



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Tesis:

*Relación de los Factores Personales, la Adherencia Terapéutica y el
Estilo de Vida del Adulto con Diabetes tipo 2*

Presenta:

L.E María Valeria Munguía Briones

Para Obtener el Grado de
Maestra en Enfermería

Agosto, 2024



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Tesis:

*Relación de los Factores Personales, la Adherencia Terapéutica y el
Estilo de Vida del Adulto con Diabetes tipo 2*

Presenta:

L.E María Valeria Munguía Briones

Directora:

DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez

Para Obtener el Grado de
Maestra en Enfermería

Agosto, 2024



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Tesis:

*Relación de los Factores Personales, la Adherencia Terapéutica y el Estilo
de Vida del Adulto con Diabetes tipo 2*

Presenta:

L.E María Valeria Munguía Briones

Directora:

DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez

Para Obtener el Grado de
Maestra en Enfermería

Tesis: Relación de los Factores Personales, la Adherencia Terapéutica y el Estilo de Vida del Adulto con Diabetes tipo 2.

Número de registro: ENF-SIEP/2080/2023

Jurado de Examen de Grado

DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez
Presidente

DCE. María Claudia Morales Rodríguez
Secretaria

MCE. Rosa María Teresa Tlalpan Hernández
Vocal

MCE. Brenda Reséndiz Maldonado
Vocal

DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez
Presidente

DCE. Francisco Javier Báez Hernández
Director de la Facultad de Enfermería
de la Benemérita Universidad Autónoma de
Puebla

ME. Miguel Ángel Zenteno López
Secretario de Investigación y Estudios de
Posgrado

Dedicatoria

A mi papá, **Ernesto Munguía Cruz**, por ser mi pilar y guía en todo momento. Tu sabiduría, fortaleza y ejemplo de vida me han inspirado a dar lo mejor de mí en cada paso de este camino. Me has enseñado el valor del esfuerzo, la importancia de la perseverancia y la integridad en todo lo que hago. Gracias por estar siempre a mi lado, por tus palabras de aliento en los momentos difíciles y por celebrar cada uno de mis logros como si fueran tuyos. Tu amor y apoyo incondicional han sido fundamentales para alcanzar esta meta, y por eso, te dedico este logro con todo mi cariño y gratitud.

A mi mamá, **Elizabeth Briones Huerta**, por tu amor incondicional que ha sido el sostén en mi vida. Eres el reflejo de la paciencia, la generosidad y el sacrificio. A través de tus acciones, me has enseñado la importancia del amor, la compasión y la dedicación hacia los demás. Este logro no hubiera sido posible sin tu constante apoyo, tus sabios consejos y tu inquebrantable fe en mí. Gracias por ser mi refugio en los momentos de duda y mi mayor alentadora en cada paso que he dado. Este trabajo es tan tuyo como mío, porque sin tu presencia, nada de esto habría sido posible.

A mis hermanos, **Karla, Tanis y Rosita**, por ser mis compañeros de vida y mis mejores amigos. Cada uno de ustedes ha sido una fuente de inspiración, motivación y alegría. Han estado conmigo en los buenos y malos momentos, ofreciendo siempre su apoyo, su consejo y su amor fraternal. Gracias por las risas compartidas, por los desafíos superados juntos y por ser un recordatorio constante de lo afortunada que soy por tenerlos en mi vida. Este logro es una pequeña parte de todo lo que hemos construido juntos como familia, y les dedico este trabajo con todo mi cariño.

Agradecimientos

A Dios, por iluminar mi camino, por darme la sabiduría para tomar decisiones correctas y por bendecirme con las oportunidades y las personas que hicieron este logro posible.

A mi directora de tesis **DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez**, mi más sincero agradecimiento por su invaluable apoyo, guía y paciencia a lo largo de este proceso. Su conocimiento, dedicación y compromiso han sido fundamentales para la realización de este trabajo. Agradezco profundamente sus consejos, sus observaciones críticas y el tiempo que me ha dedicado, siempre dispuesta a ayudarme a superar los desafíos y a mejorar mi trabajo. Su pasión por la investigación y su enfoque riguroso han sido una fuente constante de inspiración para mí. Este logro no habría sido posible sin su mentoría y orientación. Gracias por creer en mí y por acompañarme en este importante capítulo de mi vida académica.

Quiero extender mi más sincero agradecimiento a mis revisores, **DCE. María Claudia Morales Rodríguez**, **MCE. Rosa María Teresa Tlalpan Hernández**, **MCE. Brenda Reséndiz Maldonado**, por su dedicación y esmero en la revisión de esta tesis. Su valiosa retroalimentación y sus observaciones detalladas han sido esenciales para mejorar y pulir este trabajo. Aprecio profundamente el tiempo y esfuerzo que han invertido en la revisión, así como su compromiso con la excelencia académica. Sus sugerencias y comentarios no solo han enriquecido este trabajo, sino que también han contribuido significativamente a mi crecimiento personal y profesional.

A mis docentes, gracias por compartir su conocimiento, por su dedicación y por inspirarme a lo largo de mi formación. Cada lección, cada consejo y cada palabra de aliento han sido fundamentales en mi desarrollo académico y personal.

A la jefa de Enseñanza e Investigación de la Jurisdicción No. 2, por abrirme sus puertas y permitirme realizar mi investigación en sus instalaciones. Su disposición, apoyo y colaboración

fueron cruciales para llevar a cabo este trabajo. Agradezco a todo el personal por su amabilidad y profesionalismo, y por facilitarme los recursos necesarios para completar mi estudio. Sin su generosidad y compromiso, este proyecto no habría sido posible.

A la **Benemérita Universidad Autónoma de Puebla**, a la Vicerrectoría de Investigación y Estudios de Posgrado, y a la Facultad de Enfermería, por su compromiso con la formación académica y profesional de sus estudiantes ha sido fundamental para mi desarrollo y aprendizaje. Asimismo, quiero expresar mi gratitud al **Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías** (CONAHCYT) por el apoyo que ha sido crucial para llevar a cabo mis estudios y proyectos de investigación, permitiéndome acceder a recursos y oportunidades que han enriquecido mi experiencia académica.

A mis amigos, Elba Hernández, Mauricio Santes, Adelina Leal y Alfredo Orozco, por ser mi segunda familia, por su amistad sincera y por estar conmigo en cada etapa de este viaje. Su apoyo, comprensión y alegría han sido esenciales para mantenerme firme en este camino. Gracias por las palabras de aliento, por las conversaciones profundas y por los momentos de risa que me ayudaron a desconectar cuando más lo necesitaba. Su presencia ha hecho que este proceso sea más llevadero y significativo. Les dedico este logro como un símbolo de nuestra amistad y del cariño que les tengo.

Resumen

L.E María Valeria Munguía Briones-
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Septiembre 2024

Título del trabajo: Relación de los Factores Personales,
la Adherencia Terapéutica y el Estilo de Vida
del Adulto con Diabetes tipo 2

Candidata para el Grado de Maestría

Número de páginas:

Línea de Investigación: Educación Para La Promoción De La Salud.

Introducción: La diabetes tipo 2 es una enfermedad crónica no transmisible que afecta a millones de personas en todo el mundo y está asociada con múltiples complicaciones. La adherencia terapéutica y un estilo de vida saludable son cruciales para el manejo de la diabetes, ayudando a prevenir complicaciones y mejorar las condiciones de salud. **Objetivo:** Determinar la influencia de los Factores Personales, la Adherencia Terapéutica con el Estilo de Vida del Adulto con Diabetes tipo 2. **Metodología:** Descriptivo, transversal, correlacional, con muestreo probabilístico sistemático en adultos con diabetes tipo 2 de 20 a 59 años, que asistieron a control en una Unidad Médica de la Sierra Norte de Puebla. **Resultados:** Se identificó una relación positiva y estadísticamente significativa entre la edad, la adherencia terapéutica y el estilo de vida ($p < .05$). La adherencia terapéutica ($R^2 = .307$, $p = .000$), explica en un 30.7% al estilo de vida del adulto con diabetes tipo 2. **Discusión:** Los resultados coinciden en la prevalencia elevada de la falta de adherencia terapéutica y de un estilo de vida saludable, resaltando la necesidad de incidir en estas variables para mejorar las condiciones de salud del adulto con diabetes tipo 2. **Conclusión:** La asociación positiva y significativa encontrada entre la Adherencia Terapéutica y el Estilo de Vida sugiere que mejorar la Adherencia Terapéutica podría ser una estrategia efectiva para promover un Estilo de Vida más saludable en adultos con diabetes tipo 2.

Firma de la directora de tesis: _____

Tabla de Contenido

Capítulo I	1
Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Marco Teórico	6
1.2.1. Ubicación del Problema de Estudio en el Modelo	9
1.2.2 Derivación Conceptual Teórica Empírica de Acuerdo al Modelo de Promoción de la Salud de Pender	10
1.3 Estudios Relacionados	11
1.3.1 Adherencia Terapéutica	12
1.3.2 Estilo de Vida	15
1.4 Definición de Términos	17
1.5 Objetivo General	18
1.6 Objetivos Específicos	18
1.7 Postulados Teóricos	18
Capitulo II	20
II. Metodología	20
2.1 Diseño del Estudio	20
2.2 Población	20
2.3 Muestreo y Muestra	20
2.4 Criterios de Selección	20
2.4.1 Criterios de Inclusión	20
2.4.2 Criterios de Exclusión	21

2.4.1 Criterios de Eliminación	21
2.5 Instrumentos	21
2.5.1 Cédula de factores personales biológicos y socioculturales	21
2.5.2 Instrumento para Medir el Estilo de Vida en diabéticos (IMEVID)	21
2.5.3 Cuestionario de Adherencia Terapéutica MBG	22
2.6 Procedimientos	23
2.8 Plan de Análisis Estadístico	27
Capítulo III	29
III. Resultados	29
3.1 Confiabilidad de los instrumentos	29
3.2 Prueba de normalidad	30
3.3 Factores personales biológicos y socioculturales	30
3.4 Adherencia Terapéutica y Estilo de Vida	32
3.5 Correlación de las variables de estudio	33
3.6 Modelo de regresión lineal	36
Capítulo IV	39
VI. Discusión	39
4.1 Conclusión	43
4.2 Recomendaciones	44
4.3 Referencias	46
4.4 Apéndices	54

Lista de figuras	Pagina
1. Modelo de Promoción de la Salud	7
2. Ubicación del Problema de Estudio en el Modelo	9
3. Derivación Conceptual-Teórico-Empírica	10
4. Gráfica de regresión entre la edad y el Adherencia Terapéutica	36
5. Gráfico de regresión entre edad y Estilo de Vida	37
6. Gráfico de regresión entre Adherencia Terapéutica y Estilo de Vida	38

Lista de tablas	Pagina
1. Consistencia interna de los instrumentos y sus escalas	29
2. Prueba de Kolmogórov-Smirnov	30
3. Factores Personales	31
4. Nivel de Adherencia Terapéutica	32
5. Nivel de Estilo de Vida	33
6. Correlación de los Factores Personales, la Adherencia Terapéutica y el Estilo de Vida	33
7. Correlación de las subescalas de las variables Adherencia terapéutica y Estilo de Vida con los Factores Personales	35

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del Problema

La diabetes tipo 2 es una enfermedad metabólica crónica no transmisible que se presenta cuando el cuerpo se vuelve resistente a la insulina o no produce suficiente cantidad de esta (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022). Se ha demostrado que un estilo de vida saludable es eficaz para prevenir y retrasar la aparición de la diabetes (OPS, 2011). Asimismo, la adherencia terapéutica es un predictor clave en el control y manejo de la diabetes, lo cual ayuda a prevenir y retrasar la aparición de complicaciones.

La Federación Internacional de Diabetes (FID, 2021) refiere que existen 537 millones de personas en el mundo con Diabetes de entre 20 a 79 años; de los cuales el 95% padecen Diabetes de tipo 2 (OPS, 2022) y se prevé que para 2030 el número de casos se eleve a 643 millones. La Diabetes tiene complicaciones devastadoras en las personas, que provocan el aumento de las defunciones, el Atlas de la diabetes de la FID reportó 7 millones de muertes atribuibles a la Diabetes en el 2021(FID, 2021a).

Dentro de estas complicaciones, el 50% de los pacientes diabéticos mueren principalmente por cardiopatía y accidente cerebro vascular (AVC), la neuropatía de los pies incrementa el riesgo de úlceras y amputación que puede llegar a un 50%. Así mismo, la retinopatía diabética es una de las principales causas de ceguera; aproximadamente un 2% de los pacientes con Diabetes terminan ciegos, y un 10% sufren un deterioro grave de la visión. Por último, la Diabetes es una de las principales causas de insuficiencia renal y un 10 a 20% de los pacientes mueren por esta causa.

La OPS (2022), refiere que aproximadamente 62 millones de personas en las Américas tienen diabetes. La región de América del Norte y el Caribe de la FID (2021),

presento 930,692 muertes atribuibles directamente a la Diabetes, así mismo, tiene la segunda prevalencia más alta de Diabetes con un 14% y el segundo porcentaje más alto de muertes en edad laboral con 18.4%. Dentro de las complicaciones con mayor prevalencia en esta región se encuentran la nefropatía diabética, neuropatía, cardiopatía isquémica, retinopatía, pie diabético y microalbuminuria patológica (Sánchez y Sánchez, 2022) (Gomezcoello et al., 2020)

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2022 reportó que en México había 14.6 millones de personas con diabetes de 20 y más años; con una prevalencia de 18.3%, de los cuales el 5.8% no cuenta con un diagnóstico (Basto-Abreu et al., 2023). El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE, 2024), reportó que para la semana 22 del 2024 existían 202,630 casos nuevos de Diabetes.

