

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

**PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y SU INFLUENCIA EN LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS II, CENTRO DE SALUD
SAN FRANCISCO, TACNA 2024**

TESIS

Presentada por:

Lic. Marlene Maria Luisa Pimentel

**Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:
ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

TACNA – PERÚ

2025

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

**PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y SU INFLUENCIA EN LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS II, CENTRO DE SALUD
SAN FRANCISCO, TACNA 2024**

TESIS

Presentada por:

LIC. MARLENE MARIA LUISA PIMENTEL

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:
ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA

Aprobado por Unanimidad, ante el siguiente Jurado:



Dra. Ingrid Maria Manrique Tejada
Presidenta



Dra. Matilde Aurelia Zuñiga Rodriguez
Miembro



Dra. Elizabeth Balbina Huerta Tovar
Miembro



Dra. Elizabeth Balbina Huerta Tovar
Asesora

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo Dra. Elizabeth Balbina Huerta Tovar en mi condición de asesor acreditado por la RESOLUCIÓN DE FACULTAD N°570-2025-SEP-FACS/UNJBG, de la tesis titulada: **PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y SU INFLUENCIA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS II CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA 2024**, presentado por la Lic. Marlene Maria Luisa Pimentel, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajos de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 16 %.

Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD de la ESCALA DE SIMILITUD de la tesis está de acuerdo a la **SIMILITUD BAJA: PERMITIDO**, para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio Institucional.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para su obtención del título.



Dra. Elizabeth Balbina Huerta Tovar

DNI: 09098305

Asesora



Lic. Marlene Maria Luisa Pimentel

DNI: 00793002

Tesista



AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por brindarme la formación profesional en la Carrera de Enfermería, y por fomentar en mí el compromiso con la investigación en el ámbito de la salud pública.

A mi familia, por su apoyo incondicional, su paciencia y por ser mi motor en cada etapa de este proceso.

Expreso mi más profundo agradecimiento a la Dra. Elizabeth Huerta Tovar, asesora de esta tesis, por su guía constante, sus valiosas observaciones y su compromiso con la excelencia académica. Su acompañamiento fue esencial para el desarrollo de este trabajo

Finalmente, al Centro de salud de San Francisco y a los pacientes que participaron en el estudio, por su colaboración y disposición, que hicieron posible la investigación.

DEDICATORIA

Principalmente a Dios por la sabiduría, gracia y bendiciones recibidas.

A mi madre por inculcarme valores éticos y morales para ser una persona de bien, alentándome en cada etapa, incluso en los momentos más difíciles.

A mis hijos por ser la bendición más bella de Dios, por ser la alegría que llena mi corazón y ser fuente de motivación para poder superarme.

A mis docentes, por las enseñanzas y el apoyo que me brindaron en todo este proceso.

Marlene Maria Luisa Pimentel

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	4
1.1. Fundamentos y formulación del problema	4
1.2. Objetivos general y específico	10
1.3. Justificación	11
1.4. Formulación de la hipótesis	12
1.5. Operacionalización	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	14
2.1. Antecedentes de da investigación	14
2.2. Bases teóricas	24
2.3. Definición conceptual de términos	45

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	46
3.1. Método y diseño de la investigación	46
3.2. Población y muestra.....	46
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	48
3.4. Procedimientos de recolección de datos	53
3.5. Procesamiento de datos.....	54
3.6. Consideraciones éticas.....	55
CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS.....	55
4.1. Resultados	56
4.2. Discusión	65
CONCLUSIONES	75
RECOMENDACIONES.....	76
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS.....	78

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1. Percepción de la enfermedad en su dimensión cognitiva y emocional en pacientes con diabetes Mellitus II. Centro de Salud San Francisco, Tacna 2024.....	57
TABLA 2. Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus II Centro de Salud San Francisco, Tacna 2024.....	60
TABLA 3. Influencia de la percepción de la enfermedad y su adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus II, C.S. San Francisco, Tacna 2024.....	62

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 1. Percepción de la enfermedad en su dimensión cognitiva emocional en pacientes con diabetes Mellitus II. Centro de Salud San Francisco, Tacna 2024.....	59
GRÁFICO 2. Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus II Centro de Salud San Francisco, Tacna 2024...	61
GRÁFICO 3. Influencia de la percepción de la enfermedad y su adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus II, C.S. San Francisco, Tacna 2024.....	64

RESUMEN

El presente estudio tuvo como **objetivo** determinar la percepción de la enfermedad y su influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus II del Centro de Salud San Francisco, Tacna – 2024.

Metodología: El estudio es de tipo observacional, descriptivo correlacional, y transversal, diseño cualitativo. Se aplicaron los cuestionarios BIPQ y Morisky a una muestra de 196 pacientes. Los **resultados:** el 66,8% de los pacientes perciben la enfermedad como altamente amenazante, destacando una fuerte carga emocional y reconocimiento de la gravedad y duración de la diabetes. La adherencia fue baja en general (7,7%). El análisis estadístico mediante la prueba de chi-cuadrado ($X^2 = 7,117$; $gl = 2$; $p = 0,302$) no evidenció una asociación significativa entre la percepción de amenaza y la adherencia al tratamiento. Al igual que el coeficiente de correlación de Spearman ($Rho = 0,074$), lo que revela una desconexión entre la percepción de amenaza y la acción terapéutica.

Conclusión: aunque la mayoría de los pacientes perciben una alta amenaza, esto no se traduce en una mayor adherencia al tratamiento.

Palabras clave: Percepción de la enfermedad, adherencia al tratamiento
paciente con diabetes Mellitus.

ABSTRACT

The present study aimed to determine the disease perception and its influence on treatment adherence in patients with Diabetes Mellitus II at San Francisco Health Center, Tacna – 2024. Methodology: The study is observational, correlational descriptive, and qualitative cross-sectional design. The BIPQ and Morisky questionnaires were applied to a sample of 196 patients. Results: 66,8% of patients perceived the disease as highly threatening, highlighting a strong emotional burden and recognition of the severity and duration of diabetes. Adherence was low overall (7,7%). Statistical analysis using the chi-square test ($X^2 = 7.117$; $gl = 2$; $p = 0.302$) did not reveal a significant association between threat perception and treatment adherence. Just like the Spearman correlation coefficient ($Rho = 0.074$), which reveals a disconnect between threat perception and therapeutic action. Conclusion: although most patients perceive high threat, this does not translate into higher treatment adherence.

Keywords: Disease perception, treatment adherence patient with diabetes Mellitus.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas, como la diabetes, representan uno de los principales desafíos para los sistemas de salud actuales. Aunque el tratamiento farmacológico y la educación sanitaria han demostrado eficacia, su impacto depende en gran medida de la adherencia del paciente.

El control efectivo de la diabetes, durante la pandemia, se ha visto afectada no solo por la disminución de la calidad de vida y las consecuentes complicaciones clínicas haciendo al paciente diabético vulnerable y sujeto a mayor riesgo de enfermar y morir, sino también por la debilidad del sistema sanitario de atender a pacientes crónicos durante la crisis.

Esta problemática, multifactorial por naturaleza, está profundamente influenciada por la percepción individual y cultural que los pacientes tienen sobre su enfermedad, la cual se construye a partir de conocimientos, experiencias, creencias y la información que reciben tanto ellos como sus familias. La percepción negativa sobre ciertos tratamientos y el desconocimiento de la relación entre la diabetes y otras condiciones de salud afectan directamente el comportamiento del paciente frente a su tratamiento.

Este fenómeno se agrava en contextos donde las prioridades cotidianas, la organización del sistema de salud y las características socioculturales del paciente dificultan el seguimiento terapéutico.

Por ello, comprender los elementos que influyen en la adherencia especialmente aquellos relacionados con la percepción de la enfermedad resulta fundamental para diseñar estrategias efectivas que promuevan el autocuidado, mejoren la relación enfermera-paciente y fortalezcan el sistema de salud desde una perspectiva centrada en el paciente

Siguiendo un orden lógico este estudio está estructurado en:

Capítulo I; que expone la problemática central, los antecedentes y la justificación de la investigación. Además, se formulan los objetivos generales y específicos que guían el desarrollo del estudio, así como las preguntas de investigación que orientan el análisis.

Capítulo II; aborda las principales teorías, conceptos y estudios previos relacionados con la percepción de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, proporcionando el sustento académico y científico.

Capítulo III; describe el diseño de investigación, la población y muestra, los instrumentos utilizados (como BIPQ y Morisky), y los procedimientos de recolección y análisis de datos.

Capítulo IV; se presentan los hallazgos obtenidos, organizados en tablas y gráficos, que permiten visualizar las tendencias y relaciones significativas.

Capítulo V; se interpretan los resultados en relación con la literatura revisada, destacando aportes, limitaciones y posibles implicancias para la práctica clínica.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1 Fundamentos y formulación del problema

La atención primaria es fundamental para ayudar a los pacientes en el control de las enfermedades crónicas, actualmente existe una diversidad de obstáculos que afectan la adherencia al tratamiento de enfermedades como la diabetes mellitus II, lo que provoca complicaciones y situaciones que requieren hospitalización.

A nivel mundial provoca muertes y discapacidad en un 71%, cada vez con menor cantidad de adherentes en países desarrollados que van del 50% al 25% en países subdesarrollados, donde más del 75% son adultos y un 40% desconoce su enfermedad

Estas barreras acompañan la percepción personal y cultural acerca de la salud y enfermedad basada en el conocimiento, experiencias, creencias, e información obtenida por el paciente y/o su familia sea este positivo o negativo que recae en su propio bienestar.

Siendo la percepción de la enfermedad una representación basada en el conocimiento que influye directamente en la respuesta emocional del paciente a su enfermedad y su comportamiento para hacerle frente (1). El mundo evidencia que en la magnitud que el paciente conozca acerca de su enfermedad, en esa medida será su comportamiento (2)

En América latina, específicamente en México como bien sostiene **García G, Barrera D.** (3) en su estudio de percepción, conocimiento y comportamiento revela que solo el 57% de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus percibió la relación diabetes salud oral y solo por una urgencia y una idea similar puede encontrarse en lo propuesto por **Leyva R, Hernández G, Ibarra S, Ibarra C.** (4) quien sostiene que la percepción de la terapia con insulina es negativa en pacientes tratados solo con tratamiento oral que en los que utilizaban insulina.

La probabilidad de percibir un problema de salud es variada ya que se encuentra condicionado por muchos factores como la responsabilidad y prioridades cotidianas que harán que las acciones que realice sean diferentes en cada caso como resultado de una variedad de experiencias propias de una cultura y que a través de su comportamiento, valores y creencias serán manifestadas (5).

En el contexto nacional específicamente en el Perú, la diabetes Mellitus II es una enfermedad crónica que afecta la salud de las personas en gran magnitud está

ubicada entre las primeras causas de morbilidad, es considerada una enfermedad no trasmisible de origen multicausal, que, por largo tiempo, puede pasar desapercibida por las personas que la padecen; retrasando su detección temprana y pertinente tratamiento (6). representa el 90% de casos en el mundo, esta cifra genera un alto costo para la salud pública constituyéndose un gran desafío para el sistema de salud que trata de resolver la creciente prevalencia de las enfermedades crónica; donde el sustancial avance en el diagnóstico y tratamiento no es suficiente para lograr el resultado esperado en el control de la enfermedad (7)(8) que con el transcurrir del tiempo puede ocasionar complicaciones derivadas del daño progresivo en riñón, retina, vasos sanguíneos, corazón y sistema nervioso (2). En la diabetes mellitus, la prevención de las complicaciones depende de un tratamiento basado en intervenciones dirigidas a mejorar la salud, en esta fase la adherencia al tratamiento farmacológico es importante.

La falta de adherencia al tratamiento es multifactorial relacionando aspectos de la persona con su enfermedad, tratamiento y estilo de vida, lo que aumenta el riesgo de morbimortalidad disminuyendo la calidad de vida (9).

En la actualidad son muchas las investigaciones que se desarrollan en torno al complejo problema adherencia terapéutica conceptualizada como el grado de coincidencia entre el comportamiento de una persona, los consejos de salud y

las prescripciones recibidas, otorgándosele una función central al autocuidado (10), determinado por sus creencias sobre la salud, lo que influye a que se adhieran a las recomendaciones de tratamiento dadas por el proveedor de salud(11). Estudios concluyen que en el manejo de las enfermedades crónicas lo principal es considerar el papel central y relevante que tiene el paciente y su entorno como copartícipe y responsable del manejo de su enfermedad (12).

Domínguez L, Ortega E. (13). En su estudio demostró la falta de adherencia al tratamiento en un 70% de un total de 338 pacientes asociándose a factores de complicación en un 53%, monoterapia farmacológica 35%, reacción adversa a medicamentos 17%, tiempo de evolución mayor a 10 años 16% y la mala relación médico paciente (16%).

“Si la falta de adherencia al tratamiento fuera una enfermedad, estaríamos ante una epidemia mundial”. Esta frase anónima refleja la problemática con la que nos enfrentamos actualmente, por lo que se ha convertido en un tema de gran interés y objeto de gran cantidad de estudios (8)

Por ser la diabetes un fenómeno multifactorial incluye un proceso complejo relacionado con la interacción y comunicación con los pacientes, la organización de los sistemas de salud y las características propias del paciente (14) e influenciado por el contexto cultural (15) (10)

Específicamente en el año 2020 en el Perú se alcanzó una de las brechas más altas en cuanto al número de personas con Diabetes mellitus II no controlada estimada en 48020 personas distribuidas en diferentes regiones del país, así como estudios en la costa 2024 la adherencia alcanzó un (27,8%)

El centro nacional de epidemiología del Perú publicó que en el periodo 2018 al 2021, y durante la pandemia se evidencio de manera significativa la ausencia y falta de registros de pacientes diabéticos, reduciéndose los casos a un 70%, de los cuales solo el 33% se encontraron en control metabólico y control glicémico, aparente (16).

En la ciudad de Tacna, según el CDC minsa en el 2020 solo se obtuvo un 12,52% de pacientes controlados (16), mientras que Acero A. (17) en su estudio realizado en el Programa de Diabetes e hipertensión del hospital Hipólito Unanue encontró halló que el 60.2% no tiene control de la glicemia y el 51,7% resultaron no adherentes al tratamiento no farmacológico y el 52,5% no adherentes al farmacológico. A sí mismo Liendo, L.(18) en su estudio realizado el año 2023 en un centro de atención primaria de Essalud de Tacna halló que el 90,9 % de los pacientes tenía un control metabólico inadecuado y el 33,3% eran adherentes al tratamiento.

Los hallazgos preliminares han impulsado la motivación y el interés por desarrollar la investigación, considerando que en el Centro de Salud de San Francisco se evidencia que una proporción significativa de pacientes con diabetes mellitus incumple el tratamiento prescrito, evita los controles periódicos y busca atención cuando presenta alteraciones graves en sus signos vitales y que en reiteradas ocasiones requieren su derivación a establecimientos de mayor capacidad resolutive.

A sí mismo, considerando lo anterior, es pertinente comprender como una afección crónica como la diabetes de gran importancia debido a su alta prevalencia y a las graves complicaciones no es asumida con el debido interés vital, es así que, con el propósito de generar evidencia científica documentada, acerca de la adherencia al tratamiento terapéutico, es que se pretende responder la interrogante para que pueda ser utilizado como referente en diferentes estrategias o programas de autocuidado

Formulación del Problema:

¿Cómo influye la percepción de la enfermedad en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus II, C. S. San Francisco, Tacna 2024?

1.2. OBJETIVOS GENERALES

1.2.1. Objetivo general

Relacionar la percepción de la enfermedad y su influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus II, C. S. San Francisco, Tacna 2024

1.2.2. Objetivos específicos

1.- Valorar la percepción de la enfermedad en su dimensión cognitiva y emocional en pacientes con diabetes mellitus II, C. S. San Francisco, Tacna 2024

2.- Identificar la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus II C. S. San Francisco, Tacna 2024

1.3. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio es relevante porque contribuye al conocimiento de la percepción que tienen los pacientes acerca de su enfermedad y tratamiento, y considerando ello, los resultados del estudio son útiles no solo para interpretar y analizar dichas percepciones sino también para explicar la adquisición y

mantenimiento de hábitos que permitan comprender los mecanismos que subyacen a estos comportamientos.

