

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN
ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. HOSPITAL I LUIS
ALBRECHT – 2015**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORES : Bach. ALLISSON LISSETT ROBINET SERRANO
Bach. DEYSY VIOLETA SICCHA BURGOS**

ASESOR : Ms. ANA MARÍA HONORES ALVARADO

**TRUJILLO – PERÚ
2015**

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN
ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. HOSPITAL I LUIS
ALBRECHT – 2015**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORES : Bach. ALLISSON LISSETT ROBINET SERRANO
Bach. DEYSY VIOLETA SICCHA BURGOS**

ASESOR : Ms. ANA MARÍA HONORES ALVARADO

**TRUJILLO – PERÚ
2015**

DEDICATORIA

A mis queridos padres Zoila y Eduardo; por su amor y apoyo incondicional, ejemplo de sacrificio y esfuerzo que hacen posible alcanzar mi formación profesional y personal.

A mis abuelitos Efigenia y Ananías, que desde el cielo guían mis pasos; esto es posible por ustedes y para ustedes.

Allisson.

DEDICATORIA

A mis PADRES, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación.

Deisy

AGRADECIMIENTO

A Dios, por habernos permitido llegar hasta este momento y habernos dado salud para lograr nuestros objetivos.

A nuestros docentes, que influyeron con sus lecciones y experiencias en formarnos y prepararnos para los retos que pone la vida.

Agradecemos de manera especial a nuestra querida asesora Ms. Ana María Honores Alvarado, quién con sus conocimientos supo guiar el desarrollo de la presente tesis desde el inicio hasta su culminación.

Allisson y Deysy

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICE DE TABLAS	vi
INDICE DE GRAFICOS	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MATERIAL Y MÉTODO	15
1. Material	15
1.1. Población	15
1.2. Muestra.....	15
2. MÉTODO:	17
2.1. Tipo de estudio:.....	17
2.2. Diseño de investigación:	17
2.3. VARIABLES:.....	17
2.4. Instrumentos de recolección de datos	19
2.5. Procedimiento y análisis estadístico de datos:	20
III. RESULTADOS	22
IV. DISCUSIÓN:	28
V. CONCLUSIONES:	34
VI. RECOMENDACIONES:	35
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	36
ANEXOS.....	42

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO N° 1 NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL HOSPITAL I LUIS ALBRECHT-2015	15
CUADRO N°2 GRADO DE ADHERENCIA TERAPEUTICA EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL HOSPITAL I LUIS ALBRECHT-2015.....	17
CUADRO N° 3 NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. HOSPITAL I LUIS ALBRECHT-2015	19

INDICE DE GRAFICOS

GRÁFICO N° 1

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 DEL HOSPITAL I LUIS ALBRECHT-2015 16

GRÁFICO N° 2

GRADO DE ADHERENCIA TERAPEUTICA EN ADULTOS CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL HOSPITAL I LUIS ALBRECHT-
2015 18

GRÁFICO N° 3

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN
ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. HOSPITAL I LUIS
ALBRECHT-2015 20

RESUMEN

El presente estudio de investigación tuvo por objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la adherencia terapéutica de 150 pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital I Albrecht de Trujillo. El diseño empleado fue descriptivo correlacional de corte transversal. La recolección de datos se realizó mediante instrumentos validados que midieron el nivel de conocimiento y la adherencia terapéutica; obteniendo datos que fueron analizados y procesados para determinar frecuencias, asociaciones y correlación entre las variables estudiadas. Se encontró que el 53.3% de pacientes tuvieron nivel medio de conocimiento y el 46.7% nivel alto; asimismo el 83.3% de pacientes con diabetes mellitus obtuvieron un grado medio de adherencia terapéutica, 15.3% grado alto y solo 1.3% tuvieron grado bajo. Se concluye que existe mayor adherencia terapéutica en el grupo con alto nivel de conocimiento que tuvo medio, no existiendo correlación significativa, existiendo diferencia significativa entre grupos $p=0.015$ ($p<0.05$) entre el nivel de conocimiento y el de adherencia terapéutica.

Palabras claves: conocimiento, adherencia terapéutica, diabetes mellitus

ABSTRACT

This research study aimed to determine the relationship between the level of knowledge and adherence of 150 adult patients with type 2 diabetes mellitus I Albrecht Hospital of Trujillo. The design was cross-sectional descriptive correlational. Data collection was performed using validated instruments that measured the level of knowledge and adherence; obtaining data were analyzed and processed to determine frequency, associations and correlation between the variables studied. It was found that 53.3% of patients had medium level of knowledge and high level 46.7%; also 83.3% of patients with diabetes mellitus obtained an average degree of adherence, 15.3% higher grade and only 1.3% were low grade. We conclude that there is greater adherence in the group with high level of knowledge that had means, not existing significant correlation exists significant difference between groups $p = 0.015$ ($p < 0.05$) between the level of knowledge and adherence.

Key words: knowledge, therapeutic adherence, diabetes mellitus

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles, los trastornos mentales, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y la tuberculosis, juntos, representan el 54% de la carga mundial de todas las enfermedades y sobrepasarán el 65% en el año 2020. El cambio epidémico en la carga de morbilidad, que ha pasado de las enfermedades agudas a las crónicas es más veloz en los países en desarrollo, lo que probablemente determine que los modelos de atención de los servicios de prestación de salud resulten inadecuados para abordar las necesidades de la población (26).

La diabetes mellitus, es una enfermedad crónica no transmisible, que se produce porque el organismo no produce suficiente insulina (tipo 1) o no puede emplearla efectivamente (tipo 2). La diabetes mellitus tipo 2, constituye uno de los problemas de salud pública, más importantes en el mundo por la carga de enfermedad en términos de discapacidad y mortalidad prematura que ocasiona (26).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que alrededor de 171 millones de personas en el mundo viven con la diabetes mellitus tipo 2 y que este número ascenderá a 300 millones en el 2030. La prevalencia de diabetes mellitus en las Américas varía entre 10 y 15 %, en el Perú se estima en 5,5 %. La magnitud de la misma está en aumento,

debido al incremento de factores como la obesidad, el sobrepeso, el sedentarismo y los hábitos inadecuados de alimentación (12,10).

La diabetes mellitus tipo 2, se asocia de manera característica con el sobrepeso-obesidad y es causada principalmente por la resistencia a la insulina. Las metas del tratamiento son mantener la glucemia lo más cerca posible de lo normal y evitar las complicaciones agudas y crónicas. El régimen terapéutico, no es unidimensional, incluye el tratamiento farmacológico, el régimen alimentario, la actividad física, el monitoreo de la glucosa, el cuidado de los pies y algunas prácticas de autocuidado de otro tipo (1, 6,27).

