

FACULTAD DE CIENCIAS DE
LA SALUD

Carrera de Enfermería

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES
MELLITUS Y SU ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN
PACIENTES DIABÉTICOS DEL CENTRO DE SALUD
COMAS, 2024”**

Tesis para optar al título profesional de:

Licenciada en Enfermería

Autores:

Giovanna Smith Urpeque Paz

Elizabeth Jahayra Vasquez Cuadra

Asesora:

Dra. Susana Edita Paredes Díaz

<https://orcid.org/0000-0002-1566-7591>

Lima - Perú

2024

JURADO EVALUADOR

Jurado 1 Presidente(a)	Dora Clarisa Muñoz Garay
	Nombre y Apellidos

Jurado 2	Miriam Susan Saturno Mauricio
	Nombre y Apellidos

Jurado 3	Susana Edita Paredes Díaz
	Nombre y Apellidos

INFORME DE SIMILITUD



turnitin Página 2 of 66 - Integrity Overview Identificador de la entrega tmoaid:1321627688

16% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Filtered from the Report

- Bibliography

Top Sources

17%	Internet sources
7%	Publications
14%	Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi madre, la persona más importante,
agradecer por todo lo que hace y los sacrificios
que realizó para estar el día de hoy aquí, por ser el motivo de inspiración y
para alcanzar mis objetivos en la vida, también agradecer a toda mi
familia “Paz” por su apoyo incondicional.

Giovanna Smith

Dedico esta tesis a mis padres por su esfuerzo, por los
innumerables sacrificios que han hecho para alcanzar
mis metas, a mi hija Cattaleya por ser pilar fundamental
en todo lo que soy A mi familia por su apoyo
incondicional siempre estaré agradecida con ustedes.

Elizabeth Jahayra

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestra familia por brindarnos su confianza y apoyo incondicional y por siempre creer en nosotras durante este largo proceso universitario, que nos ha permitido crecer juntas y alcanzar nuestras metas.

A nuestra asesora de tesis Dra. Susana Edita Paredes Díaz por su compromiso, paciencia, y dedicación en nuestro crecimiento académico y guiarnos con la culminación de este proyecto.

A los docentes de la Universidad Privada del Norte por compartir sus enseñanzas, sus conocimientos, su compromiso y motivación para el éxito académico y profesional.

Agradecemos a todos aquellos que nos apoyaron y nos motivaron en esta etapa importante de nuestras vidas.

Giovanna Smith y Elizabeth Jahayra

TABLA DE CONTENIDOS

JURADO EVALUADOR	2
INFORME DE SIMILITUD	3
DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	28
CAPÍTULO III: RESULTADOS	32
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....	39
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS	47
ANEXOS	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Datos generales de los pacientes del Centro de Salud Comas – Lima, 2024 (n = 87)	32
Tabla 2 Relación existe entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus y la adherencia al tratamiento en pacientes del Centro de Salud Comas en Lima, 2024 (n = 87)	32
Tabla 3 Nivel conocimiento sobre diabetes mellitus en pacientes del programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud Comas, Lima durante los meses enero a abril del 2024 (n = 87).	33
Tabla 4. Conocimiento sobre diabetes mellitus según dimensiones en pacientes del programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud Comas, Lima durante los meses enero a abril del 2024 (n = 87).	34
Tabla 5. Nivel de adherencia al tratamiento en pacientes del programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud Comas, Lima durante los meses enero a abril del 2024 (n = 87).	35
Tabla 6. Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov.	36

RESUMEN

Con el objetivo de determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento y la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 del programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud en Lima, durante los meses enero a abril del 2024, se realizó una investigación con enfoque cuantitativo, del tipo básica, con diseño no experimental, transversal correlacional simple en una población de 87 pacientes con diagnóstico de DM2 los cuales cumplieron el criterio de selección y contestaron un cuestionario validado y verificado en su confiabilidad, los instrumentos utilizados fueron: DQK-24 – y MORISKY, se examinó la data mediante el software SPSS y el estadístico Chi-cuadrado de Pearson. Los resultados demostraron que la mayoría de los pacientes tuvieron 60 años (46%), fueron mujeres (54%) y su tratamiento era fundamentalmente a base de hipoglucemiantes orales (74.9%); así mismo, más de la mitad tuvo un nivel de conocimiento inadecuado sobre DM2 (51.7%) y la adherencia al tratamiento mayormente en nivel bajo (48.3%); concluyéndose que, existe relación significativa ($p = .000$) entre el nivel de conocimiento sobre los efectos que tiene la DM2 y la adherencia a su tratamiento.

Palabras claves: Conocimiento, Diabetes Mellitus, Adherencia al Tratamiento.

ABSTRACT

With the aim of determining if there is a relationship between the level of knowledge and adherence to treatment in patients with type 2 Diabetes mellitus in the non-communicable diseases program of the Health Center in Lima, during the months of January to April 2024, a research was carried out with a quantitative approach, of the basic type, with a non-experimental, simple correlational cross-sectional design in a population of 87 patients diagnosed with DM2 who met the selection criteria and answered a validated and verified questionnaire for their reliability, the instruments used were: DQK-24 - and MORISKY, the data was examined using SPSS software and Pearson's Chi-square statistic. The results showed that most of the patients were 60 years old (46%), were women (54%) and their treatment was primarily based on oral hypoglycemic agents (74.9%); likewise, more than half had an inadequate level of knowledge about DM2 (51.7%) and adherence to treatment was mostly low (48.3%); Concluding that there is a significant relationship ($\rho = .000$) between the level of knowledge about the effects of DM2 and adherence to its treatment.

Keywords: Knowledge, Diabetes Mellitus, Treatment Adherence

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad que afecta al cuerpo, impidiendo que se produzca la hormona de la insulina, para la regulación de la glucosa, que las células se utilizan como fuente de energía de acuerdo con los datos proporcionados por la Federación Internacional de Diabetes (FID) 2024, reportándose que la mitad de las personas con este tipo de diabetes no identifican que la padecen (1), convirtiéndose en una preocupación global de salud pública; por lo tanto representa uno de los desafíos más significativos para los sistemas de salud a nivel mundial, dado que su creciente prevalencia y las complicaciones asociadas la sitúan como una de las enfermedades crónicas de mayor impacto en la salud pública (2) (3).

Comenzar a vivir de manera saludable con diabetes requiere un diagnóstico temprano. Cuanto más tiempo pase una persona con diabetes sin saberlo y sin recibir tratamiento, es probable que su salud se vea más afectada (1). Un componente esencial en el manejo efectivo de esta condición es la adherencia al tratamiento, la cual puede verse afectada por varios factores, incluyendo el nivel de conocimiento que tienen los pacientes sobre su enfermedad (4). En tanto el conocimiento sobre la adherencia a los tratamientos se da de acuerdo con la constancia con la que los pacientes cumplen con su régimen de medicamentos de forma adecuada, y los niveles de adherencia se ven afectados en base a las condiciones en las que se encuentran los pacientes, siendo necesario que se tome en cuenta las condiciones sociales, así como la capacidad de acceso a los sistemas de salud, así como los factores económico, de acuerdo con los indicadores de la organización mundial de la salud OMS para el año 2024, indicaron que los índices de adherencia

presentaron un índice del 50% en algunos casos, identificando que se presentan mejoras en los países desarrollados de hasta el 60% de adherencia (5).

A nivel mundial, aproximadamente 422 millones de personas padecen de DM, la gran mayoría vive en países con baja y mediana economía y es la causante de 1.5 millones de muertes atribuidas directamente a esta enfermedad cada año (5). Según la FID (6) en el 2021 el 10.5% de la población entre los 20 – 79 años tuvo diabetes y casi el 50% desconocía que padecía esta condición; de ellos el 90% padecían DM2; por lo que se prevé que para el 2030, 643 millones de personas vivirán con esta patología y se proyecta que para el 2045, 1 de cada 8 adultos, que representa 783 millones, presentarán esta enfermedad, lo que indica un incremento del 46%. Ante este escenario, pese a los avances en el manejo de la DM2, entre el 42.9% al 81% de los pacientes no alcanza su meta en cuanto a su tratamiento continuo; debido principalmente al bajo conocimiento el cual ronda el 50% de la población sobre la enfermedad y la repercusión que puede traer consigo en los diferentes órganos y sistemas, si no se maneja adecuadamente (6) (7).

En América Latina, 4 de cada 10 habitantes viven con diabetes y no lo saben; en Puerto Rico y México, más del 13% de la población adulta padece esta enfermedad; Nicaragua, Brasil y Guatemala superan el 10%; siendo la diabetes la sexta causa de muerte en la región. (8) De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (9), 62 millones de personas viven con DM2; en Colombia 3 de cada 100 ciudadanos presentan este tipo de diabetes; es decir, en el 2021 se reportó 1.474.567 casos, con mayor incidencia en Bogotá, Antioquía y Valle del Cauca. La DM se sitúa como la quinta causa de fallecimiento en individuos de 30 a 70 años, asociada directamente a la falta de adherencia al tratamiento, pues en un estudio evidenciaron que el 58.6% de pacientes presentan riesgo de no adherencia; demostrando un bajo conocimiento sobre la enfermedad de entre el 60-

70%, con las consecuencias que derivan del mal control de esta enfermedad (9) (10).

En el Perú, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) y el Ministerio de Salud (MINSA) (11), notificó 9,586 casos de DM en el primer trimestre del 2022 y 32,085 desde inicios de la pandemia; de los cuales el 63% de los casos registrados fueron mujeres y 37% varones; también, expuso que el 96.5% de estos casos correspondió a DM2 y 1.4% de tipo 1; asociado principalmente al sobrepeso. Por ese motivo, el CDC, subrayó la importancia de adoptar una dieta saludable y llevar un estilo de vida activo para prevenir esta enfermedad, evitando el exceso de peso corporal. Bajo ese escenario se identificó que el 70% de los pacientes diabéticos e hipertensos no se adhieren a su tratamiento (12), se identificó que de acuerdo al hospital el nivel de desconocimiento fluctuaba de 31.4% al 51.9% dependiendo del centro de salud varios factores influyen en esta falta de adherencia, como el tiempo de diagnóstico, régimen de tratamiento, cantidad de medicamento y carencia de información sobre el manejo de la DM.

