes que padecen de diabetes mellitus que se atienden en consulta externa. En ese sentido, la población de estudio estuvo conformada por usuarios que acudieron al hospital en el tiempo establecido cumpliendo con los criterios de inclusión definidos por la investigación. Esta delimitación permitió focalizar el análisis en una

población específica, accesible y pertinente para el cumplimiento de los objetivos planteados, optimizando así la viabilidad operativa y metodológica del estudio.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Miranda et al. en 2023 realizaron un trabajo en Ecuador con el objetivo de determinar la adherencia a la terapéutica e personas atendidas en un centro de salud. La investigación presentó un diseño prospectivo, transversal, observacional y descriptivo, e incluyó una muestra de 52 pacientes. Como instrumento se utilizó un cuestionario estructurado en tres secciones: datos sociodemográficos, el test de Morisky-Green para evaluar la adherencia al tratamiento y los factores que interfieren en la misma. Se mostro en los resultados 56.25% de los pacientes no presentó adherencia terapéutica; además, el sexo femenino evidenció menor adherencia (31.25%) en comparación con el sexo masculino (25.0%). Entre los factores sociodemográficos, el apoyo familiar fue el más relevante para una adecuada

adherencia, con un 84.38%. Los autores recomiendan implementar estrategias orientadas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (23).

Ekemberg et al. en 2023 realizaron un trabajo en Suecia con la finalidad de identificar el inicio y la continuidad del tratamiento antidiabético en pacientes que recibían su primera prescripción, en asociación con las características sociodemográficas. Se trató de un estudio de cohorte que incluyó 8 515 participantes, con un seguimiento desde 2012 hasta 2019. Para el análisis de la información se emplearon modelos de regresión logística. Los resultados evidenciaron que los mayores problemas para iniciar el tratamiento al día 30 se presentaron en pacientes desempleados, con una proporción entre 80% y 85%. Asimismo, la menor continuidad del tratamiento a los 24 meses se observó principalmente en pacientes jóvenes y desempleados, con valores entre 44% y 50%. Los ingresos económicos reducidos afectaron tanto el inicio como la continuidad del tratamiento. El estudio concluye que es indispensable brindar soporte a los pacientes en las fases de inicio y mantenimiento del tratamiento antidiabético, como estrategia para mejorar la calidad de la atención en salud (24).

Shakya et al. en 2022 desarrollaron un estudio en Nepal con el objetivo de determinar los factores relacionados con el seguimiento del regimen terapéutico en pacientes con diabetes tipo 2. El estudio fue de diseño transversal e incluyó 343 participantes. Para la recolección de datos se incorporó el test de adherencia de Morisky, y el análisis se realizó mediante un modelo bivariado. La edad promedio fue de 56 años; el 54% correspondió al sexo masculino, el 89.8% era de estado civil casado, el 47% tenía educación culminada y el 28.6% se desempeñaba como ama de casa, mientras que el 89.9% provenía de zonas urbanas. La adherencia al tratamiento fue alta en el 60.9% de los pacientes, sin diferencias significativas según el sexo. Asimismo, los pacientes que recibieron consejería sobre la enfermedad presentaron una adherencia superior al 76%, en comparación con aquellos que

no recibieron ningún tipo de asesoramiento. El estudio concluyó que la adherencia al tratamiento fue elevada en la institución evaluada y significativamente menor en pacientes con bajo nivel educativo (25).

Silva-Tinoco et al. en 2022 realizaron un estudio en México con el objetivo de hallar los factores asociados a la adherencia a la terapéutica antidiabético en personas que acudían a centros de atención primaria. Se trató de un estudio transversal que incluyó 18 establecimientos de salud y una muestra total de 319 participantes. La información se recolectó mediante entrevistas y cuestionarios estructurados. Los resultados evidenciaron que solo el 48.3% de los pacientes presentó adherencia al tratamiento. Entre los factores asociados al paciente que influyeron negativamente en la adherencia se identificaron las actividades diarias que dificultaban la toma de la medicación (OR: 0.27; IC 95%) y la percepción de que el personal de salud no resolvía adecuadamente las inquietudes del paciente (OR: 0.42; IC 95%). El estudio concluyó que la continuidad del tratamiento en pacientes con diabetes depende en gran medida de factores relacionados con el paciente y de la capacidad del personal de salud para responder a sus dudas (26).

Rakhi et al. en 2021 realizaron un estudio en la India que busco determinar la asociación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con diabetes. Se trató de un estudio descriptivo y transversal que incluyó 277 participantes, utilizando dos cuestionarios validados. El 56% presentó mala adherencia al tratamiento. Asimismo, aquellos con buena adherencia evidenciaron aumento en la percepción media de calidad de vida y una mejor percepción general del estado de salud, con puntaje de 0.36 y 0.34. El estudio concluyó que una proporción considerable de pacientes no sigue adecuadamente el régimen terapéutico, lo cual se asocia de manera significativa con la calidad de vida (17).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Aburto en 2022, en su estudio, donde su objetivo fue “determinar qué factores se asocian a la adherencia farmacológica en pacientes diabéticos”, a través de un estudio observacional, prospectivo, transversal y analítico con 216 pacientes de quienes se recolectó la información a través de dos cuestionarios validados por expertos. Los resultados evidenciaron que ser hombre (67.6%), la edad mayor de 50 años (70.4%), el sistema y el equipo de salud se asociado a una mala adherencia al tratamiento, así mismo, se encontró factores contribuyentes a la adherencia al tratamiento como: socioeconómico e intelectual (27).

López en 2023, en su estudio realizado en Perú – Lima, y busco “establecer la conexión entre calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos de un centro de salud”, cuyo diseño fue descriptivo, correlacional, donde participaron 120 personas con diabetes tipo 2, utilizando dos instrumentos, ambos fueron validados por expertos obteniendo un alfa de Cronbach de 8.14 y 8.21 respectivamente. Obteniendo como resultado que la adherencia al tratamiento fue regular representado por el 40%, la calidad de vida tuvo una afectación regular con el 44.2%, respecto a la asociación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida, se identificó una correlación negativa de nivel moderado, lo que confirma que existe una asociación entre ambos factores (28).

Vilcamango en 2021, En una investigación desarrollada en Lambayeque, Perú, busco identificar la frecuencia y los factores relacionados con la adherencia al tratamiento en diabéticos. El diseño fue transversal y contó con 119 pacientes, para adjuntar datos se utilice el cuestionario validado de Morisky-Green. Se obtuvo que el 61.3% del total eran mujeres, el 56.3% mayor a 65 años, el 66.4% tomaba más de 3 medicamentos, el 70.2% con tiempo de enfermedad mayor a 10 años. Así mismo, se identificó que el ser varón presentó mayor continuidad de la terapéutica conjuntamente con las personas con nivel de educación superior

(39.1% y 40.4% respectivamente) y como resultado general solo el 26.9% presento adherencia terapéutica. Concluyendo que existe baja adherencia sin embargo el ser varón y el nivel de instrucción incrementan la misma en la población estudiada (10).

Farías-Vílchez en 2021, en su estudio en Piura, busco “identificar la relación entre conocimiento y adherencia al tratamiento en 236 personas atendidos en consultorio en el 2019”. Se utilizo un cuestionario validado, “test de Morisky-Green” y “Test Diabetes knowledge”. Como resultado, se encontró que la ausencia de estudios se asocia con una baja adherencia al tratamiento (OR 6,24), así mismo, el proceder de zona rural contribuye a la mala adherencia (OR 5,92) (16).

Gutiérrez en 2024, estableció como objetivo “identificar la relación existente en los factores que están asociados a la adherencia al tratamiento en diabéticos en un hospital de la localidad de Trujillo”. El diseño fue metodológicamente fue cuantitativo, correlacional y transversal con 170 pacientes utilizando para la recolección de datos instrumentos validados. Su muestra estuvo constituida principalmente por el sexo femenino en un 52.9%, un 55.8% con grado de instrucción primaria y en ocupación predominan ama de casa con un 35.2%, como resultados principales obtuvo que el 61.8% fueron adherentes al tratamiento, el 43.8% tenían un tiempo de diagnóstico entre 5 a 10 años. Por otro lado, al evaluar la asociación de los factores socioeconómicos, del sistema, del tratamiento y vinculados al paciente, en contraste con la adherencia, se determinó en el análisis bivariado un valor de $P < 0.001$ estableciéndose correlación significativa entre las variables estudiadas; así mismo en el Valor de Cramer obtuvo una puntuación de 0.858 para el factor y sistema de salud, siendo este factor el que más influye a la adherencia en este estudio. Como conclusión del estudio se estableció que los factores estudiados contribuyeron directamente a la adherencia al tratamiento.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Diabetes Mellitus

La diabetes se considera como una patología crónica no transmisible que altera de manera importante el metabolismo de los carbohidratos, debido a que el organismo no utiliza la glucosa de forma adecuada como fuente principal de energía. Como consecuencia de esta alteración metabólica, se produce un incremento sostenido de los niveles de glucosa en sangre, lo que genera desequilibrios en diversos procesos fisiológicos relacionados con la producción, almacenamiento y utilización de energía. Con el transcurso del tiempo, esta condición puede ocasionar daños severos en distintos órganos y sistemas, especialmente en los vasos sanguíneos, el corazón, los riñones y el sistema nervioso, afectando de forma progresiva la salud y la funcionalidad del paciente (29,30).

La clasificación de la diabetes mellitus se divide en cuatro grupos principales, establecidos de acuerdo con su fisiopatología y etiología, lo que permite comprender mejor su origen, evolución clínica y abordaje terapéutico (31).

La diabetes mellitus tipo 1 se produce como consecuencia de la degeneración de las células beta del páncreas, cuya función es generar insulina. Esta alteración conduce a una deficiencia absoluta de dicha hormona, lo que impide que la glucosa ingrese adecuadamente a las células y sea utilizada como fuente energética, generando hiperglucemia persistente (31).

La diabetes mellitus tipo 2 constituye aproximadamente el 95% de todos los casos diagnosticados. Se caracteriza por presentarse como resultado de una disminución progresiva, no autoinmune, de la función de las células beta pancreáticas para producir insulina de manera eficiente, generalmente acompañada de resistencia a la acción de esta

hormona en los tejidos periféricos. Esta forma de diabetes suele relacionarse con factores genéticos, ambientales y conductuales, como el sedentarismo, la alimentación inadecuada y el exceso de peso corporal (31).

