



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Conocimiento de la enfermedad y adherencia terapéutica en
pacientes con diabetes Mellitus de un establecimiento Médico de el
Guabo, 2022

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Moreno Moncada, Oswaldo Alex (orcid.org/0000-0003-2945-5458)

ASESOR:

Dr. Castillo Hidalgo, Efrén Gabriel (orcid.org/0000-0002-0247-8724)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

PIURA – PERÚ

2023

Dedicatoria

Dedico este trabajo a Dios, a mi familia y a mis seres queridos por darme la fuerza para nunca dar mi brazo a torcer, siendo mi fortaleza ante las adversidades con el principal objetivo de cumplir mis sueños, sin dejar a un lado el objetivo de aprender y conocer cada día más por el bienestar de la comunidad.

Agradecimiento

Agradezco a mi familia, por ser ese motor que alimentaba mi alma en los momentos difíciles.

A mami Bertha, que desde el cielo me cuida y me hace recordar siempre sus consejos.

A mi madre, por su amor, paciencia y comprensión.

Índice de Contenidos

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Índice de Contenidos.....	iv
Índice de Tablas.....	v
Índice de Figuras.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO	5
III. METODOLOGÍA.....	15
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	15
3.2. Variables y operacionalización	16
3.3. Población, muestra y muestreo	17
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	18
3.5. Procedimiento	21
3.6. Método de análisis de datos	21
3.7. Aspectos éticos	22
IV. RESULTADOS	23
V. DISCUSIÓN.....	31
VI. CONCLUSIONES	38
VII. RECOMENDACIONES.....	39
REFERENCIAS	40
ANEXOS.....	47

Índice de Tablas

Tabla 1. Caracterización de las variables sociodemográficas	17
Tabla 2. Coeficiente Rho Spearman entre el Conocimiento de la enfermedad y Adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022	23
Tabla 3. Coeficiente Rho Spearman entre la dimensión control de glicemia y las dimensiones de la variable adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022	26
Tabla 4. Coeficiente Rho Spearman entre la dimensión conocimiento básico de la enfermedad y las dimensiones de la variable adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022	27
Tabla 5. Coeficiente Rho Spearman entre la dimensión prevención de complicaciones y las dimensiones de la variable adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022	29

Índice de Figuras

Figura 1. Diseño metodológico.....	15
Figura 2. Conocimiento de la enfermedad.....	24
Figura 3. Adherencia Terapéutica	25

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el conocimiento de la enfermedad y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022. Se realizó la investigación con un enfoque cuantitativo y diseño observacional, transversal, prospectivo, descriptivo y correlacional. Se utilizó una muestra probabilística de 102 pacientes. La recolección de los datos se realizó mediante el cuestionario de conocimiento de diabetes (DKQ-24) de García et al (2001) adaptado por Zamora Niño (2019) y el instrumento para medir estilo de vida en diabéticos (IMEVID) de López-Carmona (2003) adaptado por Meneses et al (2019), dichos instrumentos fueron validados y adaptados acorde con la población y objetivos del estudio. Para el análisis de datos se utilizó SPSS v26 y Jamovi v2.3.18. Se evidenció que no existe relación estadísticamente significativa entre conocimiento de la enfermedad y adherencia terapéutica ($Rho=0.132$; $p=0.185$). Además, se identificó una prevalencia de inadecuado nivel de conocimiento (82.35%) y estilo de vida poco saludable (72.55%). Se concluye, que, si bien no existe correlación entre el conocimiento de la enfermedad y adherencia terapéutica, son factores que inciden en el comportamiento saludable de los pacientes con diabetes.

Palabras clave: Diabetes Mellitus tipo 2, Conocimiento, Cumplimiento y Adherencia al tratamiento.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship between knowledge of the disease and therapeutic adherence in patients with diabetes mellitus from a medical establishment in El Guabo, 2022. The research was carried out with a quantitative approach and an observational, cross-sectional, prospective, descriptive design. and correlational. A probabilistic sample of 102 patients was extracted. Data collection was carried out using the diabetes knowledge questionnaire (DKQ-24) by García et al (2001) adapted by Zamora Niño (2019) and the instrument to measure lifestyle in diabetics (IMEVID) by López-Carmona. (2003) adapted by Meneses et al (2019), these instruments were validated and adapted according to the population and objectives of the study. For data analysis, SPSS v26 and Jamovi v2.3.18 were obtained. It was evidenced that there is no statistically significant relationship between knowledge of the disease and therapeutic adherence ($Rho= 0.132$; $p= 0.185$). In addition, a prevalence of inadequate level of knowledge (82.35%) and unhealthy lifestyle (72.55%) was identified. It is concluded that, although there is no transmission between knowledge of the disease and therapeutic adherence, they are factors that affect the healthy behavior of patients with diabetes.

Keywords: Diabetes Mellitus Type 2, Knowledge, Treatment Adherence and Compliance.

I. INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus es una patología crónica de difícil manejo, la cual genera un alto impacto en salud por la tasa de pacientes que la padecen provocando altos gastos para su control, manejo de complicaciones y daños orgánicos irreversibles; aumentando así el costo de vida. Por consiguiente se considera un problema de salud pública a nivel mundial y nacional (Zavala Calahorrano y Fernández, 2018). A nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) aproximadamente 422 millones de personas padecen Diabetes Mellitus tipo II atribuyéndole 1.5 millones de muertes por año, afectando predominantemente a los países subdesarrollados. Asimismo, la Diabetes Mellitus tipo II es una de las patologías que más fallecimientos ha ocasionado en Latinoamérica siendo la sexta causa de muerte, alcanzando una cúspide poblacional de 62 millones de personas diagnosticadas.

En América Latina, según la Federación Internacional de Diabetes indica que existen 33 millones de personas con diabetes en esta región y que 11 millones de personas tienen la enfermedad sin ser diagnosticados, lo que a su vez ha generado un gasto sanitario en el año 2021 de 65 000 millones de dólares. Además, predicen que para el año 2045 la cifra de diabéticos alcanzaría los 49 millones de personas sin contar los no diagnosticados precozmente ya sea por razones culturales, económicas, sociales y educativas (Federación Internacional de la Diabetes, 2022). En Perú, se estima una tendencia del 6.1 % con esta enfermedad, el cual el 75% son diagnosticados en Lima, siendo el 45% la tasa de pacientes con un mal control metabólico (Zamora-Niño et al., 2019).

En el Ecuador, según un análisis epidemiológico indica que, en el año 2000, el número de disfunciones anuales era de 2533 en comparación al incremento exponencial a 4895 disfunciones en el año 2017, concluyendo en una tendencia en los próximos años que afectaría gravemente la economía en salud; lo cual, ha conllevado que se realicen diversos estudios para la orientación causal, siendo el nivel de conocimiento un factor que influye en la adherencia terapéutica de la enfermedad por su alto impacto en el manejo metabólico (Zavala Calahorrano y Fernández, 2018).

En relación a lo mencionado anteriormente, es de vital importancia que los pacientes diabéticos mantengan un control metabólico adecuado de su enfermedad. El manejo terapéutico de la diabetes se basa en el tratamiento farmacológico; es decir, los medicamentos antidiabéticos tanto orales como parenterales; y el tratamiento no farmacológico, el cual se basa en el estilo de vida de cada paciente. Por consiguiente, el tipo de estilo de vida influye en el pronóstico de la enfermedad, ya que ciertos factores como la ausencia de una dieta balanceada, sedentarismo y el bajo conocimiento de enfermedad implicarían un riesgo mayor de complicaciones y deterioro de la salud del paciente (Hernández Ruiz de Eguilaz et al., 2016).

El afrontamiento del paciente ante la diabetes está influenciado por aspectos informativos, emocionales, motivacionales, siendo relevante su abordaje para mantenimiento de vida saludable. El nivel de conocimiento, según la real academia española se puede definir como el arte de conocer y estar consciente de padecer una enfermedad en específico (RAE, 2022), es decir el conocimiento de la patología, control y prevención de la patología, objetivando un estado metabólico correcto (Casanova, 2017). Por su parte, adherencia terapéutica se define como el grado de comportamiento de una persona al momento seguir los cambios de vida saludables en conjunto con las recomendaciones médicas incluyendo tanto factores farmacológicos como el régimen terapéutico, dosis, y no farmacológico, como el tiempo de evolución, control metabólico; y, por último, su estilo de vida saludable (López-Carmona et al., 2003).

El conocimiento de la enfermedad y adherencia terapéutica son variables que inciden en el mantenimiento de la salud del paciente con diabetes mellitus, por consiguiente, han sido objeto de análisis de diferentes investigaciones internacionales que evalúan dichas variables en diabéticos brindando una perspectiva completa para el correcto desarrollo de la misma. En contraste, existe un déficit de información científica en revistas indexadas a nivel nacional y local; por lo tanto, es necesario evidenciar la relación de las variables con el manejo de la enfermedad.

En el establecimiento médico en el que se realizará esta investigación se encuentra ubicado en la provincia El Oro, cantón El Guabo; el cual brinda atención

en especialidades básicas como medicina general, obstetricia, medicina familiar, odontología y enfermería abarcando una población rural de 3129 habitantes siendo la segunda patología más frecuente diagnosticada, la diabetes mellitus Tipo II con 139 pacientes (Ministerio de Salud Pública, 2022).

De acuerdo a fuentes orales del personal sanitario que labora en dicho establecimiento, los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tienen control de glicemia inadecuado por el mal manejo de su patología ya sea por aspectos culturales, psicológicos y sociales; generando así que el paciente no acuda a los controles, y por ende aparezcan complicaciones de las cuales muchas de las veces son irreversibles como la ceguera, insuficiencia renal y enfermedad vascular periférica grave. Se han identificado diversos factores que entorpecen el control metabólico de dichos pacientes, entre los cuales podemos mencionar el nivel de escolaridad básica en la mayoría de los habitantes, lo cual esta directa e indirectamente relacionado con el conocimiento de la enfermedad y por ende una mala adherencia terapéutica. Asimismo, sin dejar a un lado los factores modificables de la enfermedad, como es el sedentarismo, obesidad, hiperlipidemia, tabaquismo, alcoholismo, entre otras (Rico Sánchez et al., 2018).

En base a lo antes expuesto, se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación entre el conocimiento de la enfermedad y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022?

El estudio tiene relevancia social, de modo tal que la investigación evidenciará hallazgos empíricos acerca del conocimiento de la enfermedad y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022 para fortalecer las estrategias nacionales en salud ligadas al manejo de la enfermedad basándose en sus factores modificables, tales como el conocimiento de la misma y la modificación de los estilos vida, para mejorar la adherencia terapéutica y disminuir la tasa de muerte a nivel local, nacional y mundial (López-Carmona et al., 2003). Teóricamente, el estudio se basa en la Agenda de Salud Sostenible de las Américas 2018 – 2030, que dentro del objetivo nueve propone disminuir la incidencia, mortalidad y discapacidad de enfermedades crónicas no transmisibles (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2022). Metodológicamente, se aportará la evidencia de validez

y confiabilidad de los instrumentos de recojo de datos en conocimiento de enfermedad y la adherencia terapéutica para así, conocer su relación con el control metabólico de la comunidad.

El objetivo general de esta investigación es determinar la relación entre el conocimiento de la enfermedad y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022. Los objetivos específicos son los siguientes: identificar el nivel de conocimiento de la enfermedad en pacientes diabéticos de un establecimiento médico de El Guabo, 2022; establecer el grado de adherencia terapéutica de pacientes con diabetes mellitus de establecimiento médico de El Guabo, 2022; y conocer la relación entre las dimensiones de conocimiento de la enfermedad y las dimensiones de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022.

Por tal motivo se formulan las siguientes hipótesis:

H_i: Existe relación entre el conocimiento de la enfermedad y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022

H₀: No existe relación entre el conocimiento de la enfermedad y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022.

II. MARCO TEÓRICO

A nivel internacional, Farías-Vílchez et al. (2021), en un estudio realizado en Piura (Perú) el cual tenía como objetivo determinar la relación entre conocimiento de la enfermedad y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus; diseño de tipo observacional analítico transversal mediante una muestra de 236 pacientes, cuyo instrumento empleado fue el cuestionario DKQ-24 y Morisky Green lo cual se recogió datos mediante una encuesta, encontrando como resultados que el conocimiento inadecuado (68.2%) predominó sobre el conocimiento adecuado (31.8%), la adherencia terapéutica fue en su mayoría baja (38.6%), seguida de media (31.4%) y alta (30%). Concluyendo, que existe una relación estadísticamente significativa entre adherencia terapéutica y conocimiento de la enfermedad.

