

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE MEDICINA HUMANA**



**Características clínicas, nivel de conocimiento y adherencia  
terapéutica en adultos con diabetes de dos hospitales de Lambayeque,**

**2024**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE**

**MÉDICO CIRUJANO**

**AUTOR**

**Jean Carlos Cubas Leiva**

**ASESOR**

**Juan Victor Gonzales Alfaro**

<https://orcid.org/0009-0001-4461-1466>

**Chiclayo, 2026**

**Características clínicas, nivel de conocimiento y adherencia  
terapéutica en adultos con diabetes de dos hospitales de  
Lambayeque, 2024**

PRESENTADA POR  
**Jean Carlos Cubas Leiva**

A la Facultad de Medicina de la  
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo  
para optar el título de

**MÉDICO CIRUJANO**

**APROBADA POR**

Rosa Elizabeth Guarniz Lozano

**PRESIDENTE**

Erik Dennis Cuyo Gonzales  
**SECRETARIO**

Juan Victor Gonzales Alfaro  
**VOCAL**

### **Dedicatoria**

Con profunda gratitud y respeto, dedico este trabajo de tesis a mis amados padres, quienes han sido el pilar fundamental en mi vida. Su incansable esfuerzo, sacrificio y apoyo incondicional han sido cruciales para que hoy pueda alcanzar esta meta académica.

A mis queridos hermanos, quienes han sido compañeros inseparables en este recorrido, brindándome su cariño, comprensión y aliento en todo momento. De manera particular a mi hermanito, cuyas primeras sílabas y tiernos intentos por hablar han sido la melodía más hermosa para aligerar mis días, convirtiéndose en un invaluable soporte en este desafiante pero gratificante proceso.

Deseo también reservar un espacio muy especial en estas líneas para una persona extraordinaria que se ha convertido en mi refugio y mi mayor inspiración. A ti, que con tu infinita paciencia, compañía y palabras de aliento me impulsaste a dar lo mejor de mí durante las noches más largas de este proyecto. Gracias por sostener mi mano y creer siempre en mí.

A todos ustedes, mis seres queridos, les consagro este logro académico, pues sin su inquebrantable apoyo y amor, nada de esto hubiera sido posible. Que este trabajo sea un reflejo de mi eterna gratitud y el profundo vínculo que nos une.

## Características clínicas, nivel de conocimiento y adherencia terapéutica en adultos con diabetes de dos hospitales de Lambayeque, 2024

### INFORME DE ORIGINALIDAD



### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>repositorio.usmp.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>2</b>	<b>repositorio.unica.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>3</b>	<b>repositorio.unprg.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>fipcaec.com</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>repositorio.upsjb.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>www.researchgate.net</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>repositorio.ucv.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>8</b>	<b>repositorio.unibe.edu.do</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>

## Índice

<b>Resumen.....</b>	<b>6</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>7</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>8</b>
<b>Revisión de literatura.....</b>	<b>10</b>
<b>Materiales y métodos.....</b>	<b>13</b>
<b>Resultados y discusión.....</b>	<b>16</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>27</b>
<b>Recomendaciones.....</b>	<b>27</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>29</b>
<b>ANEXOS:.....</b>	<b>33</b>

## Resumen

**Objetivo:** Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en los hospitales Provincial Docente Belén de Lambayeque y Luis Heysen Incháustegui en la región Lambayeque, 2024. **Métodos:** Estudio realizado en 283 pacientes que acuden a consultorio externo en los hospitales Provincial Docente Belén de Lambayeque y Luis Heysen Incháustegui en la región Lambayeque, 2024. Las características sociodemográficas y clínicas, la adherencia y nivel de conocimientos se evaluaron a través de cuestionarios: Ficha de datos, Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ24) y “Medida de adhesión al tratamiento (MAT)” respectivamente. **Resultados:** En características clínicas la comorbilidad más frecuente es la hipertensión arterial (HTA) , las complicaciones más frecuentes son las neuropatías y retinopatías. Se demostró que el 71,7% de los pacientes encuestados no presenta un adecuado conocimiento sobre su patología, además el 72,1% no presentan una adecuada adherencia al tratamiento. Se halló que los pacientes de sexo masculino, jubilados y del seguro EsSalud presentan mayor conocimiento y adherencia terapéutica ( $p < 0.05$ ).

**Palabras clave:** Diabetes Mellitus tipo 2; Conocimiento; Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento (fuente: DeCS-BIREME).

### Abstract

**Objective:** To describe the sociodemographic and clinical characteristics of patients with type 2 diabetes mellitus treated at the Belén de Lambayeque Provincial Teaching Hospital and the Luis Heysen Incháustegui Hospital in the Lambayeque region, 2024. **Methods:** Study carried out on 283 patients who attend the outpatient clinic at the Belén de Lambayeque Provincial Teaching Hospital and the Luis Heysen Incháustegui Hospital in the Lambayeque region, 2024. Sociodemographic and clinical characteristics, adherence and level of knowledge were evaluated through questionnaires: Data Sheet, Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ24) and "Treatment Adherence Measure (MAT)" respectively. **Results:** In clinical characteristics, the most frequent comorbidity is arterial hypertension (HTA), the most frequent complications are neuropathies and retinopathies. It was found that 71.7% of the patients surveyed do not have adequate knowledge about their pathology, and 72.1% do not have adequate adherence to treatment. It was found that male patients, retirees and those with EsSalud insurance have greater knowledge and therapeutic adherence ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** Diabetes Mellitus, type 2; Knowledge; Medication adherence (source: MeSH NLM).

## Introducción

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) se define como una enfermedad metabólica caracterizada por hiperglucemia crónica resultante de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la misma, o en ambas. Es una enfermedad no transmisible y multifactorial que puede conducir a la discapacidad e incluso a la muerte de los pacientes. Afecta a grupos vulnerables, especialmente en países en desarrollo, donde la mortalidad relacionada con la diabetes se acerca al 80%. Se caracteriza por hiperglucemia crónica que produce múltiples complicaciones que afectan la calidad de vida [1].

Se asocian algunos factores de riesgo, entre ellos está la obesidad, sobrepeso, alimentación inadecuada, sedentarismo, condicionante genético y la inactividad física. En su mayoría estos factores son modificables, sin embargo, los pacientes suelen tener escasa comprensión con su enfermedad e insuficiente adherencia al tratamiento, esto conduce a un mínimo control de la enfermedad [2].

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), nos informa que en el año 2019, en las Américas la diabetes mellitus 2 fue la sexta causa de muerte. Asimismo, se conoce que existen aproximadamente 62 millones de personas que padecen de DM2 en las Américas y se estima que para 2040 la cifra ascienda hasta 109 millones. Además, mencionan que en los países de ingresos bajos a medianos aumenta más la probabilidad de padecer dicha enfermedad [2].

Una adecuada adherencia al tratamiento se define como la medida en que el paciente asume los consejos del médico, tanto del estilo de vida como del propio tratamiento farmacológico. La falta de adherencia al tratamiento se sitúa entre el 30 al 51% en los pacientes con DM2 que toman antidiabéticos orales y de cerca del 25% en pacientes insulinizados [3-5].

Diversos estudios han demostrado la relación de la mala adherencia al tratamiento en DM2 con los riesgos de desarrollar complicaciones severas que afectan la calidad de vida de los pacientes, dañando diversos órganos y generando incapacidades que pueden ser permanentes [6].

A nivel nacional aproximadamente un millón y medio de personas mayores de 15 años padecen diabetes en Perú. La mayoría de los casos se concentra actualmente en las regiones costeras (5.2%) y amazónicas (3.5%), siendo Lima, Piura y Lambayeque las áreas con mayor prevalencia de diabéticos, seguidas de Ucayali, Loreto y San Martín [7].

En estudios realizados a nivel nacional y local; se ha evidenciado que los pacientes con un nivel de conocimiento inadecuado de la enfermedad, generalmente presentan un nivel de adherencia al tratamiento bajo. Al contrario, los pacientes que tienen adecuados conocimientos sobre su enfermedad conlleva a tener una adecuada adherencia al tratamiento [1]. Además, se ha demostrado que el grado de instrucción y el tiempo de enfermedad también son factores importantes que influyen en la adherencia al tratamiento. Un nivel de

instrucción superior y un mayor tiempo de enfermedad conllevan a tener una adecuada adherencia al tratamiento [8].

La DM2, con su creciente prevalencia a nivel mundial, plantea un desafío crítico para los sistemas de salud [9]. En el contexto específico de Lambayeque, una región que ha experimentado un preocupante aumento de casos y se sitúa entre las cuatro con mayor incidencia en el Perú, la urgencia de abordar esta problemática es innegable. Esta situación no solo representa una carga significativa para la salud de la población, sino también un desafío social que impacta directamente en la calidad de vida de los habitantes de la región. A pesar de los esfuerzos dedicados hasta la fecha, la persistente falta de soluciones efectivas resalta la imperiosa importancia de identificar factores asociados al incumplimiento terapéutico, englobando el nivel de conocimiento, las características clínicas y los factores sociodemográficos [10]. Este enfoque integral no solo contribuirá al avance de la ciencia médica, sino que también arrojará luz sobre desafíos sociales más amplios, como el acceso equitativo a la atención médica y la educación en salud.

