

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Psicología



Una Institución Adventista

Relación del apoyo social percibido, ansiedad rasgo y la adherencia al
tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de un hospital de Lima
Metropolitana

Por:

Ruth Yesenia De los Santos Saldaña

Asesor:

Mg. Maritza Julia Mendoza Galarza

Lima, febrero de 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS

Maritza Julia Mendoza Galarza, de la Facultad de ciencias de la salud, Escuela Profesional de psicología, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: “RELACION DEL APOYO SOCIAL PERCIBIDO, ANSIEDAD RASGO Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE UN HOSPITAL DE LIMA METROPOLITANA” constituye la memoria que presenta la Bachiller Ruth Yesenia De los Santos Saldaña, para aspirar al título de Profesional de Psicología, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente constancia en Lima, el día 11 de marzo del año 2019.



Mg. Maritza Julia Mendoza Galarza

“Relación del apoyo social percibido, ansiedad rasgo y la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana”

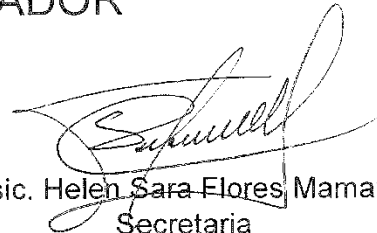
TESIS

Presentada para optar el título profesional de Psicólogo(a)

JURADO CALIFICADOR



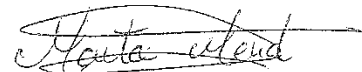
Psic. Cristian Edwin Adriano Rengifo
Presidente



Psic. Helen Sara Flores Mamani
Secretaria



Mg. Katty Esther Puente Guédez
Vocal



Mg. Maritza Julia Mendoza Galarza
Asesora

Ñaña, 25 de febrero de 2019

Dedicatoria

Este trabajo dedico a mi madre María Saldaña Cabrera y a mi abuela Isabel Cabrera Aguirre por su amor, apoyo incondicional en los momentos difíciles, por su confianza, sus palabras de inspiración y esfuerzo que dieron para continuar con cada etapa atravesada. Asimismo, a todas las personas que me acompañaron, motivaron y me brindaron su apoyo para el cumplimiento de este estudio.

Agradecimientos

Agradezco en primer lugar a Dios, por su misericordia y amor, por darme el valor y la fuerza para seguir adelante a pesar de las circunstancias y llegar a esta etapa tan importante para mí.

En segundo lugar, a mi asesora Mg. Maritza Julia Mendoza Galarza por el seguimiento que tuvo durante el proceso del trabajo de investigación, por sus consejos, paciencia, comprensión y apoyo que ha sido fundamental para mi formación como investigadora. A Dra. Bertha Elizabeth Hualpa Bendezú y a los docentes metodológicos del programa de tesis, por su asesoría, para culminar satisfactoriamente con este presente trabajo.

Índice de contenido

Resumen	xiii
Abstract.....	xiv
Capítulo I:	14
El problema	15
1. Planteamiento del problema	15
2. Pregunta de la investigación.....	18
2.1. Pregunta general.....	18
2.2. Preguntas específicas	19
3. Justificación.....	19
4. Objetivos de la investigación.....	20
4.1. Objetivo general.....	20
4.2. Objetivos específicos	20
Capitulo II:	20
Marco teórico.....	21
1. Presuposición filosofica.....	20
2. Antecedentes de la investigación.....	23
2.1. Antecedentes internacionales.....	24
2.2. Antecedentes nacionales	29
3. Marco conceptual	32
3.1. Apoyo social percibido	33
3.2. Ansiedad rasgo.....	40
Capítulo III:	59
Materiales y métodos.....	61
1. Metodos de la investigación	59
2. Variables de la investigación.....	59
2.1. Definición conceptual de las variables.....	61
2.2. Operacionalización de las variables.....	62

3. Delimitación geográfica y temporal	61
4. Participantes	62
4.1. Características de la muestra.....	64
5. Instrumentos	63
5.1. El cuestionario MOS de apoyo social percibido.....	65
5.2. El inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAI)	66
5.3. Escala de adherencia al tratamiento de la DM2-Versión III (EATDM-III).....	67
Capítulo IV:	68
Resultados y discusión	70
1. Resultados.....	68
1.2. Prueba de normalidad	78
1.3. Análisis de correlación.....	79
Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones	83
1. Conclusiones	81
2. Recomendaciones.....	84
Referencias	85
Anexos	100

Índice de tablas

Tabla 1	<i>Operacionalización de la escala de apoyo social percibido</i>	62
Tabla 2	<i>Operacionalización de la escala de ansiedad rasgo</i>	63
Tabla 3	<i>Operacionalización de la escala de adherencia al tratamiento</i>	63
Tabla 4	<i>Datos sociodemograficos de los participantes</i>	64
Tabla 5	<i>Nivel de apoyo social percibido en pacientes con diabetes mellitus tipo 2</i>	71
Tabla 6	<i>Nivel de apoyo social percibido según sexo</i>	72
Tabla 7	<i>Nivel de apoyo social percibido según edad</i>	73
Tabla 8	<i>Nivel de ansiedad rasgo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2</i>	74
Tabla 9	<i>Nivel de ansiedad rasgo según sexo</i>	74
Tabla 10	<i>Nivel de ansiedad rasgo según edad</i>	75
Tabla 11	<i>Nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2</i>	76
Tabla 12	<i>Nivel de adherencia al tratamiento según sexo</i>	77
Tabla 13	<i>Nivel de adherencia al tratamiento según edad</i>	78
Tabla 14	<i>Prueba de bondad de ajuste a la curva normal para las variables de estudio</i>	79
Tabla 15	<i>Coeficiente de correlación entre apoyo social percibido, ansiedad rasgo y adherencia al tratamiento</i>	80
Tabla 16	<i>Estimaciones de consistencia interna del inventario apoyo social percibido</i>	100
Tabla 17	<i>Correlaciones sub test – test del inventario de apoyo social percibido</i>	101
Tabla 18	<i>Estimaciones de consistencia interna del cuestionario de ansiedad rasgo</i>	102
Tabla 19	<i>Correlaciones sub test – test del cuestionario de ansiedad rasgo</i>	103
Tabla 20	<i>Estimaciones de consistencia interna de escala de adherencia al tratamiento</i> ..	104
Tabla 21	<i>Correlaciones sub test – test de la escala de adherencia al tratamiento</i>	105

Tabla 22 <i>Análisis de validez de la escala de adherencia al tratamiento de la DM2-Versión I II (EATDM-III)</i>	106
Tabla 23 <i>Análisis de contenido de la escala de adherencia al tratamiento de la DM2-Versión III (EATDM-III)</i>	107

Índice de anexo

Anexos 1 Propiedades psicométricas del inventario de apoyo social percibido.....	98
Anexos 2 Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad rasgo	102
Anexos 3 Propiedades psicométricas de la escala de adherencia al tratamiento	104
Anexos 4 Análisis de validez de contenido de Escala de adherencia al tratamiento de la D M2-Versión III (EATDM-III)	106
Anexos 5 Criterios generales para validez de contenido del instrumento dictaminado por el juez.....	108
Anexos 6 Matriz de consistencia metodológica	113
Anexos 7 Consentimiento informado	114
Anexos 8 Cuestionario de MOS de Apoyo Social.....	116
Anexos 9 Cuestionario STAI.....	119
Anexos 10 Cuestionario DM2-Versión III (EATDM-III)	121

Símbolos usados

Rho: Coeficiente de correlación de Spearman

EATDM-III: Escala de adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.

DM2: Diabetes mellitus tipo 2.

AR: Ansiedad rasgo.

ASP: Apoyo social percibido.

MOS: The Medical Outcomes Study.

Resumen

La presente investigación plantea como objetivo determinar si existe relación significativa entre apoyo social percibido, ansiedad rasgo y la adherencia al tratamiento, se utilizó un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, de corte transversal y alcance correlacional; la muestra estuvo conformada por 255 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana, 2018. Los instrumentos utilizados fueron, el cuestionario the Medical Outcomes Study (MOS) de apoyo social percibido para adultos de Sherbourne y Stewart 1991, adaptada en Perú por Baca en el 2016; el inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAI) de Gorsuch, Lushene 1974 y la escala de adherencia al tratamiento de la DM2-Versión III (EATDM-III) de Quirós y Villalobos 2007. Los resultados demuestran que existe relación significativa entre apoyo social percibido, ansiedad rasgo y adherencia al tratamiento. Asimismo, se encontró relación moderada y significativa inversa entre apoyo social percibido y ansiedad rasgo ($\rho = -.173^{**}$; $p < 0.05$), además se encontró relación altamente significativa entre el apoyo social percibido y la adherencia al tratamiento ($\rho = .224^{**}$; $p < 0.05$). Por tanto, se concluye que mientras hay un deficiente apoyo social percibido, habrá altos niveles de ansiedad rasgo y la adherencia al tratamiento disminuirá.

Palabras claves: Adherencia al tratamiento, ansiedad rasgo, apoyo social, diabetes.

Abstract

The objective of this research is to determine whether there is a significant relationship between perceived social support, trait anxiety and adherence to treatment, a quantitative approach was used, with a non-experimental design, cross section and scope Correlational The sample was formed by 255 patients with diabetes mellitus type 2 of a hospital in Lima Metropolitana, 2018. The instruments used were, the questionnaire the Medical outcomes Study (MOS) of social support perceived for adults Sherbourne and Stewart 1991, adapted in Peru by Baca in 2016; The inventory of state-trait anxiety (STAI) of Gorsuch, Lushene 1974 and the scale of adherence to the treatment of DM2-version III (EATDM-III) of Quirós and Villalobos 2007. The results show that there is a significant relationship between perceived social support, trait anxiety and adherence to treatment. Also, we found moderate and significant inverse relationship between perceived social support and anxiety trait ($\rho = -.173^{**}$; $p < 0.05$), also found highly significant relationship between perceived social support and adherence to treatment ($\rho = .224^{**}$; $p < 0.05$). Therefore, it is concluded that while there is poor social support perceived, there will be high levels of trait anxiety and adherence to treatment decreases.

Key words: Adherence to treatment, trait anxiety, social support, diabetes.

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento del problema

En la actualidad, la diabetes viene siendo un problema de salud pública fundamental y una de las cuatro enfermedades no transmisibles que muchos líderes de salud se proponen aliviar. A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2016 menciona que es relevante conocer que según las estadísticas existían 422 millones de personas que tenían diabetes en el 2014 y la prevalencia de diabetes ha ido aumentando gradualmente en estos años; por otra parte, en el 2016, en un estudio por edades ha aumentado a casi el doble de personas con diabetes de 4,7% al 8,5% y no solo se presenta en personas adultas si no que ahora está afectando a la población infantil. La diabetes mellitus tipo 2 se ha elevado progresivamente en las ciudades de ingresos medianos que en los de ingresos altos por los elevados factores de riesgo, así como el sobrepeso y la obesidad. Al respecto el área sanitaria muestra una creciente preocupación, debido a que las personas con diabetes mellitus no se adhieren al tratamiento, los cuales repercuten significativamente su salud, dada la disminución de apoyo social percibido como la escasez de recursos sanitarios y el acceso a la atención (OMS, 2016).

Además, Ruiz, et al. Citado por Mendoza (2018) menciona que el escaso apoyo social percibido es un elemento psicosocial que tiene relación con la adherencia al tratamiento, el cual conlleva a consecuencias graves, empeorando su calidad de vida, llegando a la muerte.

Así lo exponen las indagaciones en España donde la mayoría de los pacientes que no recibió apoyo social demuestran mayor riesgo de asistencia.

También, un estudio internacional realizado en todo el mundo, sobre una muestra de más de 51.500 individuos de 21 países diferentes, revela que la prevalencia de la ansiedad es el 10% de la población europea. De estos solo el 27.6% recibieron algún tipo de tratamiento y solo en el 9.8% de los casos se considera que este fue el adecuado (Jordi, et al., 2018).

Asimismo, A nivel nacional, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2016, mencionan que el 70, 4% de la población de 15 y más años de edad fue diagnosticado con diabetes mellitus, manteniéndose en el mismo valor que el 2015 (INEI, 2017). Por su parte la Dirección Regional del Callao (DRC) en el 2015 refieren que nuestro país no está excepto de esta problemática es así como la diabetes Mellitus tipo 2, es una enfermedad que afecta a casi 2 millones de personas y es la décimo quinta causa de mortalidad en el Perú, según informes de la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud, se estima que el 5,5 % de personas lo padecen. La capacidad de la misma está creciendo, debido la falta de adherencia al tratamiento y al incremento de factores como la obesidad, el sobrepeso, el sedentarismo y los hábitos inadecuados de alimentación.

Un estudio realizado en Lima - Perú demostró que existe una prevalencia de adherencia parcial al tratamiento de 53.3%. Esta falta de adherencia puede explicarse por el hecho de que el 29.5% de los pacientes no ha recibido información (Rodríguez., et al, 2017). Asimismo, la falta de adherencia se sitúa entre el 30 y el 51% en los pacientes con diabetes que toman antidiabéticos orales, y de cerca del 25% en pacientes insulinizados (Castillo, 2017).

La adherencia al tratamiento es conceptualizada como el cumplimiento, seguimiento de instrucciones, persistencia, colaboración, alianza, concordancia y adhesión hacia una serie de recomendaciones, entre ellas, tomar la medicación, realizar dieta, hacer ejercicio, asistir a las citas con proveedores (López, Romero, Parra, y Rojas, 2016). Quirós y Villalobos (2007) definen a la adherencia como un cuidado médico continuo, pero que, además, necesitan de una adecuada educación para manejar la enfermedad, prevenir complicaciones agudas, reducir el riesgo de complicaciones crónicas y, finalmente, aumentar la calidad de vida.

Entre los factores que se han encontrado que influyen positivamente en las conductas de adherencia al tratamiento en pacientes con DM2 están la ansiedad, locus de control externo, el apoyo social percibido, tanto de la familia y de los compañeros, de los proveedores de salud quienes proporcionan señales para la acción, asistencia, conocimientos y refuerzo (Torres, 2017).

Por otro lado, la ansiedad rasgo es definida como una característica estable en la personalidad, en la ansiedad, afectando o determinando la aparición de la ansiedad estado debido a que sus niveles representan la tendencia que tiene una persona a percibir distintos estímulos como amenazantes; también refieren que la ansiedad rasgo es percibir las situaciones como amenazadoras (Spielberger, Gorsuch, y Lushene., 1974).

Además, existen otros factores relacionados a la adherencia al tratamiento, como la edad, locus de control interno, la disminución de apoyo familiar, el no reconocer que se está enfermo o que se debe tener medicación, creencias relacionadas con la salud, insatisfacción con el profesional o el tratamiento, medio ambiente que refuerza falta de adhesión o falta de recursos (Albarrán y Medina., 2013). Además, una mayor adherencia al tratamiento se asoció con mayores redes de apoyo como forma de afrontamiento a sus

problemas de salud como la diabetes mellitus tipo 2, se ha encontrado que quienes perciben mayor apoyo social, presentan mayor adherencia (Amaya, y Carrillo, 2015).

Sherbourne y Stewart (1991) mencionan que el apoyo social percibido es la disponibilidad de alguien para brindar ayuda o apoyo emocional a las personas con alguna enfermedad y protegerlos de las consecuencias negativas de esta. Además, si el paciente percibe un apoyo social, aumenta la adherencia al tratamiento y reduce la ansiedad (Rojas, Ruiz y Gonzáles, 2017).

Por su parte, la dirección del programa del adulto y adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana reporta que hay 120 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 documentados en el registro de asistencia a consulta ambulatoria por mes y algunos pacientes acuden a consulta esporádicamente; por otro lado, mencionan que tienen una preocupación por los pacientes que no se adhieren al tratamiento debido a que no continúan con el, Asimismo, tener esta enfermedad les genera ansiedad y frustración al no poder cumplirlo, por lo que desean una mejora rápida y muchos de ellos no tienen el apoyo de sus familiares o de las personas que los rodean para continuar con el tratamiento por tal motivo se hace necesario realizar una investigación que explique la relación entre el apoyo social percibido, ansiedad rasgo y la adherencia al tratamiento.

2. Pregunta de la investigación

2.1. Pregunta general

- ¿Existe relación significativa entre apoyo social percibido, ansiedad rasgo y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana, 2018?

2.2. Preguntas específicas

- ¿Existe relación significativa entre apoyo social percibido y ansiedad rasgo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana, 2018?
- ¿Está relacionado significativamente el apoyo social percibido y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana, 2018?

3. Justificación

La diabetes mellitus tipo 2 es una de las enfermedades crónicas que sigue creciendo en estos últimos años en el mundo y en nuestro país; el incremento de los casos sucede porque no hay una adecuada adherencia al tratamiento debido a que el paciente no percibe el apoyo social de las personas que lo rodean lo que le podría generar mayores índices de ansiedad.

Por otro lado, este presente trabajo tiene como finalidad explicar la relación del apoyo social percibido, ansiedad rasgo y la adherencia al tratamiento en los pacientes que padecen esta enfermedad.

Asimismo, tiene relevancia teórica debido a que ayudara a profundizar los modelos teóricos de las variables de estudio con aporte de fuentes como revistas científicas, tesis, referencias bibliográficas, tratando de sistematizar y organizar información sobre las variables de estudio, por ende, los resultados obtenidos generarán diversos puntos de investigación.

Además, tiene relevancia social debido a que a partir de los resultados se podrán diseñar programas de intervención con la finalidad de permitir al paciente afrontar su enfermedad de manera eficaz e incrementar la adherencia al tratamiento en los pacientes para que tengan una mejor calidad de vida.

4. Objetivos de la investigación

4.1. Objetivo general

- Determinar si existe relación significativa entre apoyo social percibido, ansiedad rasgo y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana, 2018.

4.2. Objetivos específicos

- Establecer si existe relación significativa entre apoyo social percibido y ansiedad rasgo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana, 2018.
- Encontrar si existe relación significativa entre apoyo social percibido y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana, 2018.

Capítulo II

Marco teórico

1. Presuposición filosófica

En la biblia se puede encontrar libros que hacen referencia al tema como proverbios 17:17 menciona “En todo tiempo ama el amigo, y el hermano nace para tiempo de angustia” en este versículo se nos da una clave autentica en cuanto a la verdadera amistad. Amigo no es aquel que solo está a tu lado en los mejores momentos, el verdadero amigo nace en los períodos más difíciles de nuestra vida, como lo puede ser una enfermedad donde se necesita el apoyo de las personas más cercanas a nosotros como nuestra familia o amigos.

En este sentido, ante una enfermedad crónica como la diabetes, donde se necesita el apoyo de las personas más cercanas, debido a que hay momentos donde se puede sentir ansiedad, en referencia a ello, en filipenses 4:6 encontramos un mensaje que nos da bienestar “nadie sabe lo que pasara mañana, solo Dios conoce el futuro, no se preocupen por nada. Que sus peticiones sean conocidas delante de Dios en toda oración y ruego, con acción de gracias” filipenses 4:6. Es decir, la persona puede sentir ansiedad por sanarse rápidamente de una enfermedad que de repente viene a su vida, después de muchos años de gozar de buena salud. Por ello no debemos perder la confianza en lo que creemos.

Asimismo, en la biblia no existe una explicación sobre la enfermedad de la diabetes, sin embargo, podemos encontrar temas relacionados a las enfermedades que padecieron nuestros antepasados y que tuvieron que confiar en lo que creen para sanarse, como

cumplir con los tratamientos que se les mandaba a realizar. En la biblia podemos encontrar un claro ejemplo sobre la historia de Naamán quien padecía de lepra, que era una de las enfermedades más temibles del oriente por su carácter incurable, contagioso y sus horriblos efectos, que llenaban de terror aun al más valiente. Frente a esto en 2 Reyes 5:9-10 se menciona “Naamán, con sus caballos y sus carros, fue a la casa de Elíseo y se detuvo ante la puerta. Entonces Elíseo envió un mensajero a que le diga: Ve y zambúllate siete veces en el río Jordán; así tu piel sanará, y quedarás limpio”. Naamán se molestó mucho, porque él esperaba que Elíseo saliera personalmente a sanarlo. Pero, sus siervos lo convencen de que obedezca a Elíseo, y se vaya a lavar en el Jordán. En 2 Reyes 5:14 “Así que Naamán bajo al Jordán y se sumergió siete veces, según se lo había ordenado Elíseo. ¡y su piel se volvió como la de un niño, y quedo limpio!”. “Luego Naamán volvió con todos sus acompañantes y, presentándose ante él, le dijo: Ahora reconozco que no hay Dios en todo el mundo, sino solo en Israel.” 2 Reyes 5:15. Cuando Naamán regreso con Elíseo era un hombre diferente, ligo humilde, agradecido y reconociendo que no hay Dios en todo el mundo que pueda hacer grandes milagros. Al tener la enfermedad Naamán sentía ansiedad por sanarse rápidamente y ver que no pasaba, eso lo frustraba, pero el entorno, las personas que lo acompañaban influyó para que se pueda recuperar. La experiencia de Naamán nos muestra que por eso es necesario obedecer, seguir las instrucciones del tratamiento, comprometernos, para tener una mejor calidad de vida.