La evidencia confiable que constituye la razón para realizar esta investigación tiene que ver con los resultados de la encuesta demográfica y de salud familiar y del Ministerio de Salud ENDES (16), y la evaluación obtenida por el centro nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades CDC Minsa - Perú; donde se señala que gran parte de nuestra población padece de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus II cuyo tratamiento a largo plazo conlleva a mecanismos del comportamiento por la complejidad en el diagnóstico, tratamiento manejo y control de las personas que acuden a los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

Por lo tanto, esta investigación también tiene importancia práctica y legal para los profesionales del as salud ya que incita a cumplir con la RM.719-2015 MINSA (Guía de práctica clínica para el diagnóstico manejo y supervisión de la diabetes mellitus en el nivel primario de atención) (19), para disminuir las complicaciones, así mismo, promover y unir esfuerzos desinados a aliviar el impacto de la enfermedad crónica, no solo con el acceso a los medicamentos que por sí solo no es suficiente sino también para un abordaje pleno del problema en beneficio a todos los pacientes y las personas en general.

Del mismo modo, aporta a la formulación de propuestas y recomendaciones que puedan abrir espacio a otras perspectivas, modo de intervención, acción o pautas para el trabajo que favorezca la adherencia y la satisfacción, con el proveedor de salud.

1.4. HIPÓTESIS

H1. La percepción de la enfermedad influye significativamente en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus II C. S. San Francisco, Tacna 2024

H0. La percepción de la enfermedad no influye en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus II C. S. San Francisco, Tacna 2024

1.5. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

TITULO: PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y SU INFLUENCIA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS II DEL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA - 2024

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA VALORATIVA	ESCALA DE MEDICIÓN
PERCEPCION DE LA ENFERMEDAD	La percepción de la enfermedad es entendida por aquel grupo de pensamientos, emociones y actitudes para hacer frente a ella, a través de comportamientos de afrontamiento y adaptación, en base a elementos que valoran la dimensiones emocional y cognitiva (1)	Representación emocional	Respuesta emocional	Amenaza experimentada baja < a 42	Del 1 al 10
			Preocupación por la enfermedad		
			Coherencia		
		Representación cognitiva	Consecuencias	Amenaza experimentada moderada de 42 a 49	
			Duración		
			Control personal	Amenaza experimentada alta > ó = a 50	
			Control del tratamiento		
Identidad	Nominal				
*Causas					
:			Olvido	Adherente ...4	Ordinal

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Compromiso activo y voluntario del paciente en el tratamiento de su enfermedad, con un régimen y de compartir la responsabilidad con los prestadores de asistencia sanitaria (12)	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		No adherente...< ó= 3	
			Descuido		
			Interrupción		

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Saudi R, Abbas R, Nour H, Sayed H (20), realizaron un estudio transversal aplicado a 265 pacientes diabéticos. denominado “Percepción de la enfermedad, adherencia a la medicación y control glucémico entre pacientes de atención primaria de la salud con diabetes mellitus II entre julio del 2019 y noviembre del 2020”, con el objetivo de evaluar la percepción de la enfermedad, adherencia a la medicación y el control glucémico, encontrándose diferencia significativa en cuanto a su percepción entre diferentes grupos de pacientes en términos de medicación ($p < 0,05$) así como en la adherencia al tratamiento ($p < 0,05$). Concluyendo que los pacientes que toman insulina tienen una alta percepción de la enfermedad y adherencia negativa a la medicación, a diferencia de los tratados por vía oral que alcanzaron un nivel sub óptimo.

Ngetich E, Pateekhum C, Hashmi A, Nadal I, et al. (15), Realizaron el estudio “Percepciones de enfermedad, prácticas de autocuidado y control glucémico entre pacientes con diabetes II” realizado en cuatro hospitales de

distrito en Chiang Mai, Tailandia” con el objetivo comprender la percepción de la enfermedad y las prácticas de autocontrol, a través de un estudio transversal, entre marzo y agosto de 2019, aplicado a 200 pacientes. Encontraron que el 35% tenían buen control glicémico ($HBA1c < 7,0$), que la percepción de la enfermedad y las acciones son independientes a un buen resultado control. La dimensión de control personal se asocia con un buen control glicémico ($p=0,01$) y adherencia a la medicación ($p= 0,05$) por lo que los pacientes con altos niveles de percepción de la enfermedad tenían menos probabilidades de lograr el control glucémico (OR 0,55, IC del 95 %: 0,29 a 1,14, $p=0,11$) y aquellos con un alto nivel de autocontrol tenían más probabilidades de lograr el control glucémico (OR 2,11, IC del 95%: 1,04 a 4,30, $p=0,04$). Concluyen; que la preocupación como representación emocional es clave en la enfermedad y que el autocontrol debe mejorarse.

Dhaliwal HS, Singh R, Abraham AM, Sharma R, et al. (21), realizaron un estudio transversal aplicado a 264 pacientes en mayo del 2020 denominado “Percepción de la enfermedad y su asociación con la disposición al tratamiento en pacientes con enfermedad del hígado graso”, con el objetivo investigar los determinantes sociodemográficos, antropométricos y bioquímicos de las percepciones mejoradas de la enfermedad, encontrando que las puntuaciones BIPQ media y mediana en la población de estudio fueron $30,3 \pm 12,8$ y 31,0 (IQR, 22,0–40,0), respectivamente. Las variables

que tuvieron una asociación independiente significativa con percepciones aumentadas (BIPQ > 31) fueron antecedentes familiares de enfermedad hepática (ORa, 5,93; IC 95 %, 1,42–24,74), obesidad (ORa, 3,33; IC 95 %, 1,57–7,05), diabetes mellitus (ORa, 2,35; IC 95 %, 1,01–5,49). Pacientes con mayor nivel de percepción de enfermedad ($31,6 \pm 12,9$ vs $27,8 \pm 12,3$, $p=0,022$) están más predispuestos a denotar su participación en un intento de cambio, con 3 de los 8 dominios (consecuencia, identidad y control del tratamiento) afectando principalmente a la voluntad. Concluye que, la creencia en las consecuencias graves, una fuerte identidad de la enfermedad y un mayor control del tratamiento percibido se asociaron significativamente con la voluntad de someterse a un cambio de actitud.

Alyami M, Serlachius A, Mokhtar I, Broadbent E. (22). En su estudio de tipo transversal, observacional prospectivo aplicado a 115 personas sauditas con diabetes mellitus II, durante los meses de febrero y marzo de 2019 denominado “Asociaciones longitudinales entre percepciones de enfermedad y control glucémico en diabetes tipo 2”, con el objetivo de investigar si las percepciones iniciales de la enfermedad anunciaran el resultado del control glicémico. Encontrándose que el control de peso inicial se asoció con una hemoglobina glicosilada menor en el seguimiento ($r=-.25$, $s=.04$, $n=67$). No se apreció diferencia significativa en las percepciones

iniciales de la enfermedad. Concluye: las percepciones iniciales de los pacientes no predijeron el resultado control.

Sina Sabeti Bilondi. (23) . En su estudio “Relación entre la percepción de la enfermedad y la adherencia a la medicación en pacientes con diabetes mellitus tipo II,” estudio transversal, realizado en 260 pacientes a través de un muestreo aleatorio en el 2019 y con el objetivo de hallar esa relación se encontró: que existe una relación significativa entre percepción y adherencia ($r=0,199$; $p=0,001$).

Obteniéndose una puntuación media de percepción de la enfermedad de $45,9 \pm 39,46$ (rango 0-70) y la puntuación media de adherencia al tratamiento de $2,93 \pm 1,9$ (rango 0-8). Este estudio concluye que con la base de la relación entre percepción y adherencia, se debe de aumentar la percepción de la enfermedad a través de la educación en los pacientes.

Lemos M, Torres S, Jaramillo I, Gómez PE, Barbosa A. (24), realizaron un estudio prospectivo correlacional basado en la aplicación de un cuestionario breve de percepciones (BIPQ) y un cuestionario de la salud del paciente, cuestionario de ansiedad generalizada y cuestionario de hábitos saludables, entre julio a diciembre del 2019, en Medellín (Colombia). Participaron 51 pacientes con diferentes enfermedades crónicas, en un trabajo denominado “Percepciones de la enfermedad y hábitos de vida

saludable en personas con enfermedades crónicas”, con el objetivo de evaluar las percepciones de la enfermedad que se asocian con hábitos de vida saludable en pacientes crónicos. Encontraron puntuaciones altas en las escalas de comprensión de la enfermedad, control personal y control de tratamiento. Concluye que la percepción de una enfermedad tiene consecuencias negativas y que la preocupación por esta lleva a la implementación de comportamientos saludables.

Indrayana S, Guo S, Lin C, Fang S (25), en su estudio de “Percepción de la enfermedad como predictor del comportamiento de cuidado de los pies entre personas con diabetes mellitus II”, tuvo como objetivo determinar las relaciones entre el conocimiento y comportamiento en el cuidado de los pies, la percepción de la enfermedad y sus creencias, se realizó un estudio transversal en 200 personas, con técnica de muestreo por conveniencia en Indonesia, administrándose cuestionarios de conocimiento, percepción de la enfermedad, creencias y conductas de autocuidado. Encontraron que los predictores del cuidado de los pies fue conocer de una experiencia cercana de alguien en la misma situación ($p=0,001$), con el mismo tiempo de enfermedad ($p=0,026$), entendimiento del cuidado de los pies ($p < 0,001$), secuelas ($p < 0,001$), control de tratamiento ($p < 0,001$), y creencias ($p=0,017$), concluyendo que el proveedor de salud debe ganarse la confianza del paciente y detectar a tiempo aquello que lo haga abandonar su tratamiento,

a través de experiencias que puedan servir de lecciones durante su enfermedad.

ANTECEDENTES NACIONALES

Farías-Vílchez B, Ruíz D, (26), realizaron un estudio titulado “Conocimientos sobre la diabetes mellitus II y adherencia al tratamiento en pacientes de Hospital Reategui de Piura”, de tipo observacional, analítico y transversal; realizado en 236 pacientes, que acudieron a consultorio de endocrinología durante 2019. Con el objetivo determinar la asociación entre conocimientos sobre Diabetes Mellitus Tipo 2 y adherencia al tratamiento. Encontraron conocimiento inadecuado 68,2%, adherencia baja 38,6%, hubo asociación entre conocimiento y adherencia al tratamiento $p < 0,05$, entre otros. Concluye que existe relación entre conocimiento acerca diabetes y adherencia; por lo que el desconocimiento aumenta el riesgo de no adhesión, así como de algunos factores sociodemográficos.

Pesantes M, Del Valle A, Diez F, Bernabé A, Portocarrero J, Trujillo A, et al. (27), realizaron un estudio cualitativo utilizó un enfoque para comprender la variedad de temas relacionados con las experiencias de los pacientes con DM2 en el manejo de su condición, denominado “Apoyo familiar y diabetes experiencias de pacientes de un hospital público del

Perú”, (Hospital arzobispo Loayza), ubicado en Lima, en el junio del 2016, a una muestra de 20 pacientes. Con el objetivo describir los resultados de un estudio cualitativo sobre el papel de los familiares en el apoyo a sus familiares con diabetes mellitus II, así como la percepción de dicho apoyo en el manejo de la diabetes por parte de los pacientes con diabetes mellitus II. Encontraron que el apoyo social para el manejo de la diabetes es mixto. Concluye que las personas con afecciones crónicas reciben ayuda para controlar dicha afección de miembros de la familia, principalmente cónyuges e hijos.

Carvallo C, Cubas H. (28), realizaron un estudio “Nivel de adherencia al medicamento y percepción de la enfermedad en pacientes con epilepsia activa en dos hospitales de Chiclayo, Perú durante el periodo julio 2018 – junio 2019 de tipo descriptivo transversal no experimental de tipo exploratorio, con un tamaño de muestra de 136 pacientes utilizando un muestreo probabilístico, que tuvo como objetivo identificar el nivel de adherencia al medicamento y la percepción de la enfermedad en pacientes con epilepsia activa. Encontrándose que el 69,85% son adherentes de los cuales, según el nivel de adherencia 125 pacientes se encontraron de 95 a 100%; y solo 10 (7,35%) de 85 a 94% y 80 (58,82%) tienen percepción alta. Concluyendo que el nivel de adherencia y de percepción es alto

Canaza (29), en su estudio “Percepción de la enfermedad y adherencia terapéutica en pacientes oncológicos de un hospital público del Cusco – Perú 2023” de tipo correlacional no experimental y de corte transversal, con una muestra de 100 pacientes y un muestreo no probabilístico y con el objetivo de determinar de qué manera se relaciona la percepción de la enfermedad y la adherencia al tratamiento. Encontrándose que existe correlación entre las variables de estudio ($\rho=0,275$; $p=0,006$), concluyéndose que hay una relación directa y notable de tipo positivo, entre cómo se percibe la enfermedad y el cumplimiento del tratamiento.

Quispe, M (30) , en su estudio “Adherencia al Tratamiento y Calidad de Vida en Personas con Hipertensión Arterial que Habitan en una zona de San Martín de Porres 2021”, el objetivo fue determinar la relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida, fue de tipo correlacional transversal, con una muestra de 114 pacientes. Encontrándose una relación entre ambas variables de ($p<0,05$) al igual que en la frecuencia de medicamentos y calidad de vida, concluyéndose que existe relación significativa.

Silva D. (31), en su estudio “Conocimiento sobre factores de riesgo y prácticas de prevención de cáncer de cuello uterino en adultas”, descriptivo correlacional de corte transversal, con el objetivo de determinar la relación

existente entre las variables de estudio y con una muestra de 177 mujeres adultas; encontrando hallazgos sobre el entendimiento de los factores de riesgo modificables del cáncer cervical 78,53% nivel medio, 14,69% un nivel bajo y 6,78% un nivel alto. Con respecto a las prácticas de prevención 66,7% (prácticas inadecuadas), mientras un 33,3% (prácticas adecuadas), identificándose una relación significativa

ANTECEDENTES LOCALES

Huacani J. (32). En su estudio “Relación entre el nivel de conocimiento sobre medicación y adherencia terapéutica en paciente con diabetes mellitus II del Cap II metropolitano Red asistencial Essalud Tacna” en el año 2019 de tipo correlacional, no experimental, transversal y cuantitativo aplicado a 60 pacientes mayores de 50 años, con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre la medicación y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Encontrándose que solo el 46,6 % de los pacientes conoce sobre su medicación, el 67,70 % de pacientes no son adherentes al tratamiento. Concluye que existe relación estadísticamente significativa entre la adherencia y nivel de conocimientos sobre la medicación comprobado mediante el test estadístico no paramétrico de Chi cuadrado con un valor de p igual a 0,01.

Gamarra Y. (33). Realizó un estudio titulado “Nivel de conocimiento sobre diabetes y manejo de la enfermedad en pacientes que acuden al Hospital Hipólito Unanue Tacna” en el año 2019 de tipo cuantitativo, transversal, no experimental. La muestra estuvo constituida 182 pacientes diabéticos que acuden al Programa de Diabetes, a quienes se les aplicó un cuestionario sobre el Nivel de conocimiento y sobre el manejo de la enfermedad, con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus II y manejo de la enfermedad. Encontrándose el conocimiento en un nivel medio 99,50% y que el manejo de la enfermedad en un 78,02%. Se concluye que no existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y el manejo de la enfermedad.

Zeballos A. (34). Realizó un estudio denominado “Nivel de conocimiento sobre prevención de complicaciones en diabetes mellitus II y el autocuidado en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Moquegua” en el año 2019 de tipo no experimental, descriptivo correlacional, prospectivo, de corte transversal, cuya muestra con la que se trabajó fue de 85 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, la muestra fue de tipo censal, de muestreo no probabilístico con el objetivo de determinar la relación estadística entre el nivel de conocimiento sobre prevención de complicaciones en diabetes mellitus II y el autocuidado. Encontrando que el 52,9% de pacientes tiene un nivel de conocimiento medio y el 75,3% tienen un comportamiento aceptable.

Concluye que existe relación estadística entre el nivel de conocimiento sobre prevención de complicaciones en diabetes y el autocuidado.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Percepción de la enfermedad (diabetes mellitus)

Percepción:

Es un proceso cognitivo o actividad mental que realiza el cerebro y mediante cual las personas realizan la selección, organización e interpretación de la información sensorial captada a través de los estímulos, donde inicialmente, se establece la recepción de datos y luego se asegura que la información retomada del ambiente sea significativa y lógica permitiendo formar juicios y opiniones, plasmándose en la realidad, a partir de la cual actuamos y por ende influye de manera significativa en nuestras decisiones. (35)

La percepción también sugiere atribuciones en las personas a través de las cuales se busca explicar su comportamiento y determinar si este es ocasionado por algo interno (comportamientos que están bajo su control) o externo (situaciones que imagina y que obligó a la persona a comportarse de cierto modo). Es así que la persona piensa y razona antes de actuar.