La carencia de soluciones específicas, a pesar de investigaciones previas, subraya la relevancia fundamental de este estudio. La identificación de factores relacionados con el incumplimiento terapéutico no solo abre la posibilidad de desarrollar nuevas estrategias, sino también de mejorar las existentes para beneficiar a los pacientes, reducir complicaciones, optimizar la evolución de la enfermedad y disminuir los costos sanitarios. La elección de comparar los hospitales Belén de Lambayeque (Minsa) y Luis Heysen Incháustegui (Essalud) desde una perspectiva médica añade un valor sustancial, ofreciendo una visión clínica sobre las diferencias y factores específicos en entornos hospitalarios diversos, considerando que ambos hospitales pertenecen al mismo nivel II.

La trascendencia de este estudio no se limita únicamente a la comprensión actualizada de la adherencia al tratamiento y sus correlatos, sino que radica en su capacidad para rediseñar el paradigma de la atención a la DM2. Más allá de contribuir al conocimiento existente, esta investigación se proyecta como un faro guía para futuras exploraciones, marcando un hito en la evolución continua y progresiva en la batalla contra esta epidemia moderna. La incorporación de análisis más detallados sobre la eficacia de intervenciones previas y la exploración de nuevas tecnologías o enfoques terapéuticos emergentes fortalecerán aún más la base de conocimientos y la aplicabilidad práctica de los resultados obtenidos.

Con el presente estudio se busca evaluar ¿Cuáles son las características clínicas, nivel de conocimiento y adherencia terapéutica en adultos con diabetes mellitus tipo 2 de dos hospitales de Lambayeque 2024?

### **Objetivos de la investigación:**

#### **General:**

- Determinar las características clínicas, nivel de conocimiento y adherencia terapéutica en adultos con diabetes mellitus tipo 2 de dos hospitales de Lambayeque 2024.

**Específicos:**

- Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en los hospitales Provincial Docente Belén de Lambayeque y Luis Heysen Incháustegui en la región Lambayeque 2024.
- Determinar la frecuencia adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en los hospitales Provincial Docente Belén de Lambayeque y Luis Heysen Incháustegui en la región Lambayeque 2024.
- Establecer el grado de conocimiento sobre diabetes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en los hospitales Provincial Docente Belén de Lambayeque y Luis Heysen Incháustegui en la región Lambayeque 2024.
- Comparar la frecuencia de adherencia terapéutica y nivel de conocimiento según las características sociodemográficas, clínicas y el tipo de aseguramiento en pacientes atendidos en los hospitales Provincial Docente Belén de Lambayeque y Luis Heysen Incháustegui en la región Lambayeque 2024.

**Revisión de literatura.*****Antecedentes***

Pichardo y Luciano, en un estudio realizado en República Dominicana (2022), identificaron que en el año 2022 realizaron un estudio en donde buscaron identificar los factores que se asocian a la adherencia al tratamiento en pacientes con DM2 que acuden por consultorio externo de diabetología del hospital General de la Plaza de Salud en Santo Domingo - República Dominicana. Se hizo un estudio no experimental, descriptivo, transversal y prospectivo; realizado en muestra representativa de 197 pacientes. El instrumento utilizado para medir la adherencia terapéutica fue Morisky-Green de 8 ítems. El 62.44% de los pacientes tuvo adherencia media. Entre los factores asociados a la adherencia al tratamiento se encontraron a los factores socioeconómicos con un 63.96%, factores culturales con un 27.41%. Conclusión: Los factores que se asociaron a la adherencia terapéutica fueron los factores sociodemográficos y culturales [11].

En el contexto nacional, Silva (2021) llevó a cabo un estudio en donde se buscó definir el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. Se hizo un estudio observacional, descriptivo y transversal; realizado en 160 pacientes con diagnóstico de DM2. Para evaluar la adherencia terapéutica se utilizó el test de Morisky-Green modificado, y también se utilizó una ficha de recolección de datos. El 58% de los pacientes presentó una adherencia baja, el 30% de los pacientes una adherencia media, y el 12% presentó una adherencia alta. Entre los factores asociados que se asociaron a una mala adherencia terapéutica están el tiempo de enfermedad, ausencia de complicaciones, falta de conocimiento sobre la forma de cómo ajustar los medicamentos, la ocupación y la dificultad

para mejorar el estilo de vida. Conclusión: Los pacientes con buena adherencia no es óptima; además, entre los factores que se asocian a mala adherencia terapéutica están los factores clínicos, sociodemográficos y los factores relacionados con el tratamiento y sistema de salud [12].

A nivel local, Zegarra de la Cruz, Andree realizó un estudio sobre el nivel conocimientos y adherencia terapéutica en pacientes con DM2 del hospital Las Mercedes, en el cual solo el 45% de los pacientes tenían estudios a nivel secundaria; solo un 3.7% de los pacientes tenía un conocimiento adecuado de la enfermedad y un 9.22% presentó adherencia al tratamiento farmacológico, además se encontró asociación entre el conocimiento de la enfermedad por los pacientes y la adherencia al tratamiento. Conclusiones: El nivel de conocimientos sobre diabetes fue deficiente en la mayoría de pacientes, mientras que la adherencia completa al tratamiento farmacológico fue deficiente [8].

Gil Merino et al, realizaron un estudio sobre los factores asociados a la adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2 con microangiopatía y/o neuropatía en dos hospitales de Lambayeque. Se realizó un estudio de tipo transversal analítico en 119 pacientes con DM2 con microangiopatía y/o neuropatía. De 119 participantes el 26,9 % presentó adherencia terapéutica. En el análisis de regresión simple, se encontró que los factores asociados a una mayor frecuencia de adherencia terapéutica fueron el sexo masculino y tener grado de instrucción superior. Los pacientes de sexo masculino tenían 85 % mayor frecuencia de adherencia terapéutica, respecto a las mujeres. La adherencia terapéutica en pacientes con nivel de instrucción superior era 106 % mayor, respecto a los participantes con nivel de instrucción no superior. Conclusiones: La frecuencia de adherencia terapéutica en los pacientes estudiados es del 29,6 %. Los factores asociados a una mayor adherencia terapéutica son el sexo masculino y el grado de instrucción superior [13].

### ***Bases teóricas.***

#### **Diabetes Mellitus:**

La diabetes es una enfermedad crónica en la que se altera el metabolismo de los hidratos de carbono, lo que provoca un aumento de los niveles de azúcar en sangre. La diabetes mellitus se asocia con un deterioro relativo o absoluto de la secreción de insulina y diversos grados de resistencia a los efectos periféricos [14].

Entre los factores de riesgo más importantes para diabetes mellitus tipo 2 están: el sobrepeso, edad mayor a 45 años, antecedentes familiares con diabetes mellitus tipo 2, escasa actividad física (menor a tres veces por semana), diabetes gestacional, sedentarismo, alimentación inadecuada, entre otros [15].

Entre los síntomas clásicos de la diabetes están las manifestaciones clásicas de la hiperglucemia (poliuria, polidipsia, visión borrosa, pérdida de peso y nicturia). La poliuria se da cuando aumenta la concentración sérica de glucosa por encima de 180 mg/dL. Esta glucosuria genera diuresis osmótica y con ello poliuria e hipovolemia, generando a su vez polidipsia [16].

#### **Complicaciones agudas y crónicas:**

Entre las complicaciones agudas tenemos a la hipoglucemia, que es la complicación más frecuente asociada al tratamiento farmacológico, se define hipoglucemia con una concentración en sangre menor a 60 mg/dL. La cetoacidosis diabética es otra de las complicaciones agudas de la diabetes mellitus, se genera por un déficit relativo de insulina que genera hiperglucemia superior a 300 mg/dL, cuerpos cetónicos en sangre superiores a 3 mmol/l y acidosis con un pH menor a 7,3. Otra de las complicaciones agudas es el coma hiperglucémico hiperosmolar no cetósico, que es la complicación metabólica aguda más frecuente de la DM2, en esta complicación se encuentra una glucemia plasmática superior a 600 mg/dL [17].

Entre las complicaciones crónicas tenemos a las complicaciones macrovasculares, se caracterizan porque afectan a las arterias en general generando enfermedad cerebrovascular, cardíaca coronaria y enfermedad vascular periférica. Mientras que entre las complicaciones microvasculares están la neuropatía, retinopatía y nefropatía. Otra de las complicaciones crónicas es el pie diabético, de origen microangiopático. Las complicaciones macrovasculares generan un aumento de hasta 4 veces la morbimortalidad cardiovascular, el cual es la principal causa de muerte en los pacientes con diabetes mellitus [17].

### **Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2: [16]**

Entre los métodos para el diagnóstico de diabetes mellitus tenemos a:

- Glucosa plasmática en ayunas  $\geq 126$  mg/dL.
- Glucosa plasmática a las 2 horas durante una PTOG (75 g de glucosa anhidra)  $\geq 200$  mg/dL
- Hemoglobina glicosilada  $\geq 6.5$  %.

### **Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2:**

En el tratamiento no farmacológico se deben iniciar modificaciones del estilo de vida como la alimentación, actividad física, entre otros. Sin embargo, si los niveles de glicemia no han alcanzado los valores deseados, se iniciará el tratamiento farmacológico [18].

