



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

1 de 1

Neiva, 18 de septiembre de 2019

Señores
CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN
Universidad Surcolombiana
Ciudad de Neiva

El suscrito:

Juan David Losada Quevedo, con C.C. No. 1.075.309.430

Autor de la tesis y/o trabajo de grado titulado “Nivel de adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo II y autoestima en pacientes que asisten al programa de riesgo cardiovascular en la ESE Carmen Emilia Ospina de Neiva durante el segundo semestre del 2019” presentado y aprobado en el año 2020 como requisito para optar al título de enfermero; Autorizo al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales “open access” y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.
- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que, de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores”, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: Juan David Losada Quevedo

Vigilada Mineducación



TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: Nivel de adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo II y autoestima en pacientes que asisten al programa de riesgo cardiovascular en la ESE Carmen Emilia Ospina de Neiva durante el segundo semestre del 2019

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Losada Quevedo	Juan David

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Ramírez Perdomo	Claudia Andrea

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Enfermero

FACULTAD: Salud

PROGRAMA O POSGRADO: Enfermería

CIUDAD: Neiva

AÑO DE PRESENTACIÓN: 2020

NÚMERO DE PÁGINAS: 85

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):

Diagramas___ Fotografías___ Grabaciones en discos___ Ilustraciones en general **x**
Grabados___ Láminas___ Litografías___ Mapas___ Música impresa___ Planos___
Retratos___ Sin ilustraciones___ Tablas o Cuadros **x**



CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	2 de 3
---------------	---------------------	----------------	----------	-----------------	-------------	---------------	---------------

SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento: Microsoft word

MATERIAL ANEXO:

PREMIO O DISTINCIÓN (*En caso de ser LAUREADAS o Meritoria*):

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

Español

Ingles

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Adherencia al tratamiento | Adherence to treatment |
| 2. Autoestima | Self-esteem |
| 3. Diabetes mellitus | Diabetes mellitus |
| 4. Influenza | Influence |
| 5. Instrumento | Instrument |

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

Objetivo: Identificar el nivel de adherencia al tratamiento y la autoestima de pacientes diagnosticados con DM tipo II en la ESE Carmen Emilia Ospina de Neiva durante el segundo periodo del año 2019. Metodología: Estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal y correlacional; utilizando un muestreo por conveniencia de 59 participantes se recolectó la información con los siguientes instrumentos: Escala de autoestima de Rosenberg y factores que influyen en la adherencia a tratamientos, de Bonilla y De Reales. Se agrupó la información en Excel y se analizó con el software Stata versión 14 empleando estadísticos como tablas de frecuencia, medidas de tendencia central y correlación de Pearson para el análisis. Resultados: Con el instrumento de adherencia se encontró que un 58% de los participantes presentan comportamientos de ventaja de adherencia al tratamiento; los factores socioeconómicos influyen en mayor medida como riesgo de no adherencia terapéutica para los pacientes. Con el instrumento de autoestima se determinó que los pacientes presentan una autoestima elevada, con una proporción directa hacia moderada y elevada; al correlacionar los datos por el método de Pearson arrojó un coeficiente de relación con un valor de: 0,102289712 y el coeficiente de determinación arrojó un valor de: 0,010463185. Conclusiones: En la correlación de los resultados se obtuvo una relación positiva débil; el comportamiento de los datos fue lineal, evidenciando que sí hay correlación



entre la influencia que tiene la autoestima del paciente para desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento.

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

Objective: To identify the level of adherence to treatment and self-esteem of patients diagnosed with DM type II at the ESE Carmen Emilia Ospina of Neiva during the second period of 2019. Methodology: Quantitative descriptive cross-sectional and correlational study; Using a convenience sampling of 59 participants, the information was collected with the following instruments: the Rosenberg self-esteem scale and factors that influence adherence to treatments, by Bonilla and De Reales. The information was grouped in Excel and analyzed with Stata version 14 software using statistics such as frequency tables, measures of central tendency and Pearson correlation for the analysis. Results: With the adherence instrument it was found that 58% of the participants present behaviors of advantage of adherence to treatment; Socioeconomic factors have a greater influence on the risk of treatment non-adherence for patients. With the self-esteem instrument, it was determined that patients present high self-esteem, with a direct proportion to moderate and high; When correlating the data by Pearson's method, it yielded a relationship coefficient with a value of: 0.102289712 and the determination coefficient yielded a value of: 0.010463185. Conclusions: In the correlation of the results, a weak positive relationship was obtained; the behavior of the data was linear, showing that there is a correlation between the influence that the patient's self-esteem has in developing behaviors of adherence to treatment.

APROBACION DE LA TESIS

Nombre Presidente Jurado: CLAUDIA ANDREA RAMIREZ PERDOMO

Firma:

Nombre Jurado: ALIX YANETH PERDOMO ROMERO

Firma:

NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS TIPO II Y
AUTOESTIMA EN PACIENTES QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE RIESGO
CARDIOVASCULAR EN LA ESE CARMEN EMILIA OSPINA DE NEIVA
DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL 2019

JUAN DAVID LOSADA QUEVEDO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

FACULTAD DE SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERIA

DESARROLLO DE PROYECTOS

NEIVA-HUILA

2020

NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS TIPO II Y
AUTOESTIMA EN PACIENTES QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE RIESGO
CARDIOVASCULAR EN LA ESE CARMEN EMILIA OSPINA DE NEIVA
DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL 2019

JUAN DAVID LOSADA QUEVEDO

Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de
Enfermero (a)

DOCENTE ASESOR

CLAUDIA ANDREA RAMIREZ PERDOMO

Enfermera, Especialista en enfermería en Cuidado Critico, Magister en
Enfermería, PhD. en Enfermería

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

FACULTAD DE SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

DESARROLLO DE PROYECTOS

NEIVA-HUILA


2020

NOTA DE ACEPTACIÓN

_ Trabajo aprobado como requisito de grado de __
_ Programa de Enfermería _____



Firma presidente del jurado



Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, 16 septiembre del 2020

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mi familia, que me apoyaron en todo el proceso de formación académica, a los participantes en el presente proyecto investigativo y a la docente asesora por la motivación constante para el desarrollo de la investigación.

Juan David

AGRADECIMIENTOS

El autor expresa sus agradecimientos a:

La docente Claudia Andrea Ramírez Perdomo, asesora de la investigación, por su dedicación, compromiso, respeto, paciencia demostrada durante todo el proceso investigativo, por compartir sus conocimientos y por la confianza ofrecida.

La E.S.E. Carmen Emilia Ospina, en especial a la enfermera coordinadora del grupo de riesgo cardiovascular, Daniela Montealegre, por brindar su colaboración en aportar información necesaria para tabular los pacientes necesarios para la investigación y su atención en la presentación del proyecto.

Los pacientes que accedieron a participar en la investigación, por dedicar parte de su tiempo para el diligenciamiento de las encuestas.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. JUSTIFICACIÓN	15
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
3. ANTECEDENTES:	20
4. OBJETIVOS	25
4.1. OBJETIVO GENERAL	25
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
5. MARCO CONCEPTUAL	26
5.1. DIABETES	26
5.3. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	28
5.4. AUTOESTIMA	29
6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	31
7. DISEÑO METODOLOGICO	33
7.1. TIPO DE DISEÑO	34
7.2. MUESTREO Y TIPO DE MUESTREO	34
7.3. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	35
7.4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	37
7.5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	37
7.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
8. RESULTADOS	40
8.1. DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA MUESTRA	40

	Pág.
8.2. RESULTADOS GENERALES DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	42
8.2.1 Resultado de adherencia al tratamiento por dimensión	43
8.3. INSTRUMENTO AUTOESTIMA	48
8.4. CORRELACIÓN PEARSON	53
9. DISCUSIÓN	57
10. CONCLUSIONES	61
11. RECOMENDACIONES	65
12. BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	72

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Distribución porcentual de los participantes en el estudio, según edad	40
Tabla 2. Distribución de pacientes según características sociodemográficas	41
Tabla 3. Resultados generales de adherencia al tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo II	43
Tabla 4. Resultados de adherencia al tratamiento por dimensión	45
Tabla 5. Estadísticos descriptivos de los ítems de la Escala de Autoestima de Rosenberg	50
Tabla 6. Varianza total explicada	52
Tabla 7. Matriz de componentes rotados	53
Tabla 8. Componentes Correlación Pearson	54

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Grafica 1. Puntuación y correlación de instrumentos	56

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Autorización para la utilización del instrumento de adherencia al tratamiento	73
Anexo B. Autorización para la utilización del instrumento de autoestima	74
Anexo C. Carta autorización del comité de ética	75
Anexo D. Acuerdo de confidencialidad	76
Anexo E. Consentimiento informado	78
Anexo F. Disentimiento informado	80
Anexo G. Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular	81
Anexo H. Rosenberg Self-Esteem Scale; Versión validada en Colombia por Gómez-Lugo et al. (2016)	85

RESUMEN

Objetivo: Identificar el nivel de adherencia al tratamiento y la autoestima de pacientes diagnosticados con DM tipo II en la ESE Carmen Emilia Ospina de Neiva durante el segundo periodo del año 2019. Metodología: Estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal y correlacional; utilizando un muestreo por conveniencia de 59 participantes se recolectó la información con los siguientes instrumentos: Escala de autoestima de Rosemberg y factores que influyen en la adherencia a tratamientos, de Bonilla y De Reales. Se agrupó la información en Excel y se analizó con el software Stata versión 14 empleando estadísticos como tablas de frecuencia, medidas de tendencia central y correlación de Pearson para el análisis. Resultados: Con el instrumento de adherencia se encontró que un 58% de los participantes presentan comportamientos de ventaja de adherencia al tratamiento; los factores socioeconómicos influyen en mayor medida como riesgo de no adherencia terapéutica para los pacientes. Con el instrumento de autoestima se determinó que los pacientes presentan una autoestima elevada, con una proporción directa hacia moderada y elevada; al correlacionar los datos por el método de Pearson arrojó un coeficiente de relación con un valor de: 0,102289712 y el coeficiente de determinación arrojó un valor de: 0,010463185. Conclusiones: En la correlación de los resultados se obtuvo una relación positiva débil; el comportamiento de los datos fue lineal, evidenciando que sí hay correlación entre la influencia que tiene la autoestima del paciente para desarrollar comportamientos de adherencia al tratamiento.

Palabras claves: Adherencia al tratamiento, autoestima, diabetes mellitus, Influencia, Instrumento

SUMMARY

Objective: To identify the level of adherence to treatment and self-esteem of patients diagnosed with DM type II at the ESE Carmen Emilia Ospina of Neiva during the second period of 2019. Methodology: Quantitative descriptive cross-sectional and correlational study; Using a convenience sampling of 59 participants, the information was collected with the following instruments: the Rosemberg self-esteem scale and factors that influence adherence to treatments, by Bonilla and De Reales. The information was grouped in Excel and analyzed with Stata version 14 software using statistics such as frequency tables, measures of central tendency and Pearson correlation for the analysis. Results: With the adherence instrument it was found that 58% of the participants present behaviors of advantage of adherence to treatment; Socioeconomic factors have a greater influence on the risk of treatment non-adherence for patients. With the self-esteem instrument, it was determined that patients present high self-esteem, with a direct proportion to moderate and high; When correlating the data by Pearson's method, it yielded a relationship coefficient with a value of: 0.102289712 and the determination coefficient yielded a value of: 0.010463185. Conclusions: In the correlation of the results, a weak positive relationship was obtained; the behavior of the data was linear, showing that there is a correlation between the influence that the patient's self-esteem has in developing behaviors of adherence to treatment.

Key words: Adherence to treatment, self-esteem, diabetes mellitus, Influence, Instrument

INTRODUCCIÓN

La diabetes es una enfermedad metabólica de alto interés en salud pública. De acuerdo a los datos y cifras de la OMS, las enfermedades crónicas no transmisibles matan a 41 millones de personas cada año a nivel mundial; de estas la diabetes comprende 1,6 millones, precedida por enfermedades respiratorias, cáncer y enfermedades cardiovasculares (1) Según las estimaciones del último informe mundial sobre la diabetes de la OMS, 422 millones de personas presentaron diabetes en el 2014, y la prevalencia mundial se ha duplicado desde ese año, al pasar de 4,7% al 8,5% en la población adulta (2)

En Colombia, según los datos de la federación internacional de diabetes, para el 2019 se estimó que 1 de cada 12 personas adultas tiene diabetes (3) y el 3% de las muertes atribuidas a enfermedades crónicas no transmisibles, son de diabetes (4). Para el Huila, en Neiva, fueron reportados 7.047 casos por diabetes, y 1.131 casos nuevos fueron identificados en lo corrido del año 2019 (5).

