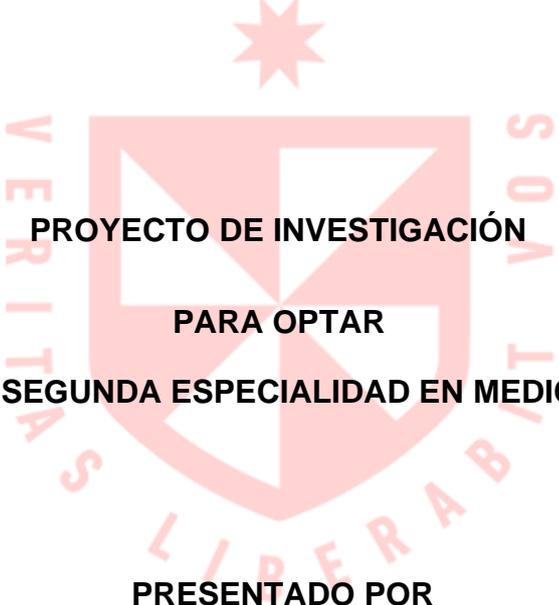


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSGRADO

**FACTORES ASOCIADOS A LA INADHERENCIA TERAPÉUTICA
DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 HOSPITAL NACIONAL
ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN**



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA**

PRESENTADO POR

RICHARD ANTHONY WATKINS SALAZAR

ASESOR

JOSE DEL CARMEN SANDOVAL PAREDES

LIMA - PERÚ

2024



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**FACTORES ASOCIADOS A LA INADHERENCIA TERAPÉUTICA
DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 HOSPITAL NACIONAL
ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA**

**PRESENTADO POR
RICHARD ANTHONY WATKINS SALAZAR**

**ASESOR
DR. JOSE DEL CARMEN SANDOVAL PAREDES**

LIMA, PERÚ

2024

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la situación problemática	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivos	3
1.3.1 Objetivo general	3
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4 Justificación	3
1.4.1 Importancia	3
1.4.2 Viabilidad y factibilidad	4
1.5 Limitaciones	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1 Antecedentes	5
2.2 Bases teóricas	9
2.3 Definición de términos básicos	12
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	14
3.1 Formulación	14
3.2 Variables y su definición operacional	14
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	16
4.1 Diseño metodológico	16
4.2 Diseño muestral	16
4.3 Técnicas de recolección de datos	17
4.4 Procesamiento y análisis de datos	19
4.5 Aspectos éticos	19
CRONOGRAMA	20
PRESUPUESTO	21
FUENTES DE INFORMACIÓN	22
ANEXOS	25
1. Matriz de consistencia	25
2. Instrumentos de recolección de datos	28
3. Consentimiento informado	29

NOMBRE DEL TRABAJO

Factores asociados a la inadherencia terapéutica de los pacientes diabéticos tipo 2 Hospital Naciona

AUTOR

RICHARD ANTHONY WATKINS SALAZAR

RECuento DE PALABRAS

7496 Words

RECuento DE CARACTERES

43159 Characters

RECuento DE PÁGINAS

32 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

175.2KB

FECHA DE ENTREGA

Jul 31, 2023 8:53 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jul 31, 2023 8:53 AM GMT-5

● **19% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 19% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

Se estima que la diabetes mellitus afecta un estimado de 425 millones de sujetos a nivel global.(1) En el Perú durante el año 2020, se midió que aproximadamente el 4.5% de las personas mayores de 15 y más años de edad tiene diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud. Por sexo, se estimó que el 4.8% de las mujeres y 4.1% de los hombres se encontraban afectados.(2)

A nivel mundial, la diabetes se encuentra como una de las causas principales de mortalidad. Según la Federación Internacional de la Diabetes, se calculó que el 11.3% de todas las causas posibles de muerte estaban asociados con esta enfermedad. La proporción de adultos que han fallecido antes de los 60 años por diabetes entre 20 a 79 años de edad para el año 2019 fue 1,945.1 miles.(3) Mientras que a nivel nacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) le atribuye la etiología de mortalidad de 2% de la población general.(4)

Cuando la diabetes mellitus no se encuentra controlada, al pasar el tiempo, el efecto que tendrá es el daño irreversible de muchos órganos y sistemas; traducándose en mortalidad prematura y discapacidad; comprometiendo tanto la esperanza de vida como la calidad de vida de los pacientes.

La discapacidad generada por la diabetes se traduce por sus complicaciones sistémicas y locales siendo de estas las más representativas la enfermedad renal crónica (ERC) con o sin hemodiálisis, la amputación por pie diabético y la retinopatía diabética (RD).

A pesar de que no se han encontrado artículos que definan específicamente la prevalencia a nivel nacional, se ha visto en una revisión bibliográfica no sistemática sobre la enfermedad renal crónica, que en uno de sus estudios poblacionales de 404 habitantes, se había calculado que la prevalencia de ERC era de 16.8%.(5) En un estudio donde se revisó la frecuencia y severidad de la enfermedad de la retina producida por la diabetes en pacientes del Instituto Regional de Oftalmología, se había encontrado que de 3239 pacientes que la prevalencia de RD fue de 25.9%,

donde el 79.3% presentó en rango leve a moderada retinopatía diabética no proliferativa (RDNP), el 10.1% presentó RDNP severa y el 10.6% RD proliferativa.(6) En otro estudio, se evaluó el estado de salud de pacientes diabéticos amputados por pie diabético en dos hospitales nacionales, de 96 pacientes encuestados la dimensión más afectada fue la discapacidad funcional 41.72% y 75% mostraron síntomas de depresión.(7)

Teniendo estos datos en cuenta, se puede apreciar que la diabetes, cuando la glicemia no se encuentra controlada, puede complicarse con afectaciones incapacitantes que comprometen de manera significativa a estos pacientes.

Precisamente por los hechos anteriormente mencionados, cabe la importancia de que el paciente con diabetes mellitus logre un control adecuado de su glicemia. Sin embargo, es frecuente que no se logren los objetivos terapéuticos establecidos por las guías de práctica clínica. Entre las causas más comunes de esto, se encuentra la falta de adherencia terapéutica por parte del paciente.(8)

La adherencia exitosa a la terapéutica puede estar sujeta a múltiples barreras. Identificando estas barreras se podrá generar estrategias de intervención hechas específicamente para aumentar la adherencia terapéutica.