La diabetes gestacional se caracteriza por ser diagnosticada durante el segundo o tercer trimestre del embarazo, en mujeres en quienes no se había identificado previamente diabetes manifiesta antes de la gestación. Su importancia radica en que puede generar complicaciones tanto maternas como fetales si no es detectada y tratada de manera oportuna (31).

Dentro de otros tipos específicos de diabetes se encuentra la DM aparición en la madurez en individuos jóvenes, conocida como (MODY) por sus siglas en inglés. Esta forma se caracteriza por la aparición de hiperglucemia generalmente antes de los 25 años y presenta un patrón de herencia autosómico dominante. Además, se asocia con alteraciones en al menos 13 genes localizados en distintos cromosomas, lo que explica su heterogeneidad clínica y genética (31).

2.2.2. Clínica

La manifestación clínica de la diabetes mellitus puede presentarse de formas diversas, y su intensidad suele variar según el momento evolutivo de la enfermedad, el tiempo de diagnóstico y el grado de control metabólico alcanzado por el paciente. En algunos casos, la sintomatología puede aparecer de manera progresiva y pasar desapercibida durante un periodo prolongado, mientras que en otros puede presentarse de forma más evidente. Los síntomas clásicos de la diabetes mellitus son conocidos como las tres “P”: polidipsia, que corresponde al aumento excesivo de la sed; poliuria, entendida como el incremento de la frecuencia urinaria; y polifagia, referida al aumento exagerado del apetito. Estas

manifestaciones clínicas guardan una fuerte relación con el estado hiperglucémico del paciente. No obstante, además de estos síntomas cardinales, también pueden presentarse otros signos y molestias como prurito, pérdida de peso no explicada, fatiga, visión borrosa y malestar general, los cuales pueden alertar sobre la presencia de la enfermedad o sobre un control inadecuado de la misma (32).

2.2.3. Diagnostico

Según la ADA 2024, el diagnóstico de diabetes mellitus puede establecerse mediante la medición de la glucosa plasmática en ayunas y a las 2 horas durante la prueba de tolerancia a la glucosa o a través de los niveles de hemoglobina A1C. La glucosa plasmática en ayunas se evalúa después de un periodo mínimo de 8 horas sin ingesta calórica, y se considera criterio diagnóstico cuando alcanza un valor igual o superior a 126 mg/dl. En el caso de la prueba de tolerancia a la glucosa, se mide la glucosa plasmática dos horas después de la administración oral de 75 g de glucosa, considerándose diagnóstico un valor igual o mayor a 200 mg/dl. Finalmente, un nivel de hemoglobina A1C igual o mas del 6.5% también se establece como criterio diagnóstico. Estos parámetros permiten identificar la presencia de alteraciones glucémicas de manera objetiva y contribuyen a la detección oportuna de la enfermedad (31).

2.2.4. Tratamiento

El tratamiento de la diabetes mellitus se orienta a mantener un adecuado control de la glucemia tanto en ayunas como en el periodo posprandial, además de prevenir o retrasar la aparición de complicaciones crónicas. En este sentido, el propósito terapéutico no solo se centra en el control bioquímico de la enfermedad, sino también en preservar la funcionalidad del paciente, disminuir el riesgo de desenlaces adversos y mejorar su calidad de vida (33).

El abordaje integral del tratamiento de la diabetes incluye tanto estrategias farmacológicas como no farmacológicas, dentro de las cuales se consideran fundamentales las modificaciones en los hábitos de vida, especialmente relacionadas con la alimentación (hipocalórica, bajo de grasas y carbohidratos), fortalecer el ejercicio y disminuir el consumo de sustancias nocivas (alcohol y tabaco). Para la terapia farmacológica es importante evaluar a la persona de manera individual, teniendo en cuenta sus factores de riesgo para desarrollar enfermedades renales, cardiovasculares, entre otras comorbilidades, peso, edad, acceso al tratamiento en cuanto al costo y disponibilidad (33).

Luyo K et al. mencionan que en los pacientes diabéticos son frecuentes las complicaciones de inicio temprano y entre las más relevantes están las hipoglicemias representado por el 82%, la cetoacidosis con 53% y el estado hiperosmolar con 31% (34). En el estudio de Sánchez et al, mencionan que la enfermedad vascular periférica, la retinopatía diabética y la hipoglucemia representan el 85.1%, 66.6% y 62.9% respectivamente de las complicaciones más representativas (35).

2.2.5. Adherencia al tratamiento

Se produce cuando el individuo cumple adecuadamente con la toma de los medicamentos en las dosis indicadas, realiza las modificaciones necesarias en su estilo de vida y mantiene de manera persistente, a lo largo del tiempo, las recomendaciones brindadas por el profesional de salud. Por tanto, no se trata únicamente de consumir fármacos, sino de asumir un compromiso activo, continuo y responsable con el proceso terapéutico y con el autocuidado de la enfermedad (36). Es importante resaltar que una adherencia adecuadamente establecida influye de manera positiva en la evolución clínica, en la calidad de vida y en la esperanza de vida del paciente. Por el contrario, el incumplimiento terapéutico

favorece que la enfermedad se torne más agresiva, sea más difícil de controlar y aumente los costos del tratamiento, tanto para el paciente como para el sistema de salud (37).

2.2.6. Medición de adherencia

Los métodos para medir la adherencia se clasifican en indirectos y directos, se menciona que dentro de los métodos directos están: la terapia observada, la medición de la cantidad de metabolito y del marcador biológico en sangre, por otro lado, los métodos indirectos está relacionado con los cuestionarios que evalúan la respuesta clínica del paciente, autoinformes, recuento de pastillas, monitoreo electrónico de la medicación (MEMS) cuestionarios para el apoderado en caso el paciente sea menor de edad (38). Algunos autores mencionan que los métodos para medir la adherencia más utilizados son: autorreporte, test de Morisky Green, el MEMS, recuento de pastillas, observación directa y cuestionarios referentes a cada enfermedad (40,41).

Las ventajas de usar los métodos directos es que son específicos, objetivos y nos brinda un porcentaje mayor de incumplimiento, pero la desventaja es que son de alto costo, sofisticados, por ende, no se encuentra al alcance del primer nivel de atención. Por otro lado, los métodos indirectos resultan ser fáciles de implementar, económicos y prácticos, pero su desventaja radica en que no mide la adherencia de manera ecuánime, ya que la información proviene de los propios pacientes, sus familiares o del personal de salud, quienes por lo general sobreestiman el grado de cumplimiento y solo identifican a algunos que no siguen correctamente el cumplimiento del tratamiento (41).

La OMS menciona que hay 5 dimensiones influyentes en la adherencia al, estas son : Factores socioeconómicos que está relacionado con la pobreza, accesibilidad a la atención médica y medicamentos, analfabetismo y redes de apoyo; factores relacionado al tratamiento

como la duración, fracasos en las medicaciones anteriores, cambios reiterantes en la medicación, los efectos secundarios del tratamiento y la accesibilidad al médico que lo prescribe son aspectos que pueden influir significativamente en su seguimiento. Asimismo, existen factores propios del paciente, como sus creencias religiosas, nivel educativo, situación económica, estado de salud mental, forma en que percibe su enfermedad y el grado de confianza que mantiene con el profesional de salud. Por otro lado, también intervienen características propias de la enfermedad, tales como la intensidad de los síntomas, el nivel de discapacidad que genera (ya sea psicológica, social o física), su evolución en el tiempo y la disponibilidad de tratamientos eficaces; la infraestructura, calidad de atención ineficiente por factores propios de un trabajo con carga laboral exigente y poco remunerada, ineficacia en las capacitaciones por parte del personal de salud hacia los pacientes y la falta de seguimiento en el control de esta enfermedad (42).

La OMS menciona que la calidad de vida se entiende como la valoración que realiza el individuo sobre su situación en la vida, dentro de su entorno cultural, sistema de valores, expectativas, metas e intereses. Esta definición resalta que se trata de una experiencia subjetiva y multidimensional, determinada no solo por la condición física, sino también por aspectos emocionales, sociales y culturales (43). Los problemas identificados a través de la calidad de vida referida por los pacientes pueden generar modificaciones y mejoras en las conductas a seguir, en la atención proporcionada e incluso orientar la evaluación de la utilidad real de un tratamiento terapéutico, especialmente cuando este ofrece beneficios limitados o insuficientes para el bienestar integral del paciente (44).

2.2.7. Calidad de vida y diabetes mellitus.

La diabetes mellitus representa un riesgo significativo para la salud cardiovascular, por lo que resulta fundamental educar a los pacientes en temas relacionados con su

enfermedad y promover su participación en el autocuidado, el seguimiento terapéutico y el control metabólico. La educación en salud permite que la persona comprenda mejor su condición, reconozca la importancia del tratamiento y adopte conductas que favorezcan una evolución clínica más estable. En este contexto, una baja adherencia al tratamiento farmacológico puede conducir al fracaso terapéutico, limitar el control de la enfermedad y aumentar la probabilidad de desarrollar complicaciones cardiovasculares, las cuales repercuten de manera directa en la calidad de vida y en el pronóstico del paciente (45).

2.3. Formulación de la hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Ha: Existe asociación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de DM un hospital de tercer nivel Lima–2025.

Ho: No existe asociación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de DM en un hospital de tercer nivel Lima–2025.

2.3.2. Hipótesis específicas

H1: Existe asociación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en su dimensión energía-movilidad en pacientes con diagnóstico de DM en un hospital de tercer nivel Lima–2025.

Ho1: No existe asociación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en su dimensión energía-movilidad de pacientes con DM en un hospital de tercer nivel Lima–2025

H2: Existe asociación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en su dimensión control de la diabetes, en pacientes con diagnóstico de DM en un hospital de tercer nivel Lima–2025.

H02: No existe asociación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en su dimensión control de la diabetes, en pacientes con diagnóstico de DM en un hospital de tercer nivel Lima–2025..

H3: Existe asociación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en su dimensión ansiedad-preocupación, en pacientes con diagnóstico de DM en un hospital de tercer nivel Lima–2025.

