



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

INFORME DE TESIS

**“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y AUTOCUIDADO
DEL ADULTO MAYOR DIABETICO, USUARIOS DE UN
PROGRAMA DE UN CENTRO DE SALUD DE AMBO”**

**TESIS DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TESISTA: TARAZONA CRUZ, Clendy
TUTORA: Lic. PALMA LOZANO, Diana

HUÁNUCO, PERÚ

2017

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y AUTOCUIDADO
DEL ADULTO MAYOR DIABETICO, USUARIOS DE UN
PROGRAMA DE UN CENTRO DE SALUD DE AMBO.”



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 16:00 horas del día 26 del mes de mayo del año dos mil diecisiete, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- Dra. Gladys Liliana Rodríguez De Lombardi **Presidenta**
- Mg. Edith Cristina Jara Claudio **Secretaria**
- Mg. Bethsy Diana Huapalla Céspedes **Vocal**

Nombrados mediante Resolución N°691-2017-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulado: **“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DIABÉTICO USUARIO DE UN PROGRAMA DE UN CENTRO DE SALUD DE AMBO”**, presentada por la Bachiller en Enfermería **Srta. Clendy TARAZONA CRUZ**, para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) Aprobado por Unanimidad con el calificativo cuantitativo de 14 y cualitativo de suficiente.

Siendo las 5 pm horas del día 26 del mes de mayo del año 2017, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


PRESIDENTA


SECRETARIA


VOCAL

IV

LISTA DE ACRÓNIMOS

OMS	Organización Mundial de la Salud
DM:	Diabetes Mellitus
MINSA	Ministerio de Salud
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
DIRESA	Dirección Regional de Salud
PROMSA	Promoción de la Salud

INDICE DEL CONTENIDO

	Pag.
CAPÍTULO I	
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Descripción del problema	8
1.2. Formulación del problema	14
1.3. Objetivos	15
1.4. Hipótesis	16
1.5. Variables	19
1.6. Operacionalización de variables	19
1.7. Justificación de la investigación	20
1.7.1. A nivel teórico	20
1.7.2. A nivel práctico	21
1.7.3. A nivel metodológico	22
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO	
2.1 . Antecedentes de investigación	23
2.2 . Bases teóricas	27
2.2.1 . Teoría de autocuidado	27
2.3 . Bases conceptuales	29
2.3.1 . Diabetes mellitus	29
2.3.2 . Tipos de diabetes	29
2.3.3 . Complicaciones de la diabetes	36
2.4 . La adherencia al tratamiento	41
CAPÍTULO III	
3. MARCO METODOLÓGICO	
3.1 . Tipo de estudio	55
3.2 . Diseño de estudio	56
3.3 . Población	56
3.4 . Muestra y muestreo	57
3.5 . Métodos e instrumentos de recolección de datos	58
3.6. Validez y confiabilidad de los instrumentos	55
3.7. Procedimientos de recolección de datos	62
3.8. Elaboración de datos	63
3.9. Análisis e interpretación de datos	64
3.10. Consideraciones éticas	64
CAPÍTULO IV	
4. ANÁLISIS DE RESULTADOS	
4.2. Resultados descriptivos	65
4.2. Resultados inferenciales	81

CAPÍTULO V
5. DISCUSIÓN

5.1. Discusión de los resultados	86
Conclusiones	87
Recomendaciones	88
Referencias bibliográficas	89
Anexos	90

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Descripción de la edad en años de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.	54
Tabla 2.	Descripción del género de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.	55
Tabla 3.	Descripción de la procedencia de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.	56
Tabla 4	Descripción del estado civil de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.	57
Tabla 5.	Descripción del grado de escolaridad de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.	58
Tabla 6.	Descripción de la adherencia relacionada al tratamiento de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.	59
Tabla 7.	Descripción de la adherencia relacionada a la dieta de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.	60
Tabla 8.	Descripción de la adherencia relacionada con la atención de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.	61
Tabla 9.	Descripción de la adherencia al tratamiento general de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.	62

Tabla 10.	Descripción del autocuidado dimensión capacidad de mantenimiento de un consumo de alimento suficiente de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.	63
Tabla 11.	Descripción del autocuidado dimensión: capacidad de preservación de equilibrio entre actividad y reposo de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.	64
Tabla 12.	Descripción de autocuidado: capacidad de mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.	65
Tabla 13.	Descripción del autocuidado dimensión: capacidad de prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.	66
Tabla 14.	Descripción de la capacidad de promoción del funcionamiento y desarrollo personal de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.	67
Tabla 15.	Descripción de la capacidad de autocuidado general de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.	68
Tabla 16.	Relación entre la adherencia al tratamiento y la capacidad de mantenimientos de una consumo de alimento suficiente de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.	69
Tabla 17.	Relación entre la adherencia al tratamiento y la capacidad de mantenimientos de una consumo de alimento suficiente de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.	70
Tabla 18.	Relación entre la adherencia al tratamiento y la capacidad de mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.	71
Tabla 19	Relación entre la adherencia al tratamiento y la capacidad de prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el	73

	bienestar personal de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.	
Tabla 20	Relación entre la adherencia al tratamiento y la capacidad de promoción del funcionamiento y desarrollo personal de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.	75
Tabla 21	Relación entre la adherencia al tratamiento y la capacidad de autocuidado de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.	77

DEDICATORIA

A Dios por darme salud y permitirme culminar mis estudios, por ser manantial de vida y darme lo necesario para seguir adelante día a día para lograr mis objetivos y metas, por su infinito amor para conmigo, familiares y amigos.

A mí Padre por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracteriza y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante, por su amor que me da día a día sin límites de nada, por el sacrificio que hace para apoyarme y por darme lo mejor.

A mí Madre por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor y comprensión y porque nunca dudó que lograría este triunfo.

La autora.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de Huánuco, Facultad de Ciencias de la salud, Escuela Académico Profesional de Enfermería y sus Docentes por su amabilidad, atenciones y por los conocimientos transmitidos a lo largo de estos años.

A mi Asesora Lic. Diana Palma Lozano, por impartir sus conocimientos, por la confianza dada, por su dedicación para conmigo y su apoyo en esta investigación.

A los(as) Licenciados (as) Miembros del Jurado quienes me apoyaron desinteresadamente y colaboraron con sus aportes invaluable para la culminación de este estudio.

A todos mis familiares, amigos quienes de estuvieron conmigo siempre, quienes me apoyaron y alentaron para continuar con esta investigación.

La autora.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y el autocuidado del adulto mayor diabético, usuarios de un programa de un Centro de Salud de Ambo.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo relacional con 45 adultos mayores diabéticos, usuarios de un programa de un centro de salud de Ambo durante el periodo 2016. Se empleó una guía de entrevista sociodemográfica una escala para estimar la capacidad de autocuidado. En el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba Chi cuadrada.

Resultados: El 60.0% tuvieron buena adherencia al tratamiento y el 71.1% tuvieron buena capacidad de autocuidado, por otro lado, en cuanto a la relación de la adherencia al tratamiento y la capacidad de mantenimiento de un consumo de alimento suficiente tuvieron una significancia de $P \leq 0,003$ y en cuanto a la relación que existe entre la adherencia al tratamiento y el autocuidado en sus diferentes capacidades tuvieron una significancia de $P \leq 0,005$

Conclusiones: Finalmente se concluyó que, si existe relación entre la adherencia al tratamiento y el autocuidado del adulto mayor diabético, usuario de un programa de un centro de salud de Ambo.

Palabras clave: adherencia al tratamiento, autocuidado

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between adherence to treatment and self-care of the elderly diabetic, Users of a program of an Ambo Health Center.

METHODS: We conducted a descriptive relational study with 45 elderly adult diabetic users of a program at an Ambo health center during the period 2015 and 2016. A sociodemographic interview guide was used to estimate the capacity for self-care. The inferential analysis of the results was used Chi Square test.

Results: 48.8% had good adherence to treatment and 62.2% had good self-care capacity; on the other hand, the relationship between adherence to treatment and maintenance capacity of sufficient food intake had a significance of $P \leq 0.0045$ and regarding the relationship between adherence to treatment and self-care in their different capacities had a significance of $P \leq 0.005$

Conclusions: Finally, it was concluded that if there is a relationship between adherence to treatment and self-care of the elderly diabetic, a program user of a health center in Ambo.

Key words: adherence to treatment, self-care

INTRODUCCION

La persona sana o con un adecuado autocuidado, con las capacidades que ha adquirido a lo largo de la vida, y que lleva a mantener un autocuidado eficaz que se traduce en un nivel óptimo de bienestar, el tener un régimen de adherencia al tratamiento y una capacidad de autocuidado ayuda a las personas a mantener un buen estado de salud y poder mantener una enfermedad si esta ha sido diagnosticada.

En ese sentido la investigación se organiza en cinco capítulos, el primer capítulo se aborda el problema, la formulación del problema, los objetivos, la hipótesis, las variables y la justificación e importancia del estudio

El segundo capítulo está compuesto por el marco teórico, el cual incluye los antecedentes de investigación, las bases teóricas para el sustento del problema y las bases conceptuales

En el tercer capítulo se expone la metodología de la investigación, la cual está compuesta de las siguientes partes: tipo de estudio, diseño de la población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección, elaboración y análisis de datos y las consideraciones éticas.

Asimismo en el cuarto capítulo se presentan los resultados de la investigación compuestos por los resultados descriptivos y los resultados inferenciales

Por ultimo en el quinto capítulo se presenta la discusión de los resultados, Posteriormente se presentan las conclusiones y las recomendaciones. También se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

La persona sana o con un adecuado autocuidado, con las capacidades que ha adquirido a lo largo de la vida, y que lleva a mantener un autocuidado eficaz que se traduce en un nivel óptimo de bienestar. Cuando estas capacidades no logran mantener el equilibrio comienza a ser necesaria la acción de enfermería a fin de restablecer el equilibrio, encontrándose así en una situación de autocuidado ineficaz que requiere la acción de agentes de salud que ayuden a restablecer el bienestar de los pacientes con Diabetes Mellitus. Las capacidades de autocuidado están directamente influenciadas por la adherencia al tratamiento, el conocimiento de habilidades de autocuidado y la capacidad para hacer frente a las dificultades con las que se encuentre a lo largo de su vida¹.

Por su parte Contreras; Hernández; Castro; Navarro², evidenciaron que el autocuidado se convierte en un aspecto inherente a la vida del ser humano y mucho más en aquellas personas que padecen enfermedades crónicas como la diabetes, cuyas actividades de cuidado son decisivas en el mejoramiento de la salud. La Diabetes Mellitus como enfermedad crónica ha tenido un importante impacto socio sanitario por su alta frecuencia, las complicaciones que ocasiona y su elevada mortalidad, la diabetes se es una enfermedad común en las cuales

tiene que tener en cuenta el paciente de llevar un autocuidado adecuado y adherirse al tratamiento propuesto por el médico.

De acuerdo Giacaman J.³, en Chile en el 2013, evidenció que la diabetes es una enfermedad crónica a nivel mundial, con una tasa de 5.3 por 100,000 habitantes. Desde el año 2008 es la tercera causa de defunción y la primera en el grupo de 45 a 65 años de edad. En EEUU 2012 se calcula que, aproximadamente, 125.000 muertes anuales y entre el 5-10% de los ingresos hospitalarios pueden imputarse a una falta de cumplimiento fármaco terapéutico. Al año 2015, se estimó que más de 35 millones de personas sufren de DM en nuestro continente. El 54% corresponde a América Latina y el Caribe (ALC), con una proyección de 64 millones al 2025, elevándose a un 62%. En cifras generales, el 8 por ciento de los ciudadanos de Pekín, 1.1 millones de personas, son diabéticos, una cifra que es cuatro veces mayor que hace 25 años, cuando China empezó su apertura económica.

Según Cairo; Avila., Laura; García; Gómez., Higinio⁴, en el 2012 describieron que la diabetes es un padecimiento crónico de amplia distribución que actualmente afecta a más de 171 millones de personas en el mundo, pudiendo incrementarse hasta 366 millones en el 2030.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) citado por Beltrán y Leal⁵, En Bogotá evidenciaron que la diabetes es una patología de importancia, en el año 2012 fue responsable de 3382 defunciones lo que corresponde al 3.9 % de las defunciones en ese año, siendo la quinta patología con más defunciones

(33). El 2013, 10.693 personas estaban en programa de hemodiálisis crónica, 33% de ellas por causa de la diabetes mellitus, lo que representa una tasa de 685 por millón de habitantes y un costo aproximado de \$500.000 mensuales por paciente.