Por otro lado, podemos encontrar otros autores que escriben acerca de este tema como Melgosa y Borges (2017) refieren que las personas que pasan por enfermedades se encuentran en un estado de crisis por tanto necesitan el apoyo de la familia y amigos con quienes pueda compartir sus experiencias ampliamente, para que puedan ser un soporte sobre su enfermedad.

Más aun las personas que padecen de diabetes pueden sentir ansiedad, ante esto Melgosa y Borges (2017) añaden que las personas sufren de ansiedad por miedo al futuro y lo que puede acarrear enfermedades al cuerpo y la mente de casi todos, son los sentimientos de insatisfacción, aflicción y descontento que sienten.

También, muy íntima es la relación entre el cuerpo y la mente, cuando una está afectada el otro se relaciona con ella. La condición psicológica interviene en la salud mucho más de lo que se cree. Muchas de las enfermedades son el resultado de la ansiedad, el descontento y desconfianza, que perjudican las fuerzas vitales que llevan al decaimiento y a la muerte. Pese a esto los pacientes que padecen enfermedades no se adhieren a los tratamientos, no cumplen con una dieta o cuidados especiales como consecuencia pueden verse involucrados en su salud, por ello la voluntad es poderosa en el tratamiento de las enfermedades, si se emplea debidamente (Anaya, 2018).

Sin embargo, existen personas que son notoriamente descuidados con relación a su salud porque hay pocos que comprenden como sus hábitos de vida puede influir, por ello cientos mueren en su juventud o podrían perder la vida, por su propio descuido. Así mismo, ante una enfermedad las leyes de la salud deben ser estrictamente obedecidas, se podría evitar una gran parte de sufrimiento si todos nos esforzáramos por prevenir la enfermedad obedeciendo las leyes de la salud (Anaya, 2018).

Es importante cuidar nuestra salud, cambiar los malos hábitos para mejorar la salud; las personas que han despertado una posición en la cual pueden tomar conciencia sobre su salud ven y sienten la necesidad de romper con los hábitos y apetitos que los han gobernado durante tanto tiempo (Pérez, 2017).

Finalmente, para tener una mejor salud todos debieran conocer los beneficios que la naturaleza provee como remedios y saber utilizarlos, es de suma importancia darse cuenta de los principios implicados en el tratamiento de los enfermos y recibir una instrucción

practica que le habilite a uno para hacer uso correcto de esos conocimientos (Ccamercco, 2016).

2. Antecedentes de la investigación

2.1. Antecedentes internacionales

Como antecedentes internacionales se encontró:

Poblete, et al. (2018) desarrollaron un estudio titulado apoyo social percibido en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II en atención primaria y su relación con autopercepción de salud. En 384 pacientes en un estudio trasversal descriptivo y analítico, realizado en un Centro de Salud de atención primaria de la Municipalidad de Peñalolén de Chile. Con el objetivo de describir el nivel de apoyo social percibido en pacientes con hipertensión y diabetes tipo II al nivel de atención primaria de salud en Chile y su asociación con la salud autoevaluada, la adherencia al tratamiento y un mejor control glucémico y de la presión arterial. Utilizando un inventario de apoyo social MOS previamente validado en Chile. Se evaluó la salud autocalificada con una única pregunta general no comparativa; la adherencia a la medicación se evaluó utilizando la escala de adherencia de la medicación Morisky de cuatro ítems. La glucosa en sangre y el control de la presión arterial también fueron evaluados. Se realizó una regresión logística para estimar el índice de probabilidad de prevalencia (POR) y el método de Poisson robusto para estimar el índice de prevalencia (PR). Resultados: Ochenta y tres por ciento de los 647 participantes evaluaron alto para SS. Hubo una correlación significativa entre SS y salud autoevaluada (POR 2.32; 95% intervalos de confianza (IC) 1.19 11.23; PR 1.18; 95% IC 1.07-1.31). No se observó asociación estadísticamente significativa con la adherencia a la medicación, el control glucémico o la presión arterial. Conclusiones: Se encontraron altos

niveles de apoyo social percibido. La asociación entre la salud autoevaluada sugiere que las intervenciones de SS dirigidas a subgrupos vulnerables valdrían la pena.

Abreu, de Armas y Santos (2017) realizaron un estudio titulado significación vital, apoyo social, redes sociales y resiliencia de Tenerife con el objetivo de conocer el grado de significación vital, apoyo social y redes sociales y resiliencia en una población de 290 personas con edades de 18 a 60 años de la isla de Tenerife en España. Fue un estudio de tipo descriptivo cuantitativo, los instrumentos utilizados fueron la escala Connor & Davidson Resilience Scale 2016 de resiliencia, la escala de MLM, de Morgan y Farsides 2009 de significación vital, la escala de MOSS, de Sherbourne y Stewart 1991 de apoyo social, la escala de Social Network Index, de Sheldon Cohen 1997 de redes sociales. Los resultados demuestran que no existe una relación significativa entre apoyo social, resiliencia y significación vital.

Según Bello y Montoya (2017) quienes investigaron sobre la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. El objetivo general es describir el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y sus factores asociados en adultos mayores con diabetes tipo 2 a través de un estudio no experimental de tipo transversal. Se trabajó con 211 adultos mayores diabéticos tipo 2 registrados en el programa de salud cardiovascular de un centro comunitario de salud familiar de la ciudad de Chillan de Chile. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de adherencia farmacológica de Morisky Green Levine, el APGAR familiar, que mide el grado de funcionamiento familiar percibido por los sujetos, validado en Chile por Maddaleno y cols. 1987. Los resultados evidencian que el tratamiento farmacológico es influenciado por factores sociodemográficos.

Ramos, et al. (2017) realizaron un estudio titulado adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con el objetivo de estimar algunos factores relevantes de la

adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en 30 pacientes con DM2 pertenecientes al consultorio 3 del consejo popular Cartagena de Cuba. El estudio fue de tipo descriptivo con corte transversal, los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de adherencia terapéutica y cuestionario de evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 abreviado, entrevista clínica centrada en la enfermedad, las características del régimen terapéutico. Los resultados que se obtuvieron fueron que las mujeres cumplen con el tratamiento más que los hombres, hubo más conductas adherentes al tratamiento en los dos primeros años.

Rondón, et al. (2017) realizaron un estudio titulado relación entre factores biopsicosociales en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 considerando el sexo con el objetivo de describir la relación entre depresión, redes de apoyo social, estilo de comunicación, adherencia al tratamiento y hemoglobina glucosilada según el sexo, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en 278 pacientes con promedio de 59 años de edad que asistían a los diferentes centros de salud de Caracas de Venezuela. El estudio fue de tipo no experimental, con diseño transeccional correlacional, los instrumentos utilizados fueron el cuestionario tridimensional para la depresión CTD, auto informes de actitudes y valores en las interacciones sociales ADCAS, el instrumento para medir el estilo de vida en diabéticos (IMEVID), la escala social network and support diseñada por Uden y Orth-Gomer en 1989 y el parámetro Hemoglobina glucosilada (HbA1c). Los resultados obtenidos fueron que existen diferencias en la relación entre las variables estudiadas, mientras mayor depresión hay menor adherencia y mayores redes de apoyo social con mayor adherencia.

Teherán et al. (2017) quienes investigaron sobre la relación entre el apoyo social y las complicaciones agudas de la diabetes tipo 2 en un estudio de corte transversal. El objetivo fue evaluar la relación entre apoyo social y la frecuencia de pacientes con complicaciones

agudas de la diabetes tipo 2. Se trabajó una muestra de 205 pacientes, de edad media 66 años con DM2 atendidos en los servicios de urgencias u hospitalización de la Clínica Juan N. Corpas de Colombia. El instrumento utilizado fue el cuestionario de la complicación aguda de la diabetes que se definió según los criterios establecidos por la American Diabetes Association (ADA) para diagnosticar cetoacidosis diabética, estado hiperosmolar, hipoglucemia o estados mixtos y el cuestionario del estudio de desenlaces médicos de apoyo social (MOS). Los resultados muestran que los pacientes con complicaciones agudas presentaron puntajes más bajos de apoyo social. La falta de apoyo social se relacionó con otras variables sociodemográficas y clínicas para predecir el riesgo de complicaciones agudas.

Pedraza, et. al (2015) realizaron un estudio titulado nivel de adherencia al tratamiento y el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados tuvo como objetivo evaluar el nivel de adherencia al tratamiento y el control glucémico en pacientes con DM2 descontrolados, después de una intervención educativa en 33 pacientes en el grupo problema y 17 controles del CMF Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, de la delegación de Coyoacán, en México. Fue un estudio cuasi experimental comparativo. Los instrumentos utilizados fueron la escala de adherencia al tratamiento en DM2 (EATDM-III) y la medición del uso de medicamentos, la medición de la HbA1c, la pérdida de peso y la medición de la presión arterial. Los resultados muestran que hay diferencias significativas entre ambas mediciones de adherencia al tratamiento y el control glucémico en pacientes con DM2.

Terechenko, Baute y Zamonsky (2015) realizaron un proyecto titulado adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 con el objetivo de conocer la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de 100 pacientes con DM2 adultos que son atendidos en las Instituciones de Asistencia Medico Colectivas

(IAMC) de la ciudad de Carmelo Uruguay. Fue un proyecto de tipo descriptivo, transversal, los instrumentos utilizados fueron el Test de Morisky Green para valorar la adherencia al tratamiento y otro cuestionario realizado por los autores por historias clínicas. Los resultados que obtuvieron fueron un 56% de los encuestados relata presentar adecuada adherencia al tratamiento farmacológico y el resto no tuvieron adherencia al tratamiento.

Escandón et al. (2015) quienes investigaron sobre la adherencia al tratamiento en DM2, su relación con calidad de vida y depresión. El objetivo fue describir la relación entre adherencia al tratamiento y dos variables: calidad de vida y sintomatología depresiva, en pacientes adultos con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en centros de salud familiar de la provincia de Concepción, Chile. Se trabajó con una muestra de 101 participantes de entre 45 a 65 años de edad. Fue una investigación descriptiva y transversal, los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Depresión de Beck, en su segunda versión (BDI-II), la Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, versión III (EATDM-III), y un Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-BREF). Los resultados mostraron que una alta adherencia al tratamiento, baja sintomatología depresiva y alta calidad de vida en estos pacientes. Se encontró que la adherencia al tratamiento presentaba una relación inversa con sintomatología depresiva; y una relación positiva con calidad de vida.

Palacio (2014) realizó un trabajo de investigación titulado percepción de apoyo social en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y síndrome depresivo en la consulta externa de medicina familiar. Tuvo como objetivo identificar la percepción del apoyo social y el nivel de depresión que presentan pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos de México. Fue una investigación de tipo observacional y transversal, los utilizados fueron el cuestionario de apoyo social de MOS y la escala

clínica para el diagnóstico de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un grupo etario entre 31 y 50 años. Los resultados demostraron que los pacientes con apoyo social presentaron ausencia de depresión en los pacientes con diabetes tipo 2.

2.2. Antecedentes nacionales

En antecedentes nacionales tenemos:

Moyano y Orozco (2018) realizaron un estudio titulado el apoyo social y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama que acuden al consultorio de oncología del hospital Edgardo Rebagliati Martins, Lima 2017. Con el objetivo de determinar la relación entre apoyo social y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama que acude al consultorio de oncología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Se trabajó con 127 mujeres con un estudio de enfoque cuantitativo, en cuanto al diseño es un estudio no experimental, correlacional de naturaleza transversal y observacional. Los instrumentos fueron cuestionarios: apoyo social percibido (MOS), y el SF-36 para calidad de vida relacionada a la salud, con 43 preguntas. Llegando a la conclusión de que existe una relación significativa moderada directamente proporcional entre apoyo social y calidad de vida relacionada a la salud.

González (2018) realizó un estudio titulado afrontamiento y apoyo social ante el diagnóstico reciente de cáncer de mama. Con el objetivo de conocer la relación entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido en la etapa de diagnóstico reciente. La muestra estuvo conformada por 56 mujeres con cáncer de mama, cuyas edades fluctúan entre 27 y 80 años. El tiempo de diagnóstico oscila entre 1 y 8 meses y fueron atendidas en un centro de prevención en Lima Metropolitana con estudio correlacional y trasversal. Se empleó el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE) (Crespo & Cruzado, 1997) y el cuestionario MOS de Apoyo Social en Atención Primaria (De la Revilla et al., 2005). Se concluye que, en la fase de diagnóstico reciente, se evidencia una relación entre

el apoyo social percibido y las estrategias centradas en la emoción; las pacientes hacen uso de diversas estrategias; y, que el apoyo social incide en el uso de estrategias consideradas como adaptativas. Esta información podría ser usada en propuestas de intervención en el diagnóstico reciente con fin de lograr un mejor ajuste al cáncer.

Mendoza (2018) realizó un estudio titulado apoyo social percibido y calidad de vida en pacientes con tuberculosis Mdr del Centro Materno Infantil el Progreso. Carabayllo, 2018. Tuvo como objetivo determinar la asociación entre el Apoyo Social Percibido y Calidad de Vida en pacientes con Tuberculosis MDR del C.M.I. El Progreso. Carabayllo, 2018. La investigación es de enfoque cuantitativo de tipo correlacional, con un diseño no experimental, transversal, la muestra fue conformada por 30 pacientes, los instrumentos que se utilizaron para la medición de las variables fueron Cuestionario de Salud SF-36 y Cuestionario MOS de Apoyo Social. El resultado muestra un coeficiente de correlación de Rho de Spearman de $p: 0.991$, indicando que no existe una asociación entre el apoyo social y la calidad de vida.

Zegarra (2018) realizó un estudio titulado percepción del apoyo social y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Consultorio externo de endocrinología. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa- 2017. Tuvo como objetivo determinar la percepción de apoyo social y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Perú. La investigación es de tipo descriptivo relacional. Los instrumentos utilizados escala de apoyo social de MOS y la adherencia terapéutica (EAT). Los resultados muestran que existe relación entre el apoyo social y la adherencia terapéutica, con una diferencia estadísticamente significativa.

Balbin (2017) realizó un estudio titulado la depresión como factor asociado a la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de los consultorios de endocrinología del hospital nacional Hipólito Unanue agosto – octubre 2016 con el

objetivo de establecer la asociación entre la depresión y la adherencia al tratamiento en 118 pacientes con DM2 con un periodo de enfermedad mayor de un año, de edad de 20 a 60 años de los consultorios de endocrinología de Lima. El estudio fue de tipo observacional, transversal, analítico, los instrumentos utilizados fueron el Inventario de depresión de Beck (IDB), el control de hemoglobina glucosilada y control de glicemia basal, que es recogida en una ficha de datos de la historia clínica de cada paciente atendido. Los resultados demuestran que hay mayor número de pacientes DM2 no deprimidos y que tienen menor adherencia al tratamiento por lo tanto mayor riesgo en su salud.

Oyanguren (2017) quién investigó sobre la procrastinación y ansiedad rasgo en estudiantes universitarios de una universidad. El objetivo fue determinar la relación que existe entre la procrastinación y la ansiedad rasgo en estudiantes universitarios. El estudio es correlacional tomando como muestra 47 estudiantes de psicología de la universidad Inca Garcilaso de la Vega de Lima. Los instrumentos utilizados la escala de procrastinación de Solomon y Rothblum y la escala de ansiedad estado-rasgo de Spielberger, Gorsuch y Lushene. En conclusión, no existe relación entre la procrastinación y ansiedad rasgo ni con ninguno de sus dimensiones en los estudiantes universitarios de una universidad privada.

Llange (2017) quién investigó sobre apoyo social y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del hospital de vitarte durante el periodo junio-noviembre del 2016. El objetivo fue determinar la asociación entre el apoyo social y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de Hospitalización del Hospital de Vitarte Lima. Se trabajó con 1951 pacientes del Hospital de Vitarte con un estudio observacional, analítico y prospectivo. Los instrumentos utilizados fueron el test de Zung y el cuestionario DUKE UNC. Los resultados evidencian que el 35,9 % de los pacientes tenían depresión y se asoció con el apoyo social bajo. En conclusión, se halló asociación estadísticamente significativa entre la depresión y el apoyo social bajo, número de visitas,

sexo, edad, estar soltero o viudo, tener diabetes mellitus 2 o hipertensión arterial como comorbilidad en pacientes adultos de las salas de Hospitalización del Hospital de Vitarte.

Custodio y Santamaría (2016) realizaron una investigación titulada calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del programa de enfermedades no transmisibles de diabetes. Hospital provincial docente Belén de Lambayeque 2016, con el objetivo de determinar la relación de la calidad de vida y la adherencia al tratamiento de 46 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del programa de enfermedades no transmisibles, diabetes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque 2016. La investigación fue de tipo cuantitativo, transversal, descriptiva y correlacional. Los instrumentos que utilizaron fueron el cuestionario D-39 y el cuestionario DM2-Versión III. Los resultados demostraron que la calidad de vida presenta una relación positiva con la adherencia al tratamiento.

Rivera (2016) realizó una investigación titulada adherencia al tratamiento e incertidumbre en pacientes con cáncer de cuello uterino, con el objetivo de explorar la relación entre la adherencia al tratamiento y la incertidumbre en una muestra de mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino, pacientes de una institución oncológica especializada en Lima, Perú. Dicha muestra estuvo compuesta por 92 mujeres con edades entre 30 y 60 años. La investigación fue de tipo trasversal y correlacional. Los instrumentos utilizados fueron la escala de Adherencia al Tratamiento del Cáncer, EATC de Raymundo, 2011 y la escala de incertidumbre ante la enfermedad de Mishel, MUIS de Mejía, 2012. Los resultados muestran que a mayores niveles de incertidumbre existiría una tendencia a poseer una menor adherencia al tratamiento oncológico.

Según Idrogo (2015) quién investigó sobre la ansiedad estado y rasgo de los estudiantes de una institución educativa privada y una nacional en el distrito de la Victoria- Lima. El objetivo fue describir y comparar los niveles de ansiedad estado y rasgo de los estudiantes

de una institución educativa privada y una nacional en el distrito de la Victoria- Lima. A través de un estudio tipo descriptivo comparativo con diseño no experimental transversal. Se trabajó con una muestra de 511 estudiantes entre 9 y 15 años, de ambos sexos que cursan el cuarto grado de primaria hasta el 3º grado de secundaria en dos instituciones educativas una privada y la otra nacional. El instrumento utilizado fue el cuestionario de autoevaluación Ansiedad estado rasgo en Niños (STAIC) Los resultados muestran que los niveles de ansiedad estado y rasgo en los estudiantes se encuentran en un rango moderado.

3. Marco conceptual

3.1. Apoyo social percibido

3.1.1. Definiciones de apoyo social percibido.

Sherbourne y Stewart (1991) mencionan que el apoyo social percibido es la disponibilidad de alguien para brindar ayuda o apoyo emocional a las personas y protegerlos de las consecuencias negativas de una enfermedad grave o situaciones estresantes y que esta pueda ser percibida.

Además, Garizábalo, Rodríguez y Cañon (2018) señalan que es una experiencia multifacética que implica como las relaciones formales (en las que se encuentran inmersos los profesionales de la salud) e informales como la familia, entre otros, forman parte del soporte emocional, el cual permite aliviar la incertidumbre, ansiedad, estrés, desesperanza y la depresión; además, con el soporte instrumental que permite la provisión de cuidado físico, el transporte, la asistencia en el hogar, la provisión de dinero; y el soporte informativo que reconoce la transmisión de la información con el fin de mejorar la salud.

