



Universidad Nacional

SAN LUIS GONZAGA



Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Esta licencia es la más restrictiva de las seis licencias principales Creative Commons, permitiendo a otras solo descargar sus obras y compartirlas con otras siempre y cuando den crédito, pero no pueden cambiarlas de forma alguna ni usarlas de forma comercial.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE INVESTIGACION
EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA N° 130 – 2026

El que suscribe, deja constancia que se la realizado el análisis con el software de verificación de similitud al **INFORME FINAL** cuyo título es:

Dinámica familiar y adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025

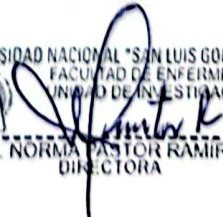
Presentado por:

BACH. LUJAN SUAREZ, ROSMERY ISABEL

Bachiller del nivel de Pregrado de la Facultad de Enfermería El resultado obtenido es 1% por el cual se otorga el calificativo de **APROBADO**, según Reglamento para la evaluación de la Originalidad de los documentos de investigación. Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Ica, 22 de junio del 2026

Operador KDT
Fecha y hora: 22 jun 2026 10:08 A.M.
Id: 601913455

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE INVESTIGACION

Dra. NORMA PASTOR RAMIREZ
DIRECTORA

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

Facultad de Enfermería



Dinámica familiar y adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025.

Línea de investigación:

Salud Pública y Conservación del Medio Ambiente

INFORME FINAL DE TESIS

PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

AUTOR:

Lujan Suarez, Rosmery Isabel

ASESORA:

Dra. Marianela Clarisa Pecho Tataje

ORCID: 0000-0002-0722-2007

Ica - Perú

2026

DEDICATORIA

A mis padres, por ser mi raíz y mi refugio, por su amor constante que me sostuvo incluso en los días más inciertos.

A mis hermanos, por ser fuerza, compañía y ejemplo en cada paso de este camino.

A mi hermanito, mi compañero de vida, por caminar a mi lado con un amor tan puro que ilumina mis días.

A mi Almita, por enseñarme que el amor más sincero no necesita palabras, solo presencia y lealtad infinita.

A Gio, por estar, por escuchar y por nunca soltarme.

A ustedes, que son mi todo, gracias por ser la razón detrás de cada logro y el impulso que me llevó hasta aquí.

La autora.

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme otorgado una familia maravillosa, quienes han creído en mí siempre, dándome ejemplo de superación, humildad y sacrificio; enseñándome a valorar todo lo que tengo.

A mi primera casa de estudios y sus autoridades, por impartir sus conocimientos en busca de nuevos profesionales en virtud de lograr personas competentes. Y a la Dra. Marianela, por su guía, paciencia y valioso acompañamiento en este camino.

La autora.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CARATULA.....	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS	v
I.INTRODUCCIÓN.....	8
1.1. Formulación del problema.....	18
1.2. Justificación e importancia de la investigación.....	19
1.3. Objetivos de la Investigación	20
1.4. Hipótesis de la Investigación.....	21
II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	23
2.1. Tipo y diseño de la investigación	23
2.2. Población y muestra	23
2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de la información	25
2.4. Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación de datos.....	28
III.RESULTADOS.....	30
3.1. Contrastación de hipótesis	41
IV.DISCUSIÓN	48
V.CONCLUSIONES	52
VI.RECOMENDACIONES.....	54
VII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
VIII.ANEXOS	61
8.1. Anexo A. Consentimiento Informado.....	61
8.2. Anexo B. Instrumento de recolección de datos- Cuestionario	62
8.3. Anexo C. Matriz de consistencia.....	65
8.4. Anexo D. Operacionalización de variables.....	67
8.5. Anexo E. Prueba de normalidad.....	69
8.6. Anexo F. Resolución Directoral	70

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.	30
Tabla 2. Nivel de dinámica familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.	32
Tabla 3. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.	33
Tabla 4. Componentes de la dinámica familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.	34
Tabla 5. Dimensiones de la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.	35
Tabla 6. Distribución del componente adaptabilidad de la dinámica familiar y nivel de adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.	40
Tabla 7. Distribución del componente participación de la dinámica familiar y el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.	42
Tabla 8. Distribución del componente crecimiento de la dinámica familiar y el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.	44
Tabla 9. Distribución del componente afecto de la dinámica familiar y el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.	46
Tabla 10. Distribución del componente resolución de la dinámica familiar y el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.	48
Tabla 11. Relación entre la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.	42
Tabla 12. Relación entre el componente adaptabilidad de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.	43
Tabla 13. Relación entre el componente participación de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.	44
Tabla 14. Relación entre el componente crecimiento de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.	45
Tabla 15. Relación entre el componente afecto de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.	46
Tabla 16. Relación entre el componente resolución de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.	47

RESUMEN

La Diabetes Mellitus tipo 2 exige una adherencia terapéutica sostenida, la cual puede relacionarse con las condiciones del entorno familiar del paciente. Objetivo: Determinar la relación entre la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025. Material y método: Se desarrolló una investigación básica, de enfoque cuantitativo, nivel correlacional y diseño no experimental de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 158 pacientes adultos con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, seleccionados según criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Se emplearon dos instrumentos: EATDM-III© modificada, para medir la adherencia terapéutica, y el APGAR Familiar para evaluar la dinámica familiar. La confiabilidad fue determinada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach obteniéndose 0,924 para el APGAR Familiar, y 0,932 para la EATDM-III© modificada. Se realizó análisis descriptivo y análisis inferencial mediante el coeficiente Rho de Spearman, con un nivel de significancia de 0,05. Resultados: En la dinámica familiar predominó la familia funcional, con 56,3%, seguida de la familia disfuncional leve, con 33,5%, y la familia disfuncional grave, con 10,1%; mientras que, en la adherencia terapéutica, predominó el nivel eficiente con 49,4%, seguido del nivel regular, con 41,1%, y el nivel deficiente, con 9,5%. Se identificó una relación positiva baja y estadísticamente significativa entre la dinámica familiar y la adherencia terapéutica ($\rho = 0,295$; $p < 0,001$). Conclusiones: La dinámica familiar se relaciona de manera positiva baja con la adherencia terapéutica en los pacientes evaluados, lo que evidencia que un entorno familiar más favorable puede acompañar el cumplimiento del tratamiento, aunque no constituye la única explicación de la conducta adherente.

Palabras clave: Dinámica familiar; Adherencia terapéutica; Diabetes Mellitus tipo 2; APGAR Familiar; EATDM-III© modificada.

ABSTRACT

Type 2 Diabetes Mellitus requires sustained treatment adherence, which may be related to the patient's family environment. Objective: To determine the relationship between family dynamics and treatment adherence among patients with type 2 Diabetes Mellitus enrolled in the Diabetes and Hypertension Program at the Regional Hospital of Ica, 2025. Material and method: A basic study with a quantitative approach, correlational level, and non-experimental cross-sectional design was conducted. The sample consisted of 158 adult patients diagnosed with type 2 Diabetes Mellitus, selected according to previously established inclusion and exclusion criteria. Two instruments were used: the modified EATDM-III©, to measure treatment adherence, and the Family APGAR to assess family dynamics. Reliability was determined using Cronbach's alpha coefficient, obtaining 0.924 for the Family APGAR and 0.932 for the modified EATDM-III©. Descriptive analysis and inferential analysis using Spearman's rho coefficient were performed, with a significance level of 0.05. Results: Regarding family dynamics, functional family predominated with 56.3%, followed by mildly dysfunctional family with 33.5% and severely dysfunctional family with 10.1%; while efficient treatment adherence predominated with 49.4%, followed by the regular level with 41.1% and the deficient level with 9.5%. A low positive and statistically significant relationship was identified between family dynamics and treatment adherence ($\rho = 0,295$; $p < 0.001$). Conclusions: Family dynamics showed a low positive relationship with treatment adherence in the evaluated patients, indicating that a more favorable family environment may support treatment compliance, although it is not the only explanation for adherence behavior.

Keywords: Family dynamics; Treatment adherence; Type 2 Diabetes Mellitus; Family APGAR; modified EATDM-III©.

I.INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) constituye un trastorno metabólico crónico caracterizado por hiperglucemia persistente que, en ausencia de un control adecuado, conduce al desarrollo de complicaciones microvasculares, como retinopatía, nefropatía y neuropatía, y macrovasculares, entre ellas cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y arteriopatía periférica.¹ En la actualidad, la prevalencia de esta enfermedad muestra un crecimiento sostenido en todas las regiones del mundo, impulsado principalmente por el envejecimiento poblacional, la urbanización acelerada, el aumento del sobrepeso y la obesidad, así como por determinantes sociales que dificultan el acceso oportuno al diagnóstico y al tratamiento. Como consecuencia, la DM se asocia a mortalidad prematura, discapacidad y elevados costos sanitarios y de productividad. Frente a este escenario, la evidencia señala que las respuestas más efectivas integran acciones de prevención primaria, tamizaje oportuno, educación para el autocuidado y acceso continuo a terapias dentro de modelos de atención crónica con equipos multidisciplinarios.²

En este contexto, la International Diabetes Federation (IDF) advierte que el mayor incremento de casos de Diabetes se registra en los países de ingresos bajos y medios, lo que intensifica los desafíos para los sistemas de salud pública.² Este crecimiento acelerado se relaciona con procesos de transición demográfica y nutricional, la expansión urbana y la persistencia de barreras estructurales, tales como el diagnóstico tardío, el acceso irregular a fármacos e insumos y las brechas en la atención primaria. Dicha dinámica profundiza las desigualdades entre zonas urbanas, rurales y entre distintos niveles socioeconómicos, además de incrementar la carga de complicaciones prevenibles que saturan los servicios de salud. Paralelamente, los costos directos (medicación, monitoreo y consultas) e indirectos (pérdida de productividad y discapacidad) ejercen una presión sostenida sobre los hogares y los sistemas sanitarios, aumentando el riesgo de gasto catastrófico. En este marco, se refuerza la necesidad de implementar paquetes integrales costo-efectivos, centrados en la atención primaria, que garanticen acceso continuo a terapias e insumos esenciales, educación para el autocuidado y seguimiento longitudinal.^{3,4}

Este panorama se inscribe en la transición epidemiológica contemporánea, caracterizada por el predominio de enfermedades crónicas, la multimorbilidad, el envejecimiento poblacional y la polifarmacia, factores que complejizan el manejo clínico y comunitario de los pacientes. En consecuencia, resulta indispensable avanzar desde modelos de atención episódicos hacia cuidados continuos, coordinados y centrados en la persona, que promuevan decisiones compartidas y el co-diseño de planes terapéuticos junto al paciente y su familia. La integración del seguimiento longitudinal, presencial y remoto, el apoyo psicosocial y el trabajo interprofesional en el primer nivel de atención ha demostrado mejorar los resultados en salud y optimizar el uso de los recursos disponibles, respaldando así el fortalecimiento de la promoción de la salud, la prevención secundaria y los abordajes centrados en la persona.⁵

Dentro de este marco, la adherencia terapéutica emerge como un elemento decisivo para lograr un adecuado control glucémico y reducir la aparición de complicaciones en las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Diversos estudios evidencian proporciones relevantes de no adherencia al tratamiento, situación que se asocia con descompensaciones metabólicas, mayor utilización de los servicios de salud y un pronóstico desfavorable. En contraste, los pacientes que mantienen una adherencia sostenida al régimen terapéutico alcanzan mejoras significativas en los niveles de glucosa y en los indicadores de control metabólico, lo que justifica la implementación de intervenciones educativas y de seguimiento continuo orientadas a sostener el cumplimiento terapéutico.⁶

Entre los determinantes psicosociales, la dinámica familiar, entendida como la calidad de la comunicación, el apoyo emocional, la organización de roles y la capacidad para resolver problemas, se relaciona significativamente con el autocuidado cotidiano y la continuidad del tratamiento. En la presente investigación, el APGAR Familiar se emplea como una aproximación operativa para valorar componentes familiares vinculados con dicha dinámica, considerando que evalúa la funcionalidad familiar percibida a través de la adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución. Asimismo, diversos estudios han utilizado este instrumento en investigaciones relacionadas con la dinámica familiar, la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica, lo que respalda su pertinencia metodológica para el presente estudio.^{7,10}

Un entorno familiar funcional facilita el recordatorio y la toma de la medicación, la preparación de dietas adecuadas, la asistencia a los controles de salud y el afrontamiento del estrés asociado a la enfermedad; por el contrario, la disfunción familiar, caracterizada por conflictos, sobrecarga o escaso soporte, se vincula con olvidos, incumplimientos y abandono terapéutico. En este sentido, cobra especial relevancia el desarrollo de intervenciones de enfermería centradas en la familia y el fortalecimiento del soporte psicosocial, particularmente en contextos locales.¹¹

En el contexto del Hospital Regional de Ica, esta perspectiva integral exige ir más allá de la prescripción farmacológica y articular estrategias de educación para el autocuidado, participación activa de la familia y seguimiento continuo mediante controles periódicos, recordatorios y monitoreo de metas clínicas, con el propósito de mejorar el control metabólico y prevenir complicaciones. Esta orientación resulta coherente con la situación nacional descrita por la autoridad sanitaria, que identifica brechas en el diagnóstico oportuno, la adherencia al tratamiento y la continuidad del cuidado, y promueve el fortalecimiento de la atención primaria, la educación sanitaria y el acceso sostenido a insumos y medicamentos. Asimismo, el fortalecimiento de los circuitos de derivación, la consejería nutricional, la promoción de la actividad física y las estrategias de soporte psicosocial se configuran como acciones clave para optimizar los resultados en salud y la eficiencia del sistema.¹²

En síntesis, la Diabetes Mellitus tipo 2 constituye un problema de salud pública prioritario; la adherencia terapéutica representa un eslabón crítico para mejorar el control metabólico y reducir

la ocurrencia de complicaciones; y la dinámica familiar se configura como un punto de apalancamiento fundamental para el desarrollo de intervenciones de enfermería centradas en la persona y su entorno. Bajo este marco, el presente estudio analiza la relación entre la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión del Hospital Regional de Ica, con el propósito de aportar evidencia útil para el diseño de estrategias costo-efectivas y culturalmente pertinentes.¹³

El presente informe final se estructura en ocho apartados. En el primero se desarrolla la introducción, que comprende la realidad problemática, los antecedentes de estudio, las bases teóricas, la formulación del problema, la justificación, los objetivos y las hipótesis de investigación. El segundo apartado corresponde a la metodología empleada en el estudio. En el tercer apartado se presentan los resultados obtenidos, mientras que en el cuarto se desarrolla la discusión de los hallazgos encontrados. Finalmente, se incluyen las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos correspondientes.