Las personas con diabetes que no se cuidan adecuadamente, y no se adhieren al tratamiento por lo cual están en constantes ingresos, egresos hospitalarios y consulta externa en personas mayores de 45 años. La Asociación Colombiana de Diabetes ha estimado que el 7% de la población colombiana mayor de 30 años tiene Diabetes Mellitus, y alrededor de un 30 a 40% de los afectados desconocen su enfermedad. Cabe anotar que esta enfermedad es responsable de la muerte prematura en la mayoría de los países, debido principalmente al aumento en el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Las enfermedades cardiovasculares son responsables del 50 al 80% de las muertes en personas con diabetes⁶.

En el área de autocuidado del paciente con Diabetes Mellitus se referencian diversos estudios, como el realizado en México en el 2013 cuyos resultados reportan un nivel de autocuidado bueno en el 49% de los pacientes y aceptable en el 14%; concluyen que más del 50% de los pacientes presentaron disminución de las cifras de glicemia en ayunas, posterior a las sesiones educativas recibidas, y resalta la importancia del efecto de la educación en el control metabólico de estos pacientes. Los conocimientos básicos sobre diabetes fueron escasos: el 64,3% desconocía la concentración normal de

glicemia, el 89,4% no sabía cómo realizar intercambios de alimentos en la dieta y el 44,9% ignoraba la importancia del cuidado de los pies⁷.

Las principales causas ocasionadas por un mal manejo del autocuidado y la falta de adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 es la amputación de los miembros de origen no traumático, así como otros problemas que son ocasionadas por falta de las ya mencionada enfermedad⁸.

De acuerdo a estudios realizados por Aucay, Carabajo⁹, la alimentación ejercicio físico, ingesta adecuada del tratamiento y cuidados generales en pies y piel. Con estos cuidados se pretende que las personas diabéticas del Centro de Salud N° 1 mantengan un mejor control de su enfermedad, debido a que si hay más conocimiento será mejor convivir con la misma.

Al ser la diabetes una enfermedad crónica no transmisible que hoy en día trae consecuencias fatales como la amputación de los miembros, fallas en la visión, falla irreparable en los riñones hasta el punto de dejar de funcionar y a un infarto que puede causar la muerte todas estas son complicaciones de una enfermedad mal tratada, por falta de tratamiento a mal manejo del mismo¹⁰.

En España la American Heart Association citado por Puerto¹¹ en el 2013 reportó dentro de las consecuencias de la DM las Patologías Cardiovasculares: La incidencia de enfermedades cardiovasculares está incrementada en quienes experimentan DM de tipos 1 y 2.

En Madrid, Brandon L y Feist, J¹² en el 2013 reportaron que los casos de Dislipidemia tuvieron un auge en aumento en pacientes diabéticos de un

41% con problemas de dislipidemia de 2500 ,mayor del 2010 que los casos obtenidos de diabéticos más del 35% presentaron problemas de dislipidemia. Una creciente considerable a comparación a pacientes que no sufren de DM.

En Perú Corbacho A ¹³ en el 2012 encontró que las Complicaciones en las extremidades inferiores es la primera causa de amputación no traumática de las extremidades inferiores. Alrededor de 15% de los diabéticos presenta una úlcera en el pie, y una fracción importante de ellos sufrirá en algún momento una amputación (riesgo del 14 al 24% con esa úlcera u otras úlceras posteriores). Los factores de riesgo de úlceras en el pie o de amputación comprenden: sexo masculino, diabetes de más de 10 años de duración, neuropatía periférica, estructura anormal del pie (alteraciones óseas, callo, engrosamiento de las uñas), enfermedad vascular.

En Perú Molina¹⁴ en el 2012 informó que dentro de las consecuencias de la DM con casos considerables son Las dermatopatías diabéticas, a veces 96 denominadas pápulas pre tibiales pigmentadas o "manchas cutáneas diabéticas", empiezan en una zona eritematosa y evolucionan a un área de hiperpigmentación circular. Estas lesiones evidenciaron una creciente de casos de 60% a diferencia del 2010 solo un 40% de 33.000 pacientes con DM se encontraron dermatopatías diabéticas estudio realizado en diferentes hospitales.

La presencia de enfermedad condiciona en los individuos una percepción diferente de su estado de salud, probablemente relacionada con el acceso a los servicios de salud y por ende a la información recibida sobre su

enfermedad, en este sentido nuestros resultados concuerdan con los postulados de Orem y los diferentes autores consultados, que refieren que el factor que más influye positivamente en el desarrollo de estas capacidades y habilidades en una persona adulta es la alteración percibida de su estado de salud.¹⁵

El autocuidado es muy importante en las personas que padecen esta enfermedad ya que se puede prevenir complicaciones a largo plazo y así disminuir la tasa de morbimortalidad. La teoría del autocuidado tiene su origen en “El autocuidado es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo”. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar¹⁶.

Por lo expuesto, se elabora la presente investigación cuyo objetivo es relacionar la adherencia al tratamiento y autocuidado del adulto mayor diabético, usuarios de un programa del adulto mayor, de un Centro de Salud de Ambo Huánuco para poder conocer con los resultados del estudio los determinantes que influyen para que el paciente no pueda cumplir con el tratamiento.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

- ¿La adherencia al tratamiento se relaciona con el autocuidado del adulto mayor diabético, del centro de salud de Ambo?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿La adherencia al tratamiento se relaciona con el mantenimiento de un consumo de alimento suficiente del autocuidado del adulto mayor diabético, usuarios de un programa del adulto mayor, de un centro de salud de Ambo?
- ¿La adherencia al tratamiento se relaciona con la preservación de equilibrio entre actividad y reposo del autocuidado del adulto mayor diabético, usuarios de un programa del adulto mayor, de un centro de salud de Ambo?
- ¿La adherencia al tratamiento se relaciona con el mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social del autocuidado del adulto mayor diabético, usuarios de un programa del adulto mayor, de un centro de salud de Ambo?
- ¿La adherencia al tratamiento se relaciona con la prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal del autocuidado del adulto mayor diabético, usuarios de un programa del adulto mayor, de un centro de salud de Ambo?
 - ¿La adherencia al tratamiento se relaciona con la promoción del funcionamiento y desarrollo personal del autocuidado del adulto mayor diabético, usuarios de un programa del adulto mayor, de un centro de salud de Ambo?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y el autocuidado del adulto mayor diabético, usuarios de un programa del adulto mayor, de un centro de salud de Ambo.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y el autocuidado en la dimensión: mantenimiento de un consumo de alimento suficiente del autocuidado del adulto mayor diabético, usuarios de un programa del adulto mayor, de un Centro de Salud de Ambo.
- Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y el autocuidado en la dimensión: preservación de equilibrio entre actividad y reposo del autocuidado del adulto mayor diabético, usuarios de un programa del adulto mayor, de un Centro de Salud de Ambo.
- Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y el autocuidado en la dimensión: mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social del autocuidado del adulto mayor diabético, usuarios de un programa del adulto mayor, de un Centro de Salud de Ambo.
- Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y el autocuidado en la dimensión: prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal autocuidado del adulto mayor diabético, usuarios de un programa del adulto mayor, de un Centro de Salud de Ambo.

- Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y el autocuidado en la dimensión: promoción del funcionamiento y desarrollo personal del autocuidado del adulto mayor diabético, usuarios de un programa del adulto mayor, de un centro de salud de Ambo.

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis general

Ho: No Existe relación entre la adherencia al tratamiento y el autocuidado del adulto mayor diabético, usuarios de un programa del adulto mayor, de un centro de salud de Ambo

Hi: Existe relación entre la adherencia al tratamiento y el autocuidado del adulto mayor diabético, usuarios de un programa del adulto mayor, de un centro de salud de Ambo

1.4.2. Hipótesis específicas

Ho₁: No Existe relación entre la adherencia al tratamiento y el autocuidado dimensión: mantenimiento de un consumo de alimento suficiente del adulto mayor diabético, usuarios de un programa del adulto mayor, de un centro de salud de Ambo

Ha₁: Existe relación entre la adherencia al tratamiento y el autocuidado dimensión: mantenimiento de un consumo de alimento suficiente del adulto mayor diabético, usuarios de un programa del adulto mayor, de un centro de salud de Ambo

Ho₂: No Existe relación entre la adherencia al tratamiento y el autocuidado en la dimensión: preservación de equilibrio entre actividad y reposo del adulto mayor diabético, usuarios de un programa del adulto mayor, de un centro de salud de Ambo

Ha₂: Existe relación entre la adherencia al tratamiento y el autocuidado en la dimensión: preservación de equilibrio entre actividad y reposo del adulto mayor diabético, usuarios de un programa del adulto mayor, de un centro de salud de Ambo

Ho₃: No Existe relación entre la adherencia al tratamiento y el autocuidado en la dimensión: mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social del autocuidado del adulto mayor diabético, usuarios de un programa del adulto mayor, de un centro de salud de Ambo

Ha₃: Existe relación entre la adherencia al tratamiento y el autocuidado en la dimensión: mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social del adulto mayor diabético, usuarios de un programa del adulto mayor, de un centro de salud de Ambo

Ho₄: No Existe relación entre la adherencia al tratamiento y el autocuidado en la dimensión: prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal del adulto mayor diabético, usuarios de un programa del adulto mayor, de un centro de salud de Ambo

Ha₄: Existe relación entre la adherencia al tratamiento y el autocuidado en la dimensión: prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento

del cuerpo y el bienestar personal del adulto mayor diabético, usuarios de un programa del adulto mayor, de un centro de salud de Ambo

Ho₅: NO Existe relación entre la adherencia al tratamiento y el autocuidado en la dimensión: promoción del funcionamiento y desarrollo personal del autocuidado del adulto mayor diabético, usuarios de un programa del adulto mayor, de un centro de salud de Ambo

Ha₅: Existe relación entre la adherencia al tratamiento y el autocuidado en la dimensión: promoción del funcionamiento y desarrollo personal del adulto mayor diabético, usuarios de un programa del adulto mayor, de un centro de salud de Ambo

1.5. Variables

Variable independiente

Adherencia al tratamiento

Variable dependiente

Autocuidado

Variables de caracterización

Características demográficas

Características sociales

Características laborales

1.6. Operacionalización de las variables

VARIABLES	DIMENSION	TIPO DE	INDICADOR	ESCALA DE
-----------	-----------	---------	-----------	-----------

		VARIABLE		MEDICION
VARIABLE DEPENDIENTE				
AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DIABETICO,	Mantenimiento de un consumo de alimento suficiente	Categórica	Bueno (5-8 puntos) Malo (0-4 puntos)	Ordinal Politómica
	Preservación de equilibrio entre actividad y reposo	Categórica	Bueno (5-8 puntos) Malo (0-4 puntos)	Ordinal Politómica
	Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social	Categórica	Bueno (5-8 puntos) Malo (0-4 puntos)	Ordinal Politómica
	Prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal	Categórica	Bueno (5-8 puntos) Malo (0-4 puntos)	Ordinal Politómica
	Promoción del funcionamiento y desarrollo personal del	Categórica	Bueno (6-10 puntos) Malo (0-5 puntos)	Ordinal Politómica
	General	categórica	Bueno (22-42 puntos) Malo (0-21 puntos)	
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Adherencia al tratamiento	Relacionado a la dieta	Categórica	alta adherencia (5-8 puntos) baja adherencia(0-4 puntos)	Ordinal Dicotómica
	Relacionado a la atención	Categórica	Alta Adherencia (4-6 punto) baja adherencia(0-3 puntos)	Ordinal Dicotómica
	Relacionado al tratamiento	Categórica	Alta Adherencia (8-14 punto) baja adherencia(0-7 puntos)	Ordinal Dicotómica
	Adherencia general	Categórica	Alta adherencia (15-28 puntos) Baja adherencia(0-14 puntos)	Ordinal Dicotómica
VARIABLES DE CARACTERIZACION				
Características demográficas	Edad	Numérica	En años	De razón
	Género	Categórica	Masculino Femenino	Nominal Dicotómica

	Procedencia	Categórica	De Huánuco Fuera de Huánuco	Nominal Dicotómica
Características sociales	Estado civil	Categórico	Soltera (o Conviviente Casada(o) Viuda(o) Divorciada(o)	Nominal Politómica
	Religión	Categórica	Católica(o) Evangélica(o) Otro	Nominal politómica
Características académicas	Grado de escolaridad	Categórica	Sin grado de escolaridad Primaria completa Secundaria completa Superior técnico Superior universitario	Nominal Dicotómica
Datos informativos	Datos relacionados al control de la diabetes	Categórica	Peso Talla Presión arterial Glucosa	Nominal Dicotómica

1.7. Justificación e importancia

1.7.1. A nivel teórico

A nivel teórico la investigación se justifica porque atendiendo a los conceptos y enfoques teóricos del autocuidado y déficit del autocuidado de los adultos mayores usuarios de un programa, se pueden hacer interpretaciones significativas a las características del autocuidado de pacientes con Diabetes Mellitus tipo II , referidas a la preservación de equilibrio entre actividad y reposo, mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social, prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal y promoción del funcionamiento y desarrollo personal del la cual dichos enunciados se

puede determinar la capacidad del autocuidado en los usuarios de salud y tomar medidas de prevención, promoción y control del proceso salud enfermedad, ayudando así a que las personas puedan alcanzar un nivel del bienestar óptimo.¹⁷

1.7.2. A nivel práctico

Esta investigación corresponde a la línea de investigación de la salud colectiva dentro del contexto práctico, los resultados obtenidos pueden orientar estrategias para fortalecer, funciones importante en la práctica del autocuidado y adherencia al tratamiento dirigida a las personas que tienen diabetes, por cuanto se cumple funciones de prevención, promoción y control del proceso salud .Por lo cual hemos sentido la necesidad de determinar la capacidad del autocuidado en los usuarios de salud, estimular y apoyar la acogida de medidas eficaces de vigilancia, prevención y control de la diabetes y sus complicaciones.