También, el apoyo social es el proceso interpersonal que está centrado en el intercambio recíproco de información en un contexto específico, el de negociación entre los proveedores y los receptores, a través de la seguridad, refuerzo, afirmación, validación y

estímulo, bajo una atmósfera de respeto positivo incondicional y cuidado, el cual incluye expresiones de comprensión, respeto, empatía, compasión y amor (Jiménez, Álvarez, Cahuaza, 2017).

Asimismo, se refiere a la dimensión evaluativa en que la persona analiza la ayuda con la que cuenta o cree contar y entiende que no se trata únicamente de la presencia de elementos tangibles y recursos accesibles recibidos por parte de otros/as, sino de la percepción misma que tenga la persona sobre estos (Rosa, et al., 2015).

Finalmente, el apoyo social se define como el grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con los otros, entendiendo como necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación; además el proceso interactivo en que el individuo consigue ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que se encuentra (Alonso, Menéndez y González, 2013).

3.1.2. Fuentes del apoyo social percibido.

El contar con una fuente de apoyo social que le proporcione ayuda a un individuo es benéfico, ya que se ha encontrado que las personas con una percepción de apoyo social alta tienen un auto concepto positivo, son menos ansiosas y creen en sus propias habilidades para controlar aspectos de su entorno; en cambio, aquellas personas que perciben un nivel bajo de apoyo social son emocionalmente inestables y tienden a ser más pesimistas respecto al presente y al futuro (García, García y Rivera, 2017).

Además, es importante comprender que, en las fuentes del apoyo social percibido de manera formal como (psicólogos, profesionales de la salud) e informal como (la familia o amigos) se encuentra mayor recepción de ayuda por parte de la familia o amigos porque ayuda a disminuir el malestar, debido a que los familiares directos pueden tener un mayor compromiso para la ayuda de un malestar. Sin embargo, los beneficios de su ayuda se

diluirían al momento de intentar reducir el malestar, debido a las posibles críticas y conflictos que ocurren al interior de la familia, lo que a su vez llevaría a la búsqueda de amigos para tratar dicho malestar como una enfermedad (Rodríguez y Ortiz, 2014).

Asimismo, Alonso, Menéndez y González (2013) mencionan que existen diferentes fuentes de apoyo social, como lo son el cónyuge o compañero/a, otros familiares, amigos, vecinos, jefes o supervisores, compañeros de trabajo, personas de servicio o cuidadores, grupos de auto ayuda y profesionales de la salud o servicios sociales. También se han clasificado en redes informales, (aquellas más cercanas al individuo siendo la principal, la familia) y en redes formales (formadas por aquellos individuos pertenecientes a la red de cuidadores de servicios sanitarios y sociales).

3.1.3. Dimensiones del apoyo social percibido.

Villalobos (2015) refiere que existen dos factores en el apoyo social percibido.

a) Perspectiva estructural

Erhardt (2016) menciona que el apoyo social recibido representa al aspecto objetivo, es decir la cantidad de ayuda que ha recibido el sujeto en un periodo determinado de tiempo, considerando las creencias del sujeto en relación a las fuentes de apoyo. También denominado red social. Se refiere a la cantidad de relaciones sociales o número de personas a las que puede recurrir el individuo para ayudarlo a resolver los problemas planteados (por ejemplo, familia, amigos, situación marital o pertenencia al grupo de pares), y la interconexión entre estas redes.

b) Perspectiva funcional

Tiene un carácter subjetivo y se refiere a las percepciones de disponibilidad de soporte, la percepción que lleva el individuo a creer que lo cuidan, que es amado, estimado y valorado, que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas. Sus componentes más importantes son el apoyo emocional, informativo, instrumental, afectivo

e interacción social positiva. Desde la perspectiva funcional existen cuatro dimensiones según Villalobos (2015):

- **Apoyo emocional**

Relacionado con el cariño y la empatía. Parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes. Representa el sentimiento personal de ser amado, la seguridad de poder confiar en alguien y de tener intimidad con esa persona. Además de la provisión de consejo o guía para ayudar a las personas a resolver sus problemas. En este proceso de búsqueda de ayuda, las redes sociales representan un importante punto de referencia para la persona necesitada. Se diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en sí misma la solución, sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo. Es la disponibilidad de una o más personas quienes pueden escuchar empáticamente cuando se tienen problemas y pueden proveer indicaciones y cuidados (García, García y Rivera, 2017).

- **Ayuda material**

Es cuando, se utilizan ayudas instrumentales o materiales que directamente ayudan a quien lo necesita. Implica la ayuda práctica y tangible, como traer herramientas o mandar dinero (García, García y Rivera, 2017).

- **Apoyo afectivo**

Se refiere, a las expresiones de afecto y amor que les son ofrecidas a los individuos por parte de su grupo más cercano. Las expresiones de amor y afecto (Moyano y Orozco, 2018).

- **Relaciones sociales de ocio y distracción**

Se relaciona con pasar tiempo con los demás y la disponibilidad de estas para poder distraerse, divertirse y pasar tiempo con el adulto mayor. Implica la disponibilidad de

personas con quienes se puede participar en actividades sociales y de ocio (García, García y Rivera, 2017).

3.1.4. Importancia del apoyo social percibido.

Mendoza (2018) menciona que el apoyo social proporciona al individuo los recursos que favorecen la adaptación y el bienestar del individuo, desempeñando un papel importante en la unificación psicológica y física de una persona.

Asu vez, Poblete, et al. (2018) demuestran que el apoyo social puede ser provisto por una institución o persona y cuando es percibido como tal por quien lo recibe tiene mayor relación favorable con efectos en salud. Es decir, no es suficiente con entregar apoyo a una persona, sino que este apoyo debe ser experimentado como valioso y necesario por quien es el destinatario para que se relacione a efectos positivos; la fuerte asociación entre alto Apoyo Social y mejor autopercepción de salud.

Por otra parte, se observa que el apoyo social es muy importante en la salud y que la percepción positiva de este por quien lo recibe está relacionada con la propia naturaleza y funcionamiento de la red social que posee. Determinando como importante el apoyo social percibido para nuestra salud (Romero, 2017). Además, el apoyo social es mucho más que una simple exposición al medio ambiente y que puede estudiarse como un efecto modificador o amortiguador contra los eventos de la vida (Palacio, 2014).

Finalmente, el estudio de esta variable deja como precedente la existencia del apoyo social y de la importancia que tiene que un paciente con diabetes reciba el apoyo necesario de sus familiares, cómo las relaciones humanas positivas y las redes sociales sirven a los seres humanos para encontrarse en estados de relativo bienestar y superar acontecimientos

estresantes con los que se enfrentan durante su vida. Además, es necesario saber sobre las repercusiones que podría haber si un paciente no tiene el apoyo de alguna persona cercana durante una enfermedad, finalmente los resultados que se muestren ayudarán para el desarrollo de programas de prevención y soporte para los pacientes con diabetes que necesitan de apoyo social para su mejor calidad de vida.

3.1.5. Modelos teóricos del apoyo social percibido.

a) Teoría Efecto directo.

El efecto directo supone que el apoyo social fomenta la salud y el bienestar, es decir que a mayor nivel de apoyo social menor malestar psicológico (Hoyos, 2017).

Por su parte, Marín y Sanhueza (2016) refieren que, el apoyo social es percibido como positivo, en el sentido que genera un aumento en el bienestar o disminuye la probabilidad de la presencia de los efectos negativos del estrés. Es una variable simultánea en relación a los problemas de salud. Se cree que el mecanismo por el que actúa en el individuo es el que permite generar cambios psicofisiológicos y de conducta adaptativas en él.

Por otro lado, Garcés y Durá (2014) mencionan que el efecto directo se basa en que las personas que tienen relaciones y vínculos sociales viven más tiempo y tienen mejor salud física y mental que aquellas que no establecen tales vínculos. Además, a mayor nivel de apoyo social menor malestar psicológico, y a menor grado de apoyo social mayor incidencia de enfermedades.

Además, Alonso, Menéndez y González (2013) señalan que el efecto directo favorece los niveles de salud independientemente del grado de estrés del individuo. Además, se han propuesto dos mecanismos, el primero de ellos relacionado con los efectos que el apoyo social posee en algunos procesos psicofisiológicos (que produciría mejoras en la salud o impediría la enfermedad), y el segundo relacionado con el cambio de conductas, adoptando hábitos de vida saludables.

También Baca (2013) explica los efectos directos del apoyo social mediante tres mecanismos:

- Las relaciones sociales proporcionan a la persona un conjunto de identidades.
- Las relaciones sociales aportan evaluaciones positivas e incrementan la autoestima.
- El apoyo social mejora los sentimientos de competencia y de control sobre el ambiente.

Este modelo del efecto directo menciona que no existe interacción entre el estrés y el apoyo social; de este modo los individuos que difieren en sus niveles de apoyo social diferirán en la misma medida en su bienestar físico y mental, independientemente del nivel de estrés experimentado. Así mismo puede ser el aislamiento el que actúa como estresor, el que causa la enfermedad, más que el apoyo social el que produce mejoría en la salud (Alonso, Menéndez y González, 2013).

b) Teoría Efecto tampón y amortiguador.

Hoyos (2017) asegura que las personas que se exponen a estresores sociales, generaran efectos negativos en la persona que no tiene buen nivel de apoyo social. No obstante, esta hipótesis también plantea que, si no hay algún estresor social, el apoyo social no tiene influencia alguna en el bienestar, limitando el papel del apoyo social a proteger o amortiguar los efectos del estrés.

Por su parte, Marín y Sanhueza (2016) hacen referencia al apoyo social como mediador o “amortiguador” entre la salud y los eventos estresantes. En este modelo, se plantea que el apoyo social interviene entre el proceso de estrés y la alteración del bienestar y/o enfermedad, y así lograr proteger al individuo de los efectos del estrés.

Además, Villalobos (2015) menciona que se han desarrollado dos hipótesis para demostrar el efecto amortiguador del apoyo social:

- El apoyo social permite a los individuos, que, tras la exposición al estrés, sea capaz de redefinir la situación estresante y enfrentarla mediante estrategias no estresantes, o inhibir los procesos psico-patológicos que pueden desencadenarse en ausencia del apoyo social.

- El apoyo social evita que los individuos, previo a la exposición al estrés, definan una situación como estresante mediante la seguridad que les ofrece tener la posesión de diversos recursos materiales y emocionales con los que poder enfrentarse a ella (Villalobos, 2015).

Asimismo, Garcés y Durá (2014) mencionan que el efecto amortiguador se basa en que el estrés psicosocial tendrá efectos negativos sobre la salud y el bienestar de aquellas personas que no tengan apoyo social, mientras que estos efectos negativos se reducirán en aquellas personas con fuertes apoyos sociales. En contraste, el apoyo social no influirá en aquellas personas que no estén sometidas a estrés.

Alonso, Menéndez y González (2013) mencionan que el apoyo social puede ejercer un efecto tampón que atenúa las reacciones individuales a los impactos adversos de la enfermedad crónica.

3.2. Ansiedad rasgo

3.2.1. Definiciones de ansiedad rasgo.

Spielberger, Gorsuch, y Lushene (1974) definen a la ansiedad rasgo como una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras por un determinado tiempo.

Asimismo, la ansiedad rasgo, que es aquella ligada más a aspectos intrínsecos y de personalidad de cada persona (Guerra, et al., 2017).

Por su parte, Oyanguren (2017) refiere sobre la ansiedad rasgo como la tensión que la persona sufre frente a una situación específica en su vida cotidiana; y en cuanto se soluciona, esta tensión disminuye y su estado emocional se equilibra nuevamente.

3.2.2. Componentes de la ansiedad.

Cuando la ansiedad es proporcionada y se manifiesta dentro de los límites, no se aprecian manifestaciones sintomatológicas, los cambios fisiológicos no alcanzan a superar los umbrales o bien son menores, salvo en algún momento puntual cuando son elevados; los cambios de los procesos fisiológicos son normales y funcionales porque prepararan al organismo para emitir una reacción o enfrentarse; además la ansiedad puede ser desencadenada, tanto por estímulos externos e internos y el tipo de estímulo presentado en la respuesta de ansiedad vendrá determinado en gran medida por las características de la persona, y por las circunstancias que se puede presentar (Céspedes, 2015).

- **El componente cognitivo:** Caracterizado por anticipaciones amenazantes, evaluaciones del riesgo, pensamientos automáticos negativos, entre otros (Céspedes, 2015). Además, se presenta ante diversas situaciones mediante preocupación, dificultad para decidir, pensamientos negativos ya sea sobre uno mismo y de la actuación ante los otros, temor a que otros se den cuenta de las dificultades, pérdida de control, dificultad para concentrarse, siendo todo esto producto de la mente o reacción del cuerpo, presentándose durante la vida diaria (Barán, 2018).

- **El componente fisiológico:** Son las alteraciones biológicas que acompañan a la experiencia de la ansiedad y es caracterizado por activación de diversos centros nerviosos, particularmente del sistema nervioso autónomo, que implica cambios vasculares, respiratorios (Céspedes, 2015). También, se puede presentar mediante sudoración, tensión muscular, palpitations, taquicardia, temblores, molestias gástricas, dificultades respiratorias, sequedad de la boca, dificultades para tragar, dolores de cabeza, mareo,

náuseas y escalofríos, todas estas situaciones que se manifiestan afectan al área fisiológica al padecer de ansiedad (Barán, 2018).

- **El componente motor conductual:** Caracterizado por ser un componente observable de la conducta y por inhibición o sobre activación motora y escape, comportamiento defensivo, búsqueda de seguridad, sumisión, evitación, agresividad, entre otros (Céspedes, 2015). Además, parte de un punto de relación entre la comunicación y la expresividad que la persona requiere dentro de la sociedad y que la repercusión que denota al padecer una ansiedad se llega a manifestar de forma muy puntual es aquí una consideración oportuna para aquellos que están en el mundo de la ansiedad que debido a estos elementos y el poder de una baja iniciativa de salir adelante y las ideas irracionales que se adueñan de los pensamientos en la mente y las críticas que logran incidir aún más para dejar atrás lo que los demás piensen (Barán, 2018).

3.2.3. Importancia de ansiedad rasgo

Guairacaja y Jara (2018) refieren que un mejor manejo de la ansiedad ayuda a mantener unos niveles óptimos de glucosa en la sangre y mejora al mismo tiempo la percepción de las personas acerca de su condición de salud. Además, el manejo adecuado de la ansiedad permite que las personas aumenten el sentido de control, lo que puede resultar en un mayor cuidado de su diabetes, aumentando su adherencia al tratamiento con insulina o medicamento.

El estudio de esta variable deja como antecedente la existencia de la ansiedad y de las consecuencias que esta pueda traer ya que la presencia de la ansiedad en pacientes con diabetes puede interferir en el autocuidado de su salud, los resultados que se muestren ayudaran para el desarrollo de programas de prevención y soporte para los pacientes con diabetes que puedan padecer ansiedad y así mejorar su calidad de vida.

3.2.4. Modelos teóricos de ansiedad rasgo.

a) *Teoría psicoanalítica.*

Céspedes (2015) menciona que es denominada a la ansiedad como el concepto de angustia; manifestando que la angustia es más que un proceso biológico insatisfecho, donde la angustia sería la señal peligrosa en situaciones de alarma. Según esta teoría, la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del súper yo y de los instintos prohibidos que viene a ser el ello, donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenan un estado de ansiedad.

Este sentimiento es llamado ansiedad y se considera como una señal del yo que traduce sobrevivencia y cuando concierne a todo el cuerpo se considera como una señal de que el mismo está en peligro (Carver, 2015). Joronda (2017) expresa que las necesidades sin satisfacer del ello producirían una respuesta de ansiedad en el individuo, puesto que es posible que esto haya sido adquirido en la niñez y se sostenga en el paso de los años. Freud muestra al respecto dos posiciones bien diferenciadas; inicialmente entiende la ansiedad como reflejo de energía sexual reprimida por la mente y posteriormente pasa a considerar la ansiedad como una respuesta interna que alerta al individuo de la inminencia de algún peligro. Por ello Freud propuso tres tipos de ansiedad:

- **Ansiedad ante la realidad:** Maldonado y Zenteno (2018) mencionan que Freud define a la ansiedad o libido como algo que es reprimida por el individuo, ya que en la persona se encuentra una relación entre el yo y el mundo exterior, es decir, este percibe un peligro en su entorno. Por otra parte, Carver (2015) hace referencia a la ansiedad ante la realidad como miedo. De hecho, Freud habló específicamente de la palabra miedo. Podríamos entonces decir que, si uno está en un pozo lleno de serpientes venenosas, la persona experimentara ansiedad ante la realidad. Finalmente, la cual puede llamarse en términos coloquiales como miedo. De hecho, Freud habló específicamente de la palabra miedo, pero sus traductores consideraron la palabra como muy mundana. Podríamos

entonces decir que, si uno está en un pozo lleno de serpientes venenosas, uno experimentará una ansiedad de realidad.

- **Ansiedad neurótica:** Maldonado y Zenteno (2018) refieren que tiene un origen muy distinto a las otras teorías, ya que el inicio de esta, se da a efecto de algún hecho pasado, el cual fue traumático para el individuo y que a su vez es reprimido, en consecuencia, puede llegar a presentarse como aquel miedo intenso inconsciente, el cual parece de forma imprevista. Además, Carver (2015) menciona que esta consiste en el miedo a sentirse abrumado por los impulsos del Ello. Es como si se perdiera el control de sí mismo, su raciocinio o incluso su mente, está experimentando este tipo de ansiedad neurótica, que hace referencia a estar nervioso, por tanto, podríamos llamar a este tipo de ansiedad, ansiedad nerviosa. Así mismo se refiere a lo que sentimos cuando el peligro proviene del mundo social interiorizado del Superyó. Es otra terminología para hablar de la culpa, vergüenza y el miedo al castigo.

- **Ansiedad moral:** Considera a la ansiedad como lo que la persona siente cuando el peligro viene del mundo social interiorizado del Superyó, el cual busca ser parcial con pensamientos morales y éticos, por lo que el individuo experimenta emociones, como; la culpa, vergüenza, el miedo al castigo, entre otros (Maldonado y Zenteno, 2018). Por otro lado, es este el tipo de ansiedad que más interesó a Freud y nosotros le llamamos simple y llanamente ansiedad (Carver, 2015). Joronda (2017) hace referencia que está regido por el superyó que amenaza al individuo de que el yo pierda el dominio sobre los impulsos, lo que hace aparecer una ansiedad en forma de vergüenza.

b) Teoría conductista.

Esta teoría se encuentra basada en la comprensión de los mecanismos de adquisición y mantenimiento de los comportamientos, donde las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una

connotación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado donde los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos, por tanto, amenazantes, de tal manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza (Céspedes, 2015).

Joronda (2017) menciona que en el enfoque conductual se considera que todos los comportamientos son aprendidos y que en algún momento de nuestras vidas fueron asociadas a estímulos adecuados e inadecuados, desarrollando así una relación que se mantendrá a través del tiempo. Esta teoría explica la ansiedad, refiriendo que los individuos que la padecen, en algún momento aprendieron erróneamente a asociar un estímulo neutro con algún acontecimiento traumático volviéndolo amenazante, produciéndose así la ansiedad. Se puede concluir que la ansiedad se desarrolla no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno (Idrogo, 2015).

c) Teoría cognitiva.

En la década de los setenta se empieza a dar importancia a los factores cognitivos en cuanto a la aparición y desarrollo de la ansiedad; donde la ansiedad no sería solo una respuesta emocional ante estímulos externos, sino también ante estímulos internos del sujeto como ideas, imágenes, entre otros elementos cognitivos; siendo está considerada como el resultado de las cogniciones. Los procesos cognitivos aparecen cuando se reconoce la señal aversiva y cuando la respuesta es emitida por el sujeto. Donde el sujeto percibe la situación, la evalúa y le otorga valor sus implicaciones; si dicha situación es amenazante, la imagen será percibida también de ese modo y se presentará una reacción de

ansiedad; explicando así la raíz de dicho significado, siendo la interpretación individual que el sujeto otorga a la situación (Céspedes, 2015).