Así mismo, la FID (2021) prevé que para 2045 este número se eleve a 23,3 millones de personas. En el transcurso de enero-junio de 2023, se registraron 55,885 defunciones a causa de la Diabetes (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2024). La tasa de mortalidad nacional de diabetes es de 11.0 por cada 10 mil habitantes. En México, las principales complicaciones son microvasculares en el norte industrial (32%), microvasculares en el este rural (12.3%), (Ovalle-Luna et al., 2019).

En 2022, el Estado de Puebla ocupó el tercer lugar en mortalidad por Diabetes a nivel nacional (INEGI, 2022). La tasa de mortalidad es del 15.19 a 17.55 por cada 10 mil habitantes de 20 años o más, para el 2021 hubo 10,490 defunciones, en este sentido el Estado de Puebla cuenta con los municipios con menor (10%), y mayor (35%), porcentaje de diabetes a nivel nacional (INEGI, 2020).

Es así, como la Diabetes tipo 2 al ser una enfermedad crónica, no transmisible es una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo, con alta prevalencia de

complicaciones y mortalidad, para su atención requiere de tratamientos a largo plazo y estos a su vez generan un alto costo para el sistema de salud pública (Domínguez y Ortega, 2019). El tratamiento de la Diabetes tiene como objetivo mantener la salud, y así poder evitar o retrasar la aparición de complicaciones. Es así, como la falta de adherencia es una de las principales causas de la aparición de complicaciones relacionadas a la Diabetes (OPS, 2021)

En este sentido, la OMS ha nombrado a la falta de adherencia como un problema mundial de gran magnitud, ya que, a pesar de los avances en la medicina, y el aumento en el conocimiento de las enfermedades (Ortega et al., 2018); la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas solo está presente en promedio en la mitad de esta población (OMS, 2004), por ello, es importante la implicación del paciente en la asistencia de sus citas médicas, en la toma de decisiones con respecto a su tratamiento y en la adecuada relación con el profesional de enfermería.

Existen factores que condicionan la falta de adherencia terapéutica, dentro de los cuales se encuentran los relacionados con el paciente (la edad, el entorno cultural y social, el nivel educativo, nivel económico, actividad laboral, el acceso a la medicación, etc.), aquellos relacionados con el fármaco como los efectos adversos, características del principio activo, coste. De igual manera los relacionados con la enfermedad, en las enfermedades crónicas como la Diabetes, se presenta mayor índice de incumplimiento debido a la polifarmacia. Y por último los relacionados con el profesional sanitario, la falta de comunicación entre médico-enfermera/paciente constituyen un motivo para el abandono del régimen terapéutico (Dilla et al., s/f). Es así como todo lo anterior demuestra la importancia de la Adherencia Terapéutica en la atención primaria de los Adultos que viven con Diabetes tipo 2.

En este sentido, la OMS (2023) recomienda cambios en el estilo de vida como una manera de prevenir o retrasar la aparición de la Diabetes tipo 2, mediante el mantenimiento de un peso corporal saludable, actividad física al menos 30 minutos al día, llevar una dieta saludable evitando el consumo excesivo de azúcar y grasas saturadas, no fumar tabaco ni ingerir bebidas alcohólicas. La modificación del estilo de vida se encuentra dentro del plan de educación terapéutica, en la cual se integra la atención personalizada, enfocada en los factores propios de la persona que padece Diabetes, así como aquellos que la rodean (Blanco et al., 2021).

Por tal motivo, entre las principales actividades de las organizaciones mundiales y nacionales para disminuir la prevalencia y complicaciones de la Diabetes se encuentran las actividades de prevención y promoción a la salud; debido a la complejidad de las complicaciones asociadas a esta enfermedad, se requieren cambios en los estilos de vida y compromiso en la adherencia terapéutica.

Por lo que, la Asociación Americana de Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés), como cada año publicó los nuevos Estándares de Cuidado para la Diabetes 2024; con el objetivo de prevenir o retrasar la aparición de Diabetes tipo 2 y sus comorbilidades, de igual manera busca el acercamiento terapéutico para disminuir la inercia terapéutica y con ello las complicaciones, los riesgos cardiovasculares, renales y mejorar las condiciones de salud, con énfasis en la inclusión y la atención centrada en la persona (ADA, 2023).

Es en este sentido, que Nola Pender (Pender et al., 2018), a través del Modelo de Promoción a la Salud, busca identificar aquellas variables que tienen una relación o un efecto en la conducta que promueve la salud, ofreciendo una guía para explorar los procesos que motivan a la adopción de esta conducta. Así es como, el análisis de la

interacción de los Factores Personales, la Adherencia Terapéutica y el Estilo de Vida mediante este modelo teórico fortalece sus postulados.

Por ello, al conocer la forma en que se relacionan los Factores Personales, la Adherencia Terapéutica y el Estilo de Vida brindan conocimiento basado en la evidencia para la creación de intervenciones eficaces para mejorar la Adherencia Terapéutica y el Estilo de Vida en el Adulto que vive con Diabetes tipo 2, fortaleciendo la participación medico/enfermera-paciente. De igual manera, la creación y/o actualización de guías de práctica clínica para la prevención y tratamiento de la enfermedad. Y por último la elaboración de políticas públicas en salud focalizadas.

Es así como la evaluación de la Adherencia Terapéutica y el Estilos de Vida en los Adultos con Diabetes tipo 2, es necesaria para la planificación de tratamientos efectivos y eficientes, con el objetivo de lograr cambios positivos en la condición de salud, para ello los pacientes deben de ser partícipes activos en su propia atención con los profesionales de salud, tener una buena comunicación para una práctica clínica efectiva y obtener resultados en salud que puedan ser atribuidos al régimen recomendado (OMS, 2004).

De ahí la importancia de que el profesional de enfermería retome este tipo de investigaciones, para conocer la Adherencia Terapéutica y el Estilo de Vida. Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación. ¿Cuál es la relación de los Factores Personales biológicos y socioculturales, el Estilo de Vida con la Adherencia Terapéutica del Adulto con Diabetes tipo 2?

Propósito del estudio

Determinar la relación de los Factores Personales biológicos y socioculturales, la Adherencia Terapéutica y el Estilo de Vida del Adulto con Diabetes tipo 2.

1.2 Marco Teórico

El presente estudio se fundamenta en el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola Pender (2018), en cual propone un marco para integrar las perspectivas de enfermería y las ciencias del comportamiento con factores que influyen en los comportamientos de salud, ofreciendo una guía para explorar los complejos procesos biopsicosociales que motivan a las personas a participar en conductas dirigidas a mejorar la salud, el objetivo fundamental del MPS son los comportamientos de promoción a la salud, particularmente se integran en un estilo de vida saludable, teniendo como resultado una mejora en salud, en capacidad funcional y una mejora en la calidad de vida en todas las etapas del desarrollo.

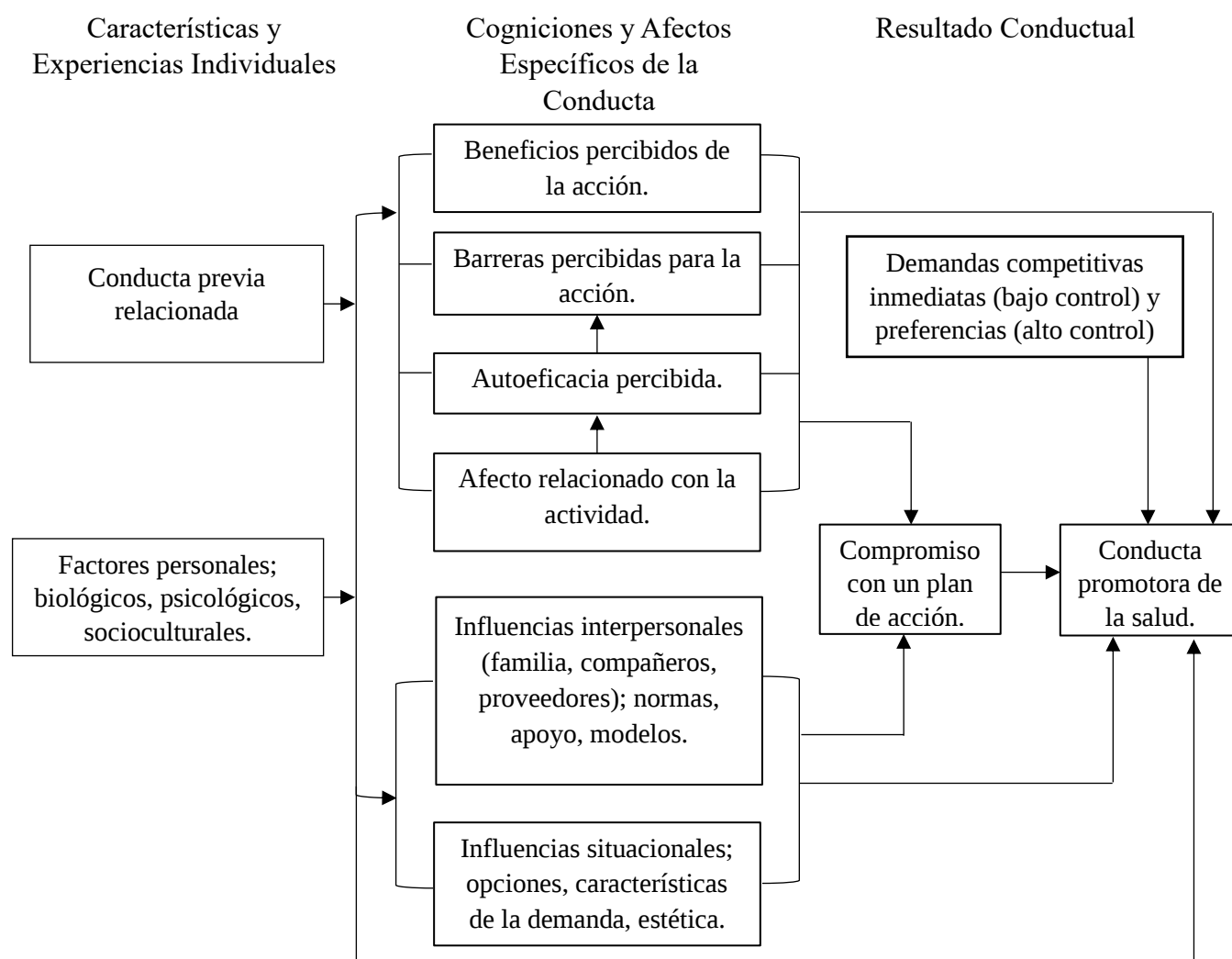
El MPS se presenta mediante un esquema donde se ubican los tres constructos por columnas de izquierda a derecha; el primero trata las características y experiencias individuales, propias y únicas de cada persona que afectan las acciones y comportamientos posteriores; están integradas por dos conceptos: conducta previa relacionada, y los factores personales.

El segundo constructo es cogniciones y afectos específicos de la conducta se considera que las variables específicas del comportamiento tienen una gran importancia motivacional y estas variables conforman un “núcleo” crítico porque pueden modificarse a través de intervenciones, por lo que se relaciona con los conocimientos y afectos (sentimiento, emociones y creencias) propios de la conducta. Está integrado por los 6 conceptos siguientes: los beneficios percibidos, las barreras percibidas, la autoeficacia percibida, el afecto relacionado con la actividad, las influencias interpersonales y las influencias situacionales.

El último constructo comprende tres conceptos, el primero el compromiso con un plan de acción; el segundo son las preferencias y demandas competitivas inmediatas y la conducta promotora de la salud (Figura 1).

Figura 1

Modelo de Promoción de la Salud (Revisado)



Nota. Pender et al. (2018)

Se retomo el primer constructo características y experiencias individuales y el tercer constructo resultado conductual. Y para fines de esta investigación se tomaron los siguientes conceptos del MPS:

En el MPS los factores personales como aquellos que son relevantes al predecir un comportamiento dado; los clasifica en biológicos, psicológicos y socioculturales. Para fines de la investigación solo se tomaron los biológicos y los socioculturales, los factores biológicos incluyen la edad y el tiempo de tratamiento de Diabetes; y de los factores socioculturales se incluyen años de escolaridad. Los factores biológicos como el sexo, la presencia de comorbilidades y el tipo de tratamiento farmacológico, así como de los socioculturales el estado civil y la ocupación se utilizaron para describir a la población de estudio.

La conducta previa relaciona en el MPS es el predictor del comportamiento esperado comparado a un comportamiento similar en el pasado, con efectos directos e indirectos sobre la probabilidad de adquirir comportamientos que promuevan la salud; esto probablemente debido a la formación de hábitos de forma automática sin prestar atención a los detalles específicos de su ejecución, en este sentido una adecuada Adherencia Terapéutica en el Adulto con Diabetes tipo 2 da como resultado una mejor salud, capacidad funcional y una mejor calidad de vida.

En la conducta promotora de salud del MPS se integra los comportamientos que promueven la salud, particularmente cuando se trata del el Estilo de Vida del Adulto con Diabetes tipo 2 se encuentra dentro de este concepto debido a que el comportamiento presentado puede tener efecto directo o indirecto en la salud.

Las características particulares del adulto con Diabetes tipo 2 son determinantes en el proceso de la enfermedad, los Factores Personales biológicos y socioculturales influyen directamente de forma negativa o positiva en la adopción de conductas promotoras de salud, convirtiéndose en potenciales factores de complicaciones asociadas a la enfermedad

o en factores que proveen conductas favorables para llevar un Estilo de Vida saludable y una adecuada Adherencia Terapéutica.