La OMS define a la adherencia terapéutica de las enfermedades crónicas “como el compromiso activo y voluntario del paciente en el tratamiento de su dolencia, al seguir una terapia mutuamente acordada y compartir la responsabilidad con los prestadores de asistencia sanitaria”. Implica un proceso activo, responsable y flexible del autocuidado frente a esta enfermedad. La adherencia terapéutica es fundamental, para alcanzar las metas del manejo de estas enfermedades (28).

Entre los factores que influyen sobre la adherencia terapéutica para la diabetes mellitus tipo 2, se incluyen los que dependen de características de la enfermedad y del tratamiento como la complejidad, duración de la enfermedad y prestación de la atención médica; los

factores intrapersonales como edad, género, autoestima, auto efectividad , estrés, depresión y abuso del alcohol ; y los factores interpersonales que incluyen calidad de la relación entre paciente- prestador de la atención, y el apoyo familiar – social(7).

El control de la diabetes mellitus requiere cumplir el régimen terapéutico y aspectos de autocuidado, como el autocontrol de la glucemia, la alimentación adecuada y el cuidado de los pies. La adhesión deficiente a las normas de cuidados reconocidas es la principal causa de la aparición de las complicaciones de la diabetes y los costos individuales, sociales y económicos que las acompañan (15).

La diabetes mellitus es un grupo de trastornos metabólicos crónicos, caracterizados por defectos en la secreción y/o segregación de la insulina. La hiperglucemia resultante se debe a una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas. Existen cuatro subtipos conocidos de diabetes mellitus: La diabetes tipo 1, antes llamada diabetes mellitus insulino dependiente, representa de 5 a 10% de todos los casos, causada por la no producción pancreática de insulina. La diabetes tipo 2, que se debe a un defecto en la acción de la insulina conocida como resistencia a la insulina y una deficiencia relativa de insulina, representa 90% de los casos. La diabetes gestacional, que se presenta en 2 a 5% de todos los embarazos, y desaparece después del parto y otros tipos específicos de diabetes producto de síndromes genéticos específicos,

cirugía, medicamentos, malnutrición, infecciones y enfermedad de otro tipo. (37)

Se considera que una persona tiene diabetes mellitus cuando tiene cualquiera de los siguientes criterios: 1) Glicemia en ayunas medida en plasma venoso igual o mayor a 126 mg/dl en dos oportunidades, el periodo de ayuno debe ser de por lo menos 8 horas antes de realizar dicha prueba, 2) Glicemia casual medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl, en personas sintomáticas; casual se define como cualquier hora del día sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida, 3) glicemia plasmática >200 mg/dl a las 2 horas de una prueba de tolerancia a la glucosa (PTG), con 75 gr de glucosa anhidra en agua y/o 4) Hemoglobina glicosilada A1 >6.5%. (34)

Dado que la diabetes mellitus tipo 2, es una enfermedad crónica asociada a daño de muchos órganos y sistemas y a la concurrencia de comorbilidades asociadas como la hipertensión arterial, la obesidad abdominal y las dislipidemias; el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, debe contemplar estas variables. El empleo de fármacos (sulfonilúreas, biguanidas, glitazonas, inhibidores de la alfa glucosidasa, los inhibidores de la dipeptidilpeptidasa 4, los análogos del péptido parecido al glucagón y la insulina), la dieta, la actividad física y el autocuidado (34).

La Asociación Americana de Diabetes (ADA), publicó las guías de práctica clínica de atención para pacientes con diabetes mellitus 2, recomendándose además de lo mencionado anteriormente, el diseño de un plan de manejo donde debe conformarse una asociación terapéutica individualizada entre el paciente y la familia, el médico y otros miembros del equipo de atención médica. También se deben abordar una serie de metas que tienen como objetivo incorporar a las personas con diabetes en el autocuidado de su padecimiento y facilitar su capacitación (21).

La adherencia terapéutica es el grado en que el paciente cumple las indicaciones terapéuticas, sean éstas de naturaleza médica o psicológica-conductual. Las consecuencias de la falta de cumplimiento son evidentes: reduce los beneficios del tratamiento, sesga la evaluación clínica de la eficiencia del tratamiento, conlleva a la prescripción de dosis más altas y, en algunos casos a la prescripción de medicamentos más fuertes (38).

Las teorías utilizadas para explicar la falta de adherencia terapéutica son. El modelo de las creencias sobre la salud de Becker y Rosenstok (1984), según el cual las creencias del paciente sobre la susceptibilidad y severidad de la enfermedad, la percepción de beneficios y barreras, la motivación hacia la salud y el valor asignado a la salud se asocian a conductas saludables, entre ellos, la adherencia. La teoría de la acción razonada de Ajzen y Fishbein (1980) que plantea que las conductas dependen de la intención de ejecutarla, de las creencias del individuo de

que las consecuencias que ocurrirían como resultado de la acción, y de la evaluación de dichas consecuencias y la teoría de la auto-eficacia de Bandura (1997), que se refiere a las creencias en las propias capacidades para producir los resultados deseados, es decir la creencia que se pueden producir los efectos esperados mediante las propias acciones(16).

En los estudios sobre adherencia en diabetes, la teoría de la autoeficacia, ha reportado que a medida que ella aumenta, son mayores las conductas tendientes a la adherencia. Los aportes brindados desde el modelo de creencias sobre la salud y de la acción razonada consideran que el conocimiento sobre la enfermedad es importante para motivar y así desarrollar conductas, sin embargo estas habilidades conductuales son eficaces cuando se trata de conductas familiares y no complicadas (17).

Piaget (2001), en su teoría plantea que el conocimiento es el resultado de la interacción entre el sujeto y la realidad que lo rodea. El aprender significa tener conocimiento de algo; en este sentido Kaplan (1964), quien afirma que “El conocimiento es una información esencial, adquirida de diferentes maneras, que se espera que sea una reflexión exhaustiva del actuar sobre la realidad se la incorpora, la asimila y la modifica pero al mismo tiempo se modifica el mismo, pues aumenta su conocimiento y las anticipaciones que pueda hacer y su conducta se va enriqueciendo constantemente. Esto supone que el sujeto es siempre activo en la formación del conocimiento y que no se limita a recoger o

reflejar lo que está en el exterior. El conocimiento es siempre una construcción que el sujeto realiza partiendo de los elementos de que dispone. (14)

El conocimiento entonces es todo un proceso mental basado en la elaboración de ideas a partir de una fuente de información, que puede ser un libro, la televisión, algún afiche, etc. Por otro lado, el conocimiento es la habilidad que tiene el ser humano de adquirir información a través de la vida y utilizarlo en determinado momento o situación que se presente. Como resultado, la evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes con diabetes contribuye en el ejercicio de la profesión de enfermería para que a través de dicha evaluación se otorgue enseñanza y consejos eficaces para los cuidados que son indispensables y fundamentales para mejorar la calidad de vida, sobre todo cuando ya se ha indagado en lo que el paciente conoce sobre la diabetes mellitus, tratamiento, habilidad en el autocuidado sobre la alimentación, ejercicios, higiene, cuidado de los pies y uñas, para evitar las complicaciones de la enfermedad. Asimismo proporcionar apoyo emocional para que el paciente esté motivado al recibir educación, enseñanza y orientación. (39)

Es decir que el constructo adherencia terapéutica en enfermedades crónicas como la diabetes mellitus es un concepto en el que interaccionan múltiples factores entre los cuales el nivel de conocimientos acerca de la enfermedad está entre los más importantes.