Ante este panorama se da la necesidad de estudiar más el comportamiento de esta enfermedad, abarcando especialmente en la adherencia al tratamiento y la autoestima, ya que en la búsqueda de la base de datos no se encuentran estudios que hayan profundizado o tocado estos dos aspectos en conjunto en la región del Huila, siendo la autoestima un factor influyente de forma indirecta para la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes, como bien lo indican diversos estudios encontrados a nivel mundial y discutidos en el presente documento.

Dicho lo anterior se establece el siguiente interrogante investigativo ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento y la autoestima en pacientes diagnosticados con diabetes en la ESE Carmen Emilia Ospina de Neiva durante el segundo periodo del 2019?

Para el desarrollo de la presente investigación se estableció como objetivo principal el identificar el nivel de adherencia al tratamiento y la autoestima de pacientes diabéticos tipo 2, realizándose mediante la aplicación de dos instrumentos: el primero es la escala de autoestima de Rosemberg validada para Colombia y el segundo de Bonilla y De Reales, “los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular”. Por medio de la aplicación de los instrumentos se recolectaron datos tales como las características sociodemográficas de la población, sus niveles de adherencia y autoestima, los cuales se dieron su análisis y discusión en el presente documento.

1. JUSTIFICACIÓN

La diabetes mellitus es un problema de salud pública en constante ascenso en la mayor parte del mundo. Para el año 2013 la región de América Central y Sur América, concentró 24.1 millones de diabéticos y se estima que para el 2035 esta cifra ascienda en un 59.8% (9). En el año 2011 se reportaron entre 346 y 366 pacientes afectados por Diabetes Mellitus tipo 2, aproximadamente el 6.4% de la población mundial, con una estimación para el 2030 de 522 millones de personas afectadas, resulta de especial interés conocer los factores de riesgo que influyen en la correcta adherencia del tratamiento de la DM tipo II, ya que en Latinoamérica se ha venido presentando un aumento en su prevalencia y mortalidad (10).

En Colombia el valor de prevalencia estipulado es de 8.1%, el departamento del Huila ocupa el tercer lugar en los casos de Diabetes Mellitus tipo II, donde Neiva ocupa el primer lugar de las ciudades con más prevalencia (7).

La presente investigación surge de la necesidad de investigar la asociación entre ciertos factores de riesgo y la adherencia al tratamiento de DM tipo II, con el propósito de identificar el nivel de adhesión al tratamiento y la autoestima de pacientes ya diagnosticados con la patología en las ESE de primer nivel de Neiva durante el segundo periodo del año 2019.

La investigación busca proporcionar información que será útil para toda la comunidad al determinar la importancia de la autoestima en la correcta adherencia al tratamiento de la DM tipo II, para así descentralizar el modelo tradicional

asistencial en donde solo se prevén medicamentos y así adoptar un modelo holístico de atención al paciente donde se tenga en cuenta su ser y su contexto, y se promuevan los estilos de vida saludable.

Debido a que no se cuenta con suficientes estudios de alcance municipal sobre el fenómeno adherencia al tratamiento y autoestima, la presente investigación es conveniente para afianzar un mayor conocimiento respecto al tema.

Por otra parte, la investigación contribuye a la ampliación de factores de riesgo que interfieran con la correcta adherencia al tratamiento en pacientes con DM tipo II.

La investigación tiene una utilidad metodológica ya que permitiría la implementación de nuevos modelos de cuidado de enfermería que permitan visualizar al paciente como un ser en su totalidad y así disminuir los altos costos que se generan a raíz del rechazo al tratamiento.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes es una enfermedad crónica que se desencadena cuando se presentan niveles elevados de glucosa en la sangre, debido a que el organismo deja de producir o no produce suficiente cantidad de insulina o no logra utilizarla de modo eficaz. La hiperglucemia resultante, de no controlarse provoca complicaciones discapacitantes como: Enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, ceguera, insuficiencia renal y amputación de extremidades inferiores (6).

En la actualidad se estima que 500 millones de personas en el mundo viven con diabetes. Los países de ingresos bajos y medios soportan casi el 80% de la carga económica de esta enfermedad. Según el atlas de la federación mundial de la diabetes, en Centro y Sur América se espera que para el 2045 se presente un crecimiento de 26 a 42 millones de personas con diabetes, correspondiente a un incremento del 62%. Según los datos recolectados por la cuenta de alto costo sobre las patologías precursoras de la insuficiencia renal crónica, en los últimos cinco años en Colombia la prevalencia de la diabetes ha mostrado un crecimiento de 1,3 a 2,2 casos por cada 100 habitantes y la incidencia ajustada por la edad para el 2017 fue de 1,8 casos por cada 1000 habitantes con un promedio de edad de 59 años en las personas con nuevo diagnóstico (2).

El más reciente informe del Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo advierte que en el 2017 se reportaron en el Huila 54.621 casos de solo hipertensión arterial, de esta cifra, 33.997 se registraron en Neiva; 7.691 casos solo de diabetes mellitus; y 19.845 casos de hipertensión y diabetes mellitus, por encima de Tolima, Norte de Santander y Caldas (7).

El Huila, además, ocupa el tercer lugar junto con otros tres departamentos, de más prevalencia de diabetes. De las 1.099.471 personas diabéticas que habitan Colombia, 692.225 residen en las ciudades capitales, con una prevalencia ajustada a 3 casos por cada 100 habitantes. Neiva con 4,3%(14.073), Bucaramanga con 4,1%(23.583), y Cartagena con 3,9%(36.664) son las ciudades con las prevalencias más elevadas del país (7).

Según indica este estudio, en la capital del departamento del Huila se han incrementado los casos de insuficiencia renal, hipertensión arterial y diabetes mellitus, y en relación con otras ciudades, Neiva ocupa los primeros lugares entre las ciudades del país con más prevalencia de estas patologías (7).

La diabetes es un problema que genera costos altamente significativos y crecientes, que incide por igual en los diferentes grupos de edad, sin distinción de género, clase, contexto geográfico y cultural. Los costos que genera la diabetes se derivan principalmente de la atención hospitalaria y ambulatoria, del acceso y costo regular de la insulina y otros medicamentos, así como del monitoreo diario de la enfermedad, los costos relacionados con la discapacidad concomitante, el requerimiento de ayudas técnicas y la disminución de la calidad de vida, pueden llegar a consumir la mitad del ingreso disponible promedio de una familia y gran parte de los recursos del sistema de salud, situación que deja claro que la diabetes genera más gasto por sus complicaciones que incluso, por las acciones centradas en el diagnóstico y los medicamentos para la atención de la misma.

Se conoce que 1 de cada 2 personas que actualmente viven con diabetes no la tienen diagnosticada y solo 1 de cada 4 miembros de las familias tienen acceso a programas de educación (8).

Se ha determinado que para lograr estudiar los niveles de adherencia al tratamiento de la diabetes, se han de tomar en cuenta factores específicos tales como: Nivel sociodemográfica, grado escolar y educación brindada de los programas de control; sin embargo, se ha obviado otro factor como es la característica propia del individuo, más concretamente como lo es su autoestima, donde se ha evidenciado que ha mayor autoestima del individuo en conjunto con el conocimiento de la enfermedad, se correlaciona con mayor adherencia al tratamiento de la misma.

Por lo que se plantea la pregunta ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento y la autoestima en pacientes diagnosticados con diabetes en las ESE de primer nivel de Neiva durante el segundo periodo del 2019?

3. ANTECEDENTES

La no adherencia en los tratamientos crónicos es un problema universal y real que afecta la efectividad de los mismos, generando el deterioro de la salud y un aumento en la inversión sanitaria (11), existen diversos factores que influyen en el no cumplimiento del tratamiento farmacológico en enfermedades como la Diabetes mellitus 2, entre los que se hallan: factores relacionados con el fármaco, relacionados con la enfermedad, relacionados con el personal sanitario y aquellos relacionados directamente con el paciente (12), siendo estos últimos de gran importancia para el desarrollo del actual trabajo investigativo, pues se ha logrado evidenciar que factores como la depresión o la existencia de trastornos cognitivos, influyen directamente con el incumplimiento terapéutico. A continuación, se ratifica la idea expuesta con el estado del arte, sin embargo, se evidencia un limitado conocimiento entre la correlación expuesta en la presente investigación.

En el año 2011 en la Universidad Mayor de San Marcos, de Perú, la estudiante de psicología Lissete Angie Portilla García presenta su trabajo de investigación “Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus y sin adherencia al tratamiento” en donde estudió las diferencias existentes entre la calidad de vida y el auto concepto en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento, empleando un diseño descriptivo comparativo y un muestreo no probabilístico de tipo intencional obtuvo una muestra de 56 pacientes de ambos sexos, cuyas edades fluctuaron entre 43 y 87 años, con Diabetes Mellitus tipo 2. Los instrumentos utilizados fueron: El cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus, el cuestionario Auto concepto Forma 5, la Ficha de Salud para la Adherencia al tratamiento y los datos personales del paciente. A través de los resultados obtenidos por las encuestas, como conclusión del estudio se

determinó que aquellos pacientes que mejor se adhieren al tratamiento son, en quienes se observa una puntuación mayor de calidad de vida y autoconcepto, evidenciándose una correlación positiva entre las variables estudiadas (13).

En el mismo año, en Barcelona, bajo la dirección del Centro de Investigación Biomédica en Red Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), fue publicado el artículo "Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain" cuyo enfoque cuantitativo de corte transversal, permitió la realización de un muestreo por grupos, en donde se seleccionaron al azar cinco mil setenta y dos participantes en 100 grupos con una probabilidad proporcional al tamaño de la población. La tasa de participación fue del 55.8% y se encontró que alrededor del 30% de la población participante padecía de algún trastorno de carbohidratos. La prevalencia general de diabetes mellitus ajustada por edad y sexo fue del 13.8%, en donde aproximadamente la mitad tenía diabetes desconocida. Con el estudio se evidencio que la prevalencia de diabetes y la alteración de la regulación de la glucosa aumentaban significativamente con la edad, y evidentemente fue mayor en los hombre; el estudio muestra, por primera vez, las tasas de prevalencia de diabetes y alteración de la regulación de la glucosa en una muestra representativa de la población española (14).

En el año 2014, en Chile, Veliz-Rojas y Mendoza-Parra, desarrollaron un estudio de tipo cuantitativo y transversal cuya muestra estuvo constituida por 257 personas con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemias. En los resultados se observó que las conductas en salud reflejan una baja adherencia terapéutica, debido a que sólo el 1.5% de la muestra obtuvo un puntaje máximo y se encontró que aproximadamente el 22.6% de la muestra tenía control de la enfermedad. Como conclusión se resalta que el adecuado manejo de los factores de riesgo cardiovasculares constituye un complejo conjunto de interacciones, que

de no ser posible su aplicación se evidenciaría un aumento en la prevalencia de morbilidad de las patologías estudiadas (15).

Terechenko y Geymonat (2015) (16), realizaron un estudio descriptivo, transversal, prospectivo con pacientes diagnosticados con DM2. En el estudio se utilizó una muestra de 100 individuos y se aplicaron 2 encuestas, una guiada a la valoración de la adherencia al tratamiento, integrada por preguntas cerradas del test de Morisky, y otro cuestionario realizado por los autores para valorar los objetivos planteados por los mismos, para evaluar la enfermedad diabetes por sí misma, en los resultados se encontró que un 56% de los encuestados dice tener una buena adherencia al tratamiento farmacológico, concluyendo que el mayor inconveniente presente en esta población es la falta de hábitos saludables. Es parte de la función de los Médicos de Familia la educación activa de esta población con relación a éstos y en la adherencia a los tratamientos farmacológicos.