En un estudio en Perú por Barra se planteó determinar la adherencia al tratamiento farmacológico oral de pacientes diabéticos en 7 localidades de la Costa peruana. En él se encontró que de los 284 pacientes encuestados sólo el 27.8% era adherente al tratamiento siendo un valor menor que el recomendado por la OMS.(9)

A nivel nacional existen estudios que han valorado la adherencia terapéutica en la diabetes, sin embargo no existen muchos estudios donde se identifican cuáles son los factores asociados a la falta de cumplimiento con la terapia.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores asociados a la inadherencia terapéutica de los pacientes diabéticos tipo 2 del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Identificar cuáles son los factores asociados a la inadherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos tipo 2 del Servicio de Endocrinología en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar si los factores demográficos (edad, sexo, grado de instrucción y estado civil) están asociados al abandono del tratamiento en pacientes diabéticos.

Determinar si la ocupación está asociado a la inadherencia terapéutica.

Determinar si la distancia del Hospital Sabogal actúa como factor geográfico asociado en impedir cumplir con la terapéutica en los pacientes diabéticos.

Determinar si los factores patológicos (tiempo de evolución de la diabetes y complicaciones tardías asociadas) se encuentran asociados a la falta de cumplimiento con la terapéutica.

Determinar si los factores terapéuticos (tratamiento no farmacológico, tratamiento farmacológico y apoyo terapéutico) están asociados a la inadherencia terapéutica en los pacientes diabéticos.

Determinar la magnitud de asociación de los factores mencionados al abandono del tratamiento.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

El proyecto de investigación que se realizará es relevante ya está demostrado que la diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad que al no ser controlada produce gran carga de morbilidad, disminuyendo tanto la calidad de vida como la esperanza de vida en los diabéticos.

El poder identificar los factores asociados con la falta de adherencia en estos pacientes ayudaría en establecer cuáles son los pacientes con mayor riesgo de inadherencia al tratamiento y también serviría para poder formular desarrollar estrategias para prevenir el abandono del tratamiento.

1.4.2 Viabilidad y factibilidad

El siguiente trabajo es factible debido a que en la institución donde se desarrollaría el trabajo aprobará su ejecución. Es un trabajo ejecutable ya que el costo para ejecutarlo es accesible además de que el procesamiento de los resultados se realizara a partir de herramientas estadísticas.

1.5 Limitaciones

La limitaciones principales del proyecto de investigación es que en primer lugar dependerá de que si los paciente deseen o no participar en el estudio. En segundo lugar, dependerá de la participación de los profesionales de la salud que laboren en el servicio de Endocrinología del Hospital Sabogal. Otra limitación que podría presentar el trabajo, es que depende del grado de veracidad que los pacientes respondan al momento de ser evaluados, que al no poder controlarse expondría a sesgo la investigación.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Vicente NG et al., en Brasil en el año 2018, por medio de un estudio de tipo observacional, cuantitativo, analítico, transversal; propusieron determinar la prevalencia de la adherencia a la terapéutica hipoglucemiante con las variables sociodemográficas de sexo, edad, grado de instrucción y renta individual; el tiempo de diagnóstico, presencia de complicaciones, tipo de diabetes, antecedente familiar, conocimiento de la enfermedad y actitud de enfrentamiento a la enfermedad. El estudio fue realizado durante el periodo de enero a julio del año 2014, por medio de recolección de datos utilizando cuatro cuestionarios y el análisis de datos mediante herramientas estadísticas. Los resultados del estudio mostraron que los sujetos que padecían diabetes mostraban una alta adherencia al tratamiento. No obstante, la correlación estadística señaló que las actitudes de enfrentamiento a la enfermedad positivas fue la variable con mayor influencia para la adherencia al tratamiento.(10)

Barra Malig, Solange Fabiola, en el año 2018, propuso determinar la asociación de la adherencia al tratamiento farmacológico oral de la diabetes mellitus en pacientes que padecen dicha enfermedad en 7 establecimientos de salud de la costa peruana, además de describir el grado de asociación entre la adherencia con el esquema terapéutico y otras variables sociodemográficas. El estudio fue de tipo observacional transversal con una duración de tres meses. Se aplicaron la prueba de Morisky Green y otro cuestionario diseñado por la misma autora. Al concluir el estudio, se pudo apreciar que los pacientes poseían un bajo nivel de adherencia en promedio (27.8%). Los variables con mayor asociación a mayor nivel de adherencia fueron de menor tiempo de evolución de su enfermedad y quienes ocupaban trabajos fuera de su hogar. Los otros variables estudiados no mostraron asociación significativa con la adherencia.(9)

Farías-Vilchez et al, en 2021, realizaron un estudio para poder determinar el nivel de asociación entre la información que poseen los pacientes acerca de la diabetes mellitus tipo 2 y su cumplimiento de la terapia. La población de estudio fueron los

pacientes diabéticos del Hospital Jorge Reátegui II en Piura, Perú que fueron atendidos durante el 2019 por consulta externa. El tipo de análisis fue observacional de tipo analítico, transversal con adquisición de datos de fuente primaria. Los datos obtenidos mediante el uso de tres instrumentos en forma de encuestas, fueron juntados y luego procesados por medio de herramientas estadísticas. Concluyeron que hay una relación significativa entre el nivel de información poseída y la adherencia terapéutica y que existe asociación significativa entre algunas variables sociodemográficas, la más alta existiendo con la escolaridad y procedencia del sujeto.(11)

Ramírez García MC et al., en el 2018, en Tabasco, México, plantearon analizar los factores que impactan la adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos de la Unidad de Especialidades de Enfermedades Crónicas en Villahermosa, Tabasco en un estudio de 6 meses. Éste fue de tipo cuantitativo, observacional, corte transversal y prospectivo. Utilizando herramientas para poder medir el nivel de conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad y otro midiendo el riesgo de no poder establecer adherencia terapéutica adecuada, concluyeron que la mayoría de los pacientes poseían un nivel de conocimientos intermedio lo cual implicaba que estaban en riesgo de no poder desarrollar una adherencia adecuada.(12)