La diabetes mellitus ocupa el primer lugar como causa de ceguera, amputaciones no traumáticas de miembros inferiores e insuficiencia renal crónica terminal. En el Perú, la retinopatía afecta al 23.1% de los diabéticos. La retinopatía diabética es la causa más frecuente de ceguera entre adultos de 20 a 74 años. Del 20 al 40 % de personas con diabetes mellitus tipo 2 presenta algún grado de nefropatía. El diabético tiene dos a 6 veces más posibilidades de desarrollar enfermedad cardiovascular que las personas sin diabetes (31,13).

Por otro lado, las tasas de adherencia terapéutica cruciales en el tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 varían entre diferentes países y entre diferentes culturas; además de que estas diferencias se acentúan, por la acción de los factores y según los métodos e instrumentos de medición. Los altos costos sociales y económicos que generan requieren de medidas trascendentes para evitar sus complicaciones y mejorar la calidad de vida. Los múltiples programas preventivos que se han implementado parecen no detener los casos de diabetes.

Los estudios acerca de adherencia terapéutica, demuestran variabilidad entre países al comparar los niveles totales y según los factores estudiados. Así, en cuanto a las tasas de monitoreo de la glucemia se han reportado tasas de no monitoreo de 67% en Estados Unidos de América (EUA) y de 77% en la India. En administración de medicamentos las tasas de no adherencia a los hipoglucemiantes orales

oscilan entre 15 y 25% en diferentes países. En relación a la alimentación las tasas son de 63% en la India y en EUA del 48%. En actividad física, en EUA 26% reportan un plan de actividad física (20, 33,35).

Zafra, J. et al. en España en el año 2001 realizó un estudio, con el objetivo de identificar el nivel de conocimiento y los mecanismos de cuidado y control entre los pacientes diabéticos atendidos en un centro de salud; estudiaron 526 pacientes diabéticos mayores de 12 años de ambos sexos, registrados en el Centro de Salud de el Puerto de Santa María-Norte (Cádiz), concluyendo que el conocimiento sobre aspectos básicos y dietéticos de la diabetes eran deficitarios en la población, siendo necesario aumentarlos mediante la educación individualizada en las consultas de enfermería (39).

Lee, A. et al, en Corea en el año 2009, investigaron a pacientes diabéticos que recibieron atención especializada, encontrando una mayor predisposición a practicar conductas de autocuidado para obtener un mejor estilo de vida, y un control de la diabetes óptimo. Por lo tanto, los pacientes con un mayor ingreso y/o educación, y de los estratos socioeconómicos medios y altos, mostraron mayores niveles de adherencia al tratamiento. (22)

Gack, L et al. en Brasil en el año 2009, investigaron el nivel de conocimiento, habilidades y destrezas del cuidado de los pies de

pacientes con diabetes que sufrían una amputación en el momento del estudio, encontrando que el 62,5 % del grupo no revisaba periódicamente sus pies y el 42,4 % no identificó como peligrosas algunas prácticas caseras; solamente el 29,5 % pudo identificar 1 ó 2 cuidados prácticos de los pies. Se comprobó que no habían recibido información práctica al respecto y que en el 52,4 %, el inicio de la presente complicación fue por descuido, errores de conducta o ignorancia de cómo proceder. Se concluyó que una intervención educativa podría haber contribuido sustancialmente a reducir las amputaciones (09).

Molina, Y. en el 2008 en Lima-Perú, reporta en un estudio titulado: “Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asistieron al programa de diabetes del Hospital nacional “Dos de Mayo” que el 68.9%(91) de la población encuestada presentó regular adherencia al tratamiento; el 79.5 presentó una regular calidad de vida y se comprobó la relación estadística $P=0.01<0.05$ entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes diabéticos estudiados (24).

Cabrera, R et al. Investigaron el Nivel de conocimiento sobre autocuidado y las prácticas en la prevención de complicaciones en la diabetes mellitus, para evaluar el grado del conocimiento sobre las prácticas del autocuidado de los pies. Los resultados mostraron que los pacientes presentaban glicemia elevada, problemas en los pies, como

callos, y fisuras, referían tener conocimiento sobre prácticas de autocuidado (4).

El personal de enfermería con la población de pacientes con diabetes, enfatiza el autocuidado enfocado a la prevención de complicaciones y manejo de la enfermedad, que le permite al paciente tomar decisiones y seleccionar opciones con relación a temas como, dieta, descanso, actividad física, síntomas, la medicación, monitoreo, decisiones sobre dónde y cómo buscar ayuda entre otros. Esto se hace indispensable e importante porque el paciente adquiere la habilidad de cómo cuidarse y de cómo hacerlo, contribuyendo a mejorar el estado de salud de sí mismo, disminuyendo los ingresos hospitalarios a causa de las complicaciones de la enfermedad.

Además, la enfermera como educadora vela por el bienestar físico, psíquico y social de los seres humanos, a través de la identificación de los problemas de salud que los afectan y la resolución rápida y oportuna de ellos mediante acciones asistenciales, educativas y preventivas para contribuir, de esta forma, a mantener óptimas condiciones de salud.

En el Hospital I Luis Albrecht de Trujillo, en el programa de las enfermedades crónicas, se atienden 1250 personas con diabetes mellitus tipo 2, y no se han efectuado estudios para investigar la adherencia

terapéutica de los pacientes de este programa, a pesar de tener una alta prevalencia de complicaciones severas de esta enfermedad, por lo que nos planteamos el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la adherencia terapéutica en adultos con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital I Luis Albrecht?

OBJETIVOS

- **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la adherencia terapéutica en adultos con diabetes mellitus tipo 2.
Hospital I Luis Albrecht – 2015

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar el nivel de conocimiento de adultos con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital I Luis Albrecht de Trujillo.
2. Identificar el grado de adherencia terapéutica en adultos con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital I Albrecht de Trujillo.

HIPOTESIS

H₁. Existe relación directa entre el nivel de conocimiento y la adherencia terapéutica en adultos con diabetes mellitus 2 del Hospital I Albrecht de Trujillo.

MATERIAL Y MÉTODO

1. Material

1.1. Población

El universo estuvo constituido por 1206 personas, con diagnóstico de diabetes Mellitus tipo 2, según el libro de registro del Programa de Enfermedades Crónicas no transmisibles del adulto, del Hospital I Luis Albrecht de ESSALUD de Trujillo.