Cruz JF e Hipólito-Loenzo (2016) (17), realizaron una encuesta transversal a 101 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Se utilizó el test de Morinsky-Green Levine para adherencia; el test de Holmes-Rae para estrés y el test de Zung para depresión. En el estudio se determinó que 65% de los pacientes presentó estrés, 26% depresión y en el 82% se encontró falta de adherencia al tratamiento. El estrés estuvo asociado al descontrol glucémico y a la falta de apego al tratamiento y a su vez, la falta de adherencia al tratamiento se encontró asociada al descontrol glicémico. En conclusión, Los factores emocionales juegan un papel importante en el control de la DM, en concreto la activación emocional en respuesta al estrés se considera uno de los principales actores implicados, por lo que el estrés y la depresión son factores que se asocian a un descontrol metabólico derivado en gran parte por el riesgo de falta de adherencia al tratamiento por olvido o descuido, la sintomatología depresiva puede afectar el control glucémico, favorecer la

disminución de la actividad física el aumento de la obesidad, y potenciar las complicaciones asociadas al daño del organismo.

Orozco y Mata Cases (2016) (18), valoraron “adherencia terapéutica, causas de incumplimiento, diagnóstico de la falta de adherencia y posibles intervenciones de mejoramiento”, se aplicó a 76 profesionales médicos y con experiencia en diabetes para poder definir el impacto y las causas de la falta de adherencia terapéutica en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), las posibles intervenciones para mejorarla y el papel de las distintas partes implicadas, se concluye que: la falta de adherencia en los pacientes con DM2 impide lograr el control terapéutico, aumenta las complicaciones y reduce la calidad de vida; la formación específica de los profesionales sanitarios y disponer de los recursos necesarios en la consulta es esencial para minimizar el impacto de la falta de adherencia terapéutica.

Oliveira y Trujillo (2017) (19), se realizó una investigación no experimental, descriptiva, con una muestra no probabilística en pacientes que cumplían criterios de inclusión; se aplicó el instrumento a 100 pacientes, durante el período de enero a julio del año 2016, edad promedio de $55,35 \pm 12,52$ años, predominaba el sexo masculino con 57%, y una tasa de adherencia a la medicación de $76,86\% \pm 32,1$. Un 63,33% de los pacientes refieren no conocer qué representa la hemoglobina glicosilada (HbA1c), así como la frecuencia de su determinación (96,67%). Se determinó buena relación entre el autocuidado y la tasa de adherencia al tratamiento, así como buen cumplimiento de la alimentación y medidas de auto monitoreo de glicemia. Tenían un nivel de conocimiento bajo respecto al test de HbA1c y las metas de buen control glicémico.

Bermúdez Camps (2018) (20), desarrollo un estudio descriptivo, de corte transversal y observacional, en 32 pacientes con diabetes tipo II. Muestra estimada por muestreo no probabilístico por conveniencia de acuerdo con la llegada voluntaria de los pacientes al servicio durante el período y su aceptación, El estudio encontró que en la muestra prevaleció el sexo femenino entre 40 y 60 años; el café el hábito más frecuente y el consumo de carbohidratos el hábito dietético más común. Prevalcieron los pacientes con sobrepeso alto, niveles de glicemia, colesterol y triglicéridos elevados. Las necesidades educativas identificadas fueron: cambios de estilos de vida y alimentación, desconocimiento sobre enfermedad y tratamiento y falta de adherencia al tratamiento. Se concluyó que las necesidades educativas identificadas apuntan hacia la necesidad de diseñar un programa educativo, que brinde apoyo a estos pacientes, evite las complicaciones de su enfermedad y mejore su calidad de vida.

Méndez y Hernández (2018) (21) , realizaron un estudio descriptivo correlacional, usando una muestra por conveniencia de 59 pacientes con diabetes tipo 2. Se midió la adherencia al tratamiento aplicando el cuestionario EATDM-II, El 71. 2 % de los pacientes tienen un nivel insuficiente de conocimientos de la enfermedad, la media de adherencia al tratamiento fue de 63.61%. El estudio permitió concluir que los pacientes tienen un nivel de conocimiento de la enfermedad insuficiente, a pesar de ello la adherencia al tratamiento fue satisfactoria.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar el nivel de adherencia al tratamiento y la autoestima de pacientes diagnosticados con DM tipo II en la ESE Carmen Emilia Ospina de Neiva durante el segundo periodo del año 2019.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la enfermedad por parte de los pacientes diagnosticados con diabetes.

Describir el nivel de autoestima de los pacientes diagnosticados con DM tipo II.

Correlacionar el nivel de adherencia y la autoestima de los pacientes diagnosticados con DM tipo II.

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1. DIABETES

Para el presente estudio se tomará la definición del concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de diabetes como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos; se subdivide en: Diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional (22).

5.2. DIABETES TIPO 2

En la diabetes de tipo 2 puede no haber síntomas durante años o décadas antes del diagnóstico. Los síntomas son leves. Al principio, el aumento de la micción y de la sed es leve, pero empeora de forma gradual a lo largo de semanas o de meses. Finalmente, se siente una fatiga extrema, es probable que la visión sea borrosa y puede haber deshidratación (23) .

Síntomas: La hiperglucemia o elevación de los niveles de azúcar en sangre es la responsable directa de los síntomas típicos de la diabetes: Necesidad de orinar con mucha frecuencia (poliuria), tener mucha sed (polidipsia) tener mucha hambre (polifagia). También suele aparecer debilidad, pérdida de peso y molestias

digestivas. No obstante, la diabetes mellitus tipo 2 puede no presentar síntomas durante años y diagnosticarse por un análisis de forma casual(24).

Diagnóstico: El diagnóstico definitivo para la diabetes se logra a través de los siguientes exámenes clínicos:

Glucemia en ayunas: Se diagnostica diabetes si el nivel de glucosa en ayunas es mayor a 126 mg/dl (7.0 mmol/L) en dos exámenes diferentes. Los niveles entre 100 y 126 mg/dl (5.5 y 7.0 mmol/L) se denominan alteración de la glucosa en ayunas o prediabetes. Dichos niveles son factores de riesgo para la diabetes tipo 2.

Examen de hemoglobina A1c (A1C). Lo normal es menos de 5.7%, prediabetes es entre 5.7% y 6.4%, y diabetes es 6.5% o más alto.

Prueba de tolerancia a la glucosa oral. Se diagnostica diabetes si el nivel de glucosa es superior a 200 mg/dl (11.1 mmol/L) luego de 2 horas de tomar una bebida azucarada (esta prueba se usa con mayor frecuencia para la diabetes tipo 2) (25).

Tratamiento: El manejo de la diabetes se basa en cambiar estilos de vida insanos por uno basado en dieta y ejercicios en conjunto con un tratamiento farmacológico para regular los niveles de glucosa en sangre, por tanto, dentro del régimen no farmacológico se encuentra la adopción de ejercicios aeróbicos, consumo de alimentos ricos con proteínas, lacteos “dietéticos”, productos elaborados con harinas integrales, etc. Y dentro del tratamiento farmacológico, se encuentra el uso de antidiabéticos orales e insulinas inyectables para el mantenimiento adecuado de glucosa (26).

Complicaciones: Cuando los niveles de glucosa se desregulan aparecen complicaciones sistémicas en el organismo, de las cuales se tienen: Nefropatías diabéticas, retinopatías diabéticas, pie diabético, hipertensión arterial, dislipidemias, neuropatías diabéticas y enfermedades coronarias, generando complicaciones discapacitantes parciales o totales (26).

5.3. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Se infiere por adherencia al tratamiento como el nivel de coincidencia entre comportamiento de un paciente y el programa de tomas de medicamentos, plan alimenticio y estilo de vida prescrito por los profesionales de la salud que le atienden (27). La Organización Mundial de la Salud en su informe sobre tratamientos a largo plazo, adopta y promueve el término de adherencia al tratamiento (28).

Los métodos disponibles para medir la adherencia se clasifican en métodos directos, como la observación de las tomas y la determinación de los fármacos, sus metabolitos o sustancias trazadoras en sangre y fluidos, y en métodos indirectos, como la entrevista personalizada, escalas de auto informe, autor registros de tomas, recuento de la medicación sobrante y control de la caja de dispensación de pastillas (29).

Las escalas tienen la ventaja de su rapidez y versatilidad. Entre las escalas de auto informe para evaluar la adherencia al tratamiento medicamentoso destaca la de Morisky, Green y Levine (30). Se trata del instrumento más usado en investigación y clínica, siendo aplicado a muy diversas enfermedades crónicas, como la diabetes (31).

5.4. AUTOESTIMA

La autoestima ha tenido muchas definiciones a lo largo de la historia de la psicología, una de ellas la define como: “La capacidad que tiene la persona de valorarse, amarse, apreciarse y aceptarse a sí mismo” o “El conjunto de las actitudes del individuo hacia mismo (Burns)”(32).

La autoestima está relacionada con muchas formas de conducta. Las personas con una autoestima elevada suelen reportar menos emociones agresivas, negativas y menos depresión que las personas con una autoestima baja. De modo similar, las personas con una autoestima elevada pueden manejar mejor el estrés y cuando son expuestas al mismo, experimentan menos efectos negativos en la salud (33).

Tipos de autoestima:

Autoestima Alta (Normal): La persona se ama, se acepta y se valora tal cual es.

Autoestima Baja: La persona no se ama, no se acepta y no se valora en sus cualidades.

Autoestima Inflada: La persona se ama más que a los demás y valora exageradamente sus cualidades (32).

Factores Importantes en el desarrollo de la autoestima:

Resiliencia: Es un concepto difundido en los programas preventivos, es la capacidad que tiene el ser humano de crecer y desarrollarse en medio de factores adversos, para madurar como ser adulto competente y sano pese a los pronósticos desfavorables.

Valores: Los valores constituyen la estructura del pensamiento, con ellos cada persona diferencia lo que está bien y lo que está mal; ayuda a tomar decisiones con base en los hechos y no en las presiones externas. El comportamiento coherente está impregnado por los valores de la persona. Así se evita caer en contradicciones (32).

6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	MEDICIÓN DE VARIABLE	INDICADOR
Edad	Cuantitativa	Intervalo	<ul style="list-style-type: none"> • 30-40 años. • 41-50 años. • 51-60 años. • 61-70 años.
Genero	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino. • Masculino.
Estado Civil	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero. • Casado. • Divorciado. • Viudo. • Unión libre.
Lugar de residencia	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Zona urbana. • Zona rural.
Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna. • Primaria incompleta. • Primaria completa. • Secundaria incompleta. • Secundaria completa. • Educación técnica o tecnológica.

			<ul style="list-style-type: none"> • Educación universitaria. • Pregrado.
Ocupación	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de Casa. • Obrero. • Técnico. • Profesional. • Desocupado. • Jubilado.
Tiempo de Evolución de la Enfermedad	Cuantitativa	Intervalo	<p>Cuestionario de Conocimiento de la Enfermedad-Revisión de historia clínica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 – 2 años. • 3 – 5 años. • 6 – 10 años. • Más de 10 años.
Régimen Terapéutico.	Cualitativa	Nominal	<p>Entrevista centrada en la enfermedad – Revisión de historia clínica.</p> <p>-Modalidades:</p> <p>Dieta, tratamiento farmacológico con hipoglucemiantes.</p> <p>Tratamiento farmacológico con hipoglucemiantes.</p> <p>Ajustes en el estilo de vida.</p> <p>-Dosificación:</p>

			<p>Mono dosis.</p> <p>Multidosis.</p>
Adherencia Terapéutica.	Cualitativa	Nominal	<p>Cuestionario de factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.</p> <p>Puntuación obtenida en ventaja para adherencia 38-48, en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia 29-37 y no pueden responder con comportamientos de adherencia < 29</p>
Autoestima.	Cualitativo	Ordinal	<p>Escala de autoestima de Rosemberg.</p> <ul style="list-style-type: none"> •De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal •De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima grave, pero es conveniente mejorarla •Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

7. DISEÑO METODOLOGICO

7.1. TIPO DE DISEÑO

Se propone un estudio cuantitativo debido a que es medible a través de la descripción de tendencias y patrones, evalúa variaciones, identifica diferencias y mide resultados. Se propone de tipo descriptivo porque está diseñado para describir la distribución de variables, sin considerar hipótesis. Se utilizará la recolección de datos a través de encuestas, analizadas de forma numérica para medir la adherencia al tratamiento y el nivel de autoestima en el paciente diabético, describiendo la tendencia de la población estudiada, además se correlacionará con variables sociodemográficas.