Mirahmadizadeh et al., (2020), en un estudio realizado en Irán, el cual tenía como objetivo determinar la adherencia a medicamentos, dieta mediterránea y actividad física en pacientes diabetes asociando los factores sociodemográficos - complicaciones en la enfermedad, diseño de tipo transversal multicéntrico con un muestreo poblacional de 500 pacientes, el instrumento de recojo de datos se dio mediante escalas y encuestas validadas por profesionales. Entre los hallazgos relevantes de este estudio, se demostró que las variables ya mencionadas implican una adherencia moderada siendo el 59.2% adherencia medicamentosa, 77.2% dieta mediterránea y 68.6% actividad física; concluyendo estadísticamente que dichas variables están relacionadas con el aumento de la hemoglobina glicosilada. Además, que los factores sociodemográficos como la edad, índice de masa corporal, estado civil y el tabaquismo han tenido una influencia significativa sobre la adherencia terapéutica.

Qiu et al. (2020), en un estudio realizado en China que analizó el nivel de conocimiento y la autoeficacia en pacientes diabéticos empleando un diseño de tipo transversal multicéntrico con una población de 1800 pacientes, cuyo instrumento de recolección datos utilizado fue una encuesta electrónica, evidenciando como resultados que el 54.35 % tiene un buen conocimiento de la enfermedad. La media de autoeficacia general 2.42 ± 0.59 entre los pacientes. Concluyendo que la autoeficacia en el manejo de la diabetes Mellitus influía positivamente el nivel de

conocimiento de la misma, es decir el nivel de conocimiento actúa como un factor protector mejorando la eficiencia en el manejo de la morbilidad.

Ortega Oviedo et al. (2019), en un estudio realizado en Colombia que tiene como objetivo analizar la relación entre conocimiento de la enfermedad y sus condiciones de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus de un establecimiento de salud, estudio transversal descriptivo cuantitativo, realizado mediante una muestra de 41 pacientes. Para el recojo de datos aplicaron una encuesta rediseñada por el investigador, evidenciando los siguientes hallazgos: 46% de la muestra tiene desconocimiento de la enfermedad, 32% no conoce sobre las complicaciones. Concluyendo, que los pacientes tienen un bajo conocimiento de la enfermedad.

Según Asmelash et al. (2019), mediante un estudio realizado en Etiopía que buscaba investigar el conocimiento, la actitud y buenas prácticas frente al control glicémico en pacientes con diabetes mellitus, diseño de tipo unicéntrico transversal obteniendo como muestra poblacional a 403 pacientes, recolectando datos a través de un cuestionario validado, en cual se encontró como hallazgos que el 62% tiene un buen conocimiento, el 67.2% tiene una buena actitud respecto a su control glicémico y el 74.4% tienen buenas prácticas respecto a la patología. Concluyendo, que más del 50% de los participantes del estudio tienen un buen conocimiento, actitud y buenas prácticas en relación al control glicémico de la enfermedad.

Bukhsh et al. (2019) en una investigación realizada en Pakistán para explorar la relación entre el nivel de conocimiento con control glicémico y las prácticas de autocuidado en paciente con diabetes mellitus, diseño de tipo transversal multicéntrico con una muestra de 218 pacientes que cumplieron criterios inclusión y exclusión, lo cual se dio el recojo de datos mediante encuesta. Obteniendo los siguientes resultados estadísticos los diabéticos con un buen control glicémico tienen una puntuación significativamente mayor de su conocimiento de la enfermedad (DKQ 18, IQR 16-19) en comparación con los que tienen un mal control glicémico (DKQ 13, IQR 10-15). En conclusión, el conocimiento de la diabetes está significativamente relacionado al control de la enfermedad y las actividades de autocuidado.

Domínguez Gallardo y Ortega Filártiga (2019) en base a un estudio realizado en Paraguay que tiene como objetivo encontrar los factores asociados a la ausencia de adherencia terapéutica en diabéticos, muestra de 338 participantes, diseño observacional descriptivo longitudinal y analítico. Instrumento de recolección de datos: Morisky Green (farmacológica) y IMEVID (no farmacológica). Hallazgos: se determinó que el 30% cumplían con las medidas indicadas por su prescriptor ya sea medicación o hábitos, es decir, eran adherentes; y el 70% no tenían buena adherencia terapéutica. Los factores que se encontraban significativamente relacionados fueron: enfermedades crónicas (53%), monoterapia medicamentosa (35%), reacciones adversas (17%), evolución de la enfermedad mayor a 10 años (16%) y escasa relación médico – paciente (16%). En conclusión, se evidencia una gran falta de adherencia terapéutica entre los pacientes, y tanto las enfermedades crónicas como la monoterapia son los factores mayormente asociados

Zamora-Niño et al. (2019), en un estudio realizado en la ciudad de Lima, el cual evaluó el nivel de conocimiento de la enfermedad y su relación con la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos con muestra poblacional de 210 pacientes, diseño transversal analítico, herramienta de recojo de datos: cuestionario de conocimiento de enfermedad (DKQ - 24) y escala de adherencia farmacológica (Morisky – Green). Encontrando que el 78.1 % de la muestra tenía un nivel de conocimiento adecuado y el 25 % tenía una buena adherencia terapéutica. Como conclusión, se determinó que existe relación estadísticamente significativa entre la adherencia terapéutica y el conocimiento aceptable de la enfermedad, por lo que se debe abordar en más investigaciones para así dar mejores resultados.

Según Meneses et al. (2019) en un estudio realizado en España, que tuvo como objetivo describir la adherencia terapéutica y estilos de vida saludables en diabéticos, mediante una muestra de 151 paciente; cuyo diseño es de tipo observacional descriptivo y transversal. Se utilizó IMEVID y Morisky Green como instrumentos de recolección de datos recabados mediante una encuesta. Hallazgos: el 98% de los pacientes presentan un estilo de vida saludable o muy saludables con una adherencia terapéutica farmacológica del 29.8%.

Concluyendo, que dentro de la población existe un incumplimiento terapéutico y por ende se debe realizar más investigaciones al respecto.

Abel y Alejandra (2018) realizaron una investigación en México para establecer los factores que condicionan la falta de adherencia terapéutica en diabéticos con una muestra de 129 pacientes, diseño de tipo transversal analítico utilizando una encuesta previamente validada como método de recolección de datos. Entre los resultados de relevancia de este artículo podemos indicar que el nivel socioeconómico como el nivel medio bajo representa 19.4 %, el efecto adverso del medicamento con 2.4 % y el tiempo de evolución de 6 a 10 años represento el 39.5%, las cuales están relacionadas significativamente con la adherencia terapéutica. Concluyendo, que existen diversos factores que influyen en la adherencia terapéutica y de acuerdo a ello se puede implementar estrategias en la educación sanitaria.

Según Jiménez e Izquierdo (2018) en una investigación realizada en Cuba, el cual tenía como objetivo conocer que factores influyen en el riesgo a desarrollar diabetes. Muestra: 120 pacientes. Estudio de tipo observacional descriptivo y transversal. Instrumento de recojo de datos: escala FINDRISK. Los hallazgos encontrados son la obesidad y sobrepeso con un 38.3% (RR 4,9), niveles elevados de lípidos en sangre 19% (RR 1,9), aumento de la presión arterial 14.1% (RR 1,3), hábito tabáquico 12.5% (RR 1,1), antecedentes heredofamiliares 10.8% (RR1,0). Concluyendo, que la obesidad y el sobrepeso son factores que influyen en tener mayor riesgo de desencadenar diabetes en los 10 años siguientes.

Casanova (2017) en una investigación realizada Venezuela que tenía como objetivos determinar el grado de conocimiento de la enfermedad sobre diabetes con una muestra poblacional de 150 pacientes, diseño de tipo descriptivo exploratorio, instrumento de recojo de dato se da mediante un cuestionario de 24 preguntas previamente validado (DKQ-24). Hallazgos: en base cuestionario se evidencia que el 69% respondieron de manera errada y que el 44.7% tenían respuestas ambiguas. Concluyendo, que su población tenía un grado de conocimiento deficiente de su patología.

Pascacio-Vera et al. (2016), en un estudio multicéntrico realizado en México que tenía como objetivo evaluar el nivel de conocimiento de la enfermedad y la adherencia farmacológica en pacientes con diabetes mellitus tipo II, cuya muestra es de 80 pacientes, diseño de tipo descriptivo transversal, instrumento de recojo es mediante un cuestionario de 24 preguntas (DKQ-24) y test de Morisky Green con lo cual se evidenció los siguientes resultados: el 70 % de su población tenía un conocimiento de la enfermedad aceptable y el 72.5% son adherentes al tratamiento. Concluyendo estadísticamente, que existe una relación directa entre el nivel de conocimiento y la adherencia terapéutica. Es decir, que mientras exista un correcto sistema de promoción y aprendizaje de la enfermedad existirá mejor apego al tratamiento.

A nivel nacional, Guamán-Montero et al. (2021), en un estudio realizado en Ecuador que tenía como objetivo evidenciar los factores que influyen en a la adherencia al tratamiento en paciente diabéticos, su muestra fue de 169 pacientes, diseño de tipo no experimental cuantitativo descriptivo de corte transversal utilizando como herramienta de recojo un cuestionario validado y alta confiabilidad (DKQ – 24). Hallazgos: representado al 45.6% se encuentra la población tiene riesgo de tener una mala adherencia al tratamiento y el 29% representa aquella población que no podrán adherirse. Concluyendo, que los factores sociodemográficos que influyen en la adherencia terapéutica son la edad y nivel de instrucción, ya que estos se relacionan con el nivel de conocimiento de la patología, condicionando el comportamiento del paciente lo cual disminuiría el deterioro de la enfermedad. Es decir, mientras más conocimiento exista mayor es la probabilidad de adherencia.

Villaroel (2020), en un estudio realizado en ciudad de Babahoyo, Ecuador que tenía como objetivo establecer los estilos de vida asociados en pacientes con diabetes mellitus tipo II, su muestra fue de 85 pacientes. Diseño de descriptiva transversal, empleado como instrumento de recojo de datos una encuesta la cual incluía el cuestionario IMEVID. Hallazgos: Estilo de vida saludable 29%, poco saludable 33% y no saludable 38 %. En conclusión, el estilo vida de los pacientes estudiados fue desfavorable mayormente influenciados por la actividad física información de diabetes y estado emocional.

Antes de caracterizar cada variable de estudio y su modelo teórico, es necesario mencionar aspectos importantes de la patología base presentes en la población de estudio. La diabetes mellitus tipo 2, según la Organización Mundial de la Salud, es una de las enfermedades crónicas no transmisibles más prevalentes a nivel mundial. La patología se caracteriza por niveles elevados de glucosa en sangre, los cuales pueden ser perjudiciales sin el correcto diagnóstico y tratamiento de manera inmediata, para así evitar las complicaciones de la enfermedad como la retinopatía diabética, enfermedad vascular periférica, pie diabético, insuficiencia renal y en el peor de los casos la muerte (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Según Asociación Latinoamericana de Diabetes (2019), la diabetes mellitus es un patología cuya fisiología empieza a aparecer años antes de ser diagnosticado, lo cual va relacionado por factores modificables desde los primeros años de vida hasta la adultez, entre las cuales se puede mencionar la obesidad, ausencia de actividad física, alcoholismo, tabaquismo; factores ambientales como el aumento de la comidas con alto índice calórico, actividades de escritorio que entorpecen la actividad física; y factores familiares como la depresión, creencias culturales y conducta familiar alimenticia. Además, la mitad de aquellos pacientes diagnosticados con diabetes mellitus presentan un riesgo cardiovascular representado el 86.7%, ya sea por presión arterial elevada, hábito tabáquico o presencia de dislipidemias (Schlosser et al., 2022).

Dentro de los factores de riesgo que se relacionan con el pronóstico de la patología, se encuentran situaciones como la adherencia terapéutica, que incluye tanto el tratamiento farmacológico como no farmacológico, y, factores socioeconómicos, dentro de los cuales destacan el grado de conocimiento de la enfermedad y el nivel de escolaridad. Otros factores relacionados son el sedentarismo, obesidad, hábitos nocivos (Orozco-Beltrán et al., 2016).

El nivel de conocimiento se define como el grado de información latente en el individuo ya sea posterior al aprendizaje en común de una comunidad o basado en evidencia, lo cual se da por métodos y procesos para la confrontación del saber (Ortega Oviedo et al., 2019). El conocimiento de la enfermedad está directamente relacionado con el nivel instrucción académica de la población (Lemes dos Santos et al., 2014), así como los programas de promoción y prevención desarrollados por

personal de salud. Se ha evidenciado ampliamente que bajo conocimiento de un paciente sobre su patología es un factor de riesgo para mal control de su enfermedad y desarrollo de complicaciones de la misma (Abouammoh & Alshamrani, 2020).