1.2. Muestra

Estuvo constituida por 150 pacientes del programa de adultos con diabetes mellitus 2 del Hospital I Luis Albrecht de ESSALUD de Trujillo, número que resultó de emplear la siguiente fórmula:

Donde:

N = número poblacional

= valor tabular de la distribución normal estandarizada para un nivel de significancia del 5%

P = proporción de las unidades de análisis con una de las características del interés

q = $1-p$

d = error permisible

$$N = (Z \text{ alfa})^2 (pq) / d^2$$

Dónde: Z alfa = 1.962 (para una probabilidad del 95%)

P = 0.29 según Gack (11)

N = 150

Tipo de muestreo: Aleatorizado

Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos sexos entre los 18 y 75 años de edad.
- Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, de al menos con un año de evolución.
- Pacientes con capacidad mental y de comunicación para responder el test.
- Que acepten participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de exclusión

- Pacientes que tienen nefropatía y retinopatía diabéticas.

1.3. Unidad de análisis

Adultos con diabetes mellitus tipo 2.

2. MÉTODO:

2.1. Tipo de estudio:

El presente estudio de investigación es descriptivo-correlacional, de corte transversal. (32)

2.2. Diseño de investigación:

El presente estudio se esquematiza de la siguiente manera:

$$\mathbf{M: X1 \rightarrow X2}$$

Donde:

M: Pacientes adultos con diabetes mellitus 2

X1: Nivel de conocimiento

X2: Nivel de adherencia terapéutica

2.3. VARIABLES:

Variable X1: Nivel de conocimiento

Definición conceptual: Piaget en su teoría plantea que el conocimiento es el resultado de la interacción entre el sujeto y la realidad que lo rodea. Para el presente estudio se considerara como nivel de conocimiento a la información que el paciente tiene respecto a la diabetes mellitus tipo 2 (16).

Definición operacional: Esta variable fue medida de acuerdo a los puntajes obtenidos, después de aplicar el instrumento; utilizándose la siguiente escala (ANEXO N°3)

- Nivel de conocimiento alto: 8-10 puntos.
- Nivel de conocimiento medio: 4-7 puntos.
- Nivel de conocimiento bajo: 0-3 puntos.

Variable X2: Adherencia terapéutica

Definición conceptual: Es el grado en que el paciente cumple las indicaciones terapéuticas, sean éstas de naturaleza médica o psicológica-conductual (38).

Definición Operacional: Esta variable se midió aplicando el instrumento de Toobert, Hampson y Glasgow, los resultantes se clasificaron de acuerdo a los puntajes obtenidos, utilizando la siguiente escala (ANEXO N°4)

- Grado de adherencia terapéutica alta: 61-92 puntos.
- Grado de adherencia terapéutica media: 31-60 puntos.
- Grado de adherencia terapéutica baja: 0-30 puntos.

2.4. Instrumentos de recolección de datos

El instrumento para medir el nivel de conocimiento fue el elaborado y utilizado por Castillo, B (Anexo 3), en un estudio sobre el nivel de conocimiento de pacientes sobre diabetes mellitus el cual consta de 10 preguntas. Las respuestas se clasificaron en adecuadas o inadecuadas, asignando el valor de 1 punto a la respuesta adecuada, de 0 puntos a la inadecuada. La suma de todos los valores se categorizó según la escala siguiente: Nivel de conocimiento alto 8-10 puntos, Nivel de conocimiento regular 4-7 puntos y Nivel de conocimiento bajo 0-3 puntos.

El instrumento para medir adherencia al tratamiento fue el “Summary of Diabetes Self-Care Activities” elaborado por Toobert, Hampson y Glasgow (2005); traducido a la versión en español por Vincent, McEwen y Pasvogel (2008), el cual consta de 14 ítems para evaluar las dimensiones de adherencia a la dieta (ítems 1, 2,3 y 4), adherencia a la actividad física (ítems 5 y 6), adherencia al control de glucosa (ítems 7 y 8) adherencia al cuidado de los pies (ítems 9 y 10), adherencia al consumo de medicamentos (12, 13 y 14); y el ítem 11 evalúa el consumo o no de tabaco. El puntaje total se obtuvo de sumar el número de días de los ítems (1,2,3,5,6,7,8,9,10,12,13 y 14), menos el número de días del ítem 4. Además, el ítem 11 tendrá un puntaje de 1 si la respuesta es no, y un puntaje de 0 si la respuesta es sí. Se categorizó como grado de

adherencia alta de 61 a 92 puntos, adherencia media de 31 a 60 puntos y adherencia baja de 0 a 30 puntos.

2.5. Procedimiento y análisis estadístico de datos:

Se solicitó a la Dirección Ejecutiva del Hospital I Luis Albrecht Essalud-Trujillo la autorización respectiva para la realización del presente estudio; luego se coordinó con la enfermera responsable del programa las fechas y horas para la recolección de datos.

Luego, se obtuvo el consentimiento informado y se aseguró el respeto a la confidencialidad de los datos obtenidos, posteriormente se aplicaron las encuestas a los pacientes atendidos en el programa de diabetes mellitus en forma aleatoria, seleccionando a los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. El desarrollo de las encuestas se realizó con ayuda del investigador considerando que la mayoría eran adultos mayores.

Los datos obtenidos fueron recopilados y ampliados con la historia clínica del paciente, en la ficha de recolección de datos, y a continuación se introdujeron a la base de datos del paquete estadístico informático SPSS-21 para su procesamiento. Para analizar la información se construyeron tablas de frecuencia de doble entrada con sus valores absolutos y relativos. El análisis estadístico se realizó utilizando el estadístico coeficiente de correlación de Pearson y los coeficientes de regresión ordinal.

III. Resultados

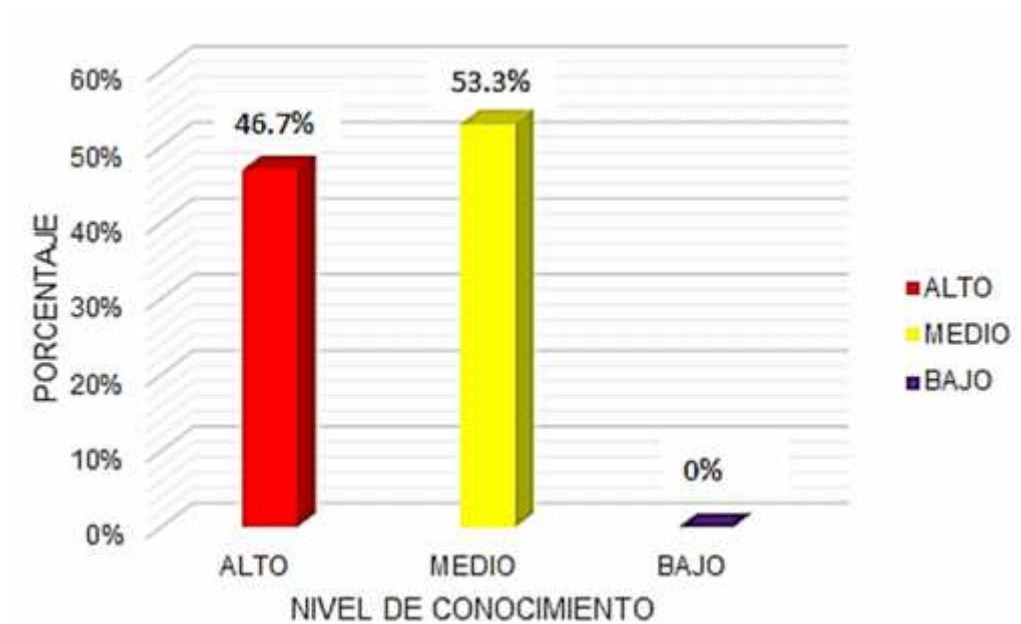
RESULTADOS:

Tabla N° 1: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS DEL HOSPITAL I ALBRECHT, 2015.