El enfoque cognitivo descansa implícitamente en dos suposiciones. La primera es entender como maneja la gente la información que la rodea. Para tener más amplias experiencias, integramos y organizamos los fragmentos de información que el mundo nos proporciona. La segunda suposición es que el flujo de la vida es una red de decisiones compleja, algunas de ellas son conscientes, pero la mayoría ocurre fuera de nuestra conciencia. El flujo de decisiones implícitas es menos predecible que lo que los teóricos pensaban, lo que ha llevado a una reelaboración de teorías sobre los procesos cognitivos. Enfatizan la importancia de los esquemas de las personas, las estrategias de codificación (Carver y Scheier, 2014).

Los problemas del comportamiento también derivan del déficit del procesamiento de información. Los problemas también surgen del desarrollo de los auto esquemas negativos. En este enfoque la ansiedad es el resultado de varios tipos de distorsiones cognitivas, los cuales causan encuentros que parecen más desagradables o tienen más implicaciones negativas de las que realmente poseen. Este enfoque enseña que las personas dejen de participar en estas distorsiones cognitivas y que desarrollen puntos de vista que se adapten más a los eventos que experimentan. Esto implicaría corregir los procesos automáticos, intuitivos, mediante la supervisión de procesos conscientes y que requieren esfuerzo (Carver y Scheier, 2014).

Joronda (2017) refiere que se pone énfasis en los procesos implicados en la evaluación y respuesta a los estímulos del ambiente. Si el producto a la evaluación es una amenaza, se inicia una reacción de ansiedad, presentándose los síntomas que caracterizan a esta variable. Se han estudiado si los procesos cognitivos pueden producir una reacción de ansiedad y si los niveles de ansiedad pueden modificar los procesos cognitivos.

En definitiva, el eje cognitivo del individuo muestra los pensamientos, ideas, creencias e imágenes que acompañan a la ansiedad; estos pensamientos inductores de ansiedad giran en torno al peligro de una situación determinada o al temor ante una posible amenaza (Idrogo, 2015).

d) Teoría biológica.

Se enfoca en la influencia de las hormonas en el comportamiento. La exposición a hormonas masculinas antes del nacimiento provocaría que, años después, las personas elijan respuestas más agresivas ante los conflictos. Con respecto a los problemas en el comportamiento, la actividad de altos niveles de sensibilidad a la amenaza propicia trastornos que involucran a la ansiedad (Carver y Scheier, 2014).

Por otra parte, el supuesto fundamento de estos modelos considera que los dos sistemas motivacionales en el cerebro manejan el acercamiento a los incentivos y la evitación de amenazas. Se presume que las personas varían en la fuerza o sensibilidad a estos sistemas. Estar en un extremo o en el otro del sistema, podría poner a la persona en problemas, quizá el problema más fácil de relacionar con esta perspectiva es el trastorno de ansiedad. El sistema de evitación crea ansiedad ante la presencia de señales de castigo inminente. Si a estas personas se les expuso a frecuentes castigos durante su niñez, aprenderán respuestas de ansiedad ante muchos estímulos (Carver y Scheier, 2014).

Además, El modelo biológico conlleva a considerar a la ansiedad como una reacción psicológica y biológica; donde la ansiedad va acompañada de modificaciones, como: el reflejo de la estimulación del sistema nervioso central, siendo esto consecuente con los estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. La activación se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo teniendo el aumento del tono simpático y del sistema

endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad (Céspedes, 2015).

Por tanto, existe una afectación de los sistemas cardiovasculares, respiratorios, motor y de la musculatura lisa. Así mismo, estas respuestas biológicas, se dan en función de la situación percibida por el sujeto; ya sea de carácter de la novedad, calidad de respuesta del individuo y del resultado alcanzado con sus respuestas. Por ello, existiría una correlación positiva entre la intensidad de la ansiedad y la respuesta de la actividad a ciertas situaciones de estrés; donde el sistema autónomo simpático aumenta su funcionalidad (Céspedes, 2015).

Es indispensable considerar las investigaciones relacionadas con la genética, psicofisiología, endocrinología y neurobiología cuando se trata de la ansiedad.

Barlow citado por Idrogo (2015) Se nota que los mecanismos de producción de la ansiedad no se encuentran del todo aclarados y las líneas de estudio se amplían a otros sistemas de neurotransmisión, por ello no solamente el sistema gabaérgico se halla en relación con la ansiedad, sino que se ha implicado a otros sistemas de neurotransmisión como el serotoninérgico, el cual configura un aspecto más a considerar en la investigación biológica de la ansiedad.

3.3. Adherencia al tratamiento

3.3.1. Definiciones de adherencia al tratamiento.

Quirós y Villalobos (2007) definen a la adherencia como un cuidado médico continuo, pero que, además, necesitan de una adecuada educación para manejar la enfermedad, prevenir complicaciones agudas, reducir el riesgo de complicaciones crónicas y, finalmente, aumentar la calidad de vida.

Asimismo, el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide

con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario (López, Romero, Parra y Rojas, 2016).

Finalmente, la alianza paciente - profesional favorece a la adherencia al tratamiento para el acuerdo en las recomendaciones. Este debe relacionarse adecuadamente con los profesionales de la salud en su propia atención. La buena comunicación entre los profesionales y el paciente es un requisito fundamental para una práctica clínica correcta. En síntesis, se puede decir que el cumplimiento es parte de la adherencia (Lago, 2015).

3.3.2. Factores de adherencia al tratamiento.

Rueda (2018) menciona que existen cinco factores relacionados a la adherencia al tratamiento.

- **Sociales y económicos:** El analfabetismo, la pobreza, la falta de apoyo social, el desempleo, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro sanitario, las dificultades para desplazarse, el elevado coste de la medicación, el ambiente adverso y estresante, los prejuicios culturales, las creencias sobre la enfermedad y el tratamiento, los problemas familiares, etc., son los predictores más potentes que afectan a la adherencia del tratamiento. Roca (2018) señala que entre los que se encuentran los económicos (capacidad económica para comprar los medicamentos y los cambios en la dieta recomendada), educacionales (conocer la información sobre el tratamiento) y sociales (apoyo familiar o de personas allegadas para cumplir el tratamiento indicado). La principal razón para la no adherencia esgrimida en los grupos de discusión fue el coste de los fármacos (muy caros en comparación con sus ingresos) (López, 2017).

- **Sistema y equipo de salud:** Es el efecto negativo de la insatisfacción con el personal sanitario, se agrava si el funcionamiento y los recursos del centro sanitario son

deficientes, como ausencia de médicos de apoyo, fallos en la distribución de los medicamentos, sobrecarga de trabajo del equipo sanitario, inexistencia de educación para la salud si esto existe entonces la adherencia disminuye. Roca (2018) menciona que el equipo de salud debería interactuar eficientemente con el paciente, ser capaz de aplicar mecanismos que le faciliten a éste a conseguir los fármacos, fechas de los próximos controles y desarrollar una historia clínica completa. López (2017) Puede haber varias razones que subyacen a esta falta de información. Por una parte, los médicos tienden a sobrestimar los niveles de cumplimiento de sus pacientes y su habilidad para adherirse al régimen terapéutico.

- **Factores relacionados con la enfermedad:** La adherencia depende de la naturaleza de la sintomatología, del grado de discapacidad física, social y laboral, de la progresión y gravedad de la enfermedad, de la disponibilidad y eficacia de los tratamientos; influido por la percepción del paciente. López (2017) añade que la habitual ausencia de sintomatología hace que el paciente no perciba la gravedad de la enfermedad y, por tanto, considere que no necesita el tratamiento que le ha sido prescritos.

- **Factores relacionados con el tratamiento:** El más importante es la complejidad, el tratamiento prolongado, los cambios frecuentes de tratamiento, los beneficios demorados y los efectos no deseados. Por consiguiente, los tratamientos deben ser adaptados a las necesidades del paciente. Roca (2018) refiere que hay evidencia que los peores resultados en adherencia farmacológica se dan por el horario prescrito en los pacientes hospitalizados probablemente porque reciben mayor número de tomas. López (2017) la complejidad del tratamiento, la ruta de administración, la duración del tratamiento, el grado de cambio conductual requerido, los efectos adversos de la medicación, entre otros.

- **Factores relacionados con el paciente:** El locus de control interno, es decir el paciente creen que pueden controlar la enfermedad, se asocia con mayores niveles de

adherencia que el locus de control externo, esto es la creencia de que solo el médico tiene poder de controlar la enfermedad. Del mismo modo la autoeficacia, o sea, la creencia de la familia de que es capaz de llevar a cabo con éxito las acciones necesarias para lograr la adherencia, se asocia con mejores resultados en las enfermedades crónicas. Se ha encontrado que la no adherencia farmacológica se corresponde con la irresponsabilidad del paciente que no cuida su salud (Roca, 2018).

3.3.3. Dimensiones de adherencia al tratamiento.

Según Custodio y Santamaría (2016) mencionan que las dimensiones de adherencia al tratamiento se agrupan en siete factores.

- **Apoyo familiar:** Es el apoyo de los familiares que rodean cuando están con esta enfermedad crónica. Además, Dávila, García y Saavedra (2014) afirman que un bajo nivel de apoyo influye negativamente sobre el estado de salud, cuando un paciente con enfermedad crónica tiene apoyo social (influencia de la familia y relaciones personales), los mismos se adhieren al tratamiento y cumplimiento de la terapia integral en general.

- **Organización y apoyo comunal:** Es el apoyo social de las personas que le orientan sobre cómo llevar la enfermedad crónica. Dávila, García y Saavedra (2014) mencionan que es la agrupación de personas que se establece a partir de elementos compartidos, ideas en común, formas similares de ver al mundo. Además, es importante para que tal grupo de personas sea considerado debería existir un objetivo a realizar, sea este solidario o particular.

- **Ejercicio físico:** Se define como cualquier movimiento corporal producido por la contracción de músculos esqueléticos que genere gasto calórico. El ejercicio físico en el tratamiento de la diabetes es considerado como base principal acompañado de la adecuada alimentación y la medicación, además hacer ejercicio físico es importante para tener control glucémico en pacientes con DM2 (Caballero, 2015). Además, Dávila, García y

Saavedra (2014) mencionan que el ejercicio físico forma parte del tratamiento de la diabetes junto con la dieta y los medicamentos, es beneficioso porque disminuye el nivel de azúcar en sangre durante y después del ejercicio, ayuda al cuerpo a utilizar mejor la insulina, reduce la cantidad de pastillas o insulina que se debería tomar y reduce la tensión arterial.

- **Control y tratamiento médico:** Permite la adecuada educación para manejar la enfermedad, prevenir complicaciones agudas, reducir el riesgo de complicaciones crónicas y, finalmente, aumentar la calidad de vida. El tratamiento más adecuado para cada persona es aquel que permite lograr los objetivos marcados para esa persona con los efectos secundarios y la buena calidad de vida. Siempre hay que tener en cuenta la edad, la presencia de insuficiencia hepática o renal, obesidad y presencia o no de hiperglucemia postprandial y las contraindicaciones para la utilización de los fármacos (Caballero, 2015).

- **Dieta:** Se define por el tipo de alimentación entre el consumo de frutas y menos grasas y dulces para una calidad de vida. Además, Dávila, García y Saavedra (2014) refieren que la dieta es el pilar fundamental del tratamiento de la diabetes y para controlar los signos, síntomas y consecuencias de la enfermedad debe de haber una adecuada alimentación.

- **Información:** Orientación sobre la enfermedad para cumplir con el tratamiento.

3.3.4. Importancia de la adherencia al tratamiento.

El cumplir un tratamiento médico para evitar que empeore la enfermedad y recuperar el adecuado funcionamiento físico, también es la adherencia al tratamiento es importante en el ámbito de la salud porque es un factor determinante en el control metabólico y la mejora de calidad de vida (Martínez, Martínez, Lopera y Vargas, 2016). Por otro lado, es importante que el paciente tenga información sobre su tratamiento y así seguirlos

correctamente para que tengan mayores cuidados y un menor riesgo de falta de incumplimiento.

Además, la adherencia al tratamiento es fundamental para controlar la enfermedad y evitar resistencias a los fármacos (Guix, Enriqueta, Rozas y Antoni, 2015).

Alvarado y Ivanovic (2013) mencionan que los pacientes no adherentes o parcialmente adherentes son más vulnerables psicopatológicamente, presentan más problemas psicosociales y psicológicos, requieren más recursos médicos, sociales y económicos y suelen presentar un curso más tortuoso y refractario de la enfermedad, con el consiguiente detrimento de su calidad de vida. Por ello el estudio de esta variable deja como precedente la existencia de la adherencia al tratamiento y de los beneficios que esta conlleva, como los resultados en salud que son mejorables si se aumenta la adherencia, además de mejorar la comunicación, aumenta la formación, si se hace de forma continua y precisa, habrían cambios en la conducta de los pacientes respecto a cómo afrontamos las enfermedades y el compromiso personal de asumir la parte de responsabilidad que les corresponde en los resultados en la salud que consiguen. También, si esto no se cumple podría haber repercusiones en su salud del paciente agravando cada vez más la enfermedad, así mismo los resultados que se muestren ayudarán para el desarrollo de programas de prevención y soporte para los pacientes con diabetes que necesitan de apoyo social para su mejor calidad de vida.

3.3.5. Modelos teóricos de adherencia al tratamiento.

a) Teoría de la autoeficacia de Albert Bandura.

Criollo, Romero y Fontaines (2017) refieren que la autoeficacia es un mecanismo que activa el desempeño, esfuerzo, atención y persistencia relativas a las demandas situacionales; por ello es importante desarrollar nuestras capacidades para aprender a asumir compromisos.

Asu vez, Calero (2018) nos indica que el esfuerzo es un componente en el control de respuestas ya aprendidas que tiene la ordenación entre la motivación y la acción humana, la cual consta de tres tipos de expectativas: las expectativas que hablan de la situación-resultado, las expectativas de acción-resultado y la autoeficacia percibida. La autoeficacia o las creencias en tener habilidades para afrontar las diferentes situaciones que se les presenten, todo esto sumado desempeñan un rol de suma importancia, en referencia a la toma de decisiones respecto a un objetivo o tarea, para conseguir o no las metas proyectadas en la vida.

Además, Mena, Nazar y Mendoza (2018) refieren que la autoeficacia ha sido estudiada en relación a conductas tan diversas en distintos dominios de salud que van desde el manejo de enfermedades crónicas; para tener un mejor bienestar.

Mientras que López (2017) señala que una buena autoeficacia incrementa significativamente las probabilidades de ser adherente al tratamiento, es decir entre una elevada autoeficacia, un buen apoyo social, tendrá como resultado una mejor adherencia al tratamiento.

b) Teoría de la acción razonada

Propuesta por Icenck Ajzen y Martin Fishbein citado por Condori y Cruz (2018) refieren que esta teoría identifica la intención que el individuo tiene de poner en práctica, o no una conducta. Esta intención viene determinada por dos factores: uno que hace referencia a la actitud del individuo hacia la conducta y depende de las creencias sobre los resultados más probables de la conducta en cuestión (creencias conductuales) y de la valoración que la persona hace de estos resultados. El otro factor determinante es la influencia social, la creencia que tiene la persona acerca de que ellas se ejercen “presiones sociales” para que se realice o no una conducta en cuestión.

Además, Rivera (2018) señala que esta teoría asevera que es posible predecir las conductas desde las actitudes las intenciones conductuales y las creencias en relación a la influencia social y la predisposición del sujeto hacia esta última. En donde el sujeto evalúa los atributos o consecuencias de ejecutar una conducta. La TAR afirma que la intención de una persona para llevar a cabo o no una conducta es la determinante inmediata de una acción. De esta forma la teoría se relaciona con la predicción y el entendimiento de los factores que llevan a formar y cambiar las intenciones conductuales.

La teoría de Acción Razonada; es una de las teorías de cambio conductual más significativas y más usadas en el área de salud, los conocimientos de una persona acerca de un objeto influyen en las actitudes que desarrolla hacia el objeto como puede ser una enfermedad crónica. Estas actitudes influyen en cómo la persona desarrolle prácticas dirigidas al objeto, y las intenciones conductuales a su vez influyen en cómo la persona realmente actúa frente al objeto (Silvano y Lazo, 2018).

3.4. Marco referente a la población de estudio

3.4.1. *La diabetes.*

Condori y Cruz (2018) mencionan que se caracteriza por un déficit progresivo en la secreción de insulina sobre la base de la insulino resistencia. Con el tiempo los niveles de insulina pueden llegar a ser 26 insuficientes y tanto la resistencia como la deficiencia de insulina pueden generar acumulación de glucosa en la sangre a niveles altos.

La OMS en el 2016 define a la diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre).

Además, la diabetes es un grupo de enfermedades caracterizadas por un alto nivel de glucosa resultado de defectos en la capacidad del cuerpo para producir o usar insulina (ADA, 2018).

3.4.2. Clasificación de la diabetes.

OMS (2016) menciona que existen tipos de diabetes mellitus los cuales son:

- **Diabetes mellitus tipo 1 (DM1):** Su característica distintiva es la destrucción autoinmune de la célula β , lo cual ocasiona deficiencia absoluta de insulina, y tendencia a la cetoacidosis.

- **Diabetes mellitus tipo 2 (DM2):** Es la forma más común y con frecuencia se asocia a obesidad o incremento en la grasa visceral. El defecto va desde una resistencia predominante a la insulina, acompañada con una deficiencia relativa de la hormona, hasta un progresivo defecto en su secreción. Silvano y Lazo (2018) mencionan que es una enfermedad prevalente que se define por la resistencia a la insulina, donde el cuerpo es capaz de generar insulina pero se vuelve resistente a ella, de modo que la insulina es ineficaz.

- **Diabetes mellitus gestacional (DMG):** Agrupa específicamente la intolerancia a la glucosa detectada por primera vez durante el embarazo. La hiperglucemia previa a las veinticuatro semanas del embarazo, se considera diabetes preexistente no diagnosticada.

3.4.3. Factores de riesgo de la diabetes.

Candela (2015) menciona que unos de los factores de riesgo pueden ser la edad porque la prevalencia de DM2 aumenta a partir de la mediana edad, y es mayor en la tercera edad, otro factor podría ser la raza/etnia porque el riesgo de desarrollar DM2 es menor en individuos de raza caucásica que en hispanos, asiáticos, negros y grupos nativos americanos (indios, alaskeños, hawaianos, etc.), que además presentan una evolución más rápida a diabetes mellitus, además tener antecedente de DM2 en un familiar de primer

grado porque los individuos con padre o madre con DM2 tienen entre dos y tres veces (cinco o seis si ambos padres presentan la condición) mayor riesgo de desarrollar la enfermedad, también antecedente de DM gestacional porque las mujeres con antecedentes de DM gestacional tienen alrededor de 7,5 veces mayor riesgo de DM2 en comparación con las mujeres sin la condición, otro factor es el síndrome del ovario poliquístico porque este síndrome se ha asociado a alteraciones en la regulación de la glucosa en diferentes poblaciones; en Estados Unidos hasta un 40 % de las mujeres con síndrome del ovario poliquístico tiene alterada su regulación de la glucosa a los 40 años , y un meta análisis reveló aproximadamente tres veces más.

Sarabia, Can y Guerrero (2016) mencionan que la obesidad ha demostrado ser el principal factor de riesgo para presentar Diabetes Mellitus de tipo 2, lo cual concuerda en la mayoría de los estudios realizados en México. Además, la obesidad es un factor modificable, por lo cual su detección temprana, en pacientes con elevada predisposición de Diabetes Mellitus de tipo 2 (portador de más de 1 factor de riesgo) y eliminación de dicha condición, disminuirá significativamente la prevalencia de la enfermedad y la aparición de complicaciones tempranas como tardías.

3.4.4. Características de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que no se adhieren al tratamiento

Ministerio de Salud de la Nación (MINSA). (2017) mencionan que se puede considerar la posibilidad de no adherencia a la medicación, puede ser por diversos factores como, drogas que interfieran, aumento de peso o que no se estén realizando los cambios necesarios en el estilo de vida.