1.7.3. A nivel metodológico

En el contexto metodológico, los resultados de la presente investigación se sustentan en la aplicación de técnicas y métodos específicos de investigación válidos para los efectos del estudio, como lo es la aplicación de dos instrumentos tipo escala: Autocuidado de pacientes con Diabetes Mellitus II y Adherencia al tratamiento, dirigidos a las adultos mayores diabéticos usuarios de un programa del adulto mayor del Centro de Salud de Ambo.

1.8. Viabilidad

En cuanto a la disponibilidad de los recursos financieros, los gastos fueron solventados por la investigadora en términos de precio y cantidad reales de acuerdo a los rubros establecidos.

Respecto a los recursos humanos, se dispone del apoyo requerido en las diferentes etapas del proceso: investigador, asesor, coordinador, recolección de datos, codificación, tabulación, procesamiento y análisis de datos para guiarnos en todo el proceso de la investigación.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigación

Antecedentes Internacionales

En Colombia 2012, Álvarez¹⁸, desarrollo un estudio titulado “Evaluación del apoyo familiar , conocimiento sobre la Diabetes Mellitus , dieta, su adherencia y su relación con el control glicémico en pacientes Diabéticos”, cuyo objetivo de la investigación fue Evaluar el apoyo familiar , conocimiento sobre la Diabetes Mellitus , dieta, su adherencia y su relación con el control glicémico, se realizó un estudio descriptivo por medio de una encuesta se evaluaron a 138 pacientes con diabetes mellitus. Se utilizaron promedios, desviación estándar y porcentajes. La comparación de promedios para las variables cuantitativas se realizó con las pruebas T de student. En todas las pruebas estadísticas utilizando un intervalo de confianza del 95% y se consideró significancia estadística cuando $p < 0.05$. Finalmente concluyeron: La edad mayor de los pacientes se considera como protector para la normo glucemia. El apoyo familiar conocimiento de la diabetes y la adherencia de la dieta de la dieta influye en el control de glicemia.

En Brasil 2011, Baquedano A, Dos Santos¹⁹, desarrollaron un estudio titulado “Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México”, cuyo objetivo fue determinar la capacidad de autocuidado de personas con diabetes mellitus tipo 2 y relacionar esa

capacidad con algunas variables sociodemográficas y clínicas. Participaron 251 personas que ingresaron en un hospital de urgencia en México, Los datos fueron obtenidos mediante entrevista domiciliar dirigida, utilizándose de formulario, cuestionario y Escala de Capacidad de Autocuidado. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva y correlacional. Los resultados mostraron que 83(33,5%) sujetos presentaron buena capacidad de autocuidado y 168(66,5%) capacidad regular. Se obtuvo una correlación directamente proporcional entre capacidad de autocuidado y años de estudio ($r=0,124$; $p<0,05$) y una correlación negativa con la religión ($r_s = -0,435$; $p<0,05$) y tiempo de evolución de la enfermedad ($r=-0,667$; $p<0,05$). Se concluye que la mayoría de las personas con diabetes mellitus tipo 2 presentó una capacidad de autocuidado regular.

En Chile 2013, Giacaman²⁰, desarrolló un estudio titulado “adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus Tipo II en el Hospital de ANCUD” cuyo objetivo fue: describir la adherencia al régimen terapéutico antidiabético. Se realizó bajo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y transversal. Se utilizó el Test de Morisky-Green-Levine, que consiste en un test auto comunicado a los pacientes sobre la adherencia terapéutica, y permite además identificar algunos factores influyentes. La muestra analizada se desprende del total de pacientes diabéticos insertos en el Programa de Salud del Hospital de Ancud, escogidos según ciertos criterios de inclusión. El total de la muestra corresponde a 90 pacientes. En los resultados, se observó un bajo porcentaje de adherencia al régimen terapéutico (57%), pero esperado según la

bibliografía que señala un 50% a nivel mundial. En cuanto a los niveles de control de la glicemia se observan resultados muy por sobre el nivel normal (menor a 126 mg/dl según Minsal), lo cual demuestra una gran tarea por parte de los profesionales para llevar a estos pacientes a los niveles adecuados.

Antecedentes Nacionales

En Lima Perú 2013, Paredes A ²¹, realizó un estudio titulado “Participación familiar de la Calidad de Vida del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2013” cuyo objetivo fue: determinar la participación familiar de la calidad de vida del adulto mayor. El estudio fue de enfoque cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 70 adultos mayores del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión La técnica usada fue la entrevista y el instrumento el cuestionario. Los resultados fueron que la autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores fue un 90% (60) regular. Concluyen que la mayoría de adultos mayores con Diabetes Mellitus presentan una autopercepción regular sobre su calidad de vida, lo que indica que aspectos como la disfunción sexual, el insomnio un 50% (35), la depresión y déficit de memoria un 25% (18), no considerándola buena.

En Lima 2012, Espinoza M²², desarrollo un estudio titulado: “Estrategias para reforzar conductas de autocuidado y adherencia al tratamiento en pacientes de bajos recursos económicos con diabetes tipo 2 del hospital Guillermo Almenara Irigoyen”. Cuyo objetivo fue determinar la Estrategias para

reforzar conductas de autocuidado y adherencia al tratamiento en pacientes de bajos recursos económicos con diabetes tipo 2 del hospital Guillermo Almenara Irigoyen. La población fue de 85 pacientes, siendo la técnica de muestreo aleatorio simple, los datos fueron recolectados mediante una entrevista individual, se utilizaron un instrumento estructurado, previo consentimiento informado del paciente, conclusión se evidencio que del 100% (80) de los pacientes, el 40% (50) evidencian satisfacción media, seguido del 30% (30) con nivel de satisfacción baja y 20% (20) con nivel de satisfacción alta.

A nivel Local

En Huánuco 2010, Pulido y Pozo, desarrollaron un estudio titulado “Nivel de satisfacción de usuarios con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial frente a los cuidados del profesional de enfermería en PADOMI Red Asistencial nivel II Essalud Huánuco 2009. Cuyo objetivo fue determinar el nivel de satisfacción de los usuarios con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial. En cuanto a materiales y métodos usaron un cuestionario y una encuesta con una población de 85 personas. En cuanto a resultados encontraron que en cuanto a usuarios con HTA, el 26.7% su edad pertenece al rango de los 84 años a mas, 33.3% es de sexo masculino, el 23.3% tienen el grado de instrucción secundaria y superior, el 20% son amas de casa.

En cuanto al nivel de satisfacción de los usuarios en estudio con diagnostico medico HTA, de 30% su satisfacción es alta y del 6.7% es bajo. Los usuarios con DM(II) MAS HTA, el 23.3% tienen satisfacción alto y el 6.7% es

medio. Y los usuarios con diabetes mellitus (II), el 6.7% refirieron satisfacción alta y el 9.8/ satisfacción media.

Bases teóricas que sustenta en el estudio:

2.2.1. Modelo de Dorothea Orem

2.2.2. Teoría del Autocuidado.

El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo.

Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana²³.

2.2.3. Teoría de Déficit de Autocuidado

Explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera ²⁴

Naturaleza del autocuidado:

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades: Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal, mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales, prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones, prevención de la incapacidad o su compensación, promoción del bienestar ²⁵.

2.3. Bases conceptuales de la diabetes mellitus

2.3.1 Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus constituye un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por niveles elevados de glucosa en la sangre ocasionados por defectos de la secreción o la acción de la insulina, o ambas. Normalmente circula en la sangre cierta cantidad de glucosa cuya fuente principal es la absorción de los alimentos en el sistema gastrointestinal y la síntesis de glucosa en el hígado a partir de otros compuestos que forman parte de las sustancias alimenticias. De esta forma los niveles de glucosa en sangre permanecen dentro de unos límites muy estrechos, entre 70 – 120 mg/dl. La insulina, una hormona producida por el páncreas, controla el nivel de glucosa en la sangre al regular su producción y almacenamiento ²⁶.

2.3.2 Tipos de Diabetes

Se distinguen varios tipos de diabetes en función de las causas por las que se produce, la forma en que se manifiesta y cómo evoluciona.

2.3.2.1. Diabetes de tipo 1

Anteriormente se denominó diabetes sacarina dependiente de la insulina. Se caracteriza por hipoglucemia causada por una carencia absoluta de insulina, hormona producida por el páncreas. Estos enfermos necesitan inyecciones de insulina durante toda la vida. Se presenta por lo común en niños y adolescentes, aunque puede aparecer en etapa posterior de la vida. A veces se manifiesta por signos y síntomas graves, como estado de coma o

cetoacidosis. Estos enfermos no suelen ser obesos, pero la obesidad no es incompatible con este diagnóstico.

Estos enfermos tienen un riesgo aumentado de padecer complicaciones micro y macro vasculares ²⁷

Etiología

- Por lo común, aunque no siempre, es consecuencia de la destrucción de las células beta del páncreas por un fenómeno auto inmunitario que se acompaña de la presencia de ciertos anticuerpos en la sangre.
- Es un trastorno complejo causado por mutaciones de varios genes, y también por factores ambientales.

Diagnóstico

- Se establece por la presencia de los signos clásicos de hiperglucemia y una prueba sanguínea anormal: una concentración plasmática de glucosa ≥ 7 mmol/L (o 126 mg/dL) o bien $\geq 11,1$ mmol/L (o 200 mg/dL) 2 horas después de haber bebido una solución con 75 g de glucosa.
- Si no aparecen las manifestaciones clínicas clásicas, el diagnóstico se puede efectuar cuando hay sendas pruebas sanguíneas anormales en dos días distintos.
- Aunque no siempre se puede efectuar en los países de pocos recursos, la prueba de la hemoglobina glucosilada (HbA1C) se practica para conocer aproximadamente el control metabólico del azúcar sanguíneo en los 2 o 3 meses precedentes, a fin de orientar las decisiones de tratamiento.²⁸

2.3.2.2. Diabetes de tipo 2

Se conoció anteriormente como diabetes sacarina no dependiente de la insulina

Se caracteriza por hiperglucemia causada por un defecto en la secreción de insulina, por lo común acompañado de resistencia a esta hormona. De ordinario los enfermos no necesitan insulina de por vida y pueden controlar la glucemia con dieta y ejercicio solamente, o en combinación con medicamentos orales o insulina suplementaria. Por lo general, aparece en la edad adulta, aunque está aumentando en niños y adolescentes. Está relacionada con la obesidad, la inactividad física y la alimentación malsana. Al igual de lo que sucede con la diabetes de tipo 1, estos enfermos tienen un riesgo aumentado de padecer complicaciones micro y macro vasculares.²⁹

Diagnóstico

- Se establece mediante la presencia de los signos clásicos de hiperglucemia y una prueba sanguínea anormal: una concentración plasmática de glucosa ≥ 7 mmol/L (o 126 mg/dL) o bien $\geq 11,1$ mmol/L (o 200 mg/dL) 2 horas después de beber una solución con 75 g de glucosa.
- Si no aparecen las manifestaciones clínicas clásicas, el diagnóstico se puede efectuar cuando hay sendas pruebas sanguíneas anormales en dos días diferentes.³⁰

2.3.3.1. Diabetes en el embarazo

Se caracteriza por hiperglucemia de intensidad variable diagnosticada durante el embarazo (sin que haya habido diabetes anteriormente) y que de ordinario, aunque no siempre, desaparece en el plazo de 6 semanas después del parto.