En el tratamiento farmacológico tenemos:

La metformina, que es el medicamento de primera línea; puede generar efectos adversos como diarrea, náuseas, dolor abdominal, entre otros. Las sulfonilureas (gliclazida, glimepirida, glibenclamida), estimulan la secreción de insulina; entre sus efectos secundarios tenemos a incremento de peso y bajo nivel de glucosa en sangre. Las tiazolidinedionas, incrementan la sensibilidad del hígado, músculo y tejido adiposo a la insulina; como efectos secundarios están el aumento de colesterol, aumento de peso, riesgo de insuficiencia cardíaca, entre otros. Los inhibidores de la dipeptidil-peptidasa 4, los cuales aumentan los niveles de insulina postprandial; entre sus efectos secundarios están los dolores articulares, urticaria y

mayor riesgo de pancreatitis. Agonistas del receptor del glucagón tipo 1 (liraglutida, exenatida), se van a encargar principalmente de disminuir el vaciamiento gástrico y con ello disminuir los valores de glucemia plasmática; entre sus efectos secundarios están las náuseas, vómitos, diarrea, y un mayor riesgo de pancreatitis [19].

#### **Nivel de conocimiento sobre la morbilidad:**

En nivel de conocimiento sobre la enfermedad se refiere a la variedad de información que reciben los pacientes sobre la prevención de enfermedades, los síntomas, las complicaciones y el tratamiento, todo lo cual conduce a un estilo de vida saludable [20]. Otras variables que también influyen en el nivel de conocimiento son la escolaridad de los pacientes, el tiempo de enfermedad, el acceso a servicios de salud, entre otros [21]. El nivel de conocimiento sobre la enfermedad es indispensable en el tratamiento de la DM2. Además, el nivel de conocimiento puede estar influenciado por las distintas variables sociodemográficas y clínicas [22].

#### **Adherencia terapéutica:**

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adherencia al tratamiento es el nivel de adaptación del comportamiento del paciente (relacionado con el uso de medicamentos, dieta ideal o cambios en el estilo de vida) según las indicaciones del médico. personal sanitario. Asimismo, los efectos negativos del mal cumplimiento son varios: fracaso del tratamiento, ineffectividad, posible desarrollo de farmacoresistencia, empeoramiento del estado clínico del paciente, aumento del tiempo de urgencias y hospitalización, desaparición total del tratamiento durante el seguimiento, etc [23].

Se han descrito múltiples factores que interfieren en la adherencia terapéutica en enfermedades como la DM2, entre estos factores tenemos a los factores sociodemográficos (escolaridad, sexo, edad); factores que se relacionan con el tratamiento (efectos adversos de medicamentos, polifarmacia); factores involucrados con la enfermedad (tiempo de enfermedad, nivel de conocimiento, complicaciones); factores que se relacionan con la relación médico-paciente; estados emocionales (estrés, fatiga; depresión); problemas económicos; entre otros [24].

### **Materiales y métodos**

**Tipo de investigación:** Fue un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional, transversal.

**Población:** Conformado por los pacientes que estén diagnosticados con DM2, que acuden a consulta externa de endocrinología de los dos hospitales: El hospital Luis Heysen Incháustegui el número de pacientes que acuden a consulta externa es de 1911 y en el hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque en número de pacientes que acuden a consulta externa es de 2320.

**Muestra y muestreo:** Se calculó el tamaño de muestra con una población total de 4231 pacientes, considerando a los pacientes de ambos hospitales, se utilizó la siguiente fórmula para población finita:

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

En donde:

N = tamaño de la población.

Z = nivel de confianza, 95% (1.96)

p = probabilidad de éxito, o proporción esperada (17%)

q = probabilidad de fracaso (1-p)

d = precisión (5%).

*Tamaño de muestra total (n) = 283*

Para calcular el número de muestra para cada hospital se realizó una regla de tres simple, con el fin de dividir proporcionalmente el número de encuestados para cada hospital; en el cual la muestra resultante para el hospital Luis Heysen Incháustegui es de 128, que corresponde al 44% de la muestra y la muestra resultante para el hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque es de 155, que corresponde al 56% de la muestra.

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia (consecutivo), seleccionando los pacientes que cumplían los criterios de inclusión y que acudieron a consultorio externo de ambos hospitales durante el periodo comprendido entre febrero y mayo de 2024, hasta completar el tamaño de muestra establecido.

#### ***Criterios de selección:***

- **Criterios de inclusión.**
  - Pacientes mayores de 18 años.
  - Pacientes que acepten voluntariamente participar en la investigación.
  - Pacientes diagnosticados con DM2.
- **Criterios de exclusión.**
  - Pacientes que no deseen participar con el cuestionario.
  - Pacientes que no puedan responder la encuesta por alguna condición de salud.

#### ***Técnicas e instrumentos de recolección de datos:***

- **Ficha de datos.** Se usará un cuestionario que contiene datos sociodemográficos, clínicos (anexo 1).

- **Cuestionario de Conocimiento de Diabetes (DKQ-24).** Se utilizó para evaluar el conocimiento de DM2; traducido al español en 2001 y aprobado. La fiabilidad se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, que arrojó un coeficiente de fiabilidad de 0,78. El cuestionario consta de 24 preguntas, con respuestas de "sí", "no" y "no sé"; Se otorga 1 punto por cada respuesta correcta. Se considerarán pacientes con conocimientos suficientes, resultando más del 75% de los pacientes [25,26]. (Anexo 2)
- **Cuestionario para evaluar la Adherencia terapéutica en Pacientes Diabéticos:** Se utilizó un instrumento denominado "Medida de adhesión al tratamiento (MAT)", realizado por; Barata A, Lima M, en el 2001 en Lisboa, Portugal. Este cuestionario consta de siete preguntas con una escala tipo Likert que ofrece seis opciones de respuesta: 1 = siempre, 2 = casi siempre, 3 = con frecuencia, 4 = a veces, 5 = casi nunca y 6 = nunca. De acuerdo al puntaje obtenido se puede determinar la adherencia (cuando el promedio de las preguntas es 5 o 6) y no adherencia (cuando el promedio de las preguntas es menor a 5) (27). El cuestionario fue traducido y validado al español en el año 2019 en Huancayo, Perú [28, 29, 30, 31]. Si bien no se cuenta con una validación específica para la región de Lambayeque, la validación realizada en el contexto nacional peruano garantiza la adaptación cultural y lingüística necesaria, justificando su pertinencia y aplicabilidad para la población de estudio en la costa norte. (Anexo 3)

**Análisis de datos:** Los datos fueron consignados en una hoja de cálculo del programa Excel versión 19.0 y se realizó una revisión cuidadosa en busca de datos faltantes o mal llenados. Posteriormente la base de datos fue exportada al programa SPSS y Epi info versión 7.2 para el análisis estadístico. Se utilizó la estadística descriptiva para calcular frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas. Se realizó la comparación entre la adherencia terapéutica y las características sociodemográficas, clínicas, nivel de conocimiento y tipo de aseguramiento, presentando los datos en tablas de doble entrada y gráficos de barras según sea el caso.

**Consideraciones Ética:** Este estudio fue sometido a la evaluación y aprobación del comité de ética de investigación de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y de los hospitales involucrados, asegurando así el cumplimiento de rigurosos estándares éticos. La obtención de los permisos correspondientes fue un paso primordial para garantizar la legalidad y legitimidad de la investigación. Dado que se trata de un estudio descriptivo, se enfatiza que no existe riesgo para los participantes, y se obtendrá el consentimiento informado de manera previa, donde se detalló claramente las características del estudio, asegurando así la participación voluntaria de los pacientes.

Para garantizar la integralidad y el respeto a los participantes, cada individuo recibió una hoja informativa detallada que explicó de manera comprensible los objetivos y

propósitos del estudio, brindándoles la oportunidad de tomar decisiones informadas sobre su participación. Es crucial subrayar que la participación fue completamente voluntaria, y los participantes podrán retirarse en cualquier momento sin consecuencias adversas.

La confidencialidad de los datos recolectados fue garantizada con la asignación de un código numérico por cada participante del estudio, con esto, se evitó que sus nombres u otros datos personales permitan identificarlos. Por otro lado, los instrumentos de recolección de datos junto con la base de datos virtuales se almacenaron en archivos de nube encriptados, en los cuales solo el autor tuvo acceso. Todos los datos fueron procesados y analizados tal como se recopilaron, y se garantizó que no se utilizan para ningún otro propósito más allá de los objetivos establecidos en la investigación.

Para asegurar la integridad y el respeto a los participantes, se seguirán los principios fundamentales de la bioética médica. Se dará especial atención al principio de autonomía, respetando la participación voluntaria de los pacientes, y se aplicarán los principios de no maleficencia y beneficencia para evitar daños y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por la DM2. Este enfoque ético integral guiará cada fase de la investigación, asegurando la protección y el bienestar de los participantes.