Además, Bados, Carmona, Coppola y De la Cruz (2016) refieren que la falta de adherencia al régimen terapéutico en los pacientes con diabetes puede ser por diversas razones, algunas son consecuencia de actos involuntarios, como olvidos o confusión (falta

de adherencia no intencionada), pero el paciente también puede dejar de tomar la medicación voluntariamente (falta de adherencia intencionada), por temor a reacciones adversas, percepción de ausencia de mejoría o de curación sin finalizar el tratamiento, creencia de que la medicación es innecesaria o excesiva. También los pacientes con diabetes que no se adhieren son aquellos que no cumplen con una dieta adecuada, no realizan ejercicios y no cumplen con la medicación siendo esto esencial para su calidad de vida.

Los pacientes con diabetes tienen que tener hábitos del paciente y realidad cultural, lo que deriva en el futuro comportamiento global de adherencia de estas personas, que a su vez depende de una adherencia adecuada y de la voluntad del paciente de cumplirla (Caballero, 2015).

4. Definición de términos

- **Afrontamiento:** Es entendido como recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes. Además, sirve para generar, evitar o disminuir conflictos en los seres humanos, atribuyéndoles beneficios personales y contribuyendo a su fortalecimiento (Amaris, Madariaga, Valle y Zambrado, 2013).

- **Autoeficacia:** La autoeficacia se define como aquellos pensamientos de una persona referidos a su capacidad para organizar y ejecutar los cursos de acción necesarios para conseguir determinados logros. Es decir, constantemente, el ser humano busca mejorar el desempeño de sus acciones para el logro de objetivos personales, académicos, laborales, sociales, entre otros (Galleguillos y Olmedo, 2017).

- **Paciente con diabetes mellitus tipo 2:** Se producen elevados niveles de glucosa y se presenta como un trastorno de origen metabólico, que tiene como causales varios factores que finalmente provocan una alteración en el mecanismo de captación y/o secreción de la insulina (Gonzales, 2018).

- **Calidad de vida:** La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, normas y sus inquietudes (Galván, 2014).

- **Apoyo:** Constituye la base sobre la que se dan las ayudas que las personas requieren, se estructuran y toman sentido en los roles sociales, contribuyen al sentimiento de pertenencia y generan la integración social (Fusté, Pérez y Paz, 2017).

- **Adherencia:** El grado en el que el paciente se comporta de acuerdo con el régimen terapéutico, es decir, el grado de compromiso del paciente para cumplir con el tratamiento que el terapeuta o médico tratante pueda recomendar (López, 2017).

- **Ansiedad:** Es la anticipación temerosa de peligro inminente acompañada de un sentimiento intenso y displacentero o de síntomas físicos, implica el presentimiento de que algo grave le va a ocurrir al sujeto, demostrando síntomas de congoja, preocupación, desasosiego ante acontecimientos futuros o situaciones de incertidumbre (Reyes,2018).

5. Hipótesis de la investigación

5.1. Hipótesis general.

- Existe relación significativa entre apoyo social percibido, ansiedad rasgo y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana, 2018.

5.2. Hipótesis específicas.

- H1: Existe relación significativa entre apoyo social percibido y ansiedad rasgo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana, 2018.

- H2: Existe relación significativa entre apoyo social percibido y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana, 2018.

Capítulo III

Materiales y métodos

1. Método de la investigación

El presente trabajo de investigación tiene un enfoque cuantitativo, debido a que asume un patrón predecible y previamente estructurado, puesto que los objetivos e hipótesis se establecen antes de la recolección y análisis de datos. Le corresponde a un diseño no experimental porque no se manipulará las variables; con alcance correlacional, ya que se va a relacionar las variables apoyo social percibido, ansiedad rasgo y la adherencia al tratamiento. Se empleó un corte transversal porque se estudió las variables simultáneamente en un determinado periodo, haciendo un corte en el tiempo en que suceden los fenómenos y los instrumentos se aplicaron en un momento único (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

2. Variables de la investigación

2.1. Definición conceptual de las variables.

2.1.1. Apoyo social percibido.

Sherbourne y Stewart (1991) mencionan que el apoyo social percibido es la disponibilidad de alguien para brindar ayuda o apoyo emocional a las personas y protegerlos de las consecuencias negativas de una enfermedad grave o situaciones estresantes.

2.1.2. Ansiedad rasgo.

Se define como una característica estable en la personalidad, en la propensión a la ansiedad, afectando o determinando la aparición de la ansiedad estado debido a que sus niveles representan la tendencia que tiene una persona a percibir distintos estímulos como amenazantes; también refieren que la ansiedad rasgo es percibir las situaciones como amenazadoras (Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1974).

2.1.3. Adherencia al tratamiento.

Quirós y Villalobos (2007) definen a la adherencia como un cuidado médico continuo, pero que, además, necesitan de una adecuada educación para manejar la enfermedad, prevenir complicaciones agudas, reducir el riesgo de complicaciones crónicas y, finalmente, aumentar la calidad de vida.

Es el grado en que el paciente diabético cumple con las indicaciones terapéuticas, tanto médicas como psico conductuales, y que se encuentran influenciadas por factores propios del individuo, del tratamiento y de la relación interpersonal paciente-personal de salud. Se refiere al adecuado cumplimiento de las indicaciones terapéuticas que debe realizar el paciente diabético, y que se ve influenciadas por diversos aspectos, de índole personal, de la interacción con el personal de salud, y del tratamiento (Quirós y Villalobos, 2007).

2.2. Operacionalización de las variables.

A continuación, se presenta la operacionalización de las variables.

2.2.1. Apoyo social percibido

Tabla 1
Operacionalización de la escala de apoyo social percibido

Variable	Dimensión	Ítems	Instrumento	Categorías de respuesta
Apoyo social percibido	Apoyo emocional	3,4,8,9,13,16,17,19	El cuestionario MOS de apoyo social percibido, Elaborado por Sherbourne y cols. en 1991.	Tipo escala Likert: 1= Nunca, 2= Pocas veces, 3= Algunas veces, 4= La mayoría de las veces y 5= Siempre.
	Ayuda material	2,5,12,15		
Apoyo social percibido	Relaciones sociales de ocio y distracción	7,11,14,18,1		

2.2.2. Ansiedad rasgo

Tabla 2

Operacionalización de la escala de ansiedad rasgo

Variable	Dimensión	Ítems	Instrumento	Categorías de respuesta
Ansiedad rasgo	Unidimensional	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20.	Puntajes obtenidos a través del cuestionario de autoevaluación de ansiedad estado – rasgo (STAD) elaborado por Spielberg y cols., (1974)	Tipo escala Likert: "1 = Nada = 3 puntos", "2, algo = 2 puntos" y "3, mucho = 1 punto"

2.2.3. Adherencia al tratamiento

Tabla 3

Operacionalización de la escala de adherencia al tratamiento.

Variable	Dimensión	Ítems	Instrumento	Categorías de respuesta
Adherencia al tratamiento	Apoyo familiar	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10.	Puntajes obtenidos a través de la escala de adherencia al Tratamiento (EATDM - III) elaborado por Quiroz y Villalobos, 2007.	Tipo escala, likert: 0=Nunca lo hago, 1=Casi nunca, 2 = Regularmente, 3 = Frecuentemente y 4 = Siempre.
	Control y tratamiento medico	11,12,13,14,15,16.		
	Ejercicio físico	17,18,19,20,21,22,23,24.		
	Apoyo y organización comunal	25,26,27,28,29,30.		
	Información	31,33.		
	Dieta	34,35,36.		

3. Delimitación geográfica y temporal

La presente investigación se inició en abril de 2018 y se extendió hasta fines de febrero de 2019. Se realizó en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del programa del adulto y adulto mayor de un hospital de Lima Metropolitana, un lugar estratégico para la atención de emergencias que ocurren durante las 24 horas del día.

4. Participantes

4.1. Características de la muestra.

Participaron 255 pacientes de ambos sexos y con edades entre 30 a 70 años, de edad con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana. Seleccionados a través de un muestreo no probabilístico tipo intencional, porque se tomará en cuenta criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 4

Datos sociodemográficos de los participantes

Variables	n	%
Sexo		
Masculino	148	58.0%
Femenino	107	42.0%
Estado civil		
Soltero	64	25.1%
Conviviente	29	11.4%
Casado	108	42.4%
Otros	54	21.2%
Grado de instrucción		
Primaria	22	8.6%
Secundaria	96	37.6%
Técnico	6	2.4%
Superior	131	51.4%
Ocupación		
Casa	204	80.0%
Trabajo	51	20.0%
Edad		
30 a 39 años	4	1.6%
40 a 64 años	139	54.5%
65 a 70 años	112	43.9%

4.1.1. Criterios de inclusión.

- Pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- Tener entre 30 a 70 años de edad.
- Aceptar participar de manera voluntaria en la investigación.

4.1.2. Criterios De Exclusión.

- No ser pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- No tener menos o más de 30 a 70 años de edad.
- Personas que respondan al azar el cuestionario.
- Personas que no hayan completado los datos sociodemográficos.
- Personas que solo hayan respondido una sola prueba

5. Instrumentos

5.1. El cuestionario MOS de apoyo social percibido

El cuestionario que se utilizó para medir el apoyo social percibido fue el cuestionario MOS para adultos desarrollado por Sherbourne y Stewart en 1991. Siendo parte del grupo The Medical Outcomes Study (MOS), se trata de un cuestionario auto administrado de 20 ítems, conformado por dos tipos; estructural, que refiere al tamaño de la red social y funcional, que guarda relación con la percepción de apoyo.

Explora 4 dimensiones del apoyo social: apoyo emocional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), material (ítems 2, 5, 12 y 15), relaciones sociales de ocio y distracción (ítems 7, 11, 14 y 18) y afectivo (ítems 6, 10 y 20). Se utilizó la escala de Likert clasificado en 1= Nunca, 2= Pocas veces, 3= Algunas veces, 4= La mayoría de las veces y 5= Siempre. El rango de puntuación y para cada subescala es de 62 y se clasificó en: bueno de 58 a 95 puntos, escaso menos de 57 puntos y déficit menos de 19 puntos. Las puntuaciones pueden darse de forma cruda o normalizada. En la forma normalizada el rango para cada subescala y para la puntuación total es de 0 a 100. En cambio, si se indican las puntuaciones sin realizar esta transformación los rangos son: 19-95 para puntuación total, 8- 40 para apoyo emocional, 4-20 para apoyo instrumental e interacción social positiva 3-15 para apoyo afectivo. En cualquier caso, a mayor puntuación, mayor apoyo social percibido. La

fiabilidad test retest es elevada (0.78). La administración es individual y colectiva que puede ser resuelto en 15 minutos. Su aplicación puede ser en jóvenes y adultos.

Además, Baca realizó una investigación en Trujillo, Perú en el año 2016 para la adaptación y validación de este cuestionario con el objetivo de analizar la validez y confiabilidad del cuestionario MOS de Apoyo Social de Sherbourne y Stewart (1991) a muestras clínicas, como no clínicas Trujillo. Las técnicas de análisis fueron el alfa de Cronbach para la confiabilidad y el análisis factorial exploratorio (AFE) de ejes principales para la validez con rotación Promax. Se logró un nivel elevado de confiabilidad ($=.94$) y un modelo de tres factores (54.240% de la varianza total). Asimismo, para esta investigación también se calculó la confiabilidad mediante el alfa de cronbach, la cual presentan ($=.98$), además, para la validez del instrumento se realizó el análisis de correlación r de Pearson, las correlaciones oscilan entre ,175 a ,126 (Ver anexo 1).

5.2. El inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAI)

Elaborada por Spielberg, Gorsuch, Lushene, fue creada en Consulting Psychologists press, Palo Alto, California en 1974. Tiene como finalidad poder brindar medidas objetivas de auto evaluación de la ansiedad rasgo. Su aplicabilidad es en adolescentes y adultos, con un nivel cultural mínimo para comprender las instrucciones y enunciados del cuestionario, cuenta con 20 ítems de respuesta, con opciones de respuesta de tipo Likert. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 1 a 3. El rango de la puntuación mínima es de 20 puntos y la máxima de 60 puntos. El instrumento se encuentra validado y ha reportado una consistencia interna de 0,90 a 0,93. La aplicación puede realizarse de forma individual y colectiva con una duración de 15 minutos aproximadamente. En ansiedad rasgo afirmativo (+) 2,3,4,5,8,9,11,12, 14, 15, 17, 18, 20; y ansiedad rasgo negativa (-) 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19 cada uno de los ítems tiene tres opciones

de respuesta que permiten expresar el nivel de ansiedad rasgo respecto a lo que se plantea en la afirmación: “1 = Nada = 3 puntos”, “2, algo = 2 puntos” y “3, mucho = 1 punto”.

También Idrogo en el 2015 realizó una investigación en Lima donde obtuvo la confiabilidad calculando el índice de consistencia interna mediante el alfa de cronbach (,816) evidenciando una elevada fiabilidad, para la validez del instrumento utilizó el método de ítem – test de r de Pearson encontrando puntajes significativos.

Asimismo, para esta investigación también se calculó la confiabilidad mediante el alfa de cronbach, la cual presentan (=,82), además, para la validez del instrumento se realizó el análisis de correlación r de Pearson, las correlaciones oscilan entre ,377 a ,390 (Ver anexo 2).

5.3. Escala de adherencia al tratamiento de la DM2-Versión III (EATDM-III)

El instrumento fue elaborado por Quirós y Villalobos en 2007, creada en costa rica. Para la presente investigación se utilizó la versión chilena para adultos de la escala EATDM – III adaptada y validada por Urzúa, Cabrera, Gonzales, Arenas, Guzmán, Caqueo, Villalobos y Irarrázaval (2015). Además, Custodio y Santamaría (2016) realizó una investigación en la ciudad de Lambayeque donde obtuvieron una confiabilidad de 0.88 para la escala completa. Se ha reportado una consistencia interna con alfa de Cronbach que oscilan entre 0,70 y 0,84 para los diversos factores y de un 0,88 para la escala completa y un análisis de componentes principales en que los factores explicaban 50% de la varianza total. Además, para el apoyo familiar = 0,84; ejercicio físico = 0,88; control y tratamiento médico = 0,79; apoyo y organización comunal = 0,79; información = 0,72 y dieta = 0,57. El instrumento mostró indicadores aceptables de confiabilidad y validez, que permite su uso en pacientes diagnosticados con DMII (desde los 18 años en adelante). La escala está conformada por 36 ítems distribuidos en 6 dimensiones: Apoyo familiar (10 ítems: 1 – 10), control y tratamiento médico (6 ítems: 11 – 16), ejercicio físico (8 ítems: 17 – 24), apoyo y

organización comunal (6 ítems: 25 – 30), información (3 ítems: 31 – 33), dieta (3 ítems: 34 – 36). La escala de auto aplicación ofrece 5 tipos de respuesta tipo Likert que oscilan desde la ausencia de la conducta, valorada en 0=Nunca lo hago, 1=Casi nunca, 2 = Regularmente, 3 = Frecuentemente y 4 = Siempre. Para medición del instrumento adherencia al tratamiento el valor de cada factor es de 0 a 100 puntos, se utilizará la siguiente categoría para clasificar la adherencia: optima adherencia de 67 a 100 puntos, regula de 33 a 66 puntos y deficiente de 0 a 32 puntos. El tiempo promedio de llenado de la escala fue entre 10 y 15 min.

Además, para esta investigación también se calculó la confiabilidad mediante el alfa de cronbach, la cual presentan ($=.89$), además, para la validez del instrumento se realizó el análisis de correlación r de pearson, las correlaciones oscilan entre ,328 a ,821 (Ver anexo 3). Asimismo, el instrumento fue sometido a juicio de expertos, con un coeficiente de V Aiken de 1 (ver anexo 4 y 5).

6. Proceso de recolección de datos

Los instrumentos se aplicaron en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana en el consultorio de enfermería. Los datos se recogieron durante el proceso de internado en el mes de diciembre del 2018. La aplicación fue de forma individual, se dio lectura del consentimiento informado (ver anexo 7), luego se explicaron con claridad las instrucciones antes que los pacientes respondan los instrumentos. En el proceso de resolución fueron entendibles y de fácil aplicación por lo que consto de 30 minutos en ser resueltos.

7. Procesamiento y análisis de datos

Con el fin de asegurar el cumplimiento de los objetivos, se plantea que: para esta investigación se utilizó el programa estadístico SPSS 23.0, una vez recogida la información fueron ingresados en la base de datos, se realizó la limpieza de datos y la recodificación,

para explorar la consistencia interna de las mismas a través de coeficientes de Spearman debido a que en la prueba de bondad Kolmogorov Smirnov (K-S) no se encontró distribución normal para hallar la correlación de las variables. Los resultados que se obtuvieron fueron ordenadas en tablas para su respectiva interpretación.

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

1.1. Análisis descriptivo

1.1.1. Nivel de apoyo social percibido

En la tabla 5 se aprecia que la mayoría de los pacientes presentan un déficit en apoyo social percibido (62.4%) esto nos indica que no perciben el apoyo que le brindan otras personas, no se sienten protegidos ante las consecuencias negativas de la enfermedad grave o situaciones estresantes y existe un grupo importante que evidencia un apoyo social percibido escaso (32.9%) es decir estos pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (30-70 años) también se sienten con insuficiente apoyo social de sus familiares o personas que los rodean. De la misma manera se evidencia en los resultados que los factores de apoyo emocional (83.9%), apoyo material (87.8%), relaciones de ocio y distracción (81.6%), apoyo afectivo (72.9%) se encuentran en un nivel de déficit lo que nos indica que la mayoría de los pacientes no sienten el cariño y la empatía ni el sentimiento personal del ser amado, tampoco perciben el apoyo necesario para continuar con el tratamiento.

Tabla 5

Nivel de apoyo social percibido en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

	Bueno		Escaso		Déficit	
	n	%	n	%	n	%
Apoyo social percibido	12	4.7%	84	32.9%	159	62.4%
Apoyo emocional	14	5.5%	27	10.6%	214	83.9%
Apoyo material	14	5.5%	17	6.7%	224	87.8%
Relaciones de ocio y distracción	14	5.5%	33	12.9%	208	81.6%
Apoyo afectivo	14	5.5%	55	21.6%	186	72.9%

1.1.2. Nivel de apoyo social percibido según datos sociodemográficos

a) Nivel de apoyo social percibido según sexo

En la tabla 6 se aprecia que el grupo de varones y mujeres presentan un nivel de déficit de apoyo social percibido (62.8% y 61.7% respectivamente) este resultado nos indica que ambos sexos no perciben el apoyo de las personas de su alrededor. De manera similar, en apoyo emocional (83.1% y 85.0%), material (85.1% y 91.6%), relaciones sociales de ocio y distracción (78.4% y 86.0%), afectivo (71.6% y 74.8%), ambos sexos se encuentran en un nivel de déficit, lo que nos indica que no perciben cariño, comprensión, empatía de sus seres queridos, asimismo, no cuentan con el apoyo material que implica la ayuda practica y tangible como dinero, medicamentos y otros.

Tabla 6

Nivel de apoyo social percibido según sexo

	Sexo											
	Masculino						Femenino					
	Bueno		Escaso		Déficit		Bueno		Escaso		Déficit	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Apoyo social percibido	7	4.7%	48	32.4%	93	62.8%	5	4.7%	36	33.6%	66	61.7%
Apoyo emocional	7	4.7%	18	12.2%	123	83.1%	7	6.5%	9	8.4%	91	85.0%
Apoyo material	7	4.7%	15	10.1%	126	85.1%	7	6.5%	2	1.9%	98	91.6%
Relaciones sociales de ocio y distracción	7	4.7%	25	16.9%	116	78.4%	7	6.5%	8	7.5%	92	86.0%
Apoyo afectivo	7	4.7%	35	23.6%	106	71.6%	7	6.5%	20	18.7%	80	74.8%

b) Nivel de apoyo social percibido según edad

En la tabla 7 se observa que el grupo de pacientes de 40-64 y 65- 70 años presentan un nivel de déficit en apoyo social percibido (61.9% y 63.4% respectivamente). De manera similar se percibe entre las edades de 40 a 64 años y 65 a 70 años se ubican en un nivel de déficit en apoyo emocional (81.3% y 86.6%), apoyo material (87.8% y 89.3 %), relaciones sociales de ocio y distracción (82.0% y 82.1%), afectivo (67.6% y 79.5%) estos datos nos indican que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 perciben que hay un escaso apoyo tanto material, emocional, afectivo, relaciones de ocio y distracción de las personas de su entorno.