Nivel de conocimiento	Número	Porcentaje
Alto	70	46.7%
Medio	80	53.3%
Bajo	0	0%
Total	150	100%

Fuente: Encuesta para medir el nivel de conocimiento sobre la diabetes mellitus tipo 2

Ilustración N° 1: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES DEL HOSPITAL I ALBRECHT, 2015.



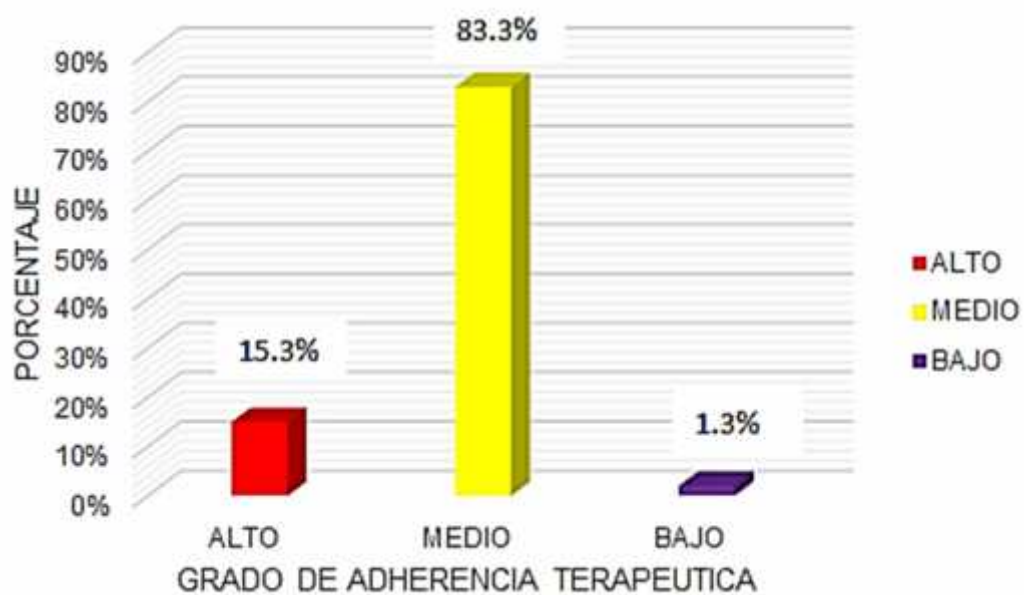
Fuente: Tabla N° 1

Tabla N° 2: GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL HOSPITAL I ALBRECHT, 2015.

Grado de adherencia terapéutica	Número	Porcentaje
Alto	23	15.3%
Medio	125	83.3%
Bajo	2	1.3%
Total	150	100%

**Fuente: Encuesta de adherencia al tratamiento de
Toobert**

GRÁFICO N° 2 : GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL HOSPITAL I ALBRECHT , 2015.



Fuente: Tabla N° 2

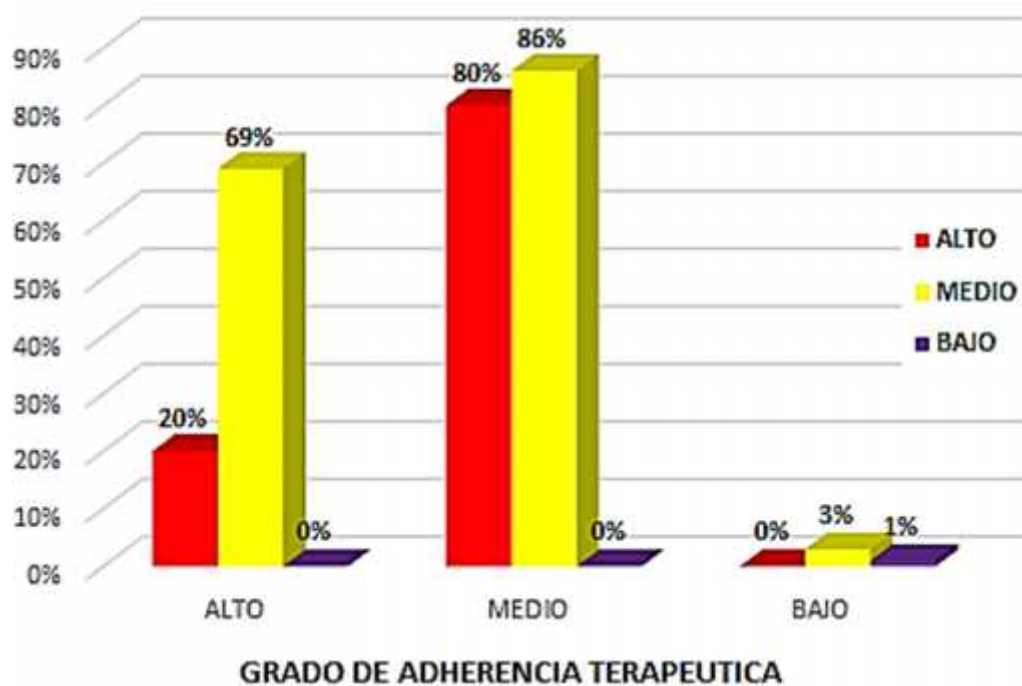
Tabla N° 3: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL HOSPITAL I ALBRECHT, 2015.

Nivel de conocimiento	Grado de Adherencia						Total	
	ALTA		MEDIA		BAJA		N ⁰	%
	N ⁰	%	N ⁰	%	N ⁰	%		
ALTA	14	20,0	56	80,0	0	0.0	70	100,0
MEDIA	9	11,3	69	86,2	2	2.5	80	100,0
Total	23	15,3	125	83,3	2	1.3	150	100,0

P = 0.015 < 0.05

Fuente: Encuestas para medir el nivel de conocimiento y adherencia terapéutica en diabetes mellitus tipo 2

Ilustración N° 3: GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL HOSPITAL I ALBRECHT, 2015.



DISCUSIÓN:

En la tabla N° 1, podemos apreciar que el 46.7% de pacientes presentó nivel alto de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 (media =8.7-DE=0.66) y el 53.3% nivel medio (Media=6.21 - DE=0.90), no hubieron pacientes con nivel bajo.