## **Resultados y discusión**

De una población de 4231 pacientes con DM2 de los hospitales Provincial Docente Belén de Lambayeque y Luis Heysen Incháustegui, se estudian 283 pacientes (IC 95%). Según la edad de los encuestados, se observa que los grupos etarios más representativos son los de 55 a 64 años en ambos hospitales, seguidos por los mayores de 65 años, lo que indica una prevalencia significativa de la enfermedad en personas de mediana y avanzada edad. En términos de sexo, se muestra que en ambos hospitales hay una ligera predominancia de mujeres sobre hombres. Al analizar el estado civil, la mayor parte de los pacientes están casados, lo que sugiere una red de apoyo familiar importante en este grupo. En relación con la ocupación, se destaca que la mayor parte de los pacientes del Hospital Belén son independientes (40.7%) , seguido por ama de casa (34,8%); a diferencia del Hospital Heysen, la proporción más alta fue para empleados (37,5%), seguido por independientes (28,9%). (Tabla 1)

En cuanto al nivel educativo, en el Hospital Belén, la mayoría de los pacientes tenía educación primaria (46,5%), seguida por secundaria (22,6%), a diferencia del Hospital Heysen, el mayor grupo fue el de educación secundaria (37,5%), seguido por educación superior (35,9%), lo que podría influir en su acceso a información y manejo de la enfermedad. (Tabla 1)

Tabla 1. Características Sociodemográficas de los pacientes con DM2 atendidos en los hospitales Provincial Docente Belén de Lambayeque y Luis Heysen Incháustegui en la región Lambayeque 2024.

	Hospitales						Valor P (*)
	Hospital Belén		Hospital Heysen		Total		
	n = 155	100%	n=128	100%	n=283	100%	
<b>Edad</b>							
18 - 44	17	11,0	23	18,0	40	14,1	> 0,05
45 - 54	41	26,5	36	28,1	77	27,2	
55 - 64	51	32,9	37	28,9	88	31,1	
≥ 65	46	29,7	32	25,0	78	27,6	
<b>Sexo</b>							
Masculino	68	43,9	62	48,5	130	45,9	> 0,05
Femenino	87	56,1	66	51,5	153	54,1	
<b>Estado Civil</b>							
Soltero	37	23,9	41	32,0	78	27,6	> 0,05
Casado	68	43,9	58	45,3	126	44,5	
Viudo	32	20,7	19	14,8	51	18,0	
Divorciado	18	11,6	10	7,8	28	9,9	
<b>Ocupación</b>							
Ama de casa	54	34,8	25	19,5	79	27,9	<0,001
Independiente	63	40,7	37	28,9	100	35,3	
Empleado	22	14,2	48	37,5	70	24,7	
Desempleado	14	9,0	9	7,0	23	8,1	
Jubilado	2	1,3	9	7,0	11	3,9	
<b>Grado de instrucción</b>							
Iletrado	19	12,3	8	6,3	27	9,5	<0,001
Primaria	72	46,5	26	20,3	98	34,6	
Secundaria	35	22,6	48	37,5	83	29,3	
Superior	29	18,7	46	35,9	75	26,5	

(\*) Chi cuadrado

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con DM2

En los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en los hospitales de Lambayeque, la mayoría tiene entre 5 y 10 años con la enfermedad, representando el 30,3% en el Hospital Belén y el 32,1% en el Hospital Heysen, sin diferencias significativas entre ambos ( $p > 0,05$ ). La hipertensión arterial es la comorbilidad más

frecuente, afectando a aproximadamente el 31,5% de los pacientes en ambos hospitales, seguida por enfermedades cardiovasculares e hipotiroidismo, sin diferencias significativas ( $p > 0,05$ ). Las complicaciones más comunes son las neuropatías, que afectan al 19,4% de los pacientes, y las retinopatías, sin diferencias significativas entre los hospitales ( $p > 0,05$ ). En cuanto a hábitos nocivos, el consumo de alcohol y tabaco es lo más prevalente, sin diferencias significativas entre ambos hospitales ( $p > 0,05$ ). Finalmente, se observa una diferencia significativa en los antecedentes familiares de DM2, siendo más frecuente en el Hospital Belén, donde alcanza al 61,5% de los pacientes ( $p = 0,048$ ). (Tabla 2)

Tabla 2. Características Clínicas de los pacientes con DM2 atendidos en los hospitales Provincial Docente Belén de Lambayeque y Luis Heysen Incháustegui en la región Lambayeque 2024.

	<b>Hospitales</b>						<b>Valor P(*)</b>
	<b>Hospital Belén</b>		<b>Hospital Heysen</b>		<b>Total</b>		
	<b>n = 155</b>	<b>100%</b>	<b>n=128</b>	<b>100%</b>	<b>n=283</b>	<b>100%</b>	
<b>Tiempo de enfermedad</b>							
< 5 años	55	35,5	36	28,1	91	32,2	> 0,05
5 - 10 años	83	53,6	74	57,8	157	55,5	
> 10 años	17	11,0	18	14,1	35	12,4	
<b>Comorbilidades</b>							
Ninguna	49	34,3	46	38,7	95	36,3	> 0,05
Hipertensión arterial	52	36,4	35	29,4	87	33,2	
Otros	27	18,9	20	16,7	46	17,6	
Hipotiroidismo	12	8,4	11	9,2	23	8,8	
Enfermedad cardiovascular	3	2,1	7	5,9	10	3,8	
<b>Complicaciones</b>							
Ninguna	70	45,2	56	43,8	126	44,5	$p > 0,05$
Neuropatía	45	29,0	45	35,2	90	31,8	
Retinopatía	13	8,4	9	7,0	22	7,8	
Nefropatía	10	6,5	8	6,3	18	6,4	
Enfermedades cardiovasculares	3	1,9	5	3,9	8	2,8	
Dermopatías diabéticas	5	3,2	2	1,6	7	2,5	
Otras	9	6,0	3	2,4	12	4,4	
<b>Hábitos nocivos</b>							
Ninguno	120	77,4	92	71,9	212	74,9	$p > 0,05$
Alcohol	21	13,6	20	15,6	41	14,5	
Tabaco	12	7,7	11	8,6	23	8,1	

<i>Otros</i>	1	0,7	3	2,3	4	1,4	
<i>Drogas</i>	1	0,7	2	1,6	3	1,1	
<b>Antecedentes familiares</b>							
<b>Sí</b>	80	51,6	81	63,3	161	56,9	$p = 0,048$
<b>No</b>	75	48,4	47	36,7	122	43,1	

(\*) Chi cuadrado

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con DM2

De los 283 sujetos, 204 no muestran adherencia, mientras que 128 sí lo hacen. Entre aquellos con un nivel de conocimiento bajo ( $n=203$ ), el 85,3% ( $n=174$ ) no presenta adherencia y solo el 14,7% ( $n=29$ ) sí lo hace. Por otro lado, en el grupo con un nivel de conocimiento alto ( $n=80$ ), la adherencia es significativamente mayor, con un 63,3% ( $n=50$ ) de los sujetos adherentes, comparado con el 36,7% ( $n=30$ ) que no lo son. El valor  $p$ , que es menor a 0,001, indica que hay una diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de conocimiento y la adherencia. (Tabla 3)

Tabla 3. Comparación de Adherencia Terapéutica y Nivel de Conocimientos en pacientes con DM2 atendidos en los hospitales Provincial Docente Belén de Lambayeque y Luis Heysen Incháustegui en la región Lambayeque 2024.

<b>Nivel de Conocimiento</b>	<b>Adherencia</b>						<b>Valor P (*)</b>
	<b>No</b>		<b>Sí</b>		<b>Total</b>		
	$n = 204$	100%	$n=128$	100%	$n=283$	100%	
<b>Bajo</b>	174	85,3	29	36,7	203	71,3	$p < 0,001$
<b>Alto</b>	30	14,7	50	63,3	80	28,3	

(\*) Chi cuadrado

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con DM2

Se observa que el 71,7% de los pacientes tiene un nivel de conocimiento bajo, con una mayor proporción en el Hospital Belén (81,3%) comparado con el Hospital Heysen (60,2%). En cuanto a la adherencia terapéutica, el 72,1% de los pacientes no presenta adherencia, siendo ligeramente mayor en el Hospital Belén (76,8%) que en el Hospital Heysen (66,4%). Existe una diferencia significativa en el nivel de conocimientos entre ambos hospitales ( $p < 0,001$ ), mientras que la diferencia en la adherencia terapéutica es marginalmente significativa ( $p = 0,052$ ). (Tabla 4)

Tabla 4. Adherencia Terapéutica y Nivel de Conocimientos en pacientes con DM2 atendidos en los hospitales Provincial Docente Belén de Lambayeque y Luis Heysen Incháustegui en la región Lambayeque 2024.

	<b>Hospitales</b>						<i>Valor</i>	<i>P</i>
	<i>Hospital Belén</i>		<i>Hospital Heysen</i>		<i>Total</i>			
	<i>n = 155</i>	<i>100%</i>	<i>n=128</i>	<i>100%</i>	<i>n=283</i>	<i>100%</i>	<i>(*)</i>	
<b>Nivel de conocimientos</b>								
<i>Bajo</i>	126	81,3	77	60,2	203	71,7	<i>p &lt; 0,001</i>	
<i>Alto</i>	29	18,7	51	39,8	80	28,3		
<b>Adherencia</b>								
<i>No</i>	119	76,8	85	66,4	204	72,1	<i>p = 0,052</i>	
<i>Sí</i>	36	23,2	43	33,6	79	27,9		

(\*) Chi cuadrado

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con DM2

Los datos revelan que la ocupación, el grado de instrucción, el tipo de seguro, y los antecedentes familiares tienen una relación estadísticamente significativa con la adherencia terapéutica, como lo indica un valor P menor a 0,05. En particular, los empleados y jubilados, así como aquellos con un grado de instrucción secundaria, muestran una mayor adherencia. Además, los pacientes con seguro del Ministerio de Salud (MINSa) y antecedentes familiares de diabetes presentan una adherencia superior. Por otro lado, factores como la edad del paciente y el tiempo de enfermedad no muestran una correlación significativa con la adherencia, según los valores P mayores a 0,05 (Tabla 5).