Para fines de esta investigación se utilizarán las siguientes proposiciones teóricas:

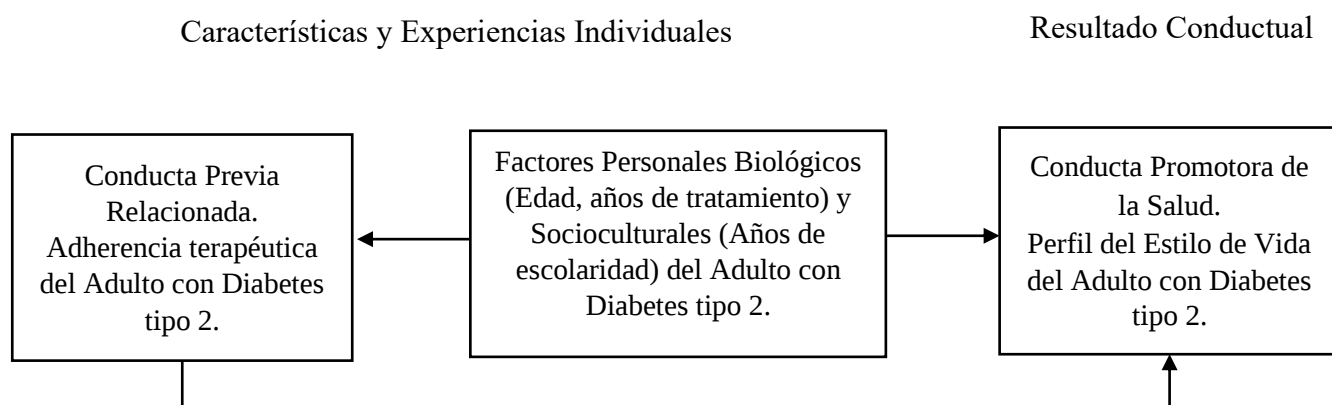
El comportamiento previo, las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el efecto y la promulgación del comportamiento promotor de la salud. En el Adulto con Diabetes tipo 2, la Adherencia Terapéutica y los Factores Personales como la edad, sexo, años de tratamiento, años de escolaridad, trabaja actualmente tienen relación con la adopción de un Estilo de Vida saludable.

Las personas se comprometen a participar en comportamientos de los que anticipan para obtener beneficios valorados personalmente, esta preposición se cumple cuando el adulto con Diabetes tipo 2 se compromete a adoptar una adecuada Adherencia Terapéutica y un Estilo de Vida Saludable a partir de las cuales anticipan los beneficios derivados valorados de forma personal.

1.2.1. Ubicación del Problema de Estudio en el Modelo

Figura 2.

Ubicación del Problema de Estudio en el Modelo



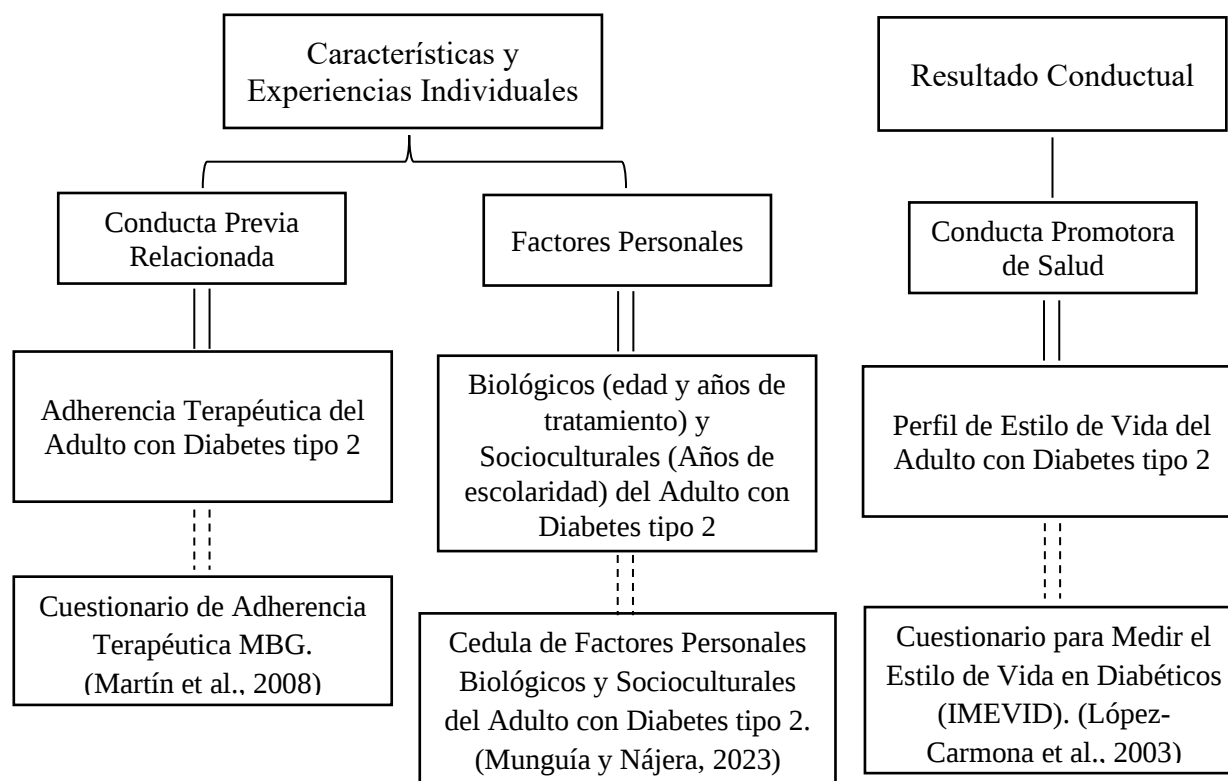
La presente investigación se encuentra ubicada en la interacción a nivel empírico de los Factores Personales biológicos y socioculturales, la Adherencia Terapéutica y el Estilo

de Vida del Adulto con Diabetes tipo 2. La adherencia se determina como una conducta, no como factor propio de la personalidad del Adulto, que es determinada por algunos Factores Personales biológicos como la edad, años de tratamiento y socioculturales como los años de escolaridad, trayendo complicaciones en los pacientes con Diabetes tipo 2. (Reyes-Flores et al., 2016), (Reina & Martínez, 2019). Estudios anteriores han determinado que los factores del Estilo de Vida a menudo coexisten en las conductas relacionadas y pueden tener efectos en la salud (Duan et al., 2022).

1.2.2 Derivación Conceptual Teórica Empírica de Acuerdo al Modelo de Promoción de la Salud de Pender

Figura 3

Derivación Conceptual Teórica Empírica



El constructo Características y Experiencias individuales estará representado por el concepto de Factores Personales y en el nivel teórico por los Factores Personales biológicos y socioculturales y en el nivel empírico por la Cédula de Factores Personales del Adulto con Diabetes tipo 2: biológicos (edad, sexo, comorbilidad y años de tratamiento) y socioculturales (años de escolaridad, ocupación, estado civil y horas laborales) y el concepto Conducta Previa relacionada está representado en el nivel teórico por la Adherencia Terapéutica y en el nivel empírico por el Cuestionario de Adherencia Terapéutica MBG (Martín et al., 2008); integrado por tres categorías, I: Cumplimiento del tratamiento, II: Implicación personal y III: Relación transaccional; y el constructo Resultado Conductual por el concepto Conducta Promotora de Salud representado en el nivel teórico por el Estilo de Vida del Adulto con Diabetes tipo 2 y en el nivel empírico por el Cuestionario para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos integrado por siete dimensiones: I: Nutrición, II: Actividad física, III: Consumo de tabaco, IV: Consumo de alcohol, V: Información sobre diabetes, VI: Manejo de emociones y VII: Cumplimiento al tratamiento (López-Carmona et al., 2003).

La interacción de los conceptos a nivel teórico se podrá observar al analizar y cuantificar los resultados de los indicadores empíricos, para poder conocer si existe relación entre los Factores Personales del adulto con Diabetes tipo 2, la Adherencia Terapéutica y el Estilo de Vida.

1.3 Estudios Relacionados

En este apartado se presentan estudios de investigación relacionados con los factores personales, la adherencia terapéutica y el estilo de vida en Adulto con Diabetes tipo 2.

1.3.1 Adherencia Terapéutica

Vilcamango et al. (2021), con el objetivo de determinar la frecuencia y los factores asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2, realizaron un estudio transversal, se exploró asociación entre adherencia terapéutica y tiempo de enfermedad, presencia de complicaciones, tipo de fármaco antidiabético, comorbilidad, sexo, edad y grado de instrucción; en 119 pacientes, de los cuales el 61.3% pertenecían al género femenino, el 56.3% tenían una edad mayor o igual a 65 años y 33.6% de los pacientes tomaba antidiabéticos orales e insulina. El 43.7% presentaba alguna comorbilidad y tan solo el 26.9% presentaba adherencia terapéutica. Mediante el análisis de regresión múltiple se determinó que los pacientes de género masculino tenían mayor frecuencia de adherencia terapéutica en un 85%; además de que los pacientes con nivel de instrucción superior poseían una adherencia terapéutica mayor que los de nivel de instrucción no superior (razón de prevalencia 2.06).

Domínguez y Ortega (2019), realizaron un estudio observacional, descriptivo, de corte longitudinal con el objetivo de determinar los factores asociados a la adherencia farmacológica y no farmacológica en pacientes con diabetes tipo 2. La población estuvo conformada por 338 pacientes, de los cuales el 66% eran mujeres, con una media de edad de 56 ± 7 años. El 70% de la población presentó falta de adherencia al tratamiento y los factores asociados significativamente fueron la presencia de complicaciones crónicas (53%), monoterapia farmacológica (35%), presencia de efectos adversos al medicamento (17%), tiempo de evolución mayor a diez años (16%) y la mala relación médico-paciente (16%).

Aminde et al. (2019), realizaron un estudio transversal con el propósito de evaluar la adherencia a la medicación y los factores relacionados con la misma mediante modelos de

regresión logística multivariantes básicos y ajustados en pacientes con diabetes tipo 2. Se reclutaron 195 pacientes donde la prevalencia de no adherencia a la medicación fue de 54.4% (IC 95%:47.1-61.5%). En el análisis multivariable, edad >60 años (a.O.R.= 0.48, IC95%: 0.25-0.94), consumo de alcohol (a.O.R= 2.13, 95% IC: 1.10-4.14) y tratamiento con insulina sola (a.O.R.= 2.85, IC 95%: 1.01-8.08) se asociaron con la no adherencia. La atribución a la no adherencia se debió al olvido (55.6%), falta de recursos económicos (38.2%) y desaparición de los síntomas (14.2%).

García et al. (2022), realizaron un metaanálisis con el objetivo de conocer las cifras de prevalencia de la no adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, los factores asociados y los instrumentos que han sido utilizados con mayor frecuencia en la evaluación de este constructo. Obteniendo que la adherencia al tratamiento farmacológico resulta más adecuada que al tratamiento no farmacológico. El instrumento frecuentemente utilizado es la prueba de Morisky-Green. La falta de adherencia se asocia a factores sociodemográficos, socioeconómicos, complejidad del tratamiento, con la enfermedad, dificultad en la relación médico-paciente y con la presencia de estados emocionales negativos.

Guamán-Montero et al. (2021), realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, con el objetivo de establecer los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de los pacientes con DM2. Obtuvieron como resultado una participación mayor de hombres (49.1%), con un nivel de instrucción de primaria (52.1%), y secundaria (29.6%), en su mayoría, con edad representativa de 55 a 65 años (45%); el 45.6% se encuentra en riesgo de no presentar conductas de adherencia, y solo el 25% presenta comportamientos de adherencia. Y una correlación significativa entre el comportamiento de adherencia y el bajo nivel de instrucción ($r=.283$). Es así, como las características

sociodemográficas constituyen uno de los factores más relevantes con relación a la adherencia.

Cordero-Sánchez et al. (2022), con el objetivo de establecer la asociación de las características sociodemográficas y la adherencia al tratamiento en personas adultas con Diabetes tipo 2, realizaron un estudio descriptivo, de corte transversal. Predomino el sexo femenino (62%), la población de mayor participación fue de 50 a 59 años (59%), con escolaridad de primaria terminada (46%), y el 69% reporto tener pareja, dedicándose al hogar el 54%. En cuanto al tiempo de tratamiento con diabetes el 23% refirió tener 3 años de tratamiento, con tratamiento basado en hipoglucemiantes orales (82), y el 38% de los participantes manifestó realizar ejercicio de 10 a 15 minutos diarios y el 28% no realizaba ningún tipo de ejercicio físico.

Raraz-Vidal y Raraz-Vidal (2022), realizaron un estudio correlacional prospectivo para investigar la relación entre la adherencia terapéutica y variables relacionadas en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2. El estudio incluyó a un total de 195 pacientes, de los cuales el 55.4% eran hombres. El 66.9% tenía entre 45 y 59 años, con una edad promedio de 58.78 años. El 49.2% de los pacientes estaban casados, y el 33.5% se identificó como amas de casa, con un nivel educativo predominantemente de secundaria. Con relación al tiempo de tratamiento, los hombres tuvieron una media de 7.4 ± 4.9 años (rango: 1 a 30 años), mientras que las mujeres presentaron una media de 6.3 ± 5.8 años (rango: 1 a 34 años). El 94.4% de los participantes tenía al menos una comorbilidad, siendo las más comunes la hipertensión arterial (47.7%), la obesidad (57.44%) y la retinopatía (30.9%). Respecto a la adherencia al tratamiento, el 58.5% de los participantes mostró una adherencia deficiente y el 64.6% mantenía una mala relación médico-paciente. Se encontró

que las variables asociadas con la adherencia eran el entorno ambiental ($p < 0.05$) y que, a mayor número de comorbilidades, menor era la adherencia al tratamiento.

1.3.2 Estilo de Vida

Fernández et al. (2022), realizaron un estudio no experimental de corte transversal, con el objetivo de determinar el estilo de vida en pacientes con diabetes tipo 2, en el periodo de enero a julio de 2021. La población de estudio estuvo conformada por 69 pacientes, el 36.2% en el grupo de 55 a 60 años, con predominio del sexo femenino (73.9%), de ocupación ama de casa (52.2%), en cuanto al estado civil prevaleció la población casada (58%), donde predominó un estilo de vida no saludable debido a que el 72.5% tuvieron un consumo de alimentos no saludables, seguido del 66.7% con actividad física inadecuada y el 50.7% consume hábitos tóxicos.