Concerniente al marco conceptual; la OPS (5) define a la DM como una afección metabólica persistente que se distingue por altos niveles de glucosa en la sangre (superior a 110 mg /dL); lo cual, con el paso del tiempo, provoca daños significativos en el corazón, vasos sanguíneos, vista, riñones y nervios. Esta patología se clasifica en diabetes tipo 1 (insulinodependiente), tipo 2 (resistencia a la insulina) y gestacional (durante el embarazo). Para efectos de la presente investigación, se define a la DM2 como una enfermedad caracterizada por elevados niveles de glucosa en la sangre, originados por una deficiencia en la producción o función de la insulina; esta variante es la más común hoy en día, generalmente en adultos y tiene un impacto significativo en varios órganos del cuerpo humano (13). Asimismo, ésta representa una condición crónica del metabolismo,

caracterizada por varios factores que provocan un incremento notable de la glucosa en la sangre; por lo que, bajo circunstancias habituales, el organismo convierte los carbohidratos en azúcares simples, empleándolos como fuente de energía (14).

En relación con el tratamiento; existe el no farmacológico; el cual consiste en mantener un índice de masa corporal apropiado y una actividad física continua; la modificación de hábitos cotidianos, reducción del peso, educación terapéutica, dieta sana y balanceada, ejercicio físico regular acorde con la condición de la persona, y la abstención del tabaco y el alcohol forman parte de una terapia fundamental capaz de gestionar la mayoría de las alteraciones metabólicas en estos pacientes (15). El tratamiento farmacológico incluye a personas que tienen tratamiento hipoglucémico administrado por vía oral, a los cuales se les administra medicamentos, como la metformina y la glibenclamida, considerados como opciones de primera línea; si no existe contraindicaciones, se recomienda el uso de metformina, debido a que no provoca aumento de peso ni episodios de hipoglucemia.

El tratamiento de DM2, se inicia con hipoglucemiantes orales de primera elección, como la metformina o la glibenclamida; la metformina es el medicamento preferido en ausencia de contraindicaciones, pues no produce incremento de peso ni hipoglucemia, cuando el tratamiento se realiza con insulina se requiere de una evaluación para determinar si se aplicara insulina basal o insulina de acción rápida, éstas se aplican por medio de inyecciones, siendo necesario que se realicen monitoreos, con la finalidad de realizar ajustes en las dosis (16).

De acuerdo con las causas de la DM2; la forma más común de esta enfermedad surge por factores como el estilo de vida y la genética; por lo que la probabilidad de desarrollarla aumenta con el sobrepeso, obesidad y falta de actividad física; debido a que el

exceso de peso puede causar resistencia a la insulina, especialmente si la grasa se acumula en el abdomen. Esta resistencia impide que músculo, hígado y células grasas utilicen la insulina adecuadamente, lo que obliga al páncreas a producir más insulina hasta que eventualmente no puede mantener el ritmo, elevando los niveles de glucosa en la sangre (17). También, existe otros factores de riesgo como la edad, familia de primer grado con diabetes y origen étnico; pese a que esta enfermedad se atribuía a personas mayores; sin embargo, en la actualidad es más común en niños y adolescentes; debido al estilo de vida sedentaria (tiempo prolongado frente a televisores, computadores y celulares), consumo de comida poco saludable y nutritiva; y alcohol (18).

Bajo lo expuesto, se conceptualiza el nivel de conocimiento sobre DM2 como la comprensión y la familiaridad que una persona tiene con respecto a esta enfermedad crónica; el conocimiento incluye a tres dimensiones.

La primera dimensión relacionado al conocimiento general de esta enfermedad, el mismo que es considerado como el grado de comprensión que tienen las personas diagnosticadas con diabetes sobre su condición, este conocimiento abarca el manejo de la diabetes, complicaciones, síntomas, recursos de apoyo, causas y la clasificación (19).

De la misma manera, tiene como indicadores: Características sobre las causas, alimentación y fisiopatología, así como su clasificación; entendiéndose como la comprensión que tiene el paciente sobre cómo se clasifica esta enfermedad dentro del contexto más amplio de la DM. Las principales características del DM2 se relaciona, con un mayor índice de frecuencia urinaria, así como niveles de sed elevados, sumándose el cansancio, resaltándose la presentación de la pérdida de peso sin ningún tipo de razón, así como la presencia de visión borrosa, otra de las características más resaltantes de esta enfermedad son los problemas de cicatrización cuándo se generan heridas, presentándose

un mayor índice de infecciones (20).

La fisiopatología del DM2 se resalta por la resistencia a la insulina, especialmente en las células de los músculos, el hígado, con el tejido adiposo, también se presentan alteraciones de insulina, este efecto se debe a la falla de las células beta que se localizan en el páncreas, otro de los efectos es la producción endógena en la que el hígado produce glucosa de forma excesiva, así como la producción de glucagón, así como la Amilina y el GIP/GLP (21). En relación con las causas del DM2, se precisa que éstas están relacionadas con los factores genéticos, cómo la existencia de predisposición hereditaria por medio de la historia familiar, la obesidad específicamente por la acumulación de grasa abdominal, también influyen las dietas poco saludables, así como la influencia del sedentarismo, otra de las causas se debe hay problemas metabólicos como la resistencia a la insulina o la insuficiente producción de insulina, también se encuentra la influencia de la regulación hormonal, o los altos niveles de estrés, así como la presencia de inflamaciones crónicas que aceptan la función de la insulina, o la producción de citoquinas inflamatorias que liberan los tejidos adiposos, por último otras de las causas se dan a raíz de la edad de las personas, dado que personas con un rango de edad elevado presentan un mayor riesgo de tener DM2 (22).

La clasificación de la DM2 se evalúa de acuerdo al predominio a la resistencia de la insulina, o al predominio de la deficiencia de insulina, así como se clasifica de acuerdo a la cantidad de complicaciones, evaluando la no presencia de complicaciones o la identificación de complicaciones, que pueden ser la nefropatía, la neuropatía, la retinopatía, u otras, de la misma manera se evalúa la etapa de desarrollo en la que se encuentra, identificándose si existe prediabetes, DM2 temprana o diabetes tipo 2 avanzada, así como el tratamiento que se debe de aplicar el paciente, identificando si se requiere la

modificación de la dieta alimenticia del paciente y la rutina de ejercicios, o la necesidad de que se apliquen medicamentos, así como si el paciente requiere que se le aplique insulina de forma directa, por último se evalúa si existe la presencia de síndrome metabólico (23).

Como segunda dimensión denominada control glucémico, que es la gestión y regulación de los niveles de glucosa en la sangre para mantenerlos dentro de un rango adecuado que minimice el riesgo de complicaciones a corto y largo plazo; esto es esencial para prevenir episodios agudos tanto de hiperglucemia o hipoglucemia, y para reducir el riesgo de desarrollar complicaciones crónicas asociadas a esta enfermedad (19). Presenta como indicadores: factores que aumentan o disminuyen la glucemia; síntomas de hipo e hiperglucemia y valores normales.

En cuanto al control glucémico de la DM2; se realizan controles con una glucemia al azar igual o superior a 200 mg/dL. Además, la determinación de la glucemia en ayunas debe ser igual o superior a 126 mg/dL en al menos dos ocasiones diferentes. También se toma en cuenta una medición de glucosa sérica postprandial de 200 mg/dL o más, 120 minutos después de la administración de 75 gramos de glucosa. Finalmente, un nivel de hemoglobina glucosilada (HbA1c) igual o superior al 6.5 % también es un criterio de diagnóstico (15).

Dentro de los factores que aumentan la glucemia, se presenta la alimentación con altos niveles de carbohidratos, así como el sedentarismo, la presencia de estrés, dado a que se liberan hormonas que afectan los niveles de glucosa, la presencia de enfermedades que afecta a la liberación de las hormonas, sumado al consumo de medicamentos, los cuales elevan los niveles de glucemia, así como los factores de hidratación que son importantes para que se puedan regular los niveles de glucosa en la sangre, en cuanto a la reducción de la glucemia, esta se ve reducida cuando hay presencia de actividad física, el desarrollo de

hábitos alimenticios que mejoren el equilibrio nutritivo, los niveles de hidratación, un correcto manejo del nivel de peso, así como el correcto consumo de medicamentos que sean indicados por el médico (24)

Dentro de los síntomas de hipo e hiperglucemia, se identifica que la hipoglucemia, presenta signos de palidez, temblores, mareos, sudoración constante, hambre, irregularidad en los latidos del corazón, complicaciones en la concentración, dolores de cabeza, niveles de irritabilidad o ansiedad altos, así como la presencia de hormigueo, Dentro de los síntomas más graves se identifica la presencia de desorientación, fallas en la coordinación, complicaciones en la dicción, presencia de visión de túnel, complicaciones para comer, debilidad muscular, convulsiones, pérdidas de conocimiento, para la hiperglucemia, los síntomas se identifican por medio de la micción de forma frecuente, una elevada sensación de sed, visión borrosa, sequedad en la boca, sensación de confusión, sensación de ahogamiento, pérdidas de conocimiento (25)

Los valores normales del índice glucémico, se encuentran para una persona que se encuentra en ayuno en un índice de 70-99 mg/dL (3.9-5.5 mmol/L) así como en un rango de 2 horas después de haber comido el índice debe de encontrarse en 140 mg/dL (7.8 mmol/L), En tanto las personas que presentan diabetes los índices de glucemia en ayunas se encuentra en 80-130 mg/dL (4.4-7.2 mmol/L), Así como 2 horas después de haber comido, el índice debe de ser menor a 180 mg/dL (10.0 mmol/L), en tanto la hemoglobina A1c Debe de encontrarse en un índice menor de 5.7%, en personas sanas, en tanto en personas con prediabetes el índice deberá encontrarse en un rango de 5.7% hasta 6.4%, por último las personas con diabetes tendrán un índice de 6.5% a más (26).

Finalmente, la tercera dimensión se relaciona con la prevención de complicaciones que es la conciencia y comprensión que tiene una persona, generalmente un paciente

diabético, acerca de las medidas necesarias para evitar complicaciones asociadas a esta enfermedad crónica (19).