El estudio es de corte trasversal ya que se estudiará la prevalencia de la diabetes en una muestra de la población de riesgo cardiovascular en un determinado momento, sin necesidad de hacer un seguimiento a los individuos participantes.

Dicho estudio es correlacional por la medición y asociación que tendrían las variables de Nivel de adherencia al tratamiento y nivel de autoestima.

7.2. MUESTREO Y TIPO DE MUESTREO

Se empleó un muestreo por conveniencia debido que se manejaba una población demasiado grande para ser evaluada por un solo investigador y también por la facilidad de acceso y disponibilidad de los pacientes para poder obtener una muestra adecuada en el intervalo de tiempo necesario para la investigación; la

muestra está conformada por una muestra de 59 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

7.2.1. Criterios de inclusión.

Personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, en un período mayor a 6 meses

Residentes en la ciudad de Neiva

Inscritos al programa de riesgo cardiovascular de la ESE Carmen Emilia Ospina

Aceptación a participar de manera voluntaria.

7.2.2. Criterios de exclusión.

Personas que presenten alguna discapacidad mental anexada en la historia clínica, que sea de difícil acceso a responder preguntas y personas.

7.3. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se utilizarán dos instrumentos para recolectar información, validados para su aplicación en Colombia; uno para medir la adherencia al tratamiento y otro para medir la autoestima en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II. El primer instrumento

se titula “Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular” y ha sido diseñado por Bonilla y De Reales en el año 2006, con un alfa de Cronbach fue de 0.60, lo cual se considera un instrumento estadísticamente significativo (28).

El instrumento está conformado por 24 ítems tipo Likert con tres criterios: nunca, a veces, y siempre. Están distribuidos en 4 dimensiones: dimensión I (Factores socioeconómicos) preguntas 1 a 6; dimensión II (Factores relacionados con el proveedor) preguntas 7 a 14; dimensión III (Factores relacionados con la terapia) preguntas 15 a 20; dimensión IV (Factores relacionados con el paciente) preguntas 21 a 24 (28). Los sujetos pueden clasificarse según puntuación obtenida en ventaja para adherencia 38-48, en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia 29-37 y no pueden responder con comportamientos de adherencia < 29 (29).

El segundo instrumento llamado “Escala de autoestima de Rosemberg”, tiene por objeto medir la autoestima general de los individuos. Con 10 ítems; los elementos 1, 3, 4, 5, 7 y 10 son positivos y los elementos 2, 6, 8 y 9 son negativos. El cuestionario tiene una escala de respuesta Likert en la que los elementos se contestan en una escala de cuatro puntos (1 = Muy en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = De acuerdo, 4 = Muy de acuerdo). La puntuación total por lo tanto varía de 10 a 40 puntos; Las puntuaciones más altas indican una buena autoestima.

Interpretación del instrumento de autoestima: De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A y D se puntúan de 1 a 4.

- De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal

- De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima grave, pero es conveniente mejorarla
- Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima (31).

7.4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para el desarrollo de este proyecto se solicitó a la ESE Carmen Emilia Ospina de Neiva la base de datos de los pacientes diabéticos inscritos con cita para el segundo semestre del año 2019, y posteriormente, se realizó la filtración de los pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión que se tienen establecidos para el proyecto; una vez establecido lo anterior, se procedió a ir al lugar de las consultas donde los pacientes tenían su control y esperar a su finalización para abordar al paciente e informar sobre la investigación y obtener su consentimiento firmado para la realización de la misma. A los pacientes que tenían programada su cita de control y no asistieron, se les comunicó por vía telefónica para poder informar sobre la investigación y acordar una visita domiciliaria, si su respuesta fuese afirmativa para aplicar los instrumentos de investigación, que son el instrumento de Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de Claudia Patricia Ibañez y el Test de autoestima de Gómez-Lugo.

7.5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se agrupará la información en Excel y se analizarán los datos con el software Stata versión 14. Se emplearán estadísticos como tablas de frecuencia, medidas de tendencia central, correlación de Pearson y Spearman para el análisis.

7.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según el artículo 4 de la Resolución N° 8430 de 1993 del Ministerio de salud (Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud), la investigación para la salud, comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- Al conocimiento de los procesos biológicos y sociológicos en los seres humanos.
- Al conocimiento entre las causas de la enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- A la prevención y los problemas de salud.

Entre otras acciones, estas son las elegidas para llevar a cabo el desarrollo de la investigación, siendo está clasificada según el artículo 11 de la misma resolución, en la categoría de investigación descriptiva sin riesgo.

Las conductas poco éticas carecen de lugar en esta práctica investigativa por lo tanto deben ser identificadas y erradicadas por esta razón se mantiene el respeto por los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad estipulados en la Ley 911 de 2004, que adecua las disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones, y bajo la Ley estatutaria 1581 de 2012, se garantiza la protección de los datos personales que la persona o sujeto de investigación llegase a conferir.

La participación de los individuos en el proceso de investigación será de decisión libre y autónoma y estará ligada a la aprobación directa de los formatos de consentimiento informado, disentimiento y acuerdo de confidencialidad, los cuales se elaboraran siguiendo la norma estipulada y manteniendo el marco de dignidad, integralidad y respeto por sus derechos. De aquí parte la responsabilidad de explicar detalladamente los términos y condiciones del proyecto, de tal forma que los participantes entiendan los propósitos, el sentido del trabajo y la forma como se llevara a cabo su divulgación.

Según el artículo 14 de la Resolución N° 8430 de 1993 del Ministerio de salud (Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud), se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo escrito, en el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

8. RESULTADOS

8.1. DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA MUESTRA

Participantes con un rango de edad entre los 55 y 75 años (54%), seguido por el grupo de edad comprendido entre los 35 y 55 años (34%) y por último con un grupo de edad de 75 y 95 años (7%) (Ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución porcentual de los participantes en el estudio, según edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
35 a 55 años	20	34%
55 a 75 años	32	54%
75 a 95 años	7	12%
TOTAL	59	100%

Fuente: Elaboración propia

Grupo perteneciente principalmente al género Femenino con el 59%, en menor proporción al género Masculino con el 41%. Es importante resaltar que por lo general las mujeres acuden con mayor frecuencia a los programas de tratamiento que los hombres, y esto puede explicarse por la ocupación de ellas, esto permite flexibilidad en el manejo del tiempo (ver tabla 2).

Al analizar el estado civil de los participantes se encontró que predominan los casados con el 43%, seguido por los solteros con el 25%, personas en unión libre con el 17%, viudos con el 10% y separado con el 5% (ver tabla 2).

En cuanto a la ocupación, se encontró que el 39% de los participantes son trabajadores (as), el 36% se dedican a actividades del hogar y el 25% restantes son cesantes (ver tabla 2).

Con referencia al nivel educativo se observa que el 41% con estudios de básica primaria, el 27% estudios secundarios, el 20% estudios universitarios y el 12% no sin estudios (ver tabla 2).

Según área de residencia, podemos afirmar que el 93% reside en zona urbana y el 7% restante en zona rural (ver tabla 2).

Tabla 2. Distribución de pacientes según características sociodemográficas

VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA	n	%
1. SEXO		
Hombre	24	41
Mujer	35	59
2. ZONA DE RESIDENCIA		
Urbana	55	93
Rural	4	7
3. OCUPACIÓN		
Trabajador (a)	23	39
Cesante	15	25

Ama de casa	21	36
<hr/>		
4. ESTADO CIVIL		
<hr/>		
Casado	25	43
Viudo	6	10
Soltero	15	25
Separado	3	5
Unión libre	10	17
<hr/>		
5. ESCOLARIDAD		
<hr/>		
Analfabeta	7	12
Primaria	24	41
Secundaria	16	27
Universitario	12	20
<hr/>		

Fuente: Elaboración propia

8.2. RESULTADOS GENERALES DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La mayoría de los participantes presentan ventaja de adherencia al tratamiento con el 58% lo que indica que estos pacientes siguen las indicaciones y presentan comportamientos de adherencia buenos, seguido por el 42% que se ubicaron en riesgo de no adherencia, lo que muestra que el compromiso en general de los pacientes con el tratamiento (Tabla 3).

Tabla 3. Resultados generales de adherencia al tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo II

Adherencia al tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
En ventaja de adherencia (85-106 puntos)	34	58%
En riesgo de no adherencia (64-84 puntos)	25	42%
Comportamientos de no adherencia (63 o menos puntos)	0	0%
Total	59	100%

Fuente: Elaboración propia

8.2.1. Resultado de adherencia al tratamiento por dimensión.

Factores socioeconómicos: Según los participantes, los factores económicos siempre (54%) generan implicaciones en el proceso de adherencia al tratamiento. En ese sentido; el (59%) manifestaron que nunca pueden costearse los medicamentos; algunas veces (31%) cuentan con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta; los cambios en la dieta siempre (49%) se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados; reconocen que a pesar de los costos para conseguir los medicamentos y seguir recomendaciones siempre (88%) vale la pena hacerlo pues siempre (69%) cuentan con el apoyo de su familia o personas allegadas para dar cumplimiento a su tratamiento; finalmente reconocen que siempre (81%) el contacto con otras personas o grupos que están tratando de mejorar su salud le sirven como ejemplo.

Factores relacionados con el proveedor: A nivel general, la formación y el apoyo por parte del equipo de salud es siempre (66%) bien percibido por los pacientes que asisten al tratamiento. Debido a que, los pacientes nunca (76%) tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas; y se debe a que siempre (97%) las personas que los atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento; siempre (92%) reciben información sobre los beneficios de los medicamentos recetados; siempre (93%) el equipo de salud dan explicaciones con palabras de fácil comprensión por el paciente y su familia; siempre (97%) reciben el trato que esperan y nunca (81%) el cambio frecuente de medicamentos los confunde.

Factores relacionados con la terapia: Con el (86%) la mayor parte de los participantes manifestaron que siempre tienen forma de distinguir los diferentes medicamentos para no confundirlos; nunca (83%) suspenden el tratamiento cuando mejoran sus síntomas; nunca (76%) piensan que algunos de los medicamentos, le crean dependencia; están convencidos que el tratamiento siempre (86%) es beneficioso y por eso sigue tomándolo, considerando que siempre (88%) los medicamentos que toma actualmente alivian los síntomas; finalmente creen conveniente para la salud siempre (90%) controlar el peso, mediante la dieta y el ejercicio.

Factores relacionados con el paciente: En general los participantes siempre (90%) se interesan por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse, pues creen que son los principales responsables de seguir con el cuidado de su salud (95%) y que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud (93%); nunca (44%) sienten angustia por las dificultades para manejar su enfermedad, ni discriminación (75%) por parte de su familia a causa de sus tratamientos y recomendaciones que tiene que seguir (Ver tabla 4).