H03: No existe asociación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en su dimensión ansiedad-preocupación, en pacientes con diagnóstico de DM en un hospital de tercer nivel Lima–2025.

H4: Existe asociación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en su dimensión carga social, en pacientes con diagnóstico de DM en un hospital de tercer nivel Lima–2025.

H04: No existe asociación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en su dimensión carga social, en pacientes con diagnóstico de DM en un hospital de tercer nivel Lima–2025..

H5: Existe asociación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en su dimensión funcionamiento sexual, en pacientes con diagnóstico de DM en un hospital de tercer nivel Lima–2025.

H05: No existe asociación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en su dimensión funcionamiento sexual, en pacientes con diagnóstico de DM en un hospital de tercer nivel Lima–2025.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1.Método de investigación

Se empleó el método deductivo, porque permite iniciar desde premisas generales para llegar a conclusiones particulares relacionadas con la realidad estudiada. Este método se sustentó en la aplicación de principios teóricos y premisas lógicas previamente establecidas, las cuales sirvieron como base para orientar el análisis del problema de investigación. A partir de ello, fue posible interpretar los hallazgos obtenidos en una población específica y comprender el comportamiento de las variables en el contexto evaluado. En ese sentido, el método deductivo facilitó la generación de conocimiento aplicable a una situación concreta, tomando como referencia fundamentos generales que posteriormente fueron contrastados en un entorno particular.

3.2.Enfoque de investigación

Cuantitativo, ya que se orientó a la medición objetiva de las variables de estudio y al análisis de los datos mediante procedimientos estadísticos. Este enfoque permitió recolectar información numérica, organizarla de manera sistemática y representarla a través de estadísticas descriptivas e inferenciales, con el propósito de responder a los objetivos planteados. Asimismo, el uso del enfoque cuantitativo favoreció una evaluación más precisa del fenómeno investigado, permitiendo identificar tendencias, asociaciones y comportamientos observables dentro de la población estudiada.

3.3.Tipo de investigación

3.4.La investigación fue de tipo básica, debido a que estuvo orientada a ampliar el conocimiento teórico sobre la relación entre las variables estudiadas, sin buscar de manera inmediata una aplicación práctica o intervención directa sobre la realidad. Según Hernández-Sampieri, este tipo de investigación permitió generar nuevo conocimiento

científico a partir del análisis de una realidad determinada, con la finalidad de comprender mejor el fenómeno estudiado y aportar evidencia para futuras investigaciones (46).

3.5. Diseño de la investigación

No experimental, de nivel correlacional y de corte transversal. Fue no experimental porque las variables no fueron manipuladas de manera deliberada, sino que se observaron tal como se presentaron en su contexto natural. Fue correlacional porque buscó identificar la asociación existente entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida. Finalmente, fue transversal dado que la obtención de la información se realizó en un único momento y tiempo establecido, permitiendo describir y analizar la relación entre ambas variables en la población estudiada.

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

Estuvo conformada por pacientes asistentes al Hospital Santa Rosa de Lima con diagnóstico establecido de diabetes mellitus, estimándose un total aproximado de 220 personas. Se incluyeron en el estudio personas que padecen de DM con una edad mayor de dieciocho años, con una continuidad mínima de cuatro meses en el programa de atención. Se excluyeron a los que, aun cumpliendo los criterios de inclusión, no aceptaron participar en la investigación, así como los que presentaron alteraciones del estado neurológico.

3.6.2. Muestra y muestreo

Para la determinación del tamaño muestral se empleó la fórmula de poblaciones finitas, considerando una población de 220 personas. La ecuación utilizada fue la siguiente:

$$n = \frac{Z^2 * (p * q) * N}{E^2 * (N - 1) + Z^2 * (p * q)}$$

Donde n representa el tamaño de la muestra, N el tamaño de la población (220), Z el nivel de confianza, p la proporción esperada de la población con las características de interés, q su complemento y el margen de error permitido.

$$n = \frac{(1.96)^2 * (0.5 * 0.5) * 220}{(0.05)^2 * (220 - 1) + (1.96)^2 * (0.5 * 0.5)}$$

$$n = 140$$

Por lo tanto, el tamaño de la muestra estuvo conformado por 140 pacientes.

El muestreo fue probabilístico aleatorio simple, donde los individuos de la población mostraron igual probabilidad para ser seleccionados. Este tipo de muestreo permitió reducir el sesgo y asegurar una muestra representativa de la población en estudio (46)

3.7. Variables y operacionalización

Variables	Definicion conceptua	Definicion operaciona	Dimensione	Indicadore	Tipo de variabe	Escala de medicion	Escala valortiva
Edad	Tiempo de vida desde el nacimiento hasta la realización de la encuesta.	Edad en años considerando la fecha de registro del DNI	No aplica	Años	Cualitativa politómica ordinal	Ordinal	29 – 41 años 42 – 54 años 55 – 67 años 68 – 80 años
Sexo	Características físicas observables que diferencian hombres de mujeres.	Genero del participante identificado en el DNI	No aplica	Hombre Mujer	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Masculino – 0 Femenino – 1
Grado de instrucción	Nivel de formación académica.	Nivel educativo registrado por el participante.	No aplica	Primaria Secundaria Técnico Universitario	Cualitativa Politómica	Ordinal	Primaria – 0 Secundaria – 1 Técnico – 2 Universitario - 3
Ocupación	Situación laboral ocupando un cargo o puesto.	Estado laboral registrado en la ficha de recolección.	No aplica	Dependiente Independiente Desempleado	Cualitativa dicotómica	Nominal	Dependiente – 0 Independiente – 1 Desempleado – 2
Adherencia al tratamiento	Continuidad terapéutica de una persona frente a una medida de salud indicada.	Se valorará utilizando el test de Morisky-Green, el cual consta de 10 preguntas.		Olvido de medicación.	Cualitativa ordinal	Ordinal	No adherente: menor de 6 puntos. Adherencia parcial: 6 – 7 puntos.
				Toma de medicación en las últimas 2 semanas.			
				No continuidad de medicación sin comunicación			
				Olvido de medicación fuera de casa.			

				Ingesta de medicación un día antes. No continuidad de medicación con glicemias controladas. Medicación para la diabetes como inconveniente para la salud. El tratamiento mejorara la salud Los medicamentos son adecuados en su tratamiento Frecuencia de recordar toma de la medicación.			Adherente: 8 a más puntos.
Calidad de vida	Bienestar percibido por el usuario frente a las medidas de atención de salud brindadas.	Se valorará utilizando el test de calidad "Diabetes 39".	Energía y movilidad	Cansancio Otras comorbilidades. Debilidad Restricciones de la marcha. Ejercicio Déficit visual Limitaciones Otras enfermedades. Complicaciones Dificultad para labores domésticas. Necesidad de descanso. Subir escaleras.	Cualitativa	Ordinal	Calidad de vida baja: 39-117 puntos. Calidad de vida media: 118-195 puntos. Calidad de vida alta: 196-234 puntos.

				Problemas de autocuidado.		
				Alteración del sueño.		
				Marcha lenta		
			Control de diabetes	Horario de medicación.		
				Continuidad de tratamiento.		
				Restricciones dietéticas.		
				Preocupación por la enfermedad.		
				Control de glucosa.		
				Pruebas de tamizaje.		
				Tiempo para control de glicemia.		
				Diabetes controlada.		
				Registro de glucosa.		
				Comida frecuente		
				Ajuste de horarios.		
				Condición general.		
			Ansiedad y preocupación	Problemas económicos.		
				Preocupación por el futuro.		
				Estrés		
				Descanso frecuente		
			Carga social	Restricciones sociales.		
				Vergüenza asociada a enfermedad.		
				Actividades diferentes.		
				Etiquetado social		
				Interferencia familiar.		
			Función sexual	Diabetes y vida sexual.		

				Funcionamiento sexual			
				Disminución de la lívido.			

3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica empleada para la recolección de datos fue la encuesta, debido a que permitió obtener información de manera directa, ordenada y sistemática sobre las variables de estudio a partir de la aplicación de preguntas estructuradas a los participantes. Esta técnica resultó pertinente para la investigación, ya que facilitó la recopilación de información estandarizada, favoreciendo la uniformidad en las respuestas y una mejor organización de los datos para su posterior análisis. Asimismo, la encuesta permitió abordar de forma específica aspectos relacionados con la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en personas DM, garantizando una comprensión adecuada de las preguntas por parte de los encuestados. Para cumplir con este propósito, se utilizaron dos instrumentos de medición, los cuales se describieron a continuación.

3.8.1. Descripción de instrumentos

Para evaluar la adherencia al tratamiento se empleó el test de Morisky-Green y Levine, instrumento originalmente elaborado para medir la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial y posteriormente aplicado en diversas patologías crónicas, incluida la diabetes mellitus (47) (48). Este cuestionario estuvo conformado por 10 ítems; nueve de ellos con respuestas dicotómicas (sí/no) y un ítem con una escala valorativa de cinco opciones. La puntuación permitió clasificar la adherencia en tres niveles: no adherente (menor de 6 puntos), adherencia parcial (6 a 7 puntos) y adherente (8 a más puntos). La asignación de puntaje se realizó considerando las respuestas establecidas en cada ítem, de acuerdo con el manual del instrumento.

En la medición de la calidad de vida se utilizó el cuestionario Diabetes-39, desarrollado por Boyer et al., diseñado específicamente para evaluar la calidad de vida en

pacientes con diabetes mellitus (49). Este instrumento estuvo compuesto por 39 ítems distribuidos en 5 dimensiones: energía y movilidad, control de la diabetes, ansiedad y preocupación, carga social y función sexual. Cada ítem fue valorado mediante una escala tipo Likert de seis puntos, con puntuaciones que oscilaron entre 1 y 6, lo que permitió obtener un puntaje mínimo de 39 y máximo de 234 puntos. Para la interpretación de los resultados, las puntuaciones se clasificaron en tres niveles: calidad de vida baja (39–117 puntos), media (118–195 puntos) y alta (196–234 puntos).

3.8.2. Validación

En relación con la validez de los instrumentos, la escala Morisky-Green fue validada por juicio de expertos para su aplicación en pacientes con diabetes mellitus dentro del contexto peruano, lo que permitió asegurar la pertinencia, claridad y coherencia de sus ítems respecto al fenómeno evaluado (50,51) De igual manera, el cuestionario Diabetes-39 fue validado por expertos en Lima, confirmando su utilidad para medir la calidad de vida en pacientes con esta enfermedad en un contexto sociocultural similar al de la presente investigación (52).