Con relación a las complicaciones de la DM2, estas se clasifican en aguda y crónica. Las complicaciones agudas incluyen a la crisis hiperglucémica y la hipoglucemia; mientras que las complicaciones crónicas pueden ser macrovasculares o macroangiopáticas, afectando al corazón (enfermedad coronaria), al cerebro (ataque cerebrovascular) y a las extremidades (enfermedad arterial periférica), así como microvasculares o microangiopáticas, afectando a los ojos (retinopatía), nervios (neuropatía), riñones (nefropatía) y pies (pie diabético); estas suelen aparecer entre 10 y 15 años después del inicio de la enfermedad y son causadas por daño a los vasos sanguíneos, lo que resulta en isquemia ⁽¹⁵⁾. Por lo que contempla los siguientes indicadores: órganos afectados y medidas de prevención.

Dentro de los órganos que se ven afectados por la DM2, se identifica como uno de los órganos dañados al corazón Por medio de la hipertensión, así como la presencia de problemas cardiovascular, los riñones se ven afectados sufriendo insuficiencia renal, otro de los órganos afectados son los ojos, presentándose retinopatías, la formación de cataratas, otro de los daños se presenta en el sistema nervioso, generando neuropatías, así como disfunción autonómica, también se evidencia la presencia de infecciones en los pies a causa del daño del sistema nervioso, otro de los efectos se da sobre la piel debido a que se reduce la capacidad de cicatrización, así como daños en el sistema digestivo, generando gastroparesia, que afecta el correcto vaciado del estómago (27).

Las medidas de prevención contra la DM2 se da por medio de la realización de controles constantes sobre los niveles glucémicos, este control se ve complementado por el

consumo de medicamentos, así como por la implementación de una dieta específica, otro de los factores se da por medio del control del peso, por último es importante que se pueda adoptar un estilo de vida saludable, especialmente evitándose el consumo de alcohol, así como la reducción del consumo del tabaco, es importante que se mantenga un control estricto sobre los niveles de colesterol, que se implementen prácticas para reducir los niveles de estrés, así como que se promueva el cuidado de los pies para evitar infecciones, es importante que se integre de forma constante los chequeos médicos para monitorear el estado de salud (28).

Por otro lado, se conceptualiza la adherencia al tratamiento como la medida en que una persona sigue las indicaciones médicas y plan terapéutico prescrito, pautas de estilo de vida recomendada (como dieta y ejercicio), asistir a citas médicas constantes y cumplir con otras recomendaciones terapéuticas específicas por su condición médica (29). Por lo tanto, para medir la adherencia al tratamiento de parte de los pacientes se aplica el Test de Morisky-Green, este método se diseñó originalmente para pacientes con hipertensión, pero con el tiempo se ha utilizado para evaluar la adherencia en diversas enfermedades crónicas.

Dentro del tiempo para en la adherencia al tratamiento, influye el tipo de tratamiento que llevará el paciente, siendo necesario que si el tratamiento se da por medicación se cumpla de forma regular de acuerdo a las indicaciones del médico, si el tratamiento se da por medio de la aplicación de insulina este requerirá que se realicen monitoreos constantes y se reajuste de forma permanente, asimismo será importante que se realicen evaluaciones sobre las mejoras del estilo de vida de los pacientes y las actividades relacionadas a los ejercicios que realiza el paciente, en tanto será importante que se evalúen las condiciones de salud, las cuales presentan complicaciones si el paciente tiene hipertensión o niveles de colesterol alto (31).

Los inconvenientes que se presentan para que se dé una buena adherencia al tratamiento, se encuentran relacionados a los costos que tienen los medicamentos, así como el costo que tienen las visitas médicas, otro de los inconvenientes se da por medio de los factores psicológicos de los pacientes, los cuales pueden presentar niveles de estrés, así como depresión, o cuadros de ansiedad los cuales afecten la adherencia al tratamiento del paciente, otro de los inconvenientes se da por medio de los hábitos desarrollados en relación a los estilos de vida, siendo necesario que se realicen modificaciones sobre la dieta del paciente, así como la actividad física que el paciente desarrolla, otro de los inconvenientes se da por la falta de apoyo social o algunas prácticas culturales que afectan el tratamiento contra la diabetes (32).

Los inconvenientes relacionados con la frecuencia, de la medicación se dan muchas veces por la cantidad de dosis que debe de tomar el paciente, generando múltiples veces olvido, en otras ocasiones se requiere que el paciente tome múltiples medicamentos complicando régimen, así como los horarios específicos de medicación siendo necesario que se hagan reajustes de forma constante con supervisión médica, así como algunos medicamentos deben de tomarse antes o después de consumir alimentos, otra de las soluciones que se deben de realizar están relacionados a los efectos secundarios de cada uno de los medicamentos (33).

Debe reducir el olvido en la toma de medicamentos, se recomienda la implementación de rutinas diarias relacionando actividades con la toma de los medicamentos, así como la necesidad de el apoyo del entorno familiar para que el paciente pueda recordar sus horarios de medicación, otra de las estrategias usadas se da por medio de la significación en los regímenes que deben de cumplir durante la medicación, siendo

importante que se promueva el consumo de medicamentos que tenga una acción prolongada para reducir la frecuencia con la que se deben de consumir los medicamentos (34).

En cuanto a los estudios internacionales se tiene a Nyirongo et al. (35) que el 2021 estudiaron la adherencia al tratamiento de pacientes con DM2 en un hospital de Zambia; demostrando que solo el 44.2% de los participantes presentaron buena adherencia al tratamiento, de estos el 55.6% tuvieron conocimiento sobre el tratamiento y expresaron otros factores como la distancia al hospital y los desafíos financieros. En conclusión, se demostró que el nivel de adherencia fue moderado y que la baja adherencia al tratamiento disminuyó conforme aumentó la comprensión sobre la DM.

Igualmente, Muhammad et al. (36), quienes el 2022 estudiaron la relación entre el conocimiento y la adherencia a la medicación en pacientes con DM2 en Brunéi – Asia, demostrando que nivel de conocimiento fue bueno y que el 62.71% de los pacientes no tenían adherencia a su tratamiento, la mayoría afirmó que fue por olvido; en este sentido concluyó afirmando que había una relación positiva entre ambas variables.

Por su parte, Quispe et al. (37) en el 2022 analizaron el nivel de conocimiento de los pacientes diabéticos acerca de la autogestión de su condición médica en Ecuador. Sus resultados señalaron que, la edad promedio osciló entre 53 y 87 años, con una predominancia del 73,33% de pacientes del sexo femenino; donde el 81,33% demostró un nivel de conocimiento sobre DM bueno; asimismo, el 56,56% logró un control glucémico adecuado. Concluyeron que el nivel de conocimiento del paciente sobre su condición médica tiene repercusión directa en la adherencia al tratamiento de la diabetes.

Igualmente, Mishra et al. (38) en 2023, en su estudio analizaron la adherencia en la medicación y sus factores asociados entre pacientes con DM2 en India; expusieron que el

69% de los pacientes no se adherían al tratamiento; situación que se vio asociado a carencia de recursos, acceso desigual a los servicios de salud, y al bajo conocimiento de los pacientes sobre la gravedad de su condición de salud. Por lo tanto, los autores llegaron a concluir que la falta de adherencia al tratamiento se debe a diversos factores, tanto socioeconómicos, culturales como al grado de conocimiento que tiene el paciente sobre esta enfermedad; esta brecha es aún mayor en países con menor desarrollo.

En el 2023, Llagua et al. (39), desarrollaron un estudio en el que buscaron identificar el nivel de conocimiento de pacientes con DM2 sobre la fitoterapia y sus beneficios en la DM, en Ecuador. Sus hallazgos mostraron que el 80% de los pacientes conocía sobre las propiedades hipoglucemiantes de las plantas medicinales que consumían y el 86.7% tenían un alto nivel de conocimiento sobre la DM2; lo que les permitió seguir su tratamiento de manera adecuada; concluyendo que un alto grado de conocimiento sobre la DM2 influye en la adherencia al tratamiento.

A nivel nacional, investigaciones como la de Farías et al. (40) en el año 2021, buscaron establecer la relación entre el nivel de conocimiento sobre DM y la adherencia al tratamiento en pacientes de un hospital de Piura. Sus resultados indicaron que el nivel de conocimiento fue inadecuado del 68, 2% de pacientes; de igual manera la adherencia fue baja del 38,6%; por lo tanto, concluyeron que existe relación significativa entre las variables ($p = .000$; OR = 3.45); es decir, a un mejor manejo de información sobre esta enfermedad, mayor será la probabilidad que los pacientes sigan las indicaciones médicas y cumplan con su tratamiento.

En Lima, Carreño et al. (41) en el año 2022, investigaron la relación entre el nivel de conocimiento y tratamiento para DM2 en pacientes atendidos en un hospital público. Sus hallazgos indicaron que, el 65% de los pacientes presentó un nivel de conocimiento

bajo sobre este tipo de diabetes; por lo que el 53% no sigue las indicaciones médicas para su tratamiento. En conclusión, determinaron que existe relación significativa entre las variables ($p = .001 < 0.05$); es decir, al mejorar la educación y el conocimiento sobre la diabetes, aumenta la adherencia al tratamiento de los pacientes; al mismo tiempo, mejora los resultados en el manejo de la enfermedad.

La investigación de Delgado et al. (42) en el año 2022, examinó la relación entre el nivel de conocimiento sobre DM2 y Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos del hospital de la solidaridad. Sus resultados indicaron que el 68.4% de los participantes tenían un nivel bajo de conocimiento sobre esta enfermedad y el 83.7% fueron clasificados como no adherentes al tratamiento farmacológico. Los autores concluyeron que existe relación significativa entre las variables, con una significancia menor a 0.05; esto indicó que, al mejorar el conocimiento sobre la DM2, también se logra contribuir a una mejor adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

En cuanto Celis et al. (43) en el año 2023, estudiaron la relación entre el nivel de conocimientos sobre DM y adherencia al tratamiento en pacientes DM2, en un centro de salud, Trujillo; sus hallazgos señalaron que, el 74.3% de los pacientes presentaron conocimiento insuficiente sobre la diabetes, lo que se vio reflejado en el bajo nivel de adherencia al tratamiento del 77.9% de los pacientes. Por lo que llegaron a concluir que existe relación positiva y significativa entre las variables ($p = .001$); indicando que, al no comprender la seriedad de esta enfermedad y sus complicaciones por parte del paciente, no perciben la necesidad de seguir estrictamente su plan de tratamiento.

