

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIDAD DE POSGRADO**



**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS  
TIPO 2. CENTRO DE SALUD CASTILLO GRANDE, TINGO  
MARÍA, HUÁNUCO, 2025”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
PROFESIONAL EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**AUTORES:**

**TTITO CONDORI, ROSA**

**JUNES FLORES, RUTH SILVIA**

**RUIZ HERRERA, GISELLA GREYSY**

**ASESOR:**

**DR. DURAND GONZALES CÉSAR ÁNGEL**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CIENCIAS DE LA SALUD**

**CALLAO, 2025  
PERU**



# NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. CENTRO DE SALUD CASTILLO GRANDE, TINGO MARÍA, HUÁNUCO, 2025



Nombre del documento: TTITO JUNES- RUIZ NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ADHERENCIA TTO DM PARA REDUCIR, OPTIMIZADO (1).docx  
 ID del documento: e079e52dfdb6704450a0285a973a25e5c02f1d  
 Tamaño del documento original: 133.45 kb  
 Autores: GISELLA GREYSY RUIZ HERRERA, GISELLA GREYSY RUIZ HERRERA, RUTH SILVIA JUNES FLORES

Depositante: GISELLA GREYSY RUIZ HERRERA  
 Fecha de depósito: 6/11/2025  
 Tipo de carga: url\_submision  
 fecha de fin de análisis: 7/11/2025

Número de palabras: 12.776  
 Número de caracteres: 84.987

Ubicación de las similitudes en el documento



### Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	<a href="http://hdl.handle.net/">hdl.handle.net</a>   Nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 asociado a... <a href="http://hdl.handle.net/02500/14276/15311">http://hdl.handle.net/02500/14276/15311</a> 33 fuentes similares	3%		Palabras idénticas: 3% (416 palabras)
2	<a href="http://repositorio.unoch.edu.pe/">repositorio.unoch.edu.pe</a>   "Conocimiento y adherencia al tratamiento de la diab... <a href="http://repositorio.unoch.edu.pe/handle/19004524">http://repositorio.unoch.edu.pe/handle/19004524</a> 51 fuentes similares	3%		Palabras idénticas: 3% (267 palabras)
3	<a href="http://repositorio.urp.edu.pe/">repositorio.urp.edu.pe</a> <a href="http://repositorio.urp.edu.pe/handle/2000/2989-4551-bufl-46a3a3ee2a4d4e1caad">http://repositorio.urp.edu.pe/handle/2000/2989-4551-bufl-46a3a3ee2a4d4e1caad</a> 42 fuentes similares	3%		Palabras idénticas: 3% (246 palabras)
4	<a href="http://repositorio.unfx.edu.pe/">repositorio.unfx.edu.pe</a> <a href="http://repositorio.unfx.edu.pe/handle/20000/13884/12341/15-DRES-PORTOCARRERO,%20M...">http://repositorio.unfx.edu.pe/handle/20000/13884/12341/15-DRES-PORTOCARRERO,%20M...</a> 42 fuentes similares	3%		Palabras idénticas: 3% (304 palabras)
5	<a href="http://hdl.handle.net/">hdl.handle.net</a>   Apoyo familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con dia... <a href="http://hdl.handle.net/02500/18526/14157">http://hdl.handle.net/02500/18526/14157</a> 45 fuentes similares	3%		Palabras idénticas: 3% (362 palabras)

### Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	<a href="http://hdl.handle.net/">hdl.handle.net</a>   Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de... <a href="http://hdl.handle.net/02500/14140/1330">http://hdl.handle.net/02500/14140/1330</a>	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (39 palabras)
2	<a href="http://repositorio.unmsm.edu.pe/">repositorio.unmsm.edu.pe</a> <a href="http://repositorio.unmsm.edu.pe/handle/cap/167646/1722956/73a22c4c918916c4ad...">http://repositorio.unmsm.edu.pe/handle/cap/167646/1722956/73a22c4c918916c4ad...</a>	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (23 palabras)
3	<a href="http://repositorio.upsh.edu.pe/">repositorio.upsh.edu.pe</a> <a href="http://repositorio.upsh.edu.pe/handle/digital/167646/1722956/73a22c4c918916c4ad...">http://repositorio.upsh.edu.pe/handle/digital/167646/1722956/73a22c4c918916c4ad...</a>	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (27 palabras)
4	TESIS - PAULINO Y RIVERA.docx   HABITOS UNAC - emu... viene de de biblioteca	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (23 palabras)
5	CASTRO - CASTILLO - MORENO TESIS.docx   FACTORES ASOCIADOS A L... - emu... viene de de biblioteca	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (20 palabras)

**AUTORES:**

TTITO CONDORI, ROSA

JUNES FLORES, RUTH SILVIA

RUIZ HERRERA, GISELLA GREYSY

## INFORMACIÓN BÁSICA

- FACULTAD : Ciencias de la Salud
- UNIDAD DE INVESTIGACIÓN : Facultad de Ciencias de la Salud
- TÍTULO : Nivel de conocimientos y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María, Huánuco, 2025”
- AUTORES : Ttito Condori Rosa  
ORCID:0000 0002 3622 8774 DNI:41416004  
Ruíz Herrera Gisella Greysy  
ORCID: 0009 0000 0628 4639 DNI: 43941135  
Junes Flores Ruth Silvia  
ORCID: 0000 0002 1237 6051 DNI: 21525156.
- ASESOR : Dr. César Ángel Durand Gonzales  
ORCID:0000-002-2148-5903 DNI 15692398
- LUGAR DE EJECUCIÓN : Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María, Huánuco,2025
- UNIDAD DE ANÁLISIS : Cada paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.
- TIPO : Investigación de tipo aplicada, prospectiva, transversal, relacional, analítico bivariado, diseño no experimental.
- ENFOQUE: : Cuantitativo
- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN : Correlacional
- TEMA OCDE : 3.03.00 -- Ciencias de la Salud  
3.03.03 – Enfermería

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

### MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- |                                      |               |
|--------------------------------------|---------------|
| ● DRA. SICCHA MACASSI ANA LUCY       | PRESIDENTE(A) |
| ● DRA. LÓPEZ DE GOMEZ ANA ELVIRA     | SECRETARIO(A) |
| ● DRA. FERRER MEJIA MERCEDES LULILEA | MIEMBRO       |
| ● DRA. MANCHA ALVAREZ VANESSA        | MIEMBRO       |

### ASESOR : DR. DURAND GONZALES CÉSAR ÁNGEL

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 157-2025

Fecha de Aprobación de la tesis: 15 octubre 2025

Resolución de sustentación N° 403– 2025 – CDUPG -FCS/G



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**UNIDAD DE POSGRADO**

**ACTA N° 157-2025**

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL**

Siendo las 17:30 horas del día jueves, 27 de noviembre de 2025 mediante el uso de la Plataforma Virtual Google Meet de la Facultad de Ciencias de la Salud, se reunió el Jurado de Sustentación de Tesis para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional, designado con Resolución N° 403-2025-CDUPG-FCS/G y conformado por los(as) siguientes docentes:

**Presidente (a):** DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI  
**Secretario (a):** DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ  
**Miembro:** DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA  
**Miembro:** DRA. VANESSA MANCHA ALVAREZ

Con la finalidad de evaluar la sustentación de la Tesis titulada:

NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.  
CENTRO DE SALUD CASTILLO GRANDE, TINGO MARÍA, HUÁNUCO, 2025

presentado por el(la) los(las) tesista(s):

TTITO CONDORI ROSA  
RUIZ HERRERA GREYSY  
JUNES FLORES RUTH

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:

SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

Asesor(a): DR. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZALES Res. N° 061-2025-DUPG-FCS/G

Luego de la sustentación, los miembros del Jurado formularon las respectivas preguntas, las mismas que fueron absueltas satisfactoriamente.

En consecuencia, el Jurado de Sustentación acordó **APROBAR** por **UNANIMIDAD** con la escala de calificación cuantitativa **16 DIECISÉIS** y calificación cualitativa **MUY BUENO** conforme al Artículo 43° del Reglamento de Grados y Títulos de la universidad, aprobado por Resolución N° 286-2024-CU del 27 de noviembre de 2024, con lo que se dio por terminado el acto, siendo las 18:00 horas del mismo día.

  
DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI  
Presidente(a)

  
DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ  
Secretario(a)

  
DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA  
Miembro

  
DRA. VANESSA MANCHA ALVAREZ  
Miembro

## **DEDICATORIA**

A mi familia y maestros de la Universidad Nacional del Callao, por haber enriquecido el conocimiento y motivado el deseo de alcanzar mis objetivos.

Ttito Condori Rosa

A mi querida familia, por brindarme un apoyo permanente para mi formación profesional, así como a lo largo de mi vida, siendo un referente de esfuerzo y perseverancia.

Gisella Greysy Ruíz Herrera

Al divino creador, quien representa la fuerza que me ha guiado e iluminado el camino de lucha y superación profesional para ser una profesional cada vez más calificada y competente. A mis padres y hermanos, sin cuyo apoyo y aliento no hubiera logrado este objetivo académico profesional.

Ruth Silvia Junes Flores

## **AGRADECIMIENTO**

A los docentes de la Segunda Especialidad Profesional de Administración en Salud, por su valiosa ayuda y dedicación en la práctica docente, transmitiendo conocimientos que nos han enriquecido profesionalmente.

A nuestro asesor Dr. César Ángel Durand Gonzales, por su valioso aporte metodológico y técnico, por su motivación y compromiso durante el proceso de investigación científica.

A las docentes Mg. Sofia Jazmín Espinoza Oliveros, Mg. Antonia Auris Ñañez por habernos animado a perseverar, brindándonos el soporte emocional necesario para seguir ahondando en la búsqueda del conocimiento.

A las autoridades y personal asistencial y administrativo del Centro de Salud Castillo Grande de la ciudad de Tingo María, departamento de Huánuco; por habernos brindado condiciones favorables durante todo el proceso de investigación.

Los autores.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>RESUMEN .....</b>	<b>7</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>9</b>
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>10</b>
<b>1.2 Descripción de la realidad del Problema.....</b>	<b>10</b>
<b>1.2. Formulación del Problema .....</b>	<b>12</b>
1.2.1 Problema General.....	12
1.2.2. Problemas Específicos.....	12
<b>1.3. Objetivos.....</b>	<b>13</b>
1.3.1 Obejtivo General .....	13
1.3.2 Obejtivo Específicos.....	13
<b>1.1 Justificación.....</b>	<b>14</b>
<b>1.5. Delimitantes de la Investigación.....</b>	<b>15</b>
1.51 Delimitante Teórica .....	16
1.5.2 Delimitante Temporal.....,	16
1.5.2 Delimitante Espacial.....,	16
<b>II. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 Antecedentes.....</b>	<b>17</b>
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	17
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	20
<b>2.2. Bases Teóricas .....</b>	<b>24</b>
2.2.1. Teoria del autocuidado humano de Dorothea Orem.....	24
2.2.2. Teoría del déficit del autocuidado.....	25

2.2.3. Teoría de los sistemas de enfermería .....	26
2.2.4. Modelo de creencias en salud .....	26
2.3. Marco Conceptual .....	<b>27</b>
2.3.1. Diabetes Mellitus tipo 2.....	27
2.3.2. Adherencia al tratamiento.....	29
2.4. Definición de Términos Básicos .....	31
2.4.1. Diabetes Mellitus tipo 2.....	31
2.4.2. Adherencia al tratamiento farmacológico.....	31
2.4.3. Autocuidado .....	31
<b>III. HIPÓTESIS Y VARIABLES .....</b>	<b>32</b>
<b>3.1 Hipótesis .....</b>	<b>32</b>
Hipótesis General .....	32
Hipótesis Específicas .....	32
3.2 Operacionalización de variables .....	32
<b>IV. DISEÑO METODOLOGICO .....</b>	<b>36</b>
4.1 Diseño metodológico .....	36
4.2 Método de Investigación .....	37
4.3 Población y Muestra .....	37
4.3.1 Población .....	37
4.3.2 Muestra .....	37
4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado .....	38
4.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de la Información.....	38
4.5.1. Técnicas .....	38
4.5.2 Instrumentos .....	39
4.6. Análisis y Procesamiento de Datos.....	42
4.7. Aspectos Éticos en Investigación.....	43

V. RESULTADOS .....	44
5.1. Resultados descriptivos.....	44
5.2. Resultados inferenciales.....	47
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	56
6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados. ....	56
6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares.....	58
6.3. Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes.....	61
VII. CONCLUSIONES .....	62
VIII. RECOMENDACIONES .....	64
IX. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	65
X. ANEXOS .....	74
Anexo 01: Matriz de Consistencia .....	75
Anexo 02: Instrumentos de Recolección de Datos .....	77
Anexo 03: Consentimiento Informado.....	80
Anexo 04: Base de datos .....	81

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 operacionalización de Variables: Nivel de conocimiento diabetes mellitus tipo 2	33
Tabla 3 operacionalización de Variables: Nivel de conocimiento	44
Tabla 4 Datos sociodemográficos de pacientes con diabetes mellitus	45
Tabla 5 Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2	46
Tabla 6 Conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 según dimensiones	46
Tabla 7 Relación entre conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y adherencia al tratamiento	48
Tabla 8 Relación entre conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y adherencia al tratamiento. Dimensión 1: Conocimiento de la sintomatología	49
Tabla 9 Dimensión 2: Conocimiento de las complicaciones y adherencia al tratamiento	50
Tabla 10 Dimensión 3: Conocimiento del tratamiento y adherencia al tratamiento nutrición	51
Tabla 11 Dimensión 4: Conocimiento de nutrición y adherencia al tratamiento	53
Tabla 12 Dimensión 1: Olvido/Descuido. Relación entre nivel de conocimientos y adherencia	54
Tabla 13 Dimensión 2: Modificación intencional. Relación entre nivel de conocimientos y adherencia	54
Tabla 14 Dimensión 3: Barreras logísticas o estructurales. Relación entre nivel de conocimientos y adherencia	55

## ÍNDICE DE GRAFICOS

Figura 5.1.1 Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2.	48
---	----

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

DM2 – Diabetes mellitus tipo 2

OMS – Organización Mundial de la Salud

APS – Atención primaria de salud

UNAC – Universidad Nacional del Callao

IDF – Federación Internacional de Diabetes

IPRESS – Institución Prestadora de Servicios de salud

## RESUMEN

La adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 es crucial para el manejo efectivo de la enfermedad y la prevención de complicaciones, requiriendo un adecuado nivel de conocimientos sobre la condición y sus cuidados.

Este estudio tuvo como objetivo: determinar la relación entre los conocimientos y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María, Huánuco, durante el año 2025.

La metodología aplicada fue un estudio prospectivo, transversal, con enfoque cuantitativo, de nivel relacional y diseño no experimental correlacional. Se trabajó con una muestra no probabilística de 95 pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, empleando dos cuestionarios como instrumentos.

Los resultados revelaron una correlación directa y significativa entre el nivel de conocimientos y la adherencia al tratamiento. Específicamente, se encontró que un mayor conocimiento sobre la sintomatología, complicaciones y tratamiento se asocia a una mejor adherencia terapéutica, en donde, el 100% de los pacientes con alto conocimiento en sintomatología mostraron alta adherencia. Las conclusiones son consistentes con la literatura científica, reafirmando que el conocimiento es un factor determinante en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.

Palabras clave: Conocimientos, Adherencia al Tratamiento, Diabetes Mellitus Tipo 2, Síntomas, Complicaciones, Nutrición.

## **ABSTRACT**

Treatment adherence in patients with type 2 diabetes mellitus is crucial for effective disease management and the prevention of complications, requiring an adequate level of knowledge about the condition and its care. This study aimed to determine the relationship between knowledge and treatment adherence in patients with type 2 diabetes mellitus treated at the Castillo Grande Health Center in Tingo María, Huánuco, during the year 2025. The methodology used was a prospective, cross-sectional study with a quantitative, relational approach and a correlational, non-experimental design. The study involved a non-probability sample of 95 patients diagnosed with type 2 diabetes mellitus, using a survey and two questionnaires as instruments. The results revealed a direct and significant correlation between the level of knowledge and treatment adherence. Specifically, it was found that greater knowledge about symptoms, complications, and treatment is associated with better therapeutic adherence. For example, 100% of patients with high symptom knowledge showed high adherence. The conclusions are consistent with the scientific literature, reaffirming that knowledge is a determining factor in adherence to treatment for type 2 diabetes mellitus.