Los riesgos que el trastorno plantea son anomalías congénitas, peso excesivo al nacer y riesgo elevado de muerte perinatal. Aumenta el riesgo de que en etapa posterior de la vida la mujer contraiga diabetes de tipo ³¹

Diagnóstico

- Entre las semanas 24 y 28 de la gestación se practica la prueba de tolerancia oral a la glucosa tras un ayuno nocturno (se determina la glucosa plasmática en ayunas y luego dos horas después de ingerir una solución con 75 g de glucosa).
- Una concentración $\geq 7,8$ mmol/L (o 140 mg/dL) establece el diagnóstico de diabetes del embarazo.
- Si las concentraciones sanguíneas de sangre en ayunas y en la fase postprandial aparecen elevadas en el primer trimestre del embarazo, ello puede indicar que la diabetes sacarina ya estaba presente antes de este, lo que se considera un trastorno distinto con diferentes implicaciones.³²

2.3.4. Complicaciones de la Diabetes

Pueden ser micro vasculares (lesiones de los vasos sanguíneos pequeños) y macro vasculares (lesiones de vasos sanguíneos más grandes). Las complicaciones micro vasculares son lesiones oculares (retinopatía) que desembocan en la ceguera; lesiones renales (nefropatía) que acaban en insuficiencia renal; y lesiones de los nervios que ocasionan impotencia y pie diabético (que a veces obliga a amputar como consecuencia de infecciones muy graves).³³

Las complicaciones macro vasculares son las enfermedades cardiovasculares, como los ataques cardíacos, los accidentes cerebrovasculares y la insuficiencia circulatoria en los miembros inferiores. En ensayos aleatorizados con testigos de gran envergadura se ha comprobado que un buen control metabólico, tanto en la diabetes de tipo 1 como en la de tipo 2 puede retrasar el inicio y la evolución de estas complicaciones.³⁴

a) Retinopatía diabética

Es una causa importante de ceguera y discapacidad visual. Está causada por el daño de los vasos sanguíneos de la capa posterior del ojo, la retina, lo que ocasiona una pérdida progresiva de la vista, que a veces llega a ser ceguera.³⁵

Tratamiento

Un buen control metabólico puede retrasar el inicio y la evolución de la retinopatía diabética. Así mismo, la detección temprana y el tratamiento oportuno de la retinopatía pueden prevenir o retrasar la ceguera. Para ello hay que efectuar exámenes oculares periódicos y aplicar intervenciones oportunas.³⁶

b) Nefropatía

Etiología

La nefropatía diabética está causada por las lesiones de los vasos sanguíneos pequeños de los riñones. Ello puede causar insuficiencia renal y al final la muerte. En los países desarrollados, esta es una causa importante de diálisis y trasplantes renales.³⁷

Tratamiento

Si se diagnóstica en una etapa temprana, hay varias medidas que pueden retrasar la aparición de la insuficiencia renal. Entre ellas cabe mencionar el control de la hiperglucemia y de la hipertensión arterial, la administración de medicamentos en la etapa temprana del daño renal y la restricción de las proteínas en la alimentación.³⁸

c) Neuropatía

Etiología

La diabetes puede lesionar los nervios por distintos mecanismos, como el daño directo por la hiperglucemia y la mengua del flujo sanguíneo que llega a los nervios como resultado del daño de los pequeños vasos. La lesión de los nervios puede manifestarse por pérdida sensorial, lesiones de los miembros e impotencia sexual. Es la complicación más común de la diabetes.³⁹

Cuadro clínico

Hay muchas manifestaciones, lo que depende de los nervios afectados: por ejemplo, entumecimiento o dolor de las extremidades e impotencia. La disminución de la sensibilidad en los pies puede impedir que los diabéticos reconozcan a tiempo los cortes o rasguños, que se infectan y agravan.⁴⁰

Diagnóstico

El diagnóstico temprano se establece cuando los enfermos o el personal sanitario reconocen los signos tempranos, y también mediante un examen clínico cuidadoso a intervalos periódicos.⁴¹

La afcción del pie diabético, causada por alteraciones de los vasos sanguíneos y los nervios, a menudo se complica con úlceras que obligan a amputar. Es una de las complicaciones más costosas de la diabetes, especialmente en los grupos humanos que no usan calzado apropiado.⁴²

d) Enfermedades cardiovasculares***Etiología***

La hiperglucemia daña los vasos sanguíneos mediante el proceso conocido como aterosclerosis o endurecimiento y obstrucción de las arterias. Este estrechamiento de las arterias puede reducir el flujo de sangre al músculo cardíaco (infarto del miocardio), del encéfalo (accidente cerebrovascular) o de los miembros (dolor y curación tórpida de las heridas infectadas).⁴³

Tratamiento

El control de estos factores de riesgo y de la glucemia puede prevenir o retrasar las complicaciones cardiovasculares.⁴⁴

e) Hipoglicemia:

Es el descenso anormal de los niveles de glucosa en la sangre. Las situaciones que conducen a hipoglicemia son: exceso de inyección de insulina o toma de excesiva medicación antidiabética, no ingerir suficiente comida o realizar actividad física desmesurada sin haber comido. Puede manifestarse mediante: malestar general, fatiga, nerviosismo, irritabilidad, temblor, sensación de hambre, dolor de cabeza, escalofríos, confusión, convulsiones e incluso coma⁴⁵.

f) Hiperglicemia:

Llamado también coma hiperosmolar no cetósico. Es casi exclusivo del diabético no insulino dependiente anciano, desencadenándose generalmente por infecciones agudas, accidentes cerebrovasculares, infarto de miocardio u otras situaciones similares⁴⁶.

g) Cetoacidosis diabética

Algunos estudios han publicado una incidencia de cerca del 25% en individuos mayores de 60 años. Su mortalidad es elevada en el adulto mayor diabético⁴⁷.

2.4. La adherencia al tratamiento**2.4.1. Enfermedad y adherencia. Conceptos y problemática en salud:****Actualmente**

Entendemos por adherencia la capacidad y disposición del proveedor de servicios y del paciente para llegar a un acuerdo y compromiso en relación con las recomendaciones de salud pertinentes. Es un concepto que implica de manera activa a ambos y se aleja de la concepción pasiva del paciente en relación con su enfermedad.

El grado de control en pacientes cumplidores y no cumplidores con diabetes Tipo II influye tanto el optimizar el cumplimiento terapéutico, como de adecuar las prescripciones farmacológicas. Por ello, el cumplimiento terapéutico es importante, porque también apunta que los

pacientes más cumplidores son los que menos se controlan y por último pone en evidencia que los pacientes que cumplen el tratamiento poseen niveles de glicemia más normales que los que no cumplen. Entonces, la adherencia al tratamiento es muy importante, porque se constata que los niveles de glicemia están más normales en los pacientes cumplidores. La falta de adherencia a los tratamientos es un problema altamente relevante en enfermedades crónicas como la diabetes, pues conlleva altos costos para el paciente y la sociedad, ya que a las secuelas físicas (enfermedad micro y macro vascular) ⁴⁸.

2.4.2. Protocolos a tener en cuenta en la adherencia al tratamiento de la diabetes

Los síntomas del paciente: En la mayoría de los casos es asintomático, tener en cuenta los factores de mayor riesgo, entre ellos: edad >45 años, (IMC>25), obesidad central (cintura abdominal >102cm en hombres y > 88cm para las mujeres, medida en un punto equidistante entre el reborde costal inferior y la cresta iliaca superior, antecedente familiar (madre o padre) de diabetes, hipertensión arterial (>140/90mmHg), colesterol HDL <35mg/dl, LDL>100mg/ dl y/o triglicéridos >150 mg/dL. ⁴⁹

Buscar pacientes con síntomas de hiperglucemia o hipoglucemia:

Síntomas de la hipoglucemia: hambre, mareo, debilidad, dolor de cabeza, confusión, coma, sudoración, taquicardia, cambio de carácter, irritabilidad, convulsiones, temblores

Síntomas de la hiperglucemia: polidipsia, poliuria, enuresis, polifagia, fatiga,

Visión borrosa, náuseas, dolor abdominal, vómitos, sequedad de piel

Obtener otros datos de la historia clínica del paciente

- Uso de medicamentos que alteran la glucosa
- Historia de actividad física
- Historia ponderal, patrones de alimentación, estado nutricional actual, en la Niñez y en la adolescencia, crecimiento y desarrollo
- Verificar si el/la paciente fuma
- Factores de riesgo para aterosclerosis
- Historia obstétrica (recordar la diabetes gestacional como factor de riesgo)
- Estilo de vida y otros factores que pueden afectar el manejo de la diabetes
- Presencia de complicaciones crónicas de la diabetes
- En la visita inicial, considerar las causas secundarias de la diabetes como la hemocromatosis, enfermedad pancreática o enfermedades endocrinológicas
- Para diabéticos conocidos, revisar los valores previos y/o monitoreados en el hogar⁵⁰

Exámenes complementarios

Paciente recién diagnosticado

Glucosa en ayunas, hemoglobina glicosilada es un examen de sangre para la diabetes tipo 2 y prediabetes. Mide el nivel promedio de glucosa o azúcar en la sangre durante los 3 últimos meses, colesterol total, HDL-C, triglicéridos, LDL, creatinina sérica en adultos, análisis de orina (evaluar infección urinaria, proteinuria, cuerpos cetónicos, sedimentos), micro albuminuria (diabetes tipo 2, si la proteinuria fue negativa), TSH (diabetes tipo 1), EC G en adultos.⁵²

2.4.3. Adherencia al Tratamiento:

La definición que es citada con mayor frecuencia se refiere al cumplimiento como obediencia del individuo a las instrucciones y prescripciones del profesional de la salud, esto es: el punto en el que coincide el comportamiento de una persona con los consejos médicos o sanitarios. En este caso, se pone el énfasis en la autoridad del rol del médico, determinando lo que debe o no debe hacer el individuo con enfermedad crónica, el cual pasa a tener un rol pasivo respecto al manejo del tratamiento⁵³.

2.5.1. Dimensiones de la Escala para estimar el nivel la Capacidad de Autocuidado (EECAC)

- **DIMENSION I. Mantenimiento de un consumo de alimento suficiente**

El Mantenimiento de un consumo de Alimento suficiente, son las cantidades de alimentos necesarias para alcanzar y mantener la salud en óptimas condiciones. Cada individuo presenta diferentes necesidades de calorías y nutrientes, incluso éstas son distintas en sucesivas etapas de su vida. Una alimentación carente, así como excesiva, puede comprometer funciones fundamentales para la vida, provocando enfermedades e incluso estados extremos, que si no se corrigen a tiempo, pueden llevar a la muerte⁵⁴.

- **DIMENSION II. Preservación de equilibrio entre actividad y reposo**

Se define Preservación de equilibrio entre actividad y reposo en cuidar, amparar o defender el descanso o relajación, la ausencia de tensión emocional o malestar físico. Se conoce como reposo a aquel estado en el cual un objeto o individuo no está tensionado si no que, por el contrario, se encuentra relajado. El estado de reposo es también para el ser humano el estado natural, de relajación y tranquilidad. Para alcanzar el estado de reposo uno debe estar cómodamente dispuesto en el espacio, además de no estar haciendo ningún tipo de ejercicio o actividad que tense⁵⁵.

- **DIMENSION III. Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social**

El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, se enfoca en acciones de autocuidado y en la necesidad del equilibrio armónico en la vida entre los dos extremos. Lograr un equilibrio entre la soledad y la interacción social proporciona condiciones esenciales para los procesos de desarrollo en los que se adquieren conocimientos, se forman valores y expectativas, además se consigue una sensación de seguridad y realización⁵⁶.

- **DIMENSION IV. Prevención de riesgos para la vida humana, El Funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal**

La prevención es la acción y efecto de prevenir (preparar con antelación lo necesario para un fin, anticiparse a una prever un daño, avisar a alguien de algo).

La prevención, por la tanto, es la disposición que se hace de forma anticipada para minimizar un. El objetivo de prevenir es lograr que un perjuicio eventual no se concrete. Minimizará las probabilidades de tener problemas⁵⁷.

- **DIMENSION V. Promoción del funcionamiento y desarrollo personal**

La promoción es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla y que se dedica a estudiar las formas de favorecer una mejor salud en la población.

Cada individuo está llamado a desarrollarse, desde su nacimiento, ha sido dado a todos, como un germen, un conjunto de aptitudes y cualidades para hacerlas fructificar. Dotado de es responsable de su desarrollo, ayudando, y a veces estorbo por lo que educan y lo rodea el hombre puede crecer, valer más, ser más humano, esta es la finalidad suprema del desarrollo personal⁵⁸.

Definición de Términos Operacionales

Diabetes Mellitus: Enfermedad degenerativa que generalmente ataca a personas con sobrepeso y obesidad. Tipo de diabetes donde hay capacidad residual de la secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina⁵⁹.

Autocuidado: El cuidado personal de cada paciente diabético consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras o que están madurando inician y llevan a cabo determinados periodos de tiempo⁶⁰.