Situación problemática

A nivel mundial, la Diabetes Mellitus tipo 2 constituye una enfermedad crónica no transmisible de alta carga sanitaria, social y económica. Según el Atlas 2025 de la Federación Internacional de Diabetes, aproximadamente 589 millones de adultos viven con diabetes, cifra que podría incrementarse hacia el año 2050. Esta tendencia evidencia la necesidad de fortalecer no solo el diagnóstico y tratamiento oportuno, sino también las estrategias de seguimiento y autocuidado sostenido.²

En el ámbito nacional, el Perú no es ajeno a esta problemática. De acuerdo con datos del Ministerio de Salud, la prevalencia estimada de Diabetes en el año 2024 alcanzó el 6,4 %, con aproximadamente 1 335 800 casos registrados; además, se proyecta que hacia finales del mismo año cerca de 1 721 000 peruanos padecerían esta enfermedad.¹² Estas cifras reflejan un incremento sostenido de la Diabetes en el país y anticipan una mayor demanda de servicios de salud para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las complicaciones asociadas, lo que representa un desafío creciente para el sistema sanitario nacional.

Desde una perspectiva económica, la Diabetes Mellitus tipo 2 representa una carga importante para el sistema de salud y para las familias, debido a los costos asociados al tratamiento, seguimiento y manejo de complicaciones. Por ello, resulta necesario fortalecer estrategias preventivas y de control que favorezcan la adherencia terapéutica y reduzcan complicaciones evitables.^{14,15}

El manejo efectivo de la Diabetes Mellitus tipo 2 requiere el cumplimiento riguroso de un régimen terapéutico integral que incluye el uso adecuado de la medicación, la adopción de una alimentación saludable, la realización regular de actividad física y la asistencia periódica a los controles médicos. En este sentido, la adherencia terapéutica se define como el grado en que el

comportamiento del paciente, en relación con la toma de medicación, la alimentación y el estilo de vida, coincide con las recomendaciones acordadas con el equipo de salud. Este concepto se vincula estrechamente con el autocuidado, entendido como la capacidad del paciente para vigilar y responder activamente a las condiciones biológicas y ambientales cambiantes mediante prácticas como el automonitoreo de la glucemia, la correcta administración de la medicación, el cuidado de los pies y la adopción de hábitos saludables. Cuando la adherencia es deficiente, se compromete el control glucémico, aumenta la frecuencia de complicaciones agudas y crónicas y se incrementan de manera significativa los costos individuales, familiares y del sistema de salud.

16

A pesar de que en muchos establecimientos públicos los tratamientos para la Diabetes son gratuitos o parcialmente subsidiados, se observa que un porcentaje considerable de pacientes no sigue adecuadamente las recomendaciones médicas. Esta situación responde a múltiples factores de carácter individual, clínico, económico y social. Entre ellos, la dinámica familiar, entendida como el conjunto de interacciones, roles, formas de comunicación y apoyo existentes entre los miembros del hogar, adquiere especial relevancia, ya que puede relacionarse con la forma en que el paciente asume y afronta su tratamiento. Un entorno familiar favorable puede facilitar el cumplimiento terapéutico, mientras que una dinámica disfuncional puede constituirse en una barrera para la continuidad del cuidado.¹³

En el contexto del Hospital Regional de Ica, el programa de atención a personas con Diabetes Mellitus y con Hipertensión Arterial atiende a un número significativo de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. No obstante, se ha identificado que una proporción importante de estos pacientes no mantiene una adherencia adecuada al tratamiento, lo que sugiere la existencia de factores intervinientes que trascienden el acceso a la medicación y a los controles médicos. En este escenario, la dinámica familiar emerge como un factor clave que podría favorecer o dificultar la adherencia terapéutica, generando diferencias en el control metabólico y en la aparición de complicaciones asociadas a la enfermedad.

En consecuencia, se plantea la necesidad de profundizar en el análisis de los factores psicosociales asociados a la adherencia terapéutica, particularmente aquellos relacionados con el entorno familiar. En este contexto, el presente estudio se orienta a analizar la relación entre la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional de Ica, con el propósito de generar evidencia que contribuya a comprender mejor esta problemática y a fundamentar el diseño de estrategias de intervención que fortalezcan el rol de la familia en el acompañamiento y sostenimiento del tratamiento de las enfermedades crónicas.

Antecedentes internacionales

A nivel internacional, diversos estudios han analizado los factores asociados a la adherencia terapéutica en personas con Diabetes Mellitus tipo 2, evidenciando la asociación de variables educativas, psicosociales y familiares en el cumplimiento del tratamiento.

En México, García Pantoja et al.¹⁷ analizaron la relación entre la adherencia terapéutica y la funcionalidad familiar en 370 pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo II. Los resultados mostraron que solo el 39 % presentó adherencia adecuada, predominando el incumplimiento en pacientes provenientes de familias con disfunción leve o grave. El análisis estadístico evidenció una relación positiva y significativa entre mayor funcionalidad familiar y mejor adherencia terapéutica, destacando la importancia de incorporar al núcleo familiar en las intervenciones educativas y de seguimiento clínico.

De manera complementaria, Serrano Barrera et al.¹⁸ exploraron la relación entre la funcionalidad familiar y el control glucémico en 320 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los resultados evidenciaron que el 62,8 % de los pacientes no presentó control glucémico adecuado y que el 71,8 % pertenecía a familias disfuncionales, confirmándose una relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y el control metabólico. Aunque este estudio no evaluó directamente la adherencia terapéutica, refuerza la importancia del entorno familiar en el manejo cotidiano de la enfermedad.

En China, Huang et al.¹⁹ desarrollaron un estudio transversal en 483 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University. La adherencia farmacológica se evaluó mediante la escala MMAS-8, mientras que el neuroticismo, el apoyo social percibido y la autoeficacia se midieron con instrumentos estandarizados. Los resultados indicaron que el 63,1 % de los participantes presentó adherencia adecuada, mientras que el 36,9 % mostró dificultades en el cumplimiento del tratamiento. El análisis mediante ecuaciones estructurales evidenció que el apoyo social y la autoeficacia se asociaron positivamente con la adherencia, mientras que el neuroticismo actuó de forma indirecta al reducir dichos factores protectores.

En Nepal, Shakya et al.²⁰ realizaron una investigación con el objetivo de examinar los factores asociados con la adherencia a la medicación en personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. El estudio adoptó un enfoque cuantitativo, de diseño transversal, y se desarrolló en 343 usuarios atendidos en el Hospital Dhulikhel. Para la medición de la adherencia terapéutica se empleó la escala de Morisky de ocho ítems (MMAS-8). Los resultados mostraron que el 61 % de los participantes presentó un nivel alto de adherencia. Asimismo, el análisis de regresión logística multivariada evidenció que la adherencia elevada se asoció significativamente con

haber recibido educación formal y con la asistencia a sesiones de consejería sobre diabetes. Los autores concluyeron que la educación y las intervenciones educativas estructuradas constituyen factores relevantes para fortalecer la adherencia farmacológica y optimizar el control de la enfermedad.

En el noroeste de Etiopía, Sendekie et al.²¹ desarrollaron un estudio multicéntrico de diseño transversal en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y comorbilidades, con el propósito de analizar la adherencia a la medicación y su impacto en el control glucémico. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario estandarizado basado en la Escala General de Adherencia a la Medicación (GMAS). Los resultados evidenciaron que el 76,9 % de los participantes presentaba niveles bajos de adherencia, situación asociada con un control glucémico deficiente y mayor riesgo de progresión de complicaciones crónicas.

En Ecuador, Miranda Barros y Gualán Sarango²² realizaron un estudio orientado a analizar la adherencia terapéutica en personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas en un centro de salud. La muestra estuvo conformada por 52 pacientes, a quienes se aplicó un cuestionario estructurado que incluyó la escala de Morisky-Green-Levine. Los resultados revelaron que el 56,25 % de los participantes no mantenía una adherencia terapéutica adecuada, lo que evidencia la persistencia de dificultades en el seguimiento del tratamiento incluso en contextos de acceso a servicios públicos de salud.

En México, Silva-Tinoco et al.²³ desarrollaron un estudio transversal en pacientes que recibían tratamiento para la Diabetes en 18 unidades de salud. Mediante la autoaplicación de un cuestionario se evaluó el grado de adherencia terapéutica y los factores personales asociados. El análisis de los datos mostró que el 48,3 % de los 319 pacientes encuestados no seguía adecuadamente su tratamiento, evidenciándose una proporción considerable de baja adherencia, especialmente en contextos urbanos.

En la región de Tabuk, Arabia Saudita, Alanazi y Alatawi²⁴ realizaron un estudio descriptivo y transversal en 380 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, seleccionados mediante muestreo por conveniencia. La adherencia al régimen farmacológico se evaluó a través de un cuestionario autoadministrado en línea. Los resultados indicaron que el 77,1 % de los participantes presentaba buena adherencia, mientras que el 22,9 % mostró algún grado de incumplimiento terapéutico. Entre las principales causas de la falta de adherencia se identificaron el olvido de las dosis y la inasistencia a los controles médicos, además de asociaciones significativas con variables sociodemográficas como el estado civil, la ocupación y el lugar de residencia.

En España, Gomez-Peralta et al.²⁵ analizaron la relación entre la adherencia al tratamiento antidiabético, la presencia de episodios de hipoglucemia y factores asociados en personas con

Diabetes Mellitus tipo 2. El estudio, de diseño transversal, se realizó en farmacias comunitarias de diversas regiones españolas e incluyó a 618 usuarios. La adherencia se evaluó mediante la escala MMAS-8, complementada con registros electrónicos de dispensación. Los resultados mostraron que el 41 % de los participantes presentó adherencia alta, el 35 % adherencia moderada y el 24 % adherencia baja, observándose además que los pacientes con menor adherencia eran más propensos a reportar episodios hipoglucémicos y alteraciones en su percepción.

Antecedentes nacionales

En el contexto peruano, los estudios disponibles coinciden en señalar que la adherencia terapéutica en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 es subóptima y se encuentra influida por múltiples factores personales, clínicos y psicosociales.

Matías-Córdova et al. ⁷ en Lima, desarrollaron un estudio con el objetivo de determinar la relación entre autoestima, dinámica familiar y adherencia al tratamiento en adolescentes con Diabetes Mellitus tipo 1 pertenecientes a una asociación de pacientes. La investigación fue cuantitativa, no experimental, correlacional y transversal, con una muestra de 30 adolescentes de 11 a 19 años, seleccionados mediante muestreo no probabilístico intencional. Para evaluar la dinámica familiar se utilizó el APGAR Familiar, mientras que la adherencia al tratamiento fue medida mediante una lista de chequeo aplicada previamente en prueba piloto. Los resultados evidenciaron que el 40,0 % presentó disfunción familiar leve y el 43,3 % mostró adherencia alta al tratamiento. Aunque no se encontró relación significativa entre dinámica familiar y adherencia terapéutica, los autores señalaron que las relaciones familiares, la autoestima y el apoyo en salud forman parte del contexto que puede influir en el cumplimiento del tratamiento de la diabetes.

Vilchez Lira ⁸ en Lima, desarrolló un estudio con el objetivo de determinar la asociación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes adultos diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en la Clínica Providencia durante el periodo enero a marzo de 2023. La investigación fue observacional, analítica y de corte transversal, con una muestra de 150 pacientes del servicio de endocrinología. Los resultados evidenciaron que el 62,7 % de los pacientes no presentaba adherencia al tratamiento, mientras que el 37,3 % sí era adherente. Asimismo, se identificó que tener una familia funcional se asoció positivamente con la adherencia terapéutica. El autor concluyó que la funcionalidad familiar está asociada a la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2.

Corral Zambrano ²⁶, en Piura, desarrollaron una tesis de maestría con el objetivo de examinar la relación entre los estilos de vida y la adherencia terapéutica en 40 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en un centro de salud. El estudio, de enfoque cuantitativo y diseño correlacional

transversal, utilizó el cuestionario IMEVID y la escala MBG para la medición de las variables. Los resultados evidenciaron una relación directa y estadísticamente significativa entre mejores estilos de vida y mayor adherencia terapéutica, destacando la importancia del autocuidado en el manejo de la enfermedad.