**Keywords:** Knowledge, Treatment Adherence, Type 2 Diabetes Mellitus, Symptoms, Complications, Nutrition.

## INTRODUCCIÓN

Entre las enfermedades crónicas, la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es un trastorno metabólico crónico caracterizado por cuadros de hiperglucemia ocasionada por la deficiente secreción de insulina. Su impacto en la salud pública está dado porque puede dañar diversos sistemas orgánicos, generando discapacidad y mortalidad; de allí que la adherencia al tratamiento es fundamental en el manejo médico, sin embargo, en nuestro país, tan solo 27,8 % de pacientes con DM2 presentan buena adherencia, 52,9 % adherencia regular y 60% no registran adherencia al tratamiento (1).

El presente trabajo de investigación titulado: “Nivel de conocimientos y adherencia al tratamiento en pacientes con DM2”. Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María, Huánuco, 2025”; tiene por finalidad determinar la relación entre el nivel de conocimientos referidos a: síntomas, complicaciones, tratamiento, nutrición y la adherencia al tratamiento valorando aspectos de: olvido de la ingesta de medicamentos, modificación intencional de su ingesta, barreras logísticas o estructurales y la conducta general de adherencia en pacientes con DM2 atendidos en dicha institución.

Consta de nueve apartados enunciados de la siguiente manera: I. Planteamiento del problema: Descripción de la realidad del problema, objetivos y justificación. II. Marco teórico: Antecedentes, bases teóricas, marco conceptual y definición de términos básicos. III. Hipótesis, variables y operacionalización de variables. IV. Metodología de la investigación: Diseño, método, población, muestra, lugar, periodo, técnicas e instrumentos, análisis y procesamiento de datos y aspectos éticos considerados. V.

Resultados; Descriptivos, inferenciales. VI. Discusión de resultados, VII. Conclusiones. VIII: Recomendaciones y IX: Referencias bibliográficas. Finalmente, se consignan anexos de matriz de consistencia, instrumento de recolección de datos, consentimiento informado, base de datos.

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Descripción de la Realidad del Problema**

La comunidad científica mundial cataloga la diabetes mellitus tipo 2 como una enfermedad crónica de gran magnitud de salud pública (2). Fisiológicamente, es causada por deficiencia absoluta o relativa de insulina que genera cuadros de hiperglucemia y disturbios en el metabolismo de glúcidos, proteínas, carbohidratos y grasas; sin embargo, aspectos como vida sedentaria, calidad de la alimentación, consumo de alcohol, tabaco y antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo 2 representan factores de riesgo predisponentes (3).

En el escenario mundial, la Organización Mundial de Salud señaló que esta patología muestra mayor prevalencia en países de ingreso mediano y bajo en relación con los de ingreso alto. En el año 2021 se diagnosticaron 537 y para el año 2045 un incremento del 46 % (1 de cada 8 adultos presentará diabetes), es decir, aproximadamente 783 millones, de los cuales más del 90% corresponderán a diabetes mellitus tipo 2 (4,5). Frente a ello, la adherencia al tratamiento de la diabetes es un desafío mundial debido a que más de la mitad de las personas que viven con diabetes no están medicadas, lo que eleva el riesgo de complicaciones como ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de miembros inferiores; morbilidad y mortalidad (4). Por su parte, la Federación Internacional de diabetes FID (2021) señaló que 1 de cada 10 personas adultas entre 20 a 79 años sufre de diabetes y casi el 50% desconoce que la padece (5).

En México, Lara y Pérez-Pedraza (2023) señalaron que la diabetes mellitus tipo 2 representa ya una emergencia sanitaria epidemiológica debido a su alta prevalencia, por lo que estimaron que la práctica de intervenciones cognitivas conductuales sobre dicha patología puede prevenir y mitigar su avance y ayudar a los pacientes a mejorar su adherencia al tratamiento (6).

A nivel de Latinoamérica en las últimas dos décadas la incidencia de diabetes mellitus tipo 2 involucra a población cada vez más joven (Desde los 18 años de edad, situación preocupante debido a que los efectos negativos de esta enfermedad no solo pueden afectar severamente la calidad de vida de población joven, sino que eleva su morbimortalidad (7).

En el Perú, en el año 2021, la prevalencia de diabetes detectada mediante glucemia llegó al 7 %. Es más prevalente en la zona de la costa (8.2 %) en relación con la sierra (4.5 %) y la selva (3.5 %) y en la población entre 55 y 64 años (17.7 %). Su incidencia acumulada ponderada fue 7,2 % y presentó una tasa de incidencia ponderada de 19,5 % (alta a nivel regional y mundial) (8,9).

Por otro lado, en el escenario local, en la región Huánuco entre los años 2015 y 2024, la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 se incrementó de 0.8 (47 casos) a 8.1 (443 casos), siendo mayor en mujeres (67,3%) en relación con varones (32.7%) a partir de los 35 años de edad. La institución prestadora de servicios de salud - IPRESS Tingo María, ubicada en la provincia de Leoncio Prado, se encuentra entre las 6 primeras en la región que reportan casos de diabetes mellitus tipo 2 y hasta la SE 11 del presente año, el 90,3% de los casos de diabetes mellitus proceden de las provincias de Huánuco y Leoncio Prado (10,11). En el Centro de Salud Castillo Grande, ubicado en la localidad de Tingo María, provincia de Leoncio Prado, entre enero y marzo de 2025 se diagnosticaron 19 nuevos casos y 76 continuadores con un bajo nivel de adherencia al tratamiento.

La problemática se agrava debido a que la mayoría de los pacientes diagnosticados pertenecen a comunidades rurales, donde el acceso a servicios de salud es limitado y el nivel educativo es bajo. Muchos de ellos no cuentan con información clara sobre la necesidad de seguir el tratamiento de manera estricta, lo que lleva a la interrupción del uso de medicamentos, la falta de seguimiento médico y el incumplimiento de las recomendaciones sobre alimentación y actividad física. Además, la precariedad económica dificulta la

implementación de un estilo de vida saludable, lo que contribuye aún más a la falta de adherencia y al descontrol de la enfermedad.

Sobre la base de la problemática expuesta formulamos las siguientes interrogantes:

## **1.2. Formulación del Problema**

### **1.2.1 Problema General**

**¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos de los pacientes con diabetes DM 2 y su adherencia al tratamiento prescrito en el Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María, Huánuco, 2025?**

### **1.2.2 Problemas Específicos**

- a) ¿Qué características sociodemográficas tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo 2?
- b) ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos sobre sintomatología y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?
- c) ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos sobre las complicaciones y la adherencia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?
- d) ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos sobre el tratamiento y la adherencia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?
- e) ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre nutrición y la adherencia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar la relación entre los conocimientos de los pacientes con DM2 y la adherencia al tratamiento prescrito en el Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María, Huánuco, 2025.

#### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- a) Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con DM2.
- b) Identificar la relación entre el nivel de conocimientos sobre la sintomatología y la adherencia al tratamiento en pacientes con DM2..
- c) Identificar la relación entre el nivel de conocimientos sobre las complicaciones y la adherencia al tratamiento en pacientes DM2.
- d) Identificar la relación entre el nivel de conocimientos sobre el tratamiento y la adherencia en pacientes con DM2..
- e) Identificar la relación entre el nivel de conocimiento sobre nutrición y la adherencia al tratamiento en pacientes con DM2..

### **1.4. Justificación**

#### **Justificación teórica**

El estudio se justificó teóricamente ahondando en el aporte de teorías científicas como la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, valorando la importancia del conocimiento como determinante clave para la toma de decisiones que favorecen la salud y la adherencia al tratamiento terapéutico (12) ; así mismo en el modelo de creencias en Salud (Health Belief Model) respecto a que la percepción de gravedad y susceptibilidad de una enfermedad, junto con los beneficios percibidos del tratamiento,

influyen en la adherencia (13). En ese sentido, la investigación permitió evaluar cómo el conocimiento de los pacientes impacta en su comportamiento terapéutico. Se teorizó sobre la perspectiva epidemiológica de relacionar nivel de conocimientos con la adherencia terapéutica como factor clave para diseñar estrategias preventivas y de control. Por lo tanto, este estudio contribuyó a fortalecer la base teórica sobre el impacto del conocimiento en la evolución de la DM2.y en la prevención de sus complicaciones.

### **Justificación Práctica**

Desde un aspecto práctico, la investigación se justificó debido a que permitió identificar la relación directa entre el nivel de conocimientos y la adherencia al tratamiento en los pacientes con DM2.atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande. Sus hallazgos son de utilidad al equipo de salud para la toma de decisiones sobre procesos de mejora continua de la oferta de servicios a partir de la propuesta del diseño de intervenciones educativas para mejorar la comprensión de la enfermedad y sus implicancias, lo que favorece el autocuidado y el cumplimiento de las recomendaciones médicas. El estudio permitió responder a las interrogantes y objetivos planteados valorando unidades muestrales caracterizadas por particularidades sociodemográficas adversas.

Finalmente, los hallazgos de la investigación pueden ser utilizados por los profesionales de salud para desarrollar estrategias de educación personalizadas, basadas en el nivel de conocimiento de cada paciente con la intención de optimizar la comunicación médico-paciente, mejorar la adherencia terapéutica y reducir la incidencia de complicaciones derivadas de un manejo inadecuado de la enfermedad. Sirve de modelo para futuras investigaciones en la región en estudio, generando una evidencia científica que respalda la implementación de programas de educación diabetológica en el primer nivel de atención. Al contar con datos específicos de la población de Tingo María, se pueden establecer

estrategias adaptadas a sus necesidades socioculturales y económicas, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los pacientes con diabetes DM2. con una adecuada adherencia terapéutica.

### **Justificación Social**

La investigación se justificó socialmente debido a que en el Perú la DM2. es un problema de salud pública que muestra epidemiológicamente tendencias crecientes, así como una alta prevalencia de impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes y en la economía de las familias. Al haber generado evidencia estadística territorial local, tiene un valor para un mejor entendimiento de la enfermedad en un entorno familiar y comunitario.

## **1.5. Delimitantes de la Investigación**

### **1.5.1 Delimitante Teórica**

El presente estudio se basó en teorías y modelos relacionados con conocimientos a partir de la educación en salud y la adherencia terapéutica. Se fundamentó en la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem (8) que estableció que el conocimiento es un factor esencial para el autocuidado y la toma de decisiones en salud. Además, se apoyó en el Modelo de Creencias en Salud (Health Belief Model) que postuló que la percepción de la enfermedad y sus riesgos influye en la adherencia al tratamiento (13). Asimismo, el estudio consideró investigaciones previas que han analizado la relación entre el nivel de conocimientos y la adherencia en pacientes con DM2.. Se incluyeron además lineamientos nacionales del Ministerio de Salud referidos al manejo de dicha patología.

El estudio también integró enfoques de la psicología de la salud, que explican cómo la motivación y el aprendizaje pueden modificar conductas relacionadas con la enfermedad.

### **1.5.2 Delimitación Temporal**

La temporalidad del estudio correspondió al periodo de enero a abril del año 2025 en que se realizó la aplicación de instrumentos de recojo de datos en pacientes con DM2. atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María, Huánuco.

Se realizó el análisis de los datos recolectados utilizando herramientas estadísticas adecuadas para identificar la relación entre el nivel de conocimientos y la adherencia terapéutica. Se realizó la tabulación y procesamiento inicial de la información obtenida, el análisis de la información, la interpretación y discusión de los resultados, conclusiones, recomendaciones. Finalmente, las investigadoras discutieron las implicancias de los hallazgos, propusieron recomendaciones para la mejora de la educación diabetológica y la adherencia al tratamiento en la población estudiada, concluyendo con el informe final.

### **1.5.3 Delimitación Espacial**

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud Castillo Grande, ubicado en el distrito de Tingo María, provincia de Leoncio Prado, en el departamento de Huánuco, Perú. Esta delimitación respondió a la necesidad de conocer la realidad de los pacientes con DM2. atendidos en este establecimiento de salud que corresponde al primer nivel de atención.

El Centro de Salud atiende a una población diversa, incluyendo personas de zonas urbanas y rurales, con distintos niveles educativos y acceso a recursos sanitarios, lo que permitió obtener información relevante sobre los factores que influyen en la adherencia terapéutica en un contexto específico, con potencial de extrapolación a otras poblaciones con características similares. La elección de este centro de salud se debió a la importancia de fortalecer la educación en salud en establecimientos de primer nivel, donde la prevención y el manejo adecuado de enfermedades crónicas como la diabetes pueden reducir complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

#### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

**López M, Peinado C. (2024)**, en un estudio realizado en España, investigó el nivel de conocimientos de pacientes sobre diabetes y la adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de ámbito rural vs urbano. El **objetivo** fue establecer el nivel de asociatividad entre los conocimientos que tienen los pacientes diabéticos de tipo II y el tipo de adherencia al tratamiento. **Metodología.** Se llevo a cabo un estudio observacional y transversa, de nivel descriptivo en una muestra de 110 pacientes. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario para medir el nivel de conocimientos y otro para medir la adherencia de los pacientes diabéticos. **Resultados:** 67% de pacientes rurales no tuvieron un nivel adecuado de conocimientos sobre su enfermedad, presentaron bajo grado de instrucción y malos hábitos de vida. Se halló relación entre la baja adherencia terapéutica y el bajo nivel de conocimientos adecuados de los pacientes respecto a su enfermedad. **Conclusión:** El bajo nivel de conocimientos sobre la enfermedad es un factor asociado a la baja adherencia que presenta la mayoría de pacientes diabéticos tipo II (14).

**Vera P. et al. (2023)**, en un estudio realizado en España, evaluó el nivel de conocimientos sobre la diabetes mellitus tipo 2 y la adherencia farmacológica en pacientes diabéticos tipo II e hipertensos en una unidad de salud de la familia. El **objetivo** fue establecer la relación entre el nivel de conocimientos sobre la enfermedad y el nivel de adherencia. **Metodología:** Realizaron un estudio observacional, transversal, de nivel descriptivo con diseño descriptivo simple y enfoque cuantitativo en una muestra de 50 pacientes. La técnica de estudio fue la entrevista y el instrumento fue una guía de entrevista estructurada. **Resultados:** Se

reportó que un 80 % de pacientes de sexo femenino mayores de 60 años y con bajo nivel de estudios. 100 % de la muestra eran hipertensos y el 38 % hipertensos y diabéticos. El 42 % de los diabéticos utilizaban antidiabéticos orales y el 58 % insulina. Respecto a su nivel de conocimientos sobre la enfermedad y su manejo, se halló que el 100 % desconoce su tratamiento, de allí que su cumplimiento no superó el 22 %, para ambas patologías. **Conclusión:** La falta de conocimientos adecuados sobre la comprensión de la enfermedad contribuye a la baja adherencia al tratamiento, por lo que afirma que las estrategias educativas pueden contribuir a mejorar dichos aspectos (15).

**Casanova D, Raymond G. (2023)**, en un estudio realizado en Cuba investigó los factores asociados a la no adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II. El **objetivo** fue identificar los factores asociados a la baja adherencia de los pacientes diabéticos de tipo II al tratamiento farmacológico. **Metodología:** Desarrollaron una revisión sistemática de investigaciones publicadas en diversas bases de datos de revistas científicas publicadas en los últimos 8 años. **Resultados:** Reportaron como un común denominador que la baja adherencia al tratamiento farmacológico esta siempre asociada a bajos nivel de conocimiento de información referida a la enfermedad y al manejo que deben tener, sin embargo, también a factores socio demográficos y socio económicos adversos, las dificultades en la relación médico paciente y con estados emocionales negativos por los que atraviesan los pacientes. **Conclusión:** Los investigadores concluyeron que, si bien es cierto, el nivel de conocimientos sobre la enfermedad es importante, existen otros factores que pueden influir negativamente en la adecuada adherencia al tratamiento farmacológico (16).