Los diabéticos que tienen un nivel de conocimiento aceptable sobre su patología pueden automanejar de una forma más eficiente su condición; identificando así factores de riesgo prematuros que los harán acudir a los establecimientos médicos precozmente reduciendo la prevalencia de complicaciones y mejorando la calidad de vida. Por tal motivo, es importante garantizar el acceso de información de las enfermedades a los pacientes para diseñar programas de salud adecuados (Owolabi et al., 2022).

Según Giroto et al., (2018), el nivel de conocimiento de la enfermedad se define como la información requerida en un individuo para el correcto manejo de su patología, además indica que esta variable influye al momento de acatar recomendaciones médicas por parte del paciente. Cabe recalcar, que existe otras variables que entorpecen el manejo de la enfermedad como el nivel de instrucción, cultura y acceso al sistema sanitario.

En relación con el modelo teórico de medición utilizado para el nivel conocimiento de la enfermedad es el cuestionario de conocimiento en diabetes el cual por sus siglas inglés se lo conoce como DKQ-24, conformándose por veinte y cuatro preguntas de respuesta cerrada de si, no y no sé.

Dicho modelo teórico de medición está conformado por 3 dimensiones: en primer lugar, conocimiento de básicos de la enfermedad: se define como el grado de entendimiento atribuible a un individuo para el manejo de su enfermedad, prevención de complicaciones, acatando tanto indicaciones farmacológicas como no farmacológicas. En segundo lugar, control de glicemia es el correcto manejo de herramientas de monitoreo de glucosa en sangre de forma periódica y su estratificación según los criterios científicos previamente establecidos, es decir, establece si un paciente se encuentra compensado o no compensado (Zamora-Niño et al., 2019) . Por último, prevención de complicaciones, es todo lo orientado a enlentecer la enfermedad como cambios de vida no saludables, toma de

medicación, controles médicos, ejercicios físicos, dieta saludable, entre otras (Chrysi et al., 2022).

Con respecto a la adherencia terapéutica, se refieren al grado de comportamiento de una persona en términos de toma de medicamentos, seguimiento de una dieta y cambios en el estilo de vida; los cuales se corresponden con las recomendaciones brindadas por un profesional de salud. La adherencia terapéutica deficiente ocurre cuando no existe relación entre el comportamiento del paciente y el criterio médico instaurado. Actualmente, la falta de adherencia es la causa del fracaso de muchos tratamientos y representa consecuencias graves tanto para la calidad de vida del paciente, así como para los recursos sanitarios de una población (Carratalá-Munuera et al., 2022).

La adherencia terapéutica está determinada por diversos factores, entre ellos: socioeconómicos, relacionados al sistema sanitario, al paciente, al tratamiento y a la enfermedad. Sin embargo, el simple factor del descuido del paciente es el principal factor que ocasiona el fallo terapéutico. Dentro de los factores relacionados a la adherencia terapéutica del paciente es necesario recalcar las creencias religiosas y pensamientos subjetivos de la enfermedad, así como el conocimiento sobre la patología que padecen entendiendo las futuras consecuencias sobre su salud (Conn & Ruppert, 2017).

La adherencia terapéutica engloba el manejo farmacológico y no farmacológico de la enfermedad, siendo el farmacológico acorde a las características de cada paciente pudiéndose requerir antidiabéticos orales o parenterales relacionándolo con el índice de glucosa capilar en sangre. En cuanto al manejo no farmacológico, se basa en el estilo de vida del paciente lo cual se define según la (Organización Mundial de la salud, 2022), como la conducta de vida de cada persona que está previamente rediseñado acorde a sus características culturales, económicas y sociales, determinando un comportamiento específico. Los dominios que incluyen el estilo de vida para el desarrollo de líneas conductuales y preferenciales de las personas van relacionados a los hábitos alimenticios, hábitos nocivos, ejercicio físico, responsabilidad de autocuidado, patrones de comunicación personal e interpersonal, entre otras (López-Carmona et al., 2003).

El modelo teórico utilizado para medir el índice de adherencia terapéutica es el Instrumento para medir el estilo de vida en diabéticos (IMEVID), el cual es un cuestionario validado internacionalmente que está constituido por veinte y cinco preguntas cerradas con tres opciones de respuesta (casi nunca, algunas veces y casi siempre) de las cuales se encuentran agrupadas en siete dimensiones: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, manejo de emociones y cumplimiento del tratamiento, lo cual a partir de 74 puntos se considera estilo de vida saludable (Meneses et al., 2019).

Se describe a continuación las 7 dimensiones del modelo teórico de medición anteriormente mencionado: nutrición se define como el conjunto de procesos fisiológicos del ser humano que se da mediante la ingesta de alimentos, lo cual influye directamente e indirectamente en el equilibrio del organismo (Corio Andújar & Arbonés Fincias, 2009). Actividad física se describe como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que requieren un gasto energético (Izquierdo et al., 2021). Consumo de tabaco es la acción de aspirar humo de tabaco por la boca hacia los pulmones, el cual su índice dependerá de cuantas cigarrillos se consumen al día (West, 2017). Consumo de alcohol se define como la ingesta de bebidas con componente etílico alterando el componente fisiológico normal del organismo (Kim & Kim, 2012). Información sobre la diabetes se describe como el grado de conocimiento del individuo sobre la patología y sus complicaciones (Rico Sánchez et al., 2018). Manejo de emociones es la habilidad de controlar los sentimientos para lograr una sintonía con el entorno personal y social (Kalra et al., 2018). Por último, el cumplimiento del tratamiento se refiere al nivel de compromiso y responsabilidad del paciente sobre las medidas indicadas por un prestador de salud (Mirahmadizadeh et al., 2020).

El grado de conocimiento de la diabetes y el nivel de adherencia terapéutica se relaciona significativamente, debido a que si el diabético tiene un conocimiento inadecuado de su enfermedad tendrá un nivel de adherencia terapéutica bajo de hasta 3.45 veces menos, contrastando con un paciente que posee conocimientos adecuados de su enfermedad con 2.62 veces de probabilidad. De esta manera, se establece que una de las principales causas de un mal control glicémico en un

paciente diabético es el no cumplimiento terapéutico y factores personales como el conocimiento pobre de su enfermedad (Farías-Vílchez et al., 2021).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo básico dado que aporta con evidencia empírica confiable y actualizada para el desarrollo teórico del fenómeno analizado. Según el enfoque, se trató de una investigación cuantitativa, en vista de que se realizó la medición de las variables y análisis de datos para responder al problema (Patel y Patel, 2019).

3.1.2. Diseño de investigación

Según la intervención del investigador, se empleó un diseño metodológico no experimental u observacional, debido a que solo se observará a la población de estudio sin realizar ningún tipo de intervención (Patel y Patel, 2019). Según el corte temporal, se realizó una investigación transversal, ya que se recolectarán los datos en un solo período de tiempo. Según el nivel de análisis, se efectuó un estudio correlacional porque mide relación entre las variables del estudio. (E. Reyes, 2022).

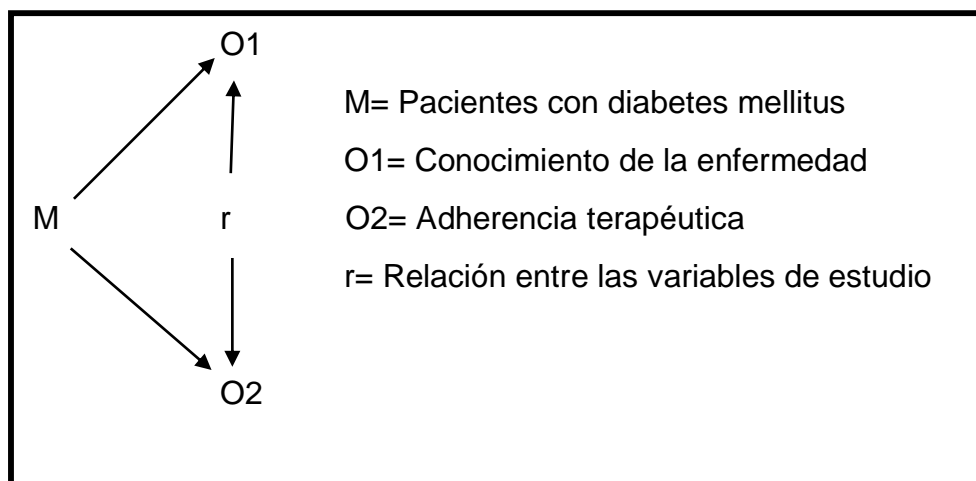


Figura 1. Diseño metodológico

3.2. Variables y operacionalización

Las variables del cual se basó nuestro estudio son nivel de conocimiento y adherencia terapéutica, por tal motivo se conceptualizó dichas variables:

Conocimiento de la enfermedad

Definición conceptual: se define como el grado de información latente del individuo respecto a las manifestaciones clínicas, control de la enfermedad, evolución y sus complicaciones (Ortega Oviedo et al., 2019).

Definición operacional: la presente variable fue medida mediante la sumatoria de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de conocimiento de la diabetes (DKQ-24) creado por García et al. (2001) y adaptado por Zamora-Niño et al. (2019) en función de las dimensiones conocimientos básicos de la enfermedad, control de glicemia y prevención de complicaciones mediante 24 preguntas tipo dicotómico

Dimensiones: conocimientos básicos de la enfermedad, control de glicemia y prevención de complicaciones (Zamora-Niño et al., 2019).

Escala de medición: intervalo (Hsieh et al., 2022).

Adherencia terapéutica

Definición conceptual: según la OMS, 2022 se refiere al grado de comportamiento de una persona en términos de toma de medicamentos, seguimiento de una dieta y cambios en el estilo de vida; los cuales se corresponden con las recomendaciones brindadas por un profesional de salud.

Definición operacional: se midió mediante la sumatoria de las puntuaciones obtenidas en la escala instrumento para medir el estilo de vida de los diabéticos (IMEVID) creado por López-Carmona et al. (2003) y adaptado por Meneses et al. (2019), mediante veinte y cinco preguntas tipo Likert, con tres opciones de respuesta (casi nunca, algunas veces y casi siempre).

Las dimensiones: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol con preguntas, información sobre la diabetes, manejo de emociones y cumplimiento del tratamiento (López-Carmona et al., 2003).

Escala de medición: Intervalo (Barbosa & Vieda, 2018).

3.3. Población, muestra y muestreo

3.3.1 Población

La población de una investigación se define como el grupo de elementos que presentan ciertas características en común que son de interés de estudio para el investigador (Ventura-León, 2017). En el presente proyecto de investigación la población estuvo representada por 139 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, mediante criterios clínicos y de laboratorio, que son atendidos en un establecimiento médico de El Guabo.

3.3.2 Muestra

La muestra de un estudio se refiere al subconjunto del universo o población en la cual se desarrollará la investigación (Ventura-León, 2017). En este estudio mediante la fórmula de poblaciones finitas (Anexo 6) se determinó una muestra de 102 diabéticos con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5 %.

3.3.3 Muestreo

El muestreo indica el método que ha sido empleado para seleccionar a los integrantes de dicha muestra del estudio (Ventura-León, 2017). En el presente trabajo se aplicó un muestreo de tipo probabilístico simple debido a que, todos los pacientes de la población tenían la misma probabilidad de permanecer a la muestra.

Criterios de elegibilidad

- Criterios de inclusión
 - Pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo II atendidos en un establecimiento de salud de El Guabo, 2022
 - Pacientes que otorguen consentimiento informado y respondan el 100 % de ítems de cuestionarios
- Criterios de exclusión
 - Pacientes con diagnóstico de VIH – SIDA y Cáncer
 - Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo I

Tabla 1. Caracterización de las variables sociodemográficas

Variable	Ítems	Valor	%
Edad	18 – 30 años	7	6.86
	31 – 59 años	53	51.96
	≥ 60 años	42	41.18

Sexo	Femenino	59	57.84
	Masculino	43	42.16
Escolaridad	Analfabeto	7	6.86
	Básico	92	90.20
	Secundario	3	2.94
	Superior	0	0.00
	Cuarto Nivel	0	0.00
Estado civil	Soltero/a	14	13.73
	Casado/a	42	41.18
	Viudo/a	7	6.86
	Divorciado/a	3	2.94
	Unión libre	36	35.29
Ocupación	Estudiante	0	0.00
	Agricultor	37	36.27
	Pescador	9	8.82
	Ama de casa	54	52.94
	Comerciante	0	0.00
	Ingeniero/a	0	0.00
	Licenciado/a	2	1.96
	Cocinero/a	0	0.00
	Sin ocupación	0	0.00
	Comorbilidad	Hipertensión Arterial	46
Dislipidemias		13	12.75
Obesidad		36	35.29
Insuficiencia renal		5	4.90
Insuficiencia Venosa		0	0.00
Hipotiroidismo		2	1.96

Fuente: Elaborado por el autor

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En la presente investigación como método de recolección de datos se utilizó la encuesta conformada por un conjunto de preguntas objetivas que permiten recolectar información acerca de actitudes, motivos y creencias de las personas (Mendoza & Avila, 2020).