Tabla 7

Nivel de apoyo social percibido según edad

	Edad								
	30-39			40-64			65-70		
	Bueno	Escaso	Déficit	Bueno	Escaso	Déficit	Bueno	Escaso	Déficit
Apoyo social percibido									
n	1	1	2	2	51	86	9	32	71
%	25.0 %	25.0 %	50.0 %	1.4 %	36.7 %	61.9 %	8.0 %	28.6 %	63.4 %
Apoyo emocional									
n	0	0	4	13	13	113	1	14	97
%	0.0%	0.0%	100.0%	9.4%	9.4%	81.3%	.9%	12.5%	86.6%
Apoyo material									
n	0	2	2	13	4	122	1	11	100
%	0.0%	50.0%	50.0%	9.4%	2.9%	87.8%	.9%	9.8%	89.3%
Relaciones sociales de ocio y distracción									
n	0	2	2	13	12	114	1	19	92
%	0.0%	50.0%	50.0%	9.4%	8.6%	82.0%	.9%	17.0%	82.1%
Apoyo afectivo									
n	0	1	3	13	32	94	1	22	89
%	0.0%	25.0%	75.0%	9.4%	23.0%	67.6%	.9%	19.6%	79.5%

1.1.3. Nivel de ansiedad rasgo

En la tabla 8 se puede observar que la mayoría de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentan un alto nivel de ansiedad rasgo (48.6%) lo que nos indica que tienen tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras, formando parte de las

características de su personalidad, sintiéndose más tenso frente a una situación específica en su vida cotidiana.

Tabla 8

Nivel de ansiedad rasgo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

	Alto		Moderado		Bajo	
	n	%	n	%	n	%
Ansiedad rasgo	124	48.6%	87	34.1%	44	17.3%

1.1.4. Nivel de ansiedad rasgo según datos sociodemográficos

a) Nivel de ansiedad rasgo según sexo

En la tabla 9 se aprecia que la mayoría de los varones se encuentran en un nivel alto de ansiedad rasgo (60.1%) lo cual nos indica que los varones por su condición social no tienen las habilidades para canalizar adecuadamente las dificultades que le crean ansiedad, sin embargo, en las mujeres encontramos que se ubican en un nivel moderado (37.4%) este dato nos indica que manejan relativamente mejor su ansiedad rasgo.

Tabla 9

Nivel de ansiedad rasgo según sexo

	Sexo Masculino						Femenino					
	Alto		Moderado		Bajo		Alto		Moderado		Bajo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ansiedad rasgo	89	60.1%	47	31.8%	12	8.1%	35	32.7%	40	37.4%	32	29.9%

b) Nivel de ansiedad rasgo según edad

En la tabla 10 se aprecia que el grupo de pacientes de 40 a 64 años y 65 a 70 años de edad presenta un nivel alto de ansiedad rasgo (49.6% y 48.2% respectivamente) lo que nos indica que los pacientes de esta edad no logran regular sus niveles de ansiedad rasgo ocasionándoles dificultades en su salud psicológica, además los pacientes de 30 a 39 años

de edad presentan un nivel moderado de ansiedad (75.0%) lo que nos indica que relativamente pueden llegar a manejar su ansiedad rasgo.

Tabla 10

Nivel de ansiedad rasgo según edad

		Edad								
		30 a 39 años			40 a 64 años			65-70		
		Alto	Moderado	Bajo	Alto	Moderado	Bajo	Alto	Moderado	Bajo
Ansiedad rasgo	n	1	3	0	69	47	23	54	37	21
	%	25.0%	75.0%	0.0%	49.6%	33.8%	16.5%	48.2%	33.0%	18.8%

1.1.5. Nivel de adherencia al tratamiento

En la tabla 11 se percibe que la mayoría de los pacientes presentan un nivel deficiente en adherencia al tratamiento (34.5%) y existe un grupo importante que evidencia un nivel regular de adherencia al tratamiento (32.5%) es decir estos pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (30-70 años) no cumplen con el tratamiento indicado y el cuidado médico continuo, además, necesitan de una adecuada educación para manejar la enfermedad, prevenir complicaciones agudas, reducir el riesgo de complicaciones crónicas y, finalmente, aumentar la calidad de vida. De manera similar se aprecia en apoyo familiar (34.9%), control y tratamiento médico (38.4%), ejercicio físico (38.8%), información (39.6%), dieta (53.3%), apoyo y organización comunal (39.2%) lo cual nos indica que hay un nivel deficiente de adherencia al tratamiento, es decir estos pacientes no se adhieren al tratamiento designado por el área médica debido al deficiente apoyo familiar, la información sobre la enfermedad y el apoyo de la comunidad. Sin embargo, se observa que hay menos pacientes en un nivel de optima adherencia (32.9%).

Tabla 11

Nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

	Optima		Regular		Deficiente	
	n	%	n	%	n	%
Adherencia al tratamiento	84	32.9%	83	32.5%	88	34.5%
Apoyo familiar	85	33.3%	81	31.8%	89	34.9%
Control y tratamiento medico	68	26.7%	89	34.9%	98	38.4%
Ejercicio físico	86	33.7%	70	27.5%	99	38.8%
Apoyo y organización comunal	82	32.2%	73	28.6%	100	39.2%
Información	78	30.6%	76	29.8%	101	39.6%
Dieta	47	18.4%	72	28.2%	136	53.3%

1.1.6. Nivel de adherencia al tratamiento según datos sociodemográficos

a) Nivel de adherencia al tratamiento según sexo

En la tabla 12 se observa que con respecto a las mujeres evaluadas se puede indicar que se encuentran en el nivel de deficiente (36.4%) de adherencia al tratamiento, es decir que no cumplen con el tratamiento de su enfermedad, además, los varones se encuentran en un nivel regular de adherencia al tratamiento (35.8%) esto nos quiere decir que los pacientes pueden llegar a cumplir con su tratamiento de manera relativa. Además, se distingue en los varones que con respecto a las dimensiones de apoyo familiar (36.5%), control y tratamiento médico (43.9%), ejercicio físico (39.9%), apoyo y organización comunal (42.6%), información (41.9%), dieta (55.4%) se ubican en el nivel deficiente, en contraste con las mujeres que tienen un nivel óptimo con respecto al apoyo familiar (35.5%), esto quiere decir que las mujeres evaluadas, en este aspecto tienen mejor calidad de vida. En cuanto se refiere al control y tratamiento médico presentan un nivel regular (38.3%), en ejercicio físico (37.4%), apoyo y organización comunal (34.6%), información (36.4%), dieta (50.5%) presentan un nivel deficiente debido a que no cuentan con los recursos necesarios para adherirse al tratamiento.

Tabla 12

Nivel de adherencia al tratamiento según sexo

		Sexo											
		Masculino						Femenino					
		Optima adherencia		Regular Adherencia		Deficiente		Optima adherencia		Regular adherencia		Deficiente	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Adherencia al tratamiento	al	46	31.1%	53	35.8%	49	33.1%	38	35.5%	30	28.0%	39	36.4%
Apoyo familiar		47	31.8%	47	31.8%	54	36.5%	38	35.5%	34	31.8%	35	32.7%
Control y tratamiento médico		35	23.6%	48	32.4%	65	43.9%	33	30.8%	41	38.3%	33	30.8%
Ejercicio físico		53	35.8%	36	24.3%	59	39.9%	33	30.8%	34	31.8%	40	37.4%
Apoyo y organización comunal		47	31.8%	38	25.7%	63	42.6%	35	32.7%	35	32.7%	37	34.6%
Información		45	30.4%	41	27.7%	62	41.9%	33	30.8%	35	32.7%	39	36.4%
Dieta		29	19.6%	37	25.0%	82	55.4%	18	16.8%	35	32.7%	54	50.5%

b) Nivel de adherencia al tratamiento según edad

En la tabla 13 se evidencia que el grupo de pacientes que entre las edades de 40 a 64 años se encuentran en un nivel deficiente (38.1%) de adherencia al tratamiento lo que nos indica que estos pacientes no cumplen con su tratamiento, Además, se puede percibir que los pacientes de 65 a 70 años de edad se encuentran en un nivel regular de adherencia al tratamiento (37.5%) esto quiere decir que los pacientes de este rango de edad están tratando de cumplir relativamente con el tratamiento médico para la mejoría de su salud. Sin embargo, se puede apreciar que en los resultados de las dimensiones de apoyo familiar (40.3% y 35.7%), control y tratamiento médico (41.0% y 35.7%), información (39.6% y 40.2%), dieta (53.2% y 55.4%) presentan un nivel deficiente, esto nos indica que con el avance de la edad hay mayor resistencia a cumplir con el tratamiento y menor apoyo familiar.

Tabla 13

Nivel de adherencia al tratamiento según edad

	Edad								
	30-39			40-64			65-70		
	Optima adherencia	Regular Adherencia	Deficiente	Optima adherencia	Regular Adherencia	Deficiente	Optima adherencia	Regular Adherencia	Deficiente
Adherencia al tratamiento	n 2	2	0	47	39	53	35	42	35
	% 50.0%	50.0%	0.0%	33.8%	28.1%	38.1%	31.3%	37.5%	31.3%
Apoyo familiar	n 1	3	0	45	38	56	39	40	33
	% 25.0%	75.0%	0.0%	32.4%	27.3%	40.3%	34.8%	35.7%	29.5%
Control y tratamiento médico	n 0	0	4	33	49	57	35	40	37
	% 0.0%	0.0%	100.0%	23.7%	35.3%	41.0%	31.3%	35.7%	33.0%
Ejercicio físico	n 2	0	2	50	45	44	34	25	53
	% 50.0%	0.0%	50.0%	36.0%	32.4%	31.7%	30.4%	22.3%	47.3%
Apoyo y organización comunal	n 1	1	2	49	45	45	32	27	53
	% 25.0%	25.0%	50.0%	35.3%	32.4%	32.4%	28.6%	24.1%	47.3%
Información	n 2	1	1	39	45	55	37	30	45
	% 50.0%	25.0%	25.0%	28.1%	32.4%	39.6%	33.0%	26.8%	40.2%
Dieta	n 2	2	0	26	39	74	19	31	62
	% 50.0%	50.0%	0.0%	18.7%	28.1%	53.2%	17.0%	27.7%	55.4%

1.2. Prueba de normalidad

Con el objetivo de hallar el análisis de correlación y contrastar las hipótesis planteadas, se empleó en primer lugar el proceso de la prueba de bondad de ajuste para comprobar si

las variables muestran una distribución normal. Asimismo, la tabla 14 presenta los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S). Como se puede percibir en la tabla 14 según los datos correspondientes a las variables de estudio, no presenta una distribución normal dado que el coeficiente obtenido (K-S) es significativo (* $p < 0.05$). Por tal motivo, para los análisis estadísticos correspondientes se utilizará estadística no paramétrica.

Tabla 14

Prueba de bondad de ajuste a la curva normal para las variables de estudio

Instrumento	Variable	Media	D.E.	K-S	P
Apoyo social percibido	Apoyo social percibido global	1.6863	.46492	.436	,000 ^c
Ansiedad rasgo	Ansiedad rasgo global	2.3137	.75007	.306	,000 ^c
Adherencia al tratamiento	Adherencia al tratamiento global	1.9843	.82275	.229	,000 ^c

* $p < 0.05$

1.3. Análisis de correlación

Como se puede observar en la tabla 15, el coeficiente de correlación de Spearman indica que existe relación moderada y significativa inversa entre el apoyo social percibido y la ansiedad rasgo ($\rho = -.173^{**}$; $p < 0.05$), es decir mientras menos apoyo social percibido exista, habrá un alto nivel de ansiedad rasgo. Además, se puede evidenciar que existe relación moderada y significativa entre apoyo social percibido y adherencia al tratamiento ($\rho = .224^{**}$; $p < 0.05$), lo cual nos indica que cuanto menor sea el apoyo social percibido

menor será la adherencia al tratamiento. Finalmente se encuentra relación entre apoyo social percibido, ansiedad rasgo y adherencia al tratamiento.

Tabla 15

Coefficiente de correlación entre apoyo social percibido, ansiedad rasgo y adherencia al tratamiento

	Apoyo social percibido	
	rho	p
Ansiedad rasgo	-,173**	.006
Adherencia al tratamiento	,224**	.000

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

2. Discusión

En la actualidad la diabetes mellitus tipo 2 viene siendo un problema de salud pública fundamental y una de las cuatro enfermedades no transmisibles que muchos líderes de salud se proponen aliviar, además, muchos pacientes que padecen de esta enfermedad cuentan con un deficiente apoyo social percibido de sus familiares, amigos y pareja lo cual, al encontrarse en este estado llegan a sentir una elevada ansiedad y tienden a no adherirse al tratamiento (OMS, 2016).

Es en este sentido en cuanto a nuestra hipótesis general el estudio, plantea que si existe relación significativa entre apoyo social percibido, ansiedad rasgo y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana, es decir cuando hay menor apoyo social percibido, habrá altos niveles de ansiedad y menor adherencia, haciendo referencia a que mientras menos amigos, familiares, apoyo de la comunidad tengan, sentirán mayor ansiedad rasgo y por ende habrán más pacientes que no se adhieran al tratamiento, no cumplirán con su tratamiento indicado por el especialista o terapeuta para la mejora de su estilo de vida.

En relación a la primera hipótesis específica, si existe relación significativa inversa entre apoyo social percibido y ansiedad rasgo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana ($\rho = -0,173^{**}$; $p < 0,05$), es decir cuanto menos apoyo social perciben los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tendrán una elevada ansiedad rasgo. El resultado coincide con el estudio de Rodríguez y Flores (2018) realizado en México en una muestra de 227 personas que visitaron un hospital o clínica privada, donde se encontró que el apoyo social percibido se encuentra relacionado significativamente con los niveles de ansiedad. Además, la ansiedad es considerada como una de las reacciones emocionales más frecuentes en los procesos de una enfermedad como lo es la diabetes mellitus tipo 2 y una alta prevalencia de ansiedad, reduce la percepción de recursos provenientes de las diferentes fuentes de apoyo, como puede ser que no tenga apoyo social en el entorno, ante esto se evidenciaran mayores dificultades en el proceso de recuperación y disminuye la calidad de vida, por el contrario, una adecuada percepción de apoyo social, es decir pacientes que tengan la compañía de sus familiares, apoyo en el tratamiento de la enfermedad, facilitaría el afrontamiento a los cambios generados por la enfermedad y un adecuado manejo e incremento de la calidad de vida. Por ello se puede afirmar que el apoyo social percibido es un recurso que ayuda a afrontar la enfermedad y a la disminución de la ansiedad (Preciado, Trujillo y Rojas, 2018).

Por último, respecto a la segunda hipótesis específica plantea que si existe relación moderada y altamente significativa entre apoyo social percibido y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana ($\rho = 0,224^{**}$; $p < 0,05$), esto nos indica que cuanto menor sea el apoyo social percibido menor será la adherencia al tratamiento, este resultado coincide con lo encontrado por Zegarra (2018) realizado en Perú con la participación de 166 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 donde los resultados mostraron que existe relación entre el apoyo social

percibido y la adherencia al tratamiento. Entendiendo que el apoyo social percibido según Ponce, et al. (2009) citado por Zegarra (2018) es un proceso interactivo en donde se obtiene ayuda emocional, instrumental y afectiva de la red social que nos rodea, teniendo un efecto protector sobre la salud y amortiguador de la ansiedad que supone una enfermedad, cumpliendo con la adherencia que es el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario (López, Romero, Parra y Rojas; 2016), todo ello depende del grado de apoyo que tienen estos pacientes para cumplir con su tratamiento, es decir si los pacientes tuvieran un mayor apoyo social percibido, tendrían un mayor control de la enfermedad (Zegarra, 2018).

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

Con respecto a los resultados de la investigación “relación del apoyo social percibido, ansiedad rasgo y la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana”, tenemos las siguientes conclusiones:

- En relación a la objetivo general encontramos que si existe relación moderada y altamente significativa entre apoyo social percibido, ansiedad rasgo y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana, de tal modo que cuando hay menor apoyo social percibido, habrá mayor ansiedad y menor adherencia, es decir mientras menos amigos, familiares, apoyo de la comunidad tengan, sentirán mayor ansiedad rasgo y por ende habrán más pacientes que no se adhieran al tratamiento.
- En relación al primer objetivo específico se evidencia que existe relación moderada y significativa inversa débil entre apoyo social percibido y ansiedad rasgo ($\rho = -0,173^{**}$; $p < 0.05$), es decir mientras menor apoyo social percibido sienta el paciente con diabetes mellitus tipo 2 de los que lo rodean, sentirá altos niveles de ansiedad que harán que se sienta con constante malestar, preocupación y angustia.
- Respecto al segundo objetivo específico, se observa que existe relación moderada y altamente significativa entre apoyo social percibido y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ($\rho = 0,224^{**}$; $p < 0.05$), concluyendo que

cuando hay menor apoyo social percibido de las personas que los rodean, habrá menor adherencia al tratamiento, mínimo cumplimiento de las indicaciones brindadas por el terapeuta o especialista.

2. Recomendaciones

Al final de la presente investigación se realizan las siguientes recomendaciones:

- Realizar estudios similares y ampliar el tamaño de la muestra de investigación de modo que se pueda alcanzar una mayor comprensión y generalización de los resultados en el presente estudio.
- A través de los resultados se pueden propiciar estrategias de intervención para el manejo adecuado de sus emociones, técnicas de integración familiar que les permita un mejor afrontamiento ante la enfermedad y mejore su calidad de vida.
- Se sugiere seguir estudiando la variable apoyo social percibido tomando en cuenta otras variables de estudio como afrontamiento para conocer si el afrontamiento se encuentra relacionado con el apoyo social ante una enfermedad, de la misma forma con hábitos de vida saludable para saber si el apoyo social puede influir en los hábitos de vida saludable en el proceso de una enfermedad.

Referencias

- Abreu, I., Armas, A., y Santos, N. (2017). *Significación vital, apoyo social, redes sociales y resiliencia en Tenerife* (Tesis de pregrado). Universidad de la Laguna. España. Recuperado de: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/6460/Significacion%20Vital%2c%20Apoyo%20Social%2c%20Redes%20Sociales%20y%20Resiliencia%20en%20Tenerife.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Albarrán, M., y Medina, E. (2013). *Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el centro de salud rural disperso la concepción Coatipac, durante el período 2012-2013* (Tesis doctoral). Universidad autónoma del estado de México. México. Recuperado de: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14360/407417.pdf?sequence=2>
- Alonso, A., Menéndez, M., y Gonzales, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cadernos de Atención Primaria*, 19(2), 118–123. Recuperado de: http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_ParaSaberDe_3.pdf
- Alvarado, L., y Ivanovic, R. (2013). Adherencia al tratamiento en la epilepsia: Una cuestión por resolver. *Revista Médica de Chile*, 141(8), 1085–1086. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000800021>
- Amarís, M., Madariaga, C., Valle, M., y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Revista psicología del caribe*, 30(1), 123-145. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n1/v30n1a07.pdf>
- Amaya, M. C., y Carrillo, G. M. (2015). Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Revista Aquichan*, 15(4), 461–474. Doi:

<http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2015.15.4.2>

American Diabetes Association. (2018). Standards of Medical Care in Diabetes 2018. *Diabetes Care*, 41(1), 1-150. Recuperado de: <https://diabetesed.net/wp-content/uploads/2017/12/2018-ADA-Standards-of-Care.pdf>

Anaya, E. (2018). *Principales dificultades familiares del pastor adventista, dentro del territorio de habla hispana de la división interamericana en el año 2018* (Tesis doctoral). Universidad de Montemorelos. México. Recuperado de: <http://dspace.biblioteca.um.edu.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.11972/968/Tesis%20Eduardo%20%20Anaya%20Pava.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Baca, D. (2013). *Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un Hospital de Trujillo* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3575/Baca_rd.pdf;jsessionid=CC71FFC6D588FBF1DA9BE5A050FB29AD?sequence=1

Baca, D. (2016). Confiabilidad y validez del cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer de Trujillo. *Revista IIPSI Facultad de psicología UNMSM*, 1(19), 177-190. Recuperado de: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/12452>

Bados, F., Carmona, L., Coppola, U., y De la cruz, S. (2016). *Adherencia al régimen terapéutico de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II y frecuencia de ingreso al servicio de emergencia* (Tesis de licenciatura). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú. Recuperado de: <http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/623/Adherencia%20al%20r%C3%A9gimen%20terap%C3%A9utico%20de%20los%20pacientes%20adultos%20mayores%20con%20diabetes%20mellitus%20tipo%20II%20y%20frecuencia%20de%20ingreso>

%20al%20servicio%20de%20emergencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Balbin, C. (2017). *La depresión como factor asociado a la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de los consultorios de endocrinología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, agosto-octubre 2016* (Tesis doctoral). Universidad Ricardo Palma. Perú. Recuperado de: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/873/1/Balbin%20Li%20Carolina_2017.pdf
- Barán, A. (2018). *Ansiedad y estrés. Estudio realizado con estudiantes de sexto perito en administración de empresas del Colegio Evangélico Nueva Jerusalén del municipio de San Antonio del departamento de Suchitepéquez* (Tesis de licenciatura). Universidad Rafael Landívar. Guatemala. Recuperado de: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/05/22/Baran-Andrea.pdf>
- Bello, N. V., y Montoya, P. A. (2017). Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. *Revista Chilena Gerokomos*, 28(2), 73–77. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n1/comunicacion2.pdf>
- Caballero, E. (2015). *Influencia de los métodos de comunicación educativa para la salud en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en atención ambulatoria en el hospital de emergencias Grau, 2014* (Tesis de maestría). Universidad peruana unión. Perú. Recuperado de: <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/336>
- Calero, C. (2018). *Autoeficacia en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II que son Usuarios de 7 Centros de Salud de la DIRIS Lima Norte ,2018* (Tesis de licenciatura). Universidad Cesar Vallejo. Perú. Recuperado de: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/18127/Calero_OCE.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Candela, J. M. (2015). Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus 2. *Revista de España*, 21(1), 16–18. Recuperado de:

<https://redgdps.org/gestor/upload/GUIA2016/P3.pdf>

Carver, Ch., y Scheier, M. (7° Ed.). (2014). *Teorías de la personalidad*. México: Pearson Educación.