Rivas et al. (2020). Realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, con el objetivo de determinar el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una institución de salud. La muestra estuvo conformada por 105 pacientes que asistían a control, el 53% eran mujeres, pertenecientes a rango de edad de 18-35 años (9%), 36-59 años (44%) y >60 años (47%). El estilo de vida inadecuado se presentó en un 55% de los pacientes, por el consumo de alcohol (10%), tabaco (5%) y comer alimentos entre comidas (60%).

Gómez et al. (2020). Con el objetivo de analizar el estilo de vida en personas con diabetes tipo 2, llevaron a cabo un estudio descriptivo, transversal y observacional a 74 personas. El grupo de edad representativo fue de 45 a 64 años (64.9%), de las cuales el 93.2% eran de sexo femenino, con pareja 70.3%, de ocupación ama de casa (83.8%). Para medir el estilo de vida se utilizó el cuestionario IMEVID (Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos), en el cual se obtuvo una $\bar{x}=73.24DE\pm 9.55$, Min=44, Max=92. El

Estilo de Vida Poco Favorable (73%) es el que predominó en esta población, seguido del Estilo de Vida Favorable (18.9%) y por último el Estilo de Vida Desfavorable (8.1%). En cuanto a las dimensiones del Estilo Vida: la dimensión nutrición obtuvo $\bar{x}$ = 70.57 ($\pm$ 13.12), actividad física $\bar{x}$ = 52.03 ($\pm$ 26.01), consumo de alcohol $\bar{x}$ = 91.89 ($\pm$ 21.94), consumo de tabaco $\bar{x}$ = 100, información sobre diabetes $\bar{x}$ = 80.07 ($\pm$ 26.49), manejo de las emociones $\bar{x}$ = 62.39 ($\pm$ 30.73) y Adherencia al tratamiento $\bar{x}$ = 77.36 ($\pm$ 23.10).

Camarillo et al. (2022), realizaron un estudio observacional, descriptivo y transversal, con el objetivo de conocer el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. En el cual participaron 120 sujetos, en donde predominó el sexo femenino (74%), con media de edad de 57 años, con estado civil casado (47.5%), con escolaridad primaria (48.3%). Con un estilo de vida poco favorable (50.8%), seguido del desfavorable (27.5%) y por último el estilo de vida favorable (21.7%).

Asenjo-Alarcón (2020). Con el objetivo de determinar la relación del estilo de vida con el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Realizaron un estudio observacional, transversal en 102 pacientes de entre 30 a 87 años. En el cual hallaron, que el 55% eran de sexo masculino. En relación con el estilo de vida, el 45.1% mantiene un estilo de vida desfavorable, el 29.4% un estilo de vida poco favorable y el 25.5% un estilo de vida favorable.

Duan et al. (2022), llevaron a cabo un análisis de clases latentes para identificar los subgrupos subyacentes de la población caracterizados por diferentes patrones de estilo de vida, y para investigar las relaciones entre estos patrones de estilo de vida y el riesgo de diabetes tipo 2. El estudio se realizó en una población de 61,869 participantes, de los cuales el 59.6% eran mujeres, con una edad promedio de 48.2 ± 7.9 . El nivel educativo predominante fue el medio, con un 39.6%, y un IMC promedio de 26.1 ± 4.1 . En este

análisis se identificaron cinco grupos de patrones de estilo de vida. El grupo con un estilo de vida poco saludable mostró el mayor riesgo de diabetes tipo 2 (HR 1.51 [IC 95% 1.24, 1.85]), seguido por el grupo con mala alimentación y baja actividad física (HR 1.26 [IC 95% 1.03, 1.55]). Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar los patrones de estilo de vida en la prevención de la diabetes tipo 2.

1.4 Definición de Términos

Los factores personales constituyen los elementos inherentes y propios de los individuos como las características físicas, psicológicas y sociales; que consolidan el perfil de la personalidad y marcan una diferencia entre los individuos (Bohórquez et al., 2020). Los cuales deben de limitarse a aquellos que son teóricamente relevantes para predecir una conducta determinada en el Adulto con Diabetes tipo 2, los cuales están determinados por la naturaleza de la conducta objetivo a desarrollar (Pender et al., 2018).

Para fines de la presente investigación se abordarán solo factores personales biológicos y socioculturales, los cuales fueron medidos mediante la Cédula de Factores Personales Biológicos (edad, años de tratamiento) y Socioculturales (años de escolaridad) la cual cuenta con preguntas abierta y de opción múltiple.

La Adherencia Terapéutica es “el grado en el que la conducta de un paciente se relaciona con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” (OMS, 2004). Para el Adulto con Diabetes tipo 2 es la medida en la que sigue el tratamiento prescrito, como el mantenimiento de citas y programas; cumplimiento de medicación para obtener un resultado terapéutico deseado. La cual se medirá mediante el Cuestionario de Adherencia Terapéutica MBG (Martín et al., 2008).

El Estilo de Vida Saludable se define como una “forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales” (OMS, 1998). Para el Adulto con Diabetes tipo 2 son aquellas actividades que realiza de manera intencional como parte regular del patrón de vida diario y que influyen significativamente en el estado de salud. El cual se medirá mediante el Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos IMEVID (López-Carmona et al., 2003).

1.5 Objetivo General

- Determinar la influencia de los Factores Personales, la Adherencia Terapéutica con el Estilo de Vida del Adulto con Diabetes tipo 2.

1.6 Objetivos Específicos

- Describir los Factores Personales biológicos (edad, sexo, comorbilidad, y años de tratamiento) y socioculturales (años de escolaridad, estado civil, ocupación), la Adherencia Terapéutica y el Estilo de Vida del Adulto con Diabetes tipo 2.
- Identificar la relación de los Factores Personales biológicos (edad y años de tratamiento) y socioculturales (años de escolaridad), la Adherencia Terapéutica y el Estilo de Vida del Adulto con Diabetes tipo 2.
- Explicar el efecto de los Factores Personales y la Adherencia Terapéutica con el Estilo de Vida.

1.7 Postulados Teóricos

- La Adherencia Terapéutica y las características heredadas y adquiridas como los Factores Personales biológicos y socioculturales influyen en las creencias, el efecto y la promulgación de un Estilo de Vida Saludable en el Adulto con Diabetes tipo 2.

- El Adulto con Diabetes tipo 2 se compromete a adoptar una adecuada Adherencia Terapéutica y un Estilo de Vida Saludable a partir de las cuales anticipan los beneficios derivados valorados de forma personal.

Capítulo II

II. Metodología

2.1 Diseño del Estudio

Se realizó un estudio descriptivo, correlacional y transversal (Polit y Tatano, 2018); apropiado para describir las características, propiedades y correlaciones entre las variables de estudio en adultos con diabetes tipo 2, desde un punto de vista estadístico.

2.2 Población

La población estuvo conformada por adultos con diagnóstico de Diabetes tipo 2, que asistieron a control en el servicio de consulta externa de una Unidad Médica de la Jurisdicción No. 2 del Estado de Puebla durante el período de noviembre y diciembre de 2023.

2.3 Muestreo y Muestra

El muestreo fue probabilístico sistemático, ya que la población se tomó del listado de adultos que asistían diariamente a consulta. La población de adultos con Diabetes tipo 2 de 20 a 59 años que asistían a control en la Unidad Médica era de 290.

La muestra se estimó mediante el programa G* Power, con un tamaño de efecto de .3, un alfa de .05 y un intervalo de confianza del 95%. El resultado obtenido fue de $n=134$. Para amortiguar el efecto de la deserción, se calculó un 10% adicional sobre la muestra establecida, resultando en una muestra final de $n=148$ participantes.

2.4 Criterios de Selección

2.4.1 Criterios de Inclusión

Adultos de 20 a 59 años, con diagnóstico de Diabetes tipo 2, con evolución de más de un año, que acudieron a control en el servicio de consulta externa de una Unidad Médica de la Jurisdicción No. 2 del Estado de Puebla.

2.4.2 Criterios de Exclusión

Adultos que presentaron alguna discapacidad auditiva, debido a que no se contaba con las capacidades y recursos necesarios para abordarlas y establecer una comunicación efectiva. Asimismo, adultos que cumplieron con los criterios de inclusión, pero no desearon participar en el estudio.

2.4.1 Criterios de Eliminación

Adultos que, durante el transcurso de la aplicación, retiraron su consentimiento informado y reclamaron su derecho a no participar, o que no contaron con el tiempo para permanecer en la unidad médica para el levantamiento de datos.

2.5 Instrumentos

Para el presente estudio se utilizó una Cédula de Factores Personales Biológicos y Socioculturales del Adulto con Diabetes tipo 2, el cuestionario de Adherencia Terapéutica (MBG) y el Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID).

2.5.1 Cédula de factores personales biológicos y socioculturales

Se elaboró la Cédula de Factores Personales por los investigadores (Munguía y Nájera, 2023), (Apéndice 2), que comprendía dos apartados: 1) Factores biológicos, que incluían edad (años cumplidos), sexo (hombre y mujer), años de tratamiento (años de tratamiento con diabetes) y comorbilidad; 2) Factores socioculturales, que incluían años de escolaridad, estado civil (soltero, casado), tipo de tratamiento (hipoglucemiantes orales, insulina o mixto) y situación laboral (trabajo remunerado).

2.5.2 Instrumento para Medir el Estilo de Vida en diabéticos (IMEVID)

Para determinar el estilo de vida, se utilizó el Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID), (Apéndice 3), diseñado por López-Carmona et al. (2003). Este

instrumento medía de manera específica el estilo de vida en pacientes con Diabetes tipo 2, había sido validado y se había utilizado para evaluar los estilos de vida en diferentes circunstancias. Además, podía ser autoadministrado.

El IMEVID está integrado por 25 preguntas con respuesta tipo Likert con puntuaciones de 0, 2, y 4. Dividido en siete subescalas: nutrición conformada por las preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9; Actividad física integrada por las preguntas 10, 11 y 12; Consumo de tabaco integrada por las preguntas 13 y 14; Consumo de alcohol integrada por las preguntas 15 y 16; Información sobre diabetes integrada por las preguntas 17 y 18; Manejo de las emociones integrada por las preguntas 19, 20, 21 y Cumplimiento al tratamiento integrada por las preguntas 22, 23, 24 y 25. Este instrumento ha sido utilizado en población mexicana por Figueroa-Suárez et al. (2014) y en Costa Rica por Cantú-Martínez (2014) y López-Carmona et al. (2004) con coeficiente alfa de .81 y una varianza explicada de 60%.

2.5.3 Cuestionario de Adherencia Terapéutica MBG

Para medir la variable de Adherencia Terapéutica, se utilizó el cuestionario de Adherencia Terapéutica MBG (Apéndice 4), diseñado por Libertad Martín Alfonso, Héctor D. Bayarre Vea y Jorge A. Grau Ábalo en 2008. El objetivo del cuestionario era evaluar la adherencia terapéutica. Este constaba de 12 afirmaciones que se integraban en tres categorías: la primera, Cumplimiento al Tratamiento (CT), evaluaba la ejecución por parte de la persona de las indicaciones médicas prescritas y estaba compuesta por los ítems 1, 2, 3 y 4. La segunda categoría, Implicación Personal (IP), se centraba en la búsqueda de estrategias por parte del paciente para garantizar el cumplimiento de las prescripciones mediante los esfuerzos necesarios, e incluía los ítems 5, 6, 8, 9 y 10. La tercera categoría, Relación

Transaccional (RT), abordaba la colaboración establecida entre el paciente y su médico para instaurar el tratamiento y elaborar la estrategia a seguir, garantizando su cumplimiento y aceptación por ambos, e incluía los ítems 7, 11 y 12.

Cuenta 5 opciones de respuesta tipo Likert con su respectiva puntuación, 0) Nunca, 1) Casi Nunca, 2) A Veces, 3) Casi Siempre y 4) Siempre, sumando así todas las respuestas para obtener el resultado. De este modo la sumatoria clasifica como pacientes adheridos totales, a aquellos con un puntaje acumulativo de 38-48 puntos, adheridos parciales aquellos con un puntaje de 18-37 puntos y no adheridos con un puntaje de 0-17 puntos. Para su análisis estadístico se transforma en índice de 0 a 100. Con un alfa de Cronbach de .889, en población Latinoamericana (Martin et al., 2008)

2.6 Procedimientos

Como primer paso, se solicitó la aprobación para la realización del estudio al Comité de Investigación y al Comité de Bioética y Bioseguridad de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (FE-BUAP). Una vez autorizado el protocolo, se acudió a los responsables del área de investigación y enseñanza de la jurisdicción No. 2 del Estado de Puebla para llevar a cabo las gestiones pertinentes para la recolección de datos. Asimismo, se solicitó un espacio (consultorio) para abordar a la población de estudio, con el fin de salvaguardar su intimidad durante la recolección de datos, y se establecieron los días y horarios adecuados.