El instrumento de la encuesta que se empleó es el cuestionario, constituido por cuatro apartados A, B, C y D. creado por García et al. (2001) / López-Carmona et al. (2003) y adaptado por Zamora-Niño et al. (2019) / Meneses et al. (2019). El apartado A correspondiente al consentimiento informado contó con ítems dicotómicos (SI y NO) para lo cual solo los pacientes que acepten participar responderán los siguientes apartados. El apartado B incluyó las variables sociodemográficas con ítems de opciones múltiples tanto nominales como intervalo anteriormente descritas en la caracterización sociodemográfica. El apartado C el

cual se utilizó el instrumento cuestionario de conocimiento de diabetes (DKQ-24) con veinte y cuatro reactivos tipo dicotómico (0 y 1); y, por último, el apartado D en donde se aplicará el cuestionario de estilo de vida de los diabéticos (IMEVID) con veinte y cinco reactivos tipo Likert (0, 2 y 4) (Useche et al., 2019).

El instrumento de medición para el nivel del conocimiento es el DKQ-24, creado por García et al. (2001) y adaptado por Zamora-Niño et al. (2019), el cual proviene de sus siglas en inglés Diabetes Knowledge Questionnaire, que tiene como objetivo medir el grado de conocimiento general de la enfermedad de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus (Zamora-Niño et al., 2019). Dicho cuestionario históricamente estaba constituido según García et al. (2001), por sesenta reactivos que englobaba tres dimensiones: conocimientos básicos de la enfermedad, control de glicemia y prevención de complicaciones; debido a la cantidad de reactivos utilizados, se decidió emplear la versión de veinte y cuatro ítems la cual ya han sido utilizadas en estudios previos con una alta confiabilidad (Zamora-Niño et al., 2019).

El instrumento de medición consta de tres dimensiones, el cual en base al control de glicemia (1 al 10 ítem), conocimiento básico de la enfermedad (11 al 17 ítem) y prevención de complicaciones (18 al 24 ítem). El punto de corte utilizado según Zamora-Niño et al. (2019), es trece correspondiendo al 55% de las preguntas que son respondidas de forma correcta, cuyo baremos son conocimiento adecuado ≥ 13 preguntas correctas y conocimiento inadecuado menor a 13 preguntas.

Según Chrysi et al. (2022), en un estudio en el que se aplicó el instrumento de medición DKQ-24, el cual tenía como objetivo determinar el conocimiento de diabetes en un población de Grecia y validar el cuestionario en dichos paciente acorde a sus características sociodemográficas; la confiabilidad del instrumento fue demostrada con un índice Alfa de Cronbach 0.845 caracterizado como buena, con un coeficiente de correlación interclase de 0.83, donde el nivel de confianza puede ser interpretado como bueno a excelente ($p < 0.001$).

En cuanto las dimensiones del cuestionario DKQ-24 de esta investigación, se evidenció una confiabilidad global aceptable con un coeficiente Kuder Richardson (KR-20) del 0.93. En cuanto a las dimensiones: control de glicemia ($kr20=0.85$), conocimiento básico de la enfermedad ($kr20=0.82$) y prevención de complicaciones ($kr20=0.83$). Además, las dimensiones aplicadas en el instrumento

tendrán un coeficiente de V. Aiken, en promedio del 0.93; cuya claridad tiene un promedio de 0.93, relevancia de 0.91 y coherencia del 0.95 respectivamente.

El instrumento de medición que se utilizó para la variable adherencia terapéutica es IMEVID, creado por López-Carmona et al. (2003) y adaptado por Meneses et al. (2019), el cual proviene de sus siglas en español instrumento para medir el estilo de vida en diabéticos; cuyo objetivo es estandarizar el grado de comportamiento del paciente frente a su patología y las recomendaciones médicas. Dicho instrumento fue construido y validado por primera vez por López-Carmona et al. (2003), constituido inicialmente por 42 reactivos de respuesta cerrada la cual incluía 11 dominios que determinarían el estilo de vida del paciente. En posteriores investigaciones el instrumento se reajustó a un cuestionario de 25 preguntas conformando por 7 dimensiones: nutrición (1 al 9 ítem), actividad física (10 al 12 ítem), consumo de tabaco (13 y 14 ítem), consumo de alcohol (15 y 16 ítem), información de la diabetes (17 y 18 ítem), manejo de emociones (19 al 22 ítem) y cumplimiento del tratamiento (23 al 25 ítem). Los baremos del instrumento son cuatro muy saludable (100 a 75 puntos), saludable (74 a 50 puntos), poco saludable (49 a 25 puntos) y no saludable (menos de 24 puntos) basado en las investigaciones de Meneses et al. (2019).

Según la investigación de Gómez-Aguilar et al. (2012), la cual tenía como objetivo analizar la asociación entre control glicémico y el estilo de vida de los paciente diabéticos para lo cual realizo la validación de la escala IMEVID compuesta por 25 preguntas tipo Likert con 7 dimensiones anteriormente ya expuestas, obteniendo un validez lógica de 0.91, coeficiente de correlación interclase 0.95 y alfa de Cronbach 0.81.

Con respecto al instrumento para medir el estilo de vida en diabéticos (IMEVID) en la muestra piloto obtuvieron una confiabilidad global aceptable con un coeficiente alfa de Cronbach del 0.82 y coeficiente Omega Mc Donald del 0.83 Además, las dimensiones aplicadas en el instrumento tendrán un coeficiente de V. Aiken en promedio del 0.95; cuya claridad tiene un promedio de 0.96, relevancia de 0.93 y coherencia del 0.96 respectivamente.

3.5. Procedimiento

La validación de los instrumentos de las variables de estudio nivel de conocimiento y adherencia terapéutica se realizó mediante el juicio de tres expertos con un nivel de académico superior ya sea maestría o doctorado, dichos expertos analizaron los instrumentos acordes a las características propias del objeto de estudio.

Luego, se procedió a obtener los documentos que autoricen la aceptación del tema postulado previamente aprobado por el asesor; posteriormente se solicitó autorización al responsable del establecimiento médico de El Guabo con la finalidad de realizar un estudio piloto aplicando los instrumentos DKQ-24 y IMEVID para su validación; para el cual se solicitó el debido consentimiento informado de los pacientes que formarán parte de la muestra piloto con 30 participantes cumpliendo las características de los criterios de inclusión.

A continuación, se ejecutó la validación de los instrumentos de estudio dicotómicos con el coeficiente Kuder Richardson (KR-20) (Cascaes da Silva et al., 2015); y las escalas politómicas mediante coeficiente Omega de Mc Donald / coeficiente alfa de Cronbach con el propósito de evaluar y analizar la consistencia interna y confiabilidad de las escalas previamente validadas aceptando que mientras más se aproxime al número uno mayor será la fiabilidad del instrumento (Rodríguez & Alvarez, 2020).

Luego, se procedió a la aplicación de la encuesta la cual incluyó los instrumentos previamente validados a la muestra poblacional, mediante formularios de Google Forms. Posteriormente, para realizar un análisis descriptivo se trasladó los datos obtenidos a una base de datos de Microsoft office Excel 2016 y para el análisis estadístico se empleó JAMOVI (software) y SPSS (paquete estadístico para las ciencias sociales), para luego brindar resultados estadísticos en base a tablas y gráficos.

3.6. Método de análisis de datos

El análisis de datos se utilizó Microsoft office Excel 2016 para la recolección de datos, para el análisis estadístico se empleó JAMOVI (software) y SPSS (paquete estadístico para las ciencias sociales) (Pacheco et al., 2020).

Para el análisis estadístico de la validación de los instrumentos se utilizó el software JAMOVI, mediante el cual se ingresó la puntuación de cada ítem valorado

con el coeficiente de V. Aiken. Además, se realizó el cálculo de coeficiente alfa de Cronbach, Omega de Mc Donald y Kuder Richardson para determinar la confiabilidad de las escalas (consistencia interna) (Sánchez-Villena, 2019).

El análisis descriptivo consistió en determinar con ayuda del programa Microsoft office Excel 2016 frecuencias absolutas y relativas, porcentajes, medidas de tendencia central como media y medias de dispersión desviación standard para cada variable de estudio. Además, se utilizaron tablas y gráficos para representar la información analizada de forma crítica (Cairampoma, 2015).

El análisis correlacional bivariado será realizado mediante la utilización del paquete estadístico SPSS, se empleó el test de Kolmogorov – Smirnov para calcular la normalidad de las variables y sus dimensiones. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para la comprobación de la hipótesis, tomando una p menor 0.05 como estadísticamente significativa (Pacheco et al., 2020).

3.7. Aspectos éticos

El presente estudio estará basado en los principios éticos del Reporte de Belmont que deben ser aplicados en toda investigación médica científica teniendo en cuenta además modelos éticos y legales, cuyo objetivo es siempre proteger la integridad de los pacientes en estudio (Gallardo Miranda & Collado Torres, 2008)

El primer principio aplicado es el respeto a las personas debido a que tanto para el estudio piloto como para la investigación se aplicará un consentimiento informado previo en la cual decidirán en si participan o no, de modo que los pacientes estarán informados de la investigación realizada y de las razones por la que se realiza. El segundo principio aplicado es el de beneficencia, el cual es uno de los más antiguos que procede en no hacer daño, implicado en la veracidad de los datos expresados en el estudio para futuras investigaciones basados en la validación de instrumentos y datos estadísticos confiables. Por último, justicia el cual se aplicó en la selección de la población debido a que es imparcial y sin beneficio directo de selección (Ontano et al., 2021).

IV. RESULTADOS

Análisis Correlacional:

Tabla 2. Coeficiente Rho Spearman entre el Conocimiento de la enfermedad y Adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022

		Adherencia Terapéutica	
Conocimiento de la enfermedad	Rho		0.132
	Sig. Bilateral		0.185
	N		102

Nota: Rho: Coeficiente de correlación de Spearman; n: Tamaño de la muestra

Prueba de Hipótesis:

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre Conocimiento de la enfermedad y Adherencia terapéutica.

Criterios de decisión estadística:

p-valor > α (0.05): se acepta la H₀.

p-valor < α (0.05): se rechaza la H₀.

Decisión estadística:

Se acepta la H₀ en la relación de las variables de estudio Conocimiento de la enfermedad y Adherencia terapéutica.

Interpretación:

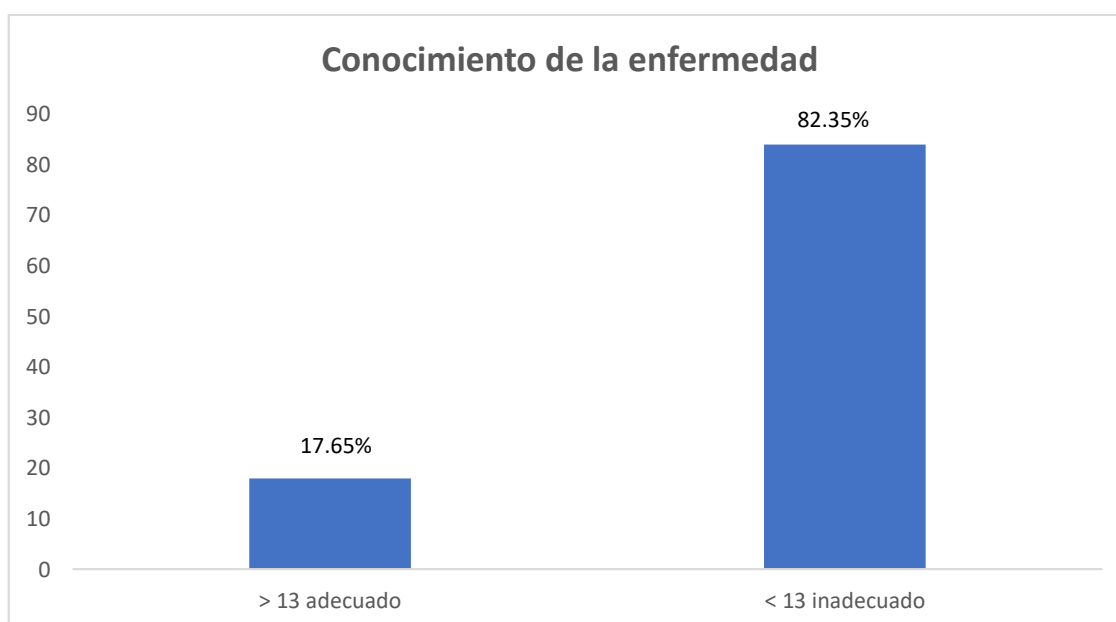
En la tabla 2, se muestra el análisis correlacional entre el Conocimiento de la enfermedad y Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus de un establecimiento de El Guabo, 2022, en el cuál posterior al análisis estadístico se pudo evidenciar un p-valor > α (0.05). Según lo indicado, la evidencia estadística obliga a aceptar la H₀ y rechazar la hipótesis afirmativa, debido a que no existe una relación directa, ni estadísticamente significativa entre las variables (Rho= 0.132; p= 0.185).