Finalmente, Loza et al. (44), en el año 2023, investigaron la relación entre el nivel de conocimiento y la adherencia al tratamiento en pacientes DM2 en un hospital de San Juan de Lurigancho. Sus resultados revelaron que el 61.2% de los pacientes presentaron un

nivel de conocimiento no adecuado; de igual manera, el nivel fue no adecuado en sus dimensiones, conocimiento general (58.7%), control glucémico (74.1%) y prevención de complicaciones (87.6%). Respecto a la adherencia al tratamiento, el 74.6% fue no adherente, por lo que concluyeron que existe relación significativa entre las variables ($\chi^2 = 45.187$; $p = .000$); asimismo, entre las dimensiones del nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus (conocimiento general y control glucémico) con la adherencia al tratamiento; debido a que la significancia fue menor a 0.05. Sin embargo, con la dimensión prevención de complicaciones no existe correlación ($p = .072 > 0.05$).

El estudio se justifica a nivel teórico debido a que éste evaluará los conocimientos de la DM2 y cómo esta se relaciona con la adherencia al tratamiento de los pacientes, especialmente un contexto como el Centro de Salud Comas en Lima. También, por medio de los resultados se proporcionó información valiosa que puede utilizarse para diseñar intervenciones en el contexto local y políticas de salud más efectivas para mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos (45). De la misma manera el estudio se justifica a nivel metodológico dado que los instrumentos usados en el centro de salud, para identificar los niveles de comprensión de diabetes mellitus y los niveles de adherencia al tratamiento de todos los que acuden al centro de salud (46). Así mismo el estudio se justifica el estudio a nivel práctico dado que evaluara de forma directa el desenvolvimiento del conocimiento de la diabetes mellitus y la adherencia de los pacientes para establecer, mejores estrategias de tratamiento de los pacientes del centro de salud en el centro de salud de Comas

1.2. Formulación del problema

General

¿Qué relación existe entre el nivel de conocimiento y la adherencia al tratamiento

en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 del programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud Comas en Lima durante los meses enero a abril del 2024?

Específicos

- ¿Qué nivel de conocimiento sobre diabetes tienen los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 del programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud Comas, Lima durante los meses enero a abril del 2024?
- ¿Qué conocimientos según dimensiones tienen los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 del programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud Comas, Lima durante los meses enero a abril del 2024?
- ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 del programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud Comas, Lima durante los meses enero a abril del 2024?

1.3. Objetivos

General

Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 del programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud Comas en Lima durante los meses enero a abril del 2024.

Específicos

- Identificar el nivel de conocimiento sobre pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 del programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud Comas en Lima durante los meses enero a abril del 2024.

- Identificar el nivel de conocimiento según las dimensiones que tienen los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 del programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud Comas, Lima durante los meses enero a abril del 2024
- Identificar el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 del programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud Comas en Lima durante los meses enero a abril del 2024.

1.4. Hipótesis

General:

Alternativa (H_1): Si existe relación entre el nivel de conocimiento y la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 del programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud Comas en Lima durante los meses enero a abril del 2024.

Nula (H_0): No existe relación entre el nivel de conocimiento y la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 del programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud Comas en Lima durante los meses enero a abril del 2024.

Específicas:

- El nivel de conocimiento en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 del programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud Comas en Lima durante los meses enero a abril del 2024, es inadecuado.
- El conocimiento según las dimensiones que tienen los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 del programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud Comas, Lima durante los meses enero a abril del 2024 es incorrecto.

- El nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 del programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud Comas en Lima durante los meses enero a abril del 2024, es bajo.

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

El presente estudio tuvo un **enfoque** cuantitativo (47), porque hizo énfasis en la obtención y análisis de evidencias numéricas con la intención de medir las variables, establecer relaciones y generalizar los hallazgos a una población más amplia. Asimismo, busca que la información sea objetiva y precisa, valorando la posibilidad que otros investigadores puedan replicarlos y obtener hallazgos similares. De igual manera, fue de **tipo** básica (48); también consideradas puras o fundamentales, pues estuvo enfocada en generar conocimientos teóricos y comprender los hechos, sin preocuparse por su aplicación práctica inmediata; es decir, busca ampliar la comprensión de conceptos, teorías y principios esenciales dentro de un área específica donde se está efectuando el estudio.

Además, el **diseño de investigación** fue no experimental (49); dado que no hubo manipulación deliberada de las variables; en su lugar, los investigadores midieron las variables tal y como se encontraron naturalmente en mundo real. También, fue de corte transversal (50); debido a que la recolección de evidencias de los participantes seleccionados para el estudio fue en un periodo en específico; en este caso fue del año 2024. El nivel de investigación fue descriptivo – correlacional (51); está centrada en detallar fenómenos o características tal y como se presentan en su entorno natural, al mismo tiempo que intentan establecer asociaciones entre variables, sin asumir relaciones causales; es decir, aunque las variables estén correlacionadas, no se puede afirmar que una variable cause de manera directa el cambio en la otra.

Las **variables** en estudio fueron el nivel de conocimiento sobre DM2 y adherencia al tratamiento (Anexos 1 y 2); estas variables fueron estudiadas en una **población** que estuvo constituida por 87 pacientes con diagnóstico de DM2 del programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud Comas en Lima durante los meses enero

a abril del 2024. Debido al tamaño de la población, ésta en su totalidad se convierte en **muestra** censal, por lo no fue necesario un **muestreo** (52).

La población cumplió los siguientes criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, que asisten al Programa de Enfermedades no Transmisibles del Centro de Salud Comas durante enero a abril del 2024, de cualquier sexo, entre las edades de 20 – 60 años, que ya estuvieron en tratamiento con hipoglucemiantes orales y/o insulinas, orientados en tiempo y espacio, que aceptaron voluntariamente participar de la investigación. Se excluyeron a los pacientes con problemas neurológicos, con imposibilidad de comunicarse y comprender adecuadamente y que, además no llenaron completa o correctamente el cuestionario.

Sé empleó como **técnica** de recolección de datos la encuesta (53); la cual implica la recopilación sistemática de evidencias por medio de cuestionarios estandarizados administrados a una muestra representativa de sujetos o grupos de interés; su intención es obtener información sobre opiniones, comportamientos y otras variables relevantes para el investigador. El **instrumento** fue un cuestionario, dividido en tres partes, la primera evaluó datos generales, la segunda parte identificó la adherencia al tratamiento y la tercera parte el nivel de conocimientos sobre DM2 (Anexo 3).

La adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos se evaluó con el Test de Adherencia al tratamiento de Morisky⁽²⁹⁾ modificado que consta de 8 interrogantes dicotómicas; el mismo que fue validado por expertos y verificado en su confiabilidad (Alpha Cronbach = 0.8).

El test de conocimiento sobre DM (DKQ-24⁽¹⁹⁾), de igual manera, el autor validó el instrumento por expertos y tuvo una confiabilidad de Alpha Cronbach = 0.83; este test consta de 24 interrogantes dicotómicas divididas en tres partes: conocimientos generales,

control glucémico y prevención de complicaciones. Por su parte, las investigadoras también verificaron la confiabilidad de ambas variables a través de una prueba piloto, obteniendo valores de Alpha Cronbach de 0.811 y 0.801, de la adherencia al tratamiento y del nivel de conocimiento, respectivamente; demostrando que ambos son válidos para su aplicación (Anexo 4).

Para la **recolección de los datos**, en primera instancia se solicitó autorización al jefe del centro de salud de Comas para la obtención de los datos; con el permiso (Anexo 5), se procedió a coordinar con el responsable del Programa de Enfermedades no Transmisibles de dicho establecimiento de salud para ubicar a los pacientes con DM2, se aplicó en el mes de enero a abril del año 2024; luego de ubicar a los pacientes se les explicó los objetivos del estudio, los beneficios que se va a obtener con ello y se solicitó su colaboración de manera voluntaria; después de aceptar ser partícipes, se les pidió firmar el consentimiento informado (Anexo 6). Posterior a ello, se prosiguió con la aplicación de los cuestionarios, lo cual fue de manera presencial, permitiendo que la recolección de datos sea adecuada, sin ningún tipo de interrupciones y sin sesgos.

Después de recolectar las evidencias, estas fueron ingresadas a programas estadísticos (Excel y SPSS) para su procesamiento y obtención de resultados; los cuales fueron presentados en tablas y figuras para su mejor comprensión. Asimismo, se empleó el estadístico de χ^2 para determinar la **correlación** entre las variables y contrastar la hipótesis.

En cuanto a las **consideraciones éticas**, se destaca las normas de Helsinki (54); donde se consideran las siguientes: a) respeto: todos los participantes del estudio fueron informados claramente sobre el propósito y beneficios del estudio; al mismo tiempo firmaron el consentimiento informado que indicó su participación voluntaria. Además, la

información personal fue tratada con la más estricta confidencialidad; b) beneficencia: Antes de iniciar el estudio se hizo una evaluación exhaustiva para asegurar que los beneficios potenciales superen a los riesgos; es decir, los hallazgos de la investigación contribuyeron a las mejores prácticas y resultados de salud para los pacientes; c) autonomía: los participantes tuvieron la libertad de decir si quieren participar o no en el estudio, sin coerción ni presión; también, se les informó de que pueden retirarse del estudio en cualquier momento que crean necesario; d) justicia: se aseguró que los beneficios y cargas del proyecto sean distribuidos de manera equitativa entre todos los participantes y grupos sociales y e) no maleficencia: el estudio fue ejecutado solo con fines académicos; por lo tanto, los procedimientos estuvieron diseñados para minimizar cualquier riesgo físico, psicológico o emociones para los participantes.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

Estadística descriptiva

Tabla 1 Datos generales de los pacientes (unidad de análisis) del Centro de Salud Comas – Lima, 2024 (n = 87)

Datos generales		N°	%
Edad	20-45	20	23.0
	46-60	27	31.0
	>60	40	46.0
Sexo	Femenino	47	54.0
	Masculino	40	46.0
Tratamiento	Insulina	21	24.1
¿Qué es lo que utiliza?	Hipoglucemiantes orales	66	75.9
Total		87	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos / Elaboración propia.