Pomares Avalos AJ et al., plantearon que el desarrollo de la adherencia al tratamiento médico de la diabetes es mediante factores psicológicos y cognitivos. En su estudio de tipo transversal descriptivo en la provincia de Cienfuegos, Cuba, en el año 2018, encontraron que existía una deficiencia significativa en la adherencia terapéutica a pesar de tener un nivel de bienestar subjetivo elevado. Sin embargo también se encontró que el bienestar pudiese ser un factor protector para la salud del sujeto frente a procesos patológicos.(13)

Moreno Juste A et al, en el transcurso del año 2018, en España, a través de su estudio observacional transversal, retrospectivo sobre 16208 pacientes adultos mayores, quisieron describir la adherencia terapéutica que estos tenían y las

variables que lo influenciaban. Ellos encontraron que existía una adherencia para los hipoglucemiantes en un 72.7% y además se llegó a observar por cada patología crónica que padecía el paciente, una alza en el cumplimiento de la terapia de entre 3 a 8%. No se apreció un vínculo significativo entre salud mental de los pacientes y la adherencia. Variables sociodemográficos como edad y sexo tampoco produjeron resultados consistentes sobre la adherencia.(14)

Rangel YR et al, en Cuba en el año 2018, en su trabajo descriptivo de corte transversal, propusieron determinar los niveles de conocimientos sobre la diabetes y la autoestima de paciente adherentes y no adherentes a la terapéutica farmacológica. En promedio, hallaron un nivel bajo de conocimientos en pacientes adherentes (54%), y en no adherentes (58%), los cuales se asociaban a niveles medio de autoestima (47%). Mientras que en los pacientes que mostraron tener alto nivel de conocimiento prevaleció un nivel alto de autoestima (64%).(15)

Bello Escamilla NV et al., en Chile en el año 2016, en su estudio de diseño no experimental, transversal, describieron la asociación entre la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes diabéticos adultos mayores y las variables asociados con ésta. Encontraron que el 51.72% de pacientes eran adherentes al tratamiento. Sobre las variables sociodemográficas hallaron que los adultos mayores con bajo grado de instrucción presentaban un riesgo de 2.15 veces mayor de no adherirse, adultos mayores de 80 años presentaron un riesgo de 1.59 veces de no ser adherentes, y que pertenecer a un grupo socioeconómico bajo presentaba un riesgo de 5.40 mayor riesgo de inadherencia al tratamiento.(16)

Maidana GM et al, durante el año 2016 en Paraguay, describieron los factores que predisponen a la adherencia satisfactoria a la terapéutica medicamentosa en las personas con diabetes. Por medio de un estudio prospectivo observacional, descriptivo, transversal; entrevistaron pacientes atendidos en el Programa Nacional de Diabetes de edad promedio de 53 años con un tiempo de evolución de enfermedad promedio de 11 años. Hallaron que los factores con mayor asociación

a la falta de adherencia eran el olvido y la polifarmacia. Sin embargo en el estudio se encontró que el 87% de los pacientes entrevistados reportaban cumplir con su esquema de tratamiento y que 97% había recibido indicaciones previas de como efectivizar su medicación.(17)

Silva et al., en el año 2015, en Brasil, evaluaron el grado de adherencia al tratamiento farmacológico oral en pacientes diabéticos atendidos en diecisiete establecimientos de salud de primer nivel de atención y describir la asociación de la adherencia a variables sociodemográficas y clínicas. Encontraron que el 22.2% de los pacientes cumplían con la terapéutica y que no existía correlación estadística significativa entre las variables sociodemográficas y clínicas con el nivel de cumplimiento con la terapia; concluyendo que se deben de identificar otras variables en donde se puedan desarrollar estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento.(18)

Angelucci-Bastidas y Rondon-Bernard entre el año 2017 y 2018, en Caracas, Venezuela, emprendieron evaluar si fuese posible predecir que pacientes diabéticos tipo 2 serían inadherentes a su tratamiento analizando los factores psicosociales (depresión y rumiación), sociodemográficos (edad, sexo, grado de instrucción y estado civil) y patológicos (tiempo de enfermedad) mediante la técnica estadística de la regresión logística. Utilizando un estudio transversal, aplicando el Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos, el Cuestionario Tridimensional de Depresión y la Escala de Rumiación del Cuestionario de Estilo Emocional en 191 pacientes que asistían a la Fundación Antidiabética de Caracas, encontraron que 84 no cumplían con la terapéutica mientras que 107 si cumplía. En su estudio hallaron que el sexo femenino y mayor tiempo de enfermedad contribuían a mayor adherencia terapéutica, mientras que los factores más asociados para el abandono del tratamiento eran la terapia vía oral, el concubinato, la depresión fisiológica y la rumiación. Los factores que tenían mayor poder para diferenciar ambos grupos eran el sexo biológico, la depresión fisiológica y la rumiación.(19)

2.2 Bases teóricas

La diabetes mellitus tipo 2 se define por ser una patología producto de una alteración metabólica de etiología múltiple. Esta descrita por manifestarse de forma crónica con niveles elevados de glucosa sanguínea, insulinoresistencia y por una secreción inadecuada de insulina. Es una patología que muestra un aumento de prevalencia a nivel mundial, principalmente por las tasas en alza sedentarismo y obesidad. Los mecanismos exactos detrás de las alteraciones que lo caracteriza aun no son precisados por completo. Hasta la fecha se han podido identificar cuatro principales mecanismos que son motivo de estudio: La inflamación y la resistencia a la insulina del sujeto, la gluco-lipotoxicidad y el malfuncionamiento de las células beta del páncreas, la disfunción mitocondrial y la memoria metabólica y plasticidad celular.(20)