Estos resultados son similares a los encontrados por Lucchetti, F , quien en el año 2007 en Brasil realizó un estudio de tipo transversal en un centro de investigación y extensión universitaria, reportando que en una muestra constituida por 82 adultos con diabetes mellitus, el 78,05% presentó puntajes superiores a 8 en relación al conocimiento en diabetes, indicando conocimiento y comprensión acerca de la enfermedad.(23)

Los resultados difieren de los reportados por Casanova, M, quien realizó un estudio descriptivo transversal en Cuba en el año 2010, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2, encontrando un nivel bajo de conocimientos en un 59.68 % de todos los pacientes diabéticos. (3)

También Noda, J, en el año 2008 en Lima, realizó un estudio donde encontró nivel insuficiente de conocimiento en pacientes diabéticos hospitalizados en los Hospitales Nacionales Arzobispo Loayza y Hospital Cayetano Heredia de Lima-Perú; recomendando intervenciones educativas. (23)

Considerando que nuestros encuestados participaron anteriormente en talleres para incrementar el nivel de conocimiento, los resultados obtenidos pueden deberse a que dichos talleres de autocuidado y práctica sobre diabetes habrían sido eficaces para obtener niveles adecuados de conocimiento, ya que la educación para el automanejo de la diabetes mellitus es el proceso de enseñar a los pacientes a administrar su enfermedad.

En la tabla N° 2 y el gráfico N° 2 observamos que el 15.3% registró alto grado de adherencia terapéutica a diabetes mellitus tipo 2 (media del puntaje total = 65.73 DE = 4.84), el 83.3% grado medio de adherencia terapéutica (media= 5.76, DE =6.58), y solo 2 pacientes (1.3%) presentaron grado bajo de adherencia terapéutica. Como vemos, el grado de adherencia terapéutica es en su mayoría de grado medio.

Estos hallazgos se asemejan al estudio realizado por Chew, B, quien en el 2015, realizó un estudio transversal en 700 pacientes en Malasia con edad promedio de 56.9 años, encontrando que el 57% de pacientes presentaron nivel adecuado de adherencia terapéutica al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2. (5)

Igualmente, Rezende, D en Brasil en el 2015, investigó a 331 pacientes con el diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2, reportando que el 38.75% presentó adherencia adecuada.

También Iglay, K en el mismo año, encontró un nivel promedio de 69% de adherencia terapéutica a los antidiabéticos orales en 17 estudios no experimentales. (18)

Además, Molina, en el 2008 en Lima-Perú, realizó un estudio en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asistieron al programa de diabetes del hospital nacional "Dos de Mayo". En sus resultados encontró que el 68.9% de la población encuestada presentó regular adherencia al tratamiento.

Los resultados encontrados difieren a los reportados por Gigoux, J, quien en Colombia en el año 2010, en un estudio de corte transversal de 96 pacientes adultos mayores, encontró una proporción de 62.5% de

adherencia terapéutica alta al tratamiento farmacológico en diabetes mellitus tipo 2. (11)

Cabe resaltar que la falta de adherencia terapéutica explicados en el modelo de las Creencias sobre la Salud de Becker y Rosenstok (1984), está relacionado con las creencias del paciente sobre la susceptibilidad y severidad de la enfermedad, la percepción de beneficios y barreras, la motivación hacia la salud y el valor asignado a la salud; los cuales se asocian a conductas saludables, entre ellos, la adherencia (16).

Las comparaciones podrían no ser confiables por las diferentes definiciones operacionales de adherencia, además de considerar que algunos estudios solo miden un componente de la adherencia, ya sea a la dietética, a medicamentos o como en esta tesis a todos los componentes; pero es evidente que el nivel de adherencia en nuestra población está por debajo de lo reportado en otros países especialmente en los que tienen mayor nivel de desarrollo socioeconómico.

Finalmente, la tabla N° 3 y el gráfico N° 3 están referidos a la relación entre el nivel de conocimiento y la adherencia terapéutica en adultos con diabetes mellitus tipo 2, observando que del total de adultos que obtuvieron nivel de conocimiento alto, el 20% presentaron grado de adherencia alto y el 80% grado de adherencia medio. No se obtuvieron adultos con grado de adherencia bajo. Asimismo, del grupo de adultos

que obtuvieron nivel de conocimiento medio, se aprecia que el 11.3% presentaron grado de adherencia alto, el 86.2% grado de adherencia medio y el 2.5% grado de adherencia bajo. No se encontraron usuarios con bajo nivel de conocimiento.

Estos resultados son similares a los encontrados por Lancheros, L, quien en un estudio seccional transversal en Colombia en el año 2010 encontró que existe mayor grado de adherencia a la dieta en pacientes diabéticos con mayor nivel de conocimiento. (19)

En los estudios sobre adherencia al tratamiento en diabetes mellitus, la teoría de la autoeficacia de Bandura, ha reportado que a medida que ella aumenta, son mayores las conductas tendientes a la adherencia. Los aportes brindados desde el modelo de creencias sobre la salud y de la acción razonada consideran que el conocimiento sobre la enfermedad es importante para motivar y así desarrollar conductas favorables; sin embargo, estas habilidades conductuales son eficaces cuando se trata de conductas familiares y no complicadas (17).

Cuando el paciente diabético fortalece su conocimiento y se habilita en las prácticas para autocuidado la adherencia es mayor; como en el caso del presente estudio, que gracias al desarrollo del programa educativo

realizado anteriormente por el personal de enfermería, los pacientes de aceptaron su enfermedad favoreciendo el interés y motivación a incrementar sus conocimientos y la adquisición de habilidades logrando una adherencia terapéutica adecuada traduciéndose en asistencia constante a sus sesiones y en el establecimiento de prácticas para el control de la enfermedad.

El presente estudio presenta la limitación de ser un estudio transversal y en una población que en su mayoría es de la tercera edad, por lo que el aprendizaje y la adherencia terapéutica podrían estar afectados por la variable del envejecimiento y su relación con un menor nivel en las funciones mentales. Además, podrían existir otras variables que influyen principalmente en la adherencia terapéutica como el apoyo familiar, grado de instrucción, sexo, tiempo de la enfermedad, entre otros.

CONCLUSIONES:

- El 53.3% de pacientes obtuvieron nivel medio de conocimiento y el 46.7% nivel alto; no hubieron pacientes con nivel bajo.
- El 83.3% de pacientes con diabetes mellitus Tipo 2. presentaron grado medio de adherencia terapéutica, 15.3% grado alto y solo 1.3% grado bajo.
- Existe mayor grado de adherencia terapéutica en el grupo con alto nivel de conocimiento; sin embargo no existe correlación significativa entre el puntaje total de nivel de conocimiento y el grado de adherencia terapéutica.