Análisis Descriptivo

Conocimiento de la Enfermedad

El conocimiento de la enfermedad en la población se determinó aplicando una encuesta, en la cual se utilizó el Cuestionario de Conocimiento de Diabetes (DKQ-24). El 82.35% de los pacientes estudiados (n=84) reflejaron un conocimiento inadecuado de la enfermedad, es decir, puntuaciones < 13 en el cuestionario. Por otro lado, el 17.65% de las personas (n=18) mostraron un conocimiento adecuado de la enfermedad, con puntajes > 13. Asimismo, el promedio de puntaje para dicha variable fue de 7.27, con una mediana de 7 y desviación estándar de 3.99. Además, el puntaje mínimo contestado del cuestionario fue 1 y el máximo 16. En la Figura 2, se muestra la distribución de la población de estudio con respecto a dicha variable.

Figura 2. Conocimiento de la enfermedad



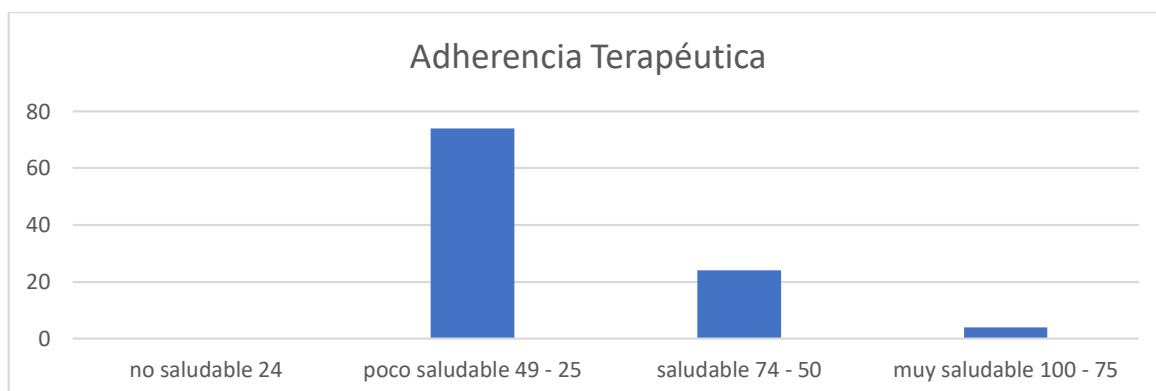
En la dimensión control de la glicemia, se evidenció un 24.02% de contestación de manera correcta a los ítems del cuestionario, frente a un 75.98% de contestación incorrecta. Para la dimensión conocimiento básico de la enfermedad, se mostró un 23.11% de contestación positiva y un 74.91% de contestación negativa. Finalmente, para la dimensión prevención de complicaciones, se reflejó un 46.50% de respuestas correctas y 53.50% para las negativas. Infiriendo, que, los pacientes con diabetes mellitus que se atienden en el establecimiento médico tienen un bajo nivel de conocimiento de la enfermedad

debido alto porcentaje de respuestas incorrectas según cada dimensión; siendo la dimensión conocimiento básico de la enfermedad la que obtuvo el menor porcentaje de respuestas correctas.

Adherencia Terapéutica

La variable adherencia terapéutica fue medida en los pacientes estudiados a través del Instrumento de Medición de Estilos de Vida en Diabéticos (IMEVID), mediante el cual se pudo constatar que ningún paciente presenta un estilo de vida no saludable o puntuaciones menores a 24 según el test. Por su parte, 72.55% de los pacientes diabéticos (n=74) reflejaron un estilo de vida poco saludable, acorde a las puntuaciones entre 25 y 49. El 23.53% de los pacientes (n=24) mostraron un estilo de vida saludable, interpretado por un puntaje entre 74 y 50. Por último, 3.92% de los pacientes (n=4) evidenciaron un estilo de vida muy saludable, ya que su puntuación en el test fue entre 75 y 100. El promedio de puntuaciones para el test entre los pacientes estudiados fue de 44.9, con una mediana de 40 y una desviación estándar de 13.5. Asimismo, el valor mínimo obtenido por los participantes fue de 26 y el máximo de 82. La distribución del test IMEVID para adherencia terapéutica, se muestra en la Figura 3.

Figura 3. Adherencia Terapéutica



En la aplicación del instrumento se pudo constatar la distribución acorde al grado de comportamiento del paciente obteniendo en la dimensión nutrición aportando de vida saludable apenas un 17.76%, actividad física 8,17%, consumo de tabaco 73.53% consumo de alcohol 12.75%, información de diabetes 5.88%, manejo de emociones 15.93%; y, por último, cumplimiento del tratamiento 21.24%. Analizando que la dimensión que más aporta para un estilo de vida saludable es el

hábito tabáquico, infiriendo que hay una baja incidencia de tabaquismo en la población. Por otra parte, las dimensiones de información sobre la diabetes y actividad física son aquellas que menos aportan positivamente para el afrontamiento del paciente ante la diabetes. Es decir, el tener un bajo porcentaje de información de la enfermedad y ejercicio físico es lo que afecta a que en la población no exista en su mayoría un estilo de vida saludable.

Análisis Bivariado:

Tabla 3. Coeficiente Rho Spearman entre la dimensión control de glicemia y las dimensiones de la variable adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022

	Control de Glicemia (n=102)	
	Rho	Sig. bilateral
Nutrición	0.286	0.004**
Actividad Física	-0.245	0.013*
Consumo de Tabaco	0.011	0.911
Consumo de Alcohol	-0.268	0.006**
Información sobre diabetes	-0.066	0.511
Manejo de emociones	-0.017	0.868
Cumplimiento del Tratamiento	-0.340	0.001**

Nota: Rho: Coeficiente de correlación de Spearman; n: Tamaño de la muestra **p<.01; *p<.05

Prueba de Hipótesis:

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión control de glicemia y las dimensiones de la variable adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022

Criterios de decisión estadística:

p-valor > α (0.05): se acepta la H₀.

p-valor < α (0.05): se rechaza la H₀.

Decisión estadística:

Se acepta la H₀ en la relación de la dimensión control de glicemia con las dimensiones actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre la diabetes, manejo de emociones y cumplimiento del tratamiento.

Se rechaza la H_0 en la relación de la dimensión control de glicemia y la dimensión nutrición.

Interpretación:

En la tabla 3, se muestra el análisis correlacional entre la dimensión control de glicemia y las dimensiones de la variable adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022, en el cuál posterior al análisis estadístico se pudo evidenciar un p-valor $> \alpha$ (0.05), para las dimensiones actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre la diabetes, manejo de emociones y cumplimiento del tratamiento. Según lo manifestado, la evidencia estadística obliga a aceptar la H_0 y rechazar la hipótesis afirmativa, debido a que no existe una relación directa, ni estadísticamente significativa entre las dichas dimensiones. Se reflejó un p-valor $< \alpha$ (0.05), para la correlación entre control de glicemia y la nutrición, para lo cual, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis afirmativa, mencionando que si existe relación estadísticamente significativa entre control de glicemia y nutrición.

Tabla 4. Coeficiente Rho Spearman entre la dimensión conocimiento básico de la enfermedad y las dimensiones de la variable adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022

	Conocimiento básico de la enfermedad (n=102)	
	Rho	Sig. bilateral
Nutrición	0.269	0.006**
Actividad Física	-0.038	0.701
Consumo de Tabaco	0.219	0.027*
Consumo de Alcohol	0.052	0.602
Información sobre diabetes	-0.007	0.942
Manejo de emociones	0.113	0.259
Cumplimiento del Tratamiento	-0.095	0.343

Nota: Rho: Coeficiente de correlación de Spearman; n: Tamaño de la muestra **p<.01; *p<.05

Prueba de Hipótesis:

H_0 : No existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión conocimiento básico de la enfermedad y las dimensiones de la variable adherencia

terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022

Criterios de decisión estadística:

p-valor $> \alpha$ (0.05): se acepta la H_0 .

p-valor $< \alpha$ (0.05): se rechaza la H_0 .

Decisión estadística:

Se acepta la H_0 en la relación de la dimensión conocimiento básico de la enfermedad con las dimensiones actividad física, consumo de alcohol, información sobre la diabetes, manejo de emociones y cumplimiento del tratamiento.

Se rechaza la H_0 en la relación de la dimensión conocimiento básico de la enfermedad con las dimensiones nutrición y consumo de tabaco.

Interpretación:

En la Tabla 4, se muestra el análisis correlacional entre la dimensión conocimiento básico de la enfermedad y las dimensiones de la variable adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022, en el cuál posterior al análisis estadístico se pudo evidenciar un p-valor $> \alpha$ (0.05), para las dimensiones actividad física, consumo de alcohol, información sobre la diabetes, manejo de emociones y cumplimiento del tratamiento. Según lo indicado, la evidencia estadística obliga a aceptar la H_0 y rechazar la hipótesis afirmativa, debido a que no existe una relación directa, ni estadísticamente significativa entre las variables. Se reflejó un p-valor $< \alpha$ (0.05), para la correlación entre conocimiento básico de la enfermedad y la dimensión nutrición, así mismo para la dimensión consumo de tabaco para lo cual, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis afirmativa, mencionando que si existe relación estadísticamente significativa entre dichas dimensiones.

Tabla 5. Coeficiente Rho Spearman entre la dimensión prevención de complicaciones y las dimensiones de la variable adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022

	Prevención de Complicaciones (n=102)	
	Rho	Sig. bilateral
Nutrición	0.550	0.001**
Actividad Física	-0.080	0.425
Consumo de Tabaco	0.167	0.093
Consumo de Alcohol	0.052	0.606
Información sobre diabetes	0.060	0.546
Manejo de emociones	0.235	0.017*
Cumplimiento del Tratamiento	-0.070	0.482

Nota: Rho: Coeficiente de correlación de Spearman; n: Tamaño de la muestra **p<.01; *p<.05

Prueba de Hipótesis:

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión prevención de complicaciones y las dimensiones de la variable adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022

Criterios de decisión estadística:

p-valor > α (0.05): se acepta la H₀.

p-valor < α (0.05): se rechaza la H₀.

Decisión estadística:

Se acepta la H₀ en la relación de la dimensión prevención de complicaciones con las dimensiones actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre la diabetes y cumplimiento del tratamiento.

Se rechaza la H₀ en la relación de la dimensión prevención de complicaciones con las dimensiones nutrición y manejo de emociones.

Interpretación:

En la Tabla 5, se muestra el análisis correlacional entre la dimensión prevención de complicaciones y las dimensiones de la variable adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus de un establecimiento de El Guabo,

2022, en el cuál posterior al análisis estadístico se pudo evidenciar un p-valor $> \alpha$ (0.05), para las dimensiones actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre la diabetes y cumplimiento del tratamiento. Según lo mencionado, la evidencia estadística obliga a aceptar la H_0 y rechazar la hipótesis afirmativa, debido a que no existe una relación directa, ni estadísticamente significativa entre las variables. Se reflejó un p-valor $< \alpha$ (0.05), para la correlación entre prevención de complicaciones y la dimensión nutrición, así mismo para la dimensión manejo de emociones para lo cual, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis afirmativa, mencionando que si existe relación estadísticamente significativa entre dichas dimensiones.

V. DISCUSIÓN

Referente al objetivo general de la investigación en la cual se planteó determinar la relación entre el conocimiento de la enfermedad y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022, se pudo demostrar que no existe relación estadísticamente significativa ($Rho=0.13$; $p=0.18$), que el grado de conocimiento no influye en el manejo terapéutico de la enfermedad en la población estudiada, debido a que las características que representan tener un conocimiento de la enfermedad adecuado y no adecuado no siempre estarán relacionadas con la adherencia terapéutica, ya que existen otros factores que pueden estar ligados a la misma como el nivel de escolaridad, nivel socioeconómico, estado civil, ocupación, aspectos culturales y emocionales que determinan el grado de afrontamiento del paciente ante la patología; infiriendo que el abordaje del paciente con diabetes debe ser integral para lograr un objetivo terapéutico óptimo (R. M. Reyes, 2021).