CAPÍTULO III

3 METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

De acuerdo a la intervención de la investigadora; el estudio fue observacional porque no hubo manipulación de variable; quien observa los fenómenos tal como ocurren en la naturaleza.

Concerniente a la planificación de la medición de la variable de estudio fue de tipo prospectivo porque el estudio pertenece al tiempo futuro

Referente al número de mediciones de la variable de estudio fue de tipo transversal porque los instrumentos se aplican a la muestra en un solo momento y las variables se miden una sola vez.

Y por el número de variables analíticas fue de tipo relacional porque las variables a estudiar son dos; con la finalidad de buscar asociación o dependencia de ellas.

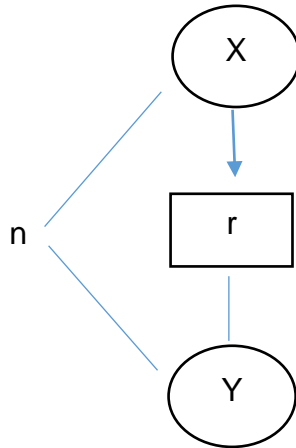
3.2. Nivel de estudio

La presente investigación correspondió al nivel relacional porque busco el porqué de los hechos mediante el establecimiento de relaciones causa-efecto. Y por qué dos o más variables están relacionadas, además están

dirigidos a responder a la causa de los eventos, dando a conocer el por qué ocurre un fenómeno, proceso o hecho.

Diseño de estudio

El diseño de la investigación fue relacional, como se muestra a continuación:



Dónde:

n= Población

X= Adherencia al tratamiento

Y= Autocuidado

r= Relación

3.3. Población

En la presente investigación se contó con una población de 45 usuarios del programa del adulto mayor, del centro de salud de Ambo Huánuco en el periodo 2016. Esta información se obtuvo del listado del programa de los adultos mayores

Criterios de inclusión. Se incluyó a los adultos mayores que:

- Aceptaron firmar el consentimiento informado.

- Usuarios del programa del adulto mayor.
- Estén con diagnóstico médico de DM y reciban tratamiento.
- Que puedan comunicarse a través del lenguaje oral.

3.4.1. Criterio de exclusión. a los adultos mayores que:

- No Aceptaron el consentimiento informado.
- No deseaban participar en la investigación
- No cumplieron con el llenado del 100% del instrumento
- Que padecieron otras enfermedades crónicas.

3.4.2. Criterios de eliminación

- Adultos mayores que no contestaron completamente la encuesta (más de 3 preguntas).
- Aquellas encuestas que tiene respuestas uniformes.

3.4.3. Ubicación de la población en espacio y tiempo

El presente estudio se llevó a cabo en el centro de salud de Ambo, Distrito Ambo, Provincia y Departamento de Huánuco

Esta investigación se llevó a cabo de Junio a Noviembre del 2016.

3.4. Muestra y muestreo

3.5.1. Unidad de análisis

Adulto mayor usuario del programa del adulto mayor del Centro de Salud de Ambo

3.5.2. . Unidad de muestreo

Adulto mayor usuario del programa del adulto mayor.

3.5.3. Marco muestral.

Registro de la institución de salud usuarios del programa del adulto mayor

Tamaño de la población muestral

En Ambo según relación de pacientes Usuarios de daños no transmisibles, se obtuvo que solo se cuenta con 45 pacientes y como es una población pequeña se vio por conveniente trabajar con toda la población debido a que no existe fórmula para hallar una muestra menor de 100 personas.

Tipo de muestreo

No probabilística según criterio, ya que la muestra fue elegida a partir de conocimientos que se tuvo de la población.

3.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos

3.6.1. Método

El método que se usó en esta investigación fue la encuesta observacional.

3.6.2. Instrumentos de recolección de datos

El método que se usó en el presente estudio fue la encuesta, con la finalidad de obtener datos del adulto mayor diabético, usuarios de un programa del adulto mayor.

Los instrumentos de recolección de datos fueron los siguientes:

- Encuesta sociodemográfica el cual recolecta Datos Generales, características familiares, características de su enfermedad.

I. Escala para estimar El Nivel la Capacidad de Autocuidado (EECAC)

El instrumento tiene 24 ítems en cuatro dimensiones presentado a continuación:

I. Factores socioeconómicos	6 ítems
II. Factores relacionados con el proveedor	8 ítems
III. Factores relacionados con la terapia	6 ítems
IV. Factores relacionados con el paciente	4 ítems

3.7. Validación de los instrumentos de recolección de datos

3.7.1 validez cualitativa o de contenido:

Las validaciones del instrumento de recolección de datos a usarse en el presente estudio fueron sometidos a pruebas de revisión.

- **Validez racional:**

Consiste en la revisión de la naturaleza y propiedades del instrumento. Se evalúa las frases que componen la prueba para asegurarse de que se relacionan correctamente con las habilidades que el instrumento pretende medir.

- **Validez por jueces:**

Los instrumentos del presente estudio fueron sometidos a un juicio de expertos en la materia se les planteo una serie de cuestiones los cuales juzgarán la suficiencia, pertinencia, claridad, vigencia, objetividad, coherencia, estrategia, estructura de los reactivos del instrumento, con la finalidad de realizar la validez de contenido de cada uno de ellos. En este estudio se contó

con 5 jueces, a cada juez se le entregó la documentación: oficio, hoja de instrucciones, constancia de validación, matriz de consistencia y los respectivos instrumentos que se usaran en la presente investigación. Cada juez emitió su punto de vista con respecto a las dimensiones y reactivos del instrumento, mostrándolo como confiable y apropiado para la recolección de datos para el presente estudio.

- **Validez de respuesta:**

En el presente proyecto se realizó la aplicación de una prueba piloto para lo cual se escogieron 20 personas que no eran parte de la muestra con la finalidad de añadir algunas dimensiones o corregir el instrumento. También sirvió para ver la redacción, coherencia de los reactivos de cada instrumento.

3.7.2 validez cuantitativa

- **Validez por consistencia interna**

Para estimar la confiabilidad de los instrumentos inferenciales del presente estudio de investigación, se realizaron los siguientes procedimientos:

En primer lugar, se realizará la prueba piloto para someter a todos los instrumentos de recolección de datos a prueba en nuestro contexto e identificar principalmente dificultades como palabras poco comprensibles, y el control del tiempo necesario para cada instrumento; la prueba piloto se realizó en Class Santa María del Valle, pero en adultos mayores que no están dentro de la muestra.

Posteriormente, se procedió a determinar el análisis de confiabilidad del instrumento “estilos de vida.” A través del análisis de consistencia interna para el cual se empleó el Alpha de Cronbach ya que conlleva a respuestas politómicas. Dándonos un resultado de 0.80 teniendo una confiabilidad aceptable.

3.8. Procedimientos de recolección de datos

A. Para el estudio piloto: Se realizó una prueba pre piloto para someter todos los instrumentos de recolección de datos a prueba en nuestro contexto con la finalidad de identificar principalmente dificultades de carácter ortográfico, palabras poco comprensibles, ambigüedad de las preguntas y realizar el control del tiempo necesario para cada instrumento; esta pequeña pre-prueba se realizó en el Class Santa María del Valle, tomándose como muestra a 20 adultos mayores, los cuales no pertenecieron a la muestra definitiva.

Seguidamente, a dos semanas del pre-piloto, se realizó la prueba piloto propiamente dicha, en la muestra seleccionada en la pre-prueba y con los instrumentos ya corregidos (como resultado del pre-piloto y la validación de jueces); aplicándose nuevamente los instrumentos empleados en la primera prueba en la muestra ya mencionada, ya que los resultados de dichos instrumentos son inferenciales.

Validación de estudio. - Se buscó referencias bibliográficas para la elaboración de los instrumentos, finalizado la construcción, se solicitó

el juicio de expertos con especialidades para la validación de estos instrumentos.

B. Para la recolección de datos se realizaron los siguientes procedimientos:

- Se coordinó y solicitó permiso al Director Iván Palomino Muños del Centro de Salud de Ambo, a fin de obtener autorización para llevar a cabo el trabajo investigación.
- Se solicitó a la encargada del programa su cuaderno de atenciones para ver cuantos pacientes se atendían por día.
- Se realizó las coordinaciones de horas y fechas con la enfermera del programa para aplicar los instrumentos de recolección de datos a fin de que no se interrumpa las clases por tiempo prolongado.
- Se capacitó a dos encuestadores para llevar a cabo la recolección de datos, además se les adicionó un manual del encuestador para cada uno, y se hizo el pago respectivo por honorarios.
- Se proporcionó material de trabajo a los encuestadores como lapiceros, lápices, borradores, portapapeles, carnet de identificación e instrumentos de aplicación para recolección de datos.

- Los encuestadores comenzaron con la explicación del consentimiento informado a los adultos mayores y posterior a esto se procedió con la aplicación de los instrumentos.
- El primer instrumento que se aplicó fue la encuesta sociodemográfica (Anexo 01).
- Luego se aplicó los instrumentos
- La duración de la aplicación de instrumentos duro un aproximado de 20 minutos.
- Se agradeció la participación de los adultos mayores.
- La aplicación del consentimiento informado y los instrumentos de recolección de datos fueron aplicados por un periodo de 14 días
- Se procedió al análisis e interpretación de datos.

3.8. Elaboración de datos.

- **Revisión de los datos.** Se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron; asimismo, se realizó el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.
- **Codificación de los datos.** Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables del estudio.
- **Clasificación de los datos.** Se ejecutó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.

- **Presentación de datos.** Se presentó los datos en tablas académicas con sus respectivos gráficos.

3.9. Análisis de datos

- **Análisis descriptivo.** Se usó un análisis descriptivo de interés en la posición y dispersión de la medida de los datos, de acuerdo a la necesidad del estudio.
- **Análisis inferencial.** Para la contratación de las hipótesis se utilizó la Prueba Chi cuadrada para establecer la relación entre las dos variables en estudio con una probabilidad de $p < 0.05$. Para el procesamiento de los datos se utilizó el Paquete Estadístico SPSS versión 18.0 para Windows.

3.10. Aspectos éticos de la investigación.

- **Beneficencia:** Esta investigación fue beneficiosa para los adultos mayores, para que más adelante se implementen más cosas en los programas que son del adulto mayor como enseñarles más sobre su autocuidado y sobre la adherencia a su tratamiento.
- **No Maleficencia:** No se puso en riesgo la dignidad, ni los derechos y el bienestar del participante, ya que la información fue de carácter confidencial.
- **Autonomía:** Se respetó este principio, ya que se les explicó que podrían retirarse en el momento que lo deseen.

- **Justicia:** Se aplicó el consentimiento informado de carácter escrito y se solicitó en el momento de abordad al participante en estudio, pudiendo negarse si así este lo consideraba.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

Tabla 1. Descripción de la edad en años de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.

Edad = >65	N=45	
	N°	%
65 –68	21	46,7
69– 72	16	35,6
73 –75	8	1,7

Fuente: Guía de entrevista Sociodemográfica

Al estudiar las características demográficas de los adultos mayores en estudio se encontró que el 46.7% que representa a 21 adultos mayores tienen la edad de 65 a 68 años, el 35,6% que representa a 16 adultos mayores tienen la edad de 69 a 72 años, el 1,7% que representa a 8 adultos mayores tienen de 73 a 75 años.

Por lo que podemos observar que la edad más resaltante es la de 65-68 años, lo cual es un factor que contribuye a poder tener mayor adherencia al tratamiento y autocuidado por la facilidad para poder concientizar a dicha población.

Tabla 2. Descripción del género de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.

Genero	N°	%
Masculino	23	51,1
Femenino	22	48,9
Total	45	100,0

Fuente: Guía de entrevista Sociodemográfica

Al identificar el género de los adultos mayores diabéticos en estudio, se encontró respecto al género, que él [51,1% (23)] fueron de género masculino, y el 48,9%(22) fueron del género femenino.

Tabla 3. Descripción de la procedencia de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.

Procedencia	N°	%
De Ambo	14	31,1
Fuera de Ambo	31	68,9
Total	45	100,0

Fuente: Guía de entrevista Sociodemográfica

Al identificar la procedencia de los adultos mayores diabéticos en estudio, se encontró respecto a la procedencia, que el [68,9% (31)] fueron de procedencia fuera de Ambo, y el 31,1%(14) tuvieron procedencia de Ambo.

Tabla 4. Descripción del estado civil de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.

Estado Civil	N°	%
Soltera(o)	8	17,8
Conviviente	10	22,2
Casada(o)	15	33,3
Viuda(o)	6	13,3
Divorciado(a)	6	13,3
Total	45	100,0

Fuente: Guía de entrevista Sociodemográfica

Al identificar el estado civil de los adultos mayores diabéticos en estudio, se apreció respecto al estado civil, que él [33,3% (15)] fueron de casados, el 22,2%(10) convivientes, el 17,8(8) eran solteros y el 13,3%(6) eran viudos y divorciados.