Tabla 4. Resultados de adherencia al tratamiento por dimensión

Factores		Nunca		A veces		Siempre	
No.	Dimensión I (Factores socioeconómicos)	F	%	F	%	F	%
1	Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas: (alimentación, salud, vivienda, educación.)	12	20	23	39	24	41
2	Puede costearse los medicamentos.	35	59	7	12	17	29
3	Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta.	9	15	18	31	32	54
4	Cuenta con permisos laborales para asistir a sus citas.	3	5	3	5	53	90
5	Reconoce que a pesar de los costos para conseguir los medicamentos y seguir recomendaciones vale la pena hacerlo.	5	8	2	3	52	88
6	Los cambios en la dieta, se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados.	21	36	9	15	29	49
7	Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.	16	27	4	7	39	66
8	Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento.	10	17	8	14	41	69
9	Las relaciones entre los miembros de la familia que viven con usted lo desaniman para seguir los tratamientos.	45	76	10	17	4	7
10	Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.	43	73	12	20	4	7
11	El contacto con otras personas o grupos que están tratando de mejorar su salud le sirven de ejemplo.	6	10	5	8	48	81
12	Los que le ayudan saben qué tan grave es la enfermedad y su tratamiento.	11	19	0	0	48	81
13	Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas.	33	56	12	20	14	24

14	Comparte con otras personas sus preocupaciones y estos lo animan a seguir su tratamiento.	9	15	8	14	42	71
No.	Dimensión II (Factores relacionados con el proveedor)	F	%	F	%	F	%
15	El trato del médico y las enfermeras lo anima a volver a sus controles.	0	0	1	2	58	98
16	El personal de enfermería le enseña y da recomendaciones escritas sobre sus tratamientos.	3	5	5	8	51	86
17	La información verbal de parte del médico es detallada y precisa.	0	0	4	7	55	93
18	Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.	45	76	11	19	3	5
19	La institución a la que consulta muestra desorganización en la atención que le brinda.	48	81	6	10	5	8
20	Las personas que lo atienden se ven demasiado ocupadas para escucharlo por mucho tiempo.	56	95	1	2	2	3
21	Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.	1	2	1	2	57	97
22	Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.	0	0	2	3	57	97
23	Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico.	4	7	1	2	54	92
24	Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias.	4	7	1	2	54	92
25	En el caso que usted fallara en su tratamiento su médico y enfermera entenderían sus motivos.	9	15	21	36	29	49
26	Conoce por medio escrito que señala fecha, horario y lugar del próximo control.	4	7	2	3	53	90
27	El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden.	2	3	2	3	55	93
28	Cuando le cambian el médico que lo atiende, esto lo confunde.	40	68	5	8	14	24

29	El cambio frecuente de medicamentos lo confunde.	48	81	4	7	7	12
30	Siente que no recibe atención de salud con la misma calidad que los demás.	45	76	8	14	6	10
31	El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando.	7	12	1	2	51	86
32	El trato que recibe del personal médico y los demás es el que usted espera.	0	0	2	3	57	97
33	La institución de salud le da oportunidades de aprender a reconocer los riesgos que tiene y como modificarlos.	4	7	3	5	52	88
34	Conoce los riesgos que llevan a una persona a sufrir enfermedad cardiovascular.	11	19	8	14	40	68
35	Puede conseguir sus medicamentos de acuerdo al tipo de afiliación a la que pertenece.	0	0	1	2	58	98
No.	Dimensión III (Factores relacionado con la terapia)	F	%	F	%	F	%
36	Tiene forma de distinguir los diferentes medicamentos para no confundirlos.	4	7	4	7	51	86
37	Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento.	49	83	5	8	5	8
38	Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento.	45	76	12	20	2	3
39	Piensa que algunos de los medicamentos, le crean dependencia por eso no lo toma.	45	76	7	12	7	12
40	Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo.	3	5	5	8	51	86
41	Cree al igual que su familia que todo este tratamiento y cambios en sus costumbres son contrarios a su fe y sus valores.	43	73	8	14	8	14
42	Reconoce que vale la pena cumplir el tratamiento y las recomendaciones para mejorar su salud.	1	2	3	5	55	93
43	Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.	31	53	12	20	16	27
44	Cree conveniente para su salud controlar el peso, mediante la dieta y el ejercicio.	2	3	4	7	53	90

45	Los medicamentos que toma actualmente le alivian los síntomas	4	7	3	5	52	88
No.	Dimensión IV (Factores relacionados con el paciente)	F	%	F	%	F	%
46	Su enfermedad limita sus oportunidades de estar con otras personas.	51	86	4	7	4	7
47	Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo es sus hábitos.	2	3	7	12	50	85
48	Siente rabia con la enfermedad por las incomodidades que le produce	36	61	12	20	11	19
49	Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.	4	7	2	3	53	90
50	Se angustia y se siente desanimado por las dificultades para manejar su enfermedad.	26	44	17	29	16	27
51	Se siente discriminado o alejado de su familia o grupo a causa de los tratamientos y recomendaciones que tiene que seguir.	44	75	9	15	6	10
52	Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.	2	3	2	3	55	93
53	Cree que es usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud.	1	2	2	3	56	95

Fuente: Elaboración propia

8.3. INSTRUMENTO AUTOESTIMA

Se destaca los ítems 5 y 7 con las medias más altas (3,29 y 3,25 respectivamente) y el ítem 8 con la media más baja (1,95) en cuanto a la desviación estándar el ítem 4 presenta la más alta con (0,84) y el ítem 1 con la más baja (0,56) en general podemos afirmar que, los ítems presentaron variabilidad baja en respuesta, aunque siempre respecto a una distribución normal. En cuanto a la curtosis tenemos una distribución leptocurtica con valor $0,05 > 0$ lo que indica que los datos son

homogéneos con dispersión angosta, el coeficiente de asimetría obtenido es positivo equivalente a 0,52.

La correlación ítem-test fue significativa y superior a 0,5 en todos los ítems, con excepción del ítem 8 (Quisiera respetarme más a mí mismo/a) con -0,47, la correlación LSI-A fue positiva y significativa en todos los ítems con excepción del ítem 8 con -0,33. De este modo, se afirma que la correlación en la escala autoestima es lineal y directa (ver tabla 5).

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de los ítems de la Escala de Autoestima de Rosenberg

Factores	Media	Desviación Estándar	Asimetría	Curtosis	Correlación ítem-test	Alfa si se elimina el ítem	Correlación con LSI-A
En general estoy satisfecho/a conmigo mismo/a	3,17	0,56	-0,56	3,09	0,69**	0,68	0,65**
A veces pienso que no soy bueno/a para nada	2,83	0,76	-0,16	-0,36	0,53**	0,68	0,52**
Creo que tengo buenas cualidades	3,12	0,64	-0,51	1,08	0,64**	0,67	0,51**
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas	3,02	0,84	-0,75	0,30	0,53**	0,68	0,52**
Pienso que tengo muchas cosas de las cuales sentirse orgulloso/a.	3,29	0,67	-1,12	2,83	0,58**	0,69	0,50**
A veces me siento inútil	2,97	0,83	-0,49	-0,19	0,59**	0,69	0,50**

Creo que soy una persona igual de valiosa a la mayoría de la gente	3,25	0,73	-0,98	1,38	0,51**	0,68	0,50**
Quisiera respetarme más a mí mismo/a	1,95	0,68	0,74	1,59	-0,47	0,76	-0,33
Tiendo a pensar que soy un fracasado/a.	2,85	0,76	0,02	-0,73	0,65**	0,67	0,66**
Tengo una visión positiva sobre mí mismo/a	3,22	0,67	-0,99	2,50	0,68**	0,69	0,66**
TOTAL ESCALA	29,66	3,57	0,52	0,05	1	-	0,73**

Fuente: Elaboración propia

Podemos observar que los ítems de la escala se agrupan en tres factores, explicando el 66,028% de la varianza total de los puntajes obtenidos por los pacientes. La varianza explicada por cada factor luego de la rotación fue de 32,459% en el primer componente, de 21,037% en el segundo componente y de 12,532 en el tercer componente (Ver tabla 6).

Tabla 6. Varianza total explicada

Factor	Auto valores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	3,800	37,999	37,999	3,800	37,999	37,999	3,246	32,459	32,459
2	1,596	15,964	53,963	1,596	15,964	53,963	2,104	21,037	53,496
3	1,207	12,065	66,028	1,207	12,065	66,028	1,253	12,532	66,028
4	0,821	8,208	74,237						
5	0,701	7,014	81,250						
6	0,643	6,429	87,679						
7	0,433	4,329	92,008						
8	0,370	3,700	95,708						
9	0,256	2,557	98,265						
10	0,173	1,735	100,000						

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Fuente: Elaboración propia

La matriz de componentes rotados (Tabla 7) muestra los pesos que tiene cada ítem en el componente al que se asocia. Los ítems 1, 3, 5, 7, 8, 9, 10 se agrupan en el primer componente, para el segundo componente se agrupan los ítems 2 y 6, mientras para el tercer y último componente se agrupa solo el ítem 4. Lo anterior, concuerda con la direccionalidad de los ítems, donde el componente 1 tiene la mayoría de los ítems en sentido positivo respecto de la autoestima de los pacientes, el componente 2 corresponde a los ítems negativos y el componente 3 tiene 1 de los ítems positivos. La consistencia interna en general es expresada a través del alfa de Cronbach es de 0,713.

Tabla 7. Matriz de componentes rotados

Factores	Componente		
	1	2	3
En general estoy satisfecho/a conmigo mismo/a	0,780		
A veces pienso que no soy bueno/a para nada		0,606	
Creo que tengo buenas cualidades	0,740		
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas			0,665
Pienso que tengo muchas cosas de las cuales sentirse orgulloso/a.	0,646		
A veces me siento inútil		0,668	
Creo que soy una persona igual de valiosa a la mayoría de la gente	0,655		
Quisiera respetarme más a mí mismo/a		-0,658	
Tiendo a pensar que soy un fracasado/a.		0,674	
Tengo una visión positiva sobre mí mismo/a	0,461		

Método de extracción: análisis de componentes principales, Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser, (a) La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

Fuente: Elaboración propia

CORRELACIÓN PEARSON

Para la correlación de los datos se tomaron en cuenta los resultados individuales de los instrumentos. Teniendo en cuenta la tabla, se determina dos coeficientes, el de relación (r) y determinación (r^2). El coeficiente de relación arroja un valor de: 0,102289712, donde se obtiene una relación positiva; y el coeficiente de determinación arroja un valor de: 0,010463185 estableciendo una relación débil (tabla 8).

Tabla 8. Componentes Correlación Pearson

Puntuación Autoestima	Puntuación Adherencia	PunAutoestima * PunAdherencia	PunAutoestima ^ 2	PunAdherencia ^2
29	89	2581	841	7921
29	98	2842	841	9604
26	84	2184	676	7056
28	80	2240	784	6400
29	93	2697	841	8649
29	81	2349	841	6561
22	65	1430	484	4225
27	77	2079	729	5929
28	89	2492	784	7921
27	92	2484	729	8464
31	86	2666	961	7396
28	95	2660	784	9025
29	89	2581	841	7921
27	86	2322	729	7396
29	92	2668	841	8464
26	95	2470	676	9025
29	91	2639	841	8281
29	86	2494	841	7396
29	84	2436	841	7056
29	92	2668	841	8464
26	73	1898	676	5329

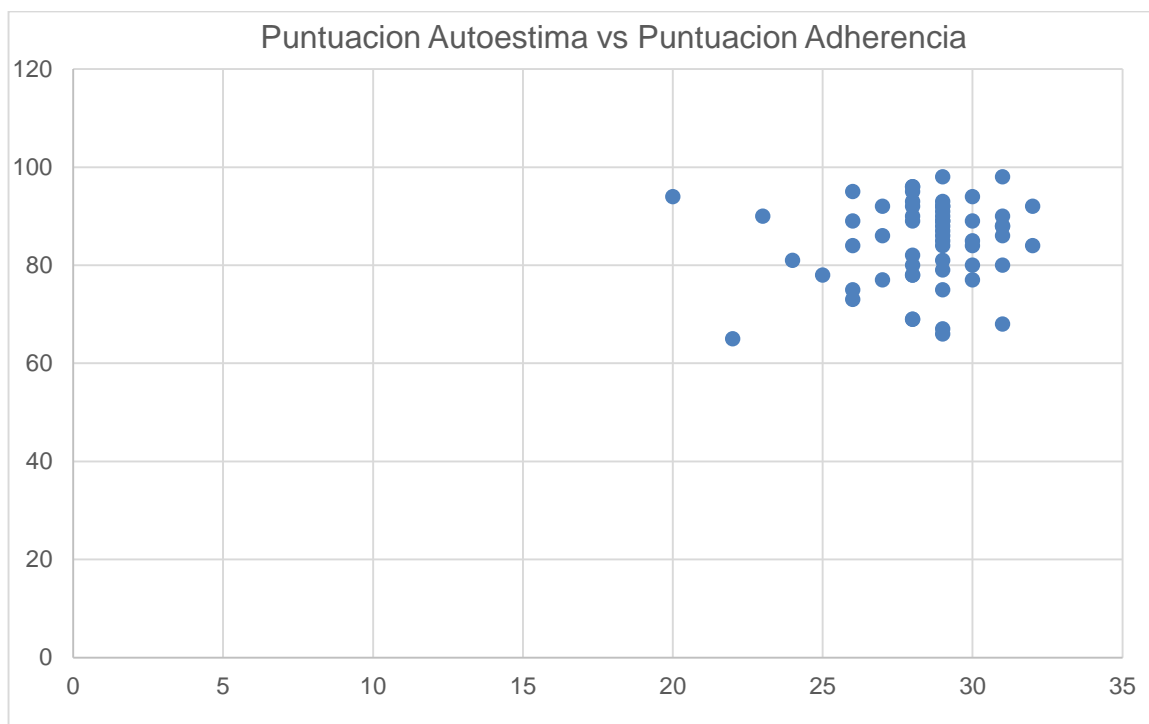
28	92	2576	784	8464
28	96	2688	784	9216
29	90	2610	841	8100
29	79	2291	841	6241
30	85	2550	900	7225
31	88	2728	961	7744
31	68	2108	961	4624
26	89	2314	676	7921
24	81	1944	576	6561
30	80	2400	900	6400
25	78	1950	625	6084
29	87	2523	841	7569
28	78	2184	784	6084
32	92	2944	1024	8464
30	94	2820	900	8836
28	96	2688	784	9216
30	89	2670	900	7921
26	75	1950	676	5625
29	67	1943	841	4489
28	69	1932	784	4761
29	66	1914	841	4356
28	90	2520	784	8100
29	88	2552	841	7744
29	75	2175	841	5625
20	94	1880	400	8836
30	77	2310	900	5929
31	88	2728	961	7744
31	80	2480	961	6400
29	85	2465	841	7225
30	84	2520	900	7056
31	98	3038	961	9604
28	78	2184	784	6084
28	69	1932	784	4761
28	93	2604	784	8649
32	84	2688	1024	7056
23	90	2070	529	8100