Tabla 5. Adherencia Terapéutica en pacientes con DM2 atendidos en los hospitales Provincial Docente Belén de Lambayeque y Luis Heysen Incháustegui en la región Lambayeque 2024.

Características	Adherencia				Total	Valor P	
	No		Sí				
Sociodemográficas y Clínicas	n=	100%	n = 79	100%	n =283	100%	
	204						
<b>Ocupación</b>							
Independiente	74	36,3	26	32,9	100	35,3	<0,05
Ama de casa	62	30,4	17	21,5	79	27,9	
Empleado	46	22,6	24	30,4	70	24,7	
Desempleado	18	8,8	5	6,3	23	8,1	
Jubilado	4	2,1	7	8,9	11	3,9	
<b>Grado de Instrucción</b>							
Primaria	79	38,7	19	24,1	98	34,6	<0,05
Secundaria	57	27,9	26	32,9	83	29,3	
Superior	44	21,6	31	39,2	75	26,5	
Iltrado	24	11,8	3	3,8	27	9,5	
<b>Tipo de seguro</b>							
Minsa	119	58,3	36	45,6	155	54,8	>0,05
EsSalud	85	41,7	43	54,4	128	45,2	
<b>Tiempo de enfermedad</b>							
< 5 años	68	33,3	23	29,1	91	32,2	<0,05
5 - 10 años	117	57,4	40	50,6	157	55,5	
> 10 años	19	9,3	16	20,3	35	12,4	
<b>Antecedentes familiares</b>							
Sí	118	57,8	43	54,4	161	56,9	>0,05
No	86	42,2	36	45,6	122	43,1	

(\*) Chi cuadrado

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con DM2

Se observa que la ocupación, el grado de instrucción, el tipo de seguro y los antecedentes familiares tienen una relación estadísticamente significativa con el nivel de conocimientos sobre DM2, como lo indican los valores P menores a 0,05. Los empleados, aquellos con un grado de instrucción secundaria o superior, los pacientes

asegurados en el Ministerio de Salud (MINSA), y aquellos con antecedentes familiares de diabetes, tienden a tener un mayor nivel de conocimientos sobre su condición. Por otro lado, la ocupación independiente y el tiempo de enfermedad no muestran una correlación significativa con el nivel de conocimientos, dado que los valores P son mayores a 0,05 (Tabla 6).

*Tabla 6. Conocimiento sobre DM2 según las características sociodemográficas en pacientes atendidos en los hospitales Provincial Docente Belén de Lambayeque y Luis Heysen Incháustegui en la región Lambayeque 2024.*

<b>Características Sociodemográficas y Clínicas</b>	<b>Nivel de Conocimientos</b>				<b>Total</b>	<b>Valor P*</b>	
	<b>No</b>		<b>Sí</b>				
	<b>n=80</b>	<b>100%</b>	<b>n =203</b>	<b>100%</b>			
<b>Ocupación</b>							
<i>Independiente</i>	77	37,9	23	28,8	100	35,3	>0,05
<i>Ama de casa</i>	60	29,6	19	23,8	79	27,9	
<i>Empleado</i>	44	21,7	26	32,5	70	24,7	
<i>Desempleado</i>	17	8,4	6	7,5	23	8,1	
<i>Jubilado</i>	5	2,5	6	7,5	11	3,9	
<b>Grado de Instrucción</b>							
<i>Primaria</i>	78	38,4	20	25,0	98	34,6	>0,05
<i>Secundaria</i>	60	29,6	23	28,8	83	29,3	
<i>Superior</i>	46	22,7	29	36,3	75	26,5	
<i>Iletrado</i>	19	9,4	8	10,0	27	9,5	
<b>Tipo de seguro</b>							
<i>Minsa</i>	126	62,1	29	36,3	155	54,8	p< 0,001
<i>EsSalud</i>	77	37,9	51	63,8	128	45,2	
<b>Tiempo de enfermedad</b>							
<i>&lt; 5 años</i>	75	37,0	16	20,0	91	32,2	<0,05
<i>5 - 10 años</i>	108	53,2	49	61,3	157	55,5	
<i>&gt; 10 años</i>	20	9,9	15	18,8,3	35	12,4	
<b>Antecedentes familiares</b>							
<i>Sí</i>	108	53,2	53	66,3	161	56,9	<0,05
<i>No</i>	95	46,8	27	33,8	122	43,1	

(\*) *Chi cuadrado*

*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con DM2*

## **Discusión**

Los resultados obtenidos en esta investigación revelaron una adherencia al tratamiento del 27,9% y un nivel de conocimientos sobre DM2 del 28,3%, siendo estos porcentajes mayores en el Hospital Heysen en comparación con el Hospital Belén. En cuanto a la distribución por edad, la mayoría de los pacientes pertenecen al grupo etario de 55 a 64 años, seguido por los mayores de 65 años. Este patrón coincide con estudios previos en Perú, como el realizado por Seclén et al., quienes encontraron que la prevalencia de DM2 es mayor en adultos mayores, especialmente aquellos mayores de 50 años [32]. En cuanto al género, se observó una ligera predominancia de mujeres, lo cual es coherente con otros estudios peruanos, como el de Villena, quien reportó una prevalencia ligeramente mayor de DM2 en mujeres peruanas [33]. A nivel internacional, investigaciones como la de Kautzky et al. sugieren que las mujeres pueden estar en mayor riesgo de complicaciones asociadas a la diabetes debido a diferencias hormonales y metabólicas [34]. Respecto al estado civil, la mayoría de los pacientes en este estudio están casados, lo que sugiere la existencia de una red de apoyo familiar significativa. Este hallazgo es respaldado por estudios peruanos como el de Pesantes et al., quienes encontraron que el apoyo familiar es crucial para la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes [35]. Asimismo, investigaciones internacionales, como la de Parviniannasab et al., subrayan la importancia del soporte social en el manejo de la diabetes [36]. En términos de ocupación, se observaron diferencias notables entre los hospitales: en el Hospital Belén predominan los pacientes independientes, mientras que en el Hospital Heysen son mayormente empleados. Esto es consistente con los hallazgos de Sánchez et al. en Lambayeque, donde se evidenció que la ocupación influye en el acceso a servicios de salud y en la capacidad de los pacientes para manejar su enfermedad [37]. A nivel internacional, Walker et al. destacaron la relación entre empleo, estabilidad económica y mejor manejo de la diabetes [38]. El nivel educativo también mostró variaciones, con predominancia de pacientes con educación primaria en el Hospital Belén y con educación secundaria y superior en el Hospital Heysen. Este hallazgo es relevante ya que estudios como el de Tarqui M, et al. han demostrado que un mayor

nivel educativo está asociado con una mejor comprensión y manejo de la diabetes [39]. El tiempo de enfermedad de los pacientes se distribuyó mayoritariamente entre los 5 y 10 años, sin diferencias significativas entre ambos hospitales. Este resultado es coherente con estudios nacionales, como el de Seclén et al., que también encontraron que un alto porcentaje de pacientes con DM2 en Perú lleva más de cinco años con la enfermedad [32]. La hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente, lo que coincide con los resultados de Villena y García, quienes reportaron que la hipertensión es común entre los pacientes diabéticos en Perú [33]. Las complicaciones más comunes fueron neuropatías y retinopatías, sin diferencias significativas entre los hospitales, un patrón similar al reportado por Sánchez et al. en Lambayeque [37] y respaldado por estudios internacionales como el de Walker et al. [38]. Finalmente, se observó que los hábitos nocivos como el consumo de alcohol y tabaco fueron prevalentes, sin diferencias significativas entre los hospitales. Davies et al. señalaron que estos hábitos son comunes en pacientes con DM2 y contribuyen al deterioro del control de la enfermedad [40]. También se identificó una diferencia significativa en los antecedentes familiares de DM2, siendo más frecuente en el Hospital Belén. Este hallazgo es consistente con la investigación de Tarqui-Mamani et al., que destaca los antecedentes familiares como un factor de riesgo significativo para el desarrollo de DM2 en Perú [39]. Los resultados obtenidos en este estudio reflejan patrones observados en la literatura existente, tanto a nivel nacional como internacional, subrayando la importancia de la educación sanitaria y el apoyo social en la adherencia terapéutica y el manejo de la DM2. Mejorar la alfabetización en salud podría ser una estrategia clave para optimizar los resultados en el manejo de enfermedades crónicas como la diabetes, tal como lo sugieren estudios como el de Walker et al. y Tarqui-Mamani et al. [38, 39].