Una vez obtenido el censo de pacientes que acudían diariamente al control en el servicio de consulta externa, se identificaron aquellos con diagnóstico de diabetes tipo 2 que habían sido seguidos durante un período mayor a un año. Se elaboró una lista de los pacientes basándose en los criterios de selección y se llevó a cabo un muestreo

probabilístico sistemático. Al obtener a los participantes seleccionados que cumplían con los criterios, se les abordó de manera individualizada en el siguiente orden para la recolección de los datos:

- El primer acercamiento se realizó después de la consulta. Se invitó al paciente a pasar al espacio (consultorio) designado al investigador, quien se presentó con su nombre, profesión y escuela de procedencia.
- Posteriormente, se explicó que había sido seleccionado para participar en un estudio sobre el Estilo de Vida y la Adherencia Terapéutica del Adulto con Diabetes Tipo 2, comenzando por la justificación y los objetivos del estudio.
- Se entregó el consentimiento informado y se leyó de manera conjunta, explicando de forma clara y completa cada uno de los puntos que lo integraban, incluyendo las variables de estudio y los instrumentos a aplicar, los cuales serían utilizados por el investigador. Además, se respondieron las dudas y preguntas que surgieron.
- Se hizo hincapié en que la participación sería completamente voluntaria y anónima, y que los datos proporcionados solo serían utilizados para el presente estudio. Asimismo, se informó que los cuestionarios contestados se mantendrían bajo llave en el cubículo del director de tesis y serían destruidos un año después de la recolección.
- Al término de la lectura del consentimiento informado, y una vez que el participante no tuviera dudas, se le invitó a firmar y/o colocar su huella digital en el consentimiento informado en duplicado. Una copia quedó en posesión del participante y la otra en posesión del investigador. Si aceptaba participar, se le

asignó un número de folio; en caso contrario, se le agradeció su tiempo y se le acompañó a la sala de espera.

- Como primer paso, se procedió al llenado de la Cédula de Factores Personales Biológicos y Socioculturales, en la cual se colocó el número de folio asignado en el consentimiento informado.
- Seguidamente, se aplicó el Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos y el Cuestionario de Adherencia Terapéutica MBG, explicando su contenido, el tipo de respuestas esperadas, y la importancia de responder con la verdad, asegurando que las respuestas no afectarían de ninguna manera la atención que recibía en la Unidad Médica.
- Al concluir la aplicación de los instrumentos, se les asignó el mismo número de folio que el del consentimiento informado.
- Por último, se agradeció al participante su colaboración y se destacó la importancia de apoyar la investigación. Luego, se dio por terminado el procedimiento y se le acompañó a la sala de espera.

Los recursos materiales necesarios para la recolección de datos, como los de papelería (impresiones, copias, lápices, lapiceros, gomas, sacapuntas, etc.), los costos de traslado del investigador y los gastos imprevistos fueron cubiertos por el investigador principal.

2.7 Ética del Estudio

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN, 2014). En el Título Segundo, Capítulo I, sobre los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, en el Artículo 13, se estipulaba que en toda

investigación debía prevalecer el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y el bienestar del Adulto con Diabetes tipo 2.

En el Artículo 14, la investigación se desarrolló conforme a las siguientes fracciones: V) se obtuvo el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación; VII) se consiguió el dictamen favorable del Comité de Bioética y Bioseguridad, así como del Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; y VIII) se obtuvo la autorización del departamento de enseñanza e investigación de la Jurisdicción No. 2 del Estado de Puebla.

En el Artículo 16, se indicó que la investigación se sustentó en la protección de la privacidad del individuo sujeto de investigación (Adulto con Diabetes tipo 2), identificándolo únicamente cuando los resultados lo requirieran y con su autorización. Por ello, la recolección de datos se realizó en un consultorio designado por la Unidad Médica, donde solo estuvieron presentes la investigadora y el participante para salvaguardar su intimidad. Además, a cada participante se le asignó un folio que se plasmó en el consentimiento informado y en los instrumentos utilizados para mantener su participación anónima.

En el Artículo 17, se consideró el riesgo probable que el sujeto de investigación podría sufrir como consecuencia inmediata o tardía del estudio. La investigación se categorizó como sin riesgo, ya que solo empleó técnicas y métodos de investigación documental, como cuestionarios, entrevistas y otros.

En el Artículo 21, para que el consentimiento informado se considerara válido, el sujeto de investigación recibió una explicación clara y completa conforme a las siguientes fracciones: I) sobre la justificación y los objetivos de la investigación; II) los procedimientos que se emplearían y su propósito; IV) los beneficios esperados; VI) la

garantía de recibir respuestas a cualquier pregunta o duda; VII) la libertad de retirarse en el momento que deseara; y VIII) la preservación de la confidencialidad e identificación del participante. En este sentido, el consentimiento informado integró la información según las fracciones anteriores, y al momento de dar lectura, el investigador proporcionó respuestas con información fidedigna para asegurar que la comprensión del participante fuera adecuada.

En el Artículo 22, el consentimiento se formuló por escrito con los siguientes requisitos: I) fue elaborado por el investigador principal; II) fue revisado y aprobado por el Comité de Bioética y Bioseguridad, así como por el departamento de Enseñanza e Investigación de la unidad de salud donde se desarrolló la investigación; III) en el consentimiento informado se indicaron los nombres de los testigos y la relación que estos tenían con el sujeto de investigación; IV) el consentimiento informado (Apéndice 2) fue firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación, y se extendió por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación. Fue elaborado y revisado conforme a la Fracción II y a lo estipulado en el presente artículo.

Beneficios: No hubo un beneficio directo por la participación en el estudio; sin embargo, si el sujeto aceptó participar, colaboró con la disciplina de enfermería para conocer el estilo de vida y la adherencia terapéutica del adulto con diabetes tipo 2. Esto permitió desarrollar intervenciones destinadas a mejorar las condiciones de salud.

2.8 Plan de Análisis Estadístico

Los datos obtenidos fueron procesados y analizados por el paquete estadístico Statiscal Package for the Social Sciences (SPSS) versión 26.0 para Windows.

Los Factores Personales biológicos y socioculturales, la Adherencia Terapéutica y el Estilo de Vida, se analizaron a través de estadística descriptiva como frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y medidas de variabilidad, con estimación puntual por intervalo de confianza de 95%. Para el procedimiento estadístico de las variables de interés, los puntajes totales se transformaron en índices de 0 a 100 y la distribución de los índices se sometió a la prueba de bondad de ajuste Kolmogórov-Smirnov, que permitió determinar la normalidad de la curva de distribución de los datos y determinar la pertinencia del uso de estadística paramétrica ($p > .05$) y no paramétrica ($p < .05$) para la correlación de las variables mediante P de Pearson o Rho de Spearman.

Capítulo III

III. Resultados

En este capítulo se presenta la confiabilidad de los instrumentos, prueba de normalidad y los resultados por objetivos específicos.

3.1 Confiabilidad de los instrumentos

Para el análisis de la confiabilidad de los instrumentos utilizados en la medición de las variables de estudio, se utilizó el alfa de Cronbach. El Cuestionario para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID) obtuvo un $\alpha = .811$ considerada aceptable y para el Cuestionario de Adherencia Terapéutica MBG un $\alpha = .797$ considerada aceptable (DeVellis, 2003)

Tabla 1

Consistencia interna de los instrumentos y sus escalas

	Numero de ítems	α
Adherencia Terapéutica de MBG	12	.797
Cumplimiento al tratamiento	4	.638
Implicación personal	5	.600
Relación transaccional	3	.589
Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID)	25	.811
Nutrición	9	.650
Actividad Física	3	.418
Consumo de Tabaco	2	.968
Consumo de Alcohol	2	.951
Información sobre Diabetes	2	.345
Manejo del estrés	3	.393
Cumplimiento al Tratamiento	4	.646

Nota. Cuestionario de Adherencia Terapéutica MBG, Instrumento para Medir en Estilo de Vida en Diabéticos.

α = alfa de Cronbach. n= 148.

3.2 Prueba de normalidad

Para realizar el análisis de las variables, los puntajes totales obtenidos de la variable Adherencia Terapéutica se transformaron en un índice de 0 a 100. En la Tabla 2 se presenta la prueba de bondad de ajuste de Kolmogórov-Smirnov (K-S), aplicada a los índices de las variables Adherencia Terapéutica y Estilo de Vida para determinar la distribución de los datos. Un valor de $p < .05$ en esta prueba indica el uso de pruebas paramétricas.

Tabla 2

Prueba de Kolmogórov-Smirnov

Variable	K-S	gl	p
Adherencia Terapéutica	.185	148	.056
Estilo de Vida	.083	148	.066

Nota. gl= grados de libertad. p= significancia. n= 148.

3.3 Factores personales biológicos y socioculturales

La población de estudio estuvo compuesta por 148 adultos con Diabetes Tipo 2, quienes tenían un diagnóstico y tratamiento de al menos un año. Estos participantes acudían a consultas de control en una unidad médica ubicada en la Sierra Norte del Estado de Puebla.

En la Tabla 3 se pueden observar los factores personales. La población estuvo compuesta en su mayoría por mujeres (70.3%), con escolaridad secundaria (31.8%) y una media de edad de 52.39 ± 5.57 años. El estado civil predominante fue el de casado, con un 63.5%. Los participantes han seguido un tratamiento durante una media de 8.26 ± 5.57 años, con un tiempo mínimo de un año y un máximo de 34 años. El 59.5% de ellos reciben tratamiento con hipoglucemiantes orales. Además, la hipertensión es la comorbilidad más

prevalente (888%) entre los Adultos con Diabetes tipo 2. Por último, el 65.5% no tenía un empleo remunerado.

Tabla 3

Factores Personales

Variable	<i>f</i>	%
Sexo		
Femenino	104	70.3
Masculino	44	29.7
Edad		
35-39	5	3.4
40-44	13	8.8
45-49	22	14.9
50-54	44	29.7
55-59	64	43.2
Estado civil		
Casado	94	63.5
Soltero	54	36.5
Escolaridad		
Analfabeta	19	12.8
Primaria	45	30.4
Secundaria	47	31.8
Bachiller	27	18.2
Universidad	10	6.8
Tipo de tratamiento		
Hipoglucemiantes orales	88	59.5
Mixto	53	35.8
Insulina	7	4.7
Comorbilidad		
No	76	51.4
Si	72	48.6
Trabaja		
No	97	65.5
Si	51	34.5

Nota. Cédula de Factores Personales (Munguía y Nájera, 2023). *f*= frecuencia. %= porcentaje. n= 148.

3.4 Adherencia Terapéutica y Estilo de Vida

La Adherencia Terapéutica está conformada por tres dimensiones el cumplimiento al tratamiento en la cual el 75.7% fue totalmente adherido, en cuanto a la implicación personal la mitad de la población (54.1%) fue totalmente adheridos, y sobre la relación transaccional el 75.7% refirió mantener una adecuada relación con su médico. En la tabla 4, se observa que el 76.4% ($f=113$), presento una Adherencia Terapéutica total, mientras que, el 23% ($f=34$) fueron Parcialmente Adheridos.

Tabla 4

Nivel de Adherencia Terapéutica

	<i>f</i>	%
Totalmente Adheridos	113	76.4
Parcialmente Adheridos	34	23
No Adheridos	1	.6

Nota. Cuestionario de Adherencia Terapéutica (Martín, Bayarre y Grau, 2008). $n=148$.

Con forme al Estilo de Vida, en la dimensión nutrición el 53.4% llevo a cabo un Estilo de Vida poco favorable, en actividad física el 37.8% llevaron un Estilo de Vida Favorable, en el consumo de tabaco el 89.2% refirió no fumar, de igual manera el 73.6% indico que no ingerían bebidas alcohólicas. Por otro lado, el 62.2% en los últimos 3 meses solo asistieron de uno a tres pláticas para personas con Diabetes tipo 2, y tan solo el 30.4% casi siempre trata de obtener información sobre la Diabetes. En el manejo de las emociones cerca de la mitad de la población (45.3%), mantuvieron un Estilo de Vida desfavorable. Es así, como el 54.1% ($f=80$), de los Adultos con Diabetes tipo 2 mantuvieron un Estilo de Vida poco favorable y tan solo el 30.4% llevaron un Estilo de Vida favorable (Ver Tabla 5).

Tabla 5*Nivel de Estilo de Vida*

	<i>f</i>	%
Estilo de Vida Poco Favorable	80	54.1
Estilo de Vida Favorable	45	30.4
Estilo de Vida Desfavorable	23	15.5

Nota. Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos (López-Carmona et al., 2003). n=148.

3.5 Correlación de las variables de estudio

En la tabla 6, se muestra la correlación de las escalas de las variables Estilo de Vida y Adherencia Terapéutica, y los Factores Personales de naturaleza cuantitativa discretas. Se puede observar que el Factor Personal edad tuvo una correlación con un tamaño de efecto bajo, estadísticamente significativo con la Adherencia Terapéutica ($r=.225$, $p=.006$), y el Estilo de Vida ($r=.204$, $p=.013$) y. Así mismo, el Estilo de Vida y la Adherencia Terapéutica presentaron una correlación con un tamaño de efecto medio, positivo y estadísticamente significativa ($r=.558$, $p=.000$).

Tabla 6*Correlación de los Factores Personales, la Adherencia Terapéutica y el Estilo de Vida*

Variables	1	2	3	4	5
1. Edad	—				
2. Tiempo de Tratamiento con Diabetes.	.123 .137	—			
3. Años de escolaridad	-.140 .089	.008 .928	—		
4. Adherencia Terapéutica	.204 .013*	.148 .074	-.058 .486	—	
5. Estilo de vida	.225 .006**	.154 .061	-.127 .123	.558 .000**	—

Nota. Cédula de Factores Personales. Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos. Cuestionario de Adherencia terapéutica. n=148.

* Significancia <.05

** Significancia <.01

En la tabla 7, se puede observar que a mayor edad del Adulto con Diabetes Tipo 2 mayor es su cumplimiento al tratamiento ($r=.184$, $p=.025$), su implicación personal ($r=.181$, $p=.028$), su nutrición ($r=.176$, $p=.032$) y el manejo de las emociones ($r=.227$, $p=.005$); asimismo, a mayor tiempo de tratamiento mejor es el cumplimiento del tratamiento ($r=.172$, $p=.037$) y su nutrición ($r=.219$, $p=.008$). En cambio, a menor años de escolaridad es mayor el consumo de tabaco ($r=-.177$, $p=.031$) y alcohol ($r=-.244$, $p=.003$). En cuanto a la interacción de las subescalas de Adherencia Terapéutica y Estilo de Vida, cuanto más es el cumplimiento del tratamiento mejor es la nutrición ($r=.385$, $p=.000$), la actividad física ($r=.346$, $p=.000$), la información sobre diabetes ($r=.360$, $p=.000$) y el manejo de las emociones ($r=.358$, $p=.000$). Igualmente, a mayor implicación personal mayor es la nutrición ($r=.389$, $p=.000$), la actividad física ($r=.368$, $p=.000$), la información sobre diabetes ($r=.434$, $p=.000$) y el manejo de las emociones ($r=.435$, $p=.000$). Por otra parte, a mayor relación transaccional mayor es la nutrición ($r=.169$, $p=.040$), la actividad física ($r=.225$, $p=.006$), e información sobre diabetes ($r=.181$, $p=.028$).