Tabla 5. Descripción del grado de escolaridad de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.

Grado de Escolaridad	N°	%
Sin grado de escolaridad	5	11,1
Primaria Completa	10	22,2
Secundaria Completa	17	37,8
Superior Técnico	5	11,1
Superior Universitario	8	17,8
Total	45	100,0

Fuente: Guía de entrevista Sociodemográfica

Al identificar el grado de escolaridad de los adultos mayores diabéticos en estudio, se apreció, que él [37,8% (17)] tuvieron secundaria completa, el 22,2%(10) primaria completa, el 17,8(8) superior universitario y el 11,1%(5) fueron superiores técnicos y sin grado de escolaridad.

Tabla 6. Descripción de la adherencia relacionada al tratamiento de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.

Adherencia al tratamiento	N°	%
Adherencia alta	32	71,1
Adherencia baja	13	28,9
Total	45	100,0

Fuente: cuestionario de adherencia

Al identificar la adherencia de los adultos mayores diabéticos en estudio, se apreció con respecto a la adherencia, el [71,1% (32)] tienen alta adherencia al tratamiento, y el 28,9%(13) tienen adherencia baja al tratamiento.

Tabla 7. Descripción de la adherencia relacionada a la dieta de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.

Adherencia a la dieta	N°	%
Adherencia alta	27	60,0
Adherencia baja	18	40,0
Total	45	100,0

Fuente: cuestionario de adherencia

Al identificar la adherencia a la dieta de los adultos mayores diabéticos en estudio, se apreció que él [60,0% (27)] tienen alta adherencia, y el 40,0%(18) tienen baja adherencia a la dieta.

Tabla 8. Descripción de la adherencia relacionada con la atención de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.

Adherencia atención	N°	%
Adherencia alta	31	68,9
Adherencia baja	14	31,1
Total	45	100,0

Fuente: cuestionario de adherencia

Al identificar la adherencia atención de los adultos mayores diabéticos en estudio, se apreció con respecto a la adherencia atención, el [68,9% (31)] tiene adherencia alta y el 31,1%(14) baja adherencia.

Tabla 9. Descripción de la adherencia al tratamiento general de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.

Tratamiento general	N°	%
Adherencia alta	27	60,0
Adherencia baja	18	40,0
Total	45	100,0

Fuente: cuestionario de adherencia

Al identificar la adherencia al tratamiento general de los adultos mayores diabéticos en estudio, se apreció con respecto a la adherencia al tratamiento general, el [60,0% (27)] tiene adherencia alta y el 40,0%(18) tiene baja adherencia al tratamiento general.

Tabla 10. Descripción del autocuidado dimensión capacidad de mantenimiento de un consumo de alimento suficiente de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.

Alimento suficiente	N°	%
Autocuidado bueno	29	64,4
Autocuidado malo	16	35,6
Total	45	100,0

Fuente: Escala de autocuidado

Al identificar el autocuidado en la dimensión capacidad de mantenimiento de un consumo de alimento suficiente de los adultos mayores diabéticos en estudio, se apreció que él [64,4% (29)] tiene autocuidado bueno y el 35,6%(16) tiene autocuidado malo en dicha dimensión.

Tabla 11. Descripción del autocuidado dimensión: capacidad de preservación de equilibrio entre actividad y reposo de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.

Preservación de equilibrio entre actividad y reposo	N°	%
Autocuidado bueno	27	60,0
Autocuidado malo	18	40,0
Total	45	100,0

Fuente: Escala de autocuidado

Al identificar la capacidad de preservación de equilibrio entre actividad y reposo de los adultos mayores diabéticos en estudio, se apreció que él [60.0% (27)] tuvo un autocuidado bueno y el 40,0%(18) tuvo autocuidado malo en dicha dimensión.

Tabla 12. Descripción de autocuidado: capacidad de mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.

Capacidad de mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social	N°	%
Autocuidado bueno	31	68,9
Autocuidado malo	14	31,1
Total	45	100,0

Fuente: Escala de autocuidado

Al identificar la capacidad de mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social de los adultos mayores diabéticos en estudio, se apreció que, el [68,9% (31)] tuvo autocuidado bueno y el 31,1%(14) tuvo un autocuidado malo en dicha dimensión.

Tabla 13. Descripción del autocuidado dimensión: capacidad de prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.

Capacidad de prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal	N°	%
Autocuidado bueno	28	62,2
Autocuidado malo	17	37,8
Total	45	100,0

Fuente: Guía de entrevista Sociodemográfica

Al identificar el autocuidado en la dimensión: capacidad de prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamientos del cuerpo y el bienestar personal de los adultos mayores diabéticos en estudio, se apreció que el [62,2% (28)] tuvo autocuidado buena y el 37,8%(17) tiene un autocuidado malo en dicha dimensión

Tabla 14. Descripción del autocuidado dimensión: capacidad de promoción del funcionamiento y desarrollo personal de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.

Capacidad de promoción del funcionamiento y desarrollo personal	N°	%
Autocuidado bueno	26	57,8
Autocuidado malo	19	42,2
Total	45	100,0

Fuente: Guía de entrevista Sociodemográfica

Al identificar la capacidad de promoción del funcionamiento y desarrollo personal de los adultos mayores diabéticos en estudio, se apreció que él [57,8% (26)] tuvo autocuidado bueno y el 42,2%(19) tiene autocuidado malo.

Tabla 15. Descripción de la capacidad de autocuidado general de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.

Capacidad de autocuidado general	N°	%
Autocuidado bueno	32	71,1
Autocuidado malo	13	28,9
Total	45	100,0

Fuente: Guía de entrevista Sociodemográfica

Al identificar la capacidad de autocuidado general de los adultos mayores diabéticos en estudio, se apreció con respecto a la capacidad de autocuidado general que el [71,1% (32)] tuvo un autocuidado general bueno y el 28,9%(13) un autocuidado general malo.

Tabla 16. Relación entre la adherencia al tratamiento y la capacidad de mantenimientos de un consumo de alimento suficiente de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.

Adherencia al tratamiento	Capacidad de mantenimiento de un consumo de alimento suficiente				Total		Prueba de chi-cuadrado	Significancia
	Autocuidado bueno		Autocuidado malo		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Adherencia alta	22	48,8	5	11,1	27	60.0	8,551	0,003
Adherencia baja	7	15,6	11	24,4	18	40.0		
Total	29	64,4	16	35,6	45	100.0		

Fuente: Cuestionario de adherencia y Escala de autocuidado

En lo que respecta a la relación entre la adherencia al tratamiento y la capacidad de mantenimiento de un consumo de alimento suficiente, se encontró que el 48,8% (22) evidenciaron tener una adherencia alta al tratamiento y un autocuidado bueno, a diferencia de un 24,4% (11), quienes evidenciaron tener una adherencia baja y autocuidado malo.

Al comprobar estadísticamente se encontró relación entre la adherencia al tratamiento y la capacidad de mantenimiento de un consumo de alimento suficiente de los adultos mayores en estudio, habiéndose comprobado con la prueba de Chi cuadrada, con el que se obtuvo un valor calculado de $X^2 = 8,551$ y $p = 0,003$, siendo altamente significativo, con lo que se rechazó la hipótesis nula, indicando correspondencia entre dichas variables, es decir a mayor adherencia al tratamiento mejor autocuidado en la capacidad de mantenimiento de un consumo de alimento suficiente de los adultos mayores.

Tabla 17. Relación entre la adherencia al tratamiento y la capacidad de mantenimientos de un consumo de alimento suficiente de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.

Adherencia al tratamiento	Capacidad de preservación de equilibrio entre actividad y reposo				Total		Prueba de chi-cuadrado	Significancia
	Autocuidado bueno		Autocuidado malo					
	N°	%	N°	%	N°	%		
Adherencia alta	20	44,4	7	15,6	27	60	5,571	0,018
Adherencia baja	7	15,6	11	24,4	18	40		
Total	27	60,0	18	40,0	45	100,0		

Fuente: Cuestionario de adherencia y Escala de autocuidado

En lo que respecta a la relación entre la adherencia al tratamiento y la capacidad de preservación de equilibrio entre actividad y reposo, se encontró que el 44,4% (20) evidenciaron tener una adherencia alta al tratamiento y a su vez un autocuidado bueno, a diferencia de un 24,4% (11), quienes evidenciaron tener una adherencia baja y autocuidado malo

Al comprobar estadísticamente se encontró relación entre la adherencia al tratamiento y la capacidad de preservación de equilibrio entre actividad y reposo de los adultos mayores en estudio, habiéndose comprobado con la prueba de Chi cuadrada, con el que se obtuvo un valor calculado de $X^2 = 5,571$ y $p = 0,018$, siendo significativo, con lo que se rechazó la hipótesis nula, indicando correspondencia entre dichas variables, es decir a mayor adherencia al tratamiento mejor autocuidado en la capacidad de preservación de equilibrio entre actividad y reposo de los adultos mayores.

Tabla 18. Relación entre la adherencia al tratamiento y la capacidad de mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.

Adherencia al tratamiento	Capacidad de mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social				Total		Prueba de chi-cuadrado	Significancia
	Autocuidado bueno		Autocuidado malo		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Adherencia alta	22	48,9	5	11,1	27	60.0	7,551	0,003
Adherencia baja	9	20,0	9	20,0	18	40.0		
Total	31	68,9	14	31,1	45	100.0		

Fuente: Cuestionario de adherencia y Escala de autocuidado

En lo que respecta a la relación entre la adherencia al tratamiento y la capacidad de preservación de equilibrio entre actividad y reposo, se encontró que el 48,9% (22) evidenciaron tener una adherencia alta al tratamiento y a su vez autocuidado bueno, a diferencia de un 20,0% (9), quienes evidenciaron tener una adherencia baja y tener autocuidado malo.

Al comprobar estadísticamente se encontró relación entre la adherencia al tratamiento y la capacidad de mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social de los adultos mayores en estudio, habiéndose comprobado con la prueba de Chi cuadrada, con el que se obtuvo un valor calculado de $X^2 = 7,551$ y $p = 0,003$, siendo significativo, con lo que se rechazó la hipótesis nula, indicando correspondencia entre dichas variables, es decir a mayor adherencia al tratamiento mejor autocuidado en la capacidad de mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social de los adultos mayores.

Tabla 19. Relación entre la adherencia al tratamiento y la capacidad de prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.

Adherencia al tratamiento	Capacidad de prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal				Total		Prueba de chi-cuadrado	Significancia
	Autocuidado bueno		Autocuidado malo		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Adherencia alta	22	48,9	5	11,1	27	60.0	10,651	0,001
Adherencia baja	6	13,3	12	26,6	18	40.0		
Total	28	62,2	17	37,8	45	100.0		

Fuente: Cuestionario de adherencia y Escala de autocuidado

En lo que respecta a la relación entre la adherencia al tratamiento y la capacidad de prevención de riesgos para vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal, se encontró que 48,9% (22) evidenciaron tener una alta adherencia al tratamiento y a su vez autocuidado bueno, a diferencia de un 11,1% (5), quienes evidenciaron tener una baja adherencia y un autocuidado malo.

Al comprobar estadísticamente se encontró relación entre la adherencia al tratamiento y la capacidad de prevención de riesgos para vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal de los adultos mayores en estudio, habiéndose comprobado con la prueba de Chi cuadrada, con el que se obtuvo un valor calculado de $X^2 = 10,651$ y $p = 0,001$, siendo significativo, con lo que se rechazó la hipótesis nula, indicando correspondencia entre dichas

variables, es decir a mayor adherencia al tratamiento mejor autocuidado en la capacidad de prevención de riesgos para vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal de los adultos mayores.

Tabla 20. Relación entre la adherencia al tratamiento y la capacidad de promoción del funcionamiento y desarrollo personal de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.

Adherencia al tratamiento	Capacidad de promoción del funcionamiento y desarrollo personal				Total		Prueba de chi-cuadrado	Significancia
	Autocuidado bueno		Autocuidado malo		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Adherencia alta	20	44,4	7	15,6	27	60.0		
Adherencia baja	6	13,3	12	26,7	18	40.0	7,348	0,007
Total	26	57,8	19	42,2	45	100.0		

Fuente: Cuestionario de adherencia y Escala de autocuidado

En lo que respecta a la relación entre la adherencia al tratamiento y la capacidad de promoción del funcionamiento y desarrollo personal, se encontró que el 44,4% (20) evidenciaron tener una alta adherencia al tratamiento y a su vez si tiene un autocuidado bueno, a diferencia de un 26,7% (12), quienes evidenciaron tener una baja adherencia y un autocuidado malo

Al comprobar estadísticamente se encontró relación entre la adherencia al tratamiento y la capacidad de promoción del funcionamiento y desarrollo personal de los adultos mayores en estudio, habiéndose comprobado con la prueba de Chi cuadrada, con el que se obtuvo un valor calculado de $X^2 = 7,348$ y $p = 0,007$, siendo altamente significativo, con lo que se rechazó la hipótesis nula, indicando correspondencia entre dichas variables, es decir a mayor adherencia al tratamiento mejor autocuidado en la capacidad de promoción del funcionamiento y desarrollo personal de los adultos mayores.