Diferenciándose de lo indicado por Figueira et al. (2017), donde el escaso conocimiento relacionado con la enfermedad y la falta de adherencia al tratamiento entre los pacientes con DM2 ha sido un problema constante tanto para los pacientes como para los proveedores de atención médica. Ahora se sabe que los resultados de salud positivos y la menor mortalidad entre los pacientes con DM2 se asocian con una buena adherencia y un mejor conocimiento relacionado con la diabetes.

Contrastando con la investigación transversal analítica realizada con una muestra de 210 pacientes por Zamora-Niño et al. (2019), quienes utilizaron el cuestionario DKQ-24 y la escala Morisky Green para el recojo de datos mediante la técnica tipo encuesta, lo cual refleja que existe relación estadísticamente significativa ($p=0.03$). Analizando, que a pesar de existir una similitud en sus características sociodemográficas y metodológica con dicho estudio se evidencia una diferencia en cuanto al análisis correlacional de variables mismo que puede ser inferido por el tipo de adherencia de terapéutica analizada, ya que en nuestro estudio se evalúa la adherencia terapéutica desde una perspectiva no farmacológica como el estilo de vida.

Además, en el estudio descriptivo transversal realizado por Pascacio-Vera et al. (2016), en 80 pacientes utilizando como instrumentos el cuestionario DKQ-24 y el test de Morisky Green evidenciando que existe una relación directa entre nivel conocimiento y adherencia terapéutica ($p < 0.001$); situación que contrasta con nuestros resultados, ya que analizan una adherencia terapéutica farmacológica infiriendo que debido a la similitud de hallazgos, el nivel de conocimiento está mayormente relacionado con una adherencia farmacológica versus una adherencia no farmacológica como los resultados del presente estudio.

En base al primer objetivo específico, el cual se basa identificar el nivel de conocimiento de la enfermedad en pacientes diabéticos de un establecimiento médico de El Guabo, 2022; reflejándose que la mayoría de la población tiene un inadecuado conocimiento de la enfermedad con el 82.3% y adecuado del 17.65%, infiriendo que la población de estudio tiene un escaso nivel informativo de la patología lo cual influye en el manejo terapéutico y el comportamiento del paciente al momento de seguir las recomendaciones médicas, asociándose a diversos aspectos como el grado de escolaridad presente en la comunidad, ya que el nivel de escolaridad básica esta directa e indirectamente relacionado con el conocimiento de la enfermedad. Es decir, una persona analfabeta o sin conocimientos básicos sobre salud no podrá comprender la implicancia de padecer dicha enfermedad y por ende un deterioro descontrolado del organismo que podría llevar a complicaciones irreversibles hasta la muerte. Asimismo, el conocimiento inadecuado de la enfermedad afecta de forma negativa la economía en salud por su alto índice de ingresos hospitalarios.

Comprendiendo así lo dicho por Yeh et al. (2018), que indica que la baja alfabetización se relaciona con altos costes en salud pública, manejo subóptimas de la enfermedad y resultados pocos favorables en el control de la enfermedad, lo cual genera que el 20 al 50% de la población diagnosticada no se adhiera al tratamiento. Tomando en cuenta, que son habilidades cognitivas y sociales que se adquieren para así comprender y acceder a información que resulte en cambios en el estilo de vida.

Comparando los resultados de la investigación observacional analítica realizada por Farías-Vílchez et al. (2021), que tuvo como objetivo determinar la

asociación entre conocimiento de la enfermedad y adherencia terapéutica en 236 pacientes con diabetes mellitus mediante el cuestionario DKQ – 24 y la Morisky Green donde fue más predominante el conocimiento inadecuado con el 68.2% frente al 31.8% de conocimiento adecuado; hallazgos que son similares a los encontrados en el presente estudio, infiriendo que poblaciones socio demográficamente parecidas tienen un conocimiento en salud escaso a su alcance, entorpeciendo su control metabólico.

Contrastando los hallazgos propios se enfatiza la investigación descriptiva y transversal de Ortega Oviedo et al. (2019), el cual tiene objetivo determinar el conocimiento y condiciones de autocuidado en 41 pacientes con diabetes, cuyo hallazgos se dieron mediante un instrumento semiestructurado arrojando que el 54% de la muestra presenta conocimiento adecuado de la enfermedad en comparación de 46.6% que tiene un conocimiento no adecuado. Infiriendo que mientras mayor conocimiento de la enfermedad existe mayor autocuidado desarrollara el paciente desde el acatamiento de las recomendaciones médicas hasta un cambio de estilo de vida saludable. Resultados que también son similares a las investigaciones realizadas por Zamora-Niño et al. (2019) y Pascacio-Vera et al. (2016), quienes indicaron de la misma forma una mayoría de conocimiento adecuado en sus pacientes, con un 78.1% y 70%, respectivamente, infiriendo que dichas poblaciones tiene un mejor abordaje del paciente en el cual no solo influye el aspecto farmacológico sino aspectos de informativos y motivacionales, concientizando al paciente con su enfermedad.

Respecto al segundo objetivo específico, el cual consistió en establecer el grado adherencia terapéutica de pacientes con diabetes mellitus de establecimiento médico de El Guabo, 2022, cabe recalcar que los resultados se basan en la evaluación del ámbito no farmacológico representado por el estilo de vida del paciente con diabetes. En el presente estudio se encontró que un 72.55% de pacientes reflejaron un estilo vida poco saludable, 23.53% con estilo de vida saludable y 3.92% con estilo de vida muy saludable, infiriendo que la población de estudio realiza actividades mayormente desfavorables que condicionan al organismo y al control de su enfermedad. Cabe recalcar, que el grado de

adherencia terapéutica estará influenciado por el estilo de vida que mantiene el paciente.

Recalcando lo indicado por Leite et al. (2020) , quien menciona que el estilo de vida del paciente influye en el desarrollo tanto de complicaciones como en el empeoramiento de la calidad de vida, siendo así que entre mejor sea el grado de estilo de vida que mantiene el paciente ayudaría en mayor dimensión un mejor abordaje de la enfermedad. Sin embargo, existen pacientes con mala adherencia; que explican su incumplimiento de las recomendaciones dietéticas basándose en los pensamientos de los demás, el escaso compromiso y la falta de apoyo de su entorno.

Comparando los resultados presentados en el estudio de tipo descriptivo transversal de Villaroel (2020), el cual tiene como objetivo determinar el estilo de vida de 85 pacientes diabéticos utilizando como instrumento de recojo de dato el cuestionario IMEVID, obteniendo como resultados que el 38% de sus pacientes presentaron un estilo de vida desfavorable, 33% poco favorable y 29 favorable. Infiriendo, así, que las características asociadas al estilo de vida de dichas poblaciones son iguales ya que se desarrollan en un mismo territorio demográfico, recalcando la falta de concientización por parte del paciente y del personal médico para suplir la necesidad de un abordaje integral partiendo desde factores modificables como el sedentarismo, dieta poco saludable, obesidad, hábitos tóxicos y manejo de emociones. Asimismo, es importante mencionar, que los pacientes con predominio de un estilo de vida poco saludable, no solo presentan mal manejo de su enfermedad con un inadecuado control metabólico, sino que también representa el desarrollo de complicaciones tanto a corto como a largo plazo de la diabetes mellitus, que influye en el aumento de índices de morbilidad y discapacidad de dichos pacientes. Además, sin dejar de lado, el elevado costo económico en salud que representa dichas situaciones para el Estado, aumentando tasas de ingresos hospitalarios y recursos sanitarios.

Por último, en cuanto al tercer objetivo el cual plantea conocer la relación entre las dimensiones de conocimiento de la enfermedad y las dimensiones de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022, evidenciando en primer lugar, que la dimensión control

glicemia de la variable conocimiento de la enfermedad se relaciona significativa con la dimensión nutrición de la variable adherencia terapéutica ($p < 0.004$), infiriendo, que la comunidad no tiene una dieta saludable por el escaso conocimiento respecto al control de la glicemia; además, la dieta puede estar influenciada por el tipo de alimentación más predominante en la zona y aspectos culturales relacionados a los hábitos nutricionales.

En segundo lugar, que la dimensión conocimiento básico de la enfermedad se relaciona significativamente con la dimensiones consumo nutrición y consumo de tabaco ($p < 0.006$; $p < 0.027$), infiriendo que el tipo de alimentación será optima mientras mayor conocimiento de la enfermedad exista lo cual se dará mediante el seguimiento de las recomendaciones médico – nutricionales y que existirá un menor consumo de tabaco si existe un mayor conocimiento de sus efectos negativos en la enfermedad preexistente.

En tercer lugar, la dimensión prevención de complicaciones presenta relación estadísticamente significativa con la dimensión nutrición y manejo de emociones ($p < 0.001$; $p < 0.017$); por lo tanto, se puede inferir, que, si no existe un conocimiento adecuado sobre las complicaciones de la enfermedad, habrá un mal manejo de su alimentación, desencadenado un pésimo control metabólico y por ende un deterioro orgánico progresivo. Además, el poco conocimiento de las complicaciones que produce la diabetes estará relacionado con un mal manejo de emociones; es decir, que le aspecto emocional y motivacional influirá directamente en el grado de afrontamiento del paciente al momento de controlar su enfermedad. Cabe recalcar, que, la dimensión nutrición se relaciona significativamente con todas las dimensiones de la variable conocimiento de la enfermedad, siendo evidente que una alimentación adecuada está directamente relacionada con el nivel del conocimiento del paciente.

Fundamentándose en lo establecido por Abdulrahman et al. (2020), el cual menciona que la Diabetes Mellitus es causada por influencias conductuales que comprometen la mala alimentación, la falta de ejercicio físico, la obesidad y el consumo de alcohol. Aunque casi todos los factores están relacionados con los hábitos de vida de los individuos, se establecen influencias ambientales e

influencias genéticas. Recalcando en el grado de afrontamiento del paciente ante la diabetes incluyendo aspectos informativos, emocionales y motivacionales.

Comparando con la investigación de Villaroel (2020), manifestando como hallazgos que el estilo de vida de los pacientes diabéticos está influenciado significativamente por los dominios de actividad, física, información de diabetes y estado emocional, al igual manera los resultados propios presentan relación con el manejo de emociones, infiriendo que el aspecto emocional influye en el estilo de vida del paciente para así controlar de manera eficaz la enfermedad y por ende una buena adherencia terapéutica.

Cabe recalcar, que en la investigación observacional descriptiva transversal de (Meneses et al., 2019), el cual tenía como objetivo descubrir la adherencia terapéutica y estilos de vida saludables de diabéticos con una muestra de 151 pacientes, evidenciando que gran parte de sus pacientes presentan un estilo de vida saludable y muy saludable debido a que para la mayoría de las dimensiones de la variable adherencia terapéutica las respuestas contestadas por los pacientes eran positivas; contrastándolo con lo analizado en el presente estudio, en el cual dichas dimensiones reflejaban respuestas negativas; motivo por el cual pocas dimensiones se relacionan estadísticamente entre sí.

En relación a los alcances del estudio realizado, podemos indicar que la presente investigación brinda información relevante para la atención del paciente crónico, en la cual no solo se basa en el manejo medicamentoso de la enfermedad sino aspectos que influyen al momento de acatar las recomendaciones médicas como son los cambios de estilo de vida, el cual dependerá de diversos factores sociales, económicos y culturales. No obstante, el papel que conlleva a la relación médico-paciente es primordial para que exista un manejo integral, disminuyendo así los impactos a nivel local y nacional, empleando estrategias de mejora a corto y largo plazo. Además, es importante mencionar que, los datos brindados en estudio ayudarán a despertar el interés de conocer la causa del mal control de patologías crónicas.

Las limitaciones del estudio se basan en la técnica de recojo de datos, ya que por ser una encuesta por lo general el paciente responde de forma positiva

dejando a un lado lo negativo, lo cual contrasta con su situación actual generando así un sesgo de aceptación social. El tamaño de la muestra también es una limitación, ya que mientras menor tamaño de muestra exista menor es la exactitud de las características de una comunidad. Por último, que, aunque exista investigaciones previas sobre las variables y objeto de estudio no se emplean los mismos instrumentos de recolección de datos, por eso se genera un vacío teórico en base a la correlación planteada.

Por último, respecto a las implicancias éticas empleadas en el estudio la cual se basan a partir de los principios éticos establecidos en el reporte de Belmont y aplicadas por Ontano et al. (2021). En primer lugar, se aplicó el principio de autonomía debido a que en el instrumento de recolección de datos el primer apartado consistió en el consentimiento informado y solo los pacientes que brindaban autorización podían continuar respondiendo el mismo. Además, el juicio de expertos se basa en el principio de justicia, debido a que cada profesional evaluó justamente los instrumentos de recolección para validarlos, sin recibir ningún tipo de beneficio. Finalmente, todo el estudio se basa en el principio de no maleficencia, debido a que metodológicamente fue diseñado para no producir ningún tipo de daño ni a los pacientes del estudio ni para los investigadores.