Se evidencia que el 46% de los pacientes encuestados fueron mayores a 60 años, 31% estuvo entre 46 a 60 años y el 23% estuvo dentro del rango etario de 20 a 45 años. Asimismo, el 54% fueron mujeres y el 46% varones. Respecto con el tratamiento para la diabetes, el 75.9% utilizan hipoglucemiantes orales y el 24.1% utilizan insulina.

Tabla 2 Nivel conocimiento sobre diabetes mellitus en pacientes del programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud Comas, Lima durante los meses enero a abril del 2024 (n = 87).

Nivel de conocimiento	Nº	%
Inadecuado	45	51.7
Adecuado	42	48.3
Total	87	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos / Elaboración propia.

Se demostró que el 51.7% de los pacientes del programa de enfermedades no transmisibles presentaron un nivel de conocimiento inadecuado sobre DM, mientras que el 48.3% tuvo un nivel de conocimiento adecuado.

Tabla 3. Conocimiento sobre diabetes mellitus según dimensiones en pacientes del programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud Comas, Lima durante los meses enero a abril del 2024 (n = 87).

Dimensión	Nivel de conocimiento		N°	%
Conocimiento general	Inadecuado	0 – 4	38	43.68
	Adecuado	>10	49	56.32
Control Glucémico	Inadecuado	0 – 3	41	47.13
	Adecuado	>7	46	52.87
Prevención de complicaciones	Inadecuado	0 – 2	33	37.93
	Adecuado	>7	54	62.07
Total			87	100.0

En relación a la dimensión conocimiento general el 44% presenta un conocimiento no adecuado, por otro lado, el 56% presenta un conocimiento adecuado, con relación a la dimensión el control glucémico el 47% presenta un nivel de conocimiento inadecuado y el 53% conocimiento adecuado, por último, de acuerdo con la dimensión prevención de complicaciones el 38% presenta un conocimiento inadecuado y el 62% presenta un conocimiento adecuado.

Tabla 4. Nivel de adherencia al tratamiento en pacientes del programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud Comas, Lima durante los meses enero a abril del 2024 (n = 87).

Nivel de adherencia al tratamiento		Nº	%
Bajo	<6	42	48.3
Medio	6 – 7	19	21.8
Alto	8	26	29.9
Total		87	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos / Elaboración propia.

El 48.3% de las pacientes estudiadas presentaron un nivel bajo de adherencia al tratamiento de diabetes mellitus; sin embargo, el 29.9% tuvo un nivel de adherencia alto y el 21.8% de los pacientes tuvo un nivel medio de adherencia al tratamiento.

Estadística inferencial

Prueba de Normalidad

Para el contraste de las hipótesis, se analizó primeramente el comportamiento de los datos obtenidos, evaluando si estos presentan una distribución normal, de acuerdo a esto se determinó la aplicación del test de Kolmogorov-Smirnov, el cual el test indicado a usar cuando se realizara un análisis en muestras que son mayores a (≤ 50).

Tabla 5. Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov.

Pruebas de normalidad			
	Estadístico	gl	Sig.
Variable 1	,138	87	,007
Variable 2	,131	87	.018

De acuerdo a los datos observados, se identificó que la muestra es mayor a 50 de acuerdo a lo obtenido se considera que se debe de aplicar la prueba de Kolmogorov-Smirnov, de acuerdo a lo identificado se observó que las variables no siguen una distribución normal debido a que el p-valor es $< \alpha$ (0.05), en base al resultado se deduce que se empleara la prueba de Chi Cuadrado para determinar el comportamiento de variables.

Según las hipótesis planteadas, la toma de decisiones sería, considerando una significancia del 5% (0.05):

- Si $p > 0.05$ Se acepta hipótesis nula (H_0) y rechaza hipótesis alterna (H_1).
- Si $p \leq 0.05$ se acepta hipótesis alterna (H_1) y rechaza la nula (H_0).

Tabla 6. Relación entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus y la adherencia al tratamiento en pacientes del Centro de Salud Comas en Lima, 2024 (n = 87)

Nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus	Adherencia al tratamiento						Total		Chi-cuadrado de Pearson	Significación asintótica (bilateral) p
	Bajo		Medio		Alto		N°	%		
	N°	%	N°	%	N°	%				
Inadecuado	20	23.0	17	19.5	8	9.2	45	51.7	15.699 ^a	.000
Adecuado	22	25.3	2	2.3	18	20.7	42	48.3		
Total	42	48.3	19	21.8	26	29.9	87	100.0		

Fuente: Instrumento de recolección de datos / Elaboración propia.

Los resultados indican una relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre la diabetes mellitus y la adherencia al tratamiento ($p = .000$), por lo que se acepta la hipótesis alterna (H_1) planteada y se rechaza la nula (H_0).

Tabla 7. Prueba Chi – cuadrado de Nivel de Conocimiento y Adherencia al Tratamiento en pacientes de Diabetes Mellitus Tipo 2 del programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud Comas, Lima durante los meses enero a abril del 2024 (n = 87).

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15.699 ^a	2	0.000
Razón de verosimilitud	17.492	2	0.000
Asociación lineal por lineal	0.844	1	0.358
N de casos válidos	87		

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9.17.

Fuente: Instrumento de recolección de datos / Elaboración propia.

En la tabla 7 se observa que la Prueba Chi – Cuadrado de Pearson es 15.699 el cual corresponde con un valor de ($\rho = .000$) indicando que es menor 0.005, el cual se manifiesta que se acepta por lo que se acepta la hipótesis alterna (H_1) planteada y se rechaza la nula (H_0).

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

En relación al objetivo general se identifico que existe una relación con un índice Chi cuadrado de Pearson 15.699 entre el conocimiento de la DM2 y la adherencia al tratamiento por medio de una significación asintótica ($p = .000$). Este resultado se ve relacionado a lo identificado por Carreño et al. ⁽⁴¹⁾, que hallo la relación entre el nivel de conocimiento y tratamiento para DM2 que sus hallazgos indicaron que, el 65% de los pacientes presentó un nivel de conocimiento bajo sobre este tipo de diabetes; por lo que el 53% no sigue las indicaciones médicas para su tratamiento, hallando que existe relación significativa entre las variables ($p = .001 < 0.05$); en tanto Celis et al. (43) reportó que, el 74.3% de los pacientes presentaron conocimiento insuficiente sobre la diabetes, lo que se vio reflejado en el bajo nivel de adherencia al tratamiento del 77.9% de los pacientes. Por lo que llegaron a concluir que existe relación positiva y significativa entre las variables ($p = .001$); de igual manera, Delgado et al. (42) reportaron que si existió relación significativa entre las variables, con una significancia menor a 0.05; esto indicó que, al mejorar el conocimiento sobre la DM2, también se logra contribuir a una mejor adherencia al tratamiento por parte de los pacientes, resultados reforzados por Zamora et al. (19) quienes indicaron que es importante que las personas puedan identificar qué características tiene la DM2 las características de la enfermedad, la comprensión sobre el índice glucémico y los efectos que la DM2 tiene sobre los órganos, resultaos se ven reforzados en la teoría de Martinez et al. (29) indica que la comprensión afecta la adherencia que el paciente tiene sobre el tratamiento, para que el paciente siga las indicaciones médicas. de acuerdo a los índices de los estudios con la teoría expuesta se evalúa que, si los pacientes tienen un mayor nivel de conocimiento sobre los efectos que tiene DM2 sobre su salud, estos tendrán un mayor nivel de adherencia a sus tratamientos cumpliendo con sus regímenes de

medicamentos de forma más adecuada, pero si estos no conocen los efectos del DM2, no tendrán un menor nivel de adherencia a sus tratamientos incumpliendo con los regímenes que deben de seguir.

En cuanto a los datos generales, se muestra que el 46% de los pacientes encuestados tienen más de 60 años, el 31% está en el rango de 46 a 60 años y el 23% tiene entre 20 y 45 años. Este resultado contrasta con lo presentado por, Quispe et al. ⁽³⁷⁾ que identificó en su estudio que la edad promedio osciló entre los rangos de 53 y 87 años, con una predominancia del 73,33% de pacientes del sexo femenino; donde el 81,33% demostró un nivel de conocimiento sobre DM bueno; asimismo, el 56,56% logró un control glucémico adecuado dado que estos conocían los efectos de la enfermedad. Estos datos sugieren que la mayoría de los pacientes con DM que asisten al Centro de Salud Comas son personas mayores, lo cual es consistente con el perfil típico de pacientes diabéticos ⁽⁵⁾, pues esta enfermedad es más común en adultos mayores debido a la acumulación de factores de riesgo a lo largo de la vida, como el sedentarismo y la alimentación inadecuada ⁽¹⁷⁾. Asimismo, el 54% de los pacientes son mujeres, lo que coincide con estudio que muestran una mayor prevalencia de la DM2 en mujeres en muchas regiones, esto debido a factores hormonales, cambios metabólicos asociados al embarazo y diferencias en el estilo de vida entre hombres y mujeres ⁽⁵⁾. De acuerdo a lo señalado se analiza que los niveles de constipación se deben de dar de forma preventiva en personas con edades promedio de 35 años como, debido a que es importante la identificación temprana de los síntomas de la enfermedad y que se debe de aplicar planes para la comprensión y control del DM 2 en pacientes de 45 años hacia adelante para que los niveles de adherencia se eleven.

En relación los datos identificados sobre el tratamiento de pacientes con DM2, los hallazgos revelan que 75,9% utiliza hipoglucemiantes orales, mientras que el 24,1%

depende de insulina, este resultado se relaciona con lo hallado por Mishra et al. (38) quien identifico en su estudio que las condiciones en las que se encuentra el paciente influyen en el acceso al tratamiento tanto preventivo como con los pacientes que requieren un tratamiento completo identificando que el 65% de los pacientes no tenían un correcto manejo de su tratamiento debido a sus falencias respecto a lo cuidados que deben de llevar. Este patrón sugiere que la mayoría de los pacientes se encuentra en etapas tempranas o moderadas de la enfermedad, en las cuales el cuerpo todavía es capaz de producir cierta cantidad de insulina y puede ser controlada con medicamentos orales ⁽¹⁷⁾. Sin embargo, esta alta dependencia de hipoglucemiantes también podría reflejar un enfoque limitado en cambios de estilo de vida, como la dieta y el ejercicio, que son fundamentales para controlar la diabetes y evitar la progresión hacia una etapa más avanzada ⁽¹⁸⁾. Estos resultados con los análisis teóricos realizados permiten identificar que se requiere de un adecuado plan de prevención así como de la implementación de estrategias preventivas para realizar descartes y generar conciencia en la población que es propensa a sufrir de DM2.