De estos cuatro mecanismos, la disfunción mitocondrial es la que se ha visto implicada en el desarrollo de las complicaciones tanto tempranas como tardías de esta patología. A pesar de que la mitocondria emplea la fosforilación oxidativa para transformar las calorías en energía utilizable, también produce radicales libres como un subproducto toxico. Cuando una persona tiene diabetes, dentro de la mitocondria existe un flujo mayor de ácidos grasos suelto que eleva la producción de radicales libres que obstaculizan la señalización de la insulina. La mitocondria, que posee una habilidad reducida de fosforilación oxidativa en sujetos con una dieta rica en calorías, serán sobrecargadas llevando a una hiperpolarización de membrana de éstas, traduciéndose en un bloqueo del uso de la glucosa a nivel de los tejidos periféricos. La glucosa excesiva no usada en la sangre interferirá con la señalización a las células beta del páncreas para secretar insulina. A demás los radicales libres en las mitocondrias de las células beta inhibirán la producción de ATP, siendo esto responsable de dos efectos claves: En primer lugar la baja cantidad de ATP conducirá a una baja secreción de insulina, afectando la activación de la glucoquinasa. En segundo lugar, la relación baja de ATP/ADP no permitirá activar la bomba de potasio dependiente de ATP. El resultado final será la hiperglicemia y la hipoinsulinemia. Esto correspondería a la primera fase de la diabetes llamada "fase independiente de insulina". Al continuar esta sobre carga calórica, las células beta

del páncreas activara el proceso de apoptosis, por medio del sistema mtPTP Beta celular llevando a la fase final de la diabetes: “diabetes dependiente de insulina”.

Subsecuentemente el estrés oxidativo de los radicales libres producidos por la mitocondria en los tejidos periféricos serán responsables de la insuficiencia arterial, retinopatía diabética, neuropatía diabética y nefropatía diabética, los cuales serán los responsables de las complicaciones de la diabetes como las ceguera por diabetes, polineuropatía diabética, la enfermedad renal crónica y la isquemia severa de las extremidades siendo motivo de las amputaciones.(20)

Se calcula que la diabetes mellitus afecta alrededor de 425 millones de sujetos a nivel global(1). En el año 2020 se calculó en el Perú que las personas mayores de 15 y más años de edad que fueron diagnosticado de diabetes por un profesional de la salud fue el 4.5%. De estos, 4.8% y 4.1% fueron del sexo femenino y masculino respectivamente.(2)

Es frecuente que los diabéticos no consigan el nivel de control de glicemias recomendadas por las guías de práctica clínica. Entre las razones identificables, resalta la falta de adherencia a la terapéutica del paciente. Los pacientes por lo general no toman su medicación de la manera prescrita por su médico o abandonan la terapia por completo. La adherencia terapéutica completa se define como el cumplimiento del 80% o más de las dosis prescritas. A su vez, se considera como falta de adherencia terapéutica no tomar las dosis precisas, no respetar el intervalo entre los diferentes medicamentos, el olvido de la toma de éstas y la suspensión antes del plazo fijado o abandono del tratamiento.(8)

La inadherencia al tratamiento y los factores que lo influyen es un tema de estudio por ser un factor común entre los pacientes donde no se logra observar lograr las metas de control glucémico, ya que se considera como factor de riesgo modificable para la progresión de la enfermedad.

La falta de adherencia puede medirse por métodos directos como indirectos. Los métodos directos miden las concentraciones de los fármacos en muestras de orina, sangre u otros líquidos biológicos. Debido a que estos requieren de pruebas

elaboradas de alto costo y poco prácticos es que se prefieren utilizar los métodos indirectos. Los métodos indirectos hacen uso de la adherencia auto reportada. De los métodos disponibles, el más utilizado es la encuesta de cuatro ítems elaborado por Morisky, Green y Levine en 1986. Originalmente diseñado para evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos; desde su invención ha sido validado para el uso en diferentes estudios sobre el tratamiento en enfermedades crónicas, incluyendo a la diabetes.(21)

Sobre la falta de adherencia al tratamiento, esta se caracteriza por ser un fenómeno multidimensional, determinando por las interacciones de varias causas, algunas siendo capaces de ser cambiadas y otras no. La falta de adherencia en la práctica se clasifica en dos grupos: intencionada y no intencionada. La intencionada se entiende que la falta de adherencia proviene de la decisión del paciente no seguir las indicaciones de tratamiento por varios motivos personales, como el temor a las reacciones adversas o por cuestiones de creencias. En la no intencionada, sucede lo opuesto, el paciente desea seguir con las indicaciones prescritas sin embargo se encuentra con obstáculos que no le permiten como la falta de comprensión de las indicaciones o la incapacidad de pagar el tratamiento. Los motivos para el incumplimiento de la terapia, tanto intencionada como no, se dividen en cinco grupos de factores: Elementos relacionados con el paciente, elementos asociados a la patología, elementos vinculados con la terapéutica, elementos socioeconómicos y factores asociados al sistema sanitario.(8)

Según la OMS, el incrementar la eficacia de las estrategias sobre la adherencia terapéutica tendrá una mayor repercusión sobre la salud de la población que cualquier estrategia específicamente orientada sobre la terapéutica.(22)

El tratamiento de la diabetes esta sostenida por las siguientes estrategias principales: La modificación de estilos de vida, también denominado el tratamiento no farmacológico. Este se basa en la eliminación de factores de riesgo modificables como el tabaquismo, el sedentarismo, el consumo excesivo de alcohol y la implementación de hábitos saludables como el ejercicio aeróbico regular y la alimentación saludable para promover la baja de peso para disminuir la insulinoresistencia. Luego está el tratamiento farmacológico lo cual engloba el uso

de hipoglucemiantes orales e inyectables. Se recomienda que el tratamiento farmacológico se inicie al momento del diagnóstico de la diabetes junto con la modificación de los estilos de vida. Al momento de comenzar con el tratamiento farmacológico se recomienda el inicio de monoterapia con metformina y en caso de que ésta no sea bien tolerada o está contraindicada se puede emplear el uso de otro hipoglucemiante. Cuando un paciente presente una hemoglobina glucosilada mayor a 8 se encuentra recomendado iniciar tratamiento farmacológico combinando la metformina con otro antidiabético oral. La insulino terapia se indica en pacientes diabéticos clínicamente inestables con clínica de diabetes descompensada o cuando se ha visto que los pacientes con tratamiento combinado no han logrado un control glucémico adecuado.(23)

2.3 Definición de términos básicos

Diabetes Mellitus tipo 2: Es el tipo más frecuente de diabetes en donde el cuerpo del sujeto, al inicio no puede utilizar la insulina de forma efectiva y con el paso del tiempo evoluciona a la producción insuficiente de ésta. Esto se traduce a niveles elevados de glucosa sanguínea. La glucosa elevada en exceso en la sangre o hiperglicemia con el paso del tiempo daña severamente muchos órganos y sistemas del cuerpo, sobre todo los nervios y los vasos sanguíneos.