Altez Aguirre ²⁷, en Lima, analizaron la relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2021. La investigación fue tipo básica, descriptiva correlacional, de corte trasversal y de diseño no experimental, con una muestra de 87 pacientes con DM tipo 2 del servicio de medicina. Los resultados mostraron que la mayoría de los pacientes presentaba niveles regulares de adherencia y que existía una correlación positiva y significativa entre la adherencia terapéutica y una mejor percepción de la calidad de vida, lo que resalta la relevancia del cumplimiento del tratamiento en el bienestar integral del paciente.

Silva Campos ²⁸, en Cajamarca, evaluaron el nivel de adherencia terapéutica pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II EsSalud Cajamarca, 2022. La investigación fue observacional, descriptivo y de corte transversal, el estudio presento una muestra de 160 pacientes diabéticos Mediante la aplicación del test de Morisky-Green modificado, los autores encontraron que el 58 % de los pacientes presentaba baja adherencia, identificándose como factores asociados el mayor tiempo de diagnóstico, la falta de orientación adecuada sobre la medicación y las dificultades para modificar los estilos de vida. Estos hallazgos evidencian la naturaleza multifactorial de la adherencia terapéutica y la necesidad de fortalecer la comunicación entre el personal de salud y los pacientes.

Finalmente, Ramos Rossi ²⁹, en Chíncha, desarrollo un estudio con el objetivo de determinar la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con Diabetes mellitus atendidos en la estrategia sanitaria de daños no transmisibles del Hospital San José Chíncha 2022. El estudio corresponde a un enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo y de corte transversal en 96 pacientes adultos con Diabetes Mellitus, atendidos en la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisibles del Hospital San José. Los resultados mostraron que la adherencia al tratamiento se ubicaba predominantemente en un nivel medio, observándose brechas importantes en las dimensiones de dieta, actividad física, tratamiento farmacológico y control clínico, lo que pone de manifiesto la necesidad de implementar estrategias educativas más estructuradas y sostenidas.

Antecedentes locales

En el ámbito local, específicamente en la región Ica, los estudios realizados evidencian problemas persistentes en la adherencia terapéutica y sus consecuencias clínicas.

Ladera et al. En el año 2022 desarrollaron una investigación en el Centro de Salud “San Juan Bautista” con el objetivo de analizar la relación entre la adherencia terapéutica y la presencia de complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus. El estudio, de enfoque analítico y diseño

transversal retrospectivo, incluyó a 106 pacientes evaluados mediante la escala MMAS-8. Los resultados mostraron que más de un tercio de los participantes 34,9% presentaba baja adherencia, observándose una mayor frecuencia de complicaciones como neuropatía diabética y pie diabético en este grupo, lo que confirma la asociación entre el incumplimiento terapéutico y la progresión de las complicaciones crónicas.³⁰

En el Hospital Regional de Ica, Mercedes y Álvarez, en el año 2021 investigaron los factores asociados a la falta de adherencia terapéutica en 70 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el consultorio externo de endocrinología. Es un estudio observacional, prospectivo y de corte transversal. Los resultados evidenciaron que el 58,6 % de los participantes era no adherente al tratamiento y que dicha condición se asociaba significativamente con variables como el nivel de escolaridad, el tipo de seguro de salud, el tiempo de enfermedad, la presencia de polifarmacia y el esquema terapéutico recibido, destacando la complejidad del fenómeno de la adherencia en este contexto.

Asimismo, Soto Hernández en el año 2021 realizó un estudio donde analizó la relación entre la adherencia al tratamiento y la salud física en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el Programa de Diabetes del Hospital Santa María del Socorro. Se trató de un estudio descriptivo, transversal y de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental-correlacional, con muestra de 50 pacientes. Los resultados evidenciaron que el 86% de pacientes presentaba adherencia regular al tratamiento y bueno 14%; el estudio evidenció una correlación positiva y significativa entre mayor adherencia terapéutica y mejor percepción de la salud física, reforzando la importancia del cumplimiento del tratamiento en el bienestar de los pacientes.³²

Por otro lado, Pino Anchante E, Canales García Y, Castilla Tasayco E, en Ica, en el año 2021 identificaron los factores asociados a la adherencia terapéutica en 64 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el Centro de Salud “Los Álamos”. Se realizó un estudio básico descriptivo No Experimental, donde los resultados señalaron que la mayoría de los pacientes presentaba un nivel bajo 63 (98.44%) seguido del nivel medio (1.56%) de adherencia, identificándose como principales barreras los costos económicos del tratamiento, la complejidad del régimen terapéutico y una percepción poco empática del personal de salud, factores que afectan de manera significativa el seguimiento adecuado del tratamiento médico prescrito.¹¹

En conjunto, los estudios desarrollados en la región Ica muestran que la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 continúa siendo un tema de interés, siendo abordada principalmente desde factores sociodemográficos, clínicos, económicos y relacionados con los servicios de salud. Sin embargo, durante la revisión bibliográfica realizada no se identificaron estudios locales que abordaran específicamente la dinámica familiar o la funcionalidad familiar en relación con la adherencia terapéutica. Esta situación pone de manifiesto una brecha de conocimiento en el contexto local.

Bases Teóricas

Teoría de Sistemas de Interacción en Enfermería

La Teoría de Sistemas de Interacción en Enfermería fue desarrollada por Imogene King y se enmarca dentro del paradigma de los modelos de sistemas abiertos. Su enfoque es sistémico y humanista, y su base filosófica se fundamenta en la idea de que las personas son seres racionales, sociales y emocionales que interactúan con su entorno para lograr metas personales relacionadas con su bienestar. Según esta teoría, la persona es concebida como un ser capaz de comunicarse, establecer metas y tomar decisiones; el entorno comprende todos los factores personales, familiares, sociales y culturales que intervienen en esa interacción; la salud se define como un proceso dinámico mediante el cual la persona alcanza estados de equilibrio a través del cumplimiento de sus metas vitales; y la enfermería se entiende como una profesión que establece relaciones de interacción para facilitar el logro de esas metas de salud.

En el contexto de la Diabetes Mellitus tipo 2, esta teoría permite comprender el entorno familiar, como parte del sistema social inmediato del paciente, se relaciona con su adherencia al tratamiento. Un entorno familiar de apoyo facilita la comunicación, la toma de decisiones conjuntas y la motivación del paciente para mantener conductas saludables. Por el contrario, entornos conflictivos o negligentes pueden generar obstáculos para la implementación del tratamiento, afectando la autonomía y el compromiso del paciente con su propio cuidado. Así, desde la perspectiva de King, la adherencia terapéutica no solo depende de la voluntad del paciente, sino también de las interacciones significativas que establece con su familia y su equipo de salud.³³

Modelo APGAR Familiar de Smilkstein

El APGAR Familiar fue propuesto por Smilkstein como un instrumento breve para valorar la percepción del funcionamiento familiar desde la experiencia de uno de sus integrantes. Este modelo considera cinco componentes: adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución, los cuales permiten identificar el grado de satisfacción de la persona respecto al apoyo que recibe de su familia, la participación en decisiones, el acompañamiento al desarrollo personal, la expresión afectiva y la capacidad de compartir tiempo y resolver necesidades dentro del hogar.

10

Desde esta perspectiva, el APGAR Familiar no evalúa la dinámica familiar en toda su amplitud, sino la funcionalidad o satisfacción familiar percibida. Sin embargo, sus componentes se relacionan con aspectos interaccionales propios de la dinámica familiar, como la comunicación, el apoyo emocional, la organización de roles, la toma de decisiones y la resolución de problemas. Por ello, en la presente investigación se utiliza como una aproximación operativa para valorar componentes familiares vinculados con la dinámica familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Teoría del Autocuidado

La Teoría del Autocuidado, propuesta por Dorothea Orem, pertenece al paradigma de las necesidades humanas y adopta un enfoque funcionalista centrado en la autonomía y responsabilidad del individuo. Su base filosófica parte del respeto por la dignidad humana, la autodeterminación y la capacidad de las personas para cuidar de sí mismas. Orem conceptualiza a la persona como un ser activo, con la capacidad y el derecho de asumir la responsabilidad sobre su propia salud; el entorno es entendido como todo factor físico, psicológico y social que puede influir en el autocuidado; la salud se define como una condición de funcionamiento que permite al individuo llevar a cabo actividades de cuidado personal; y la enfermería se concibe como una ayuda deliberada que se ofrece cuando la persona experimenta un déficit en su capacidad de autocuidado.

La teoría se estructura en tres componentes interrelacionados: la teoría del autocuidado, que explica la capacidad del individuo para satisfacer sus propias necesidades; la teoría del déficit de autocuidado, que señala cuándo el individuo necesita asistencia; y la teoría de los sistemas de enfermería, que clasifica las intervenciones según el nivel de ayuda requerido: sistema total, parcial o de apoyo-educación. En el caso de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, esta teoría resulta particularmente útil para comprender la importancia del apoyo familiar en el cumplimiento del tratamiento. Cuando el paciente no puede llevar a cabo por sí mismo las acciones necesarias para controlar su enfermedad, como seguir una dieta, administrarse insulina o acudir a controles médicos, la familia puede actuar como un sistema complementario que suple o refuerza esas actividades. Además, el entorno familiar puede desempeñar una función educativa, emocional y operativa, que facilita el cumplimiento del régimen terapéutico y promueve la estabilidad emocional del paciente.³⁴

1.1. Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es la relación entre la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025?

Problemas específicos

PE1: ¿Qué relación existe entre el componente adaptabilidad de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025?

PE2: ¿Qué relación existe entre el componente participación de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025?

PE3: ¿Qué relación existe entre el componente crecimiento de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025?

PE4: ¿Qué relación existe entre el componente afecto de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025?

PE5: ¿Qué relación existe entre el componente resolución de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025?

1.2. Justificación e importancia de la investigación

Justificación teórica: Desde el punto de vista teórico, la investigación aporta evidencia sobre la relación entre la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica. Este aporte resulta relevante porque amplía el conocimiento sobre el vínculo entre el entorno familiar y el cumplimiento del tratamiento en un contexto regional donde los estudios sobre esta asociación aún son limitados. Asimismo, permite comprender la adherencia terapéutica como un fenómeno relacionado no solo con las decisiones individuales del paciente, sino también con las condiciones familiares y sociales que acompañan el proceso de cuidado de una enfermedad crónica.

Justificación práctica: Desde el punto de vista práctico, los resultados de la investigación brindan información útil para el personal de enfermería y el equipo de salud del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, debido a que permiten reconocer cómo se relaciona la dinámica familiar con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Esta información puede orientar el fortalecimiento de estrategias educativas, consejería familiar, seguimiento terapéutico y acciones de acompañamiento orientadas al fortalecimiento de la adherencia al tratamiento. Además, considerando que el tratamiento de la Diabetes tipo 2 representa un costo importante para el paciente, la familia y el sistema de salud, y que el control adecuado de la enfermedad puede reducir gastos asociados a complicaciones, los hallazgos del estudio resultan útiles para promover intervenciones preventivas y de seguimiento continuo.^{35,36}

Justificación metodológica: Desde el punto de vista metodológico, la investigación se justifica porque utilizó un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, transversal y correlacional, lo que permitió analizar la relación entre la dinámica familiar y la adherencia terapéutica sin manipular las variables de estudio. Asimismo, se aplicaron instrumentos estructurados para medir ambas

variables, como el APGAR Familiar y la EATDM-III© modificada, cuya confiabilidad fue determinada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach en la muestra estudiada. Además, se empleó el coeficiente Rho de Spearman para determinar la asociación estadística entre las variables, de acuerdo con la naturaleza ordinal de los datos y los resultados de la prueba de normalidad. Por ello, el procedimiento metodológico utilizado puede servir como referencia para futuras investigaciones orientadas a estudiar la relación entre factores familiares y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas.

Justificación social: Desde el punto de vista social, la investigación es relevante porque la Diabetes Mellitus tipo 2 constituye un problema de salud pública que afecta la calidad de vida del paciente, la estabilidad familiar y el desempeño cotidiano de quienes conviven con esta enfermedad. Una baja adherencia terapéutica incrementa el riesgo de complicaciones, dependencia, gastos familiares y mayor demanda de atención en los servicios de salud. Asimismo, las enfermedades crónicas pueden afectar la productividad laboral y generar consecuencias económicas indirectas para el paciente, su familia y la sociedad.³⁷ En ese sentido, conocer la relación entre la dinámica familiar y la adherencia al tratamiento permite resaltar la importancia de la participación familiar en el cuidado del paciente, beneficiando directamente a las personas diagnosticadas con diabetes, a sus familiares o cuidadores, al personal de enfermería y al programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica.

Importancia: La importancia de esta investigación radica en que permite comprender cómo la dinámica familiar se relaciona con la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, enfermedad crónica que requiere control permanente, cambios sostenidos en el estilo de vida y cumplimiento continuo del tratamiento. En este contexto, la familia cumple un papel relevante, ya que puede acompañar, reforzar o limitar las prácticas de autocuidado del paciente. Por ello, los hallazgos del estudio son importantes para el personal de enfermería y el equipo de salud del Hospital Regional de Ica, porque brindan información útil para fortalecer intervenciones educativas, preventivas y familiares dentro del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial.

1.3. Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar la relación entre la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025.

Objetivos Específicos

OE1: Establecer la relación entre el componente adaptabilidad de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025.

OE2: Establecer la relación entre el componente participación de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025.

OE3: Establecer la relación entre el componente crecimiento de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025.

OE4: Establecer la relación entre el componente afecto de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025.

OE5: Establecer la relación entre el componente resolución de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025.