Tabla 21. Relación entre la adherencia al tratamiento y la capacidad de autocuidado de los adultos mayores diabéticos de un programa de un Centro de Salud de Ambo.

Adherencia al tratamiento	Capacidad de autocuidado				Total		Prueba de chi-cuadrado	Significancia
	Autocuidado bueno		Autocuidado malo					
	N°	%	N°	%	N°	%		
Adherencia alta	26	57,8	5	11,1	27	60.0	4,034	0,045
Adherencia baja	6	13,3	8	17,8	18	40.0		
Total	32	71,1	13	28,9	45	100.0		

Fuente: Cuestionario de adherencia y Escala de autocuidado

En lo que respecta a la relación entre la adherencia al tratamiento y la capacidad de autocuidado, se encontró que 57,8% (26) evidenciaron tener buena adherencia al tratamiento y a su vez una buena capacidad de autocuidado, a diferencia de un 17,8% (8), quienes evidenciaron tener una adherencia baja al tratamiento y una mala capacidad de autocuidado.

Al comprobar estadísticamente se encontró relación entre la adherencia al tratamiento y la capacidad de autocuidado de los adultos mayores en estudio, habiéndose comprobado con la prueba de Chi cuadrada, con el que se obtuvo un valor calculado de $X^2 = 4,034$ y $p = 0,045$, siendo altamente significativo, con lo que se rechazó la hipótesis nula, indicando correspondencia entre dichas variables, es decir a mayor adherencia al tratamiento mejor capacidad de autocuidado de los adultos mayores.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

5.1. Discusión de los resultados

La persona sana o con un adecuado autocuidado, con las capacidades que ha adquirido a lo largo de la vida, y que lleva a mantener un autocuidado eficaz que se traduce en un nivel óptimo de bienestar ⁽⁶¹⁾.

En la presente investigación se encontró que la adherencia al tratamiento y la capacidad de mantenimiento de un consumo de alimento suficiente de los adultos mayores diabéticos en estudio fueron significativos estadísticamente ($P \leq 0,003$); teniendo una adherencia alta al tratamiento y a su vez si tiene una buena capacidad de autocuidado el 48,8%.; por otro lado la adherencia al tratamiento con la capacidad de preservación de equilibrio entre actividad y reposo fueron significativos estadísticamente ($P \leq 0,018$); teniendo una adherencia alta al tratamiento y a su vez un autocuidado bueno el 44,4%; del mismo modo con respecto a la adherencia al tratamiento y la capacidad de mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social fueron significativos estadísticamente ($P \leq 0,003$); teniendo una adherencia alta y a su vez un autocuidado bueno el 48,9%; asimismo con respecto a la adherencia al tratamiento y la capacidad de prevención de riesgos para vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal fueron significativos estadísticamente ($P \leq 0,001$); teniendo una adherencia alta al tratamiento y un autocuidado bueno, el 48,9%; del mismo modo con respecto la adherencia al tratamiento y la capacidad de promoción del funcionamiento y desarrollo

personal fueron significativos estadísticamente ($P \leq 0,001$);teniendo una adherencia alta al tratamiento y a su vez un autocuidado bueno el 33,3%; con respecto a la adherencia al tratamiento y la capacidad de autocuidado promoción del funcionamiento y desarrollo personal fueron significativos estadísticamente ($P \leq 0,007$);teniendo una adherencia alta al tratamiento y autocuidado bueno el 44,4%; y con respecto a la adherencia al tratamiento con la capacidad de autocuidado fueron significativos estadísticamente ($P \leq 0,045$);teniendo una adherencia alta al tratamiento y a su vez un autocuidado bueno el 57,8%

Lo cual se asemeja a lo encontrado por, Álvarez ⁽⁶²⁾ quienes en su estudio concluyeron que el apoyo familiar conocimiento de la diabetes y la adherencia de la dieta de la dieta influye en el control de glicemia.

.Asimismo, Baquedano A. Dos Santos ⁽⁶³⁾ en su estudio concluyo que si La capacidad de autocuidado está vinculada a múltiples variables, que merecen atención de los profesionales de salud cuando se realiza la proposición de programas de educación. Lo cual es apoyado por Paredes A quien en su estudio concluyo que la mayoría de adultos mayores con Diabetes Mellitus presentan una autopercepción regular sobre su calidad de vida, lo que indica que aspectos como la disfunción sexual, el insomnio un 50% (35), la depresión y déficit de memoria un 25% (18), no considerándola buena.

La presente investigación es accesible de hacer por las colaboraciones de los adultos y de la encargada de la estrategia de daños no transmisible del Centro de Salud de Ambo en el que se ejecutó el estudio el único inconveniente que se

tuvo fue al momento de la calificación y tabulación de datos para introducirla al programa estadístico spss por el tiempo el cual llevo.

CONCLUSIONES:

Se llegaron a las siguientes conclusiones:

- ✓ Si existe relación entre la adherencia al tratamiento y la capacidad de mantenimiento de un consumo de alimento suficiente de los adultos mayores diabéticos, siendo significativo estadísticamente ($P \leq 0,045$)
- ✓ También al comparar la relación que existe entre adherencia al tratamiento con la capacidad de preservación de equilibrio entre actividad y reposo de los adultos mayores diabéticos, fueron significativos estadísticamente ($P \leq 0,027$)
- ✓ Al examinar la relación que existe entre a la adherencia al tratamiento y la capacidad de preservación de equilibrio entre actividad y reposo de los adultos mayores diabéticos, fueron significativos estadísticamente ($P \leq 0,027$).
- ✓ Del mismo modo al examinar la relación entre la adherencia al tratamiento y la capacidad de prevención de riesgos para vida humana de los adultos mayores diabéticos, fueron significativos estadísticamente ($P \leq 0,016$).
- ✓ Por otro lado al examinar la capacidad de promoción del funcionamiento y desarrollo personal de los adultos mayores diabéticos, fueron significativos estadísticamente ($P \leq 0,020$)
- ✓ Y por último al examinar la adherencia al tratamiento y la capacidad de autocuidado de los adultos mayores diabéticos, fueron significativos estadísticamente ($P \leq 0,030$)

RECOMENDACIONES

Se sugiere lo siguiente:

A los Estudiantes

- Realizar estudios de investigación similares de tipo explicativo a fin de poder generalizar los resultados.
- Difundir los resultados de la presente investigación a la comunidad, establecimiento de salud de la jurisdicción y a la universidad del presente estudio a fin de motivar estudios similares
- Tener una adecuada idea de que lo que significa asesorar a los pacientes en cuanto al autocuidado que deben tener los adultos mayores diabéticos y la adherencia al tratamiento.

A las Enfermeras del Centro de Salud de Ambo

- Orientar a los alumnos en temas de pacientes con diabetes
- Brindar apoyo a los adultos mayores en cuanto a su tratamiento y al autocuidado que deben de tener.
- Poner mayor énfasis en la población que tiene dificultad en la adherencia al tratamiento y el autocuidado para poder concientizarlos y se llegue al 100% de la población que tenga una alta adherencia y una buena capacidad de autocuidado.

Al Gobierno Regional y Minsa

- Incrementar políticas sociales orientadas a educar sobre estilos de vida a los pacientes con diabetes.

- Seguir trabajando con campañas de salud integral para captar y brindar tratamiento a los pacientes con diabetes mellitus.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Artigo P. intervención educativa: implementación de la agencia de autocuidado y adherencia terapéutica desde la perspectiva del paciente diabético. uerj. 2013 jul/set; 21(3):289-94
2. Contreras O; Contreras M; Hernández B; Castro B; Navarro P, Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. invest. andin 2013 sep; 15: pp. 667-678 Sincelejo, Colombia Investigaciones Andina, vol. 15, núm. 26, 2013, pp. 667-678
3. Giacaman J. “Adherencia Al Tratamiento En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo II En El Hospital De Ancud”. Tesis de Grado presentada como requisitos para optar Título de Químico Farmacéutico] Chile Universidad Austral De Chile 2010
4. Cairo A, García J; Gómez G., Higinio A. Determinantes de adherencia terapéutica y control metabólico en pacientes ambulatorios con Diabetes mellitus tipo 2 Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas, vol. 39, núm. 4, octubre-diciembre, 2012, pp. 9-17
5. Beltrán A. Leal M. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus en una institución de salud de Bogotá. [tesis para optar el grado de licenciada en enfermería] Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana.2009
6. Contreras O; Contreras M; Hernández B; Castro B; Navarro P, Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa.invest. andin 2013 sep; 15: pp. 667-678 Sincelejo, Colombia Investigaciones Andina, vol. 15, núm. 26, 2013, pp. 667-678
7. Contreras O; Contreras M; Hernández B; Castro B; Navarro P, Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa.invest. andin 2013 sep; 15: pp. 667-678 Sincelejo, Colombia Investigaciones Andina, vol. 15, núm. 26, 2013, pp. 667-678
8. Gonzales R. capacidad de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. [Licenciado en enfermería]. Veracruz: unidad docente multidisciplinaria de ciencia de la salud y trabajo social; 2010.
9. Aucay M, Carabajo I, autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2, que asisten al club de diabéticos del centro de salud N01 pumapungo

[Licenciado en enfermería]. Cuenca: universidad de cuenca facultad de ciencias médicas escuela de enfermería; 2009.

10. Aucay M, Carabajo I, autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2, que asisten al club de diabéticos del centro de salud N01 pumapungo [Licenciado en enfermería]. Cuenca: universidad de cuenca facultad de ciencias médicas escuela de enfermería; 2009.
11. Puerto M. Desarrollo de un proyecto de investigación, sobre la adherencia en el tratamiento de la diabetes tipo 2, en pacientes que acuden a un servicio público de salud (CMS). [Tesis para optar el grado de Maestría en Salud Pública]. Madrid. Universidad Europea de Madrid. 2013
12. Brandon L y Feist, J. Adherencia a las prescripciones médicas. Psicología de la Salud Madrid. 2013.; 107-138 Editorial Paraninfo. Madrid.
13. Corbacho A. Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus. [tesis para optar el grado de licenciado en enfermería]. Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2009
14. Molina Y. Adherencia al tratamiento y su relación con la Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus. [tesis para optar el grado de licenciado en enfermería].Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2012
15. Aucay M, Carabajo I, autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2, que asisten al club de diabéticos del centro de salud N01 pumapungo [Licenciado en enfermería]. Cuenca: universidad de cuenca facultad de ciencias médicas escuela de enfermería; 2011.
16. Alvarez D. Evaluación del apoyo familiar , conocimiento sobre la Diabetes Mellitus , dieta, su adherencia y su relación con el control glicémico en pacientes Diabéticos [tesis para optar el grado de especialista familiar]: Colombia Instituto Mexicano del seguro social;.2012
17. Álvarez D. Evaluación del apoyo familiar, conocimiento sobre la Diabetes Mellitus, dieta, su adherencia y su relación con el control glicémico en pacientes Diabéticos [tesis para optar el grado de especialista familiar]: Colombia. Instituto Mexicano del seguro social;.2012

18. Baquedano A. Dos Santos. "Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México". [tesis para optar el grado de licenciado en enfermería]. México. Universidad Nacional Veracruz. 2011.
19. Giacaman J. "Adherencia Al Tratamiento En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo II En El Hospital De Ancud". [Tesis de Grado presentada como requisitos para optar Título de Químico Farmacéutico] Chile Universidad Austral De Chile 2013.
20. Paredes A. Participación familiar de la Calidad de Vida del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. [Tesis para optar el grado de licenciatura de enfermería]. Lima – Perú. Universidad de San Martín de Porres. 2013.
21. Espinoza M. Estrategias para reforzar conductas de autocuidado y adherencia al tratamiento en pacientes de bajos recursos económicos con diabetes tipo 2 del hospital Guillermo Almenara Irigoyen. [Tesis para optar el grado de licenciatura de enfermería] Lima. Universidad de San Martín de Porres. 2012.
22. Gonzales R. capacidad de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. [Licenciado en enfermería]. Veracruz: unidad docente multidisciplinaria de ciencia de la salud y trabajo social; 2012.
23. Gonzales R. capacidad de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. [Licenciado en enfermería]. Veracruz: unidad docente multidisciplinaria de ciencia de la salud y trabajo social; 2012.
24. Aucay M, Carabayo I, autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2, que asisten al club de diabéticos del centro de salud N01 pumapungo [Licenciado en enfermería]. Cuenca: universidad de cuenca facultad de ciencias médicas escuela de enfermería; 2012.
25. Aucay M, Carabayo I, autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2, que asisten al club de diabéticos del centro de salud N01 pumapungo [Licenciado en enfermería]. Cuenca: universidad de cuenca facultad de ciencias médicas escuela de enfermería; 2012.
26. Ibid.p.25
27. Aucay M, Carabayo I, autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2, que asisten al club de diabéticos del centro de salud N01 pumapungo [Licenciado en enfermería]. Cuenca: universidad de cuenca facultad de ciencias médicas escuela de enfermería; 2012.
28. Ibid.p.27
29. Fenco M. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión 2012 [TESIS para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería] Lima – Perú Universidad Nacional Mayor De San Marcos 2012
30. Ibid.p.29
31. Fenco M. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión 2012