Tratamiento no farmacológico: El tratamiento no farmacológico está orientado hacia la modificación de los factores de riesgo modificables en los pacientes diabéticos. Las estrategias más utilizadas son promover la pérdida de peso mediante el ejercicio aeróbico regular y la optimización de la dieta rica en frutas y verduras; y la eliminación de factores de riesgo como la ingesta excesiva de alcohol y el tabaquismo.

Tratamiento farmacológico: El tratamiento farmacológico se instaura cuando se ha visto que el tratamiento farmacológico es insuficiente para alcanzar el control de la glucosa sérica. Se centra en el uso de medicamentos hipoglucemiantes, pudiendo ser administrados por vía oral o inyectable.

Adherencia al tratamiento: La OMS lo define como el grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. Cuando el paciente no cumple con las recomendaciones es que se le considera inadherente(22).

Tipo de inadherencia al tratamiento: En la práctica se clasifica la falta de cumplimiento de la terapia como intencionada o no intencionada. La falta de cumplimiento terapéutico es intencional cuando el mismo paciente decide discontinuar su tratamiento, mientras que la inadherencia se cataloga como no intencionada cuando la interrupción del tratamiento se produce por obstáculos fuera del control del paciente.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación

Hipótesis Alternativa: En base a la literatura anteriormente revisada, veremos que en los pacientes que reúnen los factores demográficos (sexo masculino, edad menor a 65 años, sin ocupación, de grado de instrucción incompleta y soltero), los factores geográficos (vivir en otro distrito que no sea del Hospital), los factores patológicos (tiempo de enfermedad mayor a 10 años, con complicaciones micro y macro vasculares) y los factores terapéuticos (tratamiento no farmacológico, tratamiento vía oral y sin apoyo terapéutico) serán determinados como no adherentes al tratamiento por el test de Morisky Green (Anexo 3). Mientras que los factores de sexo femenino, menor de 65 años, con ocupación fuera del hogar, con educación primaria y secundaria completa o superior, de estado civil casado o conviviente, que vivan en el mismo distrito del Hospital, con tiempo de enfermedad menor a 10 años sin complicaciones micro o macrovasculares, con terapia farmacológica inyectable y que cuenten con apoyo terapéutico se comportaran como factores protectores que de la adherencia.

Hipótesis Nula: Se determinara que no existirá asociación entre la adherencia e inadherencia al tratamiento y los factores sociodemográficos, geográficos, patológicos y terapéuticos.

3.2 Variables y su definición operacional

Variables	Definición	Indicador	Escala de Medición	Tipo por naturaleza	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Adherencia	Paciente es adherente si responde de acuerdo al Morisky Green	El paciente será adherente al contestar No/Sí/No/No	Nominal	Cualitativa Dicotómica	Adherente No Adherente	Test de Morisky Green
Tipo de Adherencia	El tipo de adherencia al tratamiento puede ser intencionada o no intencionada	La inadherencia al tratamiento es voluntario o involuntario	Nominal	Cualitativa Dicotómica	Intencionada No Intencionada	Test de Morisky Green
Edad	Años cumplidos al llenar el cuestionario	Años	Intervalo	Cualitativa Dicotómica	Adulto: 18 – 65 Adulto mayor: 65 a más	DNI
Sexo	Según sexo biológico de pertenencia	Sexo biológico	Nominal	Cualitativa Dicotómica	Masculino Femenino	DNI

Distancia del Hospital	Si el paciente vive en el mismo distrito donde se encuentra el Hospital	Distrito	Nominal	Cuantitativa	Mismo distrito Otro distrito	DNI
Nivel de Instrucción	Años de escolarización	Grado de escolaridad cumplida	Ordinal	Cualitativa Politómica	Analfabeto Primaria Completa Primaria Incompleta Secundaria Completa Secundaria Incompleta Superior	Cuestionario
Ocupación	Actividad Remunerada o no Remunerada realizada habitualmente	Profesión ejercida para percibir un ingreso	Nominal	Cualitativa Dicotómica	En casa Fuera del hogar	Cuestionario
Estado Civil	Categoría entregada por el registro civil	Categoría del registro civil	Nominal	Cualitativa Politómica	Soltero Casado Conviviente Divorciado Viudo	DNI
Apoyo Terapéutico	Si el paciente cuenta con el apoyo de otra persona para cumplir con la terapéutica	Contesta si en el cuestionario	Nominal	Cualitativa Dicotómica	Si No	Cuestionario
Tiempo de Enfermedad	El tiempo que lleva el paciente desde su diagnóstico hasta el momento de realizar el cuestionario	Años	Intervalo	Cualitativa Politómica	6 meses – 1 año 1 año – menos de 5 años 5 años – menos de 10 años Más de 10 años	Historia Clínica
Tratamiento	El tipo de terapia hipoglucemiante que el paciente recibe	Tipo de tratamiento recibido	Ordinal	Cualitativa Politómica	No Farmacológica Monoterapia VO Combinada VO Insulinoterapia	Historia Clínica
Complicaciones Macrovasculares	La presencia de complicaciones macrovasculares en el paciente diabético	Pulsos periféricos Antecedente de ACV en la historia clínica Antecedente de cardiopatía isquémica en historia clínica	Nominal	Cualitativa Politómica	Enfermedad Arterial Periférica Cardiopatía Isquémica Enfermedad Cerebrovascular	Historia Clínica
Complicaciones Microvasculares	La presencia de complicaciones microvasculares en el paciente diabético	Evidencia de retinopatía diabética por evaluación Oftalmológica Signos y síntomas de neuropatía diabética Disminución de TFG asociada a diabetes	Nominal	Cualitativa Politómica	Retinopatía Diabética Neuropatía Diabética Nefropatía Diabética	Historia Clínica

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

Se realizara un estudio de tipo observacional, analítico, prospectivo, utilizando el cuestionario de cuatro ítems de Morisky Green para identificar los pacientes inadherentes y adherentes al tratamiento y otro cuestionario para la recolección de datos sociodemográficos de los pacientes diabéticos tipo 2 tratados en el servicio de Endocrinología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren dentro de un año de tiempo, entre el año 2023 y 2024.