31	90	2790	961	8100
28	82	2296	784	6724
1672	5001	141839	47686	428121

Fuente: Elaboración propia

A partir de los datos agrupados en la tabla, se procede a realizar la gráfica, donde evidenciamos que hay una relación positiva, aunque débil, evidencia que a medida que aumenta el puntaje de autoestima, lo hace igualmente el de adherencia (gráfica 1).

Gráfica 1. Puntuación y correlación de instrumentos



Fuente: Elaboración propia

9. DISCUSIÓN

A partir de los hallazgos encontrados se acepta la relación que hay entre la autoestima y la adherencia al tratamiento, discutidas en el planteamiento del problema, junto con los factores que influyen en estos.

En relación a la adherencia terapéutica, el 42% de los participantes presentaban riesgo de no adherencia, siendo la dimensión socioeconómica la más afectada, coherente con los hallazgos de Bello y Montoya (34) donde los pacientes que presentaban menores ingresos económicos no eran capaces de costear lo necesario para su tratamiento.

En cuanto a las características sociodemográficas se encontró que las mujeres fueron el sexo más prevalente con un 59%, Martínez (35) identificó que sus pacientes se encontraban entre los 55 a 75 años de edad (54%), ubicándolos entre la mediana y la tercera edad, atributo que según el informe mundial de la OMS es considerado un factor de riesgo para el desarrollo de esta patología. En relación al estado civil se los participantes estaban casados (as) y ocupación principalmente ama de casa, según Rodríguez (36), los participantes con una relación estable y con oficios del hogar, bajos recursos económicos, se encuentran influenciados por factores culturales, el sedentarismo, los oficios caseros y hábitos alimenticios poco saludables, son factores que influyen en el incremento de los riesgos asociados a la enfermedad.

En la escolaridad se determinó que el 41% de los participantes tenían mínimo nivel de escolaridad la primaria, por el cual es un factor protector para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, los resultados de Dorado, Zegbe y Castañeda (37) estableció que el incumplimiento del régimen terapéutico de estos pacientes está en función con el bajo nivel de escolaridad.

Residencia en el área urbana principalmente, condición mixta de ventaja y desventaja para los habitantes de áreas urbanas por los centros asistenciales en el perímetro de su vivienda, pero desventaja por los costos que llevan el transportarse hasta sus centros asistenciales donde la población de objeto se encuentra en situación de vulnerabilidad económica. (34)

La dimensión socioeconómica incluye los factores económicos, sociales y culturales que influyen en la adherencia a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la Ese Carmen Emilia Ospina en el segundo semestre del 2019. Dicha dimensión presento mayores problemas de adherencia, donde el 59% de los participantes manifestaban no contar con la solvencia económica para costearse sus medicamentos, el 31% de ellos manifestaban tener problemas para trasladarse al lugar de la consulta, los cambios en la dieta el 49% de ellos manifestaba tener inconvenientes en el cambio de la misma por los altos costos que le generan

La dimensión relacionada con el proveedor: sistema y equipo de salud, en donde se evalúa el grado de entendimiento, comprensión y amabilidad que el personal brinda a los pacientes en la Ese Carmen Emilia Ospina del segundo semestre del 2019, donde a nivel general la gran mayoría de los pacientes (66%) siempre perciben una buena formación por parte del equipo del equipo de salud, evidenciando que no hay algún comportamiento de riesgo o desventaja de no adherencia al tratamiento influido por parte del equipo de salud, resultado que

asemeja al estudio de Ramos, Morejón y Gonzáles (38), por el cual establece que la calidad de atención médica influye de manera positiva para una correcta adherencia en los pacientes diabéticos.

En la dimensión de factores relacionados con la terapia, los participantes evidenciaron no tener dudas con respecto al manejo de su terapia, como lo vemos en el ítem donde un 83% de los participantes nunca suspenden el tratamiento cuando mejoran sus síntomas, dato relevante teniendo en cuenta que los pacientes ya acoplaron su enfermedad como un hecho crónico, lo cual genera un estilo de vida y tratamiento más estricto para el mantenimiento de su salud.

En la dimensión de factores relacionados con el paciente, se evidencia que los participantes siempre 90% se interesan por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse, dato que se convierte en un factor protector, debido a que por este interés se forma los conceptos necesarios para el autocuidado del mismo, actividad esencial para el control de la enfermedad, hecho que solo puede llevarse a cabo si va de la mano con los conocimientos sobre la enfermedad misma, adquiridos por el personal de salud, donde el estudio realizado por Ortega Oviedo, Stella; Berrocal Narváez, Neila; Argel Torres, Katiusca; Pacheco Torres, Kati (39) donde establecen que a menor grado de conocimientos que tengan los pacientes sobre su condición se relacionan con pésimas actividades de autocuidado y cumplimientos de metas saludables.

Referente a la autoestima de los participantes, se obtuvo a través del análisis de las encuestas establecidas para ellos, que su direccionalidad siempre fue en sentido positivo, apuntando a una autoestima moderada a alta, resaltando en este punto un dato importante, donde a los participantes que se les aplicaba la encuesta de adherencia al tratamiento respondían de forma positiva para el instrumento de

autoestima, hecho que concuerda con los hallazgos realizados por Peñaloza, Castro; Soto Barrera, Leticia Irene; Lucero Paola (40) donde establece que los pacientes diabéticos con una autoestima elevada tienen de igual forma una buena calidad de vida.

Sin embargo, estos datos no pueden extrapolarse y ser reduccionistas a la hora de identificar los factores emocionales que influyen en la adherencia al tratamiento, como bien lo demuestra el estudio realizado por Prisma Oraman, Javier; Gil Hernández, Victoria; Moreno Guzmán, Marisol (41) por el cual, se establece una relación entre la ansiedad y la depresión en los pacientes diabéticos del hospital comunitario Arsenio Filigrana Zubieta de Jonuta, Tabasco.

10. CONCLUSIONES

En esta investigación se identificó el nivel de adherencia al tratamiento y la autoestima de pacientes diagnosticados con DM tipo II en la ESE Carmen Emilia Ospina de la ciudad de Neiva durante el segundo periodo del año 2019, por el cual, a nivel general se evidencia que la población estudiada mostró buenos niveles tanto de adherencia como de autoestima. Dicha población presentó las siguientes características:

Ser adultos que comprenden las edades entre los 35 y 95 años de edad, donde el rango que abarca a la mayor población es aquel que comprende entre los 55 y 75 años (54%).

El grupo con género femenino abarcó mayor proporción de recolección de datos (59%) con respecto al masculino (41%), debido a la facilidad del manejo de tiempo con respecto a este grupo, el cual en su mayoría refieren tener como ocupación ser ama de casa o cesantes

En cuanto a su estado civil se presentó que los participantes en su mayoría se encuentran casados (43%), seguido por solteros (25%)

La ocupación que presenta la mayoría de los participantes es de ser trabajadores (39%) y actividades del hogar o ama de casa (25%).

En cuanto a los instrumentos, tenemos que por el primero que mide el nivel de adherencia al tratamiento, los participantes presentaron en su gran mayoría comportamientos en ventaja para adherencia (58%), seguido de comportamientos en riesgo de adherencia (42%), y ninguno presento comportamientos de no adherencia. Dicho lo anterior, se destacan los siguientes factores que influyen en la adherencia y no adherencia al tratamiento:

De acuerdo a los factores socioeconómicos, los participantes respondieron que siempre genera implicaciones en el proceso de adherencia (54%). De este factor, manifestaron el no poder costearse los medicamentos (59%); algunas veces cuentan con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta (31%); Los cambios en la dieta siempre se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados (49%), hecho importante teniendo en cuenta que la patología es esencialmente metabólica, por lo que las intervenciones educativas de alimentación debe atenderse de acuerdo a las condiciones socioeconómicas que presente la población

En cuanto a los factores relacionados con el proveedor, los participantes manifestaron recibir apoyo por parte del equipo de salud (66%), logrando destacar que siempre responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento (97%) y siempre reciben el trato que esperan (97%).

En cuanto los factores relacionados con el paciente, los participantes presentaron puntajes de ventaja de adherencia, puesto que en su gran mayoría, siempre se interesan por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse (90%), y creen que son los principales responsables de seguir con el cuidado de su salud (95%)

Con el instrumento de autoestima, se tiene en cuenta que ha mayor puntaje obtenido se obtiene mayor autoestima; sin embargo, se tiene en cuenta que hay ítems donde los puntajes son inversos. Dicho lo anterior, se determinó a través de un análisis interno de cada ítem lo siguiente:

Los ítems 5 (Pienso que tengo muchas cosas de las cuales sentirme orgulloso/a) y 7 (Creo que soy una persona igual de valiosa a la mayoría de la gente) Mantienen las medias más altas de los demás, siendo estos indicadores de autoestima media a elevada

El ítem 8 (Quisiera respetarme más a mí mismo/a) presentó la media más baja con respecto a los demás, siendo este indicador de una autoestima baja.

La direccionalidad de los ítems fue en sentido positivo, donde la mayoría de sus participantes obtuvieron puntajes elevados, evidenciando de esta forma que su autoestima se encuentra entre media a elevada.

Concluidos los análisis de los resultados obtenidos de los dos instrumentos, se obtuvieron los datos necesarios para poder correlacionarlos por medio de Pearson, y al realizar dicha operación, se obtuvo una relación positiva débil, esto debido en parte a la pequeña muestra que se manejó, sin embargo, a pesar de eso el comportamiento de los datos fue lineal, porque a medida que aumentaba el puntaje de autoestima lo hacía también el de adherencia, respondiendo de esta forma que sí hay correlación entre la influencia que tiene la autoestima del paciente para

desarrollar comportamientos de ventajas o desventajas de adherencia al tratamiento.

11.RECOMENDACIONES

Promover a los estudiantes de enfermería la importancia de la realización de un proyecto investigativo con la temática abordada en este, ya que la salud mental en la población adulta mayor es un tema poco abordado con respecto al tratamiento para su patología, en la ciudad de Neiva.

A la hora de realizar una investigación similar, que el comité de ética de la universidad como el técnico científico de la Ese, permitan mayor celeridad y flexibilidad en las respuestas para la consecución del proyecto.

El instrumento de adherencia al tratamiento idealmente podría ser más breve, ya que lleva mucho tiempo poder aplicarlo y los participantes, en su mayoría, no logran disponer del tiempo suficiente para reflexionar detenidamente las preguntas y responder adecuadamente las mismas.