1.4. Hipótesis de la Investigación

Hipótesis general

Existe una relación entre la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025.

Hipótesis específicas

HE1: Existe una relación entre el componente adaptabilidad de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025.

HE2: Existe una relación entre el componente participación de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025.

HE3: Existe una relación entre el componente crecimiento de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025.

HE4: Existe una relación entre el componente afecto de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025.

HE5: Existe una relación entre el componente resolución de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025.

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

2.1. Tipo y diseño de la investigación

Tipo: La investigación fue de tipo básico, ya que tuvo como finalidad generar conocimiento científico sin intervenir ni modificar las variables estudiadas.

Enfoque: El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, debido a que se basó en la obtención, medición y análisis de datos numéricos, los cuales permitieron describir las variables de estudio y determinar su relación estadística.

Nivel: El nivel de la investigación fue correlacional, porque permitió identificar la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Diseño: El diseño fue no experimental y de corte transversal. Fue no experimental porque las variables se observaron tal como se presentaron en su contexto natural, sin manipulación por parte de la investigadora. Asimismo, fue transversal porque los datos se recolectaron en un solo momento temporal, permitiendo describir la situación de los pacientes del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica durante el año 2025.

2.2. Población y muestra

Población

La población de la presente investigación estuvo conformada por pacientes adultos con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 que formaron parte del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica durante el año 2025. Según el registro institucional, se contó con un total de 267 pacientes con dicho diagnóstico que acudían regularmente al programa.

Se consideraron como criterios de inclusión:

- Pacientes entre 30 y 60 años de edad.
- Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 sin complicaciones.
- Usuarios activos del programa de atención en Diabetes e Hipertensión.
- Pacientes que aceptaron participar voluntariamente mediante la firma del consentimiento informado.

Se consideraron como criterios de exclusión:

- Pacientes con trastornos psiquiátricos severos o deterioro cognitivo que limiten la comprensión del cuestionario.
- Pacientes con limitaciones visuales graves o analfabetismo funcional que impidan responder adecuadamente los instrumentos.

- Pacientes hospitalizados por complicaciones agudas en el momento de la recolección de datos.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 158 pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 pertenecientes al programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica durante el año 2025.

Para estimar el tamaño muestral se utilizó como referencia la fórmula correspondiente a poblaciones finitas o conocidas:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

$$n = \frac{[267 \times (1,96)^2 \times 0,50 \times 0,50]}{[(0,05)^2 \times (267 - 1) + (1,96)^2 \times 0,50 \times 0,50]}$$

$$n = \frac{[267 \times 3,8416 \times 0,25]}{[0,0025 \times 266 + 3,8416 \times 0,25]}$$

$$n = \frac{[267 \times 0,9604]}{[0,665 + 0,9604]}$$

$$n = \frac{256,4268}{1,6254}$$

$$n = 157,76$$

$$n = 158$$

En donde:

n= total de muestra = 158

N = total de la población =267

Z = valor asociado al nivel de confianza = 95% = 1.96

p = proporción esperada de éxito = 50%

q = proporción complementaria o de fracaso= 50%

d = margen de error permitido= 5%

Muestreo

El muestreo empleado fue no probabilístico por criterio o intencional, debido a que los participantes fueron seleccionados según criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos, asegurando que cumplieran con las características necesarias para el estudio. En ese sentido, el cálculo muestral se utilizó como referencia para determinar un tamaño mínimo adecuado de participantes; sin embargo, la selección final se realizó mediante muestreo no probabilístico por criterio. De acuerdo con Hernández Sampieri et al.³⁸ Este tipo de muestreo se caracteriza por la selección deliberada de los sujetos en función de criterios específicos que permiten obtener información pertinente para los objetivos de la investigación.

2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de la información

Técnica:

Se utilizó la encuesta como técnica de recolección de datos, debido a que permitió obtener información directa de los participantes mediante instrumentos estructurados, facilitando el procesamiento y análisis de la información.³⁸

Instrumento para evaluar la variable dinámica familiar:

Para evaluar la dinámica familiar se utilizó el APGAR Familiar, instrumento propuesto originalmente por Gabriel Smilkstein, diseñado para valorar la percepción de la funcionalidad familiar a partir de la satisfacción del individuo con las relaciones y el apoyo recibido dentro de su entorno familiar. En la presente investigación, la dinámica familiar fue evaluada operacionalmente mediante este instrumento, debido a que permite valorar dimensiones relacionadas con el funcionamiento familiar, tales como adaptación, participación, crecimiento, afecto y resolución, las cuales reflejan aspectos relevantes de la interacción familiar.¹⁰

Esta aproximación metodológica resulta pertinente, debido a que estudios previos han empleado el APGAR Familiar para valorar la dinámica familiar en investigaciones vinculadas con diabetes, adherencia al tratamiento y contextos familiares de salud.^{7,10}

El APGAR Familiar está conformado por 5 ítems, cada uno relacionado con un componente de la dinámica familiar: adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución. El componente adaptabilidad valora la ayuda que recibe el paciente de su familia ante situaciones problemáticas; el componente participación evalúa el grado en que la familia comparte decisiones y responsabilidades; el componente crecimiento se relaciona con el apoyo familiar para el desarrollo personal; el componente afecto mide la expresión de cariño y comprensión; el componente resolución valora la satisfacción respecto al tiempo compartido y la convivencia familiar.^{7,10}

Las respuestas se organizaron en una escala ordinal de tres alternativas: nunca = 0 puntos, a veces = 1 punto y siempre = 2 puntos. En consecuencia, el puntaje total del instrumento osciló entre 0 y 10 puntos. Para la interpretación de los resultados, se utilizó el baremo del APGAR Familiar, clasificando la dinámica familiar en tres categorías: familia disfuncional grave, de 0 a 3 puntos; familia disfuncional leve, de 4 a 6 puntos; y familia funcional, de 7 a 10 puntos.¹⁰

Respecto a la validez, el APGAR Familiar cuenta con respaldo psicométrico y uso extendido en estudios de salud familiar, debido a que sus ítems se orientan a evaluar componentes centrales de la dinámica familiar. En el presente estudio, su contenido guarda correspondencia con la variable dinámica familiar, al valorar componentes vinculados con el apoyo, la participación, el crecimiento personal, el afecto y la resolución dentro del entorno familiar.¹⁰

En cuanto a la confiabilidad, esta fue determinada en la presente investigación mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, considerando las respuestas de los 158 pacientes incluidos en la muestra. El análisis se realizó con los 5 ítems del APGAR Familiar, obteniéndose un Alfa de

Cronbach de 0,924. Este resultado evidencia una consistencia interna muy alta del instrumento en la muestra evaluada; por lo que se consideró adecuado para valorar la dinámica familiar en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica. ¹⁰

Instrumento para medir la variable adherencia terapéutica:

Para la recolección de datos de la variable adherencia terapéutica se utilizó la Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo II, versión III (EATDM-III©), instrumento desarrollado originalmente por Villalobos Pérez, Brenes Sáenz, Quirós Morales y León Sanabria, en Costa Rica, con la finalidad de evaluar conductas relacionadas con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II. La versión original fue aplicada en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, en una muestra de 104 pacientes, y estuvo conformada por factores vinculados con apoyo familiar, organización y apoyo comunal, ejercicio físico, control médico, higiene y autocuidado, dieta y valoración de la condición física, reportando una confiabilidad alta mediante Alfa de Cronbach de 0,88.

En relación con la versión modificada de la EATDM-III©, Machaca Torres, en el año 2018, tomó como referencia la Escala de Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo II versión III, elaborada por Villalobos y Araya, y realizó una adaptación del instrumento considerando conductas relacionadas con la dieta, el ejercicio físico y el control de salud en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo II. Dicha adaptación fue sometida a juicio de expertos, con la participación de cinco profesionales especialistas, y sus puntajes fueron evaluados mediante prueba binomial. Asimismo, la confiabilidad fue determinada mediante una prueba piloto aplicada a 35 pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo II, obteniéndose un Alfa de Cronbach de 0,881, lo que evidencia una consistencia interna aceptable del instrumento. ³⁹

En la presente investigación, se tomó como referencia dicha versión modificada por Machaca Torres, por su pertinencia para valorar conductas de adherencia terapéutica en población adulta con Diabetes Mellitus tipo II en contexto peruano. El instrumento aplicado estuvo conformado por 17 preguntas politómicas, distribuidas en tres dimensiones: hábitos alimenticios, integrada por 7 ítems; ejercicio físico, integrada por 5 ítems; y control de salud, integrada por 5 ítems. Las respuestas se organizaron en una escala ordinal con tres alternativas: nunca, a veces y siempre, asignándose los valores de 1, 2 y 3 puntos, respectivamente. De esta manera, el puntaje total del instrumento osciló entre 17 y 51 puntos. Para la interpretación de los resultados, el nivel de adherencia terapéutica fue clasificado en tres categorías: nivel deficiente, de 17 a 28 puntos; nivel regular, de 29 a 40 puntos; y nivel eficiente, de 41 a 51 puntos.

Respecto a la validez, el instrumento se sustentó en la estructura conceptual de la EATDM-III© original y en su empleo posterior como versión modificada por Machaca Torres en población peruana con Diabetes Mellitus tipo II. Asimismo, su contenido guardó correspondencia con las

dimensiones consideradas en la presente investigación, debido a que evalúa prácticas relacionadas con la alimentación, el ejercicio físico y el control de salud, componentes esenciales en el cumplimiento terapéutico de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.³⁹

En cuanto a la confiabilidad, esta fue determinada en la presente investigación mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, considerando las respuestas de los 158 pacientes incluidos en la muestra. El análisis se realizó con los 17 ítems del instrumento, obteniéndose un Alfa de Cronbach de 0,932. Este resultado evidencia una consistencia interna muy alta del instrumento en la muestra evaluada, por lo que el instrumento se consideró adecuado para valorar la adherencia terapéutica en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Obtención de los datos sociodemográficos:

Para la caracterización sociodemográfica de la muestra, se empleó la base de datos proporcionada por el área de estadística del Hospital Regional de Ica, correspondiente a los pacientes del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial incluidos en el estudio. De dicha base se extrajeron las variables sexo, edad, estado civil, procedencia, nivel de educación y ocupación. Esta información fue integrada con los datos obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos EATDM-III© y APGAR Familiar, garantizando la confidencialidad y el uso exclusivo con fines de investigación.

Procedimientos en la recolección de datos:

Se solicitó la aprobación del proyecto de investigación ante la autoridad académica correspondiente; asimismo, se gestionó la autorización del Hospital Regional de Ica, para la aplicación de los instrumentos a los pacientes del programa.

Una vez obtenidos los permisos, se coordinaron las fechas y horarios para la aplicación de los cuestionarios en los ambientes destinados a la atención del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial. Previo a la aplicación, se explicó a los pacientes el propósito del estudio, sus objetivos, el carácter voluntario de su participación y la confidencialidad de la información proporcionada; posteriormente, se solicitó la firma del consentimiento informado a todos los participantes que aceptaron formar parte del estudio. Seguidamente, se procedió a la aplicación de los cuestionarios EATDM-III© y APGAR Familiar, brindando las indicaciones necesarias para su adecuado llenado.

Finalmente, se solicitó al área de estadística del Hospital Regional de Ica la base de datos de los pacientes del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial incluidos en el estudio, de la cual se extrajeron las variables sociodemográficas necesarias para la caracterización de la muestra.

Consideraciones éticas y bioéticas

La presente investigación se desarrolló respetando los principios éticos y bioéticos aplicables a estudios con seres humanos, tomando como referencia la Declaración de Helsinki y las normas institucionales vinculadas a la investigación en salud. Para la ejecución del estudio, se contó con la autorización institucional del Hospital Regional de Ica, otorgada mediante la resolución correspondiente, la cual permitió la aplicación de los instrumentos a los pacientes del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial. Dicha documentación está incorporada en el **Anexo E** como evidencia del permiso otorgado para el desarrollo de la investigación.

Asimismo, se respetó el principio de autonomía, debido a que la participación de los pacientes fue voluntaria. Antes de la aplicación de los cuestionarios, se explicó a cada participante el propósito de la investigación, la naturaleza de su participación, el uso académico de la información y su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento, sin que ello afectara la atención recibida en el establecimiento de salud. La aceptación de los participantes fue respaldada mediante la firma del consentimiento informado.

En relación con el principio de beneficencia, la investigación buscó generar información útil para fortalecer las estrategias de enfermería orientadas al seguimiento, educación y acompañamiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Los resultados del estudio pueden contribuir a mejorar la comprensión de los factores familiares relacionados con la adherencia terapéutica y servir de base para futuras intervenciones en el programa.

Respecto al principio de no maleficencia, el estudio no implicó procedimientos invasivos, administración de tratamientos, manipulación clínica ni exposición a riesgos físicos para los participantes. La recolección de datos se realizó mediante cuestionarios estructurados, procurando en todo momento evitar incomodidad, presión o afectación emocional en los pacientes.

Del mismo modo, se aplicó el principio de justicia, garantizando que la selección de los participantes se realizara de acuerdo con criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos, sin discriminación por sexo, edad, procedencia, estado civil, nivel educativo u ocupación. Todos los participantes recibieron un trato respetuoso, equitativo y digno durante el proceso de recolección de información.

Por último, se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los datos recolectados. La información obtenida fue utilizada únicamente con fines académicos y de investigación, evitando la identificación personal de los pacientes en la presentación de resultados. Como evidencia del cumplimiento ético, se adjuntan el consentimiento informado aplicado a los participantes y la resolución institucional emitida por el Hospital Regional de Ica para la ejecución del estudio.