4.2 Diseño muestral

Población universo

Pacientes diabéticos que reciben tratamiento en hospitalización o consultorio externo en el servicio de Endocrinología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

Población de estudio

Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 hospitalizados o que siguen tratamiento por consultorio externo en el servicio de Endocrinología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, que cumplan con los criterios de inclusión durante el periodo 2023 – 2024. Sera compuesto por dos grupos: Un grupo conformado de 50 pacientes inadherentes al tratamiento y el segundo grupo por 100 pacientes adherentes al tratamiento.

Criterios de elegibilidad

De inclusión

1. Pacientes mayor o igual a 18 años diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2
2. Pacientes con tiempo de enfermedad mayor o igual a 6 meses.
3. Pacientes que pertenezcan a la red Sabogal.
4. Pacientes que acepten participar en el estudio.

De exclusión

1. Personas que padecen trastornos cognitivos o neurológicos.

2. Personas que padezcan de cualquier patología que no les permita comprender y seguir indicaciones.

3. Pacientes que no suelen realizar su atención en el Hospital Sabogal.

De los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, se les pedirá que contesten el primer cuestionario, la encuesta de Morisky Green (Anexo 2A) para determinar su adherencia a la terapéutica. Se formarían entonces dos grupos de estudio: Uno en donde estén los pacientes adherentes al tratamiento (contestaron NO-SI-NO-NO) y el segundo compuesto por los pacientes inadherentes (contestaron SI-NO-SI-SI). La recolección de pacientes para el estudio continuaría hasta alcanzar 100 pacientes para el grupo adherente al tratamiento y 50 pacientes dentro del grupo inadherente al tratamiento.

Tamaño de la muestra

Debido a que no existe un control estadístico de cuantos pacientes diabéticos recibe por año el servicio de Endocrinología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, se ha optado por realizar un muestreo no probabilístico, de conveniencia.

Tomando la literatura anterior como referente para la estimación del tamaño de muestra se ha optado por realizar el muestreo hasta alcanzar 50 pacientes no adherentes al tratamiento y 100 pacientes adherentes al tratamiento.

Muestreo

Tipo de muestreo: Muestreo no probabilístico, de conveniencia.

Método de obtención de muestra: Se empleara los cuestionarios de manera consecutiva a los pacientes hospitalizados o atendidos por consultorio externo en el servicio de Endocrinología del Hospital Sabogal con la encuesta de Morisky Green, hasta alcanzar 50 pacientes no adherentes al tratamiento y 100 pacientes adherentes al tratamiento.

4.3 Técnicas de recolección de datos

Se contactara a los profesionales de la salud que laboran en consulta externa y en hospitalización del servicio de Endocrinología del Hospital Sabogal Sologuren para

poder determinar el número de profesionales de la salud que desearían colaborar con su participación en el estudio.

Luego por medio de una entrevista personal, estos preguntaran si desean participar o no del estudio todo paciente diabético que sea hospitalizado y que sea atendido en consultorio externo del servicio de Endocrinología del Hospital Sabogal que no cumplan con los criterios de exclusión durante el periodo de un año.

A los pacientes que desean participar del estudio, los profesionales de la salud aplicaran dos cuestionarios a sus pacientes, luego de que firmen el consentimiento informado del proyecto (Anexo 3).

Debido a que se está utilizando un muestreo por conveniencia se desarrollara la recolección de datos hasta obtener los datos de 50 paciente inadherentes y 100 pacientes adherentes.

Los datos obtenidos de los cuestionarios serán almacenados en una base de datos de Excel para posteriormente ser analizados con el programa estadístico SPSS.

Instrumentos de recolección y medición de variables

En primera instancia, se utilizará la encuesta de Morisky Green (Anexo 2A). Esta encuesta está compuesta por cuatro preguntas con respuesta dicotómica de tipo si/no, la cual demuestra la actitud que tiene el paciente ante su tratamiento. Ésta se utilizara para determinar si los pacientes son adherentes o no adherentes al tratamiento. Un paciente inadherente se determinara si en la encuesta responde SI-NO-SI-SI.

En segunda instancia a los pacientes se les solicitara llenar el segundo cuestionario (Anexo 2B). Este cuestionario fue elaborado con el propósito de juntar la información acerca de las co variables independientes sospechadas en el estudio: Edad, sexo, grado de instrucción, ocupación, estado civil, lugar de procedencia, tiempo de enfermedad, tratamiento indicado, apoyo terapéutico y si padecen de complicaciones tardías de la diabetes.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Los datos recolectados serán procesados mediante el programa estadístico SPSS. Se hará uso de la estadística descriptiva con los datos obtenidos mediante la creación de una tabla de las co variables en estudio para ambos grupos de estudio. Luego, se ejecutara un análisis bivariado para describir la información recolectada de los pacientes encuestados.

Se utilizara la prueba de Chi cuadrado para determinar si existe una asociación entre la variable dependiente y las co variables independientes. Posteriormente se buscara la magnitud de asociación entre estas variables con el Coeficiente de contingencia de Pearson.

Los resultados serán mostrados con intervalo de confianza de 95% y odds ratio.

Se determinara a p menor a 0.05 como estadísticamente significativo.

4.5 Aspectos éticos

A las personas que acepten participar, se les explicara detalladamente la metodología y los motivos detrás de éste. Antes de comenzar cada entrevista se solicitará que cada participante firme un consentimiento informado después de leerlo (Anexo 3).

Durante el desarrollo de este trabajo no habrá intervención en la evaluación médica, ni tampoco sobre la terapéutica que sigue reciba cada paciente.

Este proyecto será aprobado por el comité de ética de la Universidad San Martin de Porres – Facultad de Medicina Humana.