Divulgar los resultados obtenidos del presente estudio entre los estudiantes y egresados del programa de enfermería; los primeros, para motivarlos a realizar un estudio similar y encontrar aspectos que fallan o faltan para poder otorgar una atención integral a estos pacientes, y los segundos con el fin de que puedan reflexionar en que aspectos pueden mejorar en el servicio para poder brindar la atención necesaria para estos pacientes.

Para la aplicación del instrumento de adherencia se recomienda no ser literal al instrumento, se tiene que manejar un lenguaje sencillo y breve, debido a que estos

pacientes en su gran mayoría no logran entender bien las preguntas debido a su bajo nivel educativo.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Enfermedades no transmisibles [Internet]. 2018. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Organización Mundial de la Salud. INFORME MUNDIAL SOBRE LA DIABETES. 2016.
3. Federación Internacional de Diabetes. ATLAS DE LA DIABETES DE LA FID [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 6]. Available from: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200121_121741_2408-IDF-A3-Global-factsheet-SP-final-210120.pdf
4. OMS. Perfiles de los países para la diabetes [Internet]. 2016 [cited 2020 Sep 6]. Available from: https://www.who.int/diabetes/country-profiles/col_es.pdf?ua=1
5. Redacción Diario del Huila. Cuidado con la diabetes [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 6]. Available from: <https://diariodelhuila.com/cuidado-con-la-diabetes>
6. David Cavan J da R, editor. Atlas de la DIABETES de la FID. Edición, S. Bruselas: International -diabetes Federation, 2015; 2015.
7. Machado A. ¿Qué está pasando con la salud de los neivanos? - LANACION.COM.CO. LA NACION. 2019 Jan;
8. Fundación para la Diabetes. Campaña 2018: Familia y Diabetes. 2018.
9. Agudelo, Marcela; Davila C. Carga de la mortalidad por diabetes mellitus en América Latina 2000-2011: los casos de Argentina, Chile, Colombia y México. ELSEVIER. 2014;29(3):172–7.

10. Osuna,Monica;Rivera C. Caracterización de la diabetes mellitus tipo 2 y el control metabólico en el paciente hospitalizado. ACTA MÉDICA Colomb. 2014;39(4).
11. Ibarra O, Ramón B, Verdugo M. Lo que debes saber sobre la ADHERENCIA al tratamiento. 2017.
12. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Atención Primaria. 2009 Jun;41(6):342–8.
13. Portilla L. Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento. [Lima]: Universidad Nacional Mayor San Marcos; 2011.
14. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. Diabetologia. 2012 Jan;55(1):88–93.
15. Veliz-Rojas L, Mendoza-Parra S, Barriga OA. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria. Enfermería Univ. 2015 Jan;12(1):3–11.
16. Biomedicina R, Soledad Terechenko Luhers N, Ana Elizabeth Baute Geymonat D, Nicolás Zamonsky Acuña J. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II. BIOMEDICINA. 2015;10(1).
17. Sánchez-Cruz JF, Hipólito-Lóenzo A, Mugártegui-Sánchez SG, Yáñez-González RM. Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Aten Fam. 2016;23(2):43–7.
18. Orozco-Beltrán D, Mata-Cases M, Artola S, Conthe P, Mediavilla J, Miranda C. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. ELSEVIER. 2016;48(6):406–20.

19. Oliveira V, Trujillo S. Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr . Ángel Larralde. 2017;33(1):24–34.
20. Fundación Pharmaceutical Care España. IBB, López AT, Hernández IR, Orozco ML, Pérez MG, Mera JF. Necesidades educativas de pacientes ambulatorios con diabetes tipo II atendidos en una Policlínica. Pharm Care España. 2018 Aug;20(4):292–312.
21. Méndez M, Concepción M. Conocimiento Y Adherencia Al Tratamiento En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Knowledge and Adherence To the Treatment in Patients With Diabetes Mellitus Type 2. 2018;(Dm):1–9.
22. OMS. Diabetes. Organización Mundial de la Salud. 2018.
23. Brutsaert E. Diabetes mellitus - Trastornos hormonales y metabólicos - Manual MSD versión para público general. MANUAL MSD. 2017.
24. Valle A. Diabetes Mellitus. Fundación Española del corazón .
25. Wisse B. Diabetes. MedlinePlus. 2018.
26. Roses, Mirta;Rosas J. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 ENTRAR. 2009.
27. Varela Arévalo, María Teresa Salazar Torres, Isabel Cristina Correa Sánchez D. Adherencia al tratamiento de la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. Acta Colomb Psicol. 2008;11(2):101–13.
28. OMS. ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS A LARGO PLAZO Pruebas para la acción Organización Mundial de la Salud 2004. Ginebra; 2004.
29. Peralta ML, Carbajal Pruneda P. Adherencia a tratamiento. Vol. 17, • Rev Cent Dermatol Pascua •. 2008.
30. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986 Jan;24(1):67–74.

31. Solán XN, Sorli Redó ML, García JV. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. Vol. 24, ANALES DE MEDICINA INTERNA AN. MED. INTERNA (Madrid). Madrid; 2007.
32. Martínez J. AUTOESTIMA. Liderazgo y Mercadeo.com.
33. Lyubomirsky S. Felicidad y autoestima: ¿Puede uno existir sin el otro? AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. 2004.
34. Escamilla NVB, Cáceres PAM. Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. GEROKOMOS [Internet]. 2016; Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n2/1134-928X-geroko-28-02-73.pdf>
35. Martínez JC. ¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2? GUÍA Actual EN DIABETES Mellit TIPO 2 [Internet]. 2016;24–6. Available from: http://www.diabetespractica.com/files/docs/guia_patxi_11_01_18.pdf#page=26
36. Rodríguez M M. Factores de riesgo de diabetes mellitus tipo 2 en población adulta. Barranquilla, Colombia. Revista Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo [Internet]. 2019;86–91. Available from: <http://revistaendocrino.org/index.php/rcedm/article/view/482/627>
37. Dorado Romo MA, Zegbe Domínguez JA, Castañeda Bañuelos JE. DETERMINANTES PSICOSOCIALES DE LA NO ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. Revista electrónica semestral en Ciencias de la Salud [Internet]. 2016;1–17. Available from: <https://revistas.uaz.edu.mx/index.php/ibnsina/article/view/30/23>
38. Ramos Rangel Y, Morejón Suárez R, Gonzáles Brito M. Percepción de los pacientes diabéticos tipo 2 acerca de la calidad y satisfacción con la atención médica en consulta. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2018;1–12. Available from: http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v34n2/a04_469.pdf

39. Ortega Oviedo S, Berrocal Narváez N, Argel Torres K, Pacheco Torres K. Vista de Conocimientos sobre la enfermedad y autocuidado de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2* [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 5]. p. 1–9. Available from: <https://revistas.unicordoba.edu.co/index.php/avancesalud/article/view/1848/2253>
40. Peñaloza C, Soto Barrera LI, Lucero P. Autoestima y Calidad de Vida en Adultos con Diabetes Mellitus tipo II en el Policlínico Metropolitano EsSalud Huancayo - 2018 [Internet]. Universidad Nacional del Centro del Perú. Universidad Nacional del Centro del Perú; 2019 [cited 2020 Sep 5]. Available from: <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/UNCP/5632>
41. May KM, Vázquez Hernández M, Prisma LE, Orama J, Gil Hernández LESPV, Marisol M, et al. Depresión y Ansiedad en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Hospital Comunitario de Jonuta, Tabasco “Arsenio Filigrana Zubieta.” *Eur Sci J*. 2019;15(6):1857–7881.

ANEXOS

Anexo A. Autorización para la utilización del instrumento de adherencia al tratamiento

Ibagué, julio 2 de 2019

Estudiantes

Juan David Losada Quevedo, Laura Daniela Dussán Muñoz y María Ximena Bautista Sarmiento.

PhD Claudia Andrea Ramírez Perdomo,
Docente del programa de Enfermería
Universidad Surcolombiana

Por medio de la presente y en razón a su solicitud para la utilización del instrumento "factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con problemas cardiovasculares" en su investigación "**Nivel de adherencia al tratamiento de Diabetes Mellitus tipo II y Autoestima en pacientes que asisten al programa de riesgo cardiovascular en la ESE Carmen Emilia Ospina de Neiva durante el 2019**" le informo que consultadas las autoras del mismo se autoriza su uso teniendo en cuenta que se deben dar los créditos del mismo a las autoras y solicitamos se nos informe los resultados de su investigación. Adicionalmente por favor confirmar que efectivamente el instrumento se utilizara para la investigación

Anexo instrumento versión 3
Documento para su interpretación.

Cordialmente,


CLAUDIA PATRICIA BONILLA IBÁÑEZ
Autora

Anexo B. Autorización para la utilización del instrumento de autoestima

Asunto: Universidad surcolombiana, programa de enfermería, Investigación

Buenas noches, mi nombre es Juan David Losada Quevedo, soy estudiante del programa de enfermería de la universidad surcolombiana y me encuentro realizando una investigación en Neiva sobre la Adherencia al tratamiento y el autoestima en pacientes diabeticos, por lo que quisiera saber si ustedes me podrían autorizar su instrumento de nivel de autoestima validada para Colombia. De antemano muchas gracias por su atención.





 **Pablo Vallejo Medina** <pablo.vallejom@konradloren:  29 may. a las 6:32 p. m. 
Para: Juan david Losada quevedo

Claro, sin problema

Obtener [Outlook para Android](#)

Anexo C. Carta autorización del comité de ética

 UNIVERSIDAD
SURCOLOMBIANA
NIT: 891180084-2



MEMORANDO No.020

2-1-04

Neiva, 09 de septiembre de 2019.

PARA: **CLAUDIA ANDREA RAMÍREZ PERDOMO**
Investigadora Principal

DE: **COMITÉ DE ÉTICA**
MARTHA ROCÍO VEGA VEGA, Coordinadora.

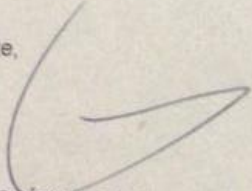
ASUNTO: Comunicación de una decisión.

Cordial saludo.

El Comité de Ética, mediante sesión ordinaria del 13 de agosto del año en curso y según consta en Acta No.005, de la misma fecha, luego de analizar el Proyecto "**NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS TIPO II Y AUTOESTIMA EN PACIENTES QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA ESE CARMEN EMILIA OSPINA DE NEIVA DURANTE EL 2019**" lo encontró viable desde el punto de vista ético, por lo cual determinó aprobarlo y consideró pertinente sugerir lo siguiente:

- Anexar Acuerdo de confidencialidad firmado por el Investigador Principal.
- Describir un poco más el momento de la entrevista, teniendo en cuenta el consentimiento Informado.

Atentamente,





MARTHA ROCÍO VEGA VEGA
Coordinadora Comité de Ética.

Participación y Resultados

Sede Central - AV. Pastrana Borrero Cra. 1a.
PBX: (57) (8) 875 4753 FAX: (8) 875 8890 - (8) 875 9124
Edificio Administrativo - Cra. 5 No. 23-40
PBX: (57) (8) 8753686 - Línea Gratuita Nacional: 018000 968722
Vigilada Mineducación
www.usco.edu.co
Neiva, Huila

Anexo D. Acuerdo de confidencialidad

	UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA						
	PROCESO INVESTIGACIÓN						
FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN							
CÓDIGO	MI-INV-FO-10	VERSIÓN	6	VIGENCIA	2019	PÁGINA	28 de 31

ANEXO E

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Neiva, _____ de 2019.

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía número _____ expedida en la ciudad de _____ como investigador principal del proyecto _____ que se realizará en la E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA de la ciudad de Neiva, me comprometo a:

1. Mantener total confidencialidad del contenido de las historias clínicas y de todo tipo de información que sea revisada sobre los pacientes que participarán en el estudio a realizar.
2. Velar porque los coinvestigadores y demás colaboradores en esta investigación guarden total confidencialidad del contenido de las historias clínicas revisadas y de todo tipo de información.
3. Mantener en reserva y no divulgar ningún dato personal de las historias clínicas u otros documentos revisados.
4. Obtener de las historias clínicas solamente los datos necesarios de acuerdo con las variables que se van analizar en el trabajo.
5. Utilizar los datos recolectados solamente para el cumplimiento de los objetivos de esta investigación y no de otras subsiguientes.
6. Ser responsable y honesto en el manejo de las historias clínicas y de todo documento que se revise y que esté bajo custodia de la E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA de Neiva.
7. Continuar guardando la confidencialidad de los datos y respetando todos los puntos de este acuerdo aun después de terminado el proyecto de investigación.