2.4. Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación de datos

La información recolectada fue organizada mediante un proceso de tabulación y codificación inicial en el programa Microsoft Excel. Posteriormente, los datos fueron procesados y sometidos

al análisis estadístico correspondiente utilizando el software SPSS, versión 25, lo que permitió obtener los resultados del estudio de manera ordenada y sistemática. Asimismo, los datos obtenidos se presentaron en tablas de distribución de frecuencias, con la finalidad de caracterizar a la población de estudio según las variables sociodemográficas, el nivel de dinámica familiar y el nivel de adherencia terapéutica.

Para el análisis inferencial se empleó el coeficiente Rho de Spearman, debido a la naturaleza ordinal de los datos y a los resultados obtenidos en la prueba de normalidad. Se trabajó con un nivel de confianza del 95 % y un nivel de significancia de 0,05. Como criterio de decisión estadística, se consideró que, si el valor de significancia era menor a 0,05, la relación entre las variables era estadísticamente significativa.

La interpretación de los resultados no se limitó a la presentación de cifras, sino que permitió analizar los hallazgos en función del contexto de los pacientes del Hospital Regional de Ica, con el propósito de comprender la relación entre la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en personas con Diabetes Mellitus tipo 2.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.

Variable	Categoría	n	Porcentaje
Sexo	Masculino	71	44,94%
	Femenino	87	55,06%
Edad	30–39 años	27	17,09%
	40–49 años	58	36,71%
	50–59 años	69	43,67%
	60 años	4	2,53%
Estado civil	Soltero(a)	66	41,77%
	Conviviente	65	41,14%
	Casado(a)	16	10,13%
	Viudo(a)	7	4,43%
	Divorciado(a)	4	2,53%
Procedencia	Urbano	126	79,75%
	Rural	32	20,25%
Nivel de educación	Primaria incompleta	7	4,43%
	Primaria completa	10	6,33%
	Secundaria incompleta	27	17,09%
	Secundaria completa	63	39,87%
	Superior técnica	13	8,23%
	Superior universitaria	38	24,05%
Ocupación	Dependiente	78	49,37%
	Independiente	32	20,25%
	Ama de casa	40	25,32%
	Desempleado(a)	8	5,06%
Total		158	100,00%

En la Tabla 1, se observa que el sexo femenino predominó con 55,06% (n=87), mientras que el sexo masculino representó el 44,94% (n=71). Respecto a la edad, el grupo más frecuente fue el de 50 a 59 años, con 43,67% (n=69), seguido del grupo de 40 a 49 años, con 36,71% (n=58), y del grupo de 30 a 39 años, con 17,09% (n=27). En cuanto al estado civil, predominaron los pacientes solteros, con 41,77% (n=66), seguidos de los convivientes, con 41,14% (n=65). Según la procedencia, la mayoría de los participantes pertenecía a zona urbana, con 79,75% (n=126), mientras que el 20,25% (n=32) procedía de zona rural. En el nivel educativo, predominó la secundaria completa, con 39,87% (n=63), seguida de la educación superior universitaria, con 24,05% (n=38). Finalmente, respecto a la ocupación, predominó la condición de trabajador dependiente, con 49,37% (n=78), seguida de ama de casa, con 25,32% (n=40).

Tabla 2. Nivel de dinámica familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.

Nivel de dinámica familiar	Frecuencia	Porcentaje
Familia disfuncional grave	16	10,1%
Familia disfuncional leve	53	33,5%
Familia funcional	89	56,3%
Total	158	100,0%

En la Tabla 2, en cuanto al nivel de dinámica familiar en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, se observa que el nivel de dinámica familiar predominante fue la familia funcional, con 56,3% (n=89). Asimismo, el 33,5% (n=53) presentó familia disfuncional leve y el 10,1% (n=16) presentó familia disfuncional grave. Estos resultados evidencian que más de la mitad de los pacientes evaluados presenta una dinámica familiar funcional.

Tabla 3. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.

Nivel de adherencia terapéutica	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	15	9,5%
Regular	65	41,1%
Eficiente	78	49,4%
Total	158	100%

En la Tabla 3, se observa que el nivel de adherencia terapéutica predominante fue el eficiente, con 49,4% (n=78), seguido del nivel regular, con 41,1% (n=65). Asimismo, el 9,5% (n=15) presentó un nivel de adherencia terapéutica deficiente. Estos resultados evidencian que la mayor proporción de pacientes evaluados presenta una adherencia terapéutica eficiente.

Tabla 4. Componentes de la dinámica familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.

	Adaptabilidad		Participación		Crecimiento		Afecto		Resolución	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	9	5,7%	18	11,4%	20	12,7%	32	20,3%	13	8,2%
A veces	62	39,2%	69	43,7%	79	50,0%	49	31,0%	58	36,7%
Siempre	87	55,1%	71	44,9%	59	37,3%	77	48,7%	87	55,1%
Total	158	100,0%	158	100,0%	158	100,0%	158	100,0%	158	100,0%

En la Tabla 4, se observa que en el componente adaptabilidad predominó la respuesta “siempre”, con 55,1% (n=87), seguida de “a veces”, con 39,2% (n=62), mientras que el 5,7% (n=9) respondió “nunca”. En el componente participación, predominó la respuesta “siempre”, con 44,9% (n=71), seguida de “a veces”, con 43,7% (n=69), mientras que el 11,4% (n=18) respondió “nunca”. En el componente crecimiento, predominó la respuesta “a veces”, con 50,0% (n=79), seguida de “siempre”, con 37,3% (n=59), mientras que el 12,7% (n=20) respondió “nunca”. En el componente afecto, predominó la respuesta “siempre”, con 48,7% (n=77), seguida de “a veces”, con 31,0% (n=49), mientras que el 20,3% (n=32) respondió “nunca”. Finalmente, en el componente resolución, predominó la respuesta “siempre”, con 55,1% (n=87), seguida de “a veces”, con 36,7% (n=58), mientras que el 8,2% (n=13) respondió “nunca”.

Tabla 5. Dimensiones de la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.

	Hábitos alimenticios		Ejercicio físico		Control de salud	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	14	8,9%	49	31,0%	12	7,6%
Regular	65	41,1%	62	39,2%	32	20,3%
Eficiente	79	50,0%	47	29,7%	114	72,2%
Total	158	100,0%	158	100,0%	158	100,0%

En la Tabla 5, se observa que en la dimensión hábitos alimenticios predominó el nivel eficiente, con 50,0% (n=79), seguido del nivel regular, con 41,1% (n=65), mientras que el 8,9% (n=14) presentó nivel deficiente. En la dimensión ejercicio físico, predominó el nivel regular, con 39,2% (n=62), seguido del nivel deficiente, con 31,0% (n=49), mientras que el 29,7% (n=47) presentó nivel eficiente. En la dimensión control de salud, predominó el nivel eficiente, con 72,2% (n=114), seguido del nivel regular, con 20,3% (n=32), mientras que el 7,6% (n=12) presentó nivel deficiente

Tabla 6. Distribución del componente adaptabilidad de la dinámica familiar y nivel de adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.

Adaptabilidad	Deficiente		Regular		Eficiente		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	4	44,4%	5	55,6%	0	0,0%	9	100,0%
A veces	8	12,9%	27	43,5%	27	43,5%	62	100,0%
Siempre	3	3,4%	33	37,9%	51	58,6%	87	100,0%
Total	15	9,5%	65	41,1%	78	49,4%	158	100,0%

En la Tabla 6, se observa que entre los pacientes que respondieron “nunca” en el componente adaptabilidad, predominó el nivel regular de adherencia terapéutica, con 55,6% (n=5), seguido del nivel deficiente, con 44,4% (n=4), sin registrarse casos de adherencia eficiente. En quienes respondieron “a veces”, predominaron los niveles regular y eficiente, ambos con 43,5% (n=27), mientras que el 12,9% (n=8) presentó adherencia deficiente. Asimismo, entre quienes respondieron “siempre”, predominó el nivel eficiente, con 58,6% (n=51), seguido del nivel regular, con 37,9% (n=33), mientras que el 3,4% (n=3) presentó adherencia deficiente. Estos resultados muestran que la mayor proporción de adherencia eficiente se encuentra en los pacientes que perciben mayor adaptabilidad familiar.

Tabla 7. Distribución del componente participación de la dinámica familiar y el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.

Participación	Deficiente		Regular		Eficiente		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	6	33,3%	8	44,4%	4	22,2%	18	100,0%
A veces	6	8,7%	34	49,3%	29	42,0%	69	100,0%
Siempre	3	4,2%	23	32,4%	45	63,4%	71	100,0%
Total	15	9,5%	65	41,1%	78	49,4%	158	100,0%

En la Tabla 7, se observa que entre los pacientes que respondieron “nunca” en el componente participación, predominó el nivel regular de adherencia terapéutica, con 44,4% (n=8), seguido del nivel deficiente, con 33,3% (n=6), mientras que el 22,2% (n=4) presentó adherencia eficiente. En quienes respondieron “a veces”, predominó el nivel regular, con 49,3% (n=34), seguido del nivel eficiente, con 42,0% (n=29), mientras que el 8,7% (n=6) presentó adherencia deficiente. Finalmente, entre quienes respondieron “siempre”, predominó el nivel eficiente, con 63,4% (n=45), seguido del nivel regular, con 32,4% (n=23), mientras que el 4,2% (n=3) presentó adherencia deficiente. Estos resultados evidencian que la mayor proporción de adherencia eficiente se encuentra en los pacientes que perciben mayor participación familiar.

Tabla 8. Distribución del componente crecimiento de la dinámica familiar y el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.

Crecimiento	Deficiente		Regular		Eficiente		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	6	30,0%	11	55,0%	3	15,0%	20	100,0%
A veces	7	8,9%	34	43,0%	38	48,1%	79	100,0%
Siempre	2	3,4%	20	33,9%	37	62,7%	59	100,0%
Total	15	9,5%	65	41,1%	78	49,4%	158	100,0%

En la Tabla 8, se observa que entre los pacientes que respondieron “nunca” en el componente crecimiento, predominó el nivel regular de adherencia terapéutica, con 55,0% (n=11), seguido del nivel deficiente, con 30,0% (n=6), mientras que el 15,0% (n=3) presentó adherencia eficiente. En quienes respondieron “a veces”, predominó el nivel eficiente, con 48,1% (n=38), seguido del nivel regular, con 43,0% (n=34), mientras que el 8,9% (n=7) presentó adherencia deficiente. Finalmente, entre quienes respondieron “siempre”, predominó el nivel eficiente, con 62,7% (n=37), seguido del nivel regular, con 33,9% (n=20), mientras que el 3,4% (n=2) presentó adherencia deficiente. Estos resultados evidencian que la mayor proporción de adherencia eficiente se encuentra en los pacientes que perciben mayor crecimiento familiar.

Tabla 9. Distribución del componente afecto de la dinámica familiar y el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.

Afecto	Deficiente		Regular		Eficiente		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	12	37,5%	12	37,5%	8	25,0%	32	100,0%
A veces	0	0,0%	20	40,8%	29	59,2%	49	100,0%
Siempre	3	3,9%	33	42,9%	41	53,2%	77	100,0%
Total	15	9,5%	65	41,1%	78	49,4%	158	100,0%

En la Tabla 9, se observa que entre los pacientes que respondieron “nunca” en el componente afecto, predominaron los niveles: deficiente y regular de adherencia terapéutica, ambos con 37,5% (n=12), seguidos del nivel eficiente, con 25,0% (n=8). En quienes respondieron “a veces”, predominó el nivel eficiente, con 59,2% (n=29), seguido del nivel regular, con 40,8% (n=20), sin registrarse casos de adherencia deficiente. Finalmente, entre quienes respondieron “siempre”, predominó el nivel eficiente, con 53,2% (n=41), seguido del nivel regular, con 42,9% (n=33), mientras que el 3,9% (n=3) presentó adherencia deficiente. Estos resultados evidencian que la mayor proporción de adherencia eficiente se encuentra en los pacientes que perciben mayor afecto familiar.

Tabla 10. Distribución del componente resolución de la dinámica familiar y el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.

Resolución	Deficiente		Regular		Eficiente		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	5	38,5%	5	38,5%	3	23,1%	13	100,0%
A veces	7	12,1%	22	37,9%	29	50,0%	58	100,0%
Siempre	3	3,4%	38	43,7%	46	52,9%	87	100,0%
Total	15	9,5%	65	41,1%	78	49,4%	158	100,0%

En la Tabla 10, se observa que entre los pacientes que respondieron “nunca” en el componente resolución, predominaron los niveles: deficiente y regular de adherencia terapéutica, ambos con 38,5% (n=5), seguidos del nivel eficiente, con 23,1% (n=3). En quienes respondieron “a veces”, predominó el nivel eficiente, con 50,0% (n=29), seguido del nivel regular, con 37,9% (n=22), mientras que el 12,1% (n=7) presentó adherencia deficiente. Finalmente, entre quienes respondieron “siempre”, predominó el nivel eficiente, con 52,9% (n=46), seguido del nivel regular, con 43,7% (n=38), mientras que el 3,4% (n=3) presentó adherencia deficiente. Estos resultados evidencian que la mayor proporción de adherencia eficiente se encuentra en los pacientes que perciben mayor resolución familiar.