De los 283 sujetos analizados, 204 no presentan adherencia al tratamiento, mientras que 128 sí lo hacen. Se encontró que el 85,3% de los pacientes con un nivel de conocimiento bajo no sigue su tratamiento, en contraste con el 63,3% de adherencia en aquellos con un nivel de conocimiento alto. Este hallazgo, respaldado por un valor  $p$  menor a 0,001, sugiere una fuerte asociación entre el nivel de conocimiento y la adherencia terapéutica, un resultado que es consistente con múltiples estudios previos. Por ejemplo, un estudio realizado en México por García-Hernández et al. encontró que los pacientes con mayor educación sobre su condición mostraron una adherencia

significativamente mejor a las recomendaciones médicas, lo cual es similar a lo observado en este análisis [41]. Del mismo modo, investigaciones en España, como la de González et al., reportaron que programas de educación para pacientes diabéticos aumentaron la adherencia al tratamiento en un 60%, subrayando la importancia de la educación continua en el manejo de la diabetes [42]. Además, se observó que el 71,7% de los pacientes en este estudio tiene un nivel de conocimiento bajo, siendo esta proporción mayor en el Hospital Belén (81,3%) comparado con el Hospital Heysen (60,2%). Esto refleja un desafío en la educación sanitaria que es común en diversas regiones, como lo mostró el estudio de Yépez et al. en Ecuador, donde una baja alfabetización en salud estuvo asociada con peores resultados en la adherencia terapéutica [43]. En términos de adherencia, el 72,1% de los pacientes no sigue su tratamiento de manera adecuada, con una prevalencia ligeramente mayor en el Hospital Belén (76,8%) frente al Hospital Heysen (66,4%). Aunque esta diferencia en adherencia no fue estadísticamente significativa ( $p = 0,052$ ), sigue siendo una tendencia preocupante. Estudios en otras partes del mundo, como el de Asche et al. en Estados Unidos, también han reportado tasas altas de no adherencia, subrayando la necesidad de intervenciones efectivas para mejorar la adherencia, especialmente en pacientes con un menor nivel de conocimiento sobre su enfermedad [44]. Estos resultados son coherentes con la literatura existente, que demuestra que la educación y el conocimiento del paciente son factores críticos para mejorar la adherencia al tratamiento en la DM2. Tal como se observó en los estudios de Tarqui-Mamani et al. en Perú [39] y Walker et al. a nivel internacional [38], mejorar la alfabetización en salud puede ser una estrategia clave para optimizar los resultados en el manejo de enfermedades crónicas. Los resultados obtenidos en el análisis de la adherencia terapéutica y el nivel de conocimientos en pacientes con DM2 en Lambayeque reflejan patrones observados en otros estudios tanto a nivel nacional como internacional. Por ejemplo, un estudio realizado en México por García-Hernández et al. encontró que los pacientes con mayor educación sobre su condición mostraron una adherencia significativamente mejor a las recomendaciones médicas, lo cual es similar a lo observado en este análisis [41]. Del mismo modo, investigaciones en España, como la de González-Bueno et al., reportaron que programas de educación para pacientes diabéticos aumentaron la adherencia al tratamiento en un 60%, subrayando la importancia de la educación continua en el manejo de la diabetes [42]. En el contexto peruano, un estudio realizado en el Hospital Marino Molina en Lima

evidenció que la educación y el acceso a seguros de salud son factores cruciales para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con DM2. Los pacientes con un mayor nivel de educación y aquellos asegurados por el Ministerio de Salud (MINSA) mostraron una mejor adherencia a las recomendaciones médicas, lo que coincide con los resultados encontrados en Lambayeque [45]. Este patrón también se observó en un estudio realizado en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque en 2016, donde se reportó que la calidad de vida de los pacientes estaba positivamente relacionada con su adherencia al tratamiento, destacando la importancia del apoyo familiar y el control médico continuo [46]. Internacionalmente, estudios como el de Rodríguez y López han subrayado que el conocimiento sobre la diabetes es un determinante crítico para la adherencia al tratamiento y la mejora de la calidad de vida del paciente [47]. En este sentido, las investigaciones realizadas en Lambayeque muestran una alineación con la literatura global, destacando la necesidad de fortalecer la educación en salud y el apoyo familiar para mejorar los resultados en la gestión de la diabetes.

Las limitaciones de este estudio incluyen el uso de un muestreo no probabilístico accidental, lo que podría comprometer la representatividad de la muestra y dificultar la generalización de los resultados a la población general de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Este diseño transversal aplicado solo permite establecer relaciones observacionales entre las variables en un momento específico, impidiendo así determinar causalidad. Además, el uso de cuestionarios autoadministrados puede haber introducido sesgos de respuesta, ya que depende de la precisión y honestidad con la que los pacientes respondieron sobre su conocimiento y adherencia al tratamiento. El estudio tampoco tomó en cuenta otros factores potencialmente influyentes, como el apoyo social, las barreras económicas, el estado emocional, o la relación médico-paciente, que podrían haber afectado los resultados. Asimismo, la investigación se limitó a dos hospitales de nivel II en Lambayeque, lo que restringe la aplicabilidad de los hallazgos a otras instituciones de salud, niveles de atención o regiones del país, limitando también su extrapolación a contextos internacionales o diferentes sistemas de salud.

## **Conclusiones**

Los pacientes con DM2 atendidos en los hospitales Provincial Docente Belén de Lambayeque y Luis Heysen Incháustegui presentan una mayor prevalencia en adultos mayores, con predominio de mujeres y un nivel educativo mayormente primario. Las comorbilidades más comunes fueron la hipertensión arterial y las complicaciones principales incluyeron neuropatía y retinopatía, afectando significativamente su calidad de vida.

La adherencia terapéutica en los pacientes con DM2 fue baja, ya que el 72,1% de los pacientes no sigue adecuadamente su tratamiento. Esta falta de adherencia puede estar influenciada por factores sociodemográficos y clínicos, como el nivel educativo y la ocupación de los pacientes.

El nivel de conocimiento sobre la DM2 es insuficiente en la mayoría de los pacientes, con el 71,7% mostrando un conocimiento bajo. Esta falta de conocimiento impacta directamente en la adherencia terapéutica, limitando la capacidad de los pacientes para manejar eficazmente su enfermedad.

Los pacientes con mayor nivel educativo y aquellos asegurados en EsSalud presentaron una mayor adherencia y mejor conocimiento sobre su condición. Estas diferencias resaltan la importancia de la educación sanitaria y el apoyo adecuado para mejorar el manejo de la diabetes.

## **Recomendaciones**

Dado el bajo nivel de conocimiento sobre la DM2 observado en la mayoría de los pacientes, se recomienda la implementación de programas educativos continuos en los hospitales, dirigidos a pacientes y familiares. Estos programas deben enfocarse en mejorar la comprensión de la enfermedad, las complicaciones asociadas y la importancia de la adherencia al tratamiento, utilizando materiales accesibles y adecuando la información según el nivel de instrucción de los pacientes.

Es necesario implementar estrategias para el seguimiento riguroso de los pacientes con diabetes, incluyendo consultas periódicas con un enfoque integral que no solo evalúe el control de la glucosa, sino también el cumplimiento del tratamiento y las barreras que los pacientes puedan enfrentar. Este seguimiento debería ser coordinado

por equipos multidisciplinarios que incluyan endocrinólogos, nutricionistas y psicólogos.

Se recomienda personalizar las intervenciones para aquellos pacientes que presentan baja adherencia al tratamiento. Esto puede incluir el uso de recordatorios electrónicos, mayor contacto con profesionales de salud, y la entrega de recursos como planes de tratamiento simplificados que promuevan una mayor adherencia.

Es fundamental involucrar a la familia y a las redes de apoyo de los pacientes en el proceso de manejo de la enfermedad. Programas que integren a los familiares en la educación y tratamiento de la diabetes pueden mejorar los resultados clínicos, ya que una sólida red de apoyo puede ser clave para aumentar la adherencia.

Se sugiere la promoción de políticas de salud que garanticen el acceso continuo a los medicamentos necesarios, ya que una de las barreras importantes para la adherencia puede ser la falta de acceso económico. De igual forma, es necesario desarrollar iniciativas gubernamentales que incluyan medicamentos a precios más accesibles o gratuitos para las personas que no cuenten con un seguro adecuado.

Para tener una comprensión más profunda de las barreras que afectan la adherencia terapéutica y el conocimiento sobre la diabetes, se recomienda realizar estudios longitudinales en diferentes regiones, con un enfoque particular en los cambios en el comportamiento de los pacientes a lo largo del tiempo, lo que permitirá evaluar el impacto de intervenciones educativas y médicas.