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultado a través del sitio web institucional www.usco.edu.co, link Sistema Gestión de Calidad. La copia e impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana

	UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA PROCESO INVESTIGACIÓN				  		
	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN						
CÓDIGO	MI-INV-FO-10	VERSIÓN	6	VIGENCIA	2019	PÁGINA	29 de 31

8. Asumir la responsabilidad de los daños, perjuicios y demás consecuencias profesionales civiles y /o penales a que hubiere lugar en el caso de faltar a las normas éticas y legales vigentes para la realización de investigación con seres humanos.

Por medio del presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento. En prueba de ello, se firma a los ____ días, del mes de _____ del año _____.

NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

[Firma]
 FIRMA Claudia Alejandra Ramirez Paredo
 C.C. 36'377.681
 Teléfono: 3118883997
 Email: grafphe@usrc.edu.co

Los coinvestigadores, identificados como aparece al pie de su firma, aceptan igualmente todos los puntos contenidos en este acuerdo.

NOMBRE COINVESTIGADOR 1

Zaira Vivid Casado Quevedo
 FIRMA *[Firma]*
 C.C. 1075309430
 Teléfono: 3226169178
 Email: zairaivividcasadoquevedo@yulwo.com

NOMBRE COINVESTIGADOR 2

Amalia María Ximena Bustillo
 FIRMA *[Firma]*
 C.C. 1075322449
 Teléfono 86485745
 Email: ximena84@yulwo.com



NOMBRE COINVESTIGADOR 3

Laura Daniela Duggan M.
 FIRMA *[Firma]*
 C.C. 1075319597
 Teléfono: 3185939112
 Email: 020192402613@usrc.edu.co
 Soporte legal:

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web institucional www.usrc.edu.co.
 El Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana

Anexo E. Consentimiento informado

	UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA PROCESO INVESTIGACIÓN						
	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN						
CÓDIGO	MI-INV-FD-10	VERSIÓN	8	VIGENCIA	2018	PÁGINA	1 de 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS TIPO II Y AUTOESTIMA EN PACIENTES QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA ESE CARMEN EMILIA OSPINA DE NEIVA DURANTE EL 2019, cuyo objetivo es Identificar el nivel de adherencia al tratamiento y la autoestima de pacientes diagnosticados con DM tipo II en las ESE de primer nivel de Neiva durante el segundo periodo del año 2019. Usted ha sido seleccionado(a) por cumplimiento de criterios de selección.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar ante cualquier inquietud.

Participación: Su participación consistirá en responder 2 instrumentos, el primero titulado "Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular". El segundo cuestionario se titula "Escala de autoestima de Rosenberg" Consta de 10 items que evalúan la autoestima general.

La entrevista se realizará al momento de salir de la consulta médica programada de control de riesgo cardiovascular que tenga usted, y se llevará a cabo en un lugar privado y cómodo dentro de la ESE, será acompañado (a) por los investigadores, o en caso que lo desee, con solo uno de ellos, la entrevista tendrá una duración máxima de 10 minutos, o si desea se puede realizar en el lugar, día y hora que usted estime conveniente. No se pagarán gasto de movilización u otros gastos en que incurra el sujeto índice.

Riesgos: La investigación no supone riesgos mayores o de gran complejidad, solo presenta riesgos menores relacionados con la incomodidad que puede presentar al contestar algunas preguntas.

Beneficios: Usted no recibirá un beneficio directo, ni recompensa alguna por su participación. No obstante, con su participación se obtendrá información que generará un beneficio social al obtener más conocimientos sobre la influencia de la autoestima en la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II.

Voluntariedad: Su participación en el proceso investigativo será autónoma y usted tiene la libertad de responder las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán confidenciales y mantenida en estricta reserva. En la presentación y publicaciones de esta investigación su nombre no aparecerá en ninguna opinión en particular.

Datos de Contacto: Si requiere más información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con la investigación, usted podrá contactar a los investigadores responsables de este estudio:

• Claudia Andrea Ramírez Perdomo profesional y doctora en enfermería, número de celular:

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional www.usc.edu.co, link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana



UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PROCESO INVESTIGACIÓN

FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE PROYECTOS
DE INVESTIGACIÓN



CÓDIGO MI-INV-FD-18 VERSIÓN 6 VIGENCIA 2018 PÁGINA 2 de 3

3118883999

• Juan David Losada Quevedo estudiante de enfermería, séptimo semestre, número de celular: 3226168178.

• Maria Ximena Bautista Sarmiento estudiante de enfermería, quinto semestre, número de celular: 3164815745.

• Laura Daniela Dussan Muñoz estudiante de enfermería, cuarto semestre, número de celular: 3185939112.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía-
número _____

Expedida en la ciudad de _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido contestadas de manera satisfactoria por el investigador que me entrevistó. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, por lo tanto, deseo participar voluntariamente en el proyecto de investigación.

Nombres y Apellidos del Participante

Firma del Participante
C.C.

Nombre del Testigo

Firma del Testigo
C.C.



Esta parte debe ser completada por el investigador o su responsable. He explicado a la persona _____ el propósito de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implican su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella (Resolución 8430 de 1993) una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del Investigador
Fecha:

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web institucional www.uscc.edu.co.
Instituto Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.

Anexo F. Disentimiento informado

	UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA PROCESO INVESTIGACIÓN						
	FORMATO PARA LA PRESENTACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN						
CÓDIGO	MI-INV-FO-10	VERSIÓN	6	VIGENCIA	2019	PÁGINA	27 de 31

ANEXO D

DISENTIMIENTO INFORMADO

Instrucciones: Lea cuidadosamente el formato de disentimiento informado y diligencie todos los datos solicitados. Si tiene alguna inquietud respecto al estudio acuda al investigador principal, para que estas sean despejadas antes de diligenciar este formato.

Nombre del proyecto de investigación: nivel de adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo II y autoestima en pacientes que asisten al programa de riesgo cardiovascular en la ESE Carmen Emilia Ospina de Neiva durante el 2019

Nombre del investigador principal: Juan David Losada Quevedo

DISENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, identificado con cedula de ciudadanía número _____ expedida en la ciudad de _____ he participado voluntariamente en el estudio en mención hasta el día de hoy (dd/mm/aaaa), donde haciendo uso de mi derecho retirarme voluntariamente en cualquier fase del desarrollo del estudio, sin que en esta ocasión ninguna especie de represalia contra mí, decido a partir de este momento no participar más en esta investigación, siendo expuestos mis motivos de desistimiento a continuación:

Como constancia del desistimiento en la participación de este estudio firman a continuación:

Firma de la persona que desiste de su participación en el estudio
C.C.
Fecha:

Firma del testigo (si aplica)
C.C.
Fecha:

Firma de uno de los investigadores
C.C.
Fecha:

Anexo G. Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular

Versión 3

No. _____ FECHA: _____

NOMBRE: _____ EDAD:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

INSTRUCCIONES

A continuación encuentra usted, una serie de ítem que expresan aspectos o experiencias que influyen, en que usted cumpla con los tratamientos que le formula el médico para su condición de salud actual y en que usted siga las recomendaciones que el personal de salud le hace sobre cambios en sus prácticas de la vida diaria para evitar complicaciones.

Marque por favor para cada ítem con una sola X en la columna que corresponde a la FRECUENCIA con que ocurre cada evento en su situación en particular.

FACTORES INFLUYENTES	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
I DIMENSIÓN			
Factores socioeconómicos			
1. Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas: (alimentación, salud, vivienda, educación.)			
2. Puede costearse los medicamentos.			
3. Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta.			
4. Cuenta con permisos laborales para asistir a sus citas.			
5. Reconoce que a pesar de los costos para conseguir los medicamentos y seguir recomendaciones vale la pena hacerlo.			
6. Los cambios en la dieta, se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados.			
7. Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.			
8. Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento.			
9. Las relaciones entre los miembros de la familia que viven con usted lo desaniman para seguir los tratamientos.			
10. Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.			
11. El contacto con otras personas o grupos que están tratando de mejorar su salud le sirven de ejemplo.			
12. Los que le ayudan saben qué tan grave es la enfermedad y su tratamiento.			
13. Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas.			
14. Comparte con otras personas sus preocupaciones y estos lo animan a seguir su tratamiento.			
II DIMENSIÓN			
Factores relacionados con el proveedor: Sistema y equipo de salud			
15. El trato del médico y las enfermeras lo anima a volver a sus controles.			
16. El personal de enfermería le enseña y da recomendaciones escritas sobre sus tratamientos.			
17. La información verbal de parte del médico es detallada y precisa.			
18. Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.			
19. La institución a la que consulta muestra desorganización en la atención que le brinda.			
20. Las personas que lo atienden se ven demasiado ocupadas para escucharlo por mucho tiempo.			
21. Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.			

22. Se da cuenta que su médico controla si esta siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.			
23. Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su medico.			
24. Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias.			
25. En el caso que usted fallara en su tratamiento su medico y enfermera entenderían sus motivos.			
26. Conoce por medio escrito que señala fecha, horario y lugar del próximo control.			
27. El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden.			
28. Cuando le cambian el medico que lo atiende, esto lo confunde.			
29. El cambio frecuente de medicamentos lo confunde.			
30. Siente que no recibe atención de salud con la misma calidad que los demás.			
31. El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando.			
32. El trato que recibe del personal médico y los demás es el que usted espera.			
33. La institución de salud le da oportunidades de aprender a reconocer los riesgos que tiene y como modificarlos.			
34. Conoce los riesgos que llevan a una persona a sufrir enfermedad cardiovascular.			
35. Puede conseguir sus medicamentos de acuerdo al tipo de afiliación a la que pertenece.			
III DIMENSIÓN			
Factores relacionados con la terapia			
36. Tiene forma de distinguir los diferentes medicamentos para no confundirlos.			
37. Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento.			
38. Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento.			
39. Piensa que algunos de los medicamentos, le crean dependencia por eso no lo toma.			
40. Esta convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo.			
41. Cree al igual que su familia que todo este tratamiento y cambios en sus costumbres son contrarios a su fe y sus valores.			
42. Reconoce que vale la pena cumplir el tratamiento y las recomendaciones para mejorar su salud.			
43. Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.			
44. Cree conveniente para su salud controlar el peso, mediante la dieta y el ejercicio.			

45. Los medicamentos que toma actualmente le alivian los síntomas			
IV DIMENSIÓN Factores relacionados con el paciente			
46. Su enfermedad limita sus oportunidades de estar con otras personas.			
47. Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo es sus hábitos.			
48. Siente rabia con la enfermedad por las incomodidades que le produce			
49. Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.			
50. Se angustia y se siente desanimado por las dificultades para manejar su enfermedad.			
51. Se siente discriminado o alejado de su familia o grupo a causa de los tratamientos y recomendaciones que tiene que seguir.			
52. Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.			
53. Cree que es usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud.			

Anexo H. Rosenberg Self-Esteem Scale; Versión validada en Colombia por Gómez-Lugo et al. (2016)

Marque con una X la respuesta que considere para cada pregunta. No hay respuestas correctas o incorrectas, simplemente nos gustaría saber qué valoración tiene de usted mismo. Trate de ser lo más sincero posible. Muchas gracias.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. En general estoy satisfecho/a conmigo mismo/a.	1	2	3	4
2. A veces pienso que no soy bueno/a para nada.*	1	2	3	4
3. Creo que tengo buenas cualidades.	1	2	3	4
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.	1	2	3	4
5. Pienso que tengo muchas cosas de las cuales sentirme orgulloso/a.	1	2	3	4
6. A veces me siento inútil.*	1	2	3	4
7. Creo que soy una persona igual de valiosa a la mayoría de la gente.	1	2	3	4
8. Quisiera respetarme más a mí mismo/a.*	1	2	3	4
9. Tiendo a pensar que soy un fracasado/a.*	1	2	3	4
10. Tengo una visión positiva sobre mí mismo/a.	1	2	3	4

*Los ítems con asterisco deben de invertir su escala de respuesta.