RECOMENDACIONES:

- Continuar con estrategias educativas para elevar el nivel de conocimiento en pacientes con diabetes mellitus de todas las edades, e insistir en valorar los grados de adherencia terapéutica para intervenir en la mejora de esta variable modificable que es fundamental en el manejo de esta enfermedad.
- Realizar otros estudios para determinar que variables estarían afectando el grado de adherencia terapéutica considerando que no existe una relación significativa con el nivel de conocimientos.
- Considerar la participación de la familia en el desarrollo de estrategias de capacitación del usuario con diabetes mellitus, considerando que la mayoría de ellos son de la tercera edad o presentan alguna alteración sensorial.

REFERENCIAS BIOGRÁFICAS:

1. American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes-2013. Diabetes care 2013;(36) supplement 1:S11-S13.
2. Chong E, Wang H, King-Shier K, Quan H, Rabi D, Khan N. Prescribing patterns and adherence to medication among South-Asian, Chinese and White people with Type 2 diabetes mellitus: a population-based cohort study. Diabet Med. 2014;10:1111-1259.
3. Casanova María, Trasancos M, Orraca O, Prats M, Gómez D. Nivel de conocimientos sobre la enfermedad en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. Rev Ciencias Médicas . 2011; 15(2): 122-132.
4. Cabrera, R; Motta, I; Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas em usuarios del Policlínico Chincha-Perú, Tesis en maestría en EsSalud, 2009.
5. Chew B, Hassan N, Sherina M Determinants of medication adherence among adults with type 2 diabetes mellitus in three Malaysian public health clinics: a cross-sectional study Patient Prefer Adherence. 2015; 9:639-48.
6. Consenso Peruano sobre Prevención y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2, Síndrome metabólico y diabetes gestacional - 2012.pp7.
7. Commendatore V, Dieuzeide G, Faingold C. Fuente G, Lujan D, Aschner P et al. Registry of people with diabetes in three Latin American countries: a suitable approach to evaluate the quality of health care provided to people with type 2 diabetes Int J Clin Pract,

2013; 67: 1217–8.

8. Delgado, A; Carbonell, A; García, A; Garrote, I; Gonzales, S; Morales, J; Intervención educativas en diabéticos Tipo 2. Revista Cubana de Medicina General Integral. 25(4)17-29; Cadenas, Cuba. 2009.
9. Gack, G, Conocimiento de las prácticas de autocuidado em los pies de los individuos con Diabetes Mellitus atendidos en una Unidad Básica de Salud: Departamento de Enfermedades de Salud Pública. Brasil, 2009, 25(4)17-29.
10. Garmendia F. Los retos actual es en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 Diagnóstico.2013;52(1):27-32.
11. Gigoux J, Moya P, Silva J . Adherencia al tratamiento farmacológico y relación con el control metabólico en pacientes con DM 2.. Rev Chil Salud Pública . 2010 ; 14(2-3):238-270.
12. Global status report on non-communicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization, 2011.
13. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (R.M N° XXXX-XXX/MINSA) Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles - Lima. Ministerio de Salud, 2014.
14. Granados E, Escalante E. Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. Liberabit Lima (Perú). 2010;16(2):203-16.

15. Grotzke M, Jones R. Diabetes mellitus em Endocrinologia – Secretos de Mc Dermott M.5ª edición 2010.El revier, Barcelona, España.pp:9
16. Heredia Galán M. ¿Qué influye en la adherencia al tratamiento de la diabetes? ROL. 2004; 27. (1): 57-60.
17. Hidalgo C. “Medidas de autocuidado que realizan los pacientes con Diabetes: Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo, Octubre- Diciembre 2005”; (116). Tesis en Enfermería
18. Iglay K, Cartier S, Rosen V, Zarotsky V, Rajpathak S, Radican L, Tunceli K. Meta-analysis of Studies Examining Medication Adherence, Persistence, and Discontinuation of Oral Antihyperglycemic Agents in Type 2 Diabetes. Curr Med Res Opin. 2015 ; 29:1-37.
19. Lancheros L, Pava A,Bohorquez A. Identificación a la adherencia al tratamiento nutricional aplicando el modelo de Conocimientos, actitudes y prácticas en un grupo de personas con diabetes mellitus 2 atendidas en la Asociación colombiana de diabetes. Diaeta. 2010 ; 28(133):17-23.
20. Li R, Zhang P, Barker L, Chowdhury F, Zhang X. Cost-effective nessof interventions to preventand control diabetes mellitus: a systematic review. Diabetes Care 2010;33:1872–1894.
21. Lian J, Liang Y. Diabetes management in the real world and the impact of adherence to guide line recommendations. Curr Med Res Opin. 2014; 29:1-8

22. Lee, H., Ahn, S., Kim. Y. (2009). Self-care, Self-efficacy, and Glycemic Control of Koreans with Diabetes Mellitus. *Asian Nursing Research*. Vol. 3 2009(3).
23. Luchetti F, Zanetti M, dos Santos M, Martins T, Sousa V, de Sousa C. Conocimiento y actitudes: componentes para la educación en diabetes. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009 ; 17(4) www.eerp.usp.br/rlae
24. Molina, Y. Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional "Dos de Mayo": Enero-Febrero 2008. Tesis para optar título de Licenciada en Enfermería. 2008 Delgado, A; Carbonell, A; García, A; Garrote, I; Gonzales, S; Morales, J; Intervención educativas en diabéticos Tipo 2. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2009 ; 25(4): 17-29.
25. Noda J, Pérez J, Málaga G, Aphan M . Conocimientos sobre "su enfermedad" en pacientes con diabetes mellitus 2 que acuden a hospitales generales.. *Rev Med Hered* . 2008 ; 19: 68-72.
26. OMS. Nota descriptiva N°312. Noviembre 2014. Disponible en: <http://www.int/mediccentre/factsheets/p336/es/>
27. "Organización Panamericana de la Salud (2007). Un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas (mensaje de grupo de noticias). Recuperado de: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/reg-tratcncds.pdf>.
28. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a

largo plazo. Pruebas para la acción. Washington, D.C. OMS, OPS, 2013. <http://www.paho.org/spanish/ad/dbc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>.

29. Pace A, Ochoa K, Larcher M, Morais A El conocimiento sobre diabetes mellitus en el proceso de autocuidado. Rev. Latino-Am. Enfermagem.2006,14(5),<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-00014>
30. Polit D, Hungler B.: 2000. Investigación Científica em Ciencias de la Salud. 6ta Edición, México. Edit. Interamericana.
31. Report of the Committee on the Classification and Diagnostic Criteria of Diabetes Mellitus The Committee of the Japan Diabetes Society on the Diagnostic Criteria of Diabetes Mellitus Journal of Diabetes Investigation.2010;1(5):70-83.
32. Rezende D, Silva A, Silva G. Adherence to foot self-care in diabetes mellitus patients. Rev Bras Enferm. 2015 ; 68(1):111-116.
33. Salazar J, Gutiérrez A, Aranda C, González R, Pando M. La calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en centros de salud de Guadalajara, Jalisco (México). Salud Uninorte.2012; 28:264-275.
34. Schwingshackl L, Missbach B, König J, Hoffmann G. Adherence to a Mediterranean diet and risk of diabetes: a systematic review and meta-analysis Public Health Nutr. 2014; Aug 22:1-8.
35. Segal, A, Esterman, Caroline Armour, C, Robyn M, Dermottand T. BMC Public Health, 2013; 13:12.
36. Shaw J, Sicree R, Zimmet P. Diabetes Atlas-Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Res Clin Pract.