3.1. Contrastación de hipótesis

La contrastación de hipótesis se realizó mediante el coeficiente no paramétrico Rho de Spearman, considerando que las variables dinámica familiar y adherencia terapéutica fueron medidas en escala ordinal. Asimismo, se tomó en cuenta que los resultados de la prueba de normalidad, presentados en el Anexo E, evidenciaron valores de significancia menores a 0,05.

Para la decisión estadística, se trabajó con un nivel de significancia de 0,05. En ese sentido, cuando el valor de p fue menor a 0,05, se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alterna correspondiente.

En esta sección, la hipótesis general se contrasta mediante la relación entre la dinámica familiar y la adherencia terapéutica, presentada en la Tabla 11. Asimismo, las hipótesis específicas se contrastan a partir de la relación entre la adherencia terapéutica y cada componente de la dinámica familiar evaluado mediante los ítems del APGAR Familiar. Para ello, se consideran los componentes adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución, cuyos resultados se presentan en las Tablas 12, 13, 14, 15 y 16, respectivamente.

Tabla 11. Relación entre la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.

			Adherencia terapéutica
Rho de Spearman	Dinámica familiar	Coefficiente de correlación	0,295**
		Sig. (bilateral)	<0,001
		N	158

Se encontró una relación positiva baja y estadísticamente significativa entre la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes evaluados ($\rho = 0,295$; $p < 0,001$). Dado que el valor de p fue menor a 0,05, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis general de investigación. Este resultado indica que una mejor dinámica familiar se asocia con mayor adherencia terapéutica en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025; sin embargo, la fuerza de asociación es baja.

Tabla 12. Relación entre el componente adaptabilidad de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.

			Adherencia terapéutica
Rho de Spearman	Adaptabilidad	Coefficiente de correlación	0,236**
		Sig. (bilateral)	0,003
		N	158

Se encontró una relación positiva baja y estadísticamente significativa entre el componente adaptabilidad de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes evaluados ($\rho = 0,236$; $p = 0,003$). Dado que el valor de p fue menor a 0,05, se rechaza la hipótesis nula específica y se acepta la hipótesis específica alterna correspondiente. Este resultado indica que una mayor adaptabilidad familiar se relaciona con mejores niveles de adherencia terapéutica; sin embargo, la fuerza de asociación es baja.

Tabla 13. Relación entre el componente participación de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.

			Adherencia terapéutica
Rho de Spearman	Participación	Coefficiente de correlación	0,288**
		Sig. (bilateral)	<0,001
		N	158

Se encontró una relación positiva baja y estadísticamente significativa entre el componente participación de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes evaluados ($\rho = 0,288$; $p < 0,001$). Dado que el valor de p fue menor a 0,05, se rechaza la hipótesis nula específica y se acepta la hipótesis específica alterna correspondiente. Este resultado indica que una mayor participación familiar se asocia con mayor adherencia terapéutica en los pacientes evaluados; sin embargo, la fuerza de asociación es baja.

Tabla 14. Relación entre el componente crecimiento de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.

			Adherencia terapéutica
Rho de Spearman	Crecimiento	Coefficiente de correlación	0,288**
		Sig. (bilateral)	<0,001
		N	158

Se encontró una relación positiva baja y estadísticamente significativa entre el componente crecimiento de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes evaluados ($\rho = 0,288$; $p < 0,001$). Dado que el valor de p fue menor a 0,05, se rechaza la hipótesis nula específica y se acepta la hipótesis específica alterna correspondiente. Este resultado indica que el crecimiento familiar se relaciona significativamente con la adherencia terapéutica; sin embargo, la fuerza de asociación es baja.

Tabla 15. Relación entre el componente afecto de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.

			Adherencia terapéutica
Rho de Spearman	Afecto	Coefficiente de correlación	0,247**
		Sig. (bilateral)	0,002
		N	158

Se encontró una relación positiva baja y estadísticamente significativa entre el componente afecto de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes evaluados ($\rho = 0,247$; $p = 0,002$). Dado que el valor de p fue menor a 0,05, se rechaza la hipótesis nula específica y se acepta la hipótesis específica alterna correspondiente. Este resultado indica que el afecto familiar se asocia significativamente con mejores niveles de adherencia terapéutica; sin embargo, la fuerza de asociación es baja.

Tabla 16. Relación entre el componente resolución de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional de Ica, 2025.

			Adherencia terapéutica
Rho de Spearman	Resolución	Coefficiente de correlación	0,196
		Sig. (bilateral)	0,014
		N	158

Se encontró una relación positiva muy baja y estadísticamente significativa entre el componente resolución de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en los pacientes evaluados ($\rho = 0,196$; $p = 0,014$). Dado que el valor de p fue menor a 0,05, se rechaza la hipótesis nula específica y se acepta la hipótesis específica alterna correspondiente. Este resultado indica que una mayor resolución familiar se relaciona con mejores niveles de adherencia terapéutica; sin embargo, la fuerza de asociación es muy baja.

En conjunto, los resultados inferenciales evidencian que la dinámica familiar y sus componentes presentan relación estadísticamente significativa con la adherencia terapéutica, lo que permite sostener que mejores condiciones familiares se asocian con mayores niveles de cumplimiento del tratamiento en los pacientes evaluados.

IV. DISCUSIÓN

Los hallazgos obtenidos permiten interpretar que la dinámica familiar constituye un componente relevante en el sostenimiento de la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Esta relación evidencia que el cumplimiento del tratamiento no depende únicamente de la indicación médica o del acceso a los servicios de salud, sino también de las condiciones familiares en las que el paciente desarrolla sus prácticas cotidianas de autocuidado. En ese sentido, una dinámica familiar favorable puede facilitar la organización del tratamiento, el acompañamiento emocional, la toma de decisiones y la continuidad de hábitos necesarios para el control de una enfermedad crónica. No obstante, la relación identificada fue de intensidad baja, lo que permite comprender que la adherencia terapéutica es un fenómeno multifactorial, influido también por aspectos personales, educativos, económicos, clínicos y propios del sistema de salud.

Estos hallazgos guardan relación con estudios que han abordado la funcionalidad familiar y su vínculo con el tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. García Pantoja et al. identificaron una relación significativa entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, destacando la importancia de incorporar a la familia en las intervenciones educativas y de seguimiento clínico.¹⁷ Asimismo, Serrano Barrera et al. señalaron que la funcionalidad familiar se relaciona con el control glucémico en pacientes con Diabetes tipo 2, lo que refuerza la idea de que el entorno familiar puede vincularse con el manejo cotidiano de la enfermedad, aunque dicho antecedente se orientó al control metabólico y no directamente a la adherencia terapéutica.¹⁸ De manera complementaria, Matías-Córdova et al. emplearon el APGAR Familiar para analizar la dinámica familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes, constituyendo un antecedente metodológicamente cercano al presente estudio.⁷ Aunque en dicha investigación no se encontró una relación significativa entre ambas variables, sus resultados permiten reconocer que las relaciones familiares, la autoestima y el apoyo en salud forman parte del contexto en el que se desarrolla el cumplimiento terapéutico. Por tanto, estos antecedentes permiten sostener que el papel de la familia en la adherencia puede variar según las condiciones clínicas, sociales y metodológicas de cada investigación.

En el contexto nacional y local, los resultados se relacionan con investigaciones que reconocen la adherencia terapéutica como un problema complejo en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Machaca Torres aplicó una versión modificada de la EATDM-III© en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo II, identificando dificultades en el cumplimiento del tratamiento, especialmente en conductas vinculadas con el ejercicio físico y el control de salud.³⁹ En el presente

estudio, si bien la adherencia mostró una tendencia más favorable, también se evidenció que no todas las dimensiones del cumplimiento terapéutico se comportan de la misma manera, lo que permite comprender que la adherencia no constituye una conducta uniforme. Algunas prácticas, como asistir a controles o cumplir indicaciones farmacológicas, pueden sostenerse con mayor facilidad que otras, como modificar hábitos alimentarios o mantener actividad física regular.

Respecto al componente adaptabilidad, los resultados permiten interpretar que la capacidad de la familia para brindar apoyo ante situaciones problemáticas se relaciona con una mejor disposición del paciente para sostener su tratamiento. En una enfermedad crónica como la Diabetes Mellitus tipo 2, el paciente enfrenta cambios permanentes en la alimentación, actividad física, controles de salud y uso de medicación; por tanto, contar con una familia que se adapte a estas necesidades puede reducir barreras cotidianas y favorecer el afrontamiento de la enfermedad. Esta interpretación coincide con los antecedentes que destacan la funcionalidad familiar como un factor asociado al seguimiento terapéutico, debido a que una familia con mayor capacidad de respuesta puede acompañar de manera más efectiva las exigencias del tratamiento.

En cuanto al componente participación, los hallazgos permiten sostener que la intervención activa de la familia en las decisiones y responsabilidades del hogar se asocia con mejores condiciones para el cumplimiento terapéutico. La adherencia no debe entenderse como una conducta aislada del paciente, sino como parte de una dinámica diaria en la que influyen los horarios familiares, la preparación de alimentos, el acompañamiento a controles y el soporte para mantener hábitos saludables. Por ello, cuando la familia participa en el proceso de cuidado, el paciente puede percibir mayor respaldo para asumir las indicaciones del equipo de salud. Esta interpretación se vincula con los estudios que recomiendan incorporar al núcleo familiar en las estrategias de educación y seguimiento clínico, especialmente en enfermedades crónicas que requieren continuidad del cuidado.

Respecto al componente crecimiento, los resultados permiten comprender que el apoyo familiar orientado al desarrollo personal y a la autonomía del paciente puede fortalecer su compromiso con el autocuidado. En pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, el crecimiento no solo se expresa en el apoyo emocional, sino también en el estímulo para asumir cambios sostenidos en la conducta, mejorar la responsabilidad frente al tratamiento y desarrollar mayor autonomía en el manejo de la enfermedad. Este componente se relaciona directamente con la necesidad de que el paciente no sea visto únicamente como receptor de indicaciones, sino como sujeto activo capaz de aprender, decidir y sostener prácticas saludables. En ese sentido, los hallazgos se aproximan a los antecedentes que vinculan la educación sanitaria, el apoyo familiar y el autocuidado con mejores condiciones para la adherencia.

En relación con el componente afecto, se interpreta que la cercanía emocional, la comprensión y el apoyo afectivo dentro del entorno familiar pueden favorecer la motivación del paciente para continuar con su tratamiento. La Diabetes Mellitus tipo 2 implica exigencias prolongadas que pueden generar cansancio, frustración o abandono de hábitos saludables; por ello, el soporte emocional de la familia cumple un papel importante en la continuidad del cuidado. El afecto familiar puede contribuir a que el paciente se sienta acompañado, valorado y comprendido durante el proceso de enfermedad, lo que favorece una actitud más favorable hacia el cumplimiento terapéutico. Sin embargo, dicho apoyo emocional debe complementarse con educación sanitaria, seguimiento profesional y condiciones materiales que permitan sostener las indicaciones terapéuticas.

Respecto al componente resolución, los hallazgos permiten interpretar que la capacidad de la familia para organizarse, compartir responsabilidades y afrontar situaciones cotidianas se relaciona con una mejor continuidad del tratamiento. La adherencia terapéutica exige constancia, planificación y estabilidad en las rutinas diarias; por ello, una familia con mayor capacidad de resolución puede contribuir a disminuir obstáculos relacionados con el tiempo, la convivencia, los controles médicos y el seguimiento de indicaciones. No obstante, este componente debe entenderse con prudencia, debido a que la satisfacción con la convivencia familiar no siempre implica apoyo directo en acciones concretas como el control de la dieta, la práctica de ejercicio físico, el consumo de medicamentos o la asistencia a los controles.

Desde el enfoque teórico, los hallazgos se sustentan en la Teoría de Sistemas de Interacción de Imogene King, debido a que esta permite comprender que la salud del paciente se construye mediante interacciones significativas con su entorno familiar y con el equipo de salud. Bajo esta perspectiva, la adherencia terapéutica no depende exclusivamente de la voluntad individual, sino de la comunicación, las metas compartidas y el apoyo que recibe el paciente dentro de su sistema social inmediato. Asimismo, la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem permite interpretar que el paciente requiere capacidades personales para cumplir con su tratamiento, pero también puede necesitar apoyo educativo, emocional y operativo cuando existen limitaciones para sostener el autocuidado. Por ello, la familia puede actuar como un soporte complementario que refuerza las prácticas necesarias para el control de la Diabetes Mellitus tipo 2.

En conjunto, la investigación permite afirmar que la dinámica familiar se relaciona de manera significativa con la adherencia terapéutica, aunque dicha relación no debe interpretarse como única causa del cumplimiento del tratamiento. La baja intensidad de la asociación evidencia que la adherencia es un proceso complejo en el que intervienen múltiples factores, como el nivel educativo, la ocupación, los recursos económicos, la comprensión de la enfermedad, la presencia

de comorbilidades, la complejidad del régimen terapéutico, el acceso a medicamentos, la calidad de la orientación recibida, la relación con el personal de salud y la motivación personal del paciente. Asimismo, deben reconocerse algunas limitaciones del estudio, debido a que el diseño transversal permitió identificar asociaciones, pero no establecer causalidad; la muestra procedió de un solo establecimiento de salud, por lo que los resultados no pueden generalizarse a todos los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2; el APGAR Familiar fue utilizado como una aproximación operativa a la dinámica familiar; y la adherencia terapéutica fue medida mediante autoinforme, lo que puede generar sesgo de deseabilidad social. A pesar de ello, el papel de la familia resulta relevante porque acompaña al paciente en el espacio donde se desarrollan las principales conductas de autocuidado; por consiguiente, los resultados respaldan la necesidad de fortalecer intervenciones de enfermería orientadas no solo al paciente, sino también a su entorno familiar, mediante educación sanitaria, consejería, seguimiento continuo y estrategias que promuevan la participación activa de la familia en el cuidado de la Diabetes Mellitus tipo 2.