CRONOGRAMA

FASES	MESES	2023-2024								
		7	8	9	10	11	12	1	2	3
Aprobación del proyecto de investigación		x								
Recolección de datos			x	x	x					
Procesamiento y análisis de datos						x	x			
Elaboración del informe								x	x	x

PRESUPUESTO

Para la realización del presente trabajo de investigación, será necesaria la implementación de los siguientes recursos:

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	200.00
Internet	300.00
Impresiones	500.00
Logística	400.00
Traslados	1000.00
TOTAL	2400.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Robertson RP. Type 2 diabetes mellitus: Prevalence and risk factors [Internet]. UpToDate. 2021 [citado 26 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/risk-factors-for-type-2-diabetes-mellitus?search=diabetes%20mellitus%20EPIDEMIOLOGIA&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
2. INEI - Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2020 [Internet]. INEI. 2021 [citado 26 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1796/
3. Peru diabetes report 2000 — 2045 [Internet]. International Diabetes Federation. 2021 [citado 26 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://diabetesatlas.org/data/>
4. Diabetes Peru 2016 country profile [Internet]. [citado 26 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/diabetes-per-country-profile-peru-2016>
5. Añazco PH, Pacheco-Mendoza J, Taype A. Chronic kidney disease in Peru. A narrative review of scientific papers published. 2016;8.
6. Adrianzén RE, Rioja M, Manrique A. [Frequency and severity of diabetic retinopathy in patients with type 2 diabetes mellitus at the Regional Institute of Ophthalmology]. Rev Peru Med Exp Salud Publica. junio de 2019;36(2):260-4.
7. Carranza Carranza K, Grosso Salazar A, León Jiménez F, Amaro Martín F. [Health status assessment in patients with amputations due to diabetic foot in two hospitals in Peru in 2017]. Rehabilitacion. junio de 2019;53(2):78-84.
8. Cano Pérez JF, Franch Nadal J. 36.- Adherencia terapéutica en personas con diabetes. En: Guía de la diabetes tipo 2 para clínicos: Recomendaciones de la redGDPS [Internet]. España: Elsevier; 2018 [citado 25 de noviembre de 2022]. p. 264. Disponible en: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ak1KVJ_KE-YJ:https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro%3Fcodigo%3D692023&cd=4&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe
9. Barra Malig SF. Adherencia al tratamiento farmacológico oral de personas con diabetes mellitus en 7 localidades de la Costa de Perú. 2018 [citado 26 de noviembre de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/3737>

10. Vicente NG, Goulart BF, Iwamoto HH, Rodrigues LR, Vicente NG, Goulart BF, et al. Prevalencia de adhesión al tratamiento medicamentoso de personas con Diabetes Mellitus. *Enferm Glob.* 2018;17(52):446-86.
11. Farías-Vílchez BA, Ruíz DB, Farías-Vílchez BA, Ruíz DB. Conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y adherencia al tratamiento en pacientes del hospital Reátegui de Piura, Perú. *Acta Médica Peru.* enero de 2021;38(1):34-41.
12. Ramírez García MC, Anlehu Tello A, Rodríguez León A, Ramírez García MC, Anlehu Tello A, Rodríguez León A. Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Horiz Sanit.* diciembre de 2019;18(3):383-92.
13. Pomares Avalos AJ, Jorge González R, Alfonso Trujillo Y, Vázquez Núñez MA, Pomares Avalos AJ, Jorge González R, et al. Adherencia terapéutica y bienestar subjetivo en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Rev Finlay.* septiembre de 2019;9(3):221-5.
14. Moreno Juste A, Gimeno Miguel A, Poblador Plou B, González Rubio F, Aza Pascual-Salcedo MM, Menditto E, et al. Adherence to treatment of hypertension, hypercholesterolaemia and diabetes in an elderly population of a Spanish cohort. *Med Clin (Barc).* 5 de julio de 2019;153(1):1-5.
15. Rangel YR, Morejón Suárez R, Cabrera Macías Y, Herranz Brito D, Rodríguez Ortega W, Rangel YR, et al. Adherencia terapéutica, nivel de conocimientos de la enfermedad y autoestima en pacientes diabéticos tipo 2. *Gac Médica Espirituana.* diciembre de 2018;20(3):13-23.
16. Bello Escamilla NV, Montoya Cáceres PA, Bello Escamilla NV, Montoya Cáceres PA. Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. *Gerokomos.* 2017;28(2):73-7.
17. Maidana GM, Lugo G, Vera Z, Acosta P, Morinigo M, Isasi D, et al. Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa. *Mem Inst Investig En Cienc Salud.* abril de 2016;14(1):70-7.
18. Silva AP da, Borges BV de S, Neto JCGL, Avelino FVSD, Damasceno MMC, Freitas RWJF de. Adherencia al tratamiento con antidiabéticos orales en atención primaria de salud. *Rev Rene [Internet].* 28 de junio de 2015 [citado 9 de febrero de 2022];16(3). Disponible en: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2818>
19. Angelucci-Bastidas L, Rondón-Bernard JE, Angelucci-Bastidas L, Rondón-Bernard JE. Adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2: Un modelo de regresión logística. Caracas 2017-2018. *Medicas UIS.* agosto de 2021;34(2):29-39.