3.8.3. Confiabilidad

En cuanto a la confiabilidad, la escala **Morisky-Green** presentó adecuados niveles de consistencia interna en estudios realizados en pacientes con diabetes mellitus en el contexto peruano, con valores de alfa de Cronbach reportados entre 0.74 y 0.83, lo que evidenció una confiabilidad aceptable del instrumento para la medición de la adherencia terapéutica (50,51). Por su parte, el cuestionario **Diabetes-39** mostró una confiabilidad elevada, alcanzando un alfa de Cronbach de 0.994, lo que demostró una excelente consistencia interna para evaluar la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus (52).

3.9. Plan de procesamiento y análisis de datos

En el análisis de datos se emplearon tablas y gráficos estadísticos que permitieron describir las características de la población y la adherencia al tratamiento y calidad de vida, considerando sus respectivas dimensiones. Dado que el estudio tuvo un enfoque correlacional, inicialmente se evaluó la distribución de las variables mediante la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, considerando que la muestra fue mayor a 50 participantes. Se estableció un nivel de significancia de 0.05 para la interpretación de los resultados. En función de los hallazgos de la prueba de normalidad, se determinó el uso de pruebas estadísticas paramétricas o no paramétricas, según correspondió, con el fin de establecer el grado de relación entre las variables de estudio.

3.10. Aspectos éticos

Se presento al Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, donde fue evaluado posteriormente aprobado conforme a los lineamientos éticos vigentes antes de su ejecución. En ese contexto, la participación de los sujetos fue voluntaria y se obtuvo el consentimiento informado por escrito, mediante el cual los participantes autorizaron su participación libre y consciente, así como el uso de la información proporcionada exclusivamente con fines de investigación.

Respecto al manejo de la información, los datos recolectados fueron tratados de manera confidencial. Los registros obtenidos se almacenaron de forma segura y encriptada en una plataforma digital, permaneciendo bajo custodia del investigador responsable hasta la elaboración y presentación del informe final, momento en el cual fueron eliminados.

El desarrollo del estudio se sustentó en los principios éticos establecidos en el Informe Belmont. De este modo, el principio de justicia se garantizó mediante un trato único a los

participantes. A su vez, el principio de autonomía se respetó al reconocer la decisión individual de participar o no en el estudio. Del mismo modo, el principio de no maleficencia se cumplió mediante la adopción de medidas orientadas a minimizar riesgos y evitar cualquier daño a los participantes durante el proceso de investigación.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Análisis de los resultados

4.1.1. Resultados descriptivos

Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes diagnosticado con diabetes atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025.

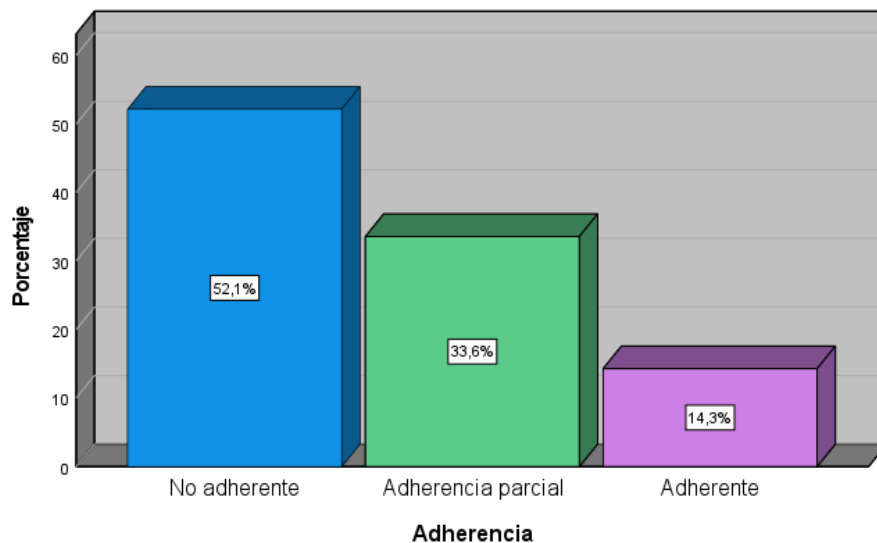
Características sociodemográficas		N	%
Sexo	Masculino	49	35,0%
	Femenino	91	65,0%
Edad	29 – 41 años	26	18,6%
	42 – 54 años	61	43,6%
	55 – 67 años	33	23,6%
	68 – 80 años	20	14,3%
Grado de instrucción	Primaria	20	14,3%
	Secundaria	23	16,4%
	Universitaria	97	69,3%
Ocupación	Dependiente	92	65,7%
	Independiente	29	20,7%
	Desempleado	19	13,6%
	Total	140	100%

En la tabla 1, predominó el sexo femenino entre los pacientes con diabetes mellitus atendidos en consulta externa (65%) con una edad entre 42 a 54 años (43,6%). En cuanto al grado de instrucción, destacó el nivel universitario (69,3%), reflejando a pacientes mayoritariamente con formación superior. Respecto a la ocupación, la condición de trabajador dependiente fue la más preponderante (65,7%), indicando que la mayoría mantenía actividad laboral al momento de la atención.

Tabla 2. Nivel de adherencia al tratamiento de daignosticados con diabetes atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025.

Variable	Nivel	N	%
Adherencia al tratamiento	No adherente	73	52,1%
	Adherencia parcial	47	33,6%
	Adherente	20	14,3%
Total		140	100%

Figura 1. Nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025.

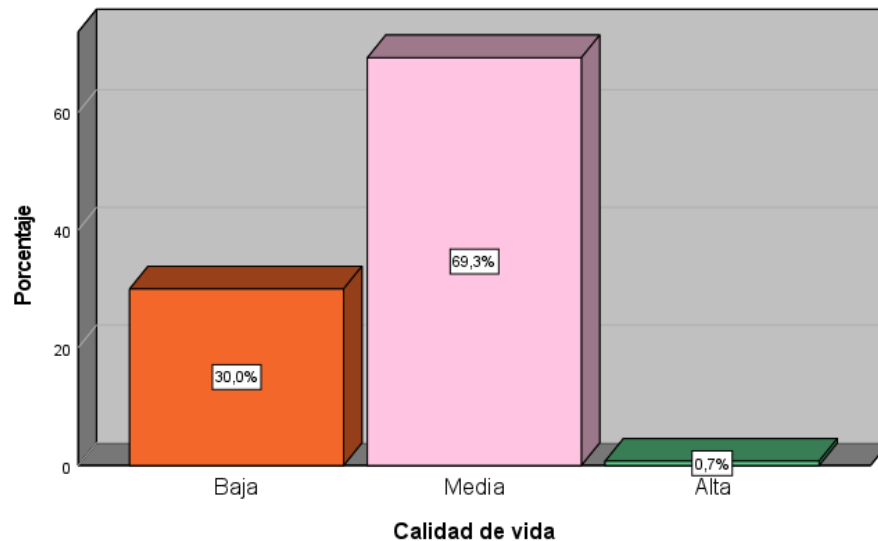


En la tabla 2 y figura 1, predominó el nivel no adherente al tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus (52,1%). En menor proporción se encontró la adherencia parcial (33,6%), mientras que solo una fracción reducida de pacientes mostró un nivel adherente (14,3%), lo que evidencia una baja adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

Tabla 3. Nivel de calidad de vida de personas con diagnóstico con diabetes atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025.

Variable	Nivel	N	%
Calidad de vida	Baja	42	30,0%
	Media	97	69,3%
	Alta	1	0,7%
Total		100	100%

Figura 2. Nivel de calidad de vida de personas con diagnóstico de diabetes atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025.



En la tabla 3 y figura 2, la calidad de vida en personas con diabetes se concentró principalmente en un nivel medio (69,3%), lo que indica que la mayoría logra mantener un equilibrio regular en su bienestar cotidiano, aunque con ciertas limitaciones. No obstante, una proporción refirió una calidad de vida baja (30%), lo que evidencia la presencia de

dificultades que afectan su vida diaria, mientras que solo una menor proporción manifestó una calidad de vida alta (0,7%).

4.1.2. Contrastación de hipótesis

Tabla 4. Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov.

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
V1: Adherencia al tratamiento	,132	140	,000
V2: Calidad de vida	,084	140	,016
D1: Energía y movilidad	,094	140	,004
D2: Control de diabetes	,070	140	,089
D3: Ansiedad y preocupación	,120	140	,000
D4: Carga social	,087	140	,011
D5: Funcionamiento sexual	,090	140	,007

En la tabla 4, la adherencia al tratamiento mostró una distribución no normal ($p=0,000$), al igual que la calidad de vida ($p=0,016$). Esta misma tendencia se presentó en las dimensiones vinculadas con la energía y movilidad ($p=0,004$), la ansiedad y preocupación ($p=0,000$), la carga social ($p=0,011$) y el funcionamiento sexual ($p=0,007$), mientras que el control de la diabetes evidenció una distribución normal ($p = 0,089$). En sentido, se contempló que los datos siguen mayoritariamente una distribución no normal lo que conlleva a emplear parámetros que se alineen al tipo de distribución de la data como Rho de Spearman.

Hipótesis general

Ha: Existe asociación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de DM en un hospital de tercer nivel Lima–2025.

Ho: No existe asociación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de DM en un hospital de tercer nivel Lima–2025.

Tabla 5. Asociación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de diabetes atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025.

			Adherencia al tratamiento	Calidad de vida
Rho de Spearman	Adherencia al tratamiento	Coefficiente de correlación	1,000	,386**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	140	140
	Calidad de vida	Coefficiente de correlación	,386**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	140	140

Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 5, se observa que existe una correlación positiva de magnitud moderada entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de diabetes atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel de Lima durante el año 2025 (Rho = 0,386), siendo esta relación estadísticamente significativa ($p < 0,01$), con un tamaño muestral de 140 pacientes.

Hipótesis específica 1

Ha: Existe asociación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en su dimensión energía-movilidad en personas con diagnóstico de DM en un hospital de tercer nivel Lima–2025.