Comprender la manera en que las personas toman decisiones ayuda a explicar y predecir su comportamiento (36)

La OMS no especifica de forma clara el significado de percepción, no obstante emplea el término “percepción” en el ámbito de la calidad de vida, salud y bienestar, considerándola como la manera en que la persona entiende y vive su propia situación en relación a su salud, entorno y objetivos, es decir que la considera como un proceso personal que influye en la manera en que uno experimenta su salud y su relación con los servicios de sanitarios (37). La percepción de la enfermedad es un predictor significativo de mortalidad, describe la acción y la consecuencia positiva o negativa, retratando en las personas su bienestar actual, futuro y de adaptación. (38)

La percepción o creencia acerca de la enfermedad puede resumir varios de los factores involucrados en la pobre adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas siendo una variable esencial responsable de evaluar el comportamiento del paciente (5)

Características de la percepción:

- ✓ Subjetividad: Las respuestas a un estímulo varían entre personas.

- ✓ Selectividad: Las personas, debido a su naturaleza subjetiva eligen su ámbito de percepción en función a lo que desean observar.
- ✓ Temporalidad: Es un evento que ocurre en un periodo breve y que puede alterarse con las vivencias que experimenta la persona (39)

Los pacientes desarrollan igualmente modelos cognitivos similares a partir de los cambios corporales y síntomas originándose representaciones organizadas de la enfermedad que se adquieren a través de experiencias de determinadas patologías que haya padecido el mismo sujeto o sus familiares o amigos.

Modelos teóricos que explican la percepción:

Estos modelos permiten explicar la obtención, conservación y transformación de determinadas conductas con la finalidad de comprender los procesos por el cual acontecen comportamientos e interacciones.

Teoría asociacionista: Wilhem Wundt en 1942, indica que la sensación precede a la percepción que la percepción consiste en un conjunto de sensaciones donde se interpreta un evento, donde inicialmente se captan las sensaciones por separado, las cuales luego el cerebro asocia entre sí, dando lugar a una percepción global, que en ocasiones no refleja la realidad, debido a la ausencia de experiencia propias. (40)

Teoría de Gestalt: refiere que la percepción es un fenómeno complejo donde el cerebro organiza de manera inmediata la información que recibe dándole un significado. Esta teoría propone que lo que experimenta un individuo existe como un todo, siendo más que la suma de sus partes. (35)

Teoría cognitiva: Piaget en 1975, hace referencia a aspectos subjetivos de la percepción: motivaciones, expectativas, experiencias, lo que da un significado al objeto. Propone que la explicación de los procesos del pensamiento está mediada entre la relación de estímulo y respuesta (41)

Teoría de la atribución: Kelley en 1973 refiere que, en la percepción de un suceso, se debe considerar la interacción social. Es decir, que la percepción de un individuo sobre algún fenómeno está ligada al reconocimiento de emociones, a partir de las reacciones de otros individuos, los cuales forman las impresiones que luego derivan en conductas (42)

Modelo de autorregulación:

La autorregulación es la capacidad de manejar sus propias emociones y tener la capacidad de ajustar las expectativas, tiene como esencia la importancia de la conceptualización que haga una persona sobre una amenaza para su salud o una enfermedad. Considerando las

representaciones que tienen los pacientes sobre las enfermedades que sufren y sobre el tratamiento que guía su toma de decisiones y su comportamiento, es decir que existe una dependencia entre la autorregulación personal respecto a la percepción de la aparición de comportamientos de inadaptación (43).

Las enfermedades crónicas dejan huellas impidiendo una mejor calidad de vida en la adultez mayor, en este sentido se busca explicar la asociación de la adquisición, mantenimiento y modificación de comportamientos en beneficio de una adhesión positiva (44)

Percepción de la Diabetes Mellitus:

La percepción o creencia acerca de la enfermedad puede resumir varios de los factores involucrados en la pobre adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas siendo una variable esencial responsable de evaluar el comportamiento del paciente (5) y su eficacia (43).

La percepción de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus es un factor trascendente que influye en su manejo y bienestar, donde el paciente entenderá, experimentará su enfermedad y una actitud positiva hará notar la

diferencia en la adherencia al tratamiento, la prevención de complicaciones y la calidad de vida.

Dimensiones de la percepción:

Las dimensiones de la percepción de la enfermedad se refieren a como las personas interpretan su propia enfermedad, incluyendo sus causas, duración, consecuencias y control. Estas dimensiones cognitivas y emocionales influyen en como los individuos manejan su enfermedad y su salud en general

Desde esta perspectiva se plantean dos dimensiones que se articulan e influirán directamente en la respuesta emocional del paciente sobre su enfermedad y tratamiento y que guía su toma de decisiones y su comportamiento. (43)

A.- Representación cognitiva

La representación cognitiva se encuentra conformada de la representación mental de los elementos objetivos de la enfermedad como: identidad, consecuencias de la enfermedad, la duración de esta, control personal y la eficacia del tratamiento y de la generación de estrategias para el afrontamiento ante esa amenaza. (45)

- ✓ El componente identidad se refiere a como se identifican su enfermedad afirmaciones vinculadas a las creencias sobre la etiqueta del padecimiento, aquí se hace la distinción entre los síntomas patológicos de la enfermedad y los síntomas experimentados. (7)

- ✓ El componente consecuencias de la enfermedad se refiere al impacto que esta ha tenido en la calidad de vida del sujeto, o cómo afecta su capacidad funcional. (7)

- ✓ El componente duración se refiere a las creencias del individuo sobre el curso de la enfermedad, en este caso que es crónica y el escalamiento temporal de síntomas.(7)

- ✓ El componente cura/control se refiere a la sensación de empoderamiento sobre la ejecución de conductas de afrontamiento.

- ✓ La dimensión causa representa las creencias sobre los factores que son responsables del origen de la enfermedad, algunas de ellas pueden ser biológicas, emocionales, ambientales y psicológicas, en algunos casos difíciles de interpretar.(7)

B.- Representación Emocional

- ✓ El componente de respuesta emocional influye directamente en el paciente y en su comportamiento para hacerle frente, a través del sentido que le dan a su enfermedad y a sus síntomas.

- ✓ El componente preocupación manifiesta sentimientos de ansiedad y angustia a través de emociones de tristeza, miedo, inquietud, sobre la enfermedad.

- ✓ Finalmente, el componente de coherencia o comprensión determinará el resultado en la adaptación y afrontamiento de la enfermedad.

Entender estos aspectos de como se percibe la enfermedad es crucial para los trabajadores de salud, puesto que puede contribuir a crear estrategias más eficaces para el control de la enfermedad, aumentar la adherencia al tratamiento, fomentar hábitos saludables y respaldar el bienestar emocional del paciente (7).

2.2.2 Adherencia al tratamiento

Se conceptualiza como el compromiso activo y voluntario del paciente en el tratamiento de su enfermedad, con un régimen y de compartir la

responsabilidad con los prestadores de asistencia sanitaria a través de una adecuada comunicación (46)

La adherencia implica una diversidad de conductas, considerada como un acontecimiento muy complejo aludiéndose al nivel en que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones pactadas entre él y el personal de salud (5).

La adherencia al tratamiento se refiere al nivel en que los pacientes consumen sus medicamentos según las indicaciones de sus médicos. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la adherencia deficiente en individuos con enfermedades crónicas que requieren medicación a largo plazo representa un gran desafío alcanzando promedios de hasta un 50%, esta falta de adherencia está relacionada con resultados nefastos en la salud y un aumento en los costos de atención médica.

La adherencia insuficiente es un fenómeno multicausal que incluye elementos socioeconómicos, del sistema de salud, de la enfermedad y del tratamiento como ser la existencia de comorbilidades lo que hace más complejo su abordaje, impactando negativamente en la adherencia al tratamiento (47).

El grado de adherencia siempre se verá influenciado por el modo de pensar y actuar de acuerdo con sus propias definiciones de enfermedad, es

entonces que el paciente determinará que acciones y procedimientos llevará a cabo, lo que estará reflejado en la demanda de algún tipo de atención de salud sea por prevención o curación (5). Es decir, será esencial comunicar de manera clara y entendible para el paciente los detalles sobre su enfermedad y su gravedad, propósitos del tratamiento que debe seguir, dosis precisa, frecuencia de aplicación y el tiempo que debe durar la terapia, con la finalidad de conseguir una adherencia positiva.

Es la comunicación una herramienta que apoya al diagnóstico, tratamiento y seguimiento el ámbito de la atención primaria fundamental como punto de acceso del paciente al sistema de salud.

Esta interacción del profesional de la salud con el enfermo cobra notable importancia en la confianza del paciente. De igual forma la satisfacción del paciente, desde el punto de vista afectivo, se ha asociado a un notable incremento de la adherencia terapéutica. De carácter muy dinámico e influenciado por múltiples factores (48)

En otras situaciones la no adherencia se vincula con la creencia de que ya están sanos o con la falta de comprensión sobre como continuar el tratamiento llegando a interrumpirlo, por el hecho de que la enfermedad pueda ser asintomática. En una investigación realizada entre médicos oncólogos el 85% de encuestados indicó que la falta de adherencia representaba un problema significativo para sus pacientes siendo los

problemas psicológicos la razón más mencionada destacándose el miedo, la incertidumbre y la falta de control, así como otros están más relacionados con factores sociales que van desde un bajo nivel económico, de formación, de falta de acompañamiento, experimentar estrés o tener emociones negativas.

Para que exista una adecuada adherencia al tratamiento es importante tomar los medicamentos en intervalos prescritos y que el paciente comente a su médico si los está tomando sinceramente, estudios revelan que el 39% de errores se deben a olvidos y confusiones ya que no tienen bien definidos los horarios de toma, no llegando a generar el efecto deseado en el organismo.

Adherencia al tratamiento en la Diabetes Mellitus:

El panorama actual sobre el manejo de la diabetes esa en función al autocuidado, en el cual el paciente realizará los ajustes necesarios en diferentes aspectos con el objetivo de mantener un control metabólico adecuado y disminuir el riesgo de complicaciones (48)

Un alto grado de adherencia al autocuidado es fundamental para alcanzar un adecuado control metabólico siendo un indicador de como avanza la HbA1c durante las diferentes etapas de vida (49).

Modelos teóricos que explican la adherencia terapéutica:

Para tratar de explicar la adherencia terapéutica, se han descrito diversos modelos, destacando entre ellos los modelos cognitivos conductuales:

Teoría de la acción razonada: Aquí, toman prioridad los determinantes de la conducta, básicamente la intención, por lo que se trabaja con los factores que la determinan: La actitud hacia la acción y aquello que puede modificarla, las creencias sobre los probables resultados de esa conducta, la valoración de esos resultados, y la motivación del paciente de satisfacer las expectativas de estas personas o grupos (50)

Modelo de creencias en salud: Este modelo está basado en la motivación del paciente y la información con la que cuenta, lo que percibe sobre el riesgo de enfermar y/o ver la enfermedad como grave, reconocer los beneficios y eficacia de la pauta a seguir para evitar enfermar, y percibir como sencillas las medidas a practicar (51)

Características de la adherencia terapéutica

Según la OMS, la adhesión al tratamiento es un proceso multifactorial por la acción recíproca de variables; que determinan las características propias de una población de estudio:(14)

a) Características socioeconómico: Tiene un papel muy importante en al momento de la explicación de los resultados ya que esta determina las circunstancia en que presentan la enfermedad y tratamiento en materia de salud. La falta del recurso financiero, el desempleo, bajo nivel educativo, inaccesibilidad a los establecimientos de salud, disfunción familiar, creencias acerca de la enfermedad y el tratamiento; atribuye una causa considerable sobre la adherencia.

La edad es un factor influyente según las características del paciente y de su grupo de edad o etapa de vida en la que se encuentre. En el caso de los niños se adhieren más rápidamente al tratamiento (52) que los adolescentes ya que se encuentran al cuidado de alguien y está determinado por la capacidad del padre en el caso de los adolescentes se ven controlados por regímenes impuestos. Los adultos mayores representan el 6.4% de la población mundial convirtiéndose en el grupo de más edad y con mayor crecimiento en las enfermedades crónicas con tratamientos prolongados (48) siendo la adherencia esencial para su bienestar y componente muy importante en la atención; siendo el olvido una de las causa de abandono de los tratamientos.

El sexo femenino es en el que se concentra la mayor de los casos, siendo los menos adherentes a la actividad física mientras que el masculino, es menos adherente al régimen alimentario.

El analfabetismo, como necesidad social debe ser intervenciones específicas para el trabajo con familias y mejorar la adherencia al tratamiento ya que no existe cuidado sanitario sin cultura.

El apoyo familiar tiene un gran impacto en la capacidad del paciente para autocontrolar su condición crónica la pérdida o reducción de dicho apoyo puede tener efectos negativos para la salud, haciéndolo vulnerable por el deterioro cognitivo al que se verá expuesto por el paso del tiempo. (26)

b) Características acerca del tratamiento: Se vinculan con lo complejo tratamiento en cuanto a su duración, dosificación, cambio de medicación, efectos secundarios y disponibilidad del personal de salud para absolver todas sus dudas, afectando su adherencia e influencia, durante el proceso de adaptación para lograr una repercusión máxima e individual (2)

c) Características del paciente: originadas por sus convicciones y que en muchas ocasiones permanecen en la ignorancia sobre sí mismo e incertidumbre relacionada con la enfermedad y la dificultad para seguir un tratamiento provocando que su comportamiento sea guiado por las

percepciones y temores acerca de ella e influenciado por la severidad, vulnerabilidad y autoeficacia que pueda tener la persona (2).

d) Características de la enfermedad: Las patologías crónicas son aquellas que presentan los índices más altos de seguimiento al tratamiento debido a las complicaciones que aparecen con el tiempo como resultado de daños acumulativos, donde los síntomas actúan como la señal para tomar acciones que fomenten la adherencia; contribuyendo a establecer estilos de vida saludables a diferencia de aquellos que no los presentan aumentando si el riesgo de hospitalización. (10)

e) Características con el equipo de salud: Es fundamental establecer una buena conexión entre paciente y personal de salud ya que permite un seguimiento y control efectivo más allá de los factores sociodemográficos es esencial en el tema de adherencia terapéutica (44), siendo desfavorable la carencia de recursos como la falta de personal, que resulta en consultas breves de escasa calidad, con la limitada capacidad para educar a los pacientes y dar el seguimiento correspondiente (12) a través de una información clara y sencilla, brindando el acompañamiento continuo.

El control y seguimiento es un proceso continuo y dinámico. Es necesario programar una revisión de las necesidades detectadas, en el momento

adecuado cuando se produce algún cambio importante en el estado de salud del paciente como el alta hospitalaria, aparición de nuevos problemas de salud o descompensación.

Estas características comprensibles que fácilmente que exponen múltiples factores que intervienen en la adherencia están presentes como variables intervinientes en la población.

Por tanto, el grado de adherencia esta influenciado por el modo de pensar y actuar de acuerdo a sus propias definiciones de enfermedad es entonces que el paciente determinará que acciones y procedimientos realizará. (5)

Adherencia en diabetes mellitus

El panorama actual sobre el manejo de la diabetes esa en función al autocuidado, en el cual el paciente realizará los ajustes necesarios en diferentes aspectos con el objetivo de mantener un control metabólico adecuado y disminuir el riesgo de complicaciones (48).

En el paciente con diabetes una percepción positiva ayuda a mejorar la adherencia al tratamiento llevando un mayor control en la dieta, ejercicio físico, medicación y controles. Si el paciente adopta una actitud negativa puede provocar angustia, estrés y depresión afectando el bienestar general,

y riesgo de complicaciones; que en ocasiones puede motivar a los pacientes a tomar medidas preventivas.

En consecuencia un alto grado de adherencia es fundamental para alcanzar un adecuado control metabólico (49)

La falta de adherencia a la medicación en pacientes diabéticos y otras conductas de autocuidado entre los pacientes con diabetes es común, con menos del 50% de los pacientes logrando el control glucémico, influenciado por una amplia gama de factores que incluyen factores demográficos, personales, sociales, culturales, de condición, de tratamiento y relacionados con el sistema de salud. (1)

Debido a esta alta prevalencia es clara la necesidad de una reorientación en su manejo actual ya que su control no es lo esperado (1). Se ha demostrado que la falta de adherencia se asocia con aumento en el número de hospitalizaciones entre los pacientes; esto aumenta el costo de los recursos sanitarios, así como el desgaste del personal de salud, peor resultado clínico y pérdida de la calidad de vida (14).

TEORÍA DE LA DIVERSIDAD Y LA UNIVERSALIDAD DE LOS CUIDADOS CULTURALES.