V. CONCLUSIONES

Los hallazgos del estudio permiten comprender que la dinámica familiar cumple un papel relevante en la forma en que los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 asumen y sostienen su tratamiento. Si bien la adherencia terapéutica no depende exclusivamente del entorno familiar, este sí puede favorecer o limitar las condiciones cotidianas en las que el paciente organiza su autocuidado, cumple sus indicaciones, mantiene sus controles y afronta las exigencias de una enfermedad crónica. Por ello, la adherencia debe entenderse como un proceso influido por factores personales, familiares y sanitarios, donde la familia actúa como un soporte importante, aunque no único.

El componente de adaptabilidad permite interpretar que la capacidad de la familia para ajustarse a las necesidades del paciente influye en la manera en que este enfrenta los cambios propios del tratamiento. En la Diabetes Mellitus tipo 2, el cumplimiento terapéutico exige modificar rutinas, alimentación, horarios, actividad física y controles médicos; por ello, una familia que se adapta y responde ante estas exigencias puede generar un entorno más favorable para que el paciente mantenga su autocuidado de forma continua.

El componente de participación permite comprender que la adherencia terapéutica no se construye únicamente desde la decisión individual del paciente, sino también desde el involucramiento de la familia en su proceso de cuidado. Cuando el entorno familiar participa en la organización del tratamiento, en el acompañamiento a los controles, en la preparación de alimentos o en el seguimiento de indicaciones, el paciente cuenta con mayores condiciones para sostener conductas saludables en su vida diaria.

El componente de crecimiento permite interpretar que el apoyo familiar resulta más favorable cuando fortalece la autonomía del paciente y no cuando lo sustituye en sus responsabilidades. En el manejo de la Diabetes Mellitus tipo 2, el paciente necesita desarrollar seguridad, comprensión de su enfermedad y capacidad para tomar decisiones sobre su autocuidado. Por ello, una familia que impulsa el crecimiento personal contribuye a que la adherencia terapéutica sea más consciente, activa y sostenida.

El componente de afecto permite comprender que el cumplimiento del tratamiento también está influido por el soporte emocional que el paciente percibe en su entorno familiar. La Diabetes Mellitus tipo 2 exige cuidados permanentes que pueden generar cansancio, frustración o desmotivación; por ello, la expresión de afecto, comprensión y acompañamiento familiar puede ayudar a que el paciente se sienta respaldado durante el proceso terapéutico. En ese sentido, el

afecto familiar no reemplaza la educación ni el seguimiento profesional, pero sí fortalece la disposición emocional para continuar con el tratamiento.

El componente de resolución permite interpretar que la familia contribuye al tratamiento cuando logra organizarse frente a las demandas prácticas de la enfermedad. La distribución de responsabilidades, la planificación de horarios, el acompañamiento a controles y la solución de dificultades cotidianas pueden facilitar que el paciente mantenga su régimen terapéutico. Sin embargo, este componente debe entenderse como un apoyo complementario, ya que la adherencia requiere también compromiso personal, orientación profesional y seguimiento permanente del equipo de salud.

VI. RECOMENDACIONES

Al personal de enfermería y al equipo de salud del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, se recomienda incorporar la valoración de la dinámica familiar dentro del seguimiento integral de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Esta valoración debe permitir identificar el tipo de apoyo que recibe el paciente en su hogar, las dificultades familiares que pueden afectar el cumplimiento del tratamiento y las oportunidades para fortalecer la participación de la familia en el autocuidado, sin dejar de considerar los factores personales, clínicos y sanitarios que también influyen en la adherencia terapéutica.

Respecto al componente de adaptabilidad, se recomienda brindar consejería familiar orientada a mejorar la capacidad del hogar para ajustarse a las exigencias del tratamiento. Esta intervención debe ayudar a la familia a responder de manera organizada ante cambios en la alimentación, medicación, actividad física, controles médicos o dificultades propias de la enfermedad, favoreciendo que el paciente encuentre apoyo práctico en su entorno cotidiano.

Respecto al componente de participación, se recomienda promover sesiones educativas dirigidas tanto al paciente como a sus familiares o cuidadores, con el propósito de fortalecer la corresponsabilidad en el tratamiento. Estas sesiones deben abordar la importancia del acompañamiento familiar en la toma de decisiones, la organización de rutinas, la asistencia a controles, la preparación de alimentos saludables y el cumplimiento adecuado de las indicaciones terapéuticas.

Respecto al componente de crecimiento, se recomienda desarrollar intervenciones educativas que fortalezcan la autonomía del paciente en el manejo de la Diabetes Mellitus tipo 2. La familia debe ser orientada para apoyar sin sobreproteger, estimular la toma de decisiones informadas y favorecer que el paciente asuma un rol activo en su autocuidado, de manera que la adherencia terapéutica se sostenga desde la responsabilidad personal y el acompañamiento familiar.

Respecto al componente de afecto, se recomienda fomentar en la familia una comunicación empática y un acompañamiento emocional constante hacia el paciente. El personal de enfermería puede orientar a los familiares sobre la importancia de brindar apoyo sin reproches, reconocer los esfuerzos del paciente y generar un ambiente emocional favorable, considerando que el tratamiento de una enfermedad crónica requiere motivación, comprensión y respaldo continuo.

Respecto al componente de resolución, se recomienda orientar a las familias en la organización de rutinas que faciliten el cumplimiento del tratamiento. Esto puede incluir la planificación de horarios para medicación, alimentación, actividad física, asistencia a controles médicos y distribución de responsabilidades dentro del hogar. Estas acciones deben integrarse al

seguimiento profesional para que el apoyo familiar funcione como un complemento efectivo del cuidado brindado por el equipo de salud.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Diabetes [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 [citado 11 de Junio 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. 11th ed. Brussels: IDF; 2025 [citado 8 de Junio 2025]. Disponible en: <https://diabetesatlas.org>
3. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra: OMS; 2025 [citado 11 de Junio 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
4. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. 10th ed. Brussels: IDF; 2021 [citado 8 de Junio 2025]. Disponible en: <https://diabetesatlas.org>
5. Thirsk LM, Schick-Makaroff K. Family interventions for adults living with type 2 diabetes mellitus: A qualitative meta-synthesis. Patient Educ Couns [Internet]. 2021[citado 8 de Junio 2025];104(12):2890-2899. DOI: 10.1016/j.pec.2021.04.037
6. Kaaffah S, Soewondo P, Riyadina W, Renaldi FS, Sauriasari R. Adherence to treatment and glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus: A 4-year follow-up PTM Bogor cohort study, Indonesia. Patient Preference and Adherence [Internet]. 2021 [citado 8 de Junio 2025];15:2467-2477. DOI:10.2147/PPA.S318790
7. Matías-Córdova C, Díaz-Gervasi G, Rojas-Vilca I. Adolescentes con diabetes tipo 1: autoestima, dinámica familiar y adherencia al tratamiento. CASUS [Internet]. 2019 [citado 11 de Junio 2026];4(1):8-14. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6985488>
8. Vilchez Lira M. Funcionalidad familiar en pacientes adultos diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 en la Clínica Providencia y su asociación con la adherencia al tratamiento en el periodo enero 2023 a marzo 2023 [tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2024 [citado 11 de Junio 2026]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/8005>
9. Matta-Zamudio L. Riesgo y dinámica familiar en familias con menores de 5 años de una zona vulnerable de Comas. Rev Cient Cuidado Salud Publica [Internet]. 2021[citado 11 de Junio 2026];1(1):52-58. DOI:10.53684/csp.v1i1.13
10. Smilkstein G. The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract. 1978;6(6):1231-1239.

11. Pino Anchante E, Canales García Y, Castilla Tasayco E. La adherencia de paciente en tratamiento diabetes mellitus II del Centro de Salud Los Álamos, 2021 [tesis]. Ica: Universidad Autónoma de Ica; 2021 [citado 8 de Junio 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14441/1321>
12. Ministerio de Salud del Perú. Sala situacional de enfermedades no transmisibles 2024: diabetes mellitus [Internet]. Lima: MINSA; 2024 [citado 8 de Junio 2025]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2024/Diabetes.pdf>
13. Ortiz Cárdenas M. Dinámica familiar y autocuidado en pacientes con enfermedades crónicas [Internet]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019 [citado 8 de Junio 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/8289>
14. Ministerio de Salud del Perú. Presupuesto por resultados: Programa presupuestal 0134, prevención y control de enfermedades no transmisibles [Internet]. Lima: MINSA; 2024 [citado 8 de Junio 2025]. Disponible en: https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/ppr2024
15. Ministerio de Economía y Finanzas. Presupuesto institucional de apertura 2025: sector salud [Internet]. Lima: MEF; 2025 [citado 8 de Junio 2025]. Disponible en: <https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-del-sector-publico-2025>
16. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción [Internet]. Ginebra: OMS; 2003 [citado 8 de Junio 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/adherencia-tratamientos-largo-plazo-pruebas-para-accion>
17. García Pantoja R, Espinoza Solorio L, Barbosa Valencia V. Relación entre la adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Jóvenes en la Ciencia [Internet]. 2023 [citado 8 de Junio 2025];22:1-4. Disponible en: <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/4172>
18. Serrano Barrera F, Domínguez Vega G, Campos Gómez A. Funcionalidad familiar relacionada con el control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2 de la UMF No. 47. Ciencia Latina Rev Cient Multidiscip [Internet]. 2025 [citado 1 de Junio 2025];9(1):2232-2244. DOI:10.37811/cl_rcm.v9i1.16000
19. Huang J, Ding S, Xiong S, Liu Z. Medication adherence and associated factors in patients with type 2 diabetes: A structural equation model. Front Public Health [Internet]. 2021[citado 11 de Junio 2026];9:730845. DOI:10.3389/fpubh.2021.730845

20. Shakya P, Shrestha A, Karmacharya BM, Morisky DE, Kulseng BE. Factors associated with medication adherence among patients with type 2 diabetes mellitus: A hospital-based cross-sectional study in Nepal. *Int J Environ Res Public Health*[Internet]. 2023[citado 27 de Junio 2025];20(2):1537. DOI:10.3390/ijerph20021537
21. Sendekie A, Netere A, Kasahun A, Belachew E. Medication adherence and its impact on glycemic control in type 2 diabetes mellitus patients with comorbidity: A multicenter cross-sectional study in Northwest Ethiopia. *PLoS One*[Internet]. 2022[citado 27 de Junio 2025];17(9):e0274971. DOI:10.1371/journal.pone.0274971
22. Miranda Barros A, Gualán Sarango S. Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2 de un centro de salud de Ecuador. *Perfiles* [Internet]. 2023[citado 16 de junio 2025];1(29):63-68. DOI:10.47187/perf.v1i29.206
23. Silva-Tinoco R, Cuatecontzi-Xochitiotzi T, Bernal-Ceballos F, De la Torre-Saldaña V, Galindez-Fuentes A, Castillo-Martínez L. Adherence to antidiabetic treatment in primary health care in individuals with type 2 diabetes: A survey including socio-demographic, patient related and clinical factors. *Prim Care Diabetes* [Internet]. 2022[citado 16 junio 2025];16(6):780-785. DOI:10.1016/j.pcd.2022.09.002
24. Alanazi M, Alatawi A. Adherence to diabetes mellitus treatment regimen among patients with diabetes in the Tabuk region of Saudi Arabia. *Cureus* [Internet]. 2022[citado 16 de Junio 2025]. 2022;14(10):e30688. DOI:10.7759/cureus.30688
25. Gomez-Peralta F, Fornos JA, Molinero A, Sanchez IM, Arranz E, Martinez-Perez P, et al. Adherence to antidiabetic treatment and impaired hypoglycemia awareness in type 2 diabetes mellitus assessed in Spanish community pharmacies: The ADHIFAC study. *BMJ Open Diabetes Res Care* [Internet]. 2022[citado 16 de junio 2025];9(2):e002148. DOI:10.1136/bmjdr-2021-002148
26. Corral Zambrano G. Estilos de vida y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus 2 de un centro de salud de Chone, 2022 [tesis de maestría]. Piura: Universidad César Vallejo; 2022 [citado 16 de Junio 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/94559>
27. Altez Aguirre D. Adherencia al tratamiento y calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, Servicio de Medicina, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2021 [tesis]. Ica: Universidad Autónoma de Ica; 2021 [citado 16 de Junio 2025]. Disponible en: <https://repositorio.autonoma-de-ica.edu.pe/handle/20.500.14441/1539>

28. Silva Campos M. Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II EsSalud Cajamarca en el periodo junio-noviembre del 2021 [tesis]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2022 [citado 17 de Junio 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4859>
29. Ramos Rossi M. Adherencia al tratamiento en pacientes adultos con diabetes mellitus atendidos en la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisibles del Hospital San José Chíncha, 2022 [tesis]. Chíncha: Universidad Privada San Juan Bautista; 2022 [citado 17 de Junio 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/4594>
30. Ladera Gavilan J. Relación entre complicaciones de la diabetes y adherencia a la terapéutica farmacológica en pacientes atendidos en el Centro de Salud San Juan Bautista, julio-agosto del 2022, Ica [tesis]. Ica: Universidad Privada San Juan Bautista; 2022 [citado 17 de Junio 2025]. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/4196>
31. Campos Martínez S, Mercedes Ramos M, Alvarez Flores A. Análisis de las causas relacionadas con la adhesión al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Regional de Ica, 2021 [tesis]. Ica: Universidad Autónoma de Ica; 2021 [citado 11 de Junio 2026]. Disponible en: <https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/1249>
32. Soto Hernández F, Urru Velazco I. Adherencia al tratamiento relacionada a la salud física en pacientes diabéticos del Programa de Diabetes del Hospital Santa María del Socorro, Ica, 2021 [tesis]. Ica: Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2022 [citado 11 de Junio 2026]. Disponible en: <https://repositorio.unica.edu.pe/items/9a353692-f331-427d-ac8b-d32548067521>
33. King IM. King's theory of goal attainment. *Nurs Sci Q.* 1992;5(1):19-26. DOI:10.1177/089431849200500107
34. Orem DE. *Nursing: Concepts of Practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
35. Seinfeld J, Sobrevilla A, Rosales M, et al. Economic burden of type 2 diabetes in Peru: A cost-of-illness study valuing cost differences associated with the level of glycemic control. *Value Health* [internet]. 2023 [citado 11 de Junio 2026] ;26(12 Suppl):S53. DOI:10.1016/j.jval.2023.09.291
36. Cárdenas M, Mirelman A, Galvin C, Lazo-Porras M, Pinto M, Miranda J, et al. The cost of illness attributable to diabetic foot and cost-effectiveness of secondary prevention in Peru. *BMC*

Health Serv Res [internet]. 2015 [citado 11 de Junio 2026];15:483. DOI:10.1186/s12913-015-1141-4

37. Seuring T, Archangelidi O, Suhreke M. The economic costs of type 2 diabetes: A global systematic review. Pharmacoeconomics [internet].. 2015 [citado 11 de Junio 2026];33(8):811-831. DOI:10.1007/s40273-015-0268-9

38. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6a ed. México: McGraw-Hill; 2014.