Carver, C. (2015). Teorías De La Personalidad. *Revista Tercer Milenio*, 7(1), 49-60.
Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/4930179>

Castillo, K. T. (2017). *Factores asociados a la adherencia del tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Santa Rosa de Piura* (Tesis doctoral). Universidad Privada Antenor Orrego. Perú. Recuperado de: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2611>

Ccamercco, T. (2016). *Eficacia del programa “Tu salud está en tus manos” para mejorar conocimientos y prácticas hacia el uso responsable de medicamentos en alumnos del primer año de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Peruana Unión, Juliaca – 2016* (Tesis de licenciatura). Universidad Peruana Unión. Perú. Recuperado de: <https://docplayer.es/113935129-Universidad-peruana-union.html>

Céspedes, E. (2015). *Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad estado y rasgo en niños y adolescentes de Lima Sur* (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del Perú. Perú. Recuperado de: <http://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/AUTONOMA/135/6/CESPEDES%20CONDOMA.pdf>

Condori, S., y Cruz, G. (2018). *Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2, pacientes hospital regional honorio delgado, Arequipa – 2017* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Perú. Recuperado de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5780/ENcofus.pdf?sequence=1>

Criollo, M., Romero, M., y Fontaines, T. (2017). Autoeficacia para el aprendizaje de la

- investigación en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología educativa*, 23 (1), 63-72. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.pse.2016.09.002>
- Custodio, R., y Santamaría, R. (2016). *Calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del programa de enfermedades no transmisibles diabetes, hospital provincial Docente Belén de Lambayeque, 2016* (Tesis de licenciatura). Universidad Señor de Sipan. Perú. Recuperado de: <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/3395/Custodio%20%20Santamaria.pdf?sequence=9&isAllowed=y>
- Dávila, R. A., García, N. A., y Saavedra, K. J. (2014). *Adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores: variables asociadas. Iquitos 2013* (Tesis de licenciatura). UNAP. Perú. Recuperado de: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3541/Rosa_Tesis_Titulo_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Dirección Regional de salud del Callao. (2015). *Diabetes mellitus en el siglo XXI. Boletín Epidemiológico Callao*. Recuperado de: <http://www.diresacallao.gob.pe/wdiresa/documentos/boletin/epidemiologia/FILE0002322015.pdf>
- Erhardt, E. (2016). *Relación entre apoyo social percibido en jóvenes de 18 a 30 años originarios del interior del país que asisten a la universidad en Capital Federal y el riesgo de desarrollar depresión* (Tesis de licenciatura). Universidad Argentina de la Empresa. Argentina. Recuperado de: <https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/4046/Erhardt.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Escandón, N., Azócar, B., Pérez, C., y Matus, V. (2015). Adherencia al tratamiento en Diabetes tipo 2: Su relación con calidad de vida y depresión. *Revista de Psicoterapia*,

- 26(101), 125–138. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/280881421_Adherencia_al_tratamiento_en_diabetes_tipo_2_Su_relacion_con_calidad_de_vida_y_depresion
- Fusté, M., Pérez, M., y Paz, L. (2017). Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la casa de los abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba. *Novedades en población*, 14(27), 1-12. Recuperado de:
<http://scielo.sld.cu/pdf/rnp/v14n27/rnp120118.pdf>
- Galleguillos, P., y Olmedo, E. (2017). Autoeficacia académica y rendimiento escolar: un estudio metodológico y correlacional en escolares. *ReiDoCrea*, 6(14), 156- 169. Recuperado de: <https://www.ugr.es/~reidocrea/6-14.pdf>
- Galván, M. (2014). *Que la calidad de vida*. Recuperado de:
<https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa2/n2/m2.html>
- Garcés, J., y Durá, E. (2014). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 6(2), 257–271. Recuperado de:
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02134748.1991.10821649>
- García, M., García, M., y Rivera, S. (2017). Apoyo social en adultos mexicanos: validación de una escala. *Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records*, 7 (1), 2561-2567. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358951064002>
- Garizábalo, M., Rodríguez, L., y Cañon, W. (2018). Soporte social enfocado a personas con diabetes: una necesidad desde enfermería. *Revista Cuidarte*, 10(1), e697-700. Doi:
<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.697>
- González, G. (2018). *Afrontamiento y apoyo social ante el diagnóstico reciente de cáncer de mama* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/12242>

- Gonzales, C. (2018). *Actualización en el manejo de la prediabetes y diabetes tipo 2 en APS*. Recuperado de: <http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/Actualdiabetes2018.pdf>
- Guairacaja, V., y Jara, F. (2018). *Trastornos psicológicos frecuentes en pacientes diabéticos de la fundación Donum. Cuenca, 2017* (Tesis de licenciatura). Universidad de Cuenca. Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30337/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
- Guerra, J. R., Gutiérrez, M., Zavala, M., Singre, J., Goosdenovich, D., y Romero, E. (2017). Relación entre ansiedad y ejercicio físico. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 36(2), 169–177. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002017000200021
- Guix, E. M., Enriqueta, S., Rozas, L., y Antoni, J. (2015). La importancia de una adherencia correcta al tratamiento antituberculoso. *Revista Rol de la Enfermera*, 38(1), 8–15. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/107051/1/648746.pdf>
- Hernández. R., Fernández. C., y Baptista. M. (5° Ed.). (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw. Hill.
- Hoyos, S. (2017). *Apoyo social percibido por personas con depresión y su implicación en la adherencia al tratamiento* (tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Javeriana del Cali. Colombia. Recuperado de: http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/8400/Apoyo_social_personas_depresion.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Idrogo, D. Y. (2015). *Niveles de ansiedad estado - rasgo en estudiantes del nivel primaria y secundaria de una Institución Educativa Privada y una Nacional del Distrito de La Victoria* (Tesis de licenciatura). Universidad Peruana Unión. Perú. Recuperado de:

<http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/132>

Instituto nacional de estadísticas e informática. (2017). *Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2016*. Recuperado de: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/doc_salud/Enfermedades_no_transmisibles_y_transmisibles_2016.pdf

Jiménez, D., Álvarez, E., y Cahuaza, L. C. (2017). *Apoyo social percibido y comportamientos de riesgo sexual en adolescentes del pueblo joven Túpac Amaru, Iquitos 2017* (Tesis de licenciatura). UNAP. Perú. Recuperado de: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4870/Dayanne_Tesis_Titulo_2017.pdf?Sequence=1&isallowed=y

Jordi, A., Zhaorui, L., Evans, S., Sadikova, E., Sampson, N., Chatterji, S.,...Zarkov, Z. (2018). Treatment Gap for Anxiety Disorders is Global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depress Anxiety*, 35(3), 195-208. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6008788/>

Joronda, L. (2017). *Ansiedad y agresividad en estudiantes del 4to y 5to de secundaria de instituciones educativas públicas de Los Olivos, 2017* (Tesis de licenciatura). Universidad Cesar Vallejo. Perú. Recuperado de: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/11307/Joronda_LLA.pdf?sequence=6&isAllowed=y

Lago, N. (2015). Adherencia al tratamiento responsabilidad de todos. *Revista tendencias en medicina*, 13 (46) 99–109. Recuperado de: http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes46/art_13.pdf

López, L. A., Romero, S. L., Parra, D. I., y Rojas, L. Z. (2016). Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Revista hacia la promoción de la Salud*, 21(1), 117–137. Doi: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.1.10>

- López, S. (2017). *Una revisión sistemática de la adherencia al tratamiento antihipertensivo y de las intervenciones destinadas a mejorarla* (Tesis doctoral). Universidad de Cantabria. España. Recuperado de: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/11003>
- Llange, J. C. (2017). *Apoyo social y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del hospital de vitarte durante el periodo junio-noviembre del 2016* (Tesis doctoral). Universidad Ricardo Palma. Perú. Recuperado de: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/885/1/Llange%20Conde%20Josue%20Carlos_2017.pdf
- Maldonado, C. I., y Zenteno, M. B. (2018). *Procrastinación académica y ansiedad ante exámenes en estudiantes de universidades privadas de Lima Este* (Tesis de licenciatura). Universidad Peruana Unión. Perú. Recuperado de: http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1040/Marlith_Tesis_Bachiller_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Marín, D., y Sanhueza, O. (2016). Apoyo social: uso del concepto en enfermería. *Revista Horizonte de Enfermería*, 27 (2) 32-40. Recuperado de: Doi: 10.7764/Horiz_Enferm.27.2.32
- Martínez, G. I., Martínez, L. M., Lopera, J. S., y Vargas, N. (2016). La importancia de la adherencia terapéutica. *Revista venezolana de endocrinología y metabolismo*, 14(2), 107–116. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ve/pdf/rvdem/v14n2/art03.pdf>
- Melgosa, J., y Borges, M. (2017). El poder de la esperanza. Secretos del bienestar emocional. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/1435lQdDmm6zcRgu45yAwJppS3GBcooWU/view>
- Mena, F., Nazar, G., y Mendoza, S. (2018) Antecedentes de adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos de un centro de salud chileno. *Revista Hacia la Promoción de la*

Salud, 23(2), 67-78. Doi: 10.17151/hpsal.2018.23.2.5

Mendoza, M. (2018). *Apoyo social percibido y calidad de vida en pacientes con tuberculosis MDR del Centro Materno Infantil el Progreso. Carabayllo, 2018* (Tesis de licenciatura). Universidad Cesar Vallejo. Perú. Recuperado de: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/18100/Mendoza_GM.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ministerio de Salud de la Nación. (2017). *Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles: manejo integral en el primer nivel de atención.* Recuperado de: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000989cnt-2017-08-16_manual-cuidado-integral-personas-adultas.pdf

Moyano, C., y Orozco, M. (2018). *Apoyo social y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama que acuden al consultorio de oncología del hospital Edgardo Rebagliati Martins, Lima 2017* (tesis de licenciatura). Universidad Privada Norbert Wiener. Perú. Recuperado de: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1746/TITULO%20%20Moyano%20Ant%C3%B3n%20Claudia%20Andrea.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Informe mundial sobre la diabetes.* Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255spa.pdf?sequence=1>

Oyanguren, J. Y. (2017). *Procrastinación y ansiedad rasgo en estudiantes universitarios de una universidad privada* (Tesis de maestría). Universidad Cesar Vallejo. Perú. Recuperado de: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/16027/Oyanguren_GJY.pdf?sequen

ce=1

- Palacio, S. L. (2014). *Percepción de apoyo social en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y síndrome depresivo en la consulta externa de medicina familiar* (Tesis doctoral). Universidad autónoma del estado de México. Recuperado de: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14534/411858.pdf?Sequence=1>
- Pedraza, A., Gilbaja, L., Villa, E., Acevedo, O., Ramírez, M., Ponce, E., y Dávila, R. (2015). Nivel de adherencia al tratamiento y el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados. *Revista Mexicana de Endocrinología, Metabolismo & Nutrición*, 2(1), 11-7. Recuperado de: <http://132.248.9.34/hevila/Revistamexicanadeendocrinologiametabolismo&nutricion/2015/vol2/no1/2.pdf>
- Pérez, D. (2017). Elena G. De White y el estilo de vida adventista. *Estrategias para el cumplimiento de la misión*, 15 (1), 9-10. Doi: <https://doi.org/10.17162/recm.v15i1.923>
- Poblete, F., Barticevic, N., Sapag, J., Tapia, T., Bastías, B., Quevedo, D., Valdés, C., Bustamante, C., Alcayaga, C., y Pérez, G. (2018). Apoyo social percibido en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II en atención primaria y su relación con autopercepción de salud. *Revista de Medicina de Chile*, 146 (1), 1135-1142. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v146n10/0034-9887-rmc-146-10-01135.pdf>
- Preciado, N., Trujillo, D., y Rojas, H. (2018). Ansiedad, depresión, estrés y apoyo social percibido en el proceso de hospitalización de la Sociedad de Cirugía Hospital de San José de la ciudad de Bogotá-Colombia. *Revista de Psychologia. Avances de la disciplina*, 12(1), 71-87. Doi: <http://dx.doi.org/10.21500/19002386.3263>
- Quirós, D., y Villalobos, A. (2007). Comparación de factores vinculados a la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo 2 entre una muestra urbana y otra rural de costa

- rica. *Revista de la Universidad de psicología de Bogotá*, 6(3), 679–688. Recuperado de:
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v6n3/v6n3a17.pdf>
- Ramos, Y., Morejón, R., Gómez, M., Reina, M. H., Rangel, C., y Cabrera, Y. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Finlay*, 7(2), 89–98. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000200004
- Reyes, A. (2018). *Trastornos de la ansiedad guía práctica para el diagnóstico y tratamiento*. Recuperado de: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Rivera, C. (2016). *Adherencia al tratamiento e incertidumbre en pacientes con cáncer de cuello uterino* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Perú. Recuperado de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/7474>
- Rivera, K. (2018). *Actitud de los usuarios adultos ante la donación de órganos centro de salud Tahuantinsuyo alto independencia junio 2017* (Tesis de licenciatura). Universidad Privada San Juan Bautista. Perú. Recuperado de: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1650>
- Roca, C. (2018). *Factores relacionados a no adherencia farmacológica en pacientes con hipertensión arterial, hospital maría auxiliadora, 2017* (Tesis de licenciatura). Universidad Privada San Juan Bautista. Perú. Recuperado de: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1709>
- Rodríguez, R., y Ortiz, L. (2014). Las fuentes de apoyo social y su impacto en la violencia y malestar en mujeres maltratadas. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, 24(2), 199-218. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/654/65452531009.pdf>
- Rodríguez, J. C., Solís, R. J., Rogic, S. J., Román, Y., y Reyes, M. (2017). Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes

- hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2015. *Revista de la facultad de medicina*, 65(1), 55-60. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/56773/60159>
- Rodríguez, P., y Flores, R. (2018). Relación entre apoyo social, estrés, ansiedad y depresión durante el embarazo en una población mexicana. *Ansiedad y estrés*, 24(2), 67-72. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-ansiedad-estres-242-articulo-relacion-entre-apoyo-social-estres-S1134793717300891>
- Rojas, Y., Ruíz, A. O., y González, R. (2017). Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Revista de psicología*, 26(1), 1-13. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/revpsicol/v26n1/0719-0581-revpsicol-26-01-00065.pdf>
- Romero, R. (2017). *Los cuidados en las redes de apoyo socio familiares desde la perspectiva de género. Una mirada enfermera* (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla. España. Recuperado de: <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/65277/Tesis%20%20Doctoral%20RRS.pdf?%20sequence=1>
- Rondón, J. E., Cardozo, I., Lacasella, R., Carrillo, E., Pineda, H., y Brito, S. (2017). Relación entre factores biopsicosociales en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 considerando el sexo. *Revista venezolana de endocrinología y metabolismo*, 15(3), 182-194. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375553465003>
- Rosa, Y., Negrón, C. N., Maldonado P. Y., Toledo O. N., y Quiñones B. A. (2015). Dimensiones de bienestar psicológico y apoyo social percibido con relación al sexo y nivel de estudio en universitarios. *Revista de Avances en Psicología Latinoamericana*, 33 (1), 31-43. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/apl33.01.2015.03>
- Rueda, J. (2018). *Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes*

atendidos por consultorio externo del hospital Santa Rosa, Piura entre periodo enero marzo 2018 (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de Piura. Perú. Recuperado de: <http://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1170/CIE-%20RUE-VID-18.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sarabia, B., Can, A. R., y Guerrero, J. G. (2016). Identificación de factores de riesgo de la diabetes mellitus tipo 2 en adultos de 30 a 60 años de edad en la comunidad de Isla Aguada, Municipio de Ciudad del Carmen, Campeche. *Revista Iberoamericana para la investigación y el desarrollo educativo*, 6(12), 1-15. Recuperado de: <http://www.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/216/965>

Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705–714. Doi: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)

Silvano, C., y Lazo, A. (2018). *Efectividad del programa “Vida dulce y sana” en los conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes adultos con Diabetes Mellitus del Centro de Atención Primaria III – Huaycán, Lima, 2017* (Tesis de licenciatura). Universidad Peruana Unión Lima. Perú. Recuperado de: http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/980/Cryss_Tesis_bachiller_2018.pdf?sequence=5

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (1974). *STAI, cuestionario de ansiedad estado - rasgo*. California: TEA ediciones.

Teherán, A. A., Mejía, M. C., Álvarez, J., Muñoz, J., Barrera, M. C., y González, V. (2017). Relación entre el apoyo social y las complicaciones agudas de la diabetes tipo 2: un estudio de corte transversal. *Revista de Ciencias de la Salud*, 15(2), 211–222. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v15n2/1692-7273-recis-15-02-00211.pdf>

- Terechenko, N. S., Baute, A. E., y Zamonsky, J. N. (2015). Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II. *Revista Biomedicina*, 10(1), 20-33. Recuperado de: <https://www.um.edu.uy/docs/diabetes.pdf>
- Torres, B. (2017). *Efectos del apoyo familiar en la adherencia al tratamiento en personas con diabetes tipo 2* (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León. México. Recuperado de: <http://eprints.uanl.mx/14303/1/1080243271.pdf>
- Urzúa, M.A., Cabrera, R. C., Gonzales, V.C., Arenas, R.P., Guzmán, G.M., Caqueo, U.A., Villalobos, P.A., y Irrázaval, D.M. (2015). Análisis preliminares de la versión adaptada en la población chilena de la escala de adherencia terapéutica en diabetes mellitus tipo 2 -EATDM-III. *Revista de Medicina de Chile*, 143 (1), 733 – 743. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/134471/Psychometric-properties-of-the-diabetes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Villalobos, E. V. (2015). *Apoyo social en los adultos mayores de un centro de salud de José Leonardo Ortiz, Chiclayo, 2014* (Tesis de licenciatura). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Perú. Recuperado de: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/352/1/TL_Villalobos_Cordova_Elda.pdf
- Zegarra, J. (2018). *Percepción de apoyo social y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Consultorio externo endocrinología. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa – 2017* (Tesis doctoral). Universidad Católica de Santa María Arequipa. Perú. Recuperado de: <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/7648/70.2382.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Anexos 1

Propiedades psicométricas del inventario de apoyo social percibido

1. Fiabilidad

La fiabilidad global del inventario y de sus dimensiones se evaluó calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente de Alpha de Cronbach. En la tabla 16 permite apreciar que la consistencia interna global del inventario (20 ítems) en la muestra estudiada es de ,98 que puede ser valorado como indicador de una elevada fiabilidad ya que supera el punto de corte igual ,70 considerado como indicador de una buena fiabilidad para los instrumentos de medición psicológica. Es más, se puede evidenciar que los puntajes de fiabilidad en la mayoría de sus dimensiones son aceptables.