**Santana J. (2023)**, midió los conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y el tipo de adherencia al tratamiento en pacientes geriátricos. El objetivo fue identificar el nivel de conocimiento y de adherencia al

tratamiento en pacientes geriátricos con diabetes mellitus objeto de estudio. **Metodología:** Estudio de tipo prospectivo, transversal, enfoque cuantitativo y diseño descriptivo en una muestra de 100 pacientes geriátricos a quienes se les realizó un test para medir conocimientos y para medir adherencia. **Resultados:** Reportaron que 70% de los pacientes mostraron buen nivel de conocimientos sobre la enfermedad y de adherencia al tratamiento, ya que a su vez 86% mostró adherencia al tratamiento farmacológico en cuanto al recuento de comprimidos. **Conclusión:** Se concluyó que tener buena información favorece la adherencia en pacientes geriátricos, destacando que el componente educacional a los pacientes y sus familiares favorece la concienciación y la comprensión sobre riesgo, prevención y autocuidado en pacientes diabéticos (17).

**Briones A, Wong L, Guzmán M, Castellanos M, Albavera C. (2022)**, en un estudio realizado en México, analizaron los factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo II. El objetivo fue establecer la proporción de pacientes con diabetes mellitus tipo II que registran adherencia al tratamiento farmacológico analizando los factores asociados a ello y su influencia en relación con el nivel de glucemia que registran. **Metodología:** Estudio prospectivo, longitudinal, enfoque cuantitativo y diseño correlacional en una muestra de 400 pacientes con tratamiento farmacológico por diabetes mellitus tipo II. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario para medir la percepción respecto al tratamiento farmacológico. Se evaluó el nivel de glucosa en ayunas y el nivel de conocimiento de los pacientes sobre la enfermedad. **Resultados:** Se reportó que en el 74,5% de los pacientes había deficiencias en el manejo que daban a su tratamiento farmacológico, mostrando a su vez niveles mayores de glucemia. Se identificó que dicha falencia estaba relacionada negativamente con la escasa información que referían tener sobre la enfermedad y los cuidados que

deben tener en su estilo de vida y alimentación. **Conclusión:** Los investigadores concluyeron que la falta de adherencia al tratamiento farmacológico es un problema grave asociado a la falta de conocimiento sobre la enfermedad, por lo que señalaron que es imperiosa la necesidad de fortalecer acciones preventivas y educativas que favorezcan la adhesión al tratamiento (18).

### 2.1.2. Antecedentes Nacionales

**Rodríguez C. (2024)**, en un estudio realizado en Lima, investigó los factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo II atendidos en el Centro de Salud Materno Infantil Pachacútec, con el **objetivo** de analizar su relación con la baja adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes tipo 2. **Metodología:** Estudio de tipo observacional, analítico, de casos y controles desarrollado en una muestra de 210 pacientes diabéticos: (105 grupo control y 105 grupo de casos). El instrumento de recojo para medir la adherencia fue el test de Morisky Green Modificado y para conocer aspectos sociodemográficos, clínicos y del sistema de salud se empleó una ficha de datos. **Resultados:** Se reportó que la baja adherencia terapéutica estuvo asociada al bajo nivel de instrucción analfabeto-primaria (ORa: 3.95, IC: 1.21-12.93, p=0.023), pero también a problemas en la relación médico-paciente, la obesidad y la polifarmacia, así como la dificultad para obtener las citas médicas. **Conclusión:** El bajo nivel de instrucción (analfabeto, primaria), la obesidad, la polifarmacia, el trato médico regular y la dificultad en la obtención de citas médicas fueron factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en esta investigación (19).

**Loza A, Navarro B, Pocco N. (2023)**, en un estudio realizado en Lima evaluó el nivel de conocimientos y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos tipo II del Hospital San Juan de Lurigancho. El **objetivo** fue establecer niveles de correlación entre el

nivel de conocimiento y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes. **Metodología:** Estudio transversal, nivel descriptivo, diseño correlacional, enfoque cuantitativo en una muestra de 201 pacientes diabéticos. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario DKQ-24 y Morisky Green. **Resultados:** Se reportó que el 61,2 % de pacientes diabéticos tipo II registró un nivel no adecuado de conocimiento y el 74,6 % no logró una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico. Se halló correlación significativa en un nivel de asociación inferior a 0,05 (Chi cuadrado  $p = 0,000$ ). **Conclusión:** Los investigadores afirmaron que existe correlación significativa entre el nivel de conocimiento de la diabetes mellitus tipo II y la adherencia al tratamiento farmacológico, siendo inadecuado en este caso (20).

**Reymundez J. (2023)**, en un estudio realizado en Ayacucho, midió el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y la adherencia al tratamiento en pacientes atendidos en el Centro de Salud San Juan Bautista. El **objetivo** fue identificar la influencia del nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 sobre el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico que muestran los pacientes diabéticos objeto de estudio. **Metodología:** Estudio de nivel descriptivo, explicativo, de tipo transversal en una muestra de 76 pacientes seleccionados mediante muestreo probabilístico. Las técnicas empleadas fueron la entrevista y la encuesta. Los instrumentos fueron una guía de entrevista estructurada y el Test de Morisky Green. **Resultados:** Se halló que 84.2% de pacientes no presentaron adherencia al tratamiento, solo 19.7% registró buen nivel de conocimiento sobre la enfermedad, asimismo que a menor grado de instrucción menor adherencia al tratamiento. **Conclusión:** El estudio demostró que, a menor nivel de conocimientos, menor adherencia al tratamiento farmacológico, es decir, existe una relación significativa (21).

**Moquillaza L, Massironi Y. (2023)**, en un estudio realizado en Ica, midieron el nivel de conocimientos sobre complicaciones de diabetes

mellitus tipo 2 y el tipo de adherencia al tratamiento en pacientes del Centro de Salud CLAS Subtanjalla. El **objetivo** fue relacionar cuánto saben los pacientes diabéticos sobre su enfermedad con su nivel de adherencia al tratamiento farmacológico prescrito. **Metodología:** Estudio de tipo transversal, enfoque cuantitativo, diseño correlacional en una muestra de 123 pacientes diabéticos. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento fue un cuestionario. **Resultados:** Se evidenció que 26.8% de pacientes presentó bajo nivel de conocimientos sobre su enfermedad y baja adherencia en el 65%. **Conclusión:** El estudio concluyó afirmando que existe correlación positiva significativa entre adherencia farmacológica y conocimientos sobre la enfermedad en los pacientes diabéticos (22).

**Farías B. y Bardales D. (2021)** en un estudio realizado en Piura, evaluaron el nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y la adherencia al tratamiento en pacientes del hospital Reátegui de Piura, Perú. El **objetivo** fue establecer criterios de asociación entre conocimientos y adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos. **Metodología:** Estudio de tipo en una muestra de 236 pacientes atendidos en el servicio de endocrinología. La técnica empleada fue la encuesta y los instrumentos cuestionarios: Test Morisky Green-8 para medir adherencia y Test Diabetes Knowledge Questionnaire 24 para medir conocimientos. **Resultados:** Se halló que 68,2%; mostró conocimiento inadecuado. En el 38,6% la adherencia fue baja; en el 31,4% fue media y en el 30,0% fue alta. Se halló asociación entre conocimientos y adherencia al tratamiento ( $p < 0,05$ ). También, entre grado de instrucción y procedencia. Si el paciente no presenta estudios, se asocia a una adherencia baja OR 6,24 (IC (2,11 -18,44)), o media OR 3,72 (IC (1,20 - 11,49)). Así mismo, si el paciente procede de una zona rural OR 5,92 (IC (1,59 -21,97)), o urbano marginal OR 4,43 (IC (1,27 - 15,41)) asocia a una adherencia baja. Se evidenció asociación entre conocimiento inadecuado y adherencia baja. **Conclusión:** Existe

asociación entre conocimientos y adherencia en donde a menor conocimiento menor adherencia (23).

**Vargas K, Cunya A, López N. (2021)**, en un estudio realizado en el Callao, midieron el nivel de conocimientos y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. El **objetivo** fue evaluar la relación entre conocimientos y adherencia. **Metodología:** Estudio aplicado, transversal, correlacional en una muestra de 65 pacientes diabéticos. La técnica fue la encuesta y el instrumento de recojo de datos fue un cuestionario para medir conocimiento, y un cuestionario para medir adherencia al tratamiento. **Resultados:** Se reportó que 3.1% de pacientes presentaron nivel de conocimientos deficiente; 4.6% regular y 92.3% bueno. Respecto al conocimiento general: 4,6% tuvo un nivel deficiente, 10,8% regular y 84,6% bueno. Respecto al conocimiento de las complicaciones: 13,8% tuvo nivel regular, 86,2% bueno. Respecto al conocimiento del tratamiento, 4,6% fue deficiente, 7,7% regular y 87,7% bueno. El 58,5% presentó adherencia al tratamiento y el 41,5% no presentó adherencia. Respecto a la dieta, 56,9% tuvo adherencia al tratamiento; respecto al ejercicio físico, 58,5% no tuvo adherencia al tratamiento, y respecto al control de salud, 78,5% presentó adherencia al tratamiento. **Conclusión:** Los investigadores afirmaron que el nivel de conocimiento está relacionado con la adherencia al tratamiento (24).

**Pineda D. Velásquez A. (2020)** en un estudio realizado en Chimbote, evaluaron el nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y la adherencia al tratamiento farmacológico en el Hospital La Caleta. El **objetivo** fue analizar la relación entre ambas variables. **Metodología:** Estudio de nivel descriptivo y de tipo transversal, analítico en una muestra de 60 pacientes diabéticos. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento de recojo de datos fue un cuestionario para medir el nivel de conocimiento y otro para medir el nivel de adherencia al tratamiento. **Resultados:** Reportaron que 25 % de los pacientes

diabéticos evidenciaron alto nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus; sin embargo, tan solo 30 % mostraron adherencia adecuada al tratamiento farmacológico. **Conclusión:** Los investigadores concluyeron que el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 está asociado a la adherencia al tratamiento farmacológico (25).

## **2.2. Bases Teóricas**

### **2.2.1 Base Teórica 1**

#### **Teoría del Autocuidado (Dorothea Orem):**

Nace de la percepción de que toda necesidad humana es expresada a través de conductas. Desde esa perspectiva, el autocuidado es una forma de encontrar un equilibrio favorable para la salud de los individuos y define las actividades que deben realizar los pacientes para alcanzar un estado de salud óptimo. Considera puntualmente que siendo el autocuidado una serie de prácticas que el individuo aprende, consecuentemente, estas trasuntan en conductas manifestadas en determinadas situaciones de la vida personal y comunitaria, que impactan en el desarrollo personal y bienestar del individuo (26).

El autocuidado es entendido como una función reguladora parte de un sistema de acción de carácter personal y mediante la acción por sí sola para favorecer el adecuado cuidado de su salud, desarrollo y bienestar y señala que las actividades de autocuidado responden a una habilidad compleja que es necesariamente adquirida por personas maduras, o en dicho proceso, para que sean capaces de conocer y cubrir sus propias necesidades y regular su propio funcionamiento y desarrollo personal (27). Identifica instrumentalmente al denominado agente y no es más que la misma persona que toma conciencia de su responsabilidad en la ejecución de prácticas de cuidado personal y al denominado agente de cuidado permanente, que viene a ser la persona que asume la responsabilidad del cuidado terapéutico del que depende (27,28).

En ese contexto, autores como Vega C et al (2014) tan señalado que en la medida en que las personas desarrollemos conciencia de los efectos positivos de un estilo de vida saludable es parte de la responsabilidad personal podremos naturalizar maneras de alternar actividad física con buena alimentación, descanso, tiempos de ocio, control del estrés, cumplimiento de prescripciones farmacológicas como un ejercicio de autocuidado e investigadores como Bavaresco et al (2020) señalan que es posible promover el cuidado de enfermería para mejorar la condición de vida de los pacientes (33).

### **2.2.2. Base Teórica 2**

#### **Teoría del Déficit del Autocuidado:**

Expresa la relación entre la necesidad terapéutica de autocuidado y las capacidades para realizar dicha práctica. Según señala Flores N. Esta teoría amplía al enfoque del cuidado dependiente del agente de cuidado, en donde se expresan objetivos, métodos y resultados del cuidado de los otros y cuándo se necesitan los servicios de enfermería para un paciente que no sea capaz de cubrir sus propias necesidades (27).

Considera como requisito de autocuidado del individuo criterios básicos como asegurar calidad del aire, agua y alimentos suficientes requeridos, la provisión de cuidado alternando actividad física y descanso, interacción social y tiempos de soledad, así como la prevención de riesgos para salud, pero también, señala requisitos de autocuidado referidos al desarrollo de las personas a partir de promover procesos de la vida y madurez previniendo condiciones adversas que mitiguen esos efectos. Finalmente, señala como requisitos de autocuidado en caso de patologías crónico degenerativas tipos de exigencias de cuidado para favorecer la calidad de vida de los individuos (28,29).

Identifica Orem, como causa del déficit del autocuidado, aquellas falencias que ocurren en personas que requieren ser cuidadas por otros de manera parcial o total debido a que no pueden hacerlo por sí mismas; ubicando al profesional de enfermería como agente importante frente a esa necesidad

(28). Vinculante a ello, Marcos y Tizón (2013) manifestaron también que la enfermera cumple un rol clave en facilitar la ayuda al paciente para que este pueda llevar a cabo prácticas de autocuidado y mejorar su condición de salud frente a la enfermedad, en especial si se trata de enfermedades crónicas degenerativas mediante mecanismos de guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo del paciente (29).

### **2.2.3. Teoría de los sistemas de enfermería:**

Instrumentaliza la dinámica de interacción paciente, enfermera a fin de que en su conjunto se generen los mecanismos que permitan el adecuado cuidado de la salud del paciente (27). donde interactúan los tres elementos básicos: enfermera, paciente y el entorno familiar. Esta teoría de Dorothea Orem da a conocer la existencia de tres tipos de sistemas: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo.

### **2.2.4. Base Teórica 3**

#### **Modelo de creencias en salud:**

Es un modelo desarrollado en la década de 1950 por los psicólogos sociales Hochbaum, Rosenstock y otros, que teorizan respecto a los hábitos de salud que tienen las personas y desde allí se desprenden aproximaciones de su futura condición de salud sobre la base de las expectativas que tienen. Sostiene además que las personas desarrollan diversas creencias sobre la salud a partir de la forma en que perciben que son susceptibles de enfermar y las consecuencias de tener determinada enfermedad (30).

Este modelo es empleado teóricamente para responder a problemáticas referidas a la adherencia de los pacientes a los tratamientos médicos, en donde problemática como la falta de participación de los pacientes y/o sus familiares en programas preventivos, el incumplimiento a las prescripciones médicas son aspectos que afectan intervenciones preventivo promocionales sostenibles; motivo por el cual es el más empleado para explicar dichas dinámicas en la salud pública (30).

Cuando se plantea implementar este modelo a corto y mediano plazo, es necesario considerar cinco pasos:

- a) Realizar una recopilación de información de las necesidades de salud de las personas valorando niveles de riesgo.
- b) Informar a las personas sobre las consecuencias en la salud cuando se tienen conductas de riesgo.
- c) Comunicar el paso a paso de la intervención para promover estilos de vida saludables.
- d) Identificar y tratar de contrarrestar barreras a la acción.
- e) Poner en práctica acciones de desarrollo de habilidades.
- f) Brindar apoyo para mejorar la autoeficacia y la probabilidad de cambios de comportamiento exitosos.

El modelo de creencias en salud es fundamental para el diseño de programas de promoción y prevención de la salud (30).

## **2.3. Marco Conceptual**

### **2.3.1. Diabetes Mellitus tipo 2:**

La diabetes mellitus tipo II, como enfermedad crónica degenerativa, es un problema de salud pública que puede tener complicaciones discapacitantes como lo es el pie diabético como consecuencia de la neuropatía, insuficiencia vascular periférica e infecciones locales y osteomielitis que dan lugar a traumatismos o úlceras en el pie, según señalan Solarte et al. (2024) (31).

### **Conocimientos sobre diabetes mellitus tipos 2:**

El conocimiento de diabetes mellitus tipo 2 ha sido enfocado, en su complejidad, considerando aspectos referidos a la sintomatología, las complicaciones, el tratamiento y aspectos referidos a la nutrición que deben llevar los pacientes con dicha patología.