Tabla 7*Correlación de las subescalas de las variables Adherencia terapéutica y Estilo de Vida con los Factores Personales*

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Edad	—												
2. Tiempo de Tratamiento de Diabetes	.121 .142	—											
3. Años de escolaridad	-.110 .185	-.058 .484	—										
4. Cumplimiento del Tratamiento	.184* .025	.172* .037	-.115 .164	—									
5. Implicación Personal	.181* .028	.101 .223	-.003 .969	.637* .000	—								
6. Relación Transaccional	.133 .106	.096 .244	-.036 .663	.393** .000	.499** .000	—							
7. Nutrición	.176* .032	.219* .008	-.140 .089	.385** .000	.389** .000	.169* .040	—						
8. Actividad Físicas	.111 .180	.047 .573	.158 .055	.346** .000	.368** .000	.225** .006	.389** .000	—					
9. Consumo de Tabaco	-.001 .988	.002 .983	-.177* .031	.016 .851	.073 .376	.009 .914	.257** .002	.159 .053	—				
10. Consumo de Alcohol	.109 .189	-.008 .922	-.244** .003	.176* .033	.117 .158	.064 .438	.334** .000	.087 .292	.455** .000	—			
11. Información sobre Diabetes	.096 .244	.121 .144	-.003 .976	.360** .000	.434** .000	.181* .028	.411** .000	.396** .000	.093 .263	.127 .124	—		
12. Manejo de Emociones	.227** .005	.037 .658	.017 .841	.358** .000	.435** .000	.124 .135	.252** .002	.274** .001	.021 .798	.124 .132	.251** .002	—	

* Significancia <.05

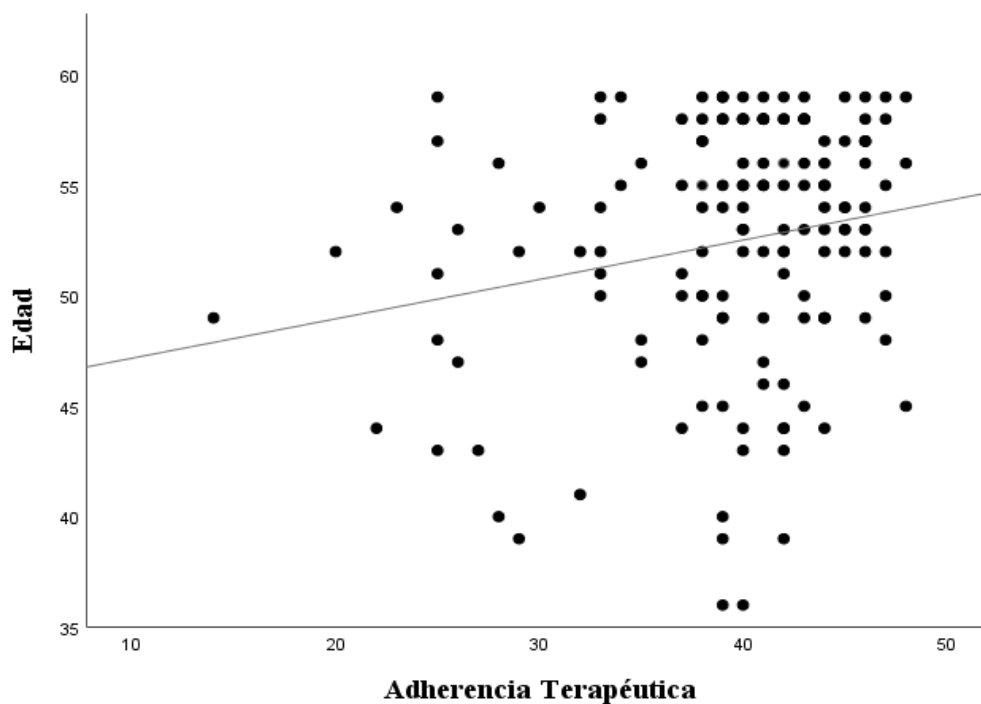
** Significancia <.01

3.6 Modelo de regresión lineal

Para describir la influencia de la edad en la Adherencia Terapéutica se desarrolló un modelo de regresión lineal considerando a la edad como variable independiente y a la Adherencia Terapéutica como variable dependiente. La Adherencia Terapéutica del Adulto con Diabetes Tipo 2 se explica por la edad en un 3.5% (R^2 ajustada= .035, F = [1.412] 6.350, p =.013).

Figura 4

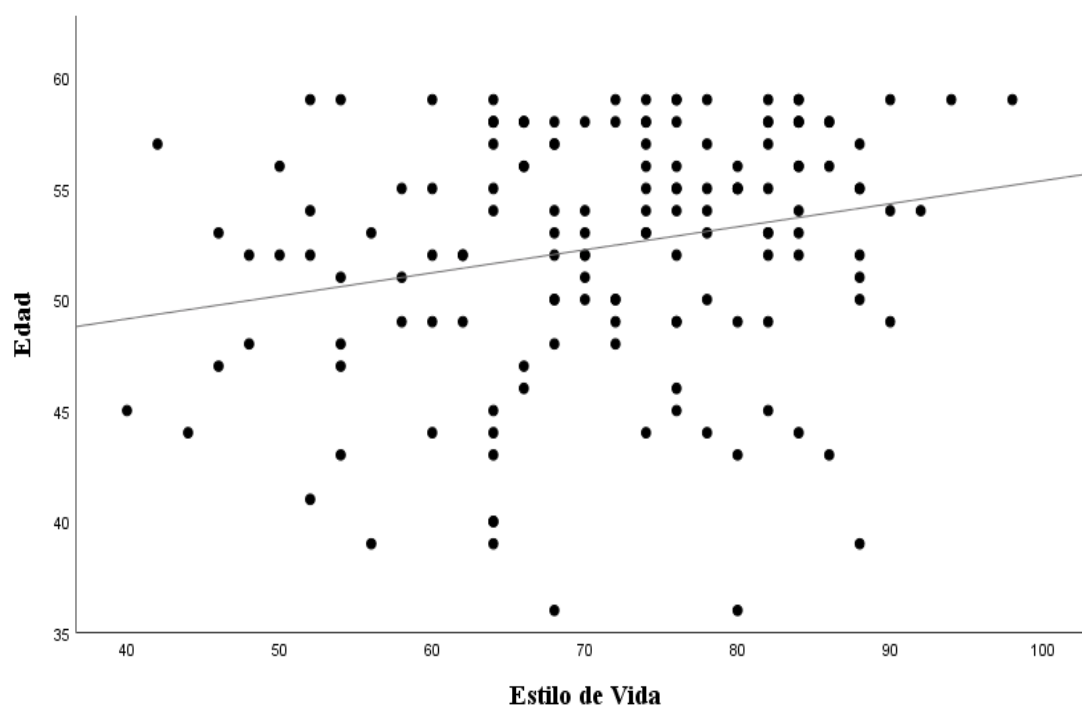
Gráfico de regresión entre edad y Adherencia Terapéutica



Así mismo, se realizó un modelo de regresión lineal considerando la edad como variable independiente y al Estilo de Vida como variable dependiente. El Estilo de Vida del Adulto con Diabetes tipo 2 se explica por la edad en un 4.4% (R^2 ajustada= .044, $F=[1.679] 7.751$, $p=.006$).

Figura 5

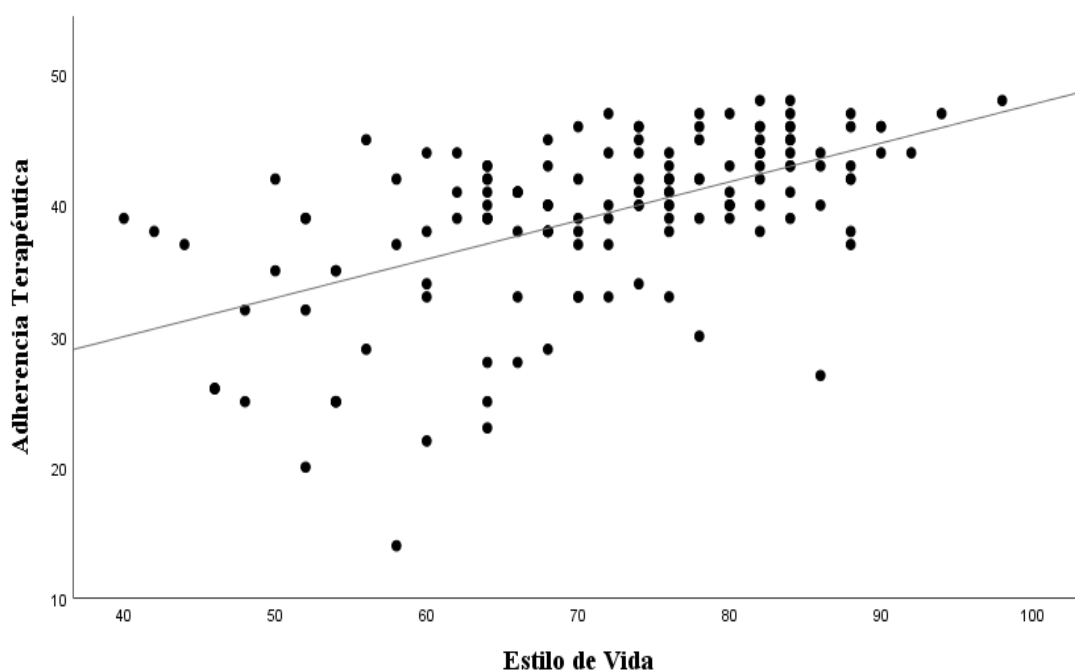
Gráfica de regresión entre la edad y el Estilo de Vida



Por último, se realizó un modelo de regresión lineal considerando a la Adherencia Terapéutica como variable independiente y al Estilo de Vida como variable dependiente. El Estilo de Vida del Adulto con Diabetes Tipo 2 se explica por la Adherencia Terapéutica en un 30.7% (R^2 ajustada= .307, $F = [1.731] 66.087$, $p=.000$).

Figura 6

Gráfico de regresión entre Adherencia Terapéutica y Estilo de Vida



Capítulo IV

VI. Discusión

El objetivo de la presente investigación fue determinar la influencia de los Factores Personales, La Adherencia Terapéutica con el Estilo de Vida del Adulto con Diabetes tipo 2; que vive en zona rural de la zona Norte del Estado de Puebla, analizado bajo el Modelo de Promoción de la Salud de Pender et al. (2018).

El Modelo de Promoción de la Salud contiene una serie de postulados que representan la interacción entre sus conceptos. Uno de estos postulados establece que la conducta previa relacionada y las características heredadas y adquiridas influyen en las conductas promotoras de salud. Este postulado se confirma con los resultados obtenidos, donde se observa que la Adherencia Terapéutica y un Factore Personal (la edad) influye en la adopción de un Estilo de Vida Saludable.

En cuanto a los factores personales obtenidos para describir a la población de Adultos con diabetes tipo 2, se observó una mayor representación del sexo femenino. Este hallazgo es consistente con los estudios de Vilcamango et al. (2021), Fernández et al. (2022) y Cordero-Sánchez et al. (2022), aunque difiere de los resultados de Guamán-Montero et al. (2021) y Raraz-Vidal y Raraz-Vidal (2022). Esta discrepancia podría deberse a que la mayoría de la población que asiste a la unidad médica para control está compuesta por mujeres.

En relación con la media de edad, los resultados son similares a los presentados por Vilcamango et al. (2021), Fernández et al. (2022), Cordero-Sánchez et al. (2022), y Raraz-Vidal y Raraz-Vidal (2022), al encontrar que más de la mitad de los adultos con diabetes tipo 2 se encuentran en un rango de edad específico. Sin embargo, estos hallazgos difieren

de los obtenidos por Guamán-Montero et al. (2021), quien no menciona un rango de edad específico en los criterios de selección para la población de estudio.

Asimismo, la escolaridad de los Adultos con Diabetes tipo 2 coincide con los resultados presentados por Rivas-Castro et al. (2020), Guamán-Montero et al. (2021), y Cordero-Sánchez et al. (2022), quienes encontraron que la escolaridad de nivel básico es la de mayor prevalencia. Sin embargo, esto difiere de lo reportado por Angelucci-Bastidas y Rondón-Bernard (2021), quien indica que la escolaridad de mayor prevalencia es la de nivel medio superior. Esta discrepancia podría atribuirse a las diferencias sociodemográficas de las poblaciones de estudio.

Con respecto al estado civil, el de mayor predominio fue el casado, el cual coincide con Domínguez y Ortega (2019), y Raraz-Vidal y Raraz-Vidal (2022); lo cual podría deberse a que el porcentaje de matrimonios nacional reportados por los países de origen de las muestras es similar. Estos datos difieren de lo reportado por Duan et al. (2022), Vilcamango et al. (2021), y Rivas-Castro et al. (2020), lo cual se puede ser origen a los grupos etarios representantes de dichas investigaciones.

En relación con el tiempo de tratamiento con Diabetes tipo 2, la media de tiempo de tratamiento en años concuerda con Domínguez y Ortega (2019), Angelucci-Bastidas y Rondón-Bernard (2021), Cordero-Sánchez et al. (2022), y Raraz-Vidal y Raraz-Vidal (2022); esto podría explicarse por los criterios de selección con respecto al tiempo de tratamiento los cuales son similares.