## Referencias bibliográficas

1. Farías V. Conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y adherencia al tratamiento en pacientes del hospital Reátegui, Piura, Perú. *Acta médica peruana* [Internet]. 2021;38(1). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v38n1/1728-5917-amp-38-01-34.pdf>
2. Keays R. Diabetes. *Curr Anaesth Crit Care* [Internet]. 2007 [citado el 10 de mayo de 2023];18(2):69–75. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
3. Conthe P, Márquez C, Aliaga P, et al. Treatment compliance in chronic illness: Current situation and future perspectives. *Rev Clin Esp.* 2014;214:336–344. [PubMed] [Google Scholar] [Ref list]
4. López S, Brotons C, Moral I, et al. Inercia y cumplimiento terapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria. *Med Clin (Barc)* 2012;138:377–384. [PubMed] [Google Scholar] [Ref list]
5. Márquez C, Martell C, Gil G, et al. El cumplimiento terapéutico con insulina en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2: estudio CUMINDIAB. *Aten Primaria.* 2012;44:74–81. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar] [Ref list]
6. Neumiller J, Umpierrez G. 2018 Standards of Care Update: Pharmacologic Approaches to Glycemic Management in People With Type 2 Diabetes. *Diabetes Spectr.* 2018;31(3):254-60.
7. Minsa: Lima, Piura y Lambayeque concentran el mayor número de diabéticos en el país [Internet]. Lima: MINSA; 2022 [cited 2024 Oct 7]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/562422-minsa-lima-piura-y-lambayeque-concentran-el-mayor-numero-de-diabeticos-en-el-pais>
8. Vásquez S, Zegarra C, Patazca U. Conocimientos y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del hospital Las Mercedes. Lambayeque PE; 2019
9. OPS. El número de personas con diabetes en las Américas se ha triplicado en tres décadas, según un informe de la OPS [Internet]. Paho.org. [citado el 4 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-11-2022-numero-personas-con-diabetes-americas-se-ha-triplicado-tres-decadas-segun>
10. Gard Reymi E, Mercado D, Portavoz G, et al. Proyecto de ley que fortalece el programa nacional de prevención y atención de pacientes con diabetes.. Gob.pe. [citado el 4 de julio de 2023]. Disponible en: [https://www.congreso.gob.pe/Docs/comisiones2022/Salud/files/proyectos\\_de\\_ley/proyecto\\_de\\_ley\\_4789.pdf](https://www.congreso.gob.pe/Docs/comisiones2022/Salud/files/proyectos_de_ley/proyecto_de_ley_4789.pdf)
11. Zoagly P. Factores asociados a la adherencia terapéutica en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten a la consulta de Diabetología del Hospital General Plaza de la Salud Junio 2022 en Santo Domingo, República Dominicana [Internet]. [República Dominicana]: UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA – UNIBE; 2022 [citado el 4 de julio de 2023]. Disponible en: [https://repositorio.unibe.edu.do/jspui/bitstream/123456789/1195/2/19-1099\\_TF.pdf](https://repositorio.unibe.edu.do/jspui/bitstream/123456789/1195/2/19-1099_TF.pdf)

12. Elizabeth M, Campos S, Iván M, et al. Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el hospital II Essalud Cajamarca en el periodo de junio - noviembre del 2021 [Internet]. [Cajamarca]: Universidad Nacional de Cajamarca; 2021 [citado el 4 de julio de 2023]. Disponible en: [https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4859/T016\\_75256877\\_T.pdf?sequence=1](https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4859/T016_75256877_T.pdf?sequence=1)

13. Gil Merino, et al. Factores asociados a la adherencia terapéutica en diabéticos atendidos en dos hospitales peruanos [citado el 10 de mayo de 2024]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0138-65572021000200005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-65572021000200005&lng=es)

14. Inzucchi S, Lupsa B. Clinical presentation, diagnosis, and initial evaluation of diabetes mellitus in adults [Internet]. UpToDate. 2021 [citado 20 de setiembre de 2021]; p. 1-12. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinicalpresentation-diagnosis-and-initial-evaluation-of-diabetes-mellitus-in-adults?search>

15. Centros para el control y prevención de enfermedades. ¿Quiénes están en riesgo? [Internet]. Cdc.gov. 2023 [citado el 4 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/basics/risk-factors.html>

16. Silvio E, Beatrice L. Clinical presentation, diagnosis, and initial evaluation of diabetes mellitus in adults. [citado el 5 de julio de 2023]. Uptodate.com. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-initial-evaluation-of-diabetes-mellitus-in-adults?search=Diabetes%20mellitus&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-initial-evaluation-of-diabetes-mellitus-in-adults?search=Diabetes%20mellitus&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

17. Mediavilla B. Complicaciones de la diabetes mellitus. Diagnóstico y tratamiento. Semergen [Internet]. 2001 [citado el 5 de julio de 2023];27(3):132-45. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359301739317>

18. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. [citado el 5 de julio de 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/390201/guia-de-practica-clinica-para-el-diagnostico-tratamiento-y-control-de-la-diabetes-mellitus-tipo-2-en-el-primer-nivel-de-atencion.pdf?v=1571241245>

19. Asociación latinoamericana de Diabetes. [citado el 5 de julio de 2023]. Disponible en: [https://www.revistaalad.com/guias/5600AX191\\_guias\\_alad\\_2019.pdf](https://www.revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf)

20. Rodrigues F, Santos M, Teixeira C, et al. Relationship between knowledge, attitude, education and duration of disease in individuals with diabetes mellitus. Acta Paul Enferm. 2012;25(2):284-90. [Aceso en: 10 de jul de 2016] Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a20v25n2.pdf>

21. Torres H, Pace A, Stradioto M. Análise sociodemográfica e clínica de indivíduos com diabetes tipo 2 e sua relação com o autocuidado. Cogitare Enferm. 2010;15(1): 48-54.

22. Pace A, Ochoa K, Larcher M, et al. Knowledge on diabetes mellitus in the self care process. *Rev Lat Am Enfermagem*. octubre de 2006;14(5):728-34.
23. WHO. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Genève: World Health Organization 2004.
24. García O, Casanova E, Raymond A. Factores asociados a la no adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Medicentro (Villa Cl)* [Internet]. 2022 [citado el 5 de julio de 2023];26(2):412–35. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30432022000200412&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30432022000200412&script=sci_arttext)
25. Arora S, Marzec K, Gates C. Diabetes knowledge in predominantly Latino patients and family caregivers in an urban emergency department. *Ethn Dis.*, 21 (2011), pp. 1-6
26. Bustos R, Barajas A, López G, et al. Conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2 tanto urbanos como rurales del occidente de México. *Arch Med Fam.*, 9 (2007), pp. 147-155)
27. Barata A, Lima M. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2001; 2(2): p. 81 - 100.
28. Baldeón A. Soporte Social y Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II Usuarios del Centro de Salud de Chilca, 2019 [Internet]. [Huancayo]: Universidad Peruana Los Andes; 2020 [citado el 18 de junio de 2023]. Disponible en: [https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/2337/TESIS%20FINA L.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/2337/TESIS%20FINA%20L.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
29. Chávez A, Ulloa C, Bustamante H, et al. Efectos de la suplementación con polifenoles en la prevención y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2: una revisión sistemática. *Rev Med Chil* [Internet]. 2019 [citado 2024 Oct 7];147(5):574-582. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872019000500574](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000500574)
30. Zorrilla M, Alfaro P. Estrategias metodológicas para mejorar la comprensión lectora en estudiantes del segundo grado de primaria de la I.E. N° 30141 Túpac Amaru, Huancavelica, 2018 [Tesis en Internet]. Universidad Peruana Los Andes; 2019 [citado 2024 Oct 7]. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/2337>
31. Díaz L, Basteiro G, Núñez L, et al. Eficiencia de la validación de prescripción electrónica asistida en pacientes con infecciones osteoarticulares crónicas en un hospital terciario. *PharmaCARE* [Internet]. 2023 [citado 2024 Oct 7];5(2):13-20. Disponible en: <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/572>
32. Seclen S, Rosas M, Arias A, et al. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in Peru: report from PERUDIAB, a national urban population-based longitudinal study. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2015;3(1):e000110. Available from: <https://drc.bmj.com/content/3/1/e000110>
33. Villena C, Manrique J, Pretell H. Diabetes Mellitus en el Perú: Impacto sobre la Salud. Recomendaciones para Prevención y Atención Integral. *Revista de la Academia Nacional de Medicina*. 2021; 1(1): 3-40.

34. Kautzky W, Harreiter J, Pacini G. Sex and Gender Differences in Risk, Pathophysiology, and Complications of Type 2 Diabetes Mellitus. *Endocr Rev.* 2016;37(3):278–316. Disponible en: <https://academic.oup.com/edrv/article/37/3/278/2354724>
35. Pesantes M, Del Valle A, Diez-Canseco F, et al. Family support and diabetes: Patient's experiences from a public hospital in Peru. *Endocr Rev.* 2018. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/4071>
36. Parviniannasab A, Faramarzian Z, Hosseini S, et al. The effect of social support, diabetes management self-efficacy, and diabetes distress on resilience among patients with type 2 diabetes: a moderated mediation analysis. *BMC Public Health.* 2024;24:477. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18022-x>.
37. Sánchez N. Estilos de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del Hospital Referencial de Ferreñafe – 2022. Pimentel: Universidad Señor de Sipán; 2023. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12824/4071>
38. Walker R, Smalls B, Hernandez T, et al. Effect of diabetes self-efficacy on glycemic control and quality of life in a diverse population with type 2 diabetes. *Diabetes Educ.* 2018;44(4):314-323.
39. Tarqui M, Ramos R, Castañeda N, et al. Educación en salud como estrategia para mejorar la adherencia terapéutica en enfermedades crónicas. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2020;37(4):564-570.
40. Davies M, Aroda V, Collins B, et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2022. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care.* 2022;45(11):2753-2786. Disponible en: <https://doi.org/10.2337/dci22-0034>.
41. García H, Ramírez A, López M, et al. Adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos y su relación con el nivel de conocimiento. *Rev Mex Salud Publica.* 2019;61(4):328-334.
42. González B, Río S, García M, et al. Impacto de los programas educativos en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo Med Clin (Barc). 2017;149(7):292-298.
43. Yépez C, García T, Andrade G, et al. Alfabetización en salud y adherencia terapéutica en pacientes diabéticos en Ecuador. *Rev Ecuat Salud Publica.* 2018;33(2):123-130.
44. Asche C, Lafleur J, Conner C. A review of diabetes treatment adherence and the association with clinical and economic outcomes. *Clin Ther.* 2017;40(2):200-207.
45. Asencios R, Figueroa M. Factores asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Marino Molina. *Rev Peru Endocrinol Metab.* 2020;27(1):24-32.
46. Custodio L, Santamaría M. Calidad de vida y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Provincial Docente Belén. *Rev Med Lambayeque.* 2016;32(4):321-329.
47. Rodríguez J, López M. Conocimiento sobre diabetes y adherencia terapéutica: un análisis global. *Diabetes Ther.* 2019;10(3):873-882.