**a) Sintomatología:**

Corresponde a todas aquellas manifestaciones subjetivas de una serie de cambios que presenta un paciente como indicio de una enfermedad o alteración en su organismo y pueden ir desde la sensación de dolor, fatiga o sed excesiva hasta manifestaciones más complejas. En el caso de pacientes con diabetes mellitus de tipo 2, los síntomas pueden incluir un incremento en la sensación de sed, incremento en la orina, fatiga e incluso, a nivel de los ojos, la sensación de visión borrosa según señala la Real Academia Nacional de Medicina, España (2022) (32).

**b) Complicaciones:**

Esta característica hace referencia a las consecuencias o afecciones secundarias que pueden aparecer en el curso evolutivo de una enfermedad, las mismas que pueden agravar la condición del paciente generando nuevos problemas. En el caso de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, pueden incluir complicaciones a nivel vascular, generando aterosclerosis, que es causante de infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares. Dicho estrechamiento vascular puede afectar a nivel de: cardíaco, cerebral, renal, ocular, extremidades inferiores, además de descompensaciones metabólicas y neuropáticas. Manual Merk (2025) (33).

**c) Tratamiento:**

Esta característica corresponde al conjunto de medios de naturaleza farmacológica, quirúrgica, psicológica o de estilo de vida, prescritos con el propósito de curar, aliviar o controlar una enfermedad. En pacientes con diabetes mellitus tipo 2, fundamentalmente está dado por aspectos como una nutrición adecuada, realizar actividades físicas adecuadas y el cumplimiento de la ingesta de medicamentos para controlar el nivel de azúcar en la sangre, así como el control regular de la glucosa en sangre (34).

#### **d) Nutrición:**

Se entiende por nutrición al proceso biológico a través del cual el organismo asimila una serie de nutrientes que son necesarios para su adecuado funcionamiento, crecimiento y reparación de tejidos. Este proceso incluye: ingesta, digestión, absorción y utilización de los alimentos. En el caso de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 debe mantenerse una dieta equilibrada con la finalidad de mantener niveles adecuados de glucosa en sangre y reducir así el riesgo de complicaciones relacionadas con la patología (34).

#### **2.3.2. Adherencia al tratamiento:**

Se entiende por adherencia al tratamiento al grado en el que las personas cumplen con las prescripciones del profesional de la salud, ya sea respecto a la ingesta de medicamentos, como también a las dietas o cambios de estilo de vida. Dentro de su especificidad, la adherencia al tratamiento expresa el número total de días en que el paciente ha cumplido con la toma de la medicación prescrita durante el periodo indicado. Se define entonces como el contexto en el cual el comportamiento de la persona responde a las recomendaciones de salud, asistiendo a los controles médicos, la ingesta de medicamentos y cambiando su estilo de vida (32).

Entre los factores asociados al incumplimiento en la adherencia al tratamiento se considera:

- a) Las formas en que el personal de salud y el paciente se relacionan y comunican, ya que ello influye en la motivación que el paciente pueda tener a partir de la buena comunicación del médico y la confianza en el beneficio de adherirse adecuadamente al tratamiento.
- b) Las condiciones en las que viven los pacientes en el entorno debido a que las creencias personales, sociales, el entorno emocional, afectivo, así como el aspecto sociodemográfico y el nivel de conocimientos son determinantes para favorecer o afectar la adherencia al tratamiento.

El tipo de enfermedad es también un factor a tener en cuenta debido a que cuando el paciente tiene mínimos síntomas de la enfermedad o cuando este es preventivo, la adherencia al tratamiento es menor; por otro lado, es especialmente difícil en el caso de enfermedades que comprometen la conciencia y el desempeño social del individuo.

El tipo de terapéutica indicada tiene que ver con la periodicidad del tratamiento. Cuando este es corto y sencillo de seguir, el paciente tiene buena adherencia, pero esta disminuye cuando el tratamiento es prolongado como es en el caso de enfermedades crónicas degenerativas que requieren varios tratamientos e incluso algunos por vía parenteral y se requiere personal entrenado para su aplicación (32).

Dentro de la dimensionalización de la adherencia al tratamiento se consideran los siguientes aspectos:

**a) Olvido o descuido de la ingesta de medicamentos:**

Esta característica hace referencia a lapsos de tiempo en donde, de manera involuntaria, los pacientes incumplen el tratamiento farmacológico, debido a que se olvidan de tomar su medicación. Ello evidencia una adherencia no intencional, donde el paciente desea seguir el tratamiento, sin embargo, tiene dificultades para recordarlo.

**b) Modificación intencional en la decisión de tomar o no los medicamentos:**

En este caso, los pacientes, de manera consciente y deliberada, alteran la prescripción médica suspendiendo, reduciendo o aumentando las dosis por su criterio personal.

**c) Barreras logísticas o estructurales de acceso a los medicamentos:**

Están dadas por aspectos externos o contextuales que dificultan el acceso a los medicamentos, estas pueden ser de orden económico,

así como de disponibilidad y acceso a servicios de salud, por lo que no se cumple de manera regular con el tratamiento prescrito.

**d) Conducta general de adherencia que muestra el paciente:**

Esta característica corresponde al comportamiento del paciente respecto al cumplimiento de las indicaciones terapéuticas (ingesta de medicamentos, controles médicos y hábitos saludables), por lo que expresa el nivel de compromiso del paciente para con el manejo de su enfermedad.

## **2.4. Definición de Términos Básicos**

### **2.4.1. Diabetes mellitus tipo 2:**

Es una enfermedad crónica degenerativa, debilitante y multifacética generada por fallas metabólicas de la resistencia a la insulina por pérdida de la acción periférica en los diferentes tejidos, así como defectos en su secreción, generando hiperglucemia. Se asocia a complicaciones agudas y crónicas que pueden provocar multidisfuncionalidad y falla orgánica (34).

### **2.4.2 Adherencia al tratamiento farmacológico:**

Es entendida como el comportamiento de una persona respecto a la ingesta de medicamentos, dietas y cambios en el estilo de vida a partir de una recomendación dada por un profesional de la salud debido a algún problema de salud (35).

### **2.4.3 Autocuidado:**

Es conceptualizado como el conjunto de prácticas expresadas en actividades que las personas maduras realizan por si mismas motivadas por el interés en mantener el adecuado funcionamiento de su organismo y que afectan positivamente su desarrollo personal y su bienestar según señala Calderón y Rojas (2014) (36).

### **III. HIPÓTESIS Y VARIABLES**

#### **3.1 Hipótesis**

##### **Hipótesis General**

Ha: Existe correlación entre el nivel de conocimientos y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María, Huánuco, 2025.

Ho: No existe correlación entre el nivel de conocimientos y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María, Huánuco, 2025.

##### **Hipótesis Específicas**

###### **Nivel de Conocimientos sobre Sintomatología y Adherencia**

HEa1: Existe correlación entre el nivel de conocimientos sobre la sintomatología de la diabetes y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

HEo1: No existe correlación entre el nivel de conocimientos sobre la sintomatología de la diabetes y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

###### **Nivel de Conocimientos sobre Complicaciones y Adherencia**

HEa2: Existe correlación entre el nivel de conocimientos sobre las complicaciones de la diabetes y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

HEo2: No existe correlación entre el nivel de conocimientos sobre las complicaciones de la diabetes mellitus y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2.

###### **Nivel de Conocimientos sobre el Tratamiento y Adherencia**

HEa3: Existe correlación entre el nivel de conocimientos sobre el tratamiento y la adherencia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

HEo3: No existe correlación entre el nivel de conocimientos sobre el tratamiento y la adherencia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

### **Nivel de Conocimientos sobre Nutrición y Adherencia**

HEa4: Existe correlación entre el nivel de conocimiento sobre nutrición y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

HEo4: No existe correlación entre el nivel de conocimiento sobre nutrición y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

### **3.2 Operacionalización de Variables**

Variable de observación:

Nivel de conocimientos sobre la diabetes mellitus tipo 2.

Variable de contraste:

Adherencia al tratamiento

Tabla 1

Operacionalización de la variable: NIVEL DE CONOCIMIENTO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N ° items	ESCALA DE MEDICION	indice
Capacidad del ser humano para entender la naturaleza de las cosas relativas a la cantidad y calidad de información que posee acerca de la diabetes. Implica la comprensión de diversos aspectos relacionados con esta enfermedad crónica.	La variable será operacionalizada a través de la aplicación de un cuestionario elaborado para dicho fin, dirigido a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el ámbito de estudio; el mismo que permitió generar datos requeridos para medir el nivel de conocimientos.	Sintomatología	Conocimiento sobre causas.  Conocimientos sobre la función de la insulina y procesos básicos.	1,2,18,19,21,24	Variable cuantitativa - nominal	Cada ítem tendrá 2 opciones de respuesta y cada opción representa un puntaje:  Verdadero(1) Falso (2)  Los valores máximos indicaran mayor conocimiento
		Complicaciones	Identificación de los riesgos.	3,4,6,8,9,10		
		Tratamiento	Uso de insulina, automonitoreo, dieta, actividad física, control del estrés	5,7,16,17,23		
		Nutrición	Estilo de vida	11,12,13,14,20,22		

Tabla 2

Operacionalización de la variable: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

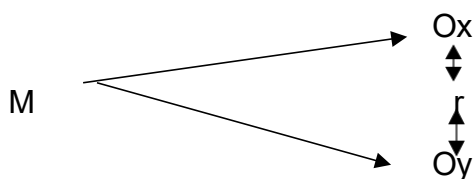
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	items	ESCALA DE MEDICION	indice
Según la Organización Mundial de la Salud, corresponde al grado en que, el comportamiento de una persona coincide con las recomendaciones de un profesional de la salud con respecto a un tratamiento o régimen de cuidado.	La variable será operacionalizada a través de la aplicación de la escala de medición de adherencia de Morinsky a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del ámbito de estudio.	Olvido/Descuido (no intencional)	Pacientes que omiten la toma por razones de olvido, rutina o distracción.	1,2,5,6	Variable cuantitativa - nominal	Cada ítem tendrá 2 opciones de respuesta y cada opción representa un puntaje, no( 1) si (2) Los valores máximos indicaran mayor adherencia al tratamiento la última pregunta la opción de respuesta es nunca (0) casi nunca (0.25) a veces (0,50) siempre (0.75)
		Modificación intencional	Paciente decide no tomar la medicación por sentirse bien o mal.	3,4		
		Barreras logísticas o estructurales	Ingesta de medicamentos	7		
		Conducta general de adherencia	Mide patrón de adherencia durante la última semana.	8		

## IV. DISEÑO METODOLÓGICO

### 4.1 Diseño metodológico

La presente investigación, según sus propósitos, corresponde a un estudio de tipo aplicado. Supo J (2024) señaló que este tipo de investigación focaliza problemas concretos, en circunstancias y características concretas dirigiendo su atención en la aplicación inmediata más no al desarrollo de teorías (38). Según el número de veces en que se midieron las variables de observación, corresponde a un estudio transversal (01 sola medición) y según el tiempo de recolección de datos, es un estudio prospectivo debido a que empleará fuentes primarias (33).

El enfoque de investigación corresponde al cuantitativo debido a que este enfoque emplea la recolección de datos y el análisis de los mismos haciendo uso de la estadística descriptiva e inferencial de manera numérica para contestar preguntas de investigación y probar las hipótesis de la investigación (34), finalmente, corresponde al nivel relacional, lo que ha permitido establecer relación entre las dos variables en observación (33). Debido a que la intención se centró en establecer la forma en que se relacionan o vinculan las dos variables, corresponde al diseño correlacional situándose en el diseño correlacional graficado de la siguiente manera: (33).



Donde:

M: Muestra de estudio: Pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

r: Coeficiente de Correlación

Ox: Variable de observación (Nivel de conocimientos)

Oy: Variable de contraste (Adherencia al tratamiento)

## **4.2 Método de Investigación**

La investigación hizo uso del método científico. Guy L. destaca que el método científico expresa un proceso ordenado en donde, a partir del descubrimiento y definición del problema, se formula una hipótesis, se recopilan datos y se exponen conclusiones respecto al rechazo o afirmación de las hipótesis (35). Así mismo, se requirió del método hipotético-deductivo que permitió ir de la hipótesis a la deducción para establecer la verdad o falsedad del conocimiento (35).

## **4.3 Población y Muestra**

### **4.3.1 Población**

La población estuvo conformada por 95 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, localidad de Tingo María, provincia de Leoncio Prado, departamento de Huánuco durante el periodo de enero a abril del año 2025.

### **4.3.2 Muestra**

La muestra de estudio correspondió a 95 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que representan la totalidad de pacientes con este tipo de enfermedad en el Centro de Salud Castillo Grande, localidad de Tingo María, provincia de Leoncio Prado, departamento de Huánuco.

- **Tipo de Muestreo**

Para la selección de la muestra se empleó toda la muestra por su ejecución sería tipo censal: (36).

- **Criterios de inclusión**

Participaron del estudio los pacientes que reunieron los siguientes criterios:

Pacientes de ambos sexos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos durante los meses de enero a abril del año 2025 en el Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María, Huánuco.

Pacientes que expresaron por escrito su consentimiento informado y aceptación a participar en el estudio.

- **Criterios de exclusión**

Pacientes no diabéticos atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María, Huánuco durante el periodo de estudio.

Pacientes con otro tipo de diabetes atendidos durante el periodo de estudio.

Pacientes diabéticos atendidos fuera del periodo de enero a abril del año 2025.

#### **4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado**

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud Castillo Grande, ubicado en la localidad de Tingo María, provincia de Leoncio Prado, departamento de Huánuco, durante enero a abril del año 2025.

#### **4.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de la Información**

##### **4.5.1. Técnicas**

- Para la variable de observación:

Los conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 fueron medidos empleando la técnica de la encuesta.

- Para la variable de contraste:

La variable adherencia al tratamiento fue también medida empleando la técnica de la encuesta.

#### **4.5.2. Instrumentos**

Instrumento de la variable de observación: Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2.

Nombre del instrumento: Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ-24)  
Development of the Spanish-language diabetes knowledge questionnaire.  
Publicado en The Starr County Diabetes Education Study: (37).

Autor: García, A., Villagómez, E., Brown, S., Kouzekanani, K., Hanis, C.

Año: 2001

Tipo de instrumento: Cuestionario

Objetivo: El cuestionario evalúa el nivel de conocimientos que las personas tienen sobre la diabetes mellitus tipo 2 y las áreas que requieren mayor educación.

Número de ítems: El cuestionario tiene 24 reactivos

Organización: El cuestionario explora 4 dimensiones: conocimientos sobre la sintomatología, complicaciones, tratamiento y nutrición. Las preguntas son de opción verdadero o falso.

Aplicación: Se realizó de manera directa, en forma presencial, a cada paciente con diabetes mellitus tipo 2.

Tiempo de administración: 15 minutos por cada participante

Normas de aplicación: El paciente marcará la alternativa que considere correcta de acuerdo a su conocimiento del tema.

Niveles y rango: El cuestionario contiene 24 ítems. El criterio de evaluación valoró las respuestas a cada pregunta de la siguiente manera:

12 ítems referidos a síntomas y complicaciones, 12 ítems referidos a tratamiento y referidos a nutrición.

#### Validez y Confiabilidad:

El cuestionario se derivó inicialmente de una versión que contenía 60 ítems. Este fue reducido empleando el análisis psicométrico, seleccionando 24 con mayor representatividad.

El grado en que el instrumento mide la variable conocimientos respecto a su contenido fue revisado por expertos en diabetes y profesionales bilingües, valorando el aspecto cultural hispano. Su validez de constructo se sustentó en el análisis factorial y se precisó en la validez de criterio, correlaciones significativas con comportamientos de nivel educativo. Respecto al grado en que la aplicación del cuestionario, los creadores del cuestionario reportaron un alfa de Cronbach de 0.78.

Instrumento de la variable de contraste: Adherencia al tratamiento

Nombre del instrumento: Morisky Medication Adherence Scale (MMAS 8)

Autor: Donald E. Morisky y colaboradores. (Predictive Validity of a Medication Adherence Measure for Hypertension Control), publicado en Journal of Clinical Hypertension.(52)

Año: 2008

Tipo de instrumento: Cuestionario

Objetivo: Evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas e identificar factores conductuales asociados a la no adherencia.