En este sentido, el tipo de tratamiento de predominio fueron los hipoglucemiantes orales, el cual lo efectúan más de la mitad de los Adultos con Diabetes tipo 2, datos similares a los reportados por Domínguez y Ortega (2019), Angelucci-Bastidas y Rondón-Bernard (2021) y Cordero-Sánchez et al. (2022), lo cual se podría explicar, debido a que la

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 (Secretaría de Salud, 2010) para la prevención, tratamiento y control de la diabetes brinda recomendaciones para la prescripción de hipoglucemiantes orales para el tratamiento de la Diabetes tipo 2.

En relación con las comorbilidades cerca de la mitad de los Adultos con Diabetes tipo 2 presentan al menos una, dato que coincide con lo reportado por Domínguez y Ortega (2019), esto podría deberse a que la media de edad es similar. En cambio, este hallazgo disiente de lo reportado por Vilcamango et al. (2021). Esto se podría explicar por la falta de presencia de personas adultas mayores en la investigación.

En cuanto a la Adherencia Terapéutica, los resultados arrojan que más de la mitad de los Adultos con Diabetes con Diabetes tipo 2 mantienen una total Adherencia Terapéutica, lo cual coincide con Angelucci-Bastidas y Rondón-Bernard (2021), lo cual se podría deber al uso del mismo instrumento, el cual evalúa no solo la adherencia farmacológica, sino también la asistencia a consulta de seguimiento y mantener una relación adecuada con el personal médico. Sin embargo, estos resultados difieren de los obtenidos por Domínguez y Ortega (2019), Vilcamango et al. (2021), Cordero-Sánchez et al. (2022), y Guamán-Montero et al. (2021). Esto se podría atribuir a el indicador empírico con el cual se evaluó la Adherencia Terapéutica, ya que para esta investigación se utilizó el cual mide la adherencia farmacológica, el seguimiento de citas y la relación paciente-medico.

El Adulto con Diabetes tipo 2 mantiene mayormente un Estilo de Vida Poco Favorable, similar a lo presentado por Rivas-Castro et al. (2020) , Camarillo et al. (2022), y Gómez et al. (2020), lo que se puede explicar por la región demográfica similar (América Latina), así como el uso de mismo indicador empírico. No obstante, estos datos no

concuerdan con los presentados por Fernández et al. (2022) y Asenjo-Alarcón (2020), lo cual podría deberse a la presencia de personas adulto mayor dentro de la muestra.

En cuanto a la dimensión nutrición, predomina el Estilo de Vida Poco Favorable, lo cual concuerda con lo obtenido por Gómez et al. (2020), Rivas-Castro et al. (2020) y Fernández et al., (2022), lo cual puede explicarse por la presencia de poco consumo de frutas y verduras, el consumo de tortillas, el consumo de alimento entre comidas, así como el consumo de alimentos fuera de casa.

Con respecto a la actividad física, un tercio de los Adultos con Diabetes tipo 2 mantienen un Estilo de Vida Favorable, lo que concuerda con lo reportado por Rivas-Castro et al. (2020), al realizar 3 o más veces ejercicio a la semana, manteniéndose ocupados fuera de sus actividades habituales de trabajo y salir de casa en su tiempo libre. Así mismo, un tercio de la población mantiene un Estilo de Vida Desfavorable, este hallazgo coincide con lo reportado por Gómez et al. (2020) y Fernández et al. (2022), lo cual se puede explicar por el uso de la televisión y la falta de realizar actividad física.

A cerca del consumo de alcohol y tabaco, el Estilo de Vida Favorable es el de predominio, igual a lo reportado por Gómez et al. (2020), y Rivas-Castro et al. (2020), esto puede deberse a que los Adultos con Diabetes tipo 2, refirieron casi nunca consumir alcohol o tabaco.

En referencia a la asistencia a platicas, los Adultos con Diabetes tipo 2 refieren que en los últimos tres meses han asistido al menos a una; este hallazgo coincide con lo reportado por Rivas-Castro et al. (2020), este se puede explicar por la falta de platicas ofertadas por la Unidad Médica a la cual asisten para su control.

Finalmente, en la dimensión de manejo de las emociones prevalecen el Estilo de Vida Desfavorable y Poco Favorable, lo que concuerda con lo reportado por Gómez et al.

(2020), donde los Adultos con Diabetes tipo 2 presentaron sentimientos de enojo y tristeza, así como, pensamientos pesimistas.

4.1 Conclusión

Este estudio permitió determinar la influencia de los Factores Personales y la Adherencia Terapéutica en el Estilo de Vida de adultos con diabetes tipo 2. Los resultados obtenidos corroboran el postulado teórico del Modelo de Promoción a la Salud de Pender, al identificar factores que predisponen a conductas de promoción de la salud.

Se encontró que el 76% de los Adultos con Diabetes tipo 2 presentan una Adherencia Terapéutica completa, no solo al tratamiento farmacológico, sino también al seguimiento de sus consultas y al mantenimiento de una buena relación con el personal médico. La Adherencia Terapéutica mostró una relación positiva significativa con la edad, indicando que los Adultos de mayor edad tienden a mantener una Adherencia Terapéutica adecuada.

Sin embargo, solo el 30% de los participantes lleva un Estilo de Vida favorable, especialmente en las dimensiones de manejo de las emociones, información sobre diabetes y actividad física, las cuales fueron las más afectadas. Esto destaca la necesidad de que el sector salud preste especial atención a estas áreas para prevenir complicaciones y reducir la morbilidad asociada a la Diabetes tipo 2.

Además, la edad demostró ser un factor influyente en la adopción de conductas promotoras de salud, como lo es un Estilo de Vida saludable.

Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar los factores biológicos y socioculturales de los pacientes al diseñar intervenciones y cuidados especializados, adaptados a sus necesidades y contextos específicos. Asimismo, resaltan la relevancia de aplicar teorías de enfermería para comprender los comportamientos humanos en la

búsqueda de la salud y enfatizan la necesidad de ver al paciente como un ser integral, donde múltiples factores interactúan para influir en su estado de salud.

Finalmente, los resultados de este estudio no solo proporcionan evidencia empírica sobre la relación entre los Factores Personales, la Adherencia Terapéutica y el Estilo de Vida en Adultos con Diabetes tipo 2, sino que también ofrecen valiosas implicaciones para la práctica clínica. Es fundamental que los profesionales de la salud continúen desarrollando estrategias que promuevan un mayor compromiso con el autocuidado y la Adherencia al Tratamiento, especialmente en áreas críticas como la gestión emocional y la actividad física. En conclusión, una atención integral y personalizada, basada en un enfoque holístico y respaldada por teorías de enfermería, es esencial para mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir las complicaciones relacionadas con la Diabetes tipo 2.

4.2 Recomendaciones

Se sugiere llevar a cabo investigaciones de corte longitudinal para observar y analizar el comportamiento de la Adherencia Terapéutica y el Estilo de Vida en adultos con Diabetes tipo 2 a lo largo de diferentes épocas del año. Además, se propone realizar estudios descriptivos y correlacionales que consideren factores psicológicos y su influencia en la Adherencia Terapéutica y el Estilo de Vida, dado que la adopción de conductas saludables es un fenómeno multicausal.

Asimismo, se recomienda desarrollar estudios cualitativos para profundizar en la comprensión de estas variables y obtener información que permita conocer mejor a los adultos con diabetes tipo 2. Es fundamental implementar intervenciones dirigidas a mejorar la Adherencia Terapéutica, lo que podría reafirmar su impacto positivo en la adopción de

conductas saludables y, en consecuencia, en el Estilo de Vida de estos pacientes. Esto tiene como objetivo final mejorar la calidad de vida de las personas que viven con Diabetes.

Por último, se invita a continuar con investigaciones que se basen en teorías de enfermería, con el propósito de fortalecer la disciplina y proporcionar evidencia que permita actualizar y mejorar las políticas públicas de salud. Resaltar la importancia de la enfermería en la generación de evidencia es esencial para contribuir al bienestar de las personas que viven con diabetes.

4.3 Referencias

- American Diabetes Association. (2023, diciembre 11). *La Asociación Americana de la Diabetes Publica los Estándares de Cuidado para la Diabetes—2024*. ADA Newsroom. <https://diabetes.org/newsroom/press-releases/la-asociacion-americana-de-la-diabetes-publica-los-estandares-de-cuidado>
- Aminde, L. N., Tindong, M., Ngwasiri, C. A., Aminde, J. A., Njim, T., Fondong, A. A., & Takah, N. F. (2019). Adherence to antidiabetic medication and factors associated with non-adherence among patients with type-2 diabetes mellitus in two regional hospitals in Cameroon. *BMC Endocr Disord.* , 19(1).
- Angelucci-Bastidas, L., & Rondón-Bernard, J. E. (2021). Adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2: Un modelo de regresión logística. Caracas 2017-2018. *Medicas UIS*, 34(2), 29–39. <https://doi.org/https://doi.org/10.18273/revmed.v34n2-2021003>
- Asenjo-Alarcón, J. A. (2020). Relación entre estilo de vida y control metabólico en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de Chota, Perú. *Rev Med Hered*, 30, 101–107.
- Basto-Abreu, A., López-Olmedo, N., Rojas-Martínez, R., Aguilar-Salinas, C. A., Moreno-Banda, G. L., Carnalla, M., Rivera, J. A., Romero-Martínez, M., Barquera, S., & Barrientos-Gutiérrez, T. (2023). Prevalencia de prediabetes y diabetes en México: Ensanut 2022. *Salud Pública de México*, 63(1), 163–168. <https://doi.org/https://doi.org/10.21149/14832>
- Blanco, E. G., Chavarría, G. F., & Garita, Y. M. (2021). Estilo de vida saludable en diabetes mellitus tipo 2: beneficios en el manejo crónico. *Revista Médica Sinergia*, 6(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.31434/rms.v6i2.639>

- Bohórquez, C. E., Barreto, M., Muvdi, Y. P., Rodríguez, A., Badillo, M. A., Martínez, W. Á., & Mendoza, X. (2020). FACTORES MODIFICABLES Y RIESGO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS JÓVENES: UN ESTUDIO TRANSVERSAL. *Ciencia y Enfermería*, 16.
- CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN. (2014). Reglamento de la ley general de salud en materia de Investigación para la salud. En *Diario Oficial de la Federación*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Camarillo Guzmán, G., Flores Pérez, C., Botello Mendoza, L. A., Vázquez Hernández, S., & Totomol Yoal, B. E. (2022). Estilo de vida y nivel de glucosa en pacientes con Diabetes TIPO 2. *Investigación en Salud, Enfermería y Educación*, 1(2–2022).
- Cantú-Martínez, P. C. (2014). Estilo de vida en pacientes adultos con Diabetes mellitus tipo 2. *Enferm. Actual Costa Rica*, 27.
<https://doi.org/https://doi.org/10.15517/revenf.v0i27.15996>
- Cordero-Sánchez, C., Alba-Alba, C., Muñoz-Covarrubias, M., Guzmán-Ortiz, E., & Ramírez-Giron, N. (2022). Características sociodemográficas asociadas a la adherencia del tratamiento en adultos con Diabetes Tipo 2. *Horiz. sanitario*, 21(2), 276–281.
<https://doi.org/https://doi.org/10.19136/hs.a21n2.3885>
- DeVellis, R. F. (2003). *Scale development. Theory and applications* (2a. edition). Thousand Oaks, Sage Publications.
- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. A. (s/f). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.031>

- Domínguez Gallardo, L. A., & Ortega Filártiga, E. (2019). Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int.*, 6(1), 63–74.
- Domínguez, L. A., & Ortega, E. (2019). Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int.*, 6(1), 63–74. http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932019000100063
- Duan, M.-J., Dekker, L. H., Carrero, J.-J., & Navis, G. (2022a). Lifestyle patterns and incident type 2 diabetes in the Dutch lifelines cohort study. *Preventive Medicine Reports*, 30, 102012. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2022.102012>
- Duan, M.-J., Dekker, L. H., Carrero, J.-J., & Navis, G. (2022b). Lifestyle patterns and incident type 2 diabetes in the Dutch lifelines cohort study. . *Prev Med Rep.*, 3(30).
- Federación Internacional de Diabetes. (2021a). *Portal de datos sobre diabetes*. Atlas de Diabetes de la FID 10 edición . <https://diabetesatlas.org/data/en/region/5/nac.html>
- Federación Internacional de Diabetes. (2021b). *Sobre la Diabetes*. Datos y cifras. <https://idf.org/es/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>
- Fernández, S., Fernández, I., & Quimí, D. I. (2022). Estilos de vida en pacientes con diabetes tipo 2. *Journal of American Health*, 5(2–2022), 1–22.
- Figuerola-Suárez, M. E., Cruz-Toledo, J. E., Ortiz-Aguirre, A. R., Lagunes-Espinosa, A. L., Jiménez-Luna, J., & Rodríguez-Moctezuma, J. R. (2014). Estilo de vida y control metabólico en diabéticos del programa DiabetIMSS. *Gaceta Médica de México*, 29–34. https://www.anmm.org.mx/bgmm/2014/1/GMM_150_2014_1_029-034.pdf

- García Ortiz, Y., Casanova Expósito, D., & Raymond Álamo, G. (2022). Factores asociados a la no adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Medicent Electrón*, 26(2), 412–435.
- Gómez Aguilar, P. I. del S., Santoyo Fuentes, S. P., Candila Celis, J. A., Ortegón Uicab, M., Tovar Cetina, M. F., & Castillo Pacheco, A. G. (2020). Estilo de vida en personas con diabetes tipo 2 de “la huerta del estado” de Yucatán. *Rev. Salud y Bienestar Social*, 4(2), 61–72.
- Gomezcoello, V., Caza, M., & Jácome, Elisa. (2020). Prevalencia de diabetes mellitus y sus complicaciones en adultos mayores en un centro de referencia. *Revista Médica Vozandes*, 31(2), 49–55. <https://doi.org/10.48018/rmv.v31.i2.4>
- Guamán-Montero, N. A., Mesa-Cano, I. C., Peña-Cordero, S. J., & Ramírez-Coronel, A. A. (2021). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus II. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 282–289. <https://doi.org/https://doi.org/10.5281/zenodo.5039487>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Prevalencia de Obesidad, Hipertensión y Diabetes para los Municipios de México 2018*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/investigacion/pohd/2018/doc/a_peq_2018_nota_met.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). *ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL DE LA DIABETES (14 DE NOVIEMBRE)*.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024). *Estadísticas de defunciones registradas. De enero a junio de 2023 (preliminar)*.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/EDR/EDR2023_En-Jn.pdf

- López-Carmona, J. M., Ariza-Andraca, C. R., Rodríguez-Moctezuma, J. R., & Munguía-Miranda, C. (2003). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 45(4), 259–268. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6466>
- López-Carmona, J. M., Rodríguez-Moctezuma, J. R., Ariza-Andraca, C. R., & Martínez-Bermúdez, M. (2004). Estilo de vida y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Validación por constructo del IMEVID. *Atención Primaria*, 33(1), 20–27. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(04\)78873-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0212-6567(04)78873-3)
- Martín, L., Bayarre, H. D., & Grau, J. A. (2008). Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Rev Cubana Salud Pública*, 34(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Glosario de Promoción de Salud*. WHO/HPR/HEP/98.1.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*. <https://www3.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/nc-adherencia.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (2023, abril 5). *Diabetes*. Diabetes. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Estilos de vida saludables previenen la diabetes*. Organización Mundial de la Salud. Región de las Américas.