20. PÉREZ B. Epidemiología y fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de septiembre de 2009;20(5):565-71.
21. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI, Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm Internet. septiembre de 2018;59(3):163-72.
22. World Health Organization. Adherence to long-term therapies : evidence for action [Internet]. World Health Organization; 2003 [citado 26 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>
23. Aguilar Salinas CA, Aschner DrP. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia Edición 2019. 2019. :125.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Pregunta de Investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
<p>Cuáles son los factores asociados a la inadherencia terapéutica de los pacientes diabéticos tipo 2 del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren</p>	<p>General</p> <p>Identificar cuáles son los factores asociados a la inadherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos tipo 2 del Servicio de Endocrinología en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.</p> <p>Específicos</p> <p>Determinar si los factores demográficos (edad, sexo, grado de instrucción y estado civil), económicos (ocupación), geográficos (distancia del Hospital Sabogal), patológicos (tiempo de evolución de la diabetes y complicaciones tardías asociadas) y terapéuticos (tratamiento no farmacológico, tratamiento farmacológico y apoyo terapéutico) están asociados al abandono del tratamiento en los pacientes diabéticos.</p>	<p>Veremos que en los pacientes que reúnen los factores demográficos (sexo masculino, edad menor a 65 años, sin ocupación, de grado de instrucción incompleta y soltero), los factores geográficos (vivir en otro distrito que no sea del Hospital), los factores patológicos (tiempo de enfermedad mayor a 10 años, con complicaciones micro y macro vasculares) y los factores terapéuticos (tratamiento no farmacológico, tratamiento vía oral y sin apoyo terapéutico) serán determinados como no adherentes al tratamiento por el test de Morisky Green (Anexo 3). Mientras que los factores de sexo femenino, menor de 65 años, con ocupación fuera del hogar, con educación primaria y secundaria completa o superior, de estado civil casado o</p>	<p>El trabajo de investigación es de tipo observacional, analítico, prospectivo transversal</p>	<p>La muestra está compuesta por los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 hospitalizados o que siguen tratamiento por consultorio externo en el servicio de Endocrinología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, que cumplan con los criterios de inclusión durante el periodo 2023 – 2024. Estos serán captados por muestreo por conveniencia. 50 pacientes inadherentes al tratamiento y 100 pacientes adherentes al tratamiento.</p> <p>Se contactara a los profesionales de la salud que laboran en consulta externa y en hospitalización del servicio de Endocrinología del Hospital Sabogal Sologuren para poder determinar el número de profesionales de la salud que desearían colaborar con su participación en el estudio.</p>	<p>Encuesta de Adherencia al Tratamiento de Morisky Green de 4 items.</p> <p>Cuestionario elaborado para la recolección de datos de los pacientes.</p>

	<p>Determinar la magnitud de asociación de los factores mencionados al abandono del tratamiento.</p>	<p>conviviente, que vivan en el mismo distrito del Hospital, con tiempo de enfermedad menor a 10 años sin complicaciones micro o macrovasculares, con terapia farmacológica inyectable y que cuenten con apoyo terapéutico se comportaran como factores protectores que de la adherencia.</p>		<p>Luego por medio de una entrevista personal, estos preguntaran si desean participar o no del estudio todo paciente diabético que sea hospitalizado y que sea atendido en consultorio externo del servicio de Endocrinología del Hospital Sabogal que no cumplan con los criterios de exclusión durante el periodo de un año.</p> <p>A los pacientes que desean participar del estudio, los profesionales de la salud aplicaran dos cuestionarios a sus pacientes, luego de que firmen el consentimiento informado del proyecto (Anexo 3)</p> <p>Debido a que se está utilizando un muestreo por conveniencia se desarrollara la recolección de datos hasta obtener los datos de 50 paciente inadherentes y 100 pacientes adherentes.</p> <p>Los datos obtenidos de los cuestionarios serán almacenados en una base de datos de Excel para posteriormente ser analizados con el programa</p>	
--	--	---	--	---	--

				estadístico SPSS.	
--	--	--	--	----------------------	--

2. Instrumentos de recolección de datos

ANEXO 2A: TEST DE MORISKY GREEN

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?
2. ¿Toma la medicación a la hora indicada?
3. ¿Cuándo se encuentra bien deja alguna vez de tomar la medicación?
4. ¿Si alguna vez se siente mal, deja de tomar la medicación?

ANEXO 2B: CUESTIONARIO ELABORADO PARA RECOLECCION DE DATOS

Nombre:
Edad: Sexo: (Marque un alternativa) Masculino () Femenino ()
Dirección:
Teléfono: Estado Civil:
Grado de Instrucción:
Ocupación: (Marque una alternativa) Fuera de Casa () En Casa ()
Año de Diagnostico de Diabetes Mellitus Tipo 2:
Tiempo de Enfermedad:
Complicaciones Microvasculares: (Marque una o más alternativas) Retinopatía Diabética () Neuropatía Diabética () Nefropatía Diabética ()
Complicaciones Macrovasculares: (Marque una o más alternativas) Enfermedad Arterial Periférica () Cardiopatía Isquémica () Enfermedad Cerebro Vascular ()
¿Cuenta con apoyo en casa para llevar a cabo su medicación?: (Marque una alternativa) Si () No ()
Año de inicio de tratamiento antidiabético: Tratamiento Antidiabético: (Marque una o más alternativas) Tratamiento No Farmacológico () Tratamiento Farmacológico () Esquema Terapéutico: (Fármaco y Posología)

3. Consentimiento informado

La razón de este documento es brindar a los sujetos que desean participar en este trabajo una descripción acerca sobre ésta y exponer su rol en ella a los participantes.

El presente proyecto de investigación fue diseñado por Richard Anthony Watkins Salazar, Médico Cirujano, para optar por la Segunda Especialidad en Medicina Interna por la Universidad San Martín de Porres – Facultad de Medicina Humana. La meta de este estudio es determinar cuáles son los factores asociados a la inadherencia terapéutica de los pacientes diabéticos tipo 2 atendidos por el servicio de Endocrinología en las áreas de Hospitalización y Consultorio Externo del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren entre los años 2023 – 2024.

Si usted acepta a participar en el presente estudio, se le solicitara contestar las preguntas entregadas en la encuesta de Morisky Green y el cuestionario elaborado para recoger los datos que se desean estudiar en esta investigación.

La participación en este trabajo es voluntaria. La información que se colecte es de carácter confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Una vez que se haya concluido la investigación las encuestas y cuestionarios serán destruidas.

De contar con cualquier duda sobre este trabajo, podrá realizar sus preguntas durante su participación en éste. También se le informa que podrá retirarse del proyecto sin que eso afecte su atención recibida. Si durante la entrevista las preguntas le llegasen a incomodar, usted guarda el derecho de ponérselo en conocimiento al investigador o de omitir sus respuestas.

Se le agradece por su apoyo.

Yo accedo formar parte de este trabajo de manera voluntaria, dirigida por la Universidad San Martín de Porres – Facultad de Medicina Humana. Se me ha dado saber sobre el fin del trabajo actual y se me ha señalado que deberé responder una encuesta y un cuestionario.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre del Participante:

Firma del Participante:

Fecha:

(Llenar en letras de imprenta)