[TESIS para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería]
Lima – Perú Universidad Nacional Mayor De San Marcos 2012

32. Ibid.p.31
33. Fenco M. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión 2012 [TESIS para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería] Lima – Perú Universidad Nacional Mayor De San Marcos 2012
34. Ibid.p.33
35. Remuzgo A. “ Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor respecto a los cuidados que recibe de las enfermeras(os) en el servicio de geriatría del hospital Guillermo Almenara Irigoyen” [tesis para optar el grado de licenciada en enfermería] Lima – Peru Universidad Nacional Mayor de San Marcos;. 2012.
36. Ibid.p.35
37. Puerto M. Desarrollo de un proyecto de investigación, sobre la adherencia en el tratamiento de la diabetes tipo 2, en pacientes que acuden a un servicio público de salud (CMS). [Tesis para optar el grado de Maestría en Salud Pública]. Madrid. Universidad Europea de Madrid. 2013
38. Ibid.p.37
39. Ibid.p.37
40. Puerto M. Desarrollo de un proyecto de investigación, sobre la adherencia en el tratamiento de la diabetes tipo 2, en pacientes que acuden a un servicio público de salud (CMS). [Tesis para optar el grado de Maestría en Salud Pública]. Madrid. Universidad Europea de Madrid. 2013
41. Ibid.p.40
42. Ibid.p.40
43. Solera d. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con Diabetes Mellitus. [Tesis para optar al título de magister en enfermería]. Bogotá. Universidad de Cartagena, 2012.
44. Alvarez D. Evaluación del apoyo familiar , conocimiento sobre la Diabetes Mellitus , dieta, su adherencia y su relación con el control glicémico en pacientes Diabéticos [tesis para optar el grado de especialista familiar]: Colombia Instituto Mexicano del seguro social;.2012
45. Alvarez D. Evaluación del apoyo familiar , conocimiento sobre la Diabetes Mellitus , dieta, su adherencia y su relación con el control glicémico en pacientes Diabéticos [tesis para optar el grado de especialista familiar]: Colombia Instituto Mexicano del seguro social;.2012
46. Alvarez D. Evaluación del apoyo familiar , conocimiento sobre la Diabetes Mellitus , dieta, su adherencia y su relación con el control glicémico en pacientes Diabéticos [tesis para optar el grado de

especialista familiar]: Colombia Instituto Mexicano del seguro social;2012

47. Alvarez D. Evaluación del apoyo familiar, conocimiento sobre la Diabetes Mellitus, dieta, su adherencia y su relación con el control glicémico en pacientes Diabéticos [tesis para optar el grado de especialista familiar]: Colombia Instituto Mexicano del seguro social;2012
48. Alvarez D. Evaluación del apoyo familiar, conocimiento sobre la Diabetes Mellitus, dieta, su adherencia y su relación con el control glicémico en pacientes Diabéticos [tesis para optar el grado de especialista familiar]: Colombia Instituto Mexicano del seguro social;2012
49. Alvarez D;op cit p.3
50. Ibid.p.48
51. Ibid.p.48
52. Ibid.p.48
53. Ibid.p.49
54. Ibid.p.48.
55. Puerto M. op cit p.3
56. Puerto M. op cit p.7
57. Ibid.p.33
58. Aucay M, Carabajo I. op cit p.8
59. Baquedano A. op cit p.9
60. Giacaman J. op cit p.9

ANEXOS

CÓDIGO: _____

FECHA:...../...../.....

ANEXO 1**GUIA DE ENTREVISTA SOCIODEMOGRÁFICAS, EN LA MUESTRA EN ESTUDIO.**

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Adherencia al tratamiento y autocuidado del adulto mayor Diabético, del Centro de Salud de Ambo

INSTRUCCIONES: Estimado/a señor/a, señorita, le pedimos por favor se sirva contestar la presente entrevista, la que permitirá conocer sus características sociodemográficas y aspectos laborales; para ello deberá responder las preguntas en forma veraz, marcando con un aspa (x) o escriba la respuesta a cada pregunta dentro del espacio punteado. La información será manejada con carácter confidencial. La exactitud de las respuestas será de inestimable valor.
Gracias por su colaboración.

I. Características demográficas:

1.1. Cuál es su edad: __ en años.

1.2. Género:

- a) Masculino
- b) Femenino

1.3. Procedencia

- a) De Ambo
- b) Fuera de Ambo

II. Características sociales:

2.1. ¿Cuál es su estado civil?

- a) Soltera(o)
- b) Conviviente
- c) Casada(o)
- d) Viuda(o)
- e) Divorciado(a)

2.2. ¿Cuál es su religión?

- a) Católica(o)
- b) Evangélica(o)
- c) Otros

III. Características académicas:

3.1. ¿Cuál es su grado de escolaridad?

- a) Sin grado de escolaridad

- b) Primaria completa
- c) Secundaria completa
- d) Superior técnico
- e) Superior universitario

- c. Dificultad para su aplicación () d) Falta de dinero ()
 e) Creo que tiene muchos efectos negativos ()

6. ¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?

- a. Mucho () b. poco () c. Nada ()

7. ¿Cómo evalúa la explicación que recibe acerca de su tratamiento?

- a. Mala () b. Regular () c. Buena ()

RELACIONADO A LA DIETA

8. Durante la última semana ¿qué comió usted más?

- a. Frituras y harinas ()
 b. carnes, verduras y harinas ()
 c. Granos integrales como trigo y arroz integral ()
 d.- Harinas y dulces ()

9. ¿Cuántas veces al día ingiere alimentos?

- a. 1 a 2 () b. 3 a 5 () c. 6 a más ()

10. Durante el último mes ¿usted realizó algún tipo de ejercicios? Si su

respuesta es no pase a la pregunta 12.

- a. Si () b. No ()

¿Cuál?.....

11. ¿Cuántas veces a la semana?

- a. 1-3 () b. 4-5 () c. 6-7() d. No realiza ()

RELACIONADO CON LA ATENCIÓN

12. ¿Cómo calificaría la relación que tiene con el personal de salud?

Escriba en los espacios en blancos como es su relación con el personal de salud según las alternativas mostradas.

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| a. Mala | - Médico:..... |
| b. Regular | - Enfermera:..... |
| c. Buena | - Psicóloga:..... |
| d. Muy buena | - Asistente social:..... |
| e. No recibió atención | |

13. ¿Está contento con la atención que le brinda el personal de salud?

Escriba en los espacios en blanco según las alternativas mostradas:

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| a. Si | - Médico:..... |
| a. No | - Enfermera:..... |
| b. No recibió atención | - Psicóloga:..... |
| | - Asistente social:..... |

14. ¿Asiste Ud. a talleres o programas de medicina complementaria?

- a) Si
- b) No

**ESCALA PARA ESTIMAR EL NIVEL LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO
(EECAC)**

TÍTULO DE ESTUDIO: Adherencia al tratamiento y autocuidado del adulto mayor diabético, usuarios de un programa del adulto mayor, de un centro de salud de Huánuco.

DIMENSION: MANTENIMIENTO DE UN CONSUMO DE ALIMENTO SUFICIENTE		TOTALMENTE DESACUERDO	DESACUERDO	ACUERDO	TOTALMENTE ACUERDO
I.					
1	Ud consume diariamente frutas y verduras				
2	Ud. Come a sus horas y alimentos saludables				
3	Cuando comes te sientes satisfecho				
4	Consume alimentos de origen animal y vegetal siempre.				
II. DIMENSION: PRESERVACION DE EQUILIBRIO ENTRE ACTIVIDAD Y REPOSO		TOTALMENTE DESACUERDO	DESACUERDO	ACUERDO	TOTALMENTE ACUERDO
5	Con frecuencia no tengo la energía para cuidarme como debo.				
6	Puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud.				
7	Con tal de mantenerme limpio, puedo cambiar la frecuencia con que me baño.				
8	Puedo buscar mejores formar de cuidar mi salud.				
III. DIMENSION: MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE SOLEDAD E INTERACCION SOCIAL		TOTALMENTE DESACUERDO	DESACUERDO	ACUERDO	TOTALMENTE ACUERDO
9	Puedo alimentarme de manera que mi peso se mantenga en lo correcto.				

10	Si es necesario puedo manejar la situación para mantenerme como soy.				
11	A veces pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero nunca lo hago.				
12	Tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda.				
IV. DIMENSION: PREVENCIÓN DE RIESGOS PARA LA VIDA HUMANA, EL FUNCIONAMIENTO DEL CUERPO Y EL BIENESTAR PERSONAL		TOTALMENTE DESACUERDO	DESACUERDO	ACUERDO	TOTALMENTE ACUERDO
13	Pocas veces puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado.				
14	Cuando obtengo información sobre mi salud, raras veces pido explicación sobre lo que no entiendo.				
15	Pocas veces pienso en revisar mi cuerpo para saber si hay algún cambio.				
16	En otros tiempos he sido capaz de cambiar hábitos arraigados, si con ello mejoraba mi salud.				
V. DIMENSION: PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO PERSONAL		TOTALMENTE DESACUERDO	DESACUERDO	ACUERDO	TOTALMENTE ACUERDO
17	Si tengo que tomar un nuevo medicamento, puedo obtener información sobre los efectos indeseables.				
18	Soy capaz de tomar medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros.				
19	Soy capaz de valorar que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud.				
20	Con la actividad diaria rara vez puedo tomar tiempo para cuidarme.				
21	Puedo conseguir la información necesaria cuando mi salud se ve amenazada.				

INSTRUCCIONES: Señores; usuarios de salud del programa del adulto mayor Diabético, la presente escala de nivel de la capacidad del autocuidado forma parte de un estudio orientado a obtener información sobre el nivel de autocuidado con el objetivo de Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y el autocuidado del adulto mayor diabético, usuarios de un programa del adulto mayor, de un centro de salud de Huánuco. Se agradece anticipadamente su colaboración: Marque con una X en los espacios en blanco según considera pertinente

ANEXO 4**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

- **Título del proyecto.**

Adherencia al tratamiento y autocuidado del adulto mayor diabético, usuarios de un programa del adulto mayor, de un centro de salud de Huánuco

- **Equipo de Investigadores**

Lic, Diana, Palma Lozano (tutor) y Clendy Tarazona Cruz (estudiante del IX ciclo de investigación Escuela Académica Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco.)

- **Introducción / Propósito**

Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y el autocuidado del adulto mayor diabético, usuarios de un programa del adulto mayor, de un centro de salud de Huánuco.

- **Participación**

Participaran los usuarios de un programa del adulto mayor Diabéticos de un centro de salud Huánuco 2015.

- **Procedimientos**

Se le aplicará una encuesta sociodemográfica, dos escalas sobre la adherencia al tratamiento y nivel de capacidad del autocuidado Sólo tomaremos un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos.

- **Riesgos / incomodidades**

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

- **Beneficios**

El beneficio que obtendrá por participar en el estudio, es el de recibir información oportuna y actualizada sobre la adherencia al tratamiento y el nivel de capacidad del autocuidado de pacientes diabéticos tipo II.

Alternativas

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.

Le notificaremos sobre cualquiera información nueva que pueda afectar su salud, bienestar o interés por continuar en el estudio.

Compensación

No recibirá pago alguno por su participación, por parte del investigador. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.

Confidencialidad de la información

Los datos que se obtengan a lo largo del presente estudio son totalmente confidenciales, de modo que sólo se emplearán para cumplir los objetivos antes descritos. No se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

Problemas o preguntas

Escribir al

Mia_13_91@hotmail.com: o comunicarse al Cel. 986811161

Consentimiento / Participación voluntaria

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la entrevista sin que me afecte de ninguna manera.

Nombres y firmas del participante y responsable de la investigación

Nombre y firma del participante:

DNI:

Firma del responsable de la investigación:.....

DNI:

Huánuco,... de noviembre del 2016