Ho: No existe asociación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en su dimensión energía-movilidad en personas con diagnóstico de DM en un hospital de tercer nivel Lima–2025.

Tabla 6. Asociación de la adherencia al tratamiento y la energía y movilidad en pacientes con diagnóstico de diabetes atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025.

			Adherencia al tratamiento	Energía y movilidad
Rho de Spearman	Adherencia al tratamiento	Coficiente de correlción	1,000	,388**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	140	140
	Energía y movilidad	Coficiente de correlación	,388**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	140	140

Nota: **. La correlción es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 6, se evidencia una correlación positiva moderada entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en su dimensión energía-movilidad en pacientes con diagnóstico de diabetes atendidos en un hospital de tercer nivel de Lima durante el año 2025

(Rho = 0,388), la cual resultó estadísticamente significativa ($p < 0,01$), considerando una muestra de 140 pacientes.

Hipótesis específica 2

Ha: Existe asociación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en su dimensión control de la diabetes, en pacientes con diagnóstico de DM en un hospital de tercer nivel Lima–2025.

Ho: No existe asociación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en su dimensión control de la diabetes, en pacientes con diagnóstico de DM en un hospital de tercer nivel Lima–2025.

Tabla 7. Asociación de la adherencia al tratamiento y el control de la diabetes, en pacientes con diagnóstico de diabetes atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025.

		Adherencia al tratamiento		Control de DM	
Rho de Spearman	Adherencia al tratamiento	Cofciente de correlación	1,000	,349**	
		Sig. (bilateral)	.	,000	
		N	140	140	
	Control de diabetes	Cofciente de correlación	,349**	1,000	
		Sig. (bilateral)	,000	.	
		N	140	140	

Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 7, se observa que la adherencia al tratamiento presenta una correlación positiva de magnitud moderada con la calidad de vida en su dimensión control de la diabetes en

pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel de Lima durante el año 2025 ($Rho = 0,349$), siendo esta relación estadísticamente significativa ($p < 0,01$), con un total de 140 participantes.

Hipótesis específica 3

Ha: Existe asociación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en su dimensión ansiedad-preocupación, en personas con diagnóstico de DM en un hospital de tercer nivel Lima–2025.

Ho: No existe asociación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en su dimensión ansiedad-preocupación, en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en un hospital de tercer nivel Lima–2025.

Tabla 8. Asociación de la adherencia al tratamiento y la ansiedad y preocupación en pacientes con diagnóstico de diabetes atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025.

			Adherencia al tratamiento	Ansiedad y preocupación
Rho de Spearman	Adherencia al tratamiento	Coefficiente de correlación	1,000	,339**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	140	140
	Ansiedad y preocupación	Coefficiente de correlación	,339**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	140	140

Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bil).

En la tabla 8, se aprecia una correlación positiva de magnitud moderada entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en su dimensión ansiedad-preocupación en pacientes con diagnóstico de diabetes atendidos en consulta externa de un de tercer nivel de Lima durante el año 2025 ($Rho = 0,339$), la cual fue estadísticamente significativa ($p < 0,01$), en una muestra conformada por 140 pacientes.

Hipótesis específica 4

Ha4: Existe asociación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en su dimensión carga social, personas con diagnóstico de diabetes atendidos consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025

Ho4: No existe asociación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en su dimensión carga social, en pacientes con diagnóstico de diabetes atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025

Tabla 9. Asociación de la adherencia al tratamiento y la carga social en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025.

			Adherencia al tratamiento	Carga social
Rho de Spearman	Adherencia al tratamiento	Coefficiente de correlación	1,000	,370**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	140	140
	Carga social	Coefficiente de correlación	,370**	1,000
Sig. (bilateral)		,000	.	
N		140	140	

Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 9, resulto que la adherencia al tratamiento se relaciona de manera positiva y moderada con la calidad de vida en su dimensión carga social en pacientes diagnosticados con DM atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel de Lima durante el año 2025 ($Rho = 0,370$), encontrándose una relación estadísticamente significativa ($p < 0,01$), con una muestra de 140 pacientes.

Hipótesis específica 5

Ha: Existe asociación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en su dimensión funcionamiento sexual, en personas con diagnóstico de diabetes atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima-2025.

Ho: No existe asociación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en su dimensión funcionamiento sexual, en pacientes con diagnóstico de diabetes atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima-2025.

Tabla 10. Asociación de la adherencia al tratamiento y el funcionamiento sexual, en pacientes con diagnóstico de diabetes atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima -2025.

			Adherencia al tratamiento	Funcionamien to sexual
Rho de Spearman	Adherencia al tratamiento	Coefficiente de correlación	1,000	,346**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	140	140
	Funcionamiento sexual	Coefficiente de correlación	,346**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	140	140

Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 10, se observa una correlación positiva de magnitud moderada entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en su dimensión funcionamiento sexual en personas con diagnóstico de DM atendidos en consulta externa durante el año 2025 ($Rho = 0,346$), siendo esta relación estadísticamente significativa ($p < 0,01$), en una muestra total de 140 pacientes.

4.2. Discusión de resultados

En relación con el objetivo general, los resultados evidenciaron una correlación positiva de magnitud moderada entre la adherencia y la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel de Lima durante el año 2025 ($Rho = 0,386$; $p < 0,01$), lo que indica que a mayores niveles de adherencia terapéutica se asocian mejores niveles de calidad de vida. Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por Rakhi et al. (17). en India, quienes identificaron que los pacientes con buena adherencia presentan una mejor percepción del estado general de salud y de su calidad de vida, así como con López (28) en Lima, quien encontró una asociación significativa entre ambas variables, aunque con una correlación negativa moderada atribuida a diferencias contextuales y metodológicas. La coincidencia de resultados puede explicarse debido a que la adherencia al tratamiento favorece un mejor control metabólico, reduce la aparición de complicaciones y mejora el bienestar físico y emocional del paciente diabético. En este sentido, los resultados del presente estudio aportan evidencia local que refuerza la importancia de fortalecer estrategias orientadas a mejorar la adherencia terapéutica como un componente clave para optimizar la calidad de vida, contribuyendo así a la toma de decisiones clínicas y al diseño de intervenciones en el ámbito hospitalario y en futuras investigaciones.

Para el objetivo específico referido a la dimensión energía-movilidad, se identificó una correlación positiva moderada entre la adherencia al tratamiento y dicha dimensión de la

calidad de vida ($Rho = 0,388$; $p < 0,01$), evidenciando que los pacientes con mayor adherencia presentan menor cansancio, mejor capacidad funcional y mayor movilidad. Estos resultados son consistentes con los hallazgos de Shakya et al. (25)., quienes reportaron que los pacientes que reciben consejería y mantienen una adecuada adherencia muestran mejores condiciones físicas, así como con Miranda et al. (23)., quienes resaltan la influencia del apoyo familiar en la continuidad del tratamiento y el desempeño funcional. La relación observada podría explicarse porque el cumplimiento terapéutico permite un mejor control de la glucemia, disminuye episodios de hiperglucemia y fatiga, y retrasa la progresión de complicaciones físicas. En ese sentido, este hallazgo resalta la relevancia de la adherencia al tratamiento no solo para el control clínico, sino también para la conservación de la autonomía física, aportando información valiosa para el fortalecimiento de programas de seguimiento integral del paciente diabético.

En cuanto a la dimensión control de la diabetes, los resultados mostraron una correlación positiva moderada entre la adherencia al tratamiento y esta dimensión de la calidad de vida ($Rho = 0,349$; $p < 0,01$), lo que sugiere que una mayor adherencia se asocia con mejores prácticas de autocontrol, seguimiento del tratamiento y percepción de control de la enfermedad. Estos resultados guardan concordancia con Ekemberg et al. (24), quienes evidenciaron que la continuidad del tratamiento se ve afectada por factores socioeconómicos, y con Silva-Tinoco et al. (26)., quienes identificaron que las dificultades en la toma de la medicación influyen negativamente en el control de la enfermedad. La relación observada puede atribuirse a que los pacientes adherentes suelen mantener rutinas más estables, cumplir con los horarios de medicación y realizar controles periódicos, lo que se traduce en una percepción más favorable del control de su diabetes. Este hallazgo aporta evidencia sobre la

necesidad de intervenciones que promuevan la adherencia como estrategia fundamental para mejorar el control de la enfermedad y prevenir complicaciones a largo plazo.

Respecto a la dimensión ansiedad-preocupación, se encontró una correlación positiva moderada entre la adherencia al tratamiento y esta dimensión de la calidad de vida ($Rho = 0,339$; $p < 0,01$), indicando que los pacientes con mayor adherencia presentan menores niveles de ansiedad, preocupación y estrés asociados con la enfermedad. Estos resultados coinciden con lo reportado por Rakhi et al. (17), quienes señalaron que una adecuada adherencia se asocia con una mejor percepción emocional y menor carga psicológica, así como con López (28), quien identificó afectaciones emocionales moderadas en pacientes con baja adherencia. Esta relación puede explicarse porque el cumplimiento del tratamiento brinda al paciente una mayor sensación de control y seguridad frente a su enfermedad, reduciendo la incertidumbre y el temor a las complicaciones. En este contexto, los resultados resaltan la importancia de abordar la adherencia terapéutica como un componente que influye directamente en el bienestar emocional del paciente diabético, aportando elementos relevantes para el enfoque integral de la atención en salud.

En relación con la dimensión carga social, los resultados evidenciaron una correlación positiva moderada entre la adherencia al tratamiento y dicha dimensión de la calidad de vida ($Rho = 0,370$; $p < 0,01$), lo que indica que los pacientes con mayor adherencia perciben menor interferencia de la diabetes en su vida social y familiar. Estos hallazgos son concordantes con los reportes de Miranda et al. (23), quienes destacaron el rol del apoyo familiar en la adherencia terapéutica, y con Gutiérrez (53), quien identificó al sistema y equipo de salud como factores determinantes del cumplimiento del tratamiento. La relación observada puede explicarse porque una adecuada adherencia favorece la estabilidad clínica del paciente,

permitiéndole mantener una mayor participación social y reducir la sensación de dependencia o estigmatización. Este resultado aporta evidencia sobre la necesidad de fortalecer redes de apoyo social y familiar como parte de las estrategias de manejo integral de la diabetes mellitus.