Número de ítems: El cuestionario contiene ocho ítems. Los primeros 7 ítems tienen respuestas dicotómicas: Sí, No. El ítem 8 contiene

respuestas tipo Likert con las opciones Nunca, casi nunca, A veces y Siempre (0).

**Organización:** Está compuesta por 4 dimensiones: Olvido o descuido de la ingesta de medicamentos, modificación intencional en la decisión de tomar o no los medicamentos, barreras logísticas o estructurales de acceso a los medicamentos y conducta general de adherencia que muestra el paciente.

**Aplicación:** Se realizó de manera presencial con cada paciente que presenta diabetes mellitus tipo 2.

**Tiempo de administración:** 10 minutos por cada participante

**Normas de aplicación:** El paciente realizó la marcación de la alternativa que consideró adecuada en su caso.

#### **Niveles y Rango:**

Las respuestas se codifican de forma específica; el cuestionario asigna 1 punto a cada respuesta que expresa adherencia al tratamiento y 0 puntos a cada respuesta que no expresa adherencia.

El ítem 8 es de tipo Likert y tiene la puntuación: para las alternativas: nunca 0 y siempre 0; para la alternativa casi nunca 0.25 y 0.50 para la alternativa a veces.

El puntaje de los 7 primeros ítems se suma al puntaje del ítem 8. La valoración de la adherencia oscila entre la puntuación de 0 a 8.

#### **Validez y Confiabilidad:**

El cuestionario ha sido aplicado ampliamente y cuenta con buena validez y confiabilidad psicométrica. Su validez de contenido fue desarrollada a partir de

una versión más corta (MMAS-4) y se basó en teorías del comportamiento sobre la adherencia incorporando las dimensiones ya señaladas en el ítem de organización. La validez de criterio se evaluó en pacientes hipertensos y obtuvo una validez predictiva. Finalmente, la validez de constructo fue demostrada mediante análisis factoriales, encontrando que los ítems expresan adecuadamente la categoría conceptual de adherencia.

#### **4.6 Análisis y Procesamiento de Datos**

Recolección de datos: Se solicitó con anterioridad a la dirección del establecimiento de salud la autorización correspondiente indicando el título del estudio, su objetivo y temporalidad. Una vez obtenido, se realizó una reunión informativa con el personal de salud del establecimiento informándoles sobre la aplicación de los instrumentos.

Aplicación de los instrumentos: Se procedió a informar a cada paciente atendido en el servicio de medicina, por presentar diabetes mellitus tipo 2, sobre los 2 cuestionarios a aplicarse, solicitándoles, en caso de que estén conformes, la firma del consentimiento correspondiente. Se verificó la adecuada comprensión de cada uno de los ítems sin ninguna dificultad.

Contando con ello, se aplicó primero el instrumento para medir sus conocimientos sobre la diabetes mellitus tipo 2 y posteriormente el instrumento para medir la adherencia al tratamiento.

Tiempo empleado: Para el primer instrumento fue de 15 minutos y para el segundo instrumento, 10 minutos. El proceso fue replicado durante los meses de enero a abril del año 2025 de acuerdo con la demanda diaria de pacientes con dicha patología hasta alcanzar la totalidad de la muestra de estudio, es decir, 95 pacientes atendidos por diabetes mellitus tipo 2. Se trabajó un registro fotográfico del proceso.

Organización de datos: Concluido el recojo de datos, estos fueron clasificados de acuerdo con sus dimensiones, luego codificados y tabulados. En ese orden

fueron ingresados al programa estadístico SPSS en su versión 26. El programa permitió obtener una distribución de frecuencias y porcentajes, los mismos que fueron presentados en tablas y figuras.

Análisis inferencial: Los datos fueron sometidos a la prueba estadística no paramétrica de chi-cuadrado para su análisis inferencial, lo que permitió tener la evidencia científica para aceptar o rechazar las hipótesis planteadas.

#### **4.7. Aspectos éticos en investigación.**

La investigación tuvo en cuenta los siguientes aspectos éticos:

Se partió de contar con la autorización por escrito del jefe del Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María, Huánuco, a fin de contar con las facilidades durante el proceso de investigación.

Se tuvo el cuidado de solicitar el consentimiento informado a cada paciente con diabetes mellitus tipo 2 atendido en el servicio de medicina de dicho establecimiento de salud al que se le aplicaron los instrumentos de recojo de datos; explicándoles previamente de manera clara el propósito, los procedimientos y beneficios del estudio.

Se guardó confidencialidad y protección de los datos recogidos, considerando el anonimato y la codificación para evitar la identificación de los participantes. Se respetó la decisión de los participantes de aceptar o rechazar su participación sin presiones. Partiendo del principio de beneficencia, se minimizó todo tipo de riesgos para los participantes durante el proceso, sus respuestas no tuvieron ningún tipo de manipulación y fueron transcritas tal cual para su análisis como expresión de integridad científica.

## V. RESULTADOS

### 5.1. Resultados descriptivos

TABLA 3

Características sociodemográficas de pacientes con diabetes mellitus tipo 2

	n= 95	
	Frecuencia	Porcentaje
<b>EDAD (en años)</b>		
30 a 49	22	23.2%
50 a 59	23	24.2%
60 a 69	23	24.2%
70 a 79	23	24.2%
80 a más	4	4.2%
<b>SEXO</b>		
Masculino	45	47.0%
Femenino	50	53.0%
<b>PROCEDENCIA</b>		
Urbana	85	89.50%
Rural	10	10.50%
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>		
	<b>95</b>	
<b>Primaria</b>	65	68.0%
<b>Secundaria</b>	30	32.0%

La presente tabla del factor sociodemográfico de los pacientes con DM tipo 2. respecto a la edad, se encontró que los grupos etarios entre 30 y 79 años oscilan en alrededor del 24 % en tanto que un 4,2 % se concentró en el segmento de mayores de 80 años. Destaca como un hallazgo interesante la presencia de diabetes mellitus tipo 2 en población adulta joven.

En relación al sexo, se halló una incidencia de DM tipo 2 del 53 % en el sexo femenino en relación al 47% de sexo masculino. Finalmente, en relación con la procedencia, el 89,50% de la zona urbana y el 10,50% zona rural.

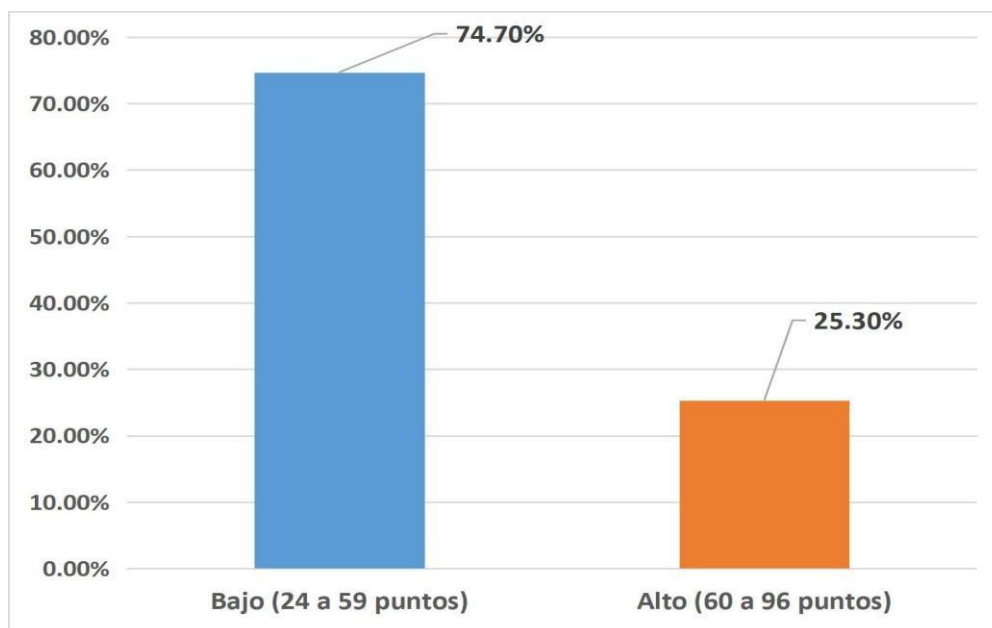
**TABLA 4**

<b>Nivel de conocimientos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Bajo (24 a 59 puntos)	71	74.7
Alto (60 a 96 puntos)	24	25.3
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2

**Figura 5.1.2**

Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2



Se evidencia que el 74,75 % de los pacientes presenta un nivel bajo de conocimientos sobre su enfermedad; asimismo, en el 25,3 % el nivel es alto

TABLA 5

Conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 según dimensiones

Dimensiones	Nivel de conocimientos	Frecuencia	Porcentaje
Dim. 1.	Alto	19	20.0
Sintomatología	Bajo	76	80.0
Dim. 2.	Alto	14	14.7
Complicaciones	Bajo	81	85.3
Dim. 3.	Alto	5	5.30
Tratamiento	Bajo	90	94.70
Dim. 4.	Alto	5	5.30
Nutrición	Bajo	90	94.70
<b>Total</b>		<b>95</b>	<b>100.0</b>

Tabla 6

Relación entre nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y adherencia al tratamiento

Tabla cruzada					
Nivel de conocimientos *Adherencia al tratamiento					
		Adherencia al		Total	
		tratamiento			
		Bajo	Alto		
Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2	<b>Bajo</b>	Recuento	69	2	<b>71</b>
		% del total	72.6%	2.1%	<b>74.7%</b>
	<b>Alto</b>	Recuento	0	24	<b>24</b>
		% del total	0,0%	25,3%	<b>25,3%</b>
<b>Total</b>		Recuento	<b>69</b>	<b>26</b>	<b>95</b>
		% del total	<b>72.6%</b>	<b>27,4%</b>	<b>100%</b>

Los resultados demuestran un patrón de asociación fuerte entre las variables, en donde los pacientes con bajo nivel de conocimiento (72,6%) mostraron también baja adherencia al tratamiento, y entre ellos, solo el 2,1% registró alta adherencia al tratamiento. Por otro lado, 25,3% de los pacientes registraron un alto nivel de conocimientos y, a su vez, una alta adherencia al tratamiento, lo que confirma que un alto nivel de conocimientos sobre la enfermedad se traduce directamente en una alta adherencia al tratamiento prescrito. Se evidencia que el 74,75 % de los pacientes presenta un nivel bajo de conocimientos sobre su enfermedad; asimismo, en el 25,3 % el nivel es alto.

## 5.2. Resultados inferenciales

<b>Prueba de chi-cuadrado</b>			
<b>Estadígrafo</b>	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Significación asintótica (bilateral)</b>
Chi-cuadrado de Pearson	85.198	1	0,00001
n de casos válidos	95		

**Análisis e Interpretación.** Decisión Estadística: El valor p obtenido ( $p < 0.00001$ ) es extremadamente pequeño y muy inferior al nivel de significancia ( $\alpha = 0.05$ ). Por lo tanto, se rechaza la Hipótesis Nula ( $H_0$ ) y se acepta la Hipótesis Alternativa ( $H_a$ ). Existe una asociación estadísticamente significativa y extremadamente fuerte entre el nivel de conocimientos y la adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

## TABLA CRUZADA

**Tabla 7**

Relación entre nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y adherencia al tratamiento Dimensión 1: Conocimiento de la sintomatología

<b>Dimensión 1:</b>					
<b>Conocimiento de la sintomatología * Adherencia al tratamiento</b>					
		<b>Adherencia al tratamiento</b>			<b>Total</b>
			<b>Bajo</b>	<b>Alto</b>	
<b>Conocimiento de la sintomatología</b>	<b>Bajo</b>	Recuento	69	7	<b>76</b>
		% del total	72.6%	7.4%	<b>80%</b>
	<b>Alto</b>	Recuento	0	19	<b>19</b>
		% del total	0,0%	20%	<b>20%</b>
<b>Total</b>		Recuento	69	26	<b>95</b>
		% del total	<b>72.6%</b>	<b>27.4%</b>	<b>100%</b>

Prueba de Chi cuadrado

<b>Pruebas de chi-cuadrado:</b>			
<b>Estadísticos</b>	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Significación asintótica (bilateral)</b>
Chi-cuadrado de Pearson	63.029	1	0,00001
N de casos válidos	95		

**Decisión Estadística:** Dado que el valor p ( $p < 0.00001$ ) es significativamente menor que el nivel de significancia  $\alpha = 0.05$ , se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la Hipótesis Alternativa ( $H_a$ ).

**Conclusión:** Existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento de sintomatología y la adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

**Análisis Específico de la Asociación:** Se identificaron 72.6% (69) de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con bajo nivel de conocimientos sobre sintomatología de la enfermedad y consecuentemente baja adherencia al tratamiento médico y entre ellos, tan sólo el 7.4% (7) presentó alta adherencia. Por otro lado, se hallaron 20% (26) de pacientes que registraron alto nivel de conocimientos sobre la sintomatología y a su vez alta adherencia al tratamiento.

**TABLA CRUZADA**  
**Tabla 8**

		<b>Dimensión 2:</b>			
		<b>Conocimiento de complicaciones *Adherencia al tratamiento</b>			
		<b>Adherencia al tratamiento</b>			
		<b>Bajo</b>	<b>Alto</b>	<b>Total</b>	
<b>Conoci miento de complicacio nes</b>	<b>Bajo</b>	Recuento	69	7	<b>70</b>
		% del total			
	<b>Alto</b>	Recuento	0	19	19
		% del total	0,0%	20%	20%
<b>Total</b>		Recuento	<b>72,6%</b>	<b>27,4%</b>	<b>100,0%</b>
		% del total			

#### **Pruebas de chi-cuadrado**

<b>Estadígrafos</b>	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Significación asintótica (bilateral)</b>
Chi-cuadrado de Pearson N de casos válidos	116.890 95	1	0,00001

**Decisión Estadística:** Dado que el valor p ( $p < 0.00001$ ) es significativamente menor que el nivel de significancia  $\alpha = 0.05$ , se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la Hipótesis Alternativa ( $H_a$ ).

**Conclusión:** Existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento de complicaciones y la adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

#### **Análisis Específico de la Asociación**

Se identificó 72,6% (69) de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con bajo nivel de conocimientos sobre las complicaciones de la enfermedad y consecuentemente baja adherencia, y entre ellos, tan sólo el 7,4% (7) presentó alta adherencia. Por otro lado, se hallaron 20% (26) de pacientes que registraron alto nivel de conocimientos sobre las complicaciones y a su vez alta adherencia.

**TABLA CRUZADA**  
**Tabla 9**

**Dimensión 3:**  
**Conocimiento de tratamiento \* Adherencia al tratamiento**

		<b>Adherencia al tratamiento</b>		<b>Total</b>	
		<b>Bajo</b>	<b>Alto</b>		
<b>conoci miento</b>	<b>Bajo</b>	Recuento	69	1	70
		% del total	72.6%	1.1%	73.7%
<b>de</b>	<b>Alto</b>	Recuento	0	25	25
		% del total	0,0%	26.3%	26.3%
<b>Total</b>		Recuento	69	26	95
		% del	72.6%	27,4%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Significació n asintótica (bilateral)</b>
Chi-cuadrado de Pearson	116.890	1	0,00001
N de casos válidos	95		

**Decisión Estadística:** Dado que el valor p ( $p < 0.00001$ ) es significativamente menor que el nivel de significancia  $\alpha = 0.05$ , se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la Hipótesis Alternativa ( $H_a$ ).

**Conclusión:** Existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento de tratamiento y la adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

**Análisis Específico de la Asociación:** Se hallaron 72,6% (69) de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que presentaron bajo nivel de conocimientos sobre el tratamiento de la enfermedad y entre ellos tan solo 1,1% con alto nivel de conocimiento. Por otro lado, 26,3% (25) registraron un alto nivel de conocimientos sobre ese aspecto.