VI. CONCLUSIONES

1. Se ha determinado que no existe relación entre el conocimiento de la enfermedad y la adherencia terapéutica en pacientes que padecen diabetes mellitus en un establecimiento médico de El Guabo, 2022
2. Acorde con el grado de conocimiento de la enfermedad, se evidenció que el conocimiento inadecuado predomina sobre el adecuado en la población de estudio.
3. De acuerdo al nivel de adherencia terapéutica, se estableció que la mayor parte la población tiene un estilo de vida poco saludable en relación al saludable.
4. Con respecto a la relación de dimensiones de las variables de estudio se pudo constatar que la dimensión nutrición se relacionaba estadísticamente con todas las dimensiones de la variable conocimiento de la enfermedad. Además, el consumo de tabaco y manejo de emociones dependerán del grado de conocimiento que exista en la población de estudio.

VII. RECOMENDACIONES

1. Diseñar mecanismos de colaboración con los distintos entes de salud pública para reforzar el sistema de captación de información con diabetes de manera diaria para así obtener una data confiable de las características de la comunidad dando paso a nuevas investigaciones con mayor amplitud científica y correlacional.
2. Realizar un abordaje integral del paciente con diabetes mellitus, para así descubrir que aspectos influyen en el desconocimiento de la enfermedad y mala adherencia terapéutica, y así asumirlos inmediatamente por el bienestar del paciente con fines correctivos.
3. Establecer charlas de capacitación integral dirigida al personal de salud para la consolidación del mecanismo de manejo y control de pacientes crónicos, brindando herramientas a la población para el mantenimiento de un estilo de vida saludable de forma continua y multidisciplinaria.
4. Implementar protocolos de atención que sirva de base para guías de práctica clínica, ligadas a la disminución de factores modificables de la enfermedad, fortaleciendo sus pilares fundamentales como estrategias nutricionales, actividad física, prevención de hábitos tóxicos, buen control de emociones.

REFERENCIAS

- Abdulrahman, M., Husain, Z. S. M., Abdouli, K. A., Kazim, M. N., Sayed Mahdi Ahmad, F., & Carrick, F. R. (2020). Association between knowledge, awareness, and practice of patients with type 2 diabetes with socio-economic status, adherence to medication and disease complications. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 163, 108124. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108124>
- Abel, P. P., & Alejandra, R. T. (2018). Factores condicionantes de la falta de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: Caso Unidad de Medicina Familiar 33, Tabasco México. 18, 6.
- Abouammoh, N. A., & Alshamrani, M. A. (2020). Knowledge about Diabetes and Glycemic Control among Diabetic Patients in Saudi Arabia. *Journal of Diabetes Research*, 2020, 1239735. <https://doi.org/10.1155/2020/1239735>
- Asmelash, D., Abdu, N., Tefera, S., Baynes, H. W., & Derbew, C. (2019). Knowledge, Attitude, and Practice towards Glycemic Control and Its Associated Factors among Diabetes Mellitus Patients. *Journal of Diabetes Research*, 2019, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2019/2593684>
- Asociación Latinoamericana de Diabetes. (2019). Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia. <https://www.revistaalad.com/>
- Barbosa, A., & Vieda, J. C. Q. (2018). Estilo de vida y adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *RFS Revista Facultad de Salud*, 10(1), Art. 1.
- Bukhsh, A., Khan, T. M., Sarfraz Nawaz, M., Sajjad Ahmed, H., Chan, K. G., & Goh, B.-H. (2019). Association of diabetes knowledge with glycemic control and self-care practices among Pakistani people with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 12, 1409-1417. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S209711>
- Cairampoma, M. R. (2015). Tipos de Investigación científica: Una simplificación de la complicada incoherente nomenclatura y clasificación. *REDVET. Revista Electrónica de Veterinaria*, 16(1), 1-14.
- Carratalá-Munuera, C., Cortés-Castell, E., Márquez-Contreras, E., Castellano, J. M., Perez-Paramo, M., López-Pineda, A., & Gil-Guillen, V. F. (2022). Barriers

- and Solutions to Improve Therapeutic Adherence from the Perspective of Primary Care and Hospital-Based Physicians. *Patient Preference and Adherence*, 16, 697-707. <https://doi.org/10.2147/PPA.S319084>
- Casanova, K. (2017). Nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus que tienen los pacientes diagnosticados del servicio médico Sanitas de Venezuela entre diciembre 2015 a julio 2016. *Diabetes Internacional*, 9(1), Art. 1.
- Cascaes da Silva, F., Gonçalves, E., Valdivia Arancibia, B. A., Bento, G. G., Silva Castro, T. L. da, Soleman Hernandez, S. S., & Silva, R. da. (2015). Estimadores de consistencia interna en las investigaciones en salud: El uso del coeficiente alfa. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32, 129-138.
- Chrysi, M., Vaidakis, D., Gamvrouli, M., & Kapritsou, M. (2022). Adaptation and Validation of Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ- 24 item) within Greek Population. 8(2). <https://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/HealthResJ/article/view/27207>
- Conn, V. S., & Ruppar, T. M. (2017). Medication adherence outcomes of 771 intervention trials: Systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine*, 99, 269-276. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.03.008>
- Corio Andújar, R., & Arbonés Fincias, L. (2009). Nutrición y salud. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 35(9), 443-449. [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(09\)72843-6](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(09)72843-6)
- Domínguez Gallardo, L. A., & Ortega Filártiga, E. (2019). Factors associated with lack of adherence to treatment in patients with type 2 diabetes mellitus. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 6(1), 63-74. [https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2019.06\(01\)63-074](https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2019.06(01)63-074)
- Farías-Vílchez, B. A., Ruíz, D. B., Farías-Vílchez, B. A., & Ruíz, D. B. (2021). Conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y adherencia al tratamiento en pacientes del hospital Reátegui de Piura, Perú. *Acta Médica Peruana*, 38(1), 34-41. <https://doi.org/10.35663/amp.2021.381.1119>
- Federación Internacional de la Diabetes. (2022). Diabetes Mellitus Tipo II. <https://idf.org/our-network/regions-members/south-and-central-america/diabetes-in-saca.html>

- Figueira, A. L. G., Boas, L. C. G. V., Coelho, A. C. M., Freitas, M. C. F. de, & Pace, A. E. (2017). Educational interventions for knowledge on the disease, treatment adherence and control of diabetes mellitus. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1648.2863>
- Gallardo Miranda, A., & Collado Torres, F. (2008). Ética en la investigación médica. *Revista de la Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia*, 26(1), 119-122.
- Garcia, A. A., Villagomez, E. T., Brown, S. A., Kouzekanani, K., & Hanis, C. L. (2001). The Starr County Diabetes Education Study: Development of the Spanish-language diabetes knowledge questionnaire. *Diabetes Care*, 24(1), 16-21. <https://doi.org/10.2337/diacare.24.1.16>
- Giroto, P. C. M., Santos, A. de L., & Marcon, S. S. (2018). Conhecimento e atitude frente a doença de pessoas com diabétes mellitus assistidas na Atenção Primária à Saúde. *Enfermería Global*, 13.
- Gómez-Aguilar, P. I. del S., Ávila-Sansores, G. M., & Candila-Celis, J. A. (2012). Estilo de vida y control metabólico en personas con diabetes tipo 2, Yucatán, México. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 20(3), 123-129.
- Guamán-Montero, N. A., Mesa-Cano, I. C., Peña-Cordero, S. J., & Ramírez-Coronel, A. A. (2021). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus II. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.5039487>
- Hernández Ruiz de Eguilaz, M., Batlle, M. A., Martínez de Morentin, B., San-Cristóbal, R., Pérez-Díez, S., Navas-Carretero, S., & Martínez, J. A. (2016). Cambios alimentarios y de estilo de vida como estrategia en la prevención del síndrome metabólico y la diabetes mellitus tipo 2: Hitos y perspectivas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 39(2), 269-289.
- Hsieh, M.-H., Chen, Y.-C., Ho, C.-H., & Lin, C.-Y. (2022). Validation of Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ) in the Taiwanese Population—Concurrent Validity with Diabetes-Specific Quality of Life Questionnaire Module. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 15, 2391-2403. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S369552>

- Izquierdo, M., Duque, G., & Morley, J. (2021). Physical activity guidelines for older people: Knowledge gaps and future directions | Elsevier Enhanced Reader. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(21\)00079-9](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(21)00079-9)
- Jiménez, J. V., & Izquierdo, D. M. (2018). Riesgo de diabetes mellitus tipo 2 en la población prediabética de un consultorio médico / Risk of diabetes mellitus type 2 in the population with prediabetes of a medical clinic. *Panorama. Cuba y Salud*, 13(2), Art. 2. <http://www.revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/26-32>
- Kalra, S., Jena, B. N., & Yeravdekar, R. (2018). Emotional and Psychological Needs of People with Diabetes. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 22(5), 696. https://doi.org/10.4103/ijem.IJEM_579_17
- Kim, S.-J., & Kim, D.-J. (2012). Alcoholism and diabetes mellitus. *Diabetes & Metabolism Journal*, 36(2), 108-115. <https://doi.org/10.4093/dmj.2012.36.2.108>
- Leite, R. G. O. F., Banzato, L. R., Galendi, J. S. C., Mendes, A. L., Bolfi, F., Veroniki, A. A., Thabane, L., & Nunes-Nogueira, V. dos S. (2020). Effectiveness of non-pharmacological strategies in the management of type 2 diabetes in primary care: A protocol for a systematic review and network meta-analysis. *BMJ Open*, 10(1), e034481. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034481>
- Lemes dos Santos, P. F., dos Santos, P. R., Ferrari, G. S. L., Fonseca, G. A. A., & Ferrari, C. K. B. (2014). Knowledge of Diabetes Mellitus: Does Gender Make a Difference? *Osong Public Health and Research Perspectives*, 5(4), 199-203. <https://doi.org/10.1016/j.phrp.2014.06.004>
- López-Carmona, J. M., Ariza-Andraca, C. R., Rodríguez-Moctezuma, J. R., & Munguía-Miranda, C. (2003). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 45(4), 259-267.
- Mendoza, S. H., & Avila, D. D. (2020). Técnicas e instrumentos de recolección de datos. *Boletín Científico de las Ciencias Económico Administrativas del ICEA*, 9(17), Art. 17. <https://doi.org/10.29057/icea.v9i17.6019>
- Meneses, L. M. A., Ruiz, C. A., Forés, Á. M., & Forés, E. B. (2019). Adherencia al tratamiento y estilos de vida saludable de los diabéticos tipo 2 de Benicasim (Castellón). *RqR Enfermería Comunitaria*, 7(2), 27-38.

- Ministerio de Salud Pública. (2022). Red Pública. <https://www.salud.gob.ec/>
- Mirahmadizadeh, A., Khorshidsavar, H., Seif, M., & Sharifi, M. H. (2020). Adherence to Medication, Diet and Physical Activity and the Associated Factors Amongst Patients with Type 2 Diabetes. *Diabetes Therapy*, 11(2), 479-494. <https://doi.org/10.1007/s13300-019-00750-8>
- Ontano, M., Mejía-Velastegui, A. I., & Avilés-Arroyo, M. E. (2021). Principios bioéticos y su aplicación en las investigaciones médico-científicas: Artículo de revisión. *Ciencia Ecuador*, 3(3), Art. 3. <https://doi.org/10.23936/rce.v3i3.27>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Diabetes Mellitus Tipo II. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Organización Mundial de la salud. (2022). Estilo de Vida. <https://www.who.int/es>
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2022). Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030—OPS/OMS. <https://www.paho.org/es/agenda-salud-sostenible-para-americas-2018-2030>
- Orozco-Beltrán, D., Mata-Cases, M., Artola, S., Conthe, P., Mediavilla, J., & Miranda, C. (2016). Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo2: Situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Atención Primaria*, 48(6), 406-420. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.09.001>
- Ortega Oviedo, S., Berrocal Narváez, N., Argel Torres, K., & Pacheco Torres, K. (2019). Conocimientos sobre la enfermedad y autocuidado de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2*. *Revista avances en salud*, 3(2), 18-26. <https://doi.org/10.21897/25394622.1848>
- Owolabi, E. O., Goon, D. T., Ajayi, A. I., & Adeniyi, O. V. (2022). Knowledge of diabetes and associated factors in rural Eastern Cape, South Africa: A cross sectional study. *PLOS ONE*, 17(7), e0269811. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269811>
- Pacheco, J. L. R., Argüello, M. V. B., & Suárez, A. I. D. L. H. (2020). Análisis general del spss y su utilidad en la estadística. *E-IDEA Journal of Business Sciences*, 2(4), Art. 4.