Respecto a la dimensión funcionamiento sexual, se identificó una correlación positiva moderada entre la adherencia al tratamiento y esta dimensión de la calidad de vida ($Rho = 0,346$; $p < 0,01$), lo que sugiere que una mayor adherencia se asocia con una mejor percepción del funcionamiento sexual en los pacientes diabéticos. Estos resultados se relacionan con los hallazgos de Rakhi et al. (17), quienes reportaron que los pacientes adherentes presentan mejores puntuaciones en dimensiones sensibles de la calidad de vida, y con la literatura que señala que el control metabólico adecuado reduce las complicaciones vasculares y neurológicas que afectan la función sexual. La asociación encontrada puede explicarse porque el cumplimiento del tratamiento contribuye a controlar la glucemia y a prevenir de alteraciones que impactan directamente en la función sexual. En este sentido, los resultados del estudio aportan evidencia relevante para visibilizar esta dimensión poco abordada en la práctica clínica y para promover intervenciones integrales que consideren la salud sexual como parte del bienestar del paciente con diabetes mellitus.

Los hallazgos de la presente investigación aportaron evidencia empírica relevante sobre la asociación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en personas con diabetes mellitus atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel de Lima, al demostrar una asociación positiva, estadísticamente significativa y de magnitud moderada entre ambas variables, así como en todas las dimensiones evaluadas de la calidad de vida. Este resultado permitió ampliar la comprensión del carácter multidimensional de la

adherencia terapéutica, al evidenciar que su influencia no se limitó al control clínico de la enfermedad, sino que también se vinculó con la energía y movilidad, el control de la diabetes, la ansiedad y preocupación, sobrecarga social y el funcionamiento sexual. En términos de generalización, los resultados pudieron extrapolarse con prudencia a poblaciones adultas con diabetes mellitus atendidas en consulta externa de hospitales de tercer nivel con características asistenciales y sociodemográficas similares; sin embargo, dicha generalización debió realizarse de manera cautelosa y contextualizada, sin extenderse de forma automática a toda la población diabética del país ni a otros niveles de atención, debido a las particularidades institucionales y clínicas del escenario estudiado.

Entre las principales fortalezas del estudio destacó el uso de un diseño metodológico claramente estructurado, con una muestra de 140 pacientes seleccionada mediante muestreo probabilístico aleatorio simple, lo que favoreció la representatividad interna de la población evaluada y redujo el riesgo de sesgo de selección. Asimismo, se utilizaron instrumentos reconocidos y pertinentes para las variables estudiadas: el test de Morisky-Green para adherencia terapéutica y el cuestionario Diabetes-39 para calidad de vida, este último con evaluación de cinco dimensiones específicas, lo que permitió una valoración más integral del fenómeno. A ello se sumó que ambos instrumentos contaban con validez contextual y adecuados niveles de confiabilidad, lo que fortaleció la consistencia de las mediciones. Del mismo modo, el análisis estadístico fue congruente con la distribución de los datos, pues se realizó previamente la prueba de normalidad y, con base en sus resultados, se empleó el coeficiente Rho de Spearman, decisión que otorgó solidez técnica a la contrastación de hipótesis.

Entre las limitaciones del estudio se encontró, en primer lugar, su diseño no experimental, correlacional y transversal, el cual permitió identificar asociación entre las variables, pero no establecer relaciones de causalidad ni determinar la dirección temporal exacta entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida. En segundo lugar, la investigación se desarrolló en 1 solo hospital tercer nivel y exclusivamente en pacientes atendidos por consulta externa, mayores de 18 años y con continuidad mínima de cuatro meses en el programa, lo que restringió la validez externa a contextos clínicos semejantes y limitó la extrapolación de los resultados a pacientes hospitalizados, atendidos en primer nivel o pertenecientes a otras regiones del país. Finalmente, aunque se utilizaron instrumentos validados y confiables, la medición se basó en cuestionarios, por lo que las respuestas pudieron estar influenciadas por sesgo de memoria, deseabilidad social o sobrestimación del cumplimiento terapéutico por parte de los participantes.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Los resultados obtenidos permiten concluir que, en pacientes que padecen diabetes mellitus atendidos en un hospital de tercer nivel de Lima durante el año 2025, la adherencia al tratamiento tiene una asociación positiva y significativa con la calidad de vida, evidenciando que un mayor cumplimiento terapéutico se asocia con un mejor bienestar general.

Respecto a la dimensión energía-movilidad, se concluye que los pacientes con mayor adherencia presentan mejores niveles de calidad de vida en esta dimensión, reflejándose en menor cansancio y mejores condiciones físicas para el desempeño de sus actividades diarias.

En relación con el control de la diabetes, los hallazgos indican que la adherencia guarda una asociación positiva y significativa con esta dimensión de la calidad de vida, lo que sugiere que el cumplimiento terapéutico favorece una percepción más adecuada del control de la enfermedad.

En cuanto a la dimensión ansiedad-preocupación, se concluye que una mayor adherencia al tratamiento se asocia con menores niveles de ansiedad y preocupación vinculados a la diabetes, contribuyendo a un mejor equilibrio emocional en los pacientes evaluados.

Los resultados permiten concluir que la adherencia al tto se asocia positivamente con la calidadde vida en su dimensión carga social, evidenciándose que los pacientes adherentes perciben menor interferencia de la enfermedad en sus relaciones sociales y familiares.

En la dimensión funcionamiento sexual, se evidencia que una apropiada adherencia al tratamiento se asocia a mejorar la percepción de esta dimensión en la calidad de vida, lo que resalta la importancia del control terapéutico en aspectos sensibles del bienestar del paciente con diabetes mellitus.

5.2. Recomendaciones

Se recomienda reforzar programas para los pacientes con diabetes mellitus, brindándoles orientación cercana que les permita comprender la importancia de mantener su cuidado diario frente a las dificultades propias de la rutina y el entorno familiar o laboral.

Se sugiere que los servicios sanitarios incluyan dinámicas orientadas a atender los aspectos emocionales de los pacientes, reconociendo que estos repercuten directamente en la manera en que afrontan la enfermedad y en su percepción de calidad de vida.

Se recomienda mantener un control periódico de los pacientes, lo cual facilitaría identificar cambios en su forma de cuidado, así como brindar apoyo oportuno ante posibles complicaciones ligada al tratamiento y el bienestar individual.

CAPÍTULO V: REFERENCIAS

1. Zhou, Bin et al. Worldwide trends in diabetes prevalence and treatment from 1990 to 2022: a pooled analysis of 1108 population-representative studies with 141 million participants [Internet]. [citado 27 de noviembre de 2024]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)02317-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)02317-1/fulltext)
2. Diabetes - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2024 [citado 27 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
3. El número de personas con diabetes en las Américas se ha triplicado en tres décadas, según un informe de la OPS - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2022 [citado 27 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-11-2022-numero-personas-con-diabetes-americas-se-ha-triplicado-tres-decadas-segun>
4. Medina-Ramirez SA, Soriano-Moreno DR, Tuco KG, Castro-Diaz SD, Alvarado-Villacorta R, Pacheco-Mendoza J, et al. Prevalence and incidence of diabetic retinopathy in patients with diabetes of Latin America and the Caribbean: A systematic review and meta-analysis. PLOS ONE. 4 de abril de 2024;19(4):e0296998.
5. Mora-Romo JF. Adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 en México: Estudio de meta-análisis. Psicumex [Internet]. diciembre de 2022 [citado 6 de diciembre de 2024];12. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-59362022000100101&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Diaz H, Marcial D, Galicia L, Villarreal E, Julián C, Elizarrarás J. Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes sin hipertensión arterial. Horiz Méd Lima [Internet]. 2023 [citado 13 de enero de 2026];23(4). Disponible en: <https://doi.org/10.24265/horizmed.2023.v23n4.01>

7. La diabetes se constituye como séptima causa de muerte en nuestro país [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1057556-la-diabetes-se-constituye-como-septima-causa-de-muerte-en-nuestro-pais>
8. Garmendia-Lorena F. Situación actual de la prevención de la diabetes mellitus tipo 2. *Acta Médica Peru.* enero de 2022;39(1):51-8.
9. Majeed A, Rehman M, Hussain I, Imran I, Saleem MU, Saeed H, et al. <p>The Impact of Treatment Adherence on Quality of Life Among Type 2 Diabetes Mellitus Patients – Findings from a Cross-Sectional Study</p>. *Patient Prefer Adherence.* 26 de febrero de 2021;15:475-81.
10. Vilcamango Ugaldez EJ, Gil Merino SM, Valladares-Garrido MJ, Vilcamango Ugaldez EJ, Gil Merino SM, Valladares-Garrido MJ. Factores asociados a la adherencia terapéutica en diabéticos atendidos en dos hospitales peruanos. *Rev Cuba Med Mil* [Internet]. junio de 2021 [citado 8 de diciembre de 2024];50(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-65572021000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Pourhabibi N, Mohebbi B, Sadeghi R, Shakibazadeh E, Sanjari M, Tol A, et al. Determinants of Poor Treatment Adherence among Patients with Type 2 Diabetes and Limited Health Literacy: A Scoping Review. *J Diabetes Res.* 4 de julio de 2022;2022:2980250.
12. Díaz A, Rodríguez A, Achiong F, Cardona D, Maldonado G, Londoño E, et al. Adherencia terapéutica de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en cuatro áreas de salud del país. *Rev Finlay* [Internet]. 2024 [citado 13 de enero de 2026];14(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2221-24342024000100078&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

13. Hernández-Yépez PJ, Cordori-Carpio J, Basurto-Ayala P, Inga-Berrospi F, Valladares-Garrido MJ, Hernández-Yépez PJ, et al. Frecuencia y asociación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos. *Rev Cuba Med Mil* [Internet]. marzo de 2023 [citado 10 de diciembre de 2024];52(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-65572023000100017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. Paredes L. Factores influyentes en la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el departamento de medicina del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el período enero – marzo del 2023 [Internet] [Tesis de Pregrado]. [Lima - Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2023 [citado 13 de enero de 2026]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/7319>
15. Gonzales R, Lopez J. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, en el Centro de Salud de Condevilla – San Martín de Porres, 2023 [Internet] [Tesis de Pregrado]. 2023. Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/8684>
16. Farías-Vílchez BA, Bardales Ruíz D. Conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y adherencia al tratamiento en pacientes del hospital Reátegui, Piura, Perú. *ACTA MEDICA Peru*. 29 de abril de 2021;38(1):34-41.
17. Mishra R, Sharma SK, Verma R, Kangra P, Dahiya P, Kumari P, et al. Medication adherence and quality of life among type-2 diabetes mellitus patients in India. *World J Diabetes*. 15 de octubre de 2021;12(10):1740-9.
18. Oluchi SE, Manaf RA, Ismail S, Kadir Shahar H, Mahmud A, Udeani TK. Health Related Quality of Life Measurements for Diabetes: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 1 de septiembre de 2021;18(17):9245.