**ANEXOS:****Consentimiento para participar en un estudio de investigación**

**Institución:** Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

**Investigador(a):** Jean Carlos Cubas Leiva

**Título:** Características Clínicas, Nivel De Conocimiento Y Adherencia Terapéutica En Adultos Con Diabetes De Dos Hospitales De Lambayeque, 2024

**Propósito del Estudio:** Estamos invitando a participar de este estudio, que tiene como finalidad determinar las características clínicas, nivel de conocimiento y adherencia terapéutica en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Luis Heysen Incháustegui y el hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.

**Procedimientos:**

Si usted acepta a participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Le brindaremos un consentimiento informado, donde usted podrá elegir si participa en la investigación.
2. Si acepta, iniciará con el llenado de dicho cuestionario
3. Después de la recolección de dicha información se determinarán las características clínicas, nivel de conocimiento y adherencia terapéutica en adultos con diabetes mellitus tipo 2.
4. Se procesarán los datos obtenidos
5. Se difundirán los resultados de la presente investigación.

**Riesgos:**

La presente investigación conlleva ciertos riesgos para los participantes. Algunos de ellos son la confidencialidad de la información personal, el impacto emocional en los pacientes, incomodidad durante la recopilación de datos y potencial para la preocupación excesiva en los participantes.

**Beneficios:**

Este enfoque integral proporciona información valiosa para la atención médica personalizada, destacando la necesidad de adaptar estrategias educativas y mejorar la comprensión de los pacientes sobre su condición. La evaluación de la adherencia terapéutica subraya la importancia de seguir las recomendaciones médicas. En conjunto, estos hallazgos ofrecen la base para intervenciones más efectivas y personalizadas, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes con diabetes en la región de Lambayeque.

**Costos e incentivos**

Usted no tendrá que efectuar ningún pago para participar en el estudio, y no se otorgarán recompensas económicas ni incentivos de ningún tipo. Su única satisfacción será colaborar en la mejora de nuestro entendimiento del tema en estudio.

**Confidencialidad:**

La confidencialidad es una prioridad en esta investigación. Los datos y respuestas de los participantes se mantendrán estrictamente confidenciales y no serán divulgados. Los resultados se presentarán de forma agregada, sin revelar información que pueda identificar a los participantes. Se garantiza la protección de la privacidad en todo momento, asegurando que la colaboración sea anónima para preservar la confidencialidad de las respuestas.

**Uso futuro de la información obtenida:**

Deseamos conservar la información de su entrevista guardada en archivos por un periodo de 1 año, con la finalidad de que sirvan como fuente de verificación de nuestra investigación, luego del cual será eliminada.

**Autorizo guardar la base de datos:** **SI** **NO**

**Derechos del participante:**

Si usted decide participar en el estudio, y si por algún motivo desiste, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Jean Carlos Cubas Leiva, teléfono 938521997, investigador principal.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al correo: [comiteetica.medicina@usat.edu.pe](mailto:comiteetica.medicina@usat.edu.pe)

**CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo en qué consiste mi participación en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno hacia mi persona.

---

***FIRMA/HUELLA DIGITAL******Participante******FECHA*****Nombre:****DNI:**

---

***Investigador*****Nombre:*****FECHA*****DNI:**

## FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ANEXO 1)

Este es un instrumento para “Determinar las características clínicas, nivel de conocimiento y adherencia terapéutica en adultos con diabetes mellitus tipo 2 de dos hospitales de Lambayeque 2024”.

### Datos generales:

- Sexo:
  - Masculino
  - Femenino
- Edad:
- Estado civil:
  - Soltero
  - Casado
  - Viudo
  - Divorciado
- Ocupación:
  - Ama de casa
  - Independiente
  - Empleado público
  - Desempleado
  - Jubilado
- Grado de instrucción
  - Iltrado
  - Primaria
  - Secundaria
  - Superior
- Tipo de seguro
  - MINSA-SIS
  - ESSALUD
- Tiempo de enfermedad \_\_\_\_\_
- Comorbilidades:
  - Ninguna
  - Hipertensión arterial
  - Cáncer
  - Hipotiroidismo
  - Hipertiroidismo
  - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
  - Enfermedad renal
  - Enfermedad cardiovascular
  - Otros.
- Complicaciones de Diabetes Tipo 2:
  - Retinopatías
  - Neuropatías
  - Nefropatías
  - Enf.Cardiovasculares
  - Gastroparesia
  - Dermopatías diabéticas

- Otras
- Ninguna
- Hábitos nocivos:
  - Ninguno
  - Tabaco
  - Alcohol
  - Drogas
  - Otros
- Antecedentes Familiares de Diabetes Mellitus tipo 2:
  - Si
  - No

**CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES – DKQ-24 (ANEXO 2)**

Marca con una X según corresponda:

<b>PREGUNTA</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>NO SÉ</b>
1. ¿Comer mucha azúcar y otras comidas dulces es una causa de la diabetes?		X	
2. ¿La causa más común de la diabetes es la falta de insulina que funciona adecuadamente en el cuerpo?	X		
3. ¿La diabetes es causada porque los riñones no pueden mantener el azúcar fuera de la orina?		X	
4. ¿Los riñones producen insulina?		X	
5. En la diabetes sin tratamiento, ¿la cantidad de azúcar en la sangre usualmente sube?	X		
6. Si yo soy diabético, ¿mis hijos tendrán más riesgo de ser diabéticos?	X		
7. ¿Se puede curar la diabetes?		X	
8. ¿Un nivel de azúcar de 210 en una prueba de sangre hecha en ayunas (sin comer) es muy alto?	X		
9. ¿La mejor manera de controlar mi diabetes es con un examen de orina?		X	
10. ¿Hacer ejercicio regularmente aumentará la necesidad de insulina o de otro medicamento para mi diabetes?		X	
11. Hay dos tipos principales de diabetes: Tipo 1 (dependiente de insulina) y Tipo 2 (no dependiente de insulina)	X		
12. En un paciente diabético, ¿comer mucho estimula la producción de insulina?		X	
13. ¿Las medicinas son más importantes que la dieta y el ejercicio para controlar mi diabetes?		X	
14. ¿La diabetes frecuentemente causa mala circulación?	X		
15. ¿Cortaduras y rasguños cicatrizan más despacio en diabéticos?	X		
16. ¿Los diabéticos deberían poner cuidado extra al cortarse las uñas de los dedos de los pies?	X		
17. ¿Una persona con diabetes debería limpiar una cortadura primero con yodo y alcohol?	X		

18. ¿La forma cómo preparo mis alimentos es igual de importante que los alimentos que ingiero?	X		
19. ¿La diabetes puede dañar mis riñones?	X		
20. ¿La diabetes puede causar que no sienta bien en mis manos, dedos y pies?	X		
21. Son señales de azúcar alta en la sangre: temblar y sudar		X	
22. Son señales de azúcar baja en la sangre: orinar seguido y tener mucha sed		X	
23. ¿Las medias y las pantys elásticas apretadas son malas para los diabéticos?		X	
24. ¿Una dieta diabética consiste principalmente de comidas especiales?		X	

**MEDIDA DE ADHESIÓN AL TRATAMIENTO (MAT) EN PACIENTES  
DIABÉTICOS (ANEXO 3)**

<b>Siempre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Con frecuencia</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Nunca</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

Marca con una X:

1. ¿Alguna vez se ha olvidado de tomar los medicamentos para su enfermedad?	1	2	3	4	5	6
2. ¿Alguna vez fue descuidado con las horas de la toma de los medicamentos para su enfermedad?	1	2	3	4	5	6
3. ¿Alguna vez dejó de tomar los medicamentos para su enfermedad por haberse sentido mejor?	1	2	3	4	5	6
4. ¿Alguna vez dejó de tomar los medicamentos para su enfermedad, por su iniciativa, después de haberse sentido peor?	1	2	3	4	5	6
5. ¿Alguna vez ha tomado uno o varios comprimidos para su enfermedad, por su iniciativa, después de haberse sentido peor?	1	2	3	4	5	6
6. ¿Alguna vez interrumpió la terapia para su enfermedad porque se le acabaron los medicamentos?	1	2	3	4	5	6
7. ¿Alguna vez dejó de tomar los medicamentos para su enfermedad por alguna otra razón que no sea la indicación del médico?	1	2	3	4	5	6