39. Machaca Torres E. Adherencia al tratamiento en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo II que acuden al programa de enfermedades crónicas no transmisibles del Centro de Salud Mi Perú, Callao, Perú, 2018 [tesis]. Lima: Universidad César Vallejo; 2018 [citado 11 de Junio 2026]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/27945>

VIII. ANEXOS

8.1. Anexo A. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ica, de del 2025

Yo de años de edad, identificado con N° de DNI....., acepto participar de manera voluntaria del proceso de recolección de datos para el estudio realizado por la bachiller Rosmery Isabel Lujan Suarez en su proyecto de investigación, titulado:

“DINÁMICA FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES E HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, 2025”

Declaro en forma libre y voluntaria, con plena capacidad para ejercer mis derechos, que he sido suficientemente informada(o) acerca de la investigación a realizar. Accedo a participar y me comprometo a responder las preguntas que se me realicen de la forma más honesta posible, así mismo doy mi consentimiento para que los datos que se obtengan del proceso de investigación sean utilizados para efectos de sistematización y publicación de resultado final de investigación.

Firma del participante

8.2. Anexo B. Instrumento de recolección de datos- Cuestionario

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

INSTRUCCIONES: Responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas, marcando con un aspa (X) la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en su familia.

	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
	0	1	2
¿Está satisfecho(a) con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
¿Siente que su familia lo(a) quiere?			

Puntaje total:

Escala de puntuación: Nunca = 0 puntos; A veces = 1 punto; Siempre = 2 puntos.

Puntaje total: 0 a 10 puntos.

Baremo: Familia disfuncional grave: 0 a 3 puntos; familia disfuncional leve: 4 a 6 puntos; familia funcional: 7 a 10 puntos.

CUESTIONARIO PARA LA VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

INSTRUCCIONES:

A continuación, usted encontrará preguntas que deberá responder marcando con un aspa (X) una de las alternativas que ofrece cada pregunta.

Nº	ÍTEMS	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
HÁBITOS ALIMENTICIOS				
1	Evito consumir en las comidas dulces como: postres, pasteles, panes dulces, golosinas, etc.			
2	Limito consumir carnes con grasas			
3	Limito consumir bebidas alcohólicas.			
4	Limito consumir comidas muy saladas y utilizar condimentos			
5	Utilizo sustitutos del azúcar como, por ejemplo: Stevia, sugarfor, splenda			
6	Consumo frutas al menos 3 veces al día: una mandarina, una naranja. un plátano, una manzana, 17 uvas, etc.)			
7	Consumo ocho vasos de agua diarios.			
EJERCICIO FÍSICO				
8	Camino 10 a 30 minutos 3 veces a la semana			
9	Manejo bicicleta o uso la bicicleta estacionaria 10 minutos 3 veces por semana			

10	Tengo un horario fijo para realizar ejercicio físico			
11	Me siento satisfecho después del ejercicio físico			
12	Mantengo un control de mi peso dentro de lo ideal para mi edad y estatura			
CONTROL DE SALUD				
13	Asisto puntualmente a las citas de control de diabetes			
14	Consumo mis medicamentos diariamente.			
15	Tengo mis medicamentos ordenados en un lugar visible, a temperatura ambiente especificando el horario y la dosis.			
16	Si mis niveles de glucosa aumentan acudo inmediatamente al centro de salud			
17	Dispongo de un glucómetro para controlar mi glucosa diariamente			

Escala de puntuación: Nunca = 1 punto; A veces = 2 puntos; Siempre = 3 puntos.

Puntaje total: 17 a 51 puntos.

Baremo: Nivel deficiente: 17 a 28 puntos; nivel regular: 29 a 40 puntos; nivel eficiente: 41 a 51 puntos.

8.3. Anexo C. Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA			
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Variable
¿Cuál es la relación entre la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025?	Determinar la relación entre la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025.	Existe una relación entre la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025.	V1: Dinámica familiar V2: Adherencia terapéutica
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas	Variable
PE1	OE1	HE1	V1: Dinámica familiar, componente adaptabilidad V2: Adherencia terapéutica
¿Qué relación existe entre el componente adaptabilidad de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025?	Establecer la relación entre el componente adaptabilidad de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025.	Existe una relación entre el componente adaptabilidad de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025.	
PE2	OE2	HE2	V1: Dinámica familiar, componente participación V2: Adherencia terapéutica
¿Qué relación existe entre el componente participación de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025?	Establecer la relación entre el componente participación de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025.	Existe una relación entre el componente participación de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025.	
PE3	OE3	HE3	V1: Dinámica familiar, componente crecimiento V2: Adherencia terapéutica
¿Qué relación existe entre el componente crecimiento de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e	Establecer la relación entre el componente crecimiento de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e	Existe una relación entre el componente crecimiento de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión	

Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025?	Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025.	Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025.	
PE4	OE4	HE4	
¿Qué relación existe entre el componente afecto de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025?	Establecer la relación entre el componente afecto de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025.	Existe una relación entre el componente afecto de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025.	V1: Dinámica familiar, componente afecto V2: Adherencia terapéutica
PE5	OE5	HE5	
¿Qué relación existe entre el componente resolución de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025?	Establecer la relación entre el componente resolución de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025.	Existe una relación entre componente resolución de la dinámica familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del programa de Diabetes e Hipertensión Arterial del Hospital Regional de Ica, 2025.	V1: Dinámica familiar, componente resolución V2: Adherencia terapéutica

8.4. Anexo D. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	COMPONENTES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Dinámica familiar	Interacción de los miembros de una familia que incluye roles, comunicación, cohesión, apoyo emocional y resolución de problemas.	Percepción del funcionamiento familiar evaluada mediante el instrumento APGAR Familiar.	Adaptabilidad	◦ Capacidad de la familia para aceptar cambios y crisis ◦ Flexibilidad en los roles familiares ◦ Apoyo emocional durante situaciones difíciles	Ordinal
			Participación	◦ Participación equitativa en la toma de decisiones ◦ Tiempo compartido en actividades familiares ◦ Sentimiento de pertenencia al grupo familiar	Ordinal
			Crecimiento	◦ Participación en decisiones importantes del hogar ◦ Expresión de opiniones en la familia ◦ Consideración de sus criterios en decisiones familiares	Ordinal
			Afecto	◦ Expresión de cariño y afecto entre miembros ◦ Respeto mutuo ◦ Comunicación afectiva no violenta	Ordinal

			Resolución	◦ Satisfacción con el tiempo compartido en familia ◦ Disponibilidad para convivir y acompañar ◦ Espacios de interacción familiar	Ordinal
Adherencia terapéutica	Grado de comportamiento de una persona con una patología respecto a la toma de su medicación, cumplimiento de dieta y hábitos saludables recomendados por un profesional de salud.	Habilidad que tienen los adultos con DM2 de ajustarse al régimen terapéutico, evaluado mediante el instrumento EATDM-III.	Hábitos alimenticios	◦ Ingesta de carbohidratos ◦ Ingesta de grasas ◦ Consumo de bebidas alcohólicas ◦ Consumo de sal ◦ Uso de edulcorantes artificiales ◦ Ingesta de fibra ◦ Ingesta de líquidos	Ordinal
			Ejercicio físico	◦ Realización de ejercicio aeróbico ◦ Programación de actividad física ◦ Satisfacción después de la actividad física ◦ Frecuencia del ejercicio ◦ Medidas antropométricas básicas (peso, IMC, etc.)	Ordinal
			Control de salud	◦ Asistencia a citas médicas programadas ◦ Toma del tratamiento farmacológico oral ◦ Almacenamiento, dosificación y horario de los medicamentos ◦ Comunicación médico-paciente ◦ Autocontrol glucémico (uso de glucómetro)	Ordinal

8.5. Anexo E. Prueba de normalidad

Variable	Estadístico	gl	Sig.
Dinámica familiar	0,161	158	<0,001
Adherencia terapéutica	0,098	158	<0,001

Nota. Se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, debido a que la muestra estuvo conformada por 158 pacientes

En la Tabla E, los resultados de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov evidenciaron valores de significancia menores a 0,05 para las variables dinámica familiar y adherencia terapéutica. Por tanto, se rechazó la hipótesis nula de normalidad y se determinó que los datos no presentan distribución normal. En consecuencia, se justificó el uso del coeficiente no paramétrico Rho de Spearman para la contrastación de hipótesis.

8.6. Anexo F. Resolución Directoral


GOBIERNO REGIONAL ICA
Hospital Regional de Ica

N° 627-2025-HRI/DE.



Resolución Directoral

Ica, 16 de Setiembre del 2025

VISTO:
El Expediente N° 25-018577-001, que contiene el Memorando N° 1122-2025-HRI/DE, de fecha 09 de Setiembre del año 2025, emitido por el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, donde se autoriza emitir el acto resolutorio aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación, según Oficio N° 338-2025-GORE-DIRESA-HRI/OADI.

CONSIDERANDO:
Que, los numerales I y XV del Título Preliminar de la Ley N° 26842 Ley General de Salud establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es de responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla y que el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud.

Que el artículo 28 de la Ley N° 26842 Ley General de Salud, dispone que la investigación experimental con personas debe ceñirse a las legislaciones especiales sobre la materia y a los postulados éticos contenidos en la declaración Helsinki y sucesivas declaraciones que actualicen los referidos postulados

Que por Decreto Supremo N° 021-2017-SA, se aprueba el reglamento de ensayos clínicos, norma legal que en su artículo 58° denomina Comité Institucional de Ética en Investigación a la instancia sin fines de lucro, es una institución de investigación, con disposición de participar, encargado de velar por la protección de los derechos seguridad y bienestar de los sujetos de investigación.

Que, mediante Oficio N° 338-2025-GORE-DIRESA-HRI/OADI, de fecha 09 de Setiembre del año 2025, el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional de Ica, solicita emitir el acto resolutorio de aprobación del proyecto de tesis, titulado: **"DINAMICA FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES E HIPERTENSION ARTERIAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, 2025"** presentado por el Investigador: **LUJAN SUAREZ, ROSMERY ISABEL**, alumna de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" de Ica, para optar el Título de Licenciado en Enfermería, el cual ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de esta sede docente; adjuntando el Acta de evaluación y Aprobación de fecha 08 de Setiembre del año 2025.

Que, con Memorando N° 1122-2025-HRI/DE, de fecha 09 de Setiembre del año 2025, el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, autoriza emitir el acto resolutorio aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación y detallado, en el Oficio N° 338-2025-GORE-DIRESA-HRI/OADI.

En uso de las facultades contenidas en el Reglamento de Organización y Funciones del

///






-PÁG. 02-

\\\\\\...



Hospital Regional de Ica, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 0001-2012-GORE-ICA; y con la visación de la Dirección General del Hospital Regional de Ica, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina de Recursos Humanos y la Oficina de Asesoría Jurídica.

SE RESUELVE:



ARTICULO PRIMERO. - APROBAR EL PROYECTO DE INVESTIGACION, revisado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional de Ica, el mismo que se detalla a continuación:

N	TITULO DEL PROYECTO	INVESTIGADORA
01	"DINAMICA FAMILIAR Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES E HIPERTENSION ARTERIAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA,2025"	LUJAN SUAREZ, ROSMERY ISABEL



ARTICULO SEGUNDO. - NOTIFICAR la presente Resolución a los interesados e instancias competentes.

Regístrese y Comuníquese,


GORE-ICA
HOSPITAL REGIONAL DE ICA
Dr. CARLOS E. RIVERA MENDEZ
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HRI
D.M.P. 059270

CENH/DE
GMHC/D.E.ADM.
GMHC/J.ORENH.
JAT/J-AJ