19. Tamornpark R, Utsaha S, Apidechkul T, Panklang D, Yeemard F, Srichan P. Quality of life and factors associated with a good quality of life among diabetes mellitus patients in northern Thailand. *Health Qual Life Outcomes*. 20 de mayo de 2022;20:81.
20. Gálvez Galán I, Cáceres León MC, Guerrero-Martín J, López Jurado CF, Durán-Gómez N. Health-related quality of life in diabetes mellitus patients in primary health care. *Enferm Clínica Engl Ed*. 1 de septiembre de 2021;31(5):313-22.
21. Rodriguez MYA. PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN EN SISTEMAS DE SALUD.
22. Chantzaras A, Yfantopoulos J. Association between medication adherence and health-related quality of life of patients with diabetes. *Hormones*. 1 de diciembre de 2022;21(4):691-705.
23. Miranda A, Gualán S. ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN DIABÉTICOS TIPO 2 DE UN CENTRO DE SALUD DE ECUADOR. *Perfiles*. 28 de marzo de 2023;1(29):63-8.
24. Ekenberg M, Qvarnström M, Sundström A, Martinell M, Wettermark B. Socioeconomic factors associated with poor medication adherence in patients with type 2 diabetes. *Eur J Clin Pharmacol*. enero de 2024;80(1):53-63.
25. Shakya P, Shrestha A, Karmacharya BM, Morisky DE, Kulseng BE. Factors Associated with Medication Adherence among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Hospital-Based Cross-Sectional Study in Nepal. *Int J Environ Res Public Health*. 14 de enero de 2023;20(2):1537.
26. Silva-Tinoco R, Cuatecontzi-Xochitiotzi T, Bernal-Ceballos F, Torre-Saldaña V de la, Galindez-Fuentes A, Castillo-Martínez L. Adherence to antidiabetic treatment in primary health care in individuals with type 2 diabetes. A survey including socio-demographic, patient related and clinical factors. *Prim Care Diabetes*. diciembre de 2022;16(6):780-5.

27. Aburto Neyra BDP. Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos atendidos en el Centro de Salud La Palma Grande, octubre a noviembre 2022 [Internet] [Médico cirujano]. [Lima]: Universidad Privada San Juan Bautista; 2023 [citado 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/4614>
28. UNFV_FMHU_Torres_Lopez_Miguel_Angel_Titulo_profesional_2023.pdf [Internet]. [citado 9 de febrero de 2025]. Disponible en: https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/7916/UNFV_FMHU_Torres_Lopez_Miguel_Angel_Titulo_profesional_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y
29. Diabetes - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2024 [citado 18 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
30. Sacks D, Arnold M, Bakris G, Bruns D, Horvath A, Lernmark Å, et al. Guidelines and Recommendations for Laboratory Analysis in the Diagnosis and Management of Diabetes Mellitus. Clin Chem [Internet]. 2023 [citado 13 de enero de 2026];69(8). Disponible en: <https://doi.org/10.1093/clinchem/hvad080>
31. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care. 11 de diciembre de 2023;47(Supplement_1):S20-42.
32. Hechavarría Naranjo S, Achiong Estupiñán F, Méndez Gómez H, Vega Rico O, Díaz Piñera A, Rodríguez Salvá A, et al. Caracterización clínica epidemiológica de la diabetes mellitus en dos áreas de salud. Municipio Cárdenas. 2017. Rev Médica Electrónica. agosto de 2019;41(4):899-913.
33. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 8. Obesity and Weight Management for the Prevention and Treatment of Type 2 Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care. 11 de diciembre de 2023;47(Supplement_1):S145-57.

34. Luyo Fajardo KG, Marin Pimentel KL, Zanoni Ramos OF. Serie de casos de las complicaciones agudas en adultos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 y 2 ingresados al Servicio de Emergencia de un hospital nacional de tercer nivel. 2021 [citado 9 de febrero de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/9420>
35. Sánchez Delgado JA, Sánchez Lara NE, Sánchez Delgado JA, Sánchez Lara NE. Epidemiología de la diabetes mellitus tipo 2 y sus complicaciones. *Rev Finlay*. junio de 2022;12(2):168-76.
36. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*. junio de 2009;41(6):342-8.
37. García Valle S. Factores de riesgo de no adherencia al tratamiento en pacientes mayores de un núcleo rural. *Rev OFIL*. junio de 2020;30(2):115-20.
38. Lars O, Terrence B. Adherence to Medication. *N Engl J Med*. 2005;
39. Berg KM, Arnsten JH. Practical and Conceptual Challenges in Measuring Antiretroviral Adherence. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 1 de diciembre de 2006;43(Suppl 1):S79-87.
40. Berg K, Arnsten J. Practical and Conceptual Challenges in Measuring Antiretroviral Adherence. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr* [Internet]. 2006 [citado 13 de enero de 2026];43:S79. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/01.qai.0000248337.97814.66>
41. Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication Adherence: Its Importance in Cardiovascular Outcomes. *Circulation*. 16 de junio de 2009;119(23):3028-35.
42. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda ÓA, Ortega Legaspi JM, Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, et al. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*. septiembre de 2018;16(3):226-32.

43. Lozada-Zapata A, Piscocoya J, Shiraishi-Zapata C, Mendieta-Albañil W. Calidad de vida y adherencia terapéutica en un programa de hipertensión arterial. *Rev Salud Pública*. 3 de febrero de 2023;22:618-25.
44. Chudek J, Kowalczyk A, Kowalczyk AK, Kwiatkowska J, Raczak G, Kozłowski D. Quality of life (QOL) evaluation after acute coronary syndrome with simultaneous clopidogrel treatment. *Arch Med Sci AMS*. 24 de febrero de 2014;10(1):33-8.
45. Louis G, Pétré B, Charlier N, Voz B, Guillaume M. [Quality of life in the medical field : a brief overview of its origin, semantics, measuring instruments and clinical use]. *Rev Med Liege*. septiembre de 2021;76(9):689-96.
46. Hernández R. Metodología de la Investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 2018: McGraw Hill; 2018.
47. Rodríguez Chamorro MÁ, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, José Faus M. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 1 de agosto de 2008;40(8):413-7.
48. Davis NJ, Billett HH, Cohen HW, Arnsten JH. Impact of Adherence, Knowledge, and Quality of Life on Anticoagulation Control. *Ann Pharmacother*. 1 de abril de 2005;39(4):632-6.
49. López-Carmona JM, Rodríguez-Moctezuma R. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública México*. junio de 2006;48(3):200-11.
50. Morales I. Intervención educativa para la adherencia del tratamiento en diabetes tipo II del Centro de Salud Olmos [Internet]. Universidad César Vallejo; 2022 [citado 14 de enero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/83441>

51. Rodríguez M, Garcia E, Rodríguez A, Batanero-Hernán C, Pérez E. REVISIÓN DE TEST VALIDADOS PARA LA VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO UTILIZADOS EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL. Pharm Care Esp [Internet]. 2020 [citado 14 de enero de 2026];22(3):148-72. Disponible en: <https://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/572>
52. Izquierdo A. Calidad de vida en personas adultos mayores con diabetes del servicio de medicina del Centro de Atención Primaria III Essalud, Puente Piedra, Lima - 2020 [Internet]. Universidad de Ciencias y Humanidades (UCH); 2021 [citado 14 de enero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.uch.edu.pe/handle/20.500.12872/626>
53. Aranda D, Herrera M. Asociación del apoyo familiar y adherencia al tratamiento del adulto con diabetes mellitus tipo II- Hospital Regional Docente de Trujillo 2019 [Internet]. [Trujillo - Perú]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/5943>

ANEXOS

ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA.

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la asociación entre la adherencia al tto y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de DM atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es la asociación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida: en su dimensión energía-movilidad en pacientes con diagnóstico de DM atendidos en consulta</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la asociación entre la adherencia al tto y la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de DM atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Determinar la asociación de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida, en su dimensión energía-movilidad en pacientes con diagnóstico de DM atendidos en consulta</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Ha: Existe asociación entre la adherencia al tto y la calidad de vida en pacientes con diagnóstico DM atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025.</p> <p>Ho: No existe asociación entre la adherencia al tto y la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de DM atendidos en el Hospital Santa Rosa de Lima – 2025.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>Ha1: Existe asociación entre la adherencia al tto y la calidad de vida en su dimensión energía-movilidad en pacientes con diagnóstico de DM atendidos en</p>	<p>Variable 1</p> <p>Adherencia al tratamiento</p> <p>Variable 2</p> <p>Calidad de vida</p>	<p>Método de estudio: Deductivo</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Tipo de investigación: básico</p> <p>Diseño de investigación: No experimental</p> <p>Población: Los pacientes de consulta externa que acuden al Hospital Santa Rosa de Lima</p> <p>Muestra: 140 pacientes de consulta externa que acuden al Hospital Santa Rosa de Lima.</p>