MADELEINE LEININGER; escribió la Enfermería transcultural, centrada en el estudio comparativo de las diferentes culturas de las personas, basándose coherentemente en sus creencias de salud o enfermedad, sus valores, prácticas y modelos de conducta con el fin de ayudarlas a mantener su salud, recuperarla, o hacer frente a las discapacidades y/o la muerte (53). Basada en los paradigmas de que la persona es un ser íntegro, único de múltiples dimensiones inseparable de su entorno, por lo que la salud engloba el ser humano y el entorno.

La teoría del sol naciente plantea en sus primeros tres niveles una base de conocimiento (factores socioculturales) para luego ofrecer los cuidados culturalmente coherentes considerando los metaparadigmas en enfermería: donde la persona es la única con la capacidad de tomar decisiones, respetando sus creencias y formas de actuar en pro del bienestar según su contexto cultural.

Aplicación práctica:

Preservar y mantener prácticas culturales positivas

- ✓ Identificar costumbres alimenticias que sean compatibles con el tratamiento y promoverlas en esta so en el paciente con diabetes y su familia.
- ✓ Reconocer rutinas familiares que favorezcan el autocuidado y reforzarlas.
- ✓ Validar creencias espirituales que brinden apoyo emocional al paciente

Adaptar prácticas culturales al tratamiento médico

- ✓ Traducir el lenguaje técnico del tratamiento a expresiones comprensibles y culturalmente cercanas.
- ✓ Ajustar horarios de medicación y alimentación según las dinámicas familiares y sociales del paciente.
- ✓ Integrar el uso de remedios tradicionales (si no interfieren con el tratamiento) como parte del plan de cuidado

Reestructurar prácticas culturales que afecten negativamente la adherencia

- ✓ Educar sobre los riesgos de creencias erróneas (por ejemplo, abandonar el tratamiento por “sentirse mejor”).

- ✓ Aclarar ideas culturales que generen miedo o rechazo hacia la medicación.
- ✓ Promover el diálogo familiar para modificar patrones que dificulten el seguimiento terapéutico.

Estas actividades permiten brindar un cuidado culturalmente congruente, lo que, según Leininger, mejora la aceptación el tratamiento, fortalece la relación terapéutica y aumenta la adherencia.

ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

El rol del profesional de enfermería frente al paciente con diabetes mellitus II, se enfoca en la enseñanza sobre el autocuidado, la prevención de las complicaciones y el acompañamiento integral, actuando como mediador entre el paciente, la familia y el equipo de salud.

Educación y promoción del autocuidado:

- Enseñar al paciente sobre la enfermedad, los riesgos y el impacto en la calidad de vida.
- Instruir sobre el uso adecuado de fármacos.
- Promover hábitos saludables; alimentación balanceada, actividad física regular.

Prevención y detección temprana de complicaciones:

- Vigilar signos de complicaciones microvasculares (retinopatía, nefropatía, neuropatía) y macrovasculares (cardiopatía y pie diabético).
- Realizar controles periódicos presión arterial, peso, IMC y glicemia.
- Educar sobre el cuidado de los pies e importancia de revisiones médicas regulares.

Acompañamiento emocional y motivacional:

- Brindar apoyo psicológico para enfrentar el diagnóstico y fomentar la adherencia al tratamiento.
- Favorecer la participación de la familia en el proceso del cuidado.
- Utilizar estrategias de comunicación empática para mejorar la confianza y la motivación del paciente.

Coordinación interdisciplinaria:

- Trabajo en equipo (médico, nutricionista, psicólogo y otros profesionales de la salud).
- Facilitar la continuidad del cuidado.
- Aplicar la teoría de Dorothea Orem para guiar las intervenciones.

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

Percepción de la enfermedad.

La percepción de la enfermedad alude al grupo de convicciones, percepciones y sentimientos que una persona forma acerca de su estado de salud.

Adherencia al tratamiento.

La adherencia al tratamiento se define como el nivel en el que un paciente cumple con las indicaciones terapéuticas, relacionadas con su plan de tratamiento, lo que abarca la ingesta de medicamentos, modificaciones en su forma de vivir y la asistencia a revisiones periódicas.

Paciente diabético

Es aquella persona que padece diabetes mellitus, una afección metabólica de larga duración que se distingue por la presencia de altos niveles de azúcar en sangre (hiperglucemia), como resultado de un problema en el uso de insulina.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El método de investigación es cuantitativo, porque aunque son conceptos conductuales o subjetivos se mide con números a través de escalas estandarizadas, de diseño descriptivo que implica observar y describir, como los pacientes perciben su enfermedad sin modificar conductas sin influir sobre él; correlacional (busca relacionar variable) y transversal, porque se realiza en un momento en el tiempo (54).

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

La población de estudio estuvo conformada por pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus II que acuden al Centro de Salud San Francisco, que se encuentran registrados en el padrón nominal de la institución y que asciende en número a 400 pacientes.

Muestra

En el presente trabajo la muestra de estudio está conformada por 196 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus II que participaron de la investigación considerando los criterios de selección permitiendo los resultados disminuyendo el margen de error en base a los objetivos de la investigación.

Criterios de Inclusión:

- ✓ Pacientes con diabetes mellitus II, tratamiento hipoglucémico y que reciben atención médica en el C.S San Francisco.
- ✓ Paciente con diabetes mellitus II; mayores de 30 años, con tiempo de enfermedad mínimo un año a más.
- ✓ Pacientes que firman el consentimiento informado previa coordinación.

Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes que no firman el consentimiento voluntario.
- ✓ Pacientes menores de 30 y con menos tiempo de enfermedad a un año.
- ✓ Pacientes que viven fuera de la jurisdicción de San Francisco

Tipo de Muestreo

El tipo de muestreo utilizado es de tipo probabilístico estratificado simple, donde todos los elementos pueden ser seleccionados y que permiten la generalización de resultados de la población de la cual se extrajo la muestra.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica:

En el abordaje y estudio de la investigación percepción de la enfermedad y su influencia en la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos, se empleó como técnica la encuesta.

Instrumento:

Los instrumentos utilizados para la medición de las variables fueron cuestionarios validados, de uso internacional utilizados para medir la percepción de la enfermedad y su influencia en la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos como estrategia en el abordaje de enfermedades crónica y según características de la población de estudio.

Los cuestionarios que se aplicaron en el presente estudio corresponden a las siguientes variables en mención:

Variable 1: Percepción de la enfermedad

La variable percepción de la enfermedad ha sido medida a través del cuestionario Breve de percepción de enfermedades. (BIPQ) fue elaborado por Weinman et al., 1996 (55). Consta de 8 ítem utilizando una escala de respuesta de 0 a 10, y un noveno ítem que corresponde a la causalidad.

Los datos se estructuran en dos componentes: el primero fija la representación emocional relacionada con la respuesta emocional, preocupación y coherencia. El segundo componente corresponde a la representación cognitiva relacionada con la identidad, consecuencia, control del tratamiento, control personal y duración.

DIMENSIONES EQUIVALENTES DEL BIPQ

Representación cognitiva	Consecuencias	Ítem 1
	Duración	Ítem 2
	Control personal	Ítem 3*
	Control del tratamiento	Ítem 4*
	Identidad	Ítem 5
Representación emocional	Preocupación	Ítem 6
	Coherencia	Ítem 7*
	Respuesta emocional	Ítem 8
	Causas	Ítem 9

Estos 8 primeros ítems se valoran mediante una escala de 0 al 10, con un rango posible de 0 a 80 y que, al calificar el instrumento, determina cuan amenazante se percibe la enfermedad. La puntuación de los ítems 3, 4, y 7 se restarán a la sumatoria a los ítems 1, 2, 5, 6 y 8.

Escala valorativa:

Amenaza experimentada baja	< a 42
Amenaza experimentada moderada	de 42 a 49
Amenaza experimentada alta	> ó = a 50

Las puntuaciones más altas indican una peor percepción de la enfermedad, la puntuación total del Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad (B-IPQ) es de la siguiente manera: <42 indica una amenaza experimentada baja, 42-49 indica una amenaza experimentada moderada y ≥ 50 indica una amenaza experimentada alta y la dimensión causa, de respuesta abierta, donde se citan 3 respuestas que se creen que causaron la enfermedad. (56)

Variable 2: Adherencia al tratamiento

La variable adherencia al tratamiento ha sido medida a través del Test o cuestionario de Morisky valora el cumplimiento de la medicación

Este cuestionario elaborado por Morisky, Green y Levine, consta de cuatro preguntas de respuesta dicotómica SÍ o NO para valorar las barreras para una correcta adherencia terapéutica y ha sido validado en una gran variedad de patologías crónicas, consiste de 4 preguntas acerca de la medicación que toma, basándose en tres indicadores de medición como el olvido, descuido e interrupción de la medicación en caso de mejoramiento o deterioro de síntomas.

ESCALA VALORATIVA:

ITEM	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
Pregunta 1	NO	1
Pregunta 2	SI	1
Pregunta 3	NO	1
Pregunta 4	NO	1

Se considera que el paciente es adherente al tratamiento si responde correctamente a las cuatro preguntas, de la siguiente manera: NO/SI/NO/NO el score máximo es de 4 puntos, y no adherentes cuando es menor o igual a tres. (57)

Validez

La validez del instrumento fue revisada por 5 expertos profesionales en el ámbito de la salud pública a los cuales se les envió el cuadro de operacionalización de variables además de los instrumentos con sus interrogantes y respuestas, donde el valor DPP fue 0,00 lo cual significó una adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado en la recolección de información de este estudio.

Confiabilidad

Para la presente investigación el criterio de confiabilidad se determinó aplicando la prueba piloto a 15 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus y que al sustituir los valores numéricos se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0.728 siendo equivalente a 72,8% en el instrumento de adherencia al tratamiento y un 0.715 siendo equivalente a 71,5% en el instrumento de percepción de la enfermedad; que según la escala de Cronbach es descrito como una magnitud marcada (58)

Para dicho cálculo se ha hecho uso del SPSS Versión 25, donde se introdujeron los datos de las 15 encuestas aplicadas, sin exclusión alguna; haciendo una total de 12 preguntas o ítems que se llevaron a la prueba de confiabilidad.

3.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó permiso a la Jefatura del Centro de Salud San Francisco a fin de que nos brinde las facilidades para la recolección de datos, así mismo los registros existentes de los pacientes a la estrategia sanitaria de daños no transmisibles donde se consignan direcciones, teléfonos de los mismos los que se considerarán para la aplicación de los cuestionarios.

Para la recolección de datos se desarrolló una selección, previa revisión del padrón nominal, a través de la sectorización. La captación de los pacientes materia de estudio se efectuó en consulta externa, en el servicio de emergencia y a través de la visita domiciliaria, esta última de forma Interdiaria, al no ser cubrir la cantidad esperada se realizó una segunda visita donde se les participó del estudio invitándoles a formar parte de la búsqueda de información.

Una vez llegado el momento de la aplicación del cuestionario se brindó información sobre el estudio, se solicitó el consentimiento informado y a continuación se realizó encuesta. Durante la aplicación de los cuestionarios se estuvo disponible para ofrecer ayuda a quienes lo precisaron, en un tiempo estimado de 30 minutos. Y a continuación la aplicación del cuestionario de características de la población de estudio, cuestionario breve de percepción (BIPQ) y cuestionario de Morisky.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis estadístico de la presente investigación se desarrolló en tres fases: Descriptiva, inferencial y relacional. En primer lugar, los datos recolectados fueron organizados y codificados en una base digital para su posterior análisis. Se aplicó estadística descriptiva para describir los niveles de percepción de la enfermedad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II, utilizando frecuencias y porcentajes.

Para determinar la distribución de los datos, se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, la cual evidenció una distribución no normal, motivo por el cual se recurrió a pruebas no paramétricas.

En el análisis relacional, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado de independencia para identificar la existencia de asociación entre ambas variables, y se empleó el coeficiente de correlación de Spearman con el propósito de medir la influencia, así como la dirección y fuerza de la relación entre la percepción de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, considerando un nivel de significancia estadística de 0,05.

3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Consentimiento Informado:

La aplicación del consentimiento informado se justificó en la necesidad de garantizar el respeto a la autonomía de los participantes, asegurando la comprensión del propósito y objetivos de estudio y que no les iba a generar algún daño o compromiso, siendo voluntaria su participación.

Confidencialidad y anonimato:

Los datos recolectados fueron codificados para preservar la identidad de los participantes, es decir se evitó cualquier dato que pudiera permitir la identificación del paciente.

Minimización de riesgos:

El estudio no implicó intervenciones clínicas ni procedimientos invasivos.

Los instrumentos fueron aplicados de manera respetuosa.

Sensibilidad cultural:

Los instrumentos fueron adaptados lingüísticamente y culturalmente al contexto local asegurando preguntas comprensibles respetando sus creencias y evitando juicios.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

La frecuencia y los porcentajes de todos los datos fueron registrados de la siguiente manera

TABLA N°01

**PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN SU DIMENSIÓN COGNITIVA
Y EMOCIONAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS II.
C. S. SAN FRANCISCO, TACNA 2024**

Dimensiones de la percepción	N	%
Dimensión cognitiva		
Amenaza baja	34	17,4
Amenaza moderada	23	11,7
Amenaza alta	139	70,9
Total	196	100,0
Dimensión emocional		
Amenaza baja	64	32,7
Amenaza moderada	24	12,2
Amenaza alta	108	55,1
Total	196	100,0

Fuente: Cuestionario de percepción de la enfermedad aplicado a pacientes con Diabetes Mellitus II, que acuden al C.S. San Francisco (Weinman)
Elaborado por: Pimentel, M

Descripción:

En la tabla N° 01, se observa Percepción de la enfermedad en su dimensión cognitiva y emocional en pacientes con diabetes Mellitus II. Con respecto a la dimensión cognitiva, el 70,9% presentan una amenaza alta y en menor

porcentaje el 11,7% presentan una amenaza moderada. Por otro lado, en la dimensión emocional, el 55,1% presentan una amenaza experimentada alta y apenas el 12,2% presentan una amenaza experimentada moderada.

GRÁFICO N° 01

PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN SU DIMENSIÓN COGNITIVA Y EMOCIONAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS II. CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA 2024

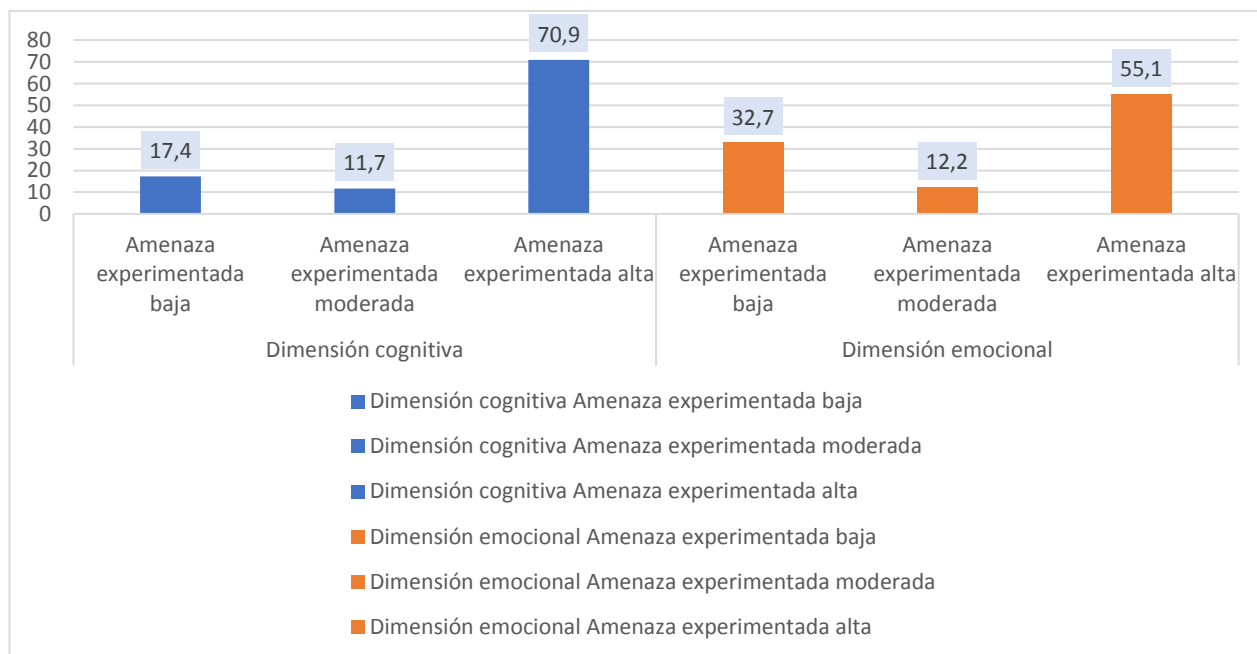


TABLA N° 02

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS II C. S. SAN FRANCISCO, TACNA 2024**

Adherencia al tratamiento	N	%
No adherente	181	92,3
Adherente	15	7,7
Total	196	100,0

Fuente: Cuestionario de adherencia al tratamiento. aplicado a pacientes con Diabetes Mellitus II, que acuden al C.S. San Francisco (Morisky)
Elaborado por: Pimentel, M

Descripción:

En la tabla N° 02, se observa la Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus II. Se estimó que el 92,3% de las personas encuestadas presentaron no adherencia al tratamiento y apenas el 7,7% una adherencia al tratamiento.