## TABLA CRUZADA

**Tabla 10**  
**Dimensión 4:**

		Adherencia al tratamiento		Total	
		Bajo	Alto		
<b>Conoci</b>	<b>Bajo</b>	Recuento	69	1	70
		% del total	72.6%	1.1%	74.7%
<b>miento</b>	<b>Alto</b>	Recuento	0	25	25
		% del total	0,0%	26.3%	26.3%
<b>Nutrición</b>		Recuento	69	26	95
<b>Total</b>		% del total	<b>72.6%</b>	<b>27,4%</b>	<b>100,0%</b>

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significaci3n asint3tica
			<b>(bilateral)</b>
Chi-cuadrado de Pearson	116.890	1	0,00001

N de casos v3lidos      95

**Decisi3n Estadística:** Dado que el valor p ( $p < 0.00001$ ) es significativamente menor que el nivel de significancia  $\alpha = 0.05$ , se rechaza la hip3tesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la Hip3tesis Alternativa ( $H_a$ )

**Conclusi3n:** Existe una asociaci3n estadística significativamente significativa entre el nivel de conocimiento de nutrici3n (recategorizado en bajo y alto) y la adherencia al tratamiento (recategorizada en bajo y alto) en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

### **Análisis Específico de la Asociaci3n**

Se hall3 existencia de relaci3n entre el nivel de conocimientos sobre nutrici3n y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. El 72,6% de los pacientes presentaron bajo nivel de conocimientos y, a su vez, baja

adherencia, en tanto que tan solo el 1,1% de este segmento mostró alta adherencia.

Por otro lado, un 26,3% de pacientes se ubicaron en alto nivel de conocimientos sobre el tema nutricional frente a la patología y a su vez en alto nivel de adherencia. En resumen, el alto nivel de conocimiento sobre nutrición está asociado a un alto nivel de adherencia al tratamiento.

## **Relación entre nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y nivel de adherencia al tratamiento según dimensiones**

### **Procedimiento para las tablas cruzadas y prueba Chi-cuadrado**

1. **Hipótesis nula ( $H_0$ ):** No existe asociación significativa entre el nivel de conocimientos y la dimensión de adherencia.
2. **Hipótesis alternativa ( $H_a$ ):** Existe asociación significativa entre el nivel de conocimientos y la dimensión de adherencia.
3. Regla de decisión:
  - Nivel de significancia alfa = 0.05  $\alpha$  =5%
  - P-valor <  $\alpha$  se rechaza  $H_0$  (asociación significativa).
  - P-valor  $\geq \alpha$  no se rechaza  $H_0$  (sin asociación significativa).
4. Interpretación: Se interpreta el sentido y la fuerza de la asociación observada.
  - Se presentan las tablas cruzadas correspondientes que muestran las frecuencias absolutas de pacientes con nivel de conocimientos bajo y alto frente a adherencia baja y alta para cada dimensión.

### **Resultados:**

- La prueba de Chi-cuadrado muestra valores p bajos ( $p < 0.05$ ), indicando significancia estadística. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, concluyéndose que existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y las dimensiones de la adherencia al tratamiento.
- La interpretación indica que los pacientes con mayor nivel de conocimiento presentan mejor adherencia en todas las dimensiones, incluyendo menor olvido o descuido, menor modificación intencional, menos barreras logísticas y mejor conducta general de adherencia.

**Tabla 11**  
**TABLA CRUZADA**

<b>Dimensión 1: Olvido/Descuido</b>			
<b>Relación entre el nivel de conocimientos y la adherencia</b>			
<b>Nivel de conocimientos</b>	<b>Adherencia: Olvido/descuido</b>		<b>Total</b>
	<b>Baja</b>	<b>Alta</b>	
Bajo	68 71.60%	3 3.20%	71 74.70%
Alto	1 1.10%	23 24.2	24 25.3
<b>Total</b>	<b>69</b> <b>72.60%</b>	<b>26</b> <b>27.40%</b>	<b>95</b> <b>100%</b>

**Decisión estadística para la dimensión olvido/descuido.**

$p < 0.05 \rightarrow$  Se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la ( $H_a$ ).

**Conclusión:** Existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y la adherencia en la dimensión: Olvido/descuido. Los pacientes con mayores conocimientos olvidan menos su medicación.

Tabla 12

**TABLA CRUZADA**

<b>Dimensión 2: Modificación intencional</b>			
<b>Relación entre el nivel de conocimientos y la adherencia</b>			
<b>Nivel de conocimientos</b>	<b>Adherencia: Modificación intencional</b>		<b>Total</b>
	<b>Baja</b>	<b>Alta</b>	
Bajo	67 70.50%	4 4.20%	71 74.70%
Alto	0 0%	24 25.3	24 25.3
<b>Total</b>	<b>67</b> <b>70.50%</b>	<b>28</b> <b>29.50%</b>	<b>95</b> <b>100%</b>

**Decisión:**  $p < 0.05 \rightarrow$  Se rechaza  $H_0$  y se acepta  $H_a$ .

**Conclusión:** Existe correlación directa y fuerte. Los pacientes con mayor conocimiento tienden a no modificar intencionalmente su tratamiento.

Tabla 13

**TABLA CRUZADA**

<b>Dimensión 3: Barreras logísticas o estructurales</b>			
<b>Relación entre el nivel de conocimientos y la adherencia</b>			
<b>Nivel de conocimientos</b>	<b>Adherencia: Barreras logísticas y estructurales</b>		<b>Total</b>
	<b>Baja</b>	<b>Alta</b>	
Bajo	70 73.70%	1 1.1%	71 74.70%
Alto	1 1.1%	23 24.2	24 25.3
<b>Total</b>	<b>71</b> <b>74.70%</b>	<b>24</b> <b>25.30%</b>	<b>95</b> <b>100%</b>

**Decisión:** Se rechaza  $H_0$  y se acepta la  $H_a$

**Conclusión:** El nivel de conocimiento está asociado significativamente a la superación de barreras logísticas o estructurales en el tratamiento.

Tabla 14

TABLA CRUZADA

<b>Dimensión 4: Conducta general de adherencia</b>			
<b>Relación entre el nivel de conocimientos y la adherencia</b>			
<b>Nivel de conocimientos</b>	<b>Adherencia: Conducta General</b>		<b>Total</b>
	<b>Baja</b>	<b>Alta</b>	
Bajo	69 72.60%	2 2.1%	71 74.70%
Alto	0 0%	24 25.3	24 25.3
<b>Total</b>	<b>69</b> <b>72.60%</b>	<b>26</b> <b>27.40%</b>	<b>95</b> <b>100%</b>

**Decisión:**  $p < 0.05 \rightarrow$  Se rechaza  $H_0$  y se acepta  $H_a$ . Existe una asociación muy fuerte entre el nivel de conocimiento y la conducta general de adherencia: a mayor conocimiento, mayor cumplimiento del tratamiento.

**Conclusión general:** En todas las dimensiones se rechaza  $H_0$  y se acepta la  $H_a$  demostrado que el nivel de conocimiento de los pacientes está significativamente asociado con su adherencia terapéutica, tanto en olvido, modificación, barreras como conducta general.

## **VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

### **6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados.**

Para la demostración de las hipótesis, se siguió el "ritual de la hipótesis" según lo indicado en la guía metodológica.

Paso 1. Presentación de Resultados Numéricos Relevantes (Tabla de Datos). Los resultados generales inferenciales de la investigación, presentados en la tabla 5.1.4, muestran la relación entre el nivel de conocimientos y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. En pacientes con bajo nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 (72,6 %), también se halló bajo nivel de adherencia al tratamiento. El 2,8% de alta adherencia; sin embargo, en pacientes con alto nivel de conocimientos (25,3%), también la adherencia fue alta.

El análisis según dimensiones detalla esta relación de manera más específica. Respecto al conocimiento de la sintomatología y adherencia al tratamiento, la tabla 5.1.5 muestra una tendencia clara: los pacientes con un nivel de conocimiento alto (20%) presentaron también adherencia alta al tratamiento, mientras que aquellos con conocimiento bajo (72,6%) tuvieron también adherencia baja.

Respecto al conocimiento de las complicaciones y el nivel de adherencia al tratamiento, la tabla 5.1.6 muestra que los pacientes con un nivel de conocimiento bajo (72,6%) mostraron también adherencia baja al tratamiento. En contraste, el conocimiento bajo se asoció principalmente con adherencia baja. Un 20% registró un nivel alto de conocimientos y, a su vez, alta adherencia al tratamiento. Se evidenció que un nivel bajo de conocimiento sobre el tratamiento se correlacionó con una adherencia baja, mientras que un conocimiento alto se relacionó con una adherencia baja.

Paso 2. Formulación y Contrastación de las Hipótesis

A continuación, se presentan las hipótesis de la investigación y su contrastación con los resultados obtenidos:

Hipótesis General (Hg): Existe correlación directa y significativa entre el nivel de conocimientos y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María, Huánuco, 2025.

Hipótesis Nula (Ho): No existe correlación directa y significativa entre el nivel de conocimientos y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María, Huánuco, 2025.

Contrastación: Los resultados inferenciales de la investigación respaldan la hipótesis general. Se observa una correlación directa entre un mayor nivel de conocimientos (ya sea en sintomatología, complicaciones o tratamiento) y una mejor adherencia. Por ejemplo, la mayoría de los pacientes con alto conocimiento en sintomatología y bajo conocimiento en complicaciones y tratamiento mostraron alta adherencia. Aunque la tesis no presenta un valor p específico para la hipótesis general, la naturaleza de las tablas cruzadas sugiere una relación. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula.

Hipótesis Específica 1 (HEa1): Existe correlación directa y significativa entre el nivel de conocimientos sobre la sintomatología de la diabetes y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2.

Hipótesis Nula Específica 1 (HEO1): No existe correlación significativa entre el nivel de conocimientos sobre la sintomatología de la diabetes y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2.

Contrastación: Los hallazgos confirman esta hipótesis. La tabla de conocimiento de la sintomatología vs. adherencia al tratamiento muestra que el 100% de los pacientes con un nivel alto de conocimiento en sintomatología

tienen una adherencia alta al tratamiento, lo que indica una correlación directa y significativa. Se rechaza la hipótesis nula específica 1.

Hipótesis Específica 2 (HEa2): Existe correlación directa y significativa entre el nivel de conocimientos sobre las complicaciones de la diabetes y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2.

Hipótesis Nula Específica 2 (HEO2): No existe correlación significativa entre el nivel de conocimientos sobre las complicaciones de la diabetes y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2.

Contrastación: Esta hipótesis también es respaldada por los resultados. La tabla de conocimiento de las complicaciones vs. adherencia al tratamiento revela que un conocimiento medio sobre complicaciones se asocia directamente con una alta adherencia. Se rechaza la hipótesis nula específica 2.

Hipótesis Específica 3 (HEa3): Existe correlación directa y significativa entre el nivel de conocimientos sobre el tratamiento y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2.

Hipótesis Nula Específica 3 (HEO3): No existe correlación significativa entre el nivel de conocimientos sobre el tratamiento y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2.

Contrastación: Los datos también apoyan esta hipótesis. La tabla de conocimiento del tratamiento vs. adherencia al tratamiento demuestra que un nivel medio de conocimiento sobre el tratamiento está asociado a una alta adherencia. Se rechaza la hipótesis nula específica 3.

## 6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares

Los resultados de esta investigación se alinean con la literatura existente que subraya la importancia del conocimiento en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Un estudio realizado por Casanova D., Raymond G. (2023) en Cuba, encontró que la baja adherencia terapéutica en pacientes con

diabetes mellitus tipo II estaba consistentemente asociada con bajos niveles de conocimiento sobre la enfermedad y su manejo. Aunque este estudio también identificó otros factores sociodemográficos y socioeconómicos, la relevancia del conocimiento como un factor influyente es coherente con nuestros hallazgos.

Asimismo, Santana J. (2023) en su estudio sobre pacientes geriátricos, reportó que un buen nivel de conocimientos sobre la enfermedad favorecía la adherencia al tratamiento, destacando el componente educativo como crucial para la concienciación y comprensión del autocuidado. Esto refuerza la necesidad de intervenciones educativas en la población estudiada, especialmente considerando la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en la región de Huánuco y la problemática en el Centro de Salud Castillo Grande, donde se observa un bajo nivel de adherencia en pacientes de comunidades rurales con acceso limitado a servicios de salud y bajo nivel educativo. En conclusión, la correlación directa y significativa encontrada entre el nivel de conocimientos y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María, Huánuco, 2025, es consistente con la evidencia científica global. Esto subraya la necesidad de fortalecer los programas educativos y las estrategias de comunicación en salud para mejorar la adherencia terapéutica en esta población.

Por su parte, Farías-Vílchez (2021) estudió la relación entre conocimiento y adherencia, encontrando que, pacientes con conocimiento adecuado presentan mayor adherencia al tratamiento, mientras que aquellos con bajo conocimiento tienen baja adherencia, destacando que hasta un 40% presentan deficiencia en la adherencia farmacológica. Los resultados a los que arribó corroboran los encontrados en el presente estudio. De igual manera, Vidal Pérez (2025), del mismo modo que nuestro estudio, investigó la asociación entre el nivel de conocimiento de la diabetes mellitus y la adherencia, confirmando una valoración positiva entre ambos factores en pacientes atendidos en un centro de salud en Perú. Este estudio también confirma los hallazgos que nosotras hemos logrado alcanzar.

En ese mismo contexto, Wondm et al. (2024) Este autor, aun cuando trabaja de manera indirecta y poco relacionada con los conocimientos, no deja de tener cierto nivel de relación con nuestro estudio. La diferencia radica en que nuestro estudio se basa firmemente en el nivel de conocimiento situación que este autor no lo hace; enfatizan la importancia de las actividades de autocuidado (monitoreo glucémico, dieta, actividad física y medicación) para el control glucémico en diabetes tipo 2, determinando que la adherencia a estas actividades está asociada con mejores resultados clínicos. Por su parte, Juárez-Pacheco (2023) destaca en su revisión documental que las creencias del paciente acerca de la enfermedad y el tratamiento afectan la adherencia. A diferencia de nuestro estudio que se vincula más con el nivel de conocimientos, este autor profundiza un tanto el conocimiento llevándolo al campo cultural, lo que diferencia de nuestro estudio. Señala la necesidad de mayor investigación para el diseño de intervenciones educativas efectivas.

En ese contexto, Quishpe Chirau (2022) a diferencia de nuestra propuesta, propugna un estudio en donde reporta que las intervenciones educativas aumentan significativamente el nivel de conocimiento sobre autocuidado y mejoran el control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2. Nuestra investigación es sin intervención y está invitándome a orientar mi investigación por los sectores que han encontrado. Rodríguez-Battikh (2024), muestran similitud nuestros resultados abordándolos a partir de la evaluación de los niveles de aprendizaje y la importancia la educación para la salud. Nuestros resultados evidencian una relación significativa entre el conocimiento del paciente sobre diabetes tipo 2 y su adherencia al tratamiento, señalando la necesidad de fortalecer programas educativos.

Finalmente, Meléndez et al. (2025) abordan también los aspectos geopolíticos y sociodemográficos como factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y Jiménez et al. (2025), refiriéndose al tema del autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2, encuentran que fortalecer este aspecto influye en la mejora de la adherencia al tratamiento. Evidencias recientes de estudios en Perú y Latinoamérica coinciden en que la educación en salud basada en la

teoría del autocuidado de Dorothea Orem y el modelo de creencias en salud es esencial para mejorar la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo 2.

### **6.3. Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes.**

La responsabilidad ética en la investigación científica en salud constituye un eje fundamental para garantizar la dignidad, los derechos y la seguridad de los participantes. El cumplimiento de las normativas y principios éticos establecidos, tanto a nivel nacional como internacional, es indispensable para la validez y legitimidad de cualquier estudio de investigación en este campo.

#### Principios y normas éticas

De acuerdo con los reglamentos vigentes y las recomendaciones internacionales, la investigación en salud debe regirse por los siguientes principios bioéticos fundamentales:

Respecto a las personas: Asegurando el consentimiento informado, la autonomía y la privacidad de los participantes.

Beneficencia y no maleficencia: Maximizar los beneficios y minimizar los riesgos, priorizando en todo momento la seguridad y el bienestar de los sujetos de investigación.

Justicia: Equidad en la selección de los participantes y en la distribución de los beneficios y cargas derivadas de la investigación.

Estos principios han sido adoptados y promovidos por autores como Beauchamp y Childress, quienes establecieron la base del análisis bioético en la investigación biomédica.