En cuanto al nivel de conocimiento sobre DM2, el 51.7% de los pacientes presentó un nivel de conocimiento inadecuado sobre la DM2. Este hallazgo es semejante a los reportados por Loza et al. ⁽⁴⁴⁾, Celis et al. ⁽⁴³⁾, Delgado et al. ⁽⁴²⁾ y Carreño et al. ⁽⁴¹⁾, quienes identificaron que el 61.2% , 74.3%, 68.4% y 65% de sus pacientes investigados, tenía un conocimiento inadecuado o insuficiente, respectivamente. Desde un enfoque crítico de los aportes identificados, es fundamental que la intervención sanitaria se implemente de manera efectiva, con el objetivo de reducir el número de pacientes que desconocen prácticas y estrategias para gestionar y controlar sus enfermedades, disminuyendo así el riesgo de posibles complicaciones ⁽¹⁵⁾.

Los resultados cobran mayor vigencia al evidenciarse la significativa proporción de

pacientes con un nivel inadecuado de conocimiento sobre la DM2, lo cual es alarmante, pues el conocimiento insuficiente está estrechamente vinculado a un manejo ineficaz de la enfermedad y a la falta de adherencia al tratamiento ⁽¹⁹⁾.

Las **implicancias** son profundas, en vista que una mejora en el nivel de conocimiento no solo facilitaría un mejor manejo de la enfermedad a nivel individual, sino que también podría reducir las complicaciones a largo plazo, disminuir la carga sobre el sistema de salud y mejorar la calidad de vida de los pacientes ⁽²¹⁾.

De igual manera, se demostró que el 48.3% de los pacientes tiene un bajo nivel de adherencia al tratamiento de la DM. Este resultado es semejante al encontrado por Celis et al. ⁽⁴³⁾, quienes reportaron que el 77.9% de los pacientes tenía baja adherencia al tratamiento y coincide con Farías et al. ⁽⁴⁰⁾, donde el 38.6% de los pacientes no seguían las indicaciones médicas. También, Delgado et al. ⁽⁴²⁾ tuvo resultados similares, donde el 83.7% de los pacientes fueron clasificados como no adherentes, un porcentaje mayor que el observado en este estudio. Los resultados resaltan la necesidad de reforzar las estrategias de apoyo al paciente dentro del programa para identificar las barreras que están contribuyendo a la baja adherencia ⁽¹⁸⁾.

Igualmente, se ha identificado un indicador relevante y alarmante, como lo es la falta de control de la DM2. Esta baja adherencia compromete de manera considerable el éxito del tratamiento y puede llevar a complicaciones graves de la enfermedad ⁽²⁹⁾. Las implicancias de este hallazgo son amplias; debido a que pone en manifiesto la urgencia de diseñar e implementar estrategias de intervención más efectivas que fomenten el compromiso de los pacientes con su tratamiento. Esto puede incluir programas de educación continua, sistemas de recordatorio, seguimientos más rigurosos por parte del personal de salud y el uso de tecnologías para monitorear el cumplimiento del tratamiento.

Fortalecer la adherencia no solo mejoraría los resultados de salud de los pacientes, sino que también reduciría los costos asociados al manejo de complicaciones a largo plazo y al uso innecesario de recursos sanitarios ⁽⁵⁵⁾.

Como puede evidenciarse, se demostró que existe relación significancia ($\rho = .000$) entre nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 del Programa de Enfermedades no transmisibles, donde un mejor conocimiento de la enfermedad favorece el cumplimiento del tratamiento. Este vínculo entre conocimiento y adherencia resalta la importancia de priorizar la educación en la gestión de enfermedades crónicas como la diabetes, especialmente en contextos de atención primaria ⁽⁵⁵⁾; confirmándose que un mayor entendimiento de la enfermedad favorece el cumplimiento de las indicaciones médicas. Por lo tanto, este hallazgo es fundamental; porque valida la hipótesis alterna y rechaza la nula, al afirmarse que un mayor conocimiento de los pacientes sobre su condición no solo puede aumentar la adherencia, sino también impactar positivamente en su pronóstico y calidad de vida.

Las implicancias de este resultado son significativas, ya que sugieren que las intervenciones educativas orientadas a aumentar el conocimiento sobre la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) deben ser una prioridad en el Centro de Salud Comas. Al centrar los esfuerzos en la educación del paciente, se podría reducir las complicaciones asociadas con la falta de adherencia al tratamiento, lo que no solo beneficiaría la salud de los pacientes, sino que también optimizaría el uso de los recursos del sistema de salud, al disminuir la necesidad de tratamientos más costosos y complejos derivados de un mal control de la enfermedad ⁽¹⁹⁾.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio se centraron en el tipo muestra, que al ser censal restringe la capacidad de generalizar los resultados en un contexto

específicos (Centro de Salud Comas), los resultados pueden no ser aplicados a otras poblaciones o situaciones que tengan características socioeconómicas o cultura diferente.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Los resultados permitieron concluir, luego de investigar sobre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus y la adherencia al tratamiento en los pacientes del programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud Comas en Lima, durante los meses enero a abril del 2024:

1. Existe relación significativa ($p = .000$), entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus y la adherencia al tratamiento con un índice Chi cuadrado de Pearson 15.699.
2. El 51.7% de los pacientes investigados tuvieron un nivel de conocimiento inadecuado sobre la diabetes mellitus.
3. El nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus según dimensiones, en los investigados fue mayormente inadecuada en un 56.32%, 52.87% y 62.07% en conocimiento general, control glucémico y prevención de complicaciones, respectivamente.
4. El 48.3% tuvo un nivel de adherencia bajo, en tanto el 21.8% presenta un nivel de adherencia medio y el 29.9% un nivel de adherencia alto.

Recomendaciones

1. A la institución hospitalaria, autoridades y personal de salud del programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud Comas en Lima, utilizar los resultados obtenidos para implementar estrategias de prevención, promoción y seguimiento de pacientes con diabetes mellitus. Estas deben enfocarse en el manejo adecuado de la enfermedad, la adherencia al tratamiento y la prevención de

complicaciones, considerando las características de los pacientes y la posibilidad de crear grupos de apoyo que fomenten el intercambio de experiencias y redes de apoyo mutuo.

2. Realizar investigaciones más amplias que permitan desarrollar otros diseños de investigación, para profundizar en el conocimiento de las variables estudiadas.

REFERENCIAS

1. Taylor R. Understanding the cause of type 2 diabetes. *The Lancet*. 2023 Agosto; <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>.
2. Tokhirovna E. Study of clinical characteristics of patients with type 2 diabetes mellitus in middle and old age. *J Sci Med Life*. 2023; <https://journals.proindex.uz/index.php/JSML/article/view/288>.
3. Khil J, Min S, Chang J, Choi S, Lee G, Son J. Changes in total cholesterol level and cardiovascular disease risk among type 2 diabetes patients. *Sci Rep*. 2023; <https://www.nature.com/articles/s41598-023-33743-6>.
4. Piragine E, Petri D, Martelli A, Calderone V, Lucenteforte E. Adherence to oral antidiabetic drugs in patients with type 2 Diabetes: Systematic review and meta-analysis. *J Clin Med*. 2023; <https://www.mdpi.com/2077-0383/12/5/1981>.
5. OPS. Diabetes. Organización Panamericana de la Salud. 2023; <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>.
6. FID. La diabetes en el mundo en 2021. Federación Internacional de Diabetes. 2022; <https://idf.org/es/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>.
7. Mora J PÁSJNAAC. Adherencia al manejo farmacológico y factores biopsicosociales en pacientes hospitalizados con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Colomb Endocrinol Diabetes & Amp*. 2023; <https://doi.org/10.53853/encr.10.4.795>.
8. Alcocer S, Marcillo A, Macias L, Medranda A. Prevalencia de diabetes mellitus tipo 2, sobrepeso y obesidad en adultos a nivel global. *Rev Científica Arbitr Multidiscip*. 2023; <https://doi.org/10.59169/pentaciencias.v5i5.742>.
9. France 24. La mitad de los diabéticos en América Latina viven sin acceso a la insulina. *France 24*. 2021; <https://www.france24.com/es/programas/salud/20211112-diabetes-america-latina-diagnostico-insulina>.

- 10 Toala YA LMPPÁ. Prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 y sus factores de riesgo en adultos de Latinoamérica. MQRInvestigar. 2023; <https://www.investigarmqr.com/ojs/index.php/mqr/article/view/190>.
- 11 Ministerio de Salud de Perú. El 96,5% de la población diagnosticada con diabetes tiene diabetes tipo 2. CDC Perú. 2022; <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informativo/prensa/cdc-peru-el-965-de-la-poblacion-diagnosticada-con-diabetes-tiene-diabetes-tipo-2/>.
- 12 Santa-Cruz H AE. Escala de adherencia al tratamiento para pacientes con diabetes e hipertensión arterial. Med Mil. 2023; <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2673/2014>.
- 13 Prevolnik V, Divjak M, Turk E. Changes in the level of knowledge of diabetes among elderly with diabetes in Slovenia in the period 2011–2020. Prim Care Diabetes. 2021; <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2021.07.001>.
- 14 Luque-Vara T, Linares-Manrique M, Fernández-Gómez E, Martín-Salvador A, Sánchez-Ojeda M, Enrique-Mirón C. Content validation of an instrument for the assessment of school teachers' levels of knowledge of diabetes through expert judgment. Res Public Health. 2020; <https://doi.org/10.3390/ijerph17228605>.
- 15 American Diabetes Association. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes-2021. Diabetes Care. 2021; <https://doi.org/10.2337/dc21-S002>.
- 16 Pando R. Sulfonilureas, su uso actual en el tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. Diagnóstico. 2020; <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v59i1.203>.
- 17 Galicia-Garcia U, Benito-Vicente A, Jebari S, Larrea-Sebal A, Siddiqi H, Uribe K. Pathophysiology of Type 2 Diabetes Mellitus. Int J Mol Sci. 2020; <https://doi.org/10.3390/ijms21176275>.