GRÁFICO N° 02

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS II CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA 2024

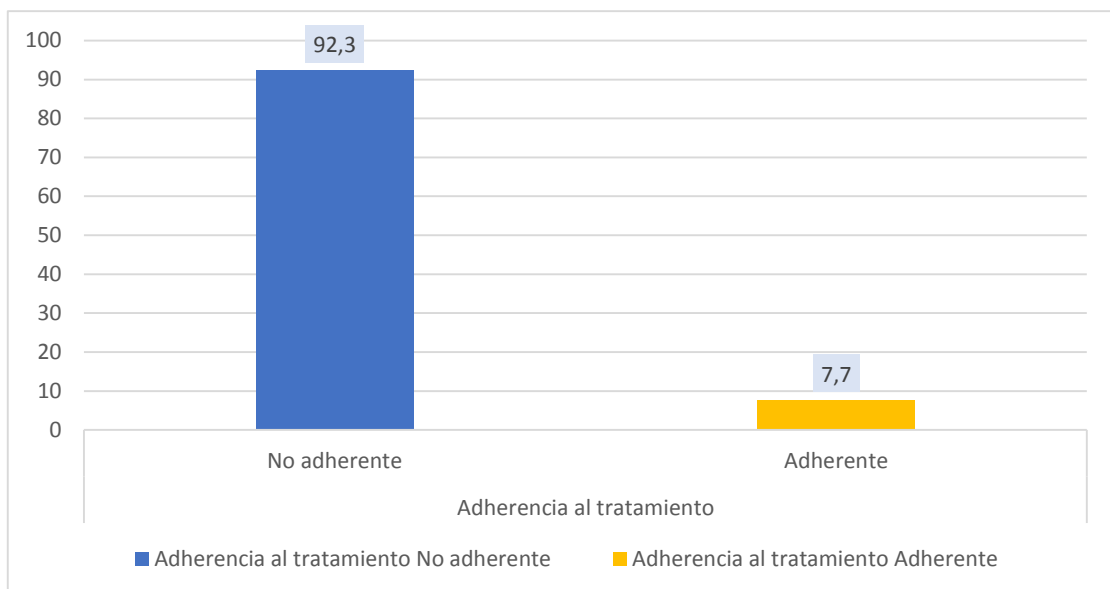


TABLA N° 03
INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS II, C.S. SAN FRANCISCO,
TACNA 2024

Percepción de la enfermedad	Adherencia al tratamiento						X2 GI Sig (bilateral) R spearman (Rho)
	No adherente		Adherencia al tratamiento		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Amenaza							
Baja	43	21,9	0	0	43	21,9	X2= 7,117 GI=2 Rho= 0,074 Sig=0,302
Moderada	18	9,2	4	2,0	22	11,2	
Alta	120	61,2	11	5,6	131	66,8	
Total	181	92,3	15	7,7	196	100,0	

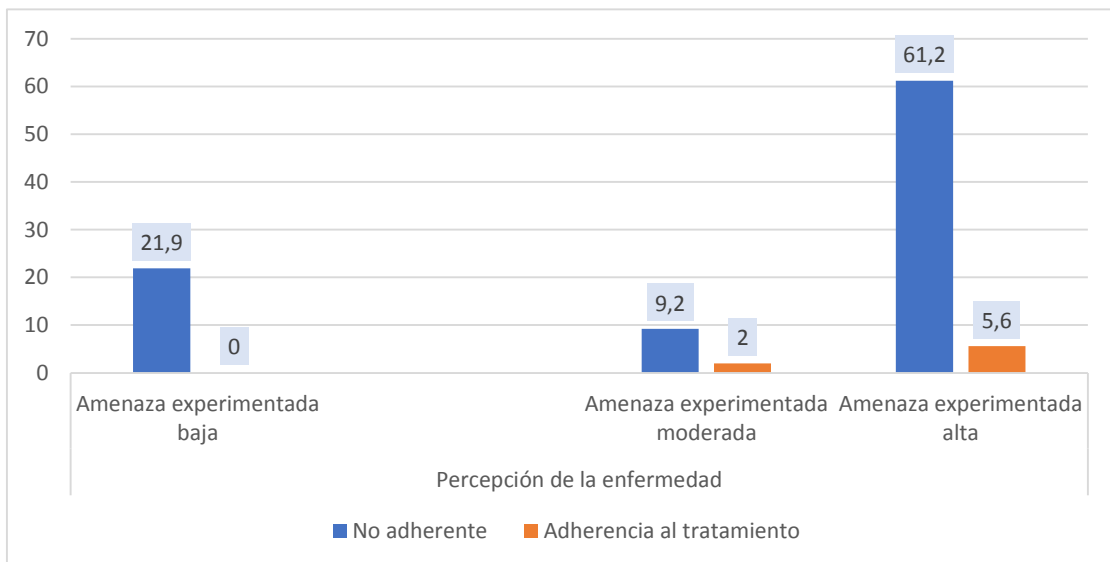
Fuente: Cuestionario de percepción de la enfermedad (Weinman) y de adherencia al tratamiento (Morisky) aplicado a pacientes con Diabetes Mellitus II, que acuden al C.S. San Francisco
Elaborado por: Pimentel, M

Descripción:

En la tabla N° 03, se observa la Influencia de la percepción de la enfermedad y su adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus II, C.S. San Francisco, Tacna-2024. Del 100% de los pacientes encuestados se destaca que el 61,2% reporta una amenaza experimentada Alta con respecto a la percepción de la enfermedad y no adherencia al tratamiento. Asimismo, el 21,9% reporta una Amenaza experimentada Baja y No adherencia al tratamiento. Por otro lado, el 5,6% reporta Amenaza experimentada Alta y adherencia al tratamiento. Finalmente, se obtuvo un coeficiente de Spearman de 0,074 y valor p de 0,302. lo cual indica la no relación entre las variables, es decir, que no necesariamente hay una relación directa o inversa entre las variables.

GRÁFICO Nº 03

INFLUENCIA DE LA PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y SU ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS II, C.S. SAN FRANCISCO, TACNA 2024



4.2 DISCUSIÓN

El presente análisis en pacientes con diabetes mellitus II, se centra en la representación de la enfermedad y su repercusión en el cumplimiento del tratamiento terapéutico confrontando todos los resultados presentados en este estudio con los de investigaciones anteriores.

En esta investigación determinaremos los objetivos:

En la **Tabla 01** se aprecia percepción de la enfermedad en su dimensión cognitiva y emocional en pacientes con diabetes mellitus II, cuyos resultados reflejaron que el 70,9% de ellos atribuye que existe una percepción de alta amenaza cognitiva frente a su enfermedad, el 11,7% de amenaza Moderada y el 17,3% de amenaza baja. Y según al análisis de regresión influyen en este objetivo los indicadores de cronología 84,5% y consecuencia 64,6% es decir que perciben su enfermedad de forma significativa y duradera, pero con baja confianza en el tratamiento 29,2%, bajo entendimiento de su enfermedad 33,0%, una limitada capacidad de control personal 58,9% y percepción moderada de síntomas 49,5%. Esto puede indicar que el paciente se siente afectado, pero no tiene claridad sobre la enfermedad, lo que explica una baja adherencia. (Anexo 2.1) Mientras que en la dimensión emocional el 55,1% de pacientes obtuvo una percepción también de ALTA amenaza 32,7% baja y moderada 12,2% la mayor puntuación se halló en los

indicadores de preocupación 59,6% y respuesta emocional 52,1%. Lo que significa que la diabetes genera una carga emocional significativa que puede afectar su motivación para seguir el tratamiento. (Anexo H).

Estos hallazgos respaldan los resultados obtenidos Carballo C. (28) sobre “Nivel de Adherencia al Medicamento y Percepción de la Enfermedad de Pacientes con Epilepsia Activa en dos Hospitales de Chiclayo, Perú durante Julio 2018 y junio 2019” donde la percepción cognitiva tiene puntuaciones de mayor cantidad, donde los encuestados afirma que la epilepsia afecta su vida cotidiana 98,5% , que es un padecimiento crónico 99,2% y que su vez la epilepsia es una enfermedad difícil de controlar 98,5%, respecto a la efectividad del tratamiento 94,11% refieren que ayuda mucho, el 99,1% entiende su enfermedad. Con respecto a la dimensión emocional el 61,76% se sienten preocupados y un 55,88% se sienten muy impactados emocionalmente, de una muestra de 136 pacientes.

Por su parte en el estudio de Saudi Ra, et al. (20) “Percepción de la enfermedad, adherencia a la medicación y control glucémico entre pacientes de atención primaria de la salud con diabetes mellitus II entre julio 2019 y noviembre 2020”, refieren que existe una alta percepción de la enfermedad en cuanto a la dimensión cognitiva este estudio arroja que el 82% de pacientes percibe su enfermedad como duradera, 53% asegura que su

enfermedad es de moderado impacto, por la identificación de síntomas, 41% coincide también que hay una baja percepción de control personal y el 36% baja confianza en el tratamiento. En cuanto a la percepción emocional el 52% manifiesta una moderada preocupación por su enfermedad y el 46% su impacto emocional es bajo. Ngetich E, Pateekhum C, Hashmi A, Nadal I, Pinyopornpanish K, English M, et al. (15), en su estudio "Percepciones de enfermedad, prácticas de autocuidado y control glucémico entre pacientes con diabetes II" halló que las inquietudes más significativas que tienen los pacientes sobre la percepción de la enfermedad están vinculadas a la dimensión cognitiva; donde su duración es probable que sea una condición permanente y no transitoria, sus repercusiones afecten su vida y el control personal insuficiente, demostró que la percepción estaba mediada por las prácticas de autogestión (estilos de vida) y que las opiniones más negativas de los pacientes están vinculadas a un control glicémico menos efectivo. Un aspecto en particular, el manejo personal basado en la creencia de la capacidad para controlar su enfermedad reflejó una fuerte relación con el control glicémico. Mientras que la dimensión emocional no se vio muy afectada.

En vista de lo anteriormente expuesto podemos ver que existen diferencias las cuales radican en el nivel socioeconómico de la muestra es decir en el entendimiento de la enfermedad, confianza en el tratamiento, control

personal limitado por la ausencia de síntomas. Estos estudios generan una carga emocional considerable, ligada a la incertidumbre y falta de comprensión (diabetes) y por lo repentino de los episodios (epilepsia); reflejando una visión más dañina que la enfermedad ya que la percepción es el resultado de dos procesos paralelos uno cognitivo y uno emocional mediante las cuales toda la información obtenida de diversas fuentes se presenta de manera resumida en una interpretación de la enfermedad que actualmente la clarifica y le otorga un valor y una comprensión personal. Por lo que podemos decir que la percepción no es algo homogéneo y que su impacto en la adherencia depende de cómo se vive, se entiende y se siente la condición dentro del contexto cultural del paciente. Bajo el pensamiento de Leininger, el cuidado de enfermería debe ir más allá de la instrucción técnica: debe ser empático, adaptado y profundamente humano, reconociendo que cada paciente es portador de una cultura que debe ser respetada y comprendida para lograr un cuidado verdaderamente efectivo

La **Tabla 02** considera la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus II; 92,3% de los pacientes con diabetes mellitus II no se adhieren al tratamiento, frente a un 7,7% que si lo hacen. Esto quiere decir que la gran mayoría de los pacientes no siguen correctamente las indicaciones médicas, como tomar los medicamentos, asistir a controles observándose brechas en el seguimiento clínico del 61%, lo que puede llevar

a descontrol glucémico, aumentando el riesgo de neuropatías, retinopatías, insuficiencia renal tratamientos de complicaciones evitables, así como más ingresos por emergencias en un 74% debido a descompensación por falta de adherencia al tratamiento, siendo un indicador de falta de comprensión, dificultades económicas, creencias culturales que interfieren con el tratamiento. Así como el 49,5% de los pacientes reconoce parcialmente la presencia de signos de la enfermedad, pero no necesariamente los vincula con la necesidad de tratamiento constante.

Nuestros hallazgos son consistentes con los de Alyami M, Serlachius A, Mokhtar I, Broadbent E. (22) denominado “Asociaciones longitudinales entre percepciones de enfermedad y control glucémico en diabetes tipo II” ,donde las percepciones basales de la enfermedad y las creencias acerca de sus causas no muestran diferencia significativa con las personas sometidas a estudio. Sin embargo para Farías-Vílchez BA, Ruíz DB, (26), en su estudio titulado “Conocimientos sobre la diabetes mellitus II y adherencia al tratamiento en pacientes de Hospital Reategui de Piura”, sus resultados guardan similitud con los nuestros, donde la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus II fue baja en la mayor parte de los pacientes con un 38,6%, comparado con un nivel medio de 31,4% y un nivel alto del 30% del total de la muestra.

Analizando en conjunto estos resultados los elementos culturales o cognitivos iniciales no jugaron un papel clave en el control de la enfermedad y desde perspectiva de Leininger, sugiere tener en cuenta las costumbres culturales, las dinámicas familiares involucrando a la familia a que participe como facilitador del cuidado ya que el 71% de los encuestados cuenta con apoyo familiar y considerar los entornos sociales que afectan la manera en que los pacientes llevan su enfermedad, al igual que la adherencia depende de la compatibilidad entre el cuidado profesional y las prácticas culturales del paciente por lo que si el tratamiento no se adapta a la realidad cultural, económica y social, los pacientes difícilmente lo integrarán en su vida cotidiana.

Bajo este enfoque la enfermera no solo transmite información biomédica, sino que actúa como mediadora cultural y facilitadora del cuidado evaluando percepciones, diseñando estrategias según su cultura con un lenguaje accesible considerando su nivel educativo donde un 42% tiene educación básica, pero con limitaciones en el entendimiento logrando que el tratamiento se viva como parte de su cultura y no como una imposición externa, generando confianza por lo que el conocimiento aislado no asegura adherencia confirmando aquello que el cuidado debe ser holístico y culturalmente sensible.

Estos hallazgos difieren de los encontrados en el trabajo de Quispe, M (28) en su estudio "Adherencia al Tratamiento y Calidad de Vida en Personas con Hipertensión Arterial que Habitan en una zona de San Martín de Porres 2021", el 52,6% de los pacientes presentan adherencia al tratamiento y 47,4% no son adherentes; observándose que existe relación significativa entre adherencia y calidad de vida en los pacientes con hipertensión arterial siendo sus complicaciones muy graves disminuyendo de manera notable la calidad de vida. Al igual en el trabajo de Dhaliwal HS, Singh R, Abraham AM, Sharma R, Goyal NK, Soloman R, et al. (21), en su estudio "Percepción de la enfermedad y su asociación con la disposición al tratamiento en pacientes con enfermedad del hígado graso" donde una percepción más seria de la enfermedad está vinculada con una mayor apertura a involucrarse en el cumplimiento de su tratamiento. Donde los aspectos que impactan de manera particular la vida de los pacientes son las creencias personales sobre los efectos de la enfermedad, el control sobre ella y el papel que juega en sus vidas. Lemos M, Torres S, Jaramillo I, Gómez PE, Barbosa A. (24), en su estudio "Percepciones de la enfermedad y hábitos de vida saludable en personas con enfermedades crónicas", contrasta con nuestros hallazgos donde confirma que la percepción de una enfermedad con consecuencias y preocupaciones negativas se asocia a comportamiento saludable. Al igual que para Indrayana S, Guo S, Lin C, Fang S. (25), en su estudio de "Percepción de la enfermedad como predictor del comportamiento de

cuidado de los pies entre personas con diabetes mellitus II”, es necesario que el paciente comprenda el daño viendo lo que padece en otros, para que pueda controlarse con el tratamiento sugerido por el personal de salud y que no conlleve a resultados negativos. Es importante conocer el entorno del paciente como lo enfoca Pesantes M, Del Valle A, Diez F, Bernabé A, Portocarrero J, Trujillo A, et al. (27), en su trabajo “Apoyo familiar y diabetes experiencias de pacientes de un hospital público del Perú”, donde muestra que el apoyo social es mixto por lo que las conductas de apoyo familiar y empatía muchas veces pueden controlar o socavar los esfuerzos de la angustia del paciente en el desarrollo mejores prácticas de autocuidado.