## VII CONCLUSIONES

1. Se ha determinado la existencia de correlación directa y significativa ( $p$ -valor: 0,00001) entre el nivel de conocimientos y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande. Evidenciando que los pacientes con un alto nivel de conocimientos (25.3%) mostraron a su vez alta adherencia al tratamiento, mientras que aquellos pacientes con un bajo nivel de conocimiento (72.6%) presentaron también baja adherencia.
2. Socio-demográficamente, los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 mostraron simetrías (24%) entre los subgrupos etarios de 30 a 79 años de edad y 4,2% en mayores de 80 años de edad. Respecto al sexo, predominó el sexo femenino (53%) en relación al masculino (47%). Respecto a la procedencia predominó el ámbito urbano (89.5%) en relación al rural (10.5%). Finalmente, respecto al grado de instrucción predominó el nivel primario (68%) en relación con el nivel secundario (32%).
3. Se ha determinado la existencia de correlación significativa ( $p < 0.00001$ ) entre el nivel de conocimientos sobre la sintomatología de la diabetes mellitus tipo 2 y la adherencia al tratamiento. Se halló predominio de pacientes con bajo nivel de conocimientos (72,6%) y a su vez baja adherencia al tratamiento, frente a un 20% de pacientes con alto nivel de conocimientos y a su vez alta adherencia al tratamiento.
4. Se ha determinado que existe relación significativa ( $p < 0.00001$ ) entre el nivel de conocimientos sobre las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 y la adherencia al tratamiento, por cuanto el 72.6% de los pacientes tuvieron bajo nivel de conocimientos sobre las complicaciones de la enfermedad y baja adherencia, y entre ellos el 7.4% presentó alta adherencia. Por otro lado, se hallaron 20% de pacientes con alto nivel de conocimientos y a su vez alta adherencia.

5. Se ha determinado la existencia de relación significativa ( $p < 0.00001$ ) entre el nivel de conocimientos sobre el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 y el nivel de adherencia, por cuanto el 72,6% de los pacientes presentaron bajo nivel de conocimientos sobre el tratamiento de la enfermedad y entre ellos tan solo 1,1% con alto nivel de conocimiento. Por otro lado, 26,3% registraron un alto nivel de conocimientos sobre ese aspecto.
  
6. Se ha determinado que existe correlación directa y significativa ( $p < 0.00001$ ) entre el nivel de conocimientos sobre nutrición y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 por cuanto 72.6% evidenciaron bajo nivel de conocimientos y a su vez baja adherencia, en tanto que tan solo 1.1% de este segmento mostró alta adherencia. Por otro lado, un 26,3% de pacientes se ubicaron en alto nivel de conocimientos y a su vez en alto nivel de adherencia.

## **VIII RECOMENDACIONES**

7. Implementar Programas Educativos Continuos: en el Centro de Salud Castillo Grande en el cual se desarrollen programas sanitarios para pacientes con diabetes mellitus tipo 2, enfocándose a reforzar los conocimientos de la enfermedad y la adherencia al tratamiento para una detección temprana y manejo adecuado.
8. Fortalecer el Rol del Personal de Salud, capacitando a los profesionales del Centro de Salud Castillo Grande en estrategias pedagógicas efectivas para la educación de pacientes crónicos respetando su interculturalidad. Esto incluye el uso de un lenguaje claro y sencillo, aplicando materiales didácticos accesibles y el fomento de la participación activa del paciente y su entorno familiar en el proceso educativo.
9. Diseñar Intervenciones Educativas Personalizadas: Considerando que el nivel de conocimiento sobre la sintomatología puede variar entre los pacientes, y sean adaptadas a las necesidades individuales, para optimizar la efectividad de la enseñanza.
10. Realizar Estudios de Intervención: para evaluar y fomentar el autocuidado la efectividad de los programas educativos en conocimientos de las complicaciones, propuestos en la mejora de la adherencia al tratamiento y el control glucémico de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.
11. Realizar futuras investigaciones que exploren otros factores que puedan influir en los conocimientos de la adherencia al tratamiento de la enfermedad, como el apoyo integral y soporte familiar, el nivel socioeconómico, las barreras de acceso a los servicios de salud, para obtener una comprensión del problema.
12. Fortalecer la educación en la comunidad sobre la alimentación saludable desarrollando acciones de promoción y prevención de la diabetes mellitus tipo 2.

## IX REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Carrillo R, Bernabé A. Diabetes mellitus tipo 2 en Perú: una revisión sistemática sobre la prevalencia e incidencia en población en general. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2019 [Internet]36(1) pag:26–36. [Consultado el 24 de marzo del 2025] Disponible en: Doi: 10.17843/rpmesp.2019.361.4027
2. Ardón D, López D. Relación del autocuidado y grado de desequilibrio metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Revista Metropolitana de Ciencias Aplicadas [Internet] 2024. **Honduras**. [Consultado el 17 de abril de 2025];7(1)101-11.
3. Villena, J. Manrique H. Pretell E. Diabetes mellitus en el Perú: Impacto sobre la salud. Recomendaciones para prevención y atención integral. 2022 [Internet] [Consultado el 26 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://anmperu.org.pe/sites/default/files/4.%20Rev%20Diabetes%20Mellitus%20ANM.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Diabetes.2024. [Internet] [Consultado el 26 de marzo del 2025]. Disponible en. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
5. Federación Internacional de diabetes. Datos y cifras. 2021. [Internet] [Consultado el 28 de marzo del 2025] Disponible en: <https://idf.org/es/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>
6. Lara E, De los Ángeles Pérez-Pedraza B. Intervención cognitivo conductual en línea para mejorar el estilo de vida en la diabetes mellitus tipo II. Revista Psicología y Salud [Internet] 2023. [Consultado el 17 de abril de 2025];33(2) 407-414.  
<https://research.ebsco.com/c/hb5gu7/search/details/noe5qzktlf?q=diabetes+mellitus+tipo+II>
7. Acosta L, Angarita M, Orjuela L. Diabetes mellitus tipo II: Latinoamérica y Colombia, análisis del último quinquenio. Revista Med Jul [Internet] 2023 [Consultado el 17 de abril de 2025]; 31(2) 31-46.  
<https://research.ebsco.com/c/hb5gu7/search/details/rhcqmfeyu5?q=diabetes%20mellitus%20tipo%20II>

8. Rocca, J. Calderón, M. La Rosa, A. Seclén, S. Castillo, O. Pajuelo, J. Arbañil, H. Medina, F. Garcia, L Abuid, J. Type 2 diabetes mellitus in Peru: A literature review including studies at high-altitude settings. *Diabetes Res Clin Pract.* [Internet] 2021 [Consultado el 15 de mayo del 2025]: 182:109132. <https://annalsofglobalhealth.org/articles/133/files/submission/proof/133-1-329-1-10-20180509.pdf>
9. Villena, J. Diabetes Mellitus in Peru. *Annals of Global Health.* [Internet] 2015 [Consultado el 15 de mayo del 2025];81(6):765–75. <https://annalsofglobalhealth.org/articles/133/files/submission/proof/133-1-329-1-10-20180509.pdf>
10. Dirección Regional de Salud Huánuco. Dirección Ejecutiva de epidemiología. Boletín epidemiológico. SE 11. [Internet] 2025. [Consultado el 10 de junio de 2025]. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/7813888/6594086-boletin-11->
11. Revilla L, López T, Taipe M. Actualización en vigilancia de diabetes. Ministerio de Salud [Internet] [Consultado el 02 de abril del 2025.] Disponible en:<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2024/SE242024/03.pdf>
12. Prado L, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrón.* [Internet]; 36 (6) 2014. [Consultado el 02 de abril del 2025]

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242014000600004&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242014000600004&script=sci_arttext)

13. Torres J. Modelo de creencias en salud en personas sanas o enfermas: una revisión sistematizada. [Internet]. Revista Mexicana de enfermería cardiológica. 29(1) 2001. [Consultada el 02 de abril del 2025] Disponible en: <http://revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx/index.php/RevMexEnferCardiol/article/view/191>
14. López M, Peinado C. Nivel de conocimientos sobre diabetes y adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de ámbito rural vs urbano. [Internet] Nure Inv. 21 (131). 2024. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/2470>
15. Vera P, Matroianni P, Samaniego L, Lugo G, Maciel O, Maidana G. Evaluación del conocimiento y cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos y diabéticos tipo II en una unidad de salud de la familia. [Internet] Pharm Care Esp. vol.25 no.4 Barcelona jul./ago. 2023 Epub 29-Ene-2024. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.60103/phc.v25i4.815>
16. Casanova D, Raymond G. Factores asociados a la no adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II. [Internet] Medicentro Electrónica 26 (2). Epub 01-Jun-2022 Disponible en: Medicentro Electrónica. 2022, vol.26, n.2 [Citado el 29 de marzo 2025], pp. 412-435. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432022000200412&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432022000200412&lng=es&nrm=iso). Epub 01-Jun-2022. ISSN 1029-3043.
17. Santana J. Conocimiento y adherencia al tratamiento en pacientes geriátricos con diabetes mellitus. Ecuador, 2023. Tesis de título de licenciado en enfermería. Universidad Estatal del Sur de Manabí. [Internet] [Citado el 27 de marzo 2025] Disponible en:

<https://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/5905/1/SANTANA%20ONSTANTE%20JORDY%20PA%c3%9aL.pdf>

18. Briones A, Wong L, Guzmán M, Castellanos M, Albavera C. Falta de adherencia al tratamiento farmacológico y factores asociados en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo II. [Internet] Rev. méd. Chile, , v. 150, n. 8, p. 985-993, Aug. 2022. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872022000800985>
19. Rodríguez C. Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo II en el Centro de Salud Materno Infantil Pachacútec Perú Corea durante el periodo junio a agosto del año 2024. Lima, 2024. Tesis de título de médico cirujano. Universidad Ricardo Palma. [Internet] [Citado el 29 de marzo 2025] Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/8680859f-76b4-44b2-a840-aafeed523a76/content>
20. Loza A, Navarro B y Pocco N. Nivel de conocimientos y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos tipo II del Hospital San Juan de Lurigancho, Lima, 2022. Tesis de título de médico cirujano. Universidad Continental. [Internet] [Citado el 27 de marzo 2025] Disponible en: [https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/12779/3/IV\\_FCS\\_502\\_TE\\_Loza\\_Navarro\\_Pocco\\_2023.pdf](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/12779/3/IV_FCS_502_TE_Loza_Navarro_Pocco_2023.pdf)
21. Reymundez J. Conocimiento y adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes del Centro de Salud San Juan Bautista, 2022. Tesis de título de licenciada en enfermería. Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga [Internet] [Citado el 27 de marzo 2025] Disponible en: <https://repositorio.unsch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/3e5a8e3a-bd1a-4ec1-9f84-d4a82f3d129b/content>

22. Moquillaza L, Massironi Y. (Ica, 2024). Presentaron la tesis: "Nivel de conocimientos sobre complicaciones de diabetes mellitus como factor de adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2 del Centro de Salud CLAS Subtanjalla, 2023. Tesis de título de médico cirujano. Universidad Nacional San Luis Gonzaga [Internet] [Citado el 27 de marzo 2025] Disponible en <https://repositorio.unica.edu.pe/server/api/core/bitstreams/3d6020eb-fb9a-4cb7-a497-6ede88b8a2d1/content>
23. Farías B y Bardales D. Conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y adherencia al tratamiento en pacientes del hospital Reátegui de Piura, Perú. Acta Médica. Perú [Internet] 38 (1) Lima 2021. [Citado el 27 de marzo 2025] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2021.381.1119>
24. Vargas K, Cunya A, López N. Nivel de conocimientos y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, Lima, 2021. Tesis de título de licenciada en enfermería. Universidad Autónoma de Ica [Internet] [Citado el 27 de marzo 2025] Disponible en: <https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/20.500.14441/1330/3/Ana%20De%20Jesus%20Cunya%20Carhuapoma.pdf>
25. Pineda D, Velásquez A. Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 asociado con la adherencia al tratamiento farmacológico en el Hospital La Caleta, 2020. Tesis de título de médico cirujano. Universidad Nacional del Santa. [Internet] [Citado el 27 de marzo 2025] Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14278/3531>
26. Bavaresco M, Da Silva M, De Paiva G, Rodríguez Z. Aplicabilidad de la teoría de autocuidado de Orem en el autocuidado de personas con ostomía intestinal: un estudio reflexivo. Revista Cultura de los cuidados. [Internet] 2020. [Consultado el 17 de abril de 2025]; 24(57):307-317. <https://research.ebsco.com/c/hb5gu7/search/details/o3tu4nrmsn?limiters=None&q=teor%C3%ADa+del+autocuidado+de+Dorothea+Orem+>

27. Flores N, Gatica B, González A, Mejías C. Teorías del autocuidado. Dorothea Orem. ISTT Contamana. [Internet] 2023 [Consultado el 16 de abril del 2025]. Disponible en:  
<https://iestpcontamana.edu.pe/biblioteca/files/original/0bd8747a39565c7ac62ec51ff619cda0.pdf>
28. Meza A, Bolaños S, Solarte D, Narváez J, Eraso D, Gallardo K. Modelo teórico de Dorothea Orem aplicado a algunas necesidades del paciente. [Internet]. Revista Umariana. CE Boletín Informativo. 8(3) 2021. <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/2887/3171>
29. Marcos M, Tizón, E. Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. Gerokomos [Internet] 2013[Consultado el 17 de abril del 2025]; 24(4), 168-177
30. Centro de Información de Salud Rural. El modelo de creencias en salud. [Internet]. 07 de marzo del 2025. [Consultado el 17 de abril del 2025].
31. Solarte M, Alarcón C, Tixi S, Uvidia M, Brito L. Ciencia Latina. Revista Científica Multidisciplinar. [Internet] 2024 [Consultado el 17 de abril del 2025];8(2) 1687-1695. <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/10598/15609>
32. Peralta M, Carbajal P. Adherencia a tratamiento. Rev Cent Dermatol Pascua [Internet] 2008. [Consultado el 17 de abril 2025];17(3) 84-87. <https://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2008/cd083b.pdf>
33. Vega C, Camacho E, Alcaraz F, González A. Autocuidado de la salud. Base de datos eBook Collection (EBSCOhost). Guadalajara, 2011. <https://research.ebsco.com/c/hb5gu7/search/details/bpmq25mzqn?limiters=None&q=teoria+del+autocuidado+de+dorote+orem>

34. Jerez C, Medina Y, Ortíz A, Gonzales S, Aguirre M. Fisiopatología y alteraciones clínicas de la diabetes tipo II. Nova. Revista científica de ciencias naturales, biológicas y médicas. [Internet]; 20(38): 2022. <https://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/nova/article/view/6184>
35. Qasem, Al, Smith F, Clifford S. Adherencia a la medicación entre pacientes crónicos en países de oriente medio: revisión de estudios. Revista de Salud del Mediterráneo Oriental. [Internet] 17(4) 2011. Disponible en: <https://www.emro.who.int/emhj-volume-17/issue-4/article15.html>
36. Calderón G, Rojas J. Prácticas de autocuidado que realizan los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II, inscritos al programa riesgo cardiovascular en la ESE Carmen Emilia Ospina sede Granjas, Neiva, 2013 [Internet]. Colombia: [Consultada el 17 de abril de 2025]. Disponible en: <https://contenidos.usco.edu.co/salud/images/documentos/grados/T.G.Enfermeria/231.T.G-Gonzalo-Andres-Calderon-Santana-Jorge-Eduardo-Rojas-Duque-2014.pd>
37. García, A, Villagómez E, Brown S, Kouzekanani K, Hanis C. (2001). The Starr County Diabetes Education Study: Development of the Spanish-language diabetes knowledge questionnaire. *Diabetes Care*, 24(1), 16–21. <https://doi.org/10.2337/diacare.24.1.16>
38. Supo J. Zacarías H. Metodología de la investigación científica. Bioestadístico EEDU EIRL Arequipa, 2024. P 27.
39. Ñaupas H, Mejía E, Novoa E, Villagómez A. Metodología de la investigación científica y asesoramiento de tesis. Segunda Ed. 2011. Centro de producción Editorial e imprenta de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. p 69.