Tabla 16

Estimaciones de consistencia interna del inventario apoyo social percibido

Dimensiones	N° de ítems	Alpha
Apoyo emocional	8	.984
Apoyo material	4	.987
Relaciones sociales de ocio y distracción	4	.941
Apoyo afectivo	3	.890
Apoyo social percibido	20	.989

2. Validez

Como podemos evidenciar en la tabla 17 los coeficientes de correlación Producto – Momento de Pearson (r) son significativos, lo cual confirma que la escala presenta validez de constructo. Además, los coeficientes que resultan de la correlación entre cada uno de las dimensiones y el constructo en su globalidad son moderados en su mayoría, además de ser altamente significativos.

Tabla 17

Correlaciones sub test – test del inventario de apoyo social percibido

Dimensiones	Test	
	R	p
Apoyo emocional	,126*	.044
Apoyo material	,974**	.000
Relaciones sociales de ocio y distracción	,129*	.039
Apoyo afectivo	,175**	.005

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

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

Anexos 2

Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad rasgo

1. Fiabilidad

La fiabilidad global del cuestionario se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente de Alpha de Cronbach. En la tabla 18 se puede observar que la consistencia interna global del cuestionario (20 ítems) en la muestra estudiada es de ,82 que puede ser valorado como indicador de una elevada fiabilidad ya que supera el punto de corte igual ,70 considerado como indicador de una buena fiabilidad para los instrumentos de medición psicológica.

Tabla 18

Estimaciones de consistencia interna del cuestionario de ansiedad rasgo

Dimensiones	N° de ítems	Alpha
Ansiedad rasgo	20	.820

2. Validez

Como podemos evidenciar en la tabla 19 los coeficientes de correlación Producto – Momento de Pearson (r) son significativos, lo cual corrobora que el cuestionario presenta validez de constructo. Además, los coeficientes que resultan de la correlación entre cada uno de los ítems y el constructo en su globalidad son moderados en su mayoría, también es altamente significativos.

Tabla 19

Correlaciones sub test – test del cuestionario de ansiedad rasgo

Ítems	Test	
	R	P
AR1_R	,390**	.000
AR2_R	,511**	.000
AR3_R	,524**	.000
AR4_R	,433**	.000
AR5_R	,542**	.000
AR6_R	,711**	.000
AR7_R	,654**	.000
AR8_R	,570**	.000
AR9_R	,510**	.000
AR10_R	,369**	.000
AR11_R	,484**	.000
AR12_R	,571**	.000
AR13_R	,372**	.000
AR14_R	,541**	.000
AR15_R	,606**	.000
AR16_R	,357**	.000
AR17_R	,249**	.000
AR18_R	,437**	.000
AR19_R	,358**	.000
AR20_R	,377**	.000

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

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

Anexos 3

Propiedades psicométricas de la escala de adherencia al tratamiento

1. Fiabilidad

La fiabilidad global de la escala y de sus dimensiones se calculó con el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente de Alpha de Cronbach. En la tabla 20 permite corroborar que la consistencia interna global de la escala (36 ítems) en la muestra estudiada es de ,89 que puede ser valorado como indicador de una elevada fiabilidad ya que supera el punto de corte igual ,70 considerado como indicador de una buena fiabilidad para los instrumentos de medición psicológica. Asimismo, se puede evidenciar que los puntajes de fiabilidad en la mayoría de sus dimensiones son aceptables.

Tabla 20

Estimaciones de consistencia interna de la escala de adherencia al tratamiento

Dimensiones	N° de ítems	Alpha
Apoyo familiar	10	.902
Control y tratamiento medico	6	.697
Ejercicio físico	8	.874
Apoyo y organización comunal	6	.880
Información	3	.750
Dieta	3	.687
Adherencia al tratamiento	36	.899

2. Validez

En la tabla 21 los coeficientes de correlación Producto – Momento de Pearson (r) son significativos, lo cual confirma que la escala presenta validez de constructo. A su vez, los coeficientes que resultan de la correlación entre cada uno de las dimensiones y el

constructo en su globalidad son moderados en su mayoría, también son altamente significativos.

Tabla 21

Correlaciones sub test – test de la escala de adherencia al tratamiento

Dimensiones	Test	
	R	p
Apoyo familiar	,821**	.000
Control y tratamiento medico	,453**	.000
Ejercicio físico	,703**	.000
Apoyo y organización comunal	,695**	.000
Información	,227**	.000
Dieta	,328**	.000

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

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

Anexos 4

Análisis de validez de contenido de Escala de adherencia al tratamiento de la DM2- Versión III (EATDM-III)

A continuación, se presenta el análisis de contenido por criterio de jueces.

Tabla 22

Análisis de validez de la escala de adherencia al tratamiento de la DM2-Versión III (EATDM-III)

Test	Dimensiones	Ítems	V(cla)	V(cong)	V(cont)	V(dcon)	
Escala de adherencia al tratamiento de la DM2-Versión III (EATDM-III)	Apoyo familiar	1	1	1	1	1	
		2	1	1	1	1	
		3	1	1	1	1	
		4	1	1	1	1	
		5	1	1	1	1	
		6	1	1	1	1	
		7	1	1	1	1	
		8	1	1	1	1	
		9	1	1	1	1	
		10	1	1	1	1	
	Control tratamiento medico	y	11	1	1	1	1
			12	1	1	1	1
			13	1	1	1	1
			14	1	1	1	1
			15	1	1	1	1
			16	1	0.75	1	1
			17	1	1	1	1
	Ejercicio físico		18	1	1	1	1
			19	1	1	1	1
			20	1	1	1	1
			21	1	1	1	1
			22	1	1	1	1
			23	1	1	1	1
			24	1	1	1	1
			25	0.75	1	1	1
			26	1	1	1	1
			27	1	1	1	1
	Apoyo organización comunal	y	28	1	1	1	1
			29	1	1	1	1
			30	1	1	1	1
			31	1	1	1	1
	Información		32	1	1	1	1
			33	1	1	1	1
			34	1	1	0.75	0.75
	Dieta		35	1	1	1	1
			36	1	1	1	1

Tabla 23

Análisis de contenido de la escala de adherencia al tratamiento de la DM2-Versión III (EATDM-III)

Test	V
Forma correcta de aplicación y estructura	1
Orden de las preguntas establecidas correctamente	1
Contiene el test preguntas difíciles de entender	1
Contiene el test palabras difíciles de entender	1
Las opciones de respuesta son pertinentes y están suficientemente graduados	1
Jueces: 4	

Anexos 5

CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DICTAMINADO POR EL JUEZ

Nombre del instrumento: Escala de adherencia al tratamiento de la DM2-Versión III (EATDM-III).

Autora: Ruth Yesenia De los santos Saldaña.

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación (instrucciones para el examinado) y estructura del INSTRUMENTO?

SI ()

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

2) ¿A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

SI ()

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

3) Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI ()

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

4) Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

SI ()

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

5) Los ítems del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI ()

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

Otras observaciones: _____

Fecha:

Nombre y firma del juez:

ESCALA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DM2- VERSION III (EATDM – III).

INSTRUMENTO CON FINES ESPECÍFICOS DE LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO (JUICIO DEL EXPERTO)

N°	Bloques e ítems	Claridad ¹		Congruencia ²		Contexto ³		Dominio del ⁴ constructo		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	APOYO FAMILIAR									
1	Mi familia permite que prepare mis alimentos aparte del de los demás									
2	Mis familiares me facilitan los alimentos que necesito para la dieta especial									
3	Mis familiares están pendientes de mis medicamentos durante el día									
4	Mis familiares colaboran con los implementos de uso personal especiales (zapatos, limas para uñas)									
5	Recibo estímulos verbales (apoyo) de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento									
6	Recibo premios o recompensas de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento									
7	Mis familiares me instan en la práctica de alguna actividad recreativa									
8	Mis familiares me instan a la práctica de algún deporte									
9	Mis familiares están pendientes de que no pierda las citas de control de la diabetes en el consultorio									
10	Mis familiares están pendientes de que el baño u otros lugares de la casa se encuentren limpios y desinfectados									

	CONTROL Y TRATAMIENTO MEDICO										
11	Visito al médico del consultorio en caso de alguna complicación										
12	Asisto puntualmente a las citas de control de diabetes										
13	Asisto al laboratorio para realizar las pruebas respectivas										
14	El equipo de salud me brinda información sobre mi enfermedad										
15	Estoy satisfecho con los resultados del tratamiento médico										
16	El tratamiento me permite controlar la enfermedad										
	EJERCICIO FISICO										
17	Camino para sentirme mejor										
18	Consumo alimentos antes de realizar ejercicio										
19	Tengo un horario fijo para realizar ejercicio										
20	Sufro de menos cansancio cuando realizo alguna actividad física										
21	Me siento menos triste o decaído cuando realizo una actividad física										
22	Mejoro mi condición física cuando realizo alguna actividad física										
23	Siento mejores resultados en el tratamiento después del ejercicio.										
24	Realizo paseos cortos durante el día										
	APOYO Y ORGANIZACIÓN COMUNAL										
25	Se realiza en la comunidad charlas educativas acerca de la diabetes con el fin de informar a las personas										
26	En la comunidad donde vivo se organizan en grupos para la práctica de										

	algún deporte										
27	En la comunidad donde vivo se realizan actividades recreativas										
28	La comunidad se organiza para la realización de actividades como la compra de medicamentos especiales para la diabetes										
29	La comunidad se organiza para la realización de actividades como la compra de instrumentos de control de glucemia										
30	Asisto a charlas brindadas por miembros del área de salud de mi comunidad										
	INFORMACIÓN										
31	Mi familia conoce lo que es la diabetes mellitus.										
32	Alguna vez he recibido información sobre la diabetes mellitus										
33	Tengo claro en qué consiste la diabetes mellitus										
	DIETA										
34	Evito consumir golosinas o confites dulces.										
35	Equilibro mi dieta consumiendo distintos tipos de alimentos										
36	Consumo frutas al menos una vez al día.										

¹ Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem

³ Existe en el ítem alguna palabra que no es usual en nuestro contexto

² El ítem tiene relación con el constructo

⁴ El ítem evalúa las dimensiones del constructo

Anexos 6

Matriz de consistencia metodológica

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variable	Metodología
General	General	General		
¿Existe relación significativa entre apoyo social percibido, ansiedad rasgo y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana, 2018?	Determinar si existe relación significativa entre apoyo social percibido, ansiedad rasgo y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana, 2018.	Existe relación significativa entre apoyo social percibido, ansiedad rasgo y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana, 2018.	Variable 1 Apoyo social percibido Dimensiones: Apoyo emocional Ayuda material Relaciones sociales de ocio y distracción Apoyo afectivo	Enfoque: Cuantitativo Diseño: No experimental Alcance: Correlacional Corte: Transversal Población y muestra Población: 120 pacientes por mes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana.
Específico	Específico	Específico	Variable 2 unidimensional Ansiedad rasgo Variable 3 Adherencia al tratamiento Dimensiones: Apoyo familiar Control y tratamiento medico Ejercicio físico Apoyo y organización comunal Información Dieta	Técnica e instrumentos: Encuesta Escala de adherencia al tratamiento de la DM2-Versión III (EATDM-III) El inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAI) El cuestionario MOS de apoyo social percibido
1. ¿Existe relación significativa entre apoyo social percibido y ansiedad rasgo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana, 2018? 2. ¿Está relacionado significativamente el apoyo social percibido y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana, 2018?	1. Establecer si existe relación significativa entre apoyo social percibido y ansiedad rasgo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana, 2018. 2. Encontrar si existe relación significativa entre apoyo social percibido y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana, 2018.	1. Existe relación significativa entre apoyo social percibido y ansiedad rasgo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana, 2018. 2. Existe relación significativa entre apoyo social percibido y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana, 2018.		

Anexos 7

Consentimiento informado

Título de la investigación:

Relación del apoyo social percibido, ansiedad rasgo y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana, 2018.

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es “Relación del apoyo social percibido, ansiedad rasgo y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana, 2018”. El objetivo de este estudio es: Determinar si existe relación significativa entre apoyo social percibido, ansiedad rasgo y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima Metropolitana, 2018. Este proyecto está siendo realizado por Ruth Yesenia De los santos Saldaña, bajo la supervisión de la Mg. Maritza Julia Mendoza Galarza, docente de psicología de la universidad peruana unión. La entrevista tiene un tiempo de duración de aproximadamente 30 minutos, será transcrita. La información obtenida en la entrevista será usada para hacer una publicación escrita. En esta publicación yo seré identificado por un número. Alguna información personal básica puede ser incluida como: mi edad y sexo, mi cargo en la Asociación, empresa, mi grupo étnico, etc.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con esta investigación. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información de la entrevista. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

Como resultado de mi participación recibiré una copia digital completa del informe y además tendré la oportunidad de discutir el informe con el investigador cuando sea necesario. No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Preguntas e información

Se me ha comunicado que si tengo cualquier pregunta acerca de mi consentimiento o acerca del estudio puedo comunicarme con:



Ruth Yesenia De los santos Saldaña
Dirección: Cooperativa Universal
N°411 Santa Anita.
Institución: Universidad Peruana Unión
Teléfono: 935396217
e-mail: delossantos@upeu.edu.pe



Mg. Maritza Julia Mendoza Galarza
Dirección: Asoc. Los Claveles
MzG Lt 9 Ate
Institución: Universidad Peruana Unión
Teléfono: 994781707
e-mail: maritzaj@upeu.edu.pe

He leído el consentimiento y he oído las explicaciones orales del investigador. Mis preguntas concernientes al estudio han sido respondidas satisfactoriamente. Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación.

Firma del participante y fecha

Nombre del participante

Anexos 8

Instrumentos de recolección de datos

Cuestionario de MOS de Apoyo Social

I. Instrucciones:

Muy buenos días señor (a). Soy estudiante de la Universidad Peruana Unión y estoy realizando una encuesta, que es anónima (no tiene que dar su nombre ni su dirección) Los datos serán tratados con total confidencialidad. Esperando contar con su consentimiento para hacerle algunas preguntas, se relacionan al grado de afectación que la Diabetes le ocasionó en su vida durante el último mes. Se le agradecerá que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste colocando una cruz (X).

II. Datos generales

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Grado de instrucción:

Ocupación:

B) Aproximadamente cuantos amigos cercanos y familiares cercanos tiene (la gente que se siente cómodo contigo y puedes hablar acerca de lo que tu sientes y piensas).						
1	Escriba el número aproximado de amigos y familiares cercanos					
C) Marca con una "X" en el cuadrado que mejor se acerque a su respuesta.		Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2	Hay alguien que te ayude cuando tengas que estar en cama.					
3	Hay alguien con quien puedas contar cuando necesites hablar					
4	Hay alguien que te aconseje cuando tengas problemas.					

5	Hay alguien que te lleve al médico cuando lo necesites					
6	Hay alguien que te muestre amor y afecto					
7	Hay alguien con quien puedas pasar buen rato					
8	Hay alguien que te informe y te ayude a entender la situación					
9	Hay alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y tus preocupaciones					
10	Hay alguien que te abrace					
11	Hay alguien con quien puedas relajarse					
12	Hay alguien que te prepare comida si no puedes hacerlo					
13	Hay alguien cuyo consejo realmente desees					
14	Hay alguien con quien hacer cosas que te sirvan para olvidar los problemas					
15	Hay alguien que te ayude con las tareas domesticas					
16	Hay alguien con quien compartir temores y problemas personales					

17	Hay alguien que te aconseje como resolver tus problemas personales					
18	Hay alguien con quien divertirse					
19	Hay alguien que comprenda tus problemas					
20	Hay alguien a quien amar y sentirse querido					

Anexos 9

Cuestionario STAI

A continuación, encontraras unas frases que se utilizan a menudo para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y marca con una (X) que diga mejor **CÓMO TE SIENTES EN GENERAL**, no solo en el momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta marcando la respuesta que diga mejor como te encuentras **GENERALMENTE**.

ITEMS		Nada	Algo	Mucho
1	Me siento calmado			
2	Me canso rápidamente			
3	Siento ganas de llorar			
4	Me gustaría ser feliz como otros			
5	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto			
6	Me siento descansado			
7	Soy una persona tranquila serena y sosegada			
8	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas			
9	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia			
10	Soy feliz			
11	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente			
12	Me falta confianza en mí mismo			
13	Me siento seguro			
14	No suelo afrontar crisis o dificultades			
15	Me siento triste (melancólico).			
16	Estoy satisfecho			

17	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia			
18	Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos			
19	Soy una persona estable			
20	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado.			

Anexos 10

CUESTIONARIO DM2-VERSION III

Marque con una X la respuesta que más se identifique contigo.

Apoyo familiar	Nunca lo hago	Casi nunca	Regularmente	Frecuentemente	Siempre
1.Mi familia permite que prepare mis alimentos aparte del de los demás	0	1	2	3	4
2.Mis familiares me facilitan los alimentos que necesito para la dieta especial	0	1	2	3	4
3.Mis familiares están pendientes de mis medicamentos durante el día	0	1	2	3	4
4.Mis familiares colaboran con los implementos de uso personal especiales (zapatos, limas para uñas)	0	1	2	3	4
5.Recibo estímulos verbales (apoyo) de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento	0	1	2	3	4
6.Recibo premios o recompensas de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento	0	1	2	3	4
7.Mis familiares me instan en la práctica de alguna actividad recreativa	0	1	2	3	4
8.Mis familiares me instan a la práctica de algún deporte	0	1	2	3	4
9.Mis familiares están pendientes de que no pierda las citas de control de la diabetes en el consultorio	0	1	2	3	4
10.Mis familiares están pendientes de que el baño u otros lugares de la casa se encuentren limpios y desinfectados	0	1	2	3	4
Control y tratamiento médico					
11.Visito al médico del consultorio en caso de alguna complicación	0	1	2	3	4

12.Asisto puntualmente a las citas de control de diabetes	0	1	2	3	4
13.Asisto al laboratorio para realizar las pruebas respectivas	0	1	2	3	4
14.El equipo de salud me brinda información sobre mi enfermedad	0	1	2	3	4
15.Estoy satisfecho con los resultados del tratamiento médico	0	1	2	3	4
16.El tratamiento me permite controlar la enfermedad	0	1	2	3	4
Ejercicio físico					
17.Camino para sentirme mejor	0	1	2	3	4
18.Consumo alimentos antes de realizar ejercicio	0	1	2	3	4
19.Tengo un horario fijo para realizar ejercicio	0	1	2	3	4
20.Sufro de menos cansancio cuando realizo alguna actividad física	0	1	2	3	4
21.Me siento menos triste o decaído cuando realizo una actividad física	0	1	2	3	4
22.Mejoro mi condición física cuando realizo alguna actividad física	0	1	2	3	4
23. Siento mejores resultados del tratamiento después del ejercicio.	0	1	2	3	4
24.Realizo paseos cortos durante el día	0	1	2	3	4
Apoyo y organización comunal					
25.En la comunidad se realizan charlas educativas acerca de la diabetes con el fin de informar a las personas	0	1	2	3	4
26.En la comunidad donde vivo se organizan en grupos para la práctica de algún deporte	0	1	2	3	4
27.En la comunidad donde vivo se realizan actividades recreativas	0	1	2	3	4
28.La comunidad se organiza para la	0	1	2	3	4

realización de actividades como la compra de medicamentos especiales para la diabetes					
29.La comunidad se organiza para la realización de actividades como la compra de instrumentos de control de glucemia	0	1	2	3	4
30.Asisto a charlas brindadas por miembros del área de salud de mi comunidad	0	1	2	3	4
Información					
31. Mi familia conoce lo que es la diabetes mellitus.	0	1	2	3	4
32.Alguna vez he recibido información sobre la diabetes mellitus	0	1	2	3	4
33. Tengo claro en qué consiste la diabetes mellitus	0	1	2	3	4
Dieta					
34. Evito consumir golosinas o dulces.	0	1	2	3	4
35. Equilibro mi dieta consumiendo distintos tipos de alimentos.	0	1	2	3	4
36. Consumo frutas al menos una vez al día.	0	1	2	3	4