En conjunto, los resultados muestran que la adherencia y la calidad de vida están profundamente mediadas por la percepción de la enfermedad y el entorno cultural del paciente. Desde la perspectiva de Leininger, estos hallazgos confirman que la adherencia no depende solo de la información biomédica, sino de cómo el paciente interpreta su enfermedad y que la enfermera debe actuar como mediadora cultural, transformando la percepción cognitiva y emocional en prácticas de autocuidado significativas, explorando sus creencias culturales y asegurando que el apoyo familiar y social se convierta en un recurso terapéutico y no en una barrera.

La **Tabla 03** considera, la percepción de la enfermedad y su influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus II, C. S. San Francisco, Tacna 2024; 61,2% de ellos reporta una percepción de ALTA amenaza frente a su enfermedad, y no es adherente al tratamiento. Mientras el 5,6% refleja adherencia al tratamiento, pero mantiene una percepción de alta amenaza frente a su enfermedad, hallándose un valor spearman 0,074 y un valor p de 0,302. Lo que quiere decir que, aunque los pacientes reconocen la gravedad de la enfermedad y la perciben como amenaza seria, este reconocimiento no se traduce en conductas de autocuidado ni en el cumplimiento terapéutico, la percepción de amenaza por sí sola no garantiza adherencia.

Estos hallazgos guardan similitud con los de Castillo Carballo C. (28) sobre "Nivel de Adherencia al Medicamento y Percepción de la Enfermedad de Pacientes con Epilepsia Activa en dos Hospitales de Chiclayo, Perú durante Julio 2018 y junio 2019" donde no se encuentra correlación entre el nivel de adherencia y la percepción de la enfermedad, al igual que Gamarra Y. (33), su estudio titulado "Nivel de conocimiento sobre diabetes y manejo de la enfermedad en pacientes que acuden al Hospital Hipólito Unanue Tacna", no halló que existe relación entre nivel de conocimiento y adherencia donde obtuvo un valor $p = 0,595$ es mayor al nivel previsto de $\alpha = 0,05$. A diferencia del estudio de Huacani J. (32). "Relación entre el nivel de conocimiento sobre

medicación y adherencia terapéutica en paciente con diabetes mellitus II del Cap II metropolitano Red asistencial Essalud Tacna”, la mayoría de los pacientes que reflejan adherencia al tratamiento conocen los medicamentos que constituyen la terapia farmacológica, es decir que la adherencia está relacionada con el nivel de conocimiento ($p=0,01$).

Estos resultados muestran que en ambos estudios que no existe correlación significativa entre percepción de la enfermedad o nivel de conocimiento y la adherencia al tratamiento, lo que sugiere que comprender la enfermedad o tener información sobre ella no garantiza que los pacientes cumplan con las indicaciones médicas. Según Leininger cuando el conocimiento es abstracto no se traduce en acción, cuando el conocimiento es concreto y aplicable a la vida cotidiana sí se convierte en adherencia transformándose en autocuidado y adaptada al contexto cultural y social del paciente.

CONCLUSIONES

De acuerdo al análisis realizado, se llega a las siguientes conclusiones:

1. La percepción de la enfermedad en los pacientes con diabetes mellitus II es predominantemente de alta amenaza (66,8%), tanto en la dimensión cognitiva (reconociendo la gravedad, duración y sintomatología de la diabetes (70,9%) y como emocional manifestando una fuerte carga emocional (55,1%).
2. El (92,3%) de las personas encuestadas no son adherentes al tratamiento, relacionada con la falta de seguridad en el tratamiento, la insuficiente claridad sobre su propósito y los factores emocionales que disminuyen la motivación del paciente.
3. Estos hallazgos coinciden con estudios previos que señalan que la adherencia no depende únicamente del conocimiento o la preocupación por la enfermedad.

RECOMENDACIONES

Tras las conclusiones se recomienda:

1. A la jefatura del establecimiento de salud:

- Hacer manifiesto el requerimiento de profesional idóneo y solicitar a la oficina de recursos humanos la gestión de dicha necesidad a fin de brindar una atención especializada, integral y continua que responda a las necesidades particulares, con énfasis en la cronicidad y falta de confianza en el tratamiento.
- Gestionar la capacitación del personal a su cargo acerca del cuidado de enfermería transcultural y la comunicación empática de tal forma que, considerando el contexto cultural de cada paciente, puedan brindar un cuidado individualizado que expliquen el tratamiento y mejore los resultados en salud.

2. A los profesionales de enfermería promover el empoderamiento del paciente, como parte activa en la toma de decisiones.

3. Al equipo del componente de la estrategia de daños no transmisibles contar con un padrón actualizado y de seguimiento que se alimente con información actual haciendo participe a todos los

profesionales involucrados con el compromiso mejorar las brechas existentes en la estrategia de daños no transmisibles, a través de acciones de prevención, atención médica y política públicas sostenibles. Así como:

- ✓ Prevención primaria, campañas educativas
- ✓ Detección temprana, programas de tamizaje.
- ✓ Atención integral, capacitación al personal de salud.
- ✓ Participación comunitaria, involucrando a la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arrieta LA. Percepción de enfermedad y de cuidados recibidos por el paciente crónico.
2. Guamán-Montero et al. - 2021 - Factores que influyen en la adherencia al tratamie.pdf [Internet]. [citado 11 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/559/55969712011/55969712011.pdf>
3. García-Morales G, Barrera-Lagunasa DK. Conocimiento, comportamiento y percepción sobre salud bucal en pacientes con diabetes tipo 2. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 6 de marzo de 2019;55(5):575-8.
4. Leyva R, Hernández G, Ibarra S, Ibarra CT. Percepción de la insulino-terapia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolada. Atención Primaria. 1 de octubre de 2016;48(8):543-9.
5. Sacchi M, Hausberger M, Pereyra A. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. Salud Colectiva. 4 de diciembre de 2007;3(3):271.
6. Hassanein et al. - 2020 - Introduction Real-World Evidence in Type 2 Diabet.en.es.pdf.
7. Pacheco-Huergo V, Viladrich C, Pujol-Ribera E, Cabezas-Peña C, Núñez M, Roura-Olmeda P, et al. Percepción en enfermedades crónicas: validación lingüística del Illness Perception Questionnaire Revised y del

- Brief Illness Perception Questionnaire para la población española. Atención Primaria. 1 de mayo de 2012;44(5):280-7.
8. Hogar, Recursos, diabetes V con, Reconocimiento, frecuentes P, Contacto, et al. Atlas de la diabetes de la FID | Décima edición [Internet]. [citado 7 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://diabetesatlas.org/>
 9. Diaz H, Marcial D, Galicia-Rodríguez L, Villarreal-Ríos E, Julián López C, Elizarrarás-Rivas J, et al. Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes sin hipertensión arterial. Horizonte Médico (Lima) [Internet]. octubre de 2023 [citado 20 de junio de 2025];23(4). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-558X2023000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 10. Abel PP, Alejandra RT. Factores condicionantes de la falta de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: caso Unidad de Medicina Familiar 33, Tabasco México. 2018;(18):6.
 11. Harvey JN, Lawson VL. The importance of health belief models in determining self-care behaviour in diabetes. Diabetic Medicine. 2009;26(1):5-13.
 12. Morales R, Estela L. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular. diciembre de 2015;16(2):175-89.

13. Domínguez LA, Ortega E, Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna. marzo de 2019;6(1):63-74.
14. Ortega J, Sánchez D, Rodríguez Ó, Ortega JM, et al. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta médica Grupo Ángeles. septiembre de 2018;16(3):226-32.
15. Ngetich E, Pateekhum C, Hashmi A, Nadal IP, Pinyopornpanish K, English M, et al. Illness perceptions, self-care practices, and glycemic control among type 2 diabetes patients in Chiang Mai, Thailand. Arch Public Health. 7 de mayo de 2022;80:134.
16. Enfermedades y daños no transmisibles – CDC MINSA [Internet]. [citado 7 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/categoria/vigilancia-epidemiologica/subsistema-de-vigilancia/enfermedades-y-danos-no-transmisibles/>
17. Flores-Acero-Antony.pdf [Internet]. [citado 14 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/685/Flores-Acero-Antony.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Liendo L. Adherencia al tratamiento farmacológico y control metabólico de los pacientes diabéticos en un centro de atención primaria de Essalud - 2023. 2024.

19. Guia-de-practica-clinica-para-el-diagnostico-tratamiento-y-control-de-la-diabetes-mellitus-tipo-2-en-el-primer-nivel-de-atencion.pdf [Internet]. [citado 1 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/390201/guia-de-practica-clinica-para-el-diagnostico-tratamiento-y-control-de-la-diabetes-mellitus-tipo-2-en-el-primer-nivel-de-atencion.pdf>
20. Saudi RA, Abbas RA, Nour-Eldein H, Sayed Ahmed HA. Illness perception, medication adherence and glycemic control among primary health-care patients with type 2 diabetes mellitus at Port Said City, Egypt. *Diabetol Int.* 5 de enero de 2022;13(3):522-30.
21. Dhaliwal HS, Singh R, Abraham AM, Sharma R, Goyal NK, Soloman R, et al. Perception of Illness and Its Association with Treatment Willingness in Patients with Newly Diagnosed Nonalcoholic Fatty Liver Disease. *Dig Dis Sci.* diciembre de 2021;66(12):4197-207.
22. Alyami M, Serlachius A, Mokhtar I, Broadbent E. Illness Perceptions, HbA1c, And Adherence In Type 2 Diabetes In Saudi Arabia. *PPA.* octubre de 2019;Volume 13:1839-50.
23. Bilondi SS, Noghabi AD, Aalami H. The relationship between illness perception and medication adherence in patients with diabetes mellitus type II: illness perception and medication adherence. *J Prev Med Hyg.* 31 de enero de 2022;62(4):E966-71.

24. Lemos M, Torres S, Jaramillo I, Gómez PE, Barbosa A. Percepciones de la enfermedad y hábitos de vida saludable en personas con enfermedades crónicas. *Psicogente*. 9 de julio de 2019;22(42):1-20.
25. Indrayana S, Guo SE, Lin CL, Fang SY. Illness Perception as a Predictor of Foot Care Behavior Among People With Type 2 Diabetes Mellitus in Indonesia. *J Transcult Nurs*. 1 de enero de 2019;30(1):17-25.
26. Farías-Vílchez BA, Ruíz DB, Farías-Vílchez BA, Ruíz DB. Conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y adherencia al tratamiento en pacientes del hospital Reátegui de Piura, Perú. *Acta Médica Peruana*. enero de 2021;38(1):34-41.
27. Pesantes MA, Del Valle A, Diez-Canseco F, Bernabé-Ortiz A, Portocarrero J, Trujillo A, et al. Apoyo familiar y diabetes: experiencias de pacientes de un hospital público en Perú. *Qual Health Res*. 1 de octubre de 2018;28(12):1871-82.
28. Carvallo y Cubas - PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO PRESENTADO.pdf [Internet]. [citado 1 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/8103/castillo_%20rojascmhj.pdf?sequence=1&isAllowed=y
29. Canaza_CSL-SD.pdf [Internet]. [citado 7 de agosto de 2025]. Disponible en:

[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/121515/Ca
naza_CSL-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/121515/Ca
naza_CSL-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

30. Quispe M - Tesis para optar el título profesional de licenciada.pdf [Internet]. [citado 11 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/90722677-dd0f-429d-8cf2-5958ee886cff/content>
31. Díaz - PROFESIONAL EN ENFERMERÍA.pdf [Internet]. [citado 11 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/14a88b1f-d3e4-47cc-bc27-3f610c64dd75/content>
32. Relación entre el nivel de conocimiento sobre la medicación y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus II del cap III metropolitano red asistencial Essalud, Tacna - 2019 [Internet]. [citado 15 de marzo de 2023]. Disponible en: http://tesis.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/4010/1761_2019_huacani_vargas_jo_facst_farmacia_y_bioquimica.pdf?sequence=1&isAllowed=y
33. Nivel de Conocimiento sobre la Diabetes Mellitus y manejo de la enfermedad.Hospital Hipolito Unanue de Tacna 2017 [Internet]. [citado 15 de marzo de 2023]. Disponible en: http://tesis.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3429/100_2018_gamarrara_ramos_ym_facst_enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y

34. Nivel de conocimiento sobre prevención de complicaciones en Diabetes Mellitus II y el autocuidado en el servicio de Emergencia del Hospital Hipolito Unanue [Internet]. [citado 15 de marzo de 2023]. Disponible en: http://tesis.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3599/117_2019_zeballos_gamez_ac_facs_2enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
35. Oviedo GL. La definición del concepto de percepción en psicología con base en la Teoría Gestalt. Revista de Estudios Sociales. agosto de 2004;(18):89-96.
36. Robbins SP, Judge TA. Comportamiento organizacional.
37. Organización Mundial de la Salud. Necesidades, percepciones y demandas de las comunidades: instrumento de evaluación comunitaria: módulo de la serie de evaluaciones de la capacidad de los servicios de salud en el contexto de la pandemia de COVID-19: orientaciones provisionales, 5 de febrero de 2021 [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2021 [citado 1 de septiembre de 2023]. Report No.: WHO/2019-nCoV/vaccination/community_assessment/tool/2021.1. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340296>
38. Medina O, Díaz A, Barrientos E, Peña D. Percepción de salud y su efecto en pacientes con diabetes. Avances en Enfermería. diciembre de 2009;27(2):13-8.
39. Benesch H. Atlas de Psicología vol. I. Ediciones AKAL; 2009. 246 p.

40. Vidal EQ. Wundt y la psicología cognitiva.
41. Documento_completo.pdf [Internet]. [citado 7 de septiembre de 2023].
Disponibile en:
http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/46308/Documento_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
42. Kelley HH. The processes of causal attribution. *American Psychologist*. febrero de 1973;28(2):107-28.
43. Pino G, Arocha G. Programa de investigación comportamientos autorreguladores de salud y enfermedad. 20 de noviembre de 2021 [citado 19 de noviembre de 2021]; Disponible en:
https://www.academia.edu/11254090/Programa_de_investigaci%C3%B3n_comportamientos_autorreguladores_de_salud_y_enfermedad
44. Farmer KC. Leventhal's common-sense model and medication adherence. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 1 de septiembre de 2012;8(5):355-6.
45. Valencia-Toro PA, Mora K C, Arbeláez S AM, Jaimes DA, Guzmán R Y, Plazas M, et al. ¿Cuál es la percepción de enfermedad de pacientes colombianos con lupus eritematoso sistémico? Aplicación del Revised Illness Perceptions Questionnaire (IPQ-R). *Revista Colombiana de Reumatología*. enero de 2014;21(1):4-9.

46. Barofsky I. Compliance, adherence and the therapeutic alliance: Steps in the development of self-care. *Social Science & Medicine Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*. enero de 1978;12:369-76.
47. Orozco-Beltrán D, Cinza-Sanjurjo S, Escribano-Serrano J, López-Simarro F, Fernández G, Gómez García A, et al. Adherence, control of cardiometabolic factors and therapeutic inertia in patients with type 2 diabetes in the primary care setting. *Endocrinology, Diabetes & Metabolism*. 2022;5(2):e00320.
48. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo pruebas para la acción [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004 [citado 26 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://site.ebrary.com/id/10268791>
49. T030_17640287_S CALLE LOPEZ, PATRICIA DEL PILAR.pdf [Internet]. [citado 30 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/7279/T030_17640287_S%20CALLE%20LOPEZ%2c%20PATRICIA%20DEL%20PILAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y
50. Morales R, Estela L. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular*. diciembre de 2015;16(2):175-89.
51. Leija Alva G, Peláez Hernández V, Pérez Cabañas E, Pablo Santiago R, Orea Tejeda A, Domínguez Trejo B, et al. Factores cognitivos

- predictivos de adherencia terapéutica en personas con sobrepeso y obesidad. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*. junio de 2019;10(1):85-94.
52. Fotheringham MJ, Sawyer MG. Adherence to recommended medical regimens in childhood and adolescence. *J Paediatr Child Health*. abril de 1995;31(2):72-8.
53. Investigación RS. Enfermería y la atención desde la interculturalidad. [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado 7 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/enfermeria-y-la-atencion-desde-la-interculturalidad/>
54. Manterola C, Otzen T - 2014 - Estudios Observacionales Los Diseños Utilizados c.pdf [Internet]. [citado 4 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/ijmorphol/v32n2/art42.pdf>
55. Vázquez M. Estructura factorial de la versión española del Revised Illness Perception Questionnaire en una muestra de hipertensos.
56. Valero-Moreno S, Lacomba-Trejo L, Casaña-Granell S, Prado-Gascó VJ, Montoya-Castilla I, Pérez-Marín M. Psychometric properties of the questionnaire on threat perception of chronic illnesses in pediatric patients. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020;28:e3242.

57. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm.* 14 de septiembre de 2018;59(3):163-72.
58. Villasís-Keever MÁ, Márquez-González H, Zurita-Cruz JN, Miranda-Novales G, Escamilla-Núñez A. El protocolo de investigación VII. Validez y confiabilidad de las mediciones. *Revista Alergia México.* 2018;65(4):414-21.

ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto que he comprendido la hoja de información (instrumento) que se me ha dado y que he recibido información suficiente sobre el mismo y que esto no afectará mi salud de algún modo.

Así mismo el procedimiento y finalidad con la que se utilizaran mis datos personales están salvaguardados.

Doy mi conformidad y declaro de forma voluntaria que acepto participar en la investigación titulada “Percepción de la Enfermedad y su Influencia en la Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Diabetes Mellitus II C. S. San Francisco, Tacna – 2024” que desarrolla la Licenciada en enfermería Marlene María Luisa Pimentel para cumplir con los objetivos especificados en el proyecto.

Tacna,de abril de 2024

.....

Firma del participante

.....

Firma del investigador

ANEXO B

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

OBJETIVO DEL INSTRUMENTO:

El siguiente instrumento tiene como finalidad “Examinar si existe influencia de la percepción sobre la enfermedad asociada con la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II”.

INSTRUCCIONES:

Lea con atención todas las preguntas y conteste con total sinceridad aquellas respuestas que considere acertadas. Si Ud. tuviera alguna duda, pregúntele a la persona a cargo.

II.-Datos Personales

1.Edad en años

- a. 30 a 40 b. 41 a 50 c. 51 a 60 d. 61 a más

2.Sexo del entrevistado:

- a. Femenino b. Masculino

3.Grado de instrucción:

- Sin instrucción Primaria Secundaria Técnico Profesional

4.Cuenta con el apoyo de su familiar:

- a. Si b. No

5.Tiempo de enfermedad:

- Menos de 5 años De 5 a 10 años Mas de 10 años

6.Realizó sus controles médicos este último año:

- si no

7.Acudió al servicio de emergencia en este último año:

- si no

ANEXO C

Test de Morisky

N°	ITEM	SI	NO
1	¿Se olvida alguna vez de tomar sus medicamentos?		
2	¿Toma sus medicamentos a la hora indicada?		
3	Cuándo se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?		
4	Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar la medicación?		

ANEXO D

Cuestionario breve de percepción de la enfermedad. (BIPQ)

<p>1. ¿Cuánto afecta su enfermedad a su vida?</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">No la afecta absolutamente Afecta gravemente mi vida</p>
<p>2. ¿Cuánto cree Ud. que durará su enfermedad?</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">Muy poco tiempo Siempre</p>
<p>3. ¿Cuánto control siente Ud. que tiene sobre su enfermedad?</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">Ninguno Control absoluto</p>
<p>4. ¿En qué medida cree Ud. que su tratamiento ayuda a mejorar su enfermedad?</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">Nada Ayuda muchísimo</p>
<p>5. ¿En qué medida siente Ud. síntomas debidos a su enfermedad?</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">Ningún síntoma Muchos síntomas graves</p>
<p>6. ¿En qué medida está Ud. preocupado por su enfermedad?</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">Absolutamente nada de preocupado Me preocupa muchísimo</p>
<p>7. ¿En qué medida siente Ud. que entiende su enfermedad?</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">No la entiendo nada La entiendo muy claramente</p>
<p>8. ¿En qué medida lo afecta emocionalmente su enfermedad? (Es decir, ¿Lo hace sentirse con rabia, asustado, enojado o deprimido?)</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">No me afecta para nada Me afecta muchísimo</p>

9. Por favor, haga una lista con los tres factores más importantes que Ud. cree que causaron su enfermedad, enumérelos en orden de importancia

Las tres causas que yo considero más importantes son:

1. _____

2. _____

3. _____

ANEXO E

CALCULO DE LA MUESTRA

Con un nivel de confianza del 95% y la precisión (d) igual a 1.

Siendo que hay 400 personas con diagnóstico de diabetes mellitus acuden al Centro de Salud San Francisco y la desviación estándar en su estudio preliminar fue calculada en

La fórmula de muestreo es:

$$n = N \cdot Z^2 \cdot p(1-p) / E^2(N-1) + Z^2 \cdot p(1-p)$$

Donde:

Tamaño de la población (N): 400 diabéticos

Nivel de confianza (Z): comúnmente 95% → Z = 1.96

Margen de error (E): por ejemplo, 5% → E = 0.05

Proporción esperada (p): si no se conoce, se usa 0.5 para máxima

Variabilidad.

$$n = 400 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5(1-0.5) / 0.05^2(400-1) + 1.96^2 \cdot 0.5(1-0.5) \approx 196$$

ANEXO F
VALIDACION DEL INSTRUMENTO
(MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)
INSTRUMENTO

PROCEDIMIENTO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

PRIMERO: Se construye una tabla de doble entrada, como la mostrada a continuación; y se colocan los puntajes para cada reactivo o ítem de acuerdo al criterio establecido por el experto, además de sus respectivos promedios

PROMEDIO DE LA VALIDACIÓN DE LOS EXPERTOS DEL CUESTIONARIO

Nº DE ITEMS	EXPERTOS					PROMEDIO
	A	B	C	D	E	
1	5	5	5	5	5	5,00
2	5	5	5	5	5	5,00
3	5	5	5	5	5	5,00
4	5	5	5	5	5	5,00
5	5	5	5	5	5	5,00
6	5	5	5	5	5	5,00
7	5	5	5	5	5	5,00
8	5	5	5	5	5	5,00
9	5	5	5	5	5	5,00

SEGUNDO: Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(X - Y_1)^2 + (X - Y_2)^2 + \dots + (X - Y_8)^2}$$

Donde:

x = Valor Máximo en la escala concedido para cada ítem.

y = El promedio de cada ítem.

Para el presente estudio tenemos:

X	Y	(X-Y) ²
5	5,00	0,00
5	5,00	0,00
5	5,00	0,00
5	5,00	0,00
5	5,00	0,00
5	5,00	0,00
5	5,00	0,00
5	5,00	0,00
5	5,00	0,00
5	5,00	0,00
SUMA=		0,00

$$DPP = \sqrt{0,00} = 0,00$$

La DPP hallada es de: **0,00**

TERCERO: Determinar la distancia máxima (Dmax) del valor obtenido respecto al punto de referencia (0), con la ecuación.

$$Dmax = \sqrt{(X_1 - Y)^2 + (X_2 - Y)^2 + \dots + (X_8 - Y)^2}$$

Donde

x = Valor máximo en la escala para cada ítem. (5)

y = Valor mínimo de la escala para cada ítem. (1)

X	Y	(x-y) ²
5	1	16
5	1	16
5	1	16
5	1	16
5	1	16
5	1	16
5	1	16
5	1	16
5	1	16
5	1	16
		144

$$Dmax = \sqrt{144} = 12$$

CUARTO: La Dmax se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de **2,40**.

QUINTO: Con este último valor hallado, se construye una nueva escala valorativa a partir de cero hasta llegar a Dmax. Dividiéndose en intervalos iguales entre sí, llamándose con letras A, B, C, D, E.

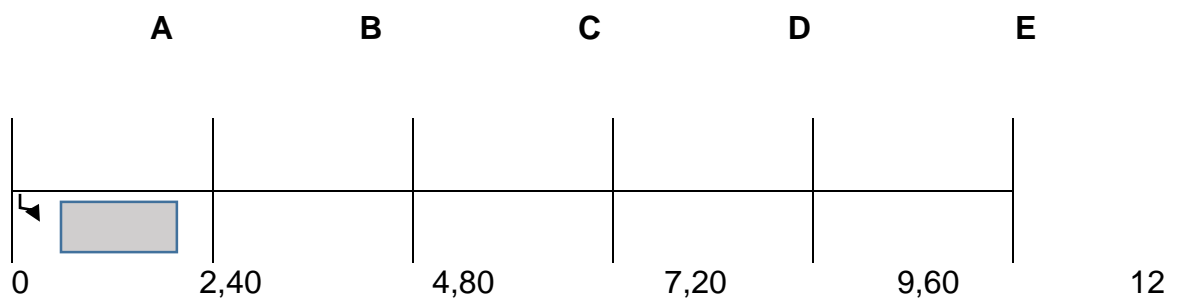
Siendo:

A y B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación



El punto DPP debe caer en las zonas A y B, en caso contrario la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

En el caso nuestro, El valor DPP fue **0,00** cayendo en la zona “**A**” lo cual significa una **adecuación total** del instrumento y que puede ser aplicado en la recolección de información de este estudio.

ANEXO G

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

PRUEBA PILOTO

El presente instrumento de la investigación, **PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y SU INFLUENCIA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS II. C.S SAN FRANCISCO 2024**, fue aplicado en el P.S Viñani, antes de la aplicación de los instrumentos se les hizo firmar el consentimiento informado a los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus II. El propósito de la prueba piloto es conocer la fiabilidad de los instrumentos, así como para proporcionar las bases necesarias para la prueba de validez y de confiabilidad

CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO

El criterio de confiabilidad se determinó aplicando la prueba piloto a 15 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus II, una vez aplicada la prueba piloto, se usó el coeficiente Alfa de Cronbach, través de la siguiente formula:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$$

Donde:

“ α ” representa a coeficiente de confiabilidad

“K” representa a número de preguntas o ítems

“Vi” representa a varianza de cada ítem

“Vt” representa a varianza de los valores observados

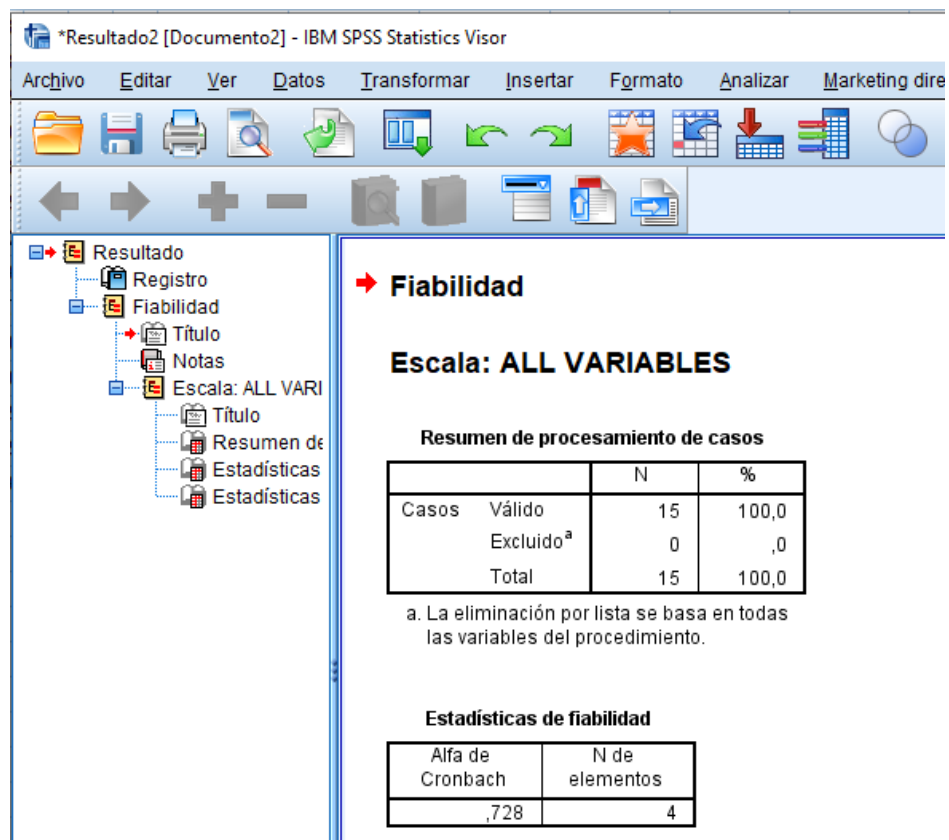
“ Σ ” representa a Sumatoria

Considerando a Santiago Valderrama Mendoza propone una confiabilidad Despreciable o mínima es desde 0.00 a 0.20, Baja o ligera de 0.20 a 0.40, Moderada de 0.40 a 0.60, Marcada de 0.60 a 0.80 y Muy alta de 0.80 a 1.00.

Para dicho cálculo se ha hecho uso del SPSS Versión 25, donde se introdujeron los datos de las 15 encuestas aplicadas, sin exclusión alguna; haciendo una total de 12 preguntas o ítems que se llevaron a la prueba de confiabilidad.

El resultado obtenido para la confiabilidad del instrumento es el siguiente:

a) ADHERENCIA AL TRATAMIENTO



El Coeficiente Alfa de Cronbach (índice de consistencia interna) para este instrumento resultó 0.728 siendo equivalente a 72.8% lo que significa que el instrumento tiene una confiabilidad marcada por lo cual el instrumento puede ser aplicado a la población objetivo real.

Teniendo como resultado de su varianza

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	4,53	1,552	,000	,819
2	3,93	,638	,811	,448
3	3,87	,695	,761	,493
4	4,27	,924	,476	,696

b) PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Fiabilidad

Escala: ALL VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	15	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,715	8

El Coeficiente Alfa de Cronbach (índice de consistencia interna) para este instrumento resulto 0.715 siendo equivalente a 71.5% lo que significa que el instrumento tiene una confiabilidad marcada por lo cual el instrumento puede ser aplicado a la población objetivo real.

Teniendo como resultado de su varianza

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	46,20	163,029	,539	,660
2	45,40	160,400	,529	,661
3	47,73	227,781	-,281	,792
4	47,20	160,029	,399	,692
5	46,13	153,410	,701	,627
6	47,60	149,257	,611	,638
7	48,60	184,686	,193	,732
8	45,87	157,124	,636	,640

ANEXO H

TABLA N° 01

PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS II. C. S. SAN FRANCISCO, TACNA 2024

PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD	N°	%
Nivel de Amenaza		
Baja	43	21,9
Moderada	22	11,2
Alta	131	66,9
Total	196	100,0

Fuente: Cuestionario de percepción de la enfermedad aplicado a pacientes con Diabetes Mellitus II, que acuden al C.S. San Francisco (Weinman)
Elaborado por: Pimentel, M

Descripción:

En la tabla N° 01, se observa la Percepción de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus II, quienes presentan en mayor porcentaje una amenaza alta representado por el 66,9%. Asimismo, el 21,9% presentan una amenaza baja y en menor porcentaje el 11,2% presentan una amenaza moderada.

GRÁFICO N° 01

PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS II. CENTRO DE SALUD. SAN FRANCISCO, TACNA 2024

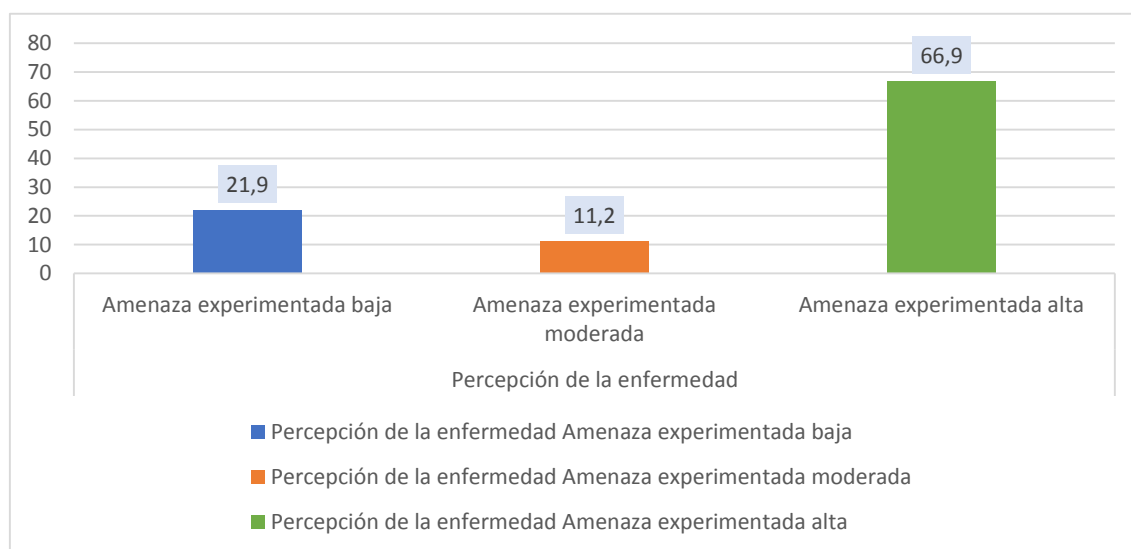


TABLA N° 04

**PERCEPCIÓN COGNITIVA DE LA ENFERMEDAD Y SU INFLUENCIA
EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS II.C. S. SAN FRANCISCO,
TACNA 2024**

Dimensión cognitiva	Adherencia al tratamiento						X2 GI Sig (bilateral) R spearman (Rho)
	No adherente		Adherencia al tratamiento		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Amenaza							
Baja	34	17,3	0	0,0	34	17,3	
Moderada	22	11,2	1	0,5	23	11,7	X2= 4,324
Alta	125	63,8	14	7,1	139	70,9	GI=2 Rho= 0.147 Sig=0,039
Total	181	92,3	15	7,7	196	100,0	

Fuente: Cuestionario de percepción de la enfermedad (Weinman) y de adherencia al tratamiento (Morisky) aplicado a pacientes con Diabetes Mellitus II, que acuden al C.S. San Francisco
Elaborado por: Pimentel, M

Descripción:

En la tabla N° 04, se observa la Percepción cognitiva de la enfermedad y su influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus II. Del 100% de los pacientes encuestados se reconoció que el 63,8% presentan una amenaza experimentada alta y no adherencia al tratamiento. Asimismo, el 7,1% presentaron una amenaza experimentada alta y una adherencia al tratamiento. Finalmente, se obtuvo un valor spearman de 0,147 y valor p 0,039.