2010; 87:4–14.

37. Sociedad Peruana de Endocrinología “Guía peruana de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2- 2008”.1ª ed.Editorial Forma e Imagen, Lima-Perú pp. 20.
38. Walker R, Gebregziabher M, Martin B, Egede L. Independent effect of socio-economic and psychological social determinants of health on self-care and outcomes in Type 2 diabetes. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014; 43(14):166-172.
39. Zafra J, Méndez J, Failde I. Nivel de conocimientos y autocuidados de los pacientes diabéticos atendidos en un centro de salud de El Puerto de Santa María (Cádiz). *Endocrinología y nutrición*. 2001;48 (7).

ANEXOS

ANEXO N° 01:
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo declaro libre y voluntariamente que acepto participar del presente estudio .

He sido informado del presente estudio, además seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que yo así lo desee, sin que se vea afectado También podré solicitar información en cualquier momento, de las ventajas y desventajas del estudio que se realizará.

Dando conformidad a lo anterior, firmo el presente consentimiento

Nombre.....

Dirección.....Teléfono.....

Fecha.....Firma:.....

ANEXO N° 02

Solicita: Autorización para desarrollar investigación

Señor: Director del:

Yo,con DNI N°,

Ante Ud. me presento y expongo lo siguiente:

Que, en cumplimiento de los objetivos de mi formación profesional y siendo necesario desarrollar una investigación referente a, es que solicito se me permita desarrollar dicha investigación y poder así cumplir con dichos objetivos.

Es justicia que espero alcanzar.

ANEXO N° 03



ENCUESTA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO 2. AUTOR: Castillo Núñez Bertha (32).

Instrucciones. Estimado usuario a continuación se les realizara unas preguntas, con el objetivo de medir el nivel de conocimiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, marcando con aspa (X) la respuesta según crea conveniente.

**Edad....Sexo:(F) (M) Grado de Instrucción: Primaria ()
Secundaria () Superior ()**

1. La Diabetes Mellitus es:
 - (a) Enfermedad crónica originada por mal funcionamiento del páncreas.
 - (b) Enfermedad puramente emotiva.
 - (c) Enfermedad aguda por insuficiente insulina.
 - (d) Enfermedad que se caracteriza por aumento de glucosa.

2. Factores que aumentan los casos de Diabetes Mellitus 2 son:
 - (a) Padres con antecedentes de diabetes.
 - (b) La Obesidad.
 - (c) Problemas en páncreas.
 - (d) Todas las anteriores.

3. ¿Qué signos y síntomas son más frecuentes cuando la glucosa en sangre esta elevada?
 - (a) Aumento de sed.
 - (b) Aumento de apetito.
 - (c) Aumento de la frecuencia y volumen de orina.
 - (d) Todas las anteriores.

4. ¿Qué complicaciones conoce usted cuando la diabetes no está controlada?
- a.....
 - b.....
 - c.....
 - d.....
5. ¿Dónde cree Usted que se debe tratar la hipoglucemia o “glucosa muy baja”?
- (a) En el Hospital.
 - (b) En donde sienta los síntomas o signos de alarma.
6. ¿Consumir alimentación adecuada es importante porque?
- (a) Evita elevar el azúcar en sangre.
 - (b) Aumenta el nivel de insulina en la sangre.
 - (c) Disminuye el nivel de insulina en sangre
7. ¿Los medicamentos que le indican son importante porque?
- (a) Curan la diabetes.
 - (b) Controlan o regulan la glucosa en sangre.
 - (c) Evitan las complicaciones.
8. Es recomendable:
- (a) El ejercicio (b) El reposo.
9. Influye en el control de la Diabetes las emociones, el estrés, la depresión?
- (a) Si (b) No
10. ¿Considera que la higiene de los pies en el paciente con Diabetes debe ser diferente a otras personas?
- (a) Si (b) No

VALORACIÓN DE LA ENCUESTA SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO:

Pregunta	Respuesta	Valor
1.	A	1
2.	D	1
3.	D	1
4.	Neuropatía, Nefropatía, Retinopatía, Pie diabético, Catarata, ACV, ICC, Coma, Disfunción sexual	1
5.	B	1
6.	A	1
7.	D	1
8.	A	1
9.	A	1
10.	A	1



ANEXO 4: ENCUESTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS TIPO II

(Autor: HAMPSON, GLASGOW. 2000.106)

Autor: HAMPSON, GLASGOW. 2000.106

EDAD: _____

GÉNERO: Masculino_____ Femenino_____

DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

TIEMPO CON EL DIAGNÓSTICO: _____

OCUPACIÓN: _____

Anexo A

Instrucciones. Estimado usuario a continuación se les realizara unas preguntas, lo cual está relacionado para medir el grado de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Marque con una "X" la opción que más se adapte a su situación en los últimos 7 días.

DIETA:

1) ¿Cuántos de los últimos 7 días ha seguido un plan saludable de comida?

0() 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()

2) ¿De media en el último mes, cuantos DÍAS POR SEMANA ha seguido su dieta?

0() 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()

3) ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS ha comido 5 o más raciones de frutas y vegetales?

0() 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()

4) ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS ha consumido comidas grasas como carnes rojas o productos lácteos sin desnatar?

0() 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()

EJERCICIO

5) ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS ha practicado al menos 30 minutos de actividad Física? (total de minutos de actividad continua incluido caminar)

0() 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()

6) ¿En cuántos de los últimos siete días ha participado en una sesión específica de ejercicio (como nadar, caminar, bicicleta) aparte de las que haga de su casa o como parte de su trabajo?

0() 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()

TEST DE AZÚCAR EN SANGRE

7) ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS hizo su control de glucosa?

0() 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()

8) ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS hizo el test de glucosa recomendado por su centro de salud?

0() 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()

CUIDADO DE LOS PIES

9) ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS revisó sus pies?

0() 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()

10) ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS inspeccionó la parte interna de los dedos?

0() 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()

TABACO

11) ¿Ha fumado algún pitillo (incluso una fumada) durante los últimos SIETE DÍAS?

0- NO

1- SI .Si es que sí, cuantos cigarrillos fuma de promedio al día número.____.

MEDICACIONES

12) ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS ha tomado la medicación recomendada?

0() 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()

13) ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS se ha puesto las inyecciones de insulina recomendadas?

0() 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()

14) ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS ha tomado el número de pastillas prescritas?

0() 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7()