40. Gay L.R. 2014. En: Mejía E, Novoa E, Ñaupas H, Villagómez A. Segunda Ed. 2011. Centro de producción Editorial e imprenta de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. p 87
41. Hadi M, Martel C, Huayta F, Rojas C, Arias J. Metodología de la investigación. Guía para el proyecto de tesis. Instituto Universitario de innovación, ciencia y tecnología. Wilson Sucari / Patty Aza /Antonio Flores Puno, 2023. P. 76 DOI: 10.35622/inudi.b.073
42. Farías-Vílchez, BA (2021). Conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y adherencia al tratamiento. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 38(4), 589-595.
43. Vidal Pérez, AM (2025). Conocimientos y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Repositorio Continental*.
44. Wondm, SA, et al. (2024). Asociación entre actividades de autocuidado y control glucémico en diabetes tipo 2. *Informes Científicos*, 14, artículo 72981.
45. Juárez-Pacheco, S. (2023). Creencias y adherencia al tratamiento en Diabetes Mellitus tipo 2. *Educación y Salud*, 12(23), 87-93. <https://doi.org/10.29057/icsa.v12i23.11326>
46. Miranda, NEP, et al. (2024). Factores asociados a la no adhesión terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Ciencia Latina*, 8(5), 6488-6504. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i5.14064](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5.14064)
47. Quishpe Chirau, SM (2022). Intervención educativa en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Revista Cubana de Enfermería*, 38(1).
48. Rodríguez-Battikh, H. (2024). Conocimiento que tiene el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 y la adherencia al tratamiento. *Revista Española de Salud Pública*, 98, e202408.
49. Meléndez, AAR, et al. (2025). Adherencia farmacológica y factores asociados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica Hondureña*, 93(1), 9-18.

50. Jiménez, MLH, et al. (2025). Capacidad del autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 y su relación con la adherencia al tratamiento. *Revista de Salud Pública*, 45(2).
51. Orem, DE (2001). *Enfermería: conceptos de práctica* (6ª ed.). Mosby.

## **X ANEXOS**

### Anexo 01: Matriz de Consistencia

#### Título: Nivel de conocimientos y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María, Huánuco, 2025

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<b>Problema general:</b>	<b>Objetivo general:</b>	<b>Hipótesis general:</b>	<b>Variable de observación:</b> Conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2  <b>Variable de contraste:</b> Adherencia al tratamiento.	<b>Tipo y diseño:</b> Estudio aplicado de tipo prospectivo, transversal, de nivel relacional, analítico bivariado, enfoque cuantitativo, correlacional. Método: científico hipotético-deductivo.  <b>Población:</b> 95 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María, Huánuco, 2025.  <b>Muestra:</b> La totalidad de la población, es decir, 95 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 atendidos en dicho establecimiento de salud.  <b>Tipo de muestreo:</b> se empleó toda la muestra por su ejecución que fue tipo censal.
¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su adherencia al tratamiento prescrito en el Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María, Huánuco, 2025?	Determinar la relación entre los conocimientos de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y la adherencia al tratamiento prescrito en el Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María, Huánuco, 2025.	H <sub>a</sub> : Existe relación entre el nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y la adherencia al tratamiento en los pacientes atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María, Huánuco, 2025.		
<b>Problemas específicos</b>	<b>Objetivos específicos:</b>	<b>Hipótesis específicas:</b>		
a) ¿Que características sociodemográficas tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo 2?	a) Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.	H <sub>1E</sub> : Socio demográficamente, los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 son predominantemente de procedencia urbana, de bajo nivel educativo, de sexo femenino y con cierta simetría en los grupos étnicos.		
b) ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos sobre sintomatología y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?	b) Identificar la relación entre nivel de conocimientos sobre la sintomatología y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.	H <sub>2E</sub> : Existe correlación entre el nivel de conocimientos sobre la sintomatología de la diabetes y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.		
c) ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos sobre las complicaciones y la adherencia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?	c) Identificar la relación entre el nivel de conocimientos sobre las complicaciones y la adherencia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.	H <sub>3E</sub> Existe correlación entre el nivel de conocimientos sobre las complicaciones de la diabetes y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus		
d) ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos sobre el	d) Identificar la relación entre el nivel de conocimientos sobre el			

<p>tratamiento y la adherencia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?</p> <p>e) ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre nutrición y la adherencia en pacientes con diabetes tipo 2?</p>	<p>tratamiento y la adherencia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.</p> <p>e) Identificar la relación entre el nivel de conocimiento sobre nutrición y la adherencia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.</p>	<p>tipo 2.</p> <p>H<sub>4E</sub>: Existe correlación entre el nivel de conocimientos sobre el tratamiento y la adherencia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.de Salud Castillo Grande, Tingo María, Huánuco, 2025.</p> <p>H<sub>5E</sub>: Existe relación entre conocimientos sobre nutrición frente a la diabetes y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud Castillo Grande, Tingo María, Huánuco, 2025.</p>		
---	---	---	--	--

## Anexo 02: Instrumentos de Recolección de Datos

### Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ-24)

**Indicaciones:** El presente test mide el nivel de conocimientos sobre la diabetes mellitus tipo 2. Le agradecemos su participación voluntaria. Sus respuestas serán anónimas y serán empleadas con fines de estudio y mejora de nuestros servicios de salud. Lea atentamente las afirmaciones y señale la alternativa que usted considera correcta, según sea: Verdadero (V), Falso (F).

1. Comer demasiada azúcar y otros alimentos dulces es una causa de diabetes.  
Verdadero (  ) Falso (  )
2. El páncreas produce insulina.  
Verdadero (  ) Falso (  )
3. Un síntoma de la diabetes es tener mucha sed.  
Verdadero (  ) Falso (  )
4. La diabetes puede causar ceguera si no se trata oportunamente.  
Verdadero (  ) Falso (  )
5. Las personas con diabetes deben cepillarse los dientes con frecuencia.  
Verdadero (  ) Falso (  )
6. Un nivel alto de azúcar en sangre puede causar una mala cicatrización.  
Verdadero (  ) Falso (  )
7. No hay cura para la diabetes.  
Verdadero (  ) Falso (  )
8. Las personas con diabetes siempre necesitan usar insulina  
Verdadero (  ) Falso (  )
9. La diabetes puede dañar los riñones.  
Verdadero (  ) Falso (  )
10. La diabetes puede causar una mala circulación.  
Verdadero (  ) Falso (  )
11. Comer alimentos ricos en fibra es bueno para las personas con diabetes  
Verdadero (  ) Falso (  )
12. Un nivel bajo de azúcar en sangre es malo para una persona con diabetes

Verdadero ( ) Falso ( )

13. Los alimentos como el pan y las papas pueden afectar el nivel de azúcar en sangre.

Verdadero ( ) Falso ( )

14. Los alimentos grasos no afectan el nivel de azúcar en sangre

Verdadero ( ) Falso ( )

15. Perder peso puede ayudar a controlar la diabetes

Verdadero ( ) Falso ( )

16. Hacer ejercicio regularmente es bueno para las personas con diabetes

Verdadero ( ) Falso ( )

17. El estrés puede afectar el nivel de azúcar en sangre

Verdadero ( ) Falso ( )

18. Las personas con diabetes deben revisar sus pies regularmente

Verdadero ( ) Falso ( )

19. La insulina baja el nivel de azúcar en sangre

Verdadero ( ) Falso ( )

20. Las personas con diabetes pueden tener relaciones sexuales normales.

Verdadero ( ) Falso ( )

21. Las personas con diabetes deben controlar su nivel de azúcar en sangre regularmente.

Verdadero ( ) Falso ( )

22. Comer una gran cantidad de azúcar puede provocar un coma diabético.

Verdadero ( ) Falso ( )

23. La diabetes puede controlarse con medicamentos, dieta y ejercicio.

Verdadero ( ) Falso ( )

24. Las personas con diabetes deben consultar a su médico regularmente.

Verdadero ( ) Falso ( )



### **Anexo 03: Consentimiento Informado**

**Estimado/a participante:**

Por medio del presente, le invitamos a participar voluntariamente en un estudio de investigación que tiene como objetivo evaluar la relación entre los conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y la adherencia al tratamiento en pacientes como usted, mediante la aplicación de un cuestionario para medir conocimientos sobre la enfermedad y un cuestionario para medir su adherencia al tratamiento.

La aplicación de ambos instrumentos tomará aproximadamente entre 10 a 25 minutos. Sus respuestas serán anónimas. Su participación no le significará ningún tipo de riesgo físico ni psicológico y usted puede abstenerse de responder o retirarse de los cuestionarios cuando lo desee.

Se me ha leído la información anterior, se me ha explicado con lenguaje claro y he tenido la oportunidad de hacer preguntas respondidas satisfactoriamente por lo que, con pleno conocimiento, libre y voluntariamente, acepto participar en el estudio.

**Nombre del participante:** \_\_\_\_\_

**Firma del participante:** \_\_\_\_\_

**Fecha: //** \_\_\_\_\_

**Firma del investigador/a responsable:** \_\_\_\_\_

**DNI del investigador/a:** \_\_\_\_\_

**Fecha: //** \_\_\_\_\_

Anexo 04: BASE DE DATOS

VISTA DE DATOS NUMERICOS

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
	DATOS CL	CONO_ SI NTOMATO LOGIA	cono_c ompluca ciones	CONOC -TRAT AMIENT O	CONOC -NUTRI CION	ADHE_ OLVIDO INTENC	ADHE_ MOD.IN TENC	ADH_B ARR_LI NG	ADHER. CONDIC _GRAL	
1										
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
70	1	1	1	1	1	1	2	1	2	
71	3	1	1	1	1	2	2	1	3	
72	3	1	1	1	1	2	2	1	4	
73	3	1	1	1	1	2	2	2	4	
74	3	1	1	1	1	2	2	2	4	
75	3	1	1	1	1	2	2	2	4	
76	3	1	1	1	1	2	2	2	4	
77	3	1	1	1	1	2	2	2	4	
78	3	3	1	1	1	2	2	2	4	
79	3	3	1	1	1	2	2	2	4	
80	3	3	1	1	1	2	2	2	4	
81	3	3	1	1	1	2	2	2	4	
82	3	3	1	1	1	2	2	2	4	
83	3	3	3	1	1	2	2	2	4	
84	3	3	3	1	1	2	2	2	4	
85	3	3	3	1	1	2	2	2	4	
86	3	3	3	1	1	2	2	2	4	
87	3	3	3	1	1	2	2	2	4	
88	1	3	3	1	1	2	2	2	4	
89	3	3	3	1	1	2	2	2	4	
90	3	3	3	1	1	2	2	2	4	
91	3	3	3	1	1	2	2	2	4	
92	3	3	3	3	3	2	2	2	4	
93	3	3	3	3	3	2	2	2	4	
94	3	3	3	3	3	2	2	2	4	
95	3	3	3	3	3	2	2	2	4	
96	3	3	3	3	3	2	2	2	4	

VISTA DE DATOS LETRAS

	ADHEREN	CONG_SINTO MATOL	conoc_c omplie aciones	CONG C. TRA TAMIE	CONG C. NUT RICION	ADNE_ OLVID O	ADNE_ MOD.I NTENC	ADN_B ARR_L ING	ADHER CONDI
1									
2	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
3	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
4	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
5	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
6	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
7	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
8	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
9	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
10	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
11	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
12	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
13	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
14	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
15	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
16	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
17	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
18	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
19	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
20	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
21	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
22	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
23	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
24	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
25	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
26	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
27	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
28	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
29	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
30	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
31	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
32	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
33	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
34	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
35	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
61	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
62	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
63	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
64	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
65	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
66	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
67	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
68	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	Si	Si	NUncs (0)
69	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	2	Si	si nunca (0.25)
70	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Si	2	Si	si nunca (0.25)
71	Alto	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	2	2	Si	si veces (0.50)
72	Alto	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	2	2	Si	siempre (0.75)
73	Alto	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	2	2	2	siempre (0.75)
74	Alto	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	2	2	2	siempre (0.75)
75	Alto	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	2	2	2	siempre (0.75)
76	Alto	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	2	2	2	siempre (0.75)
77	Alto	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	2	2	2	siempre (0.75)
78	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Bajo	2	2	2	siempre (0.75)
79	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Bajo	2	2	2	siempre (0.75)
80	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Bajo	2	2	2	siempre (0.75)
81	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Bajo	2	2	2	siempre (0.75)
82	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Bajo	2	2	2	siempre (0.75)
83	Alto	Alto	Alto	Bajo	Bajo	2	2	2	siempre (0.75)
84	Alto	Alto	Alto	Bajo	Bajo	2	2	2	siempre (0.75)
85	Alto	Alto	Alto	Bajo	Bajo	2	2	2	siempre (0.75)
86	Alto	Alto	Alto	Bajo	Bajo	2	2	2	siempre (0.75)
87	Alto	Alto	Alto	Bajo	Bajo	2	2	2	siempre (0.75)
88	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Bajo	2	2	2	siempre (0.75)
89	Alto	Alto	Alto	Bajo	Bajo	2	2	2	siempre (0.75)
90	Alto	Alto	Alto	Bajo	Bajo	2	2	2	siempre (0.75)
91	Alto	Alto	Alto	Bajo	Bajo	2	2	2	siempre (0.75)
92	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	2	2	2	siempre (0.75)
93	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	2	2	2	siempre (0.75)
94	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	2	2	2	siempre (0.75)
95	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	2	2	2	siempre (0.75)
96	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	2	2	2	siempre (0.75)

## VISTA DE VARIABLE

	<i>Nombre</i>	<i>Tipo</i>	<i>Anchura</i>	<i>Decimal</i>	<i>Etiqueta</i>	<i>Valores</i>	<i>Perdidos</i>	<i>Columna</i>	<i>Alineacion</i>	<i>Medida</i>	<i>Rol</i>
1											
2	ADHERENCIA	Numérico	8	0	Adherencia al tratamiento	{1, Bajo}...	Ninguno	8	Centro	Ordinal	Entrada
3	CONOC_SINTOMATO	Numérico	8	0	Dimensión 1:Conocimiento de la sintomatología	{1, Bajo}...	Ninguno	8	Centro	Ordinal	Entrada
4	CONOC_COMPLIC	Numérico	8	0	Dimensión 2:Conocimiento de las complicaciones	{1, Bajo}...	Ninguno	8	Centro	Ordinal	Entrada
5	CONOC_TRATAM	Numérico	8	0	Dimensión 3:Conocimiento del Tratamiento	{1, Bajo}...	Ninguno	8	Centro	Ordinal	Entrada
6	CONOC_NUTRICION	Numérico	8	0	Dimensión 4:Conocimiento de Nutrición	{1, Bajo}...	Ninguno	8	Centro	Ordinal	Entrada
7	ADHE_OLV_DESC	Numérico	8	0	Dimensión 1 Olvido/descuido no intencional	{0, No}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
8	ADH_MOD_INTEN	Numérico	8	0	Dimensión 2: Modificación intencional	{0, No}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
9	ADH_BARR_LING	Numérico	8	0	Dimensión 3: Barrera Lingüística	{0, No}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
10	ADH_COND_GRAL_A	Numérico	8	0	Dimensión 4 :Conducta General de Adherencia	{1, Nunca (0)}...	Ninguno	8	Centro	Ordinal	Entrada
11											

## AUTORIZACION DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN ESTUDIO



GERENCIA REGIONAL  
DE DESARROLLO

DIRECCIÓN  
REGIONAL DE SALUD



RED DE SALUD  
LEONCIO PRADO



MICRO RED DE SALUD  
CASTILLO GRANDE

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

### PROVEIDO N° 035- ACLAS/CSCG

**CARGO**

Visto la solicitud de: ROSA TITO CONDORI, GISELLA GREYSY RUIZ HERRERA y RUTH SILVIA JUNES FLORES, Estudiantes Egresadas de la Segunda Especialidad en Salud Familiar y Comunitaria de la Facultad de Ciencias de la Salud – UNIVERSIDAD NACIONAL DE CALLAO, donde con el asunto: **"Autorización para ejecución de la investigación y recolección de datos"** de la investigación: **Nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2.**

Esta jefatura amparada de acuerdo a Ley da: **OPINION FAVORABLE**, referente a lo solicitado.

Castillo Grande, 20 de mayo de 2025



ASOCIACION CIVIL CLAS  
CASTILLO GRANDE  
*Rosa Nancy Basilio Atencio*  
DNI 23003327  
GERENTE