<https://www.paho.org/es/noticias/14-11-2011-estilos-vida-saludables-previenen-diabetes#:~:text=Se%20ha%20demostrado%20que%20medidas,mantener%20un%20peso%20corporal%20saludable>

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Causas principales de mortalidad, y discapacidad*. Causas principales de mortalidad y pérdidas en salud de nivel regional, subregional y nacional en la Región de las Américas, 2000-2019.

<https://www.paho.org/es/enlace/causas-principales-mortalidad-discapacidad>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Diabetes*. Organización Mundial de la Salud. Región de las Américas.

Organización Panamericana de Salud. (2022). *Enfermedades no transmisibles*. Organización Mundial de la Salud. Región de las Américas.

<https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>

Ortega, J. J., Rodríguez, Ó. A., & Ortega, J. M. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta méd. Grupo Ángeles*, 16(3), 226–235.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226

Ovalle-Luna, O. D., Jiménez-Martínez, I. A., Rascón-Pacheco, R. A., Gómez-Díaz, R. A., Valdez-González, A. L., Gamiochipi-Cano, M., Doubova, S. V., Valladares-Salgado, A., Mondragón-González, R., Méndez-Padrón, A., Sánchez-Becerra, M. C., Cruz, M., Salinas-Martínez, A. M., Garza-Sagástegui, M. G., Hernández-Rubí, J., González-Hermosillo, A., Vargas-Sánchez, H. R., Reyes, M., Borja-Aburto, V. H., & Wachter, N. H. (2019). Prevalencia de complicaciones de la diabetes y comorbilidades

- asociadas en medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Gac Med Mex.*, 155(1). <https://doi.org/10.24875/GMM.18004486>
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2018). *Individual Models to Promote Health Behavior*. (8^a ed.). United States of America: Pearson.
- Polit, D. F., & Tatano Beck, C. (2018). *Investigación en Enfermería* (9^a ed.). WOLTERS KLUWER.
- Raraz-Vidal, J., & Raraz-Vidal, O. (2022). Adherencia terapéutica y variables relacionadas en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital público. *Gac Méd Caracas*, 130(2), 215–226. <https://doi.org/10.47307/GMC.2022.130.2.2>
- Reina, M., & Martínez, C. A. (2019). Barreras de la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos. *CINA RESEARCH*, 3(2), 21–27.
<https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/cinaresearch/article/view/182>
- Reyes-Flores, E., Trejo-Alvarez, R., Arguijo-Abrego, S., Jiménez-Gómez, A., Castillo-Castro, A., Hernández-Silva, A., & Mazzoni-Chávez, L. (2016). ADHERENCIA TERAPÉUTICA: CONCEPTOS, DETERMINANTES Y NUEVAS ESTRATEGIAS. *REV MED HONDUR*, 84(3).
<https://camjol.info/index.php/RMH/article/view/12384/14326>
- Rivas-Castro, A., Leguísamo-Peñate, I., & Puello-Viloria, Y. (2020). Estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II de una institución de salud en Santa Marta, Colombia, 2017. *Duazary: Revista internacional de Ciencias de la Salud*, 14(4–2020), 55–64. <https://doi.org/https://doi.org/10.21676/2389783X.3601>

Sánchez, J. A., & Sánchez, N. E. (2022). Epidemiología de la diabetes mellitus tipo 2 y sus complicaciones. *Revista Finlay* , 12(2).

<https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1121/2113>

Secretaría de Salud. (2010). NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. *Diario Oficial de la Federación*. <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4215/salud/salud.htm>

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (2024). *Boletín Epidemiológico*.

Vilcamango, E. J., Gil, S. M., & Valladares-Garrido, M. J. (2021). Factores asociados a la adherencia terapéutica en diabéticos atendidos en dos hospitales peruanos. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 50(2).

4.4 Apéndices

Apéndice 1
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Folio: _____

Fecha: _____

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de proyecto: **Relación de los Factores Personales, Estilo de Vida y Adherencia Terapéutica del Adulto con Diabetes tipo 2.**

Nombre del Investigador Principal: L.E Munguía Briones María Valeria

Estimado(a) Señor/Señora:

Usted ha sido invitado a participar en el presente proyecto de investigación, el cual es desarrollado por la Licenciada en Enfermería María Valeria Munguía Briones, alumna del posgrado de maestría de la facultad de Enfermería, de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. El estudio se realizará en la unidad médica donde usted asiste a su control.

Si Usted decide participar en el estudio, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

El objetivo del presente estudio es **Describir la relación existente de los Factores Personales y el Estilo de Vida, con la Adherencia Terapéutica del Adulto con Diabetes tipo 2.**

Su participación consistirá en responder a 3 cuestionarios:

- 1) Cédula de Factores Personales biológicos (sexo, edad, comorbilidad, tiempo de tratamiento con diabetes) y socioculturales (escolaridad en años, estado civil, si trabaja actualmente, cuantas horas trabaja al día)
- 2) Cuestionario de Adherencia terapéutica (Martín, Bayarre y Grau, 2008), el cual integra preguntas relacionadas sobre cómo lleva a cabo su tratamiento farmacológico, dietético y su acercamiento a las citas médicas.
- 3) Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID) López, Ariza, Rodríguez & Munguía (2003), el cual tiene como objetivo conocer sus actividades para llevar a cabo una vida saludable.

La entrevista se llevará a cabo en un consultorio donde solo estará usted y el investigador, para su comodidad y el tiempo estimado de contestación es de 20 minutos aproximadamente.

Beneficios: No hay un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando con la disciplina de enfermería para conocer el estilo de vida y adherencia terapéutica del adulto con diabetes tipo 2 y así poder crear intervenciones para mejorar las condiciones de salud.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a)

con un folio y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Participación Voluntaria/Retiro: Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en libertad de negarse a participar o de retirar su participación en cualquier momento. Su decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia o afectará de ninguna manera el servicio o trato de que recibe en esta Unidad Médica.

Riesgos Potenciales: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son: **Sin riesgo.** Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incomodo(a), tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Costos: La participación en el estudio no implica ningún costo.

Aviso de Privacidad Simplificado: La investigadora principal de este estudio, L.E María Valeria Munguía Briones es responsable del tratamiento y resguardo de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los datos personales que le solicitaremos serán utilizados exclusivamente para las finalidades expuestas en este documento. Usted puede solicitar la corrección de sus datos o que sus datos se eliminen de nuestras bases o retirar su consentimiento para su uso. En cualquiera de estos casos le pedimos dirigirse al investigador responsable del proyecto a la siguiente dirección de correo maria.munguiabr@alumno.buap.mx

Números por contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la investigadora responsable del proyecto: L.E Munguía Briones María Valeria al siguiente número de teléfono (797) 1415744, en un horario de 10 am- 3 pm o al correo electrónico maria.munguiabr@alumno.buap.mx.

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Declaración de la persona que da el consentimiento

- Se me ha leído esta Carta de consentimiento.
- Me han explicado el estudio de investigación incluyendo el objetivo, los posibles riesgos y beneficios, y otros aspectos sobre mi participación en el estudio.
- He podido hacer preguntas relacionadas a mi participación en el estudio, y me han respondido satisfactoriamente mis dudas.

Si usted entiende la información que le hemos dado en este formato, está de acuerdo en participar en este estudio, de manera total o parcial, y también está de acuerdo en permitir que su información de salud sea usada como se describió antes, entonces le pedimos que indique su consentimiento para participar en este estudio.

Registre su firma/huella digital en este documento del cual le entregaremos una copia.

PARTICIPANTE:

Firma/huella digital: _____

TESTIGO 1

Firma: _____

Relación con el/la participante: _____

Dirección(opcional): _____

TESTIGO 2

Firma: _____

Relación con el/la participante: _____

Dirección (Opcional): _____

Nombre y firma del investigador que obtiene el consentimiento:

Nombre: _____

Firma: _____

Apéndice 2
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Cédula de Factores Personales
(Munguía & Nájera, 2023)

Folio: _____

Fecha: _____

Instrucciones: La información que se proporcione en el siguiente cuestionario será completamente confidencial y anónima.

Sexo:

1. Hombre
2. Mujer

Trabaja actualmente:

1. Si.
2. No.

Edad: _____

Tiempo de tratamiento con Diabetes: _____ ¿Cuántas hora trabaja al día?: _____

Años de escolaridad: _____

¿Padece otra enfermedad?

Estado civil:

1. Soltero.
2. Casado.

1. Si.
2. No.

¿Cuál o cuáles? _____

Tipo de tratamiento:

3. Hipoglucemiantes orales
4. Insulina
5. Mixto

Apéndice 3
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Fecha: _____

Folio: _____

Cuestionario de Adherencia Terapéutica MBG (Martín-Bayarre-Grau. 2008)

A continuación, usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, conteste con la mayor sinceridad posible, no existen respuestas buenas o malas. Marque la casilla que corresponda a su situación particular.

N: Nunca **CN:** Casi Nunca **AV:** Algunas Veces **CS:** Casi Siempre **S:** Siempre

	Afirmación	N 0	CN 1	AV 2	CS 3	S 4
1.-	Toma los medicamentos en el horario establecido.	0	1	2	3	4
2.-	Se toma todas las dosis indicadas.	0	1	2	3	4
3.-	Cumple las indicaciones relacionadas con su dieta.	0	1	2	3	4
4.-	Asiste a las consultas de seguimiento programadas.	0	1	2	3	4
5.-	Realiza los ejercicios físicos indicados.	0	1	2	3	4
6.-	Acomoda los horarios de su medicación, a las actividades vida diaria.	0	1	2	3	4
7.-	Usted y su médico deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir.	0	1	2	3	4
8.-	Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos.	0	1	2	3	4
9.-	Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos.	0	1	2	3	4
10.-	Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento.	0	1	2	3	4
11.-	Usted y su médico analizan como cumplir el tratamiento.	0	1	2	3	4
12.-	Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su médico.	0	1	2	3	4

Apéndice 4

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Fecha: _____

Folio: _____

Cuestionario para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID) López, Ariza, Rodríguez & Munguía (2003)

INSTRUCCIONES: Este cuestionario contiene preguntas acerca de su estilo de vida o hábitos personales en los últimos 3 meses. Por favor, conteste con la mayor sinceridad posible, no existen respuestas buenas o malas. Elija una sola respuesta y márquela. No olvide responder todas las preguntas.

Pregunta.	Respuestas			
1. ¿Con qué frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi Nunca	
2. ¿Con qué frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi Nunca	
3. ¿Cuántas piezas de pan come al día?	0-1	2	3 o más	
4. ¿Cuántas tortillas come al día?	0-3	4-6	7 o más	
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi Nunca	Algunas Veces	Frecuentemente	
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	
7. ¿Come alimentos entre comidas?	Casi Nunca	Algunas Veces	Frecuentemente	
8. ¿Come alimentos fuera de casa?	Casi Nunca	Algunas Veces	Frecuentemente	
9. ¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	
10. ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (Caminar rápido, correr o algún otro)	3 o Más Veces a la Semana	1 a 2 Veces por Semana	Casi Nunca	

11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi Siempre	Algunas Veces	Casi Nunca	
12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de Casa	Trabajos en Casa	Ver Televisión	
13. ¿Fuma?	No Fumo	Algunas Veces	Fumo a Diario	
14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	1 a 5	6 o Más	
15. ¿Bebe alcohol?	Nunca	Rara Vez	1 vez o Más a la Semana	
16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	1 a 2	3 o Más	
17. ¿A cuántas pláticas para personas con diabetes ha asistido?	4 o Más	1 a 3	Ninguna	
18. ¿Trata de obtener información sobre la diabetes?	Casi Siempre	Algunas Veces	Casi Nunca	
19. ¿Se enoja con facilidad?	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	
20. ¿Se siente triste?	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	
21. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	
22. ¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?	Casi Siempre	Algunas Veces	Casi Nunca	
23. ¿Sigue dieta para diabético?	Casi Siempre	Algunas Veces	Casi Nunca	
24. ¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse su insulina?	Casi Nunca	Algunas Veces	Frecuentemente	
25. ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?	Casi Siempre	Algunas Veces	Casi Nunca	