GRÁFICO Nº 04
PERCEPCIÓN COGNITIVA DE LA ENFERMEDAD Y SU INFLUENCIA EN LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS II CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO,
TACNA 2024

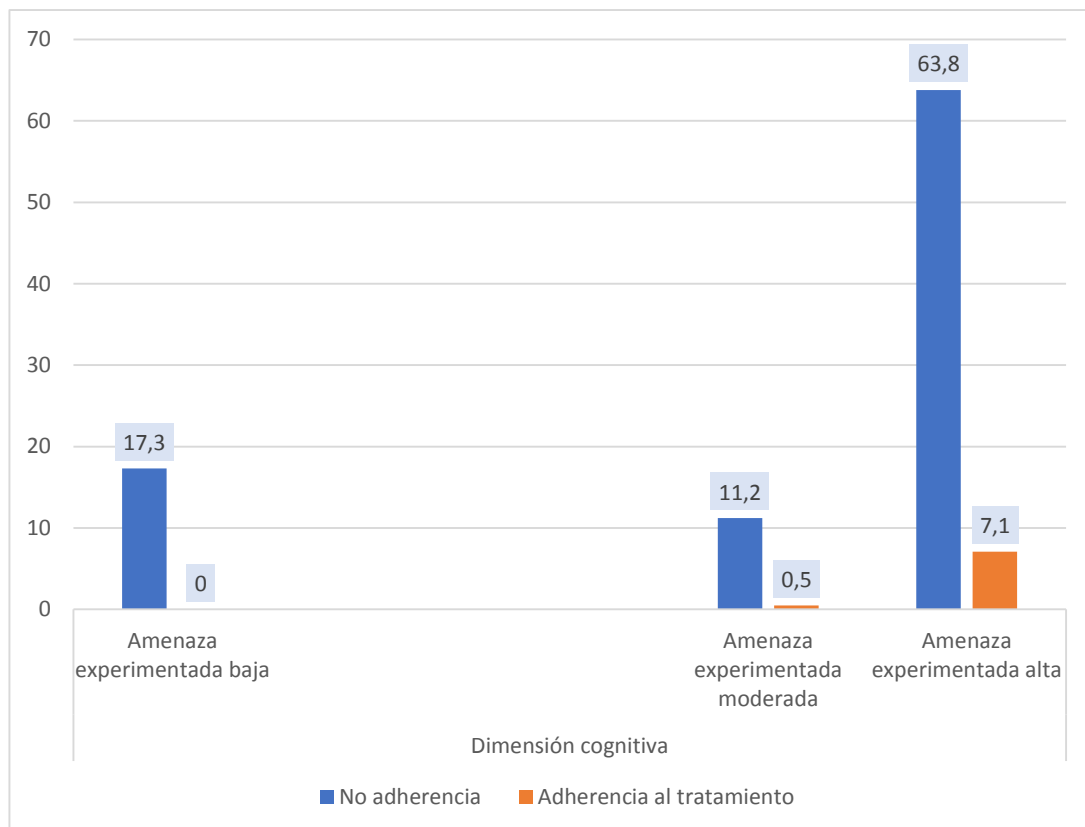


TABLA N° 05

**PERCEPCIÓN EMOCIONAL DE LA ENFERMEDAD Y SU INFLUENCIA
EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS II. C. S. SAN FRANCISCO,
TACNA 2024**

Dimensión emocional	Adherencia al tratamiento						X2 GI Sig (bilateral) R spearman (Rho)
	No adherente		Adherencia al tratamiento		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Amenaza							
Baja	60	30,6	4	2,0	64	32,7	X2= 0,985
Moderada	21	10,7	3	1,5	24	12,2	GI=2 Rho= 0,008
Alta	100	51,0	8	4,1	108	55,1	Sig=0,907
Total	181	92,3	15	7,7	196	100,0	

Fuente: Cuestionario de percepción de la enfermedad (Weinman) y de adherencia al tratamiento (Morisky) aplicado a pacientes con Diabetes Mellitus II, que acuden al C.S. San Francisco
Elaborado por: Pimentel, M

DESCRIPCIÓN:

en la tabla N° 05, se observa que la percepción emocional de la enfermedad y su influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus ii. del 100% de los pacientes encuestados se identificó que el 51,0% presentan una

amenaza experimentada Alta y No adherencia al tratamiento. el 4,1% de los pacientes presentaron una amenaza experimentada alta y una adherencia al tratamiento. por otro lado, el valor de Spearman es 0,0008 y un valor p de 0,907.

GRÁFICO Nº 05

PERCEPCIÓN EMOCIONAL DE LA ENFERMEDAD Y SU INFLUENCIA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS II. CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA 2024

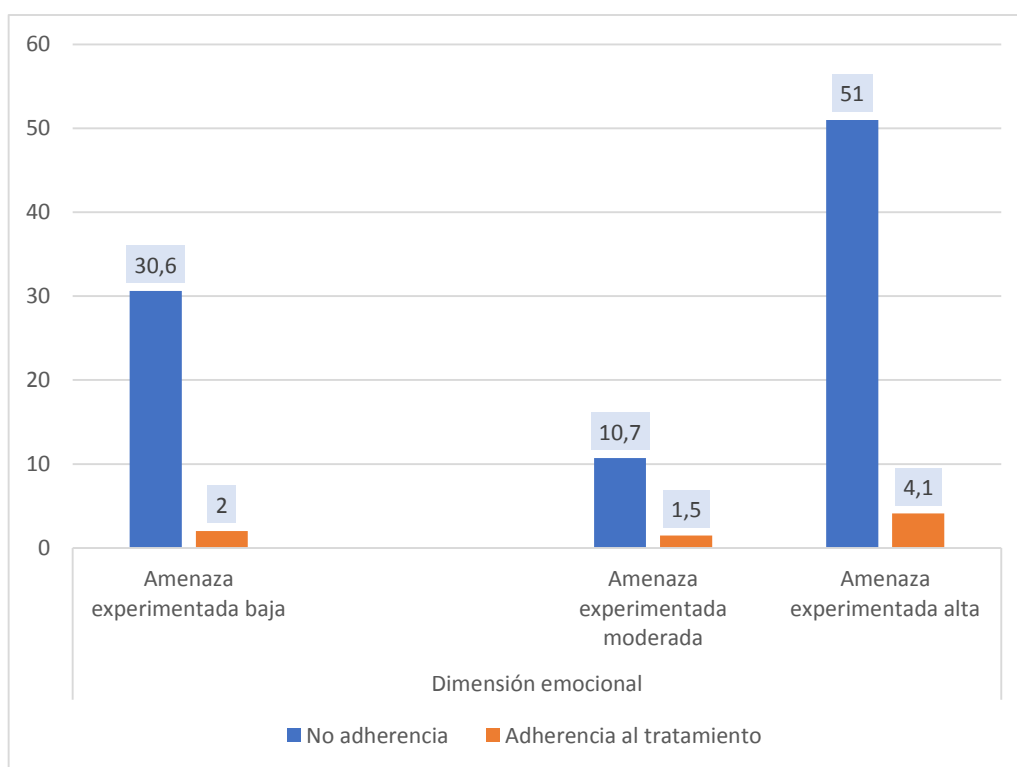


TABLA Nº 06

**CAUSAS QUE ORIGINARON EL PROBLEMA DE SALUD EN LOS
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS II
C.S.SAN FRANCISCO 2024**

Causas	N	%
Alimentación	109	18,54
Preocupación	60	10,20
Sobre peso	55	9,35
Consumo de Gaseosas	34	5,78
Edad	31	5,27
No sabe	25	4,25
Hereditario	29	4,93
Estrés	11	1,87
Desordenada	8	1,36
Alcohol	6	1,02
Atención medica deficiente	6	1,02
Exceso de trabajo	11	1,87
Problemas familiares	8	1,36
Descuido	2	0,34
En blanco	193	32,82
Total	588	100,0

Fuente: Cuestionario de percepción de la enfermedad aplicado a pacientes con Diabetes Mellitus II, que acuden al C.S. San Francisco (Weinman)

Elaborado por: Pimentel, M (2025)

Descripción:

En la tabla N° 06, se observa las causas que creen los pacientes con diabetes mellitus II que originaron su problema de salud. Se precisó que cada persona debió señalar tres posibles causas, sin embargo, el 32,82% no colocaron ninguna respuesta. Ahora bien, se destacó como primera causa la alimentación representada por el 18,54%, en segundo lugar, se identificó la preocupación con 10,20% y finalmente como tercera causa (SP) que representa el 9,35%.

TABLA Nº 07

PROMEDIOS DE LAS DIMENSIONES COGNITIVAS Y EMOCIONALES

Ítem (Dimensión)	Valor	Interpretación breve
Consecuencias	64,6	Moderada percepción de impacto en la vida
Duración	87,5	Alta percepción de cronicidad
Control personal	58,9	Control moderado sobre la enfermedad
Control del tratamiento	29,2	Baja confianza en el tratamiento
Identidad (síntomas)	49,5	Percepción moderada de síntomas
Preocupación	59,6	Nivel medio de preocupación
Comprensión	33,0	Baja comprensión de la enfermedad
Emociones	52,1	Afectación emocional moderada

TABLA Nº 07
CARACTERISTICAS DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS II
C.S SAN RANCISCO. TACNA 2024

EDAD		
30 a 40 años (1)	7	4%
41 a 50 años (2)	31	16%
51 a 60 años (3)	72	37%
61 a más (4)	86	44%
SEXO		
Femenino (1)	118	60%
Masculino (2)	78	40%
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Sin instruccion (1)	17	9%
Primaria (2)	76	39%
Secundaria (3)	83	42%
Tecnico (4)	11	6%
Profesional (5)	9	5%
APOYO FAMILIAR		
No (0)	57	29%
Si (1)	139	71%
TIEMPO DE ENFERMEDAD		
Menos de 5 años (1)	59	30%
De 5 a 10 años (2)	93	47%
Màs de 10 años (3)	44	22%
Realizó sus controles médicos		
No (0)	77	39%
Si (1)	119	61%
Acudió al servicio de emergencia		
No (0)	146	74%
Si (1)	50	26%

ANEXO I
PRUEBA DE HIPOTESIS

HIPOTESIS NULA (H0):

La percepción acerca de la enfermedad no influye significativamente con la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus II

HIPOTESIS ALTERNA (H1):

La percepción acerca de la enfermedad influye significativamente con la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus II

1) Nivel de significancia

$$\alpha = 5\% = 0,05$$

2) Prueba estadística

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum D^2}{n(n^2 - 1)}$$

TABLA N° 08

Prueba de Normalidad de variables

Pruebas de normalidad de Kolmogrov	Estadístico	Sig
Dimensión cognitiva	0,154	0,000
Dimensión emocional	0,135	0,000
Percepción de la enfermedad	0,135	0,000
Adherencia al tratamiento	0,250	0,000

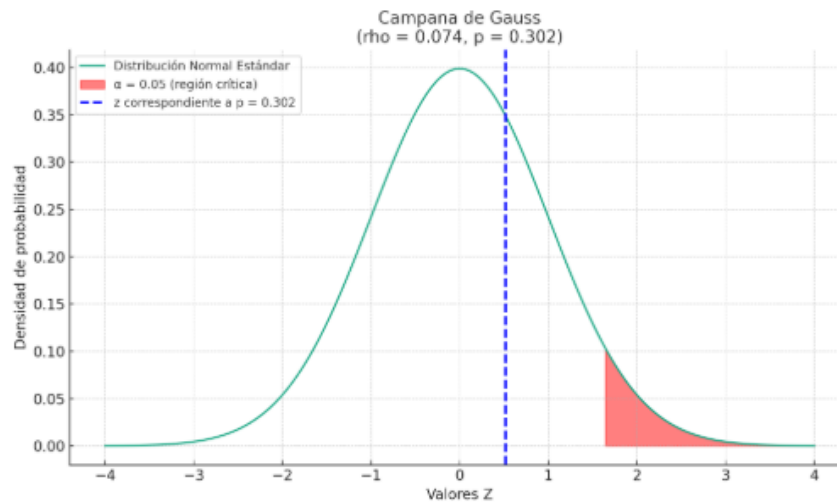
TABLA N° 09
Prueba de Spearman

Percepción de la enfermedad y adherencia al tratamiento	Valor	GI	Significación asintótica
Spearman	0,074	2	0,302
N	196		

3) Decisión

Se obtuvo en la prueba de Spearman un valor de 0,074 y un valor $p = 0,302$, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula.

4) Conclusión:



En conclusión, la percepción acerca de la enfermedad no influye en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus II en este escenario en particular ($\rho = 0,074$, $p = 0,302$).

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y SU INFLUENCIA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS II DEL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO TACNA 2024

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES													
PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	HIPOTESIS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	ESCALA VALORATIVA	ESCALA DE MEDICIÓN	METODOLOGÍA			
¿Cómo influye la percepción de la enfermedad en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus II, C. S. San Francisco, Tacna 2024?	Objetivo General:	Variable Independiente		La percepción de la enfermedad es entendida por aquel grupo de pensamientos, emociones y actitudes para hacer frente a ella, a través de comportamientos de afrontamiento y adaptación, en base a elementos que valoran la dimensiones emocional y cognitiva (1)	Representación emocional	Respuesta emocional	Item 8	Amenaza experimentada baja < a 42	Del 1 al 10	Tipo: Básico			
	Determinar la percepción de la enfermedad y su influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus II, C. S. San Francisco, Tacna 2024	Percepción de la Enfermedad	H1.La percepción acerca de la enfermedad influye significativamente con la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus II				Preocupación por la enfermedad			Item 6	Amenaza experimentada moderada de 42 a 49	Ordinal	Nivel: Descriptivo
							Coherencia			Item 7			Población:
							Consecuencias	Item 1					
							Duración	Item 2					
							Control personal	Item 3					
							Control del tratamiento	Item 4					
			H0.La percepción de la enfermedad no influye en la			Identidad	Item 5	Amenaza experimentada alta > ó = a 50	Nominal	Conformada por pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus II que acuden al Centro de Salud San Francisco del Ministerio de Salud (MINSA) de Tacna			
	Objetivos Especificos:				Causas	Item 3							
	a. Valorar la percepción de la enfermedad en su dimensión cognitiva y emocional en pacientes con diabetes mellitus II, C. S. San Francisco, Tacna 2024	Variable Dependiente										Técnica de recolección de datos:	
	b. Identificar la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus II C. S. San Francisco, Tacna 2024	Adherencia al tratamiento	Compromiso activo y voluntario del paciente en el tratamiento de su enfermedad, con un régimen y de compartir la responsabilidad con los prestadores de asistencia sanitaria (12)				Descuido	Item 1				Encuesta	
							Olvido	Item 2	Adherente ...4 No adherente...< ó= 3	Ordinal	Instrumento:		
					Descuido	Item 3							
c. Determinar la percepción emocional de la enfermedad y su influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus II, C. S. San Francisco, Tacna 2024						Interrupción	Item 4			Procesamiento de datos			
										Estadística descriptiva			