- 18 Westman E. Type 2 Diabetes Mellitus: A pathophysiologic perspective. *Front . Nutr.* 2021; <https://doi.org/10.3389/fnut.2021.707371>.
- 19 Zamora C, Guibert A, De La Cruz T, Ticse R, Malaga G. Evaluación de . conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 de un hospital de Lima, Perú y su asociación con la adherencia al tratamiento. In <https://doi.org/10.35663/amp.2019.362.809>; 2019. p. 36.
- 20 Antar S, Ashour N, Sharaky M, Khattab M, Ashour N. Diabetes mellitus: . Classification, mediators, and complications; A gate to identify potential targets for the development of new effective treatments. *Science Direct.* 2023; <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2023.115734>.
- 21 Sanches J, Zhao L, Salehi A, Wollheim C, Kaldis P. Pathophysiology of type . 2 diabetes and the impact of altered metabolic interorgan crosstalk. *The febs Journal.* 2021; <https://doi.org/10.1111/febs.16306>.
- 22 Taylor R. Understanding the cause of type 2 diabetes. *The Lancet Diabetes & . Endocrinology.* 2024; [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(24\)00157-8](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(24)00157-8).
- 23 ElSayed N, Aleppo G, Aroda V, Bannuru R, Brown F, Bruemmer D. . Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care.* 2022; doi: 10.2337/dc23-S002.
- 24 Hantzidiamantis P, Awosika A, Lappin S. Physiology, Glucose. *National . Library of Medicine.* 2024; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545201/>.
- 25 Oriot P, Kurz N, Ponchon M, Weber E. Benefits and limitations of . hypo/hyperglycemic alarms associated with continuous glucose monitoring in individuals with diabetes. *Diabetes Epidemiology and Management.* 2023; <https://doi.org/10.1016/j.deman.2022.100125>.
- 26 Chaila M, Viniegra M, Gagliardino J, Lucarelli C, Maccallini G. Glucemia en

- . ayunas entre 100 y 109 mg/dL versus prediabetes según hemoglobina glicosilada. Sociedad argentina de diabetes. 2022; <https://doi.org/10.47196/diab.v56i2.521>.
- 27 Farmaki P, Damaskos C, Garmpis N, Garmpi A, Savvanis S. Complications of the Type 2 Diabetes Mellitus. Bentham science. 2020; doi: 10.2174/1573403X1604201229115531.
- 28 Garmendia F. Situación actual de la prevención de la diabetes mellitus tipo 2. In <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2022.391.2162> ; 2022. p. Acta Médica Peruana.
- 29 Martinez-Perez P, Orozco-Beltrán D, Pomares-Gomez F, Hernández-Rizo J, Borrás-Gallen A, Gil-Guillen V. Validation and psychometric properties of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in type 2 diabetes patients in Spain. Aten. 2021; <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.09.007>.
- 30 Gonzalez T, González-Ramírez L, Hernández-Corona D, Maciel-Hernández E. Anxious depression in patients with Type 2 Diabetes Mellitus and its relationship with medication adherence and glycemic control. Glob Public Health. 2021; <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1810735>.
- 31 Al-Mutawaa K, Farghaly A, Nasir R, Loares A, Skaroni I, Al-Thani M. Level of knowledge, attitude and practice towards diabetes among nationals and long-term residents of Qatar: A cross-sectional study. BMJ Open. 2022; <https://bmjopen.bmj.com/content/12/2/e052607.abstract>.
- 32 Pinargote R. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis: Revisión integrativa. Salud y Vida. 2023; <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i14.2567>.
- 33 Wright D, Sinnappah K, Hughes D. Medication adherence research comes of age. British Journal of Clinical Pharmacology. 2023; <https://doi.org/10.1111/bcp.15722>.
- 34 Fenta E, Ayal B, Kidie A, Anagaw T, Mekonnen T, Ketema E. Barriers to

- . Medication Adherence Among Patients with Non-Communicable Disease in North Wollo Zone Public Hospitals: Socio-Ecologic Perspective, 2023. Dovepress. 2024; <https://doi.org/10.2147/PPA.S452196>.
- 35 Nyirongo S, Katowa P, Mwila E, Mwiinga V. Adherence to Treatment by . Patients with Type 2 Diabetes Mellitus at Monze Mission Hospital, Monze, Zambia. *Open J Nurs.* 2021; <https://doi.org/10.4236/ojn.2021.113017>.
- 36 Muhammad N, Goh H, Tech D. Medication Knowledge and Adherence in . Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Brunei Darussalam: A Pioneer Study in Brunei Darussalam. *Int J Env Res Public Heal.* 2022; <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/12/7470>.
- 37 Quispe S, Tixi N, Quijosaca L, Llerena G, Camacho E, Solis U. Intervención . educativa en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Scielo.* 2022; http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962022000100006.
- 38 Mishra A PSSBDASAPS. Assessment of Medication Adherence and . Associated Factors Among Patients With Diabetes Attending a Non-communicable Disease Clinic in a Community Health Centre in Eastern India. *Cureus.* 2023; <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10507421/>.
- 39 Llagua E. Nivel de conocimiento sobre fitoterapia y sus beneficios en . pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Latinoam Ciencias Soc y Humanidades.* 2023; <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.808>.
- 40 Farías-Vílchez B, Bardales D. Conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y . adherencia al tratamiento en pacientes del hospital Reátegui de Piura, Perú. 2021; <https://doi.org/10.35663/amp.2021.381.1119>.
- 41 Carreño R, Criollo C, Sanchez J. Relación entre el nivel de conocimiento y . tratamiento para diabetes mellitus tipo-2 en pacientes atendidos en un hospital público, Lima-2019. *Universidad Continental.* 2022;

<https://hdl.handle.net/20.500.12394/11223>.

- 42 Delgado M. Nivel de Conocimiento sobre diabetes Tipo II y Adherencia al . Tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos que acuden al hospital de la Solidaridad en el distrito de Villa el Salvador, Lima - Perú. Universidad María Auxiliadora. 2022;
<https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/1698/TESIS%20DELGADO-MEJIA.pdf?isAllowed=y&sequence=1>.
- 43 Celis G, Flores K. Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus y . adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2, en un centro de salud, Trujillo 2023. Universidad Privada Antenor Orrego. 2023;
<https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/20392>.
- 44 Loza A, Navarro B, Pocco N. Nivel de conocimiento y adherencia al . tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos tipo II del Hospital San Juan de Lurigancho - Lima, 2022. Universidad Continental. 2023;
<https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/12779>.
- 45 Ahmed S, Ripon M, Islam M, Ullah A, Sultan S, Sajid M. Association of . dietary intake and nutrition knowledge with diabetes self-management behavior among Bangladeshi type 2 diabetes mellitus adults: A multi-center cross-sectional study. *Endocr Metab Sci*. 2024; <https://doi.org/10.1016/j.endmts.2023.100156>.
- 46 Hakimian S, Karam S, Pardilla K, Coyne K, Touma E, Larsen D. . Development and acceptability of a culturally competent skills and knowledge assessment tool for patients with diabetes mellitus. *J Clin Transl Endocrinol*. 2024; <https://doi.org/10.1016/j.jcte.2024.100346>.
- 47 Polania C, Cardona F, Castañeda G, Vargas I, Calvache O, Abanto W. . Metodología de investigación Cuantitativa & Cualitativa. Universidad Antonio José Camacho. 2020; <https://repositorio.uniajc.edu.co/handle/uniajc/596>.

- 48 Gonzales G. La investigación básica y el Premio Nobel de Química 2021.
. Hered. 2021; <https://repositorio.uniajc.edu.co/handle/uniajc/596>.
- 49 García J, Sánchez P. Diseño teórico de la investigación: instrucciones
. metodológicas para el desarrollo de propuestas y proyectos de investigación
científica. Inf Tecnológica. 2020; <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642020000600159>.
- 50 Cvetković A, Maguiña J, Soto A, Lama J, Correa L. Cross-sectional studies.
. Fac Med Humana. 2021;
<http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/3069>.
- 51 Ramos C. Alcances de una investigación. CienciAmérica. 2020;
. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7746475>.
- 52 Quezada N. Metodología de la investigación. Editorial Macro. 2020.
.
- 53 Medina M, Rojas R, Bustamante W, Loaiza R. Metodología de la
. investigación. Univ. Innovación Cienc y Tecnol Inudi Perú. 2023;
<https://doi.org/10.35622/inudi.b.080>.
- 54 The World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM –
. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. The World
Medical Association. 2019; <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
- 55 Al-Mutawaa K, Farghaly A, Nasir R, Loares A, Skaroni I, Al-Thani M. Level
. of knowledge, attitude and practice towards diabetes among nationals and long-term
residents of Qatar: A cross-sectional study. BMJ Open. 2022;
<https://bmjopen.bmj.com/content/12/2/e052607.abstract>.

ANEXOS

ANEXO 1

Tabla 5 Cuadro de operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valor final	Escala
Nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2	Es la comprensión y la familiaridad que una persona tiene con respecta a esta enfermedad crónica; el conocimiento incluye causas, síntomas, factores de riesgo y opciones de tratamiento. Un nivel alto de conocimiento sobre esta condición es crucial para manejarla de manera efectiva (19).	Para evaluar el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus; se aplicó un cuestionario DKQ-24.	Total	- Todos	Adecuado (mayor a 13 pts.) Inadecuado (igual o menor a 13 pts.)	Ordinal
			Conocimiento general	- Características - Fisiopatología - Causas - Clasificación		
			Control glucémico	- Factores que aumentan o disminuyen la glucemia - Síntomas de hipo e hiperglucemia - Valores normales		
			Prevención de complicaciones	- Órganos afectados - Medidas de prevención		
Adherencia al tratamiento	Es la medida en que una persona sigue las indicaciones médicas y plan terapéutico prescrito, pautas de estilo de vida recomendadas (como dieta y ejercicio), asistir a citas médicas constantes y cumplir con otras recomendaciones terapéuticas específicas por su condición médica (21).	La adherencia al tratamiento se evaluó por medio del test de Morisky.	Sin adherencia al tratamiento	- Tiempo - Inconvenientes - Frecuencia de la medicación - Olvido - Toma de medicamentos	Bajo (<6) Medio (6 -7) Alto (8)	Ordinal
			Con adherencia al tratamiento			