<p>externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025?</p> <p>¿Cuál es la asociación de la adherencia al tto y la calidad de vida, en su dimensión control de la diabetes, en personas con diagnóstico de dm atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025?</p> <p>¿Cuál es la asociación de la adherencia al tto y la calidad de vida en su dimensión ansiedad-preocupación, en personas con diagnóstico de DM atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025?</p> <p>¿Cuál es la asociación de la adherencia al tto y la calidad de vida, en su dimensión carga social, en personas con diagnóstico de diabetes DM en consulta externa</p>	<p>externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025</p> <p>Determinar la asociación de la adherencia al tto y la calidad de vida en su dimensión control de la diabetes, en personas con diagnóstico de dm atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025</p> <p>Identificar la asociación de la adherencia al tto y la calidad de vida en su dimensión ansiedad-preocupación, en personas con diagnóstico de diabetes mellitus atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025</p> <p>Determinar la asociación de la adherencia al tto y la calidad de vida en su dimensión carga social, en personas con diagnóstico de diabetes DM en consulta externa</p>	<p>consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025</p> <p>Ho1: No existe asociación entre la adherencia al tto y la calidad de vida en su dimensión energía-movilidad personas con diagnóstico de dm atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025</p> <p>Ha2: Existe asociación entre la adherencia al tto y la calidad de vida en su dimensión control de la diabetes, en personas con diagnóstico de DM atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025</p> <p>Ho2: No existe asociación entre la adherencia al tto y la calidad de vida en su dimensión control de la diabetes, en personas con diagnóstico de DM atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025</p> <p>Ha3: Existe asociación entre la adherencia al tto y la calidad de vida en su dimensión ansiedad-preocupación, en pacientes con</p>		<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumentos: Cuestionario de adherencia al tratamiento y cuestionario de calidad de vida.</p>
---	--	--	--	--

<p>de un hospital de tercer nivel Lima–2025?</p> <p>¿Cuál es la asociación de la adherencia al tto y la calidad de vida, en su dimensión funcionamiento sexual, en pacientes con diagnóstico de DM atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025?</p>	<p>de un hospital de tercer nivel Lima–2025</p> <p>Determinar la asociación de la adherencia al tto y la calidad de vida, en su dimensión funcionamiento sexual, en pacientes con diagnóstico de DM en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima -2025</p>	<p>diagnóstico de DM atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025</p> <p>Ho3: No existe asociación entre la adherencia al tto y la calidad de vida en su dimensión ansiedad-preocupación, en pacientes con diagnóstico de DM en un hospital de tercer nivel Lima–2025</p> <p>Ha4: Existe asociación entre la adherencia al tto y la calidad de vida en su dimensión carga social, en pacientes con diagnóstico de DM atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025</p> <p>Ho4: No existe asociación entre la adherencia al tto y la calidad de vida en su dimensión carga social, en pacientes con diagnóstico de DM atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima–2025</p> <p>Ha5: Existe asociación entre la adherencia al tto y la calidad de vida en su dimensión</p>		
--	---	--	--	--

		<p>funcionamiento sexual, en pacientes con diagnóstico de DM atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima-2025</p> <p>H05: No existe asociación entre la adherencia al tto y la calidad de vida en su dimensión funcionamiento sexual, en pacientes con diagnóstico de DM atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel Lima-2025</p>		
--	--	---	--	--

Anexo B: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de proyecto de investigación: Asociación entre la adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con diagnóstico de diabetes mellitus en el hospital Santa Rosa de Lima–2025.

Investigadores: Lopez Ramirez Ruth Sharon

Institución(es): Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

Invitamos a participar en el siguiente estudio: “Asociación entre la adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en el hospital Santa Rosa de Lima–2025”. Este es un estudio desarrollado por investigador de la Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW).

I. INFORMACIÓN

Propósito del estudio: Este estudio busca evaluar la asociación entre la adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en el hospital Santa Rosa de Lima–2025.

Duración del estudio: 5 meses

N° esperado de participantes: 140

Procedimientos del estudio: Si Usted acepta realizar este estudio se le brindara lo siguiente:

- Explicación de los objetivos
- Si aceptación del estudio, firma del consentimiento informado.
- Modo de responder los cuestionarios.

La encuesta tiene un tiempo de 20 minutos.

Los resultados se le entregarán a usted en forma individual y se respeta la confidencialidad y su anonimato.

Riesgos:

Tomar parte en esta investigación no representa ningún riesgo para su salud física o psicológica.

Beneficios:

Usted se beneficiará del presente proyecto al promover el conocimiento y posterior evaluación sobre la asociación entre la adherencia al tratamiento y calidad de vida

Costos e incentivos: Participar en esta investigación no generará ningún costo financiero para usted, y no recibirá incentivos económicos ni fármacos como compensación.

Confidencialidad: Los datos obtenidos se almacenarán mediante códigos para garantizar su anonimato. En caso de publicación de los resultados, no se revelará información identificable, y los archivos permanecerán únicamente dentro del equipo de estudio.

Derechos del paciente: La participación en este estudio es completamente voluntaria y opcional. Usted tiene la libertad de decidir si desea participar o no en la investigación. Asimismo, puede retirarse del estudio

en cualquier momento, sin necesidad de brindar explicaciones y sin que esto genere ningún tipo de penalización o consecuencia negativa para usted. Su decisión no afectará de ninguna manera los derechos, beneficios o servicios a los que tiene acceso, ni influirá en la calidad de la atención médica que recibe actualmente o que pueda recibir en el futuro. Además, negarse a participar o retirarse del estudio no implicará ningún tipo de restricción, discriminación o modificación en la atención de salud que le corresponde..

Preguntas/Contacto: Comunicarse con el principal investigador (Lopez Ramirez Ruth Sharon, teléfono: 9747334 y correo electrónico ruthsharonlopez@gmail.com).

Puede contactar al Comité de Ética que validó este estudio: Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, Responsable del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener. **Email:** comité.etica@uwiener.edu.pe

II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He revisado la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado (FCI) y confirmo que he recibido una explicación clara sobre los objetivos, procedimientos y propósitos del estudio. Todas mis dudas han sido aclaradas. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento sin que ello me cause perjuicio. Se me entregará una copia de este consentimiento.

Participante:

DNI:

Fecha:

Investigador:

DNI:

Fecha:

ANEXO C: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

I. Marca o responda

Sexo: Hombre () Mujer () **Edad en años:** _____

Grado de instrucción: Primaria () Secundaria () Técnico () Universitario ()

Condición laboral: Dependiente() Independiente () Desempleado ()

II. Instrucciones: El presente cuestionario está conformado por 10 items de respuesta única y ordenada en una escala de tipo Likert. Deberá marcar una de las 2 alternativas de acuerdo a lo experimentado en el último mes. Este cuestionario será evaluado, no obstante, sus datos no serán expuestos, por lo que le solicitamos sea lo más sincero posible.

N°	ITEMS	SI	NO
1	¿En ocasiones se le olvida tomar la medicación para la diabetes?		
2	En estas semanas, ¿ Se le olvidó algún día tomar la medicación para la diabetes?		
3	¿Redujo o no tomó la medicina sin consultar con médico porque se sentía peor cuando la tomaba?		
4	Cuando sale, ¿Algunas veces se le olvida llevar su medicación?		
5	¿El día de ayer se tomó la medicación?		
6	Cuando su glicemia esta controlada ¿deja de tomar su medicación?		

7	Tomar la medicación todos los días genera inconveniente para algunas personas ¿Alguna vez sintió que fue un inconveniente tomar la medicación para la diabetes?		
8	¿ el tratamiento mejorará su enfermedad?		
9	¿Considera que la medicina que tiene prescritos son los adecuados?		
10	¿frecuencia tiene dificultad para acordarse de tomar todos los medicamentos para la diabetes? Nunca/rara vez () De vez en cuando () A veces () Habitualmente () Todo el tiempo ()		

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA

Instrucciones: El presente cuestionario está conformado por 39 preguntas de respuesta única y ordenada en una escala tipo Likert. Deberá marcar una de las 6 preguntas de acuerdo a lo experimentado en el último mes. Este cuestionario será evaluado, no obstante, sus datos no serán expuestos, por lo que le solicitamos sea lo más sincero posible.

Respuestas y equivalencias:

No afecto para nada (Suma 1), casi nada (Suma 2), un poco (Suma 3), regular (Suma 4), demasiado (Suma 5), afecto tremendamente (Suma 6)

N°	Este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida?	No afecto para nada	Casi nada	Un poco	Regular	Demasiado	Afecto tremendamente
1	Horario de medicación para la diabetes						
2	Intranquilidad por problemas financieros						
3	Cansancio						
4	Continuar el tratamiento brindado por el médico						
5	Restricción con la comida para poder controlar la diabetes						
6	Preocupación por tu futuro						
7	Otros problemas de salud no relacionados DM						
8	Estrés en tu vida						
9	Sentirse débil						

10	Restricciones sobre la distancia que puede caminar						
11	Realizar ejercicio						
12	Perdida o disminución de la vista						
13	No realizar lo que uno quiere						
14	Tener diabetes						
15	Aumento o disminución de tu azúcar						
16	Otras enfermedades aparte de la diabetes						
17	Hacer pruebas para medir tu nivel de azúcar						
18	Tiempo requerido para controlar tu diabetes						
19	Restricciones que genera su diabetes sobre su familia y amigos						
20	Sentir vergüenza debido a tu diabetes						
21	Interferencia de su diabetes en su vida sexual						
22	Sentirse triste o deprimido						
23	Problemas con tu funcionamiento sexual						
24	Tener su diabetes controlada						
25	Complicaciones debidas a su diabetes						
26	Tener que realizar cosas que su familia y amigos no hacen						
27	Llevar un registro de tus niveles de azúcar						
28	La urgencia de comer a cada rato						
29	No poder realizar trabajos relacionados con la casa						

30	Disminución en el interés sexual						
31	Ajustar tu horario a la diabetes						
32	Sentir que se debe descansar frecuentemente						
33	Problemas al subir escaleras						
34	Tener problemas para ser independiente (vestirse, bañarse ir al baño)						
35	Tener el sueño intranquilo						
36	Andar más despacio que otras personas						
37	Estar etiquetado como diabético						
38	La diabetes interfirió con tu vida familiar						
39	Diabetes en general						




19% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 18%  Fuentes de Internet
- 13%  Publicaciones
- 18%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 18% Fuentes de Internet
- 13% Publicaciones
- 18% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	4%
2	Trabajos entregados	Submitted on 1690221939477	3%
3	Trabajos entregados	Integración Moodle Presencial 4.3 on 2025-11-30	2%
4	Publicación	Rios Avila, Betzabe Maria. "Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en ...	2%
5	Internet	hdl.handle.net	2%
6	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	1%
7	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-02-05	1%
8	Trabajos entregados	uwiener on 2024-01-31	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2022-10-01	<1%
10	Trabajos entregados	uwiener on 2023-11-27	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad Privada San Juan Bautista on 2023-08-16	<1%