ANEXO 2

Tabla 6 Matriz de consistencia

Problema / Objetivos / Hipótesis	Variables	Metodología
<p>Problema general ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus y la adherencia al tratamiento en pacientes del programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud Comas, Lima 2024?</p> <p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • General Determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus y la adherencia al tratamiento en pacientes del programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud Comas en Lima durante los meses enero a abril del 2024. • Específicos <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el nivel conocimiento sobre diabetes mellitus en pacientes del programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud Comas, Lima durante los meses enero a abril del 2024. • Identificar el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes del programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud Comas, Lima durante los meses enero a abril del 2024. <p>Hipótesis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alterna (H₁): Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre DM y la adherencia al tratamiento en pacientes del programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud Comas en Lima durante los meses enero a abril del 2024. • Nula (H₀): No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre DM y la adherencia al tratamiento en pacientes del programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud Comas en Lima durante los meses enero a abril del 2024. 	<p>Variable 1: Nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus</p> <p>Variable 2: Adherencia al tratamiento</p>	<p>Enfoque de investigación Cuantitativo</p> <p>Tipo de investigación Básica</p> <p>Diseño de la investigación No experimental, corte transversal, correlacional simple</p> <p>Población y muestra Muestra censal que estuvo integrado por 87 pacientes del programa de enfermedades no transmisibles atendidos en el centro de salud Comas, Lima 2024.</p> <p>Técnicas e instrumentos de recolección de datos Encuesta / Cuestionarios</p> <p>Análisis estadístico Chi² para determinar la correlación entre las variables y contrastar la hipótesis.</p> <p>Consideraciones éticas Respeto, beneficencia, justicia, no maleficencia y autonomía.</p>

ANEXO 3

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA DIABETES MELLITUS Y SU ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD COMAS, LIMA 2024

Instrumentos de recolección de datos

I. DATOS GENERALES

1. Edad: _____
2. Sexo: (F) (M)
3. Esquema terapéutico:
 - Hipoglucemiantes orales ()
 - Insulina ()

II. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES MELLITUS DKQ-24

Instrucciones: Marque con un aspa (X) la respuesta que considere correcta

N° de ítems	Preguntas	Si	No
	Conocimiento general		
1	El comer azúcar no es causa de diabetes		
2	La diabetes es causada por falta de insulina		
3	La diabetes no es causada porque los riñones no expulsan la glucosa del cuerpo		
4	Los riñones no producen la insulina		
5	Siendo diabético puedo tener hijos diabéticos		
6	La diabetes no se cura		
7	En un diabético, comer mucho no estimula la producción de la insulina		
8	La diabetes se divide principalmente en tipo 1 y tipo 2		
9	Es igual de importante escoger los alimentos a consumir que la forma de prepararlos		
10	Los alimentos de los diabéticos no deben ser diferentes a los de los demás		
	Control glucémico		
11	En el diabético sin dieta ni ejercicio ni tratamiento la glucemia aumenta		
12	Identifica un valor de glucemia alto en ayunas (210 mg/dl)		
13	La glucosa en orina no es la mejor prueba para controlar la glucosa en la diabetes		
14	El ejercicio no produce mayor necesidad de medicamentos o insulina		

15	Los medicamentos no son más importantes que la dieta y el ejercicio		
16	No son síntomas de hiperglucemia la sudoración y sensación de frío		
17	No son datos de complicaciones la presencia de polidipsia y polifagia		
Prevención de las complicaciones			
18	La diabetes causa problemas de circulación sanguínea		
19	Las heridas en diabéticos cicatrizan más lento		
20	Las heridas en diabéticos no deberían cortarse las uñas		
21	Las heridas en diabéticos no deberían lavarse con yodo y alcohol en un principio		
22	La diabetes produce trastornos refractivos		
23	La diabetes produce alteraciones en la sensibilidad de los miembros		
24	Los diabéticos no deberían utilizar medias o pantys elásticas apretadas		

III. ADHERENCIA A TRATAMIENTO DE MORISKY

Instrucciones: Cada pregunta tiene dos opciones: “SI” y “NO”; marque una “X” a la opción que usted considere adecuada. *Nota:* Todas las preguntas deben ser contestadas.

N° de ítems	Preguntas	Si	No
1	¿A veces se olvida de tomar su tratamiento para la diabetes?		
2	Durante las últimas dos semanas, ¿hubo días en los que no tomó su tratamiento para la diabetes?		
3	¿Alguna vez ha recortado o dejado de tomar su tratamiento sin consultar antes con su médico, porque se sintió peor cuando lo tomaba?		
4	¿Cuándo Ud. viaja o sale de casa, ¿a veces se olvida llevar su tratamiento?		
5	¿Ayer tomó su tratamiento para la diabetes?		
6	Cuando usted siente que su glucosa está controlada, ¿a veces deja de tomar su tratamiento para la diabetes?		
7	Tomar el tratamiento todos los días es un verdadero inconveniente para algunas personas. ¿Usted alguna vez se sintió molestado sobre el cumplimiento de su plan de tratamiento para la diabetes?		
8	¿Se le hace difícil recordar que tiene que tomar su tratamiento para diabetes?		

ANEXO 4

CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCION

DE DATOS

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES MELLITUS

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	30	100.0
	Excluido ^a	0	.0
	Total	30	100.0

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

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.811	24

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item_1	14.13	23.361	.448	.800
Item_2	14.03	23.275	.487	.798
Item_3	14.13	24.809	.148	.814
Item_4	13.97	24.171	.311	.806
Item_5	14.20	24.303	.251	.809
Item_6	14.03	23.689	.396	.802
Item_7	14.17	23.661	.383	.803
Item_8	14.00	24.414	.247	.809
Item_9	14.10	23.541	.413	.801
Item_10	14.10	23.679	.384	.803
Item_11	14.03	24.447	.233	.810
Item_12	13.97	23.551	.453	.800
Item_13	13.93	23.306	.531	.797
Item_14	14.10	24.300	.254	.809
Item_15	14.10	23.748	.369	.803

Item_16	14.03	24.033	.321	.806
Item_17	14.17	24.282	.255	.809
Item_18	14.00	24.897	.144	.814
Item_19	14.00	25.103	.100	.815
Item_20	14.10	23.059	.517	.796
Item_21	14.07	24.892	.136	.814
Item_22	13.97	22.792	.631	.792
Item_23	14.10	23.059	.517	.796
Item_24	13.90	23.334	.553	.796

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	30	100.0
	Excluido ^a	0	.0
	Total	30	100.0

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

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.801	8

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlaci ón total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item_1	4.20	4.855	.642	.758
Item_2	4.17	5.040	.554	.773
Item_3	4.23	5.220	.460	.787
Item_4	4.07	5.444	.390	.797
Item_5	4.20	5.269	.438	.791
Item_6	4.13	4.878	.645	.758
Item_7	4.13	5.016	.575	.769
Item_8	4.00	5.517	.392	.796

ANEXO 5

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN DEL CENTRO DE SALUD COMAS PARA EL PROYECTO DE TESIS DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DEL NORTE



Yo MC JUSTO MANUEL HERMAN MARIN AGUILAR, identificada con DNI o CE N° 06160724, como representante legal del Centro de Salud Comas

(Lima) Puno 400, Comas 15328- COMAS. Otorgo la AUTORIZACIÓN de uso de información a:

- 1) Urpeque Paz Giovanna Smith, con DNI: 76234503.
- 2) Vasquez Cuadra Elizabeth Jahayra, con DNI: 47467418.

Egresadas de la Carrera profesional de Enfermería de la Universidad Privada del Norte para que utilice la siguiente información del Centro de Salud Comas: "NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES MELLITUS Y SU ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES DEL PROGRAMA ENT. DEL CENTRO DE SALUD COMAS 2024" con la finalidad de que pueda desarrollar su Tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería

Autorizo expresamente el uso de la información con fines académicos, incluyendo su publicación en el repositorio de la Universidad Privada del Norte, contribuyendo con la comunidad educativa y sociedad en su conjunto.

Respecto al uso del nombre y/o cualquier distintivo de la empresa, se determina:

- Mantener en reserva el nombre y/o cualquier distintivo de la empresa.
 Autorizo mencionar el nombre y/o cualquier distintivo de la empresa.


Lima, 20 de febrero del 2024

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE
C.S. COMAS

M.C. JUSTO MARIN AGUILAR
CMP N° 29262

Firma del Representante Legal o Autoridad
DNI o CE: 06160724
N° de celular de contacto: 997681445

El Egresado/Bachiller declara que los datos emitidos en esta carta y en el Trabajo de Investigación, en la Tesis son auténticos. En caso de comprobarse la falsedad de datos, el Egresado será sometido al procedimiento disciplinario correspondiente; asimismo, asumirá toda la responsabilidad ante posibles acciones legales que la empresa, otorgante de información, pueda ejecutar.


Giovanna Smith Urpeque Paz (1)
DNI: 76234503


Elizabeth Jahayra Vasquez Cuadra (2)
DNI: 47467418

CÓDIGO DE DOCUMENTO
FECHA DE VIGENCIA

COR-F-REC-VAC-05.04
20/02/2024

NÚMERO VERSIÓN

PÁGINA

Página 1 de 1

ANEXO 6**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, -----, declaro que acepto participar en la investigación: “Nivel de Conocimiento sobre la Diabetes Mellitus y su Adherencia al Tratamiento en Pacientes del Centro de Salud Comas, Lima 2024”, siendo realizado por las estudiantes de enfermería Giovanna Smith Urpeque Paz y Elizabeth Jahayra Vásquez Cuadra, que tiene como objetivo general: determinar el Nivel de conocimiento sobre la diabetes mellitus y su adherencia al tratamiento en pacientes del programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud comas.

Así mismo, acepto participar de la encuesta proporcionada, asumiendo que las informaciones dadas serán solamente de conocimiento de los investigadores, quienes garantizan el secreto, respeto a mi privacidad. Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado, no siendo mencionados los nombres de los participantes, teniendo libertad de retirar mi consentimiento a cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que esto genere algún perjuicio y/o gasto. Sé que de tener dudas sobre mi participación podré aclararlas con los investigadores. Por último, declaro que después de las aclaraciones convenientemente realizadas consiento participar de la presente investigación.

¡Muchas Gracias!

Lima, _____ de _____ del 2024

FIRMA DEL PARTICIPANTE

ANEXO 7