- Pascacio-Vera, G. D., Ascencio-Zarazua, G. E., & Guzmán-Priego, G. (2016). Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *22*(1), 10.
- Patel, M., & Patel, N. (2019). Exploring Research Methodology: Review Article. *3*, 8.
- Qiu, T., Huang, J., & Wang, W. (2020). Association between Diabetes Knowledge and Self-Efficacy in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in China: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Endocrinology*, 2020, 2393150. <https://doi.org/10.1155/2020/2393150>
- RAE, R.-. (2022). Diccionario de la lengua española | Edición del Tricentenario. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. <https://dle.rae.es/>
- Reyes, E. (2022). Metodología de la Investigación Científica. Page Publishing Inc.
- Reyes, R. M. (2021). La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: Diabetes, hipertensión y obesidad. *Medicina y Ética*, *32*(4), Art. 4. <https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n4.01>
- Rico Sánchez, R., Juárez Lira, A., Sánchez Perales, M., Muñoz Alonso, L. del R., Rico Sánchez, R., Juárez Lira, A., Sánchez Perales, M., & Muñoz Alonso, L. del R. (2018). Nivel de Conocimientos, Estilos de Vida y Control Glicémico en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Ene*, *12*(1). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2018000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Rodríguez, J. R., & Alvarez, M. R. (2020). Calcular la fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS: El coeficiente alfa de Cronbach. *REIRE: revista d'innovació i recerca en educació*, *13*(2), 8.
- Sánchez-Villena, A. (2019). Uso de programas estadísticos libres para el análisis de datos: Jamovi, Jasp y R. *REVISTA PERSPECTIVA*, *20*, 112-114. <https://doi.org/10.33198/rp.v20i1.00026>
- Schlosser, J., Umpierrez, G., Weinstock, R., Muñoz, C., Ralston, C., & Kirksey, O. (2022). *AMERICAN DIABETES ASSOCIATION*. 270.
- Useche, M. C., Artigas, W., Queipo, B., & Perozo, É. (2019). Técnicas e instrumentos de recolección de datos cuali-cuantitativos. Universidad de la Guajira. <https://repositoryinst.uniguajira.edu.co/handle/uniguajira/467>

- Ventura-León, J. L. (2017). ¿Población o muestra?: Una diferencia necesaria. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(4), 0-0.
- Villaroel, L. O. (2020). ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE ACUDEN AL CENTRO MATERNO INFANTIL “ENRIQUE PONCE LUQUE”, BABAHOYO, 2019: The type ii diabetes patient’s lifestyles that go to the maternal and infant center “Enrique Ponce Luque”, Babahoyo, 2019. *Más Vita*, 2(3), Art. 3. <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0025>
- West, R. (2017). Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology & Health*, 32(8), 1018-1036. <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1325890>
- Yeh, J.-Z., Wei, C., Weng, S., Tsai, C., Shih, J., Shih, C., & Chiu, C. (2018). Disease-specific health literacy, disease knowledge, and adherence behavior among patients with type 2 diabetes in Taiwan. *BMC Public Health*, 18(1), 1062. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5972-x>
- Zamora-Niño, C. F., Guibert-Patiño, A. L., De La Cruz-Saldaña, T., Ticse-Aguirre, R., & Málaga, G. (2019). Evaluación de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 de un hospital de Lima, Perú y su asociación con la adherencia al tratamiento. *Acta Médica Peruana*, 36(2), 96-103.
- Zavala Calahorrano, A., & Fernández, E. (2018). Diabetes mellitus tipo 2 en el Ecuador: Revisión epidemiológica. *Medicinas UTA*, 2, 3. <https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v2i4.132.2018>

ANEXOS

ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables e Indicadores				
Problema General	Objetivo General	Hipótesis Afirmativa	Variable 1: Nivel de Conocimiento				
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Niveles o rangos
El conocimiento de la enfermedad se relaciona con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022.	Determinar la relación entre el conocimiento de la enfermedad y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022.	H ₁ : Existe relación entre el conocimiento de la enfermedad y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus de un establecimiento o médico de El Guabo, 2022.	Control de glicemia	<ul style="list-style-type: none"> La ingesta de azúcar no provoca diabetes La diabetes es provocada por falta de insulina La diabetes no es producida por que los riñones no eliminan la glucosa del organismo Los riñones no elaboran insulina Padeciendo diabetes puedo tener hijos diabéticos La diabetes no se cura En un apersona diabética ingerir mucho no estimula la elaboración de insulina La diabetes se puede dividir en tipo 1 y 2 Es de igual importancia seleccionar los alimentos que se consumen, al igual de la manera de prepararlos. La comida de los diabéticos no debe ser distinta a la de los demás. 	1 - 10	Escala dicotómica (ordinal)	Conocimiento Adecuado (>13) Conocimiento Inadecuado (<13)
			Conocimiento básico de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> En el paciente diabético sin dieta, ni actividad física ni tratamiento la glicemia aumenta 	11- 17		

				<ul style="list-style-type: none"> Reconoce un valor de glicemia elevado en ayuda (210 mg/dl) La glucosa en la orina no es el mejor examen para controlar la glucosa en diabetes La actividad física no provoca mayor necesidad de medicamentos o insulina Los fármacos no son más importantes que la dieta y actividad física No es sintomatología de glicemia elevada la sudoración y sensación de frío No es característico de glicemia disminuida la polidipsia y polifagia 			
			Prevención de complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> La diabetes provoca problemas de circulación sanguínea Las heridas en diabéticos cicatrizan con más lentitud El diabético deber tener mayor cuidado al cortarse las uñas Las heridas en pacientes diabéticos no tienen que lavarse con yodo y alcohol La diabetes puede lesionar los riñones La diabetes provoca alteraciones en la sensibilidad de las extremidades Las personas diabéticas no tienen que usar medias elásticas ajustadas 	18 - 24		
Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Hipótesis Nula	Variable 2: Adherencia Terapéutica				
<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es el nivel de conocimiento de la enfermedad en pacientes diabéticos de 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar el nivel de conocimiento de la enfermedad en pacientes diabéticos de 	<p>H₀: No existe relación entre el conocimiento de la enfermedad y la adherencia</p>	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Niveles o rangos
			Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> Frecuencia de consumo de verduras Frecuencia de consumo de frutas Cantidad de piezas de pan al día Cantidad de tortillas al día Añade azúcar alimentos o bebidas 	1 - 9		<p>Muy saludable (100 - 75)</p> <p>Saludable</p>

<p>un establecimiento o médico de El Guabo, 2022?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el grado adherencia terapéutica de pacientes con diabetes mellitus de establecimiento médico de El Guabo, 2022? • ¿De qué manera se relacionan las dimensiones de conocimiento de la enfermedad y las dimensiones de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus de un establecimiento o médico de El Guabo, 2022? 	<p>un establecimiento o médico de El Guabo, 2022.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer el grado adherencia terapéutica de pacientes con diabetes mellitus de establecimiento médico de El Guabo, 2022. • Conocer la relación entre las dimensiones de conocimiento de la enfermedad y las dimensiones de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus de un establecimiento o médico de El Guabo, 2022. 	<p>terapéutica en pacientes con diabetes mellitus de un establecimiento o médico de El Guabo, 2022.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Añade sal a los alimentos • Necesidad de alimentos entre comidas • Frecuencia de alimentación fuera de casa • Necesidad de otro plato de comida 		<p>Escala de Likert (ordinal)</p> <p>(74 - 50)</p> <p>Poco saludable (49 - 25)</p> <p>No saludables (< 24 puntos)</p>		
			Actividad Física	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de al menos 15 min de ejercicio • Disponibilidad fuera de sus labores • Actividades en tiempo libre 	10 - 12			
			Consumo de Tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Hábito tabáquico • Cantidad de cigarrillos al día 	13 - 14			
			Consumo de Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> • Hábito etílico • Cantidad de bebidas alcohólicas en cada ocasión 	15 - 16			
			Información sobre la diabetes	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de reuniones de diabéticos asistidas • Interés por obtener información de la diabetes 	17 - 18			
			Manejo de Emociones	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de control de ira • Nivel de control de tristeza • Nivel de pensamientos negativos del futuro 	19 - 21			
			Cumplimiento del Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Esfuerzo realizado para controlar la diabetes • Hábito dietético acorde la patología • Grado de responsabilidad en toma de medicamentos • Capacidad de seguir las instrucciones médicas 	22 - 25			
Diseño de Investigación	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos	Método de Recolección de Datos					

Básico, cuantitativo, observacional, transversal, prospectivo, descriptivo y correlacional.	Población: 139 Muestra: 102	Técnicas: Encuesta Instrumento: Cuestionario (Formulario Online de Google)	Descriptiva: Base de datos en Microsoft Excel. Inferencial: Con ayuda del software Jamovi.
---	--------------------------------	--	---

Fuente: Elaborado por el autor

ANEXO 2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES						
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
Nivel de conocimiento	Se define como el grado de información latente en el individuo ya sea posterior al aprendizaje en común de una comunidad o basado en evidencia, lo cual se da por métodos y procesos para la confrontación del saber (Ortega Oviedo et al., 2019).	El cuestionario de conocimiento de la diabetes (DKQ-24) el cual cuenta con 24 preguntas tipo Likert las cuales presentan tres alternativas de respuesta cerrada sí, no o no sé. Dichas respuestas se ponderan sí (1), no (0), realizándose al final una suma total de los puntos para obtener el puntaje final (Zamora-Niño et al., 2019).	Conocimientos básicos de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> En el paciente diabético sin dieta, ni actividad física ni tratamiento la glicemia aumenta Reconoce un valor de glicemia elevado en ayuda (210 mg/dl) La glucosa en la orina no es el mejor examen para controlar la glucosa en diabetes La actividad física no provoca mayor necesidad de medicamentos o insulina Los fármacos no son más importantes que la dieta y actividad física No es sintomatología de glicemia elevada la sudoración y sensación de frío No es característico de glicemia disminuida la polidipsia y polifagia 	11 - 17	Intervalo
			Control de glicemia	<ul style="list-style-type: none"> La ingesta de azúcar no provoca diabetes La diabetes es provocada por falta de insulina 	1 -10	

				<ul style="list-style-type: none"> • La diabetes no es producida por que los riñones no eliminan la glucosa del organismo • Los riñones no elaboran insulina • Padeciendo diabetes puedo tener hijos diabéticos • La diabetes no se cura • En un apersona diabética ingerir mucho no estimula la elaboración de insulina • La diabetes se puede dividir en tipo 1 y 2 • Es de igual importancia seleccionar los alimentos que se consumen, al igual de la manera de prepararlos • La comida de los diabéticos no debe ser distinta a la de los demás 		
			Prevenición de complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • La diabetes provoca problemas de circulación sanguínea • Las heridas en diabéticos cicatrizan con más lentitud • El diabético deber tener mayor cuidado al cortarse las uñas • Las heridas en pacientes diabéticos no tienen que lavarse con yodo y alcohol • La diabetes puede lesionar los riñones • La diabetes provoca alteraciones en la sensibilidad de las extremidades • Las personas diabéticas no tienen que usar medias elásticas ajustadas 	18 - 24	
Adherencia terapéutica	Se refieren al grado de comportamiento de una persona en términos de	Se empleó la escala IMEVID (instrumento para medir el estilo de vida de los diabéticos), el cual	Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de consumo de verduras • Frecuencia de consumo de frutas 	1 -9	Intervalo

	<p>toma de medicamentos, seguimiento de una dieta y cambios en el estilo de vida; los cuales se corresponden con las recomendaciones brindadas por un profesional de salud (Meneses et al., 2019)</p>	<p>posee veinte y cinco preguntas tipo Likert, cada una tiene tres opciones de respuesta (casi nunca, algunas veces y casi siempre), con una calificación de 0, 2 y 4, para lo cual es el valor máximo ponderable en cada opción de respuesta es 4 (Meneses et al., 2019).</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de piezas de pan al día • Cantidad de tortillas al día • Añade azúcar alimentos o bebidas • Añade sal a los alimentos • Necesidad de alimentos entre comidas • Frecuencia de alimentación fuera de casa • Necesidad de otro plato de comida 		
			<p>Actividad física</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de al menos 15 min de ejercicio • Disponibilidad fuera de sus labores • Actividades en tiempo libre 	<p>10 - 12</p>	
			<p>Consumo de tabaco</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hábito tabáquico • Cantidad de cigarrillos al día 	<p>13 - 14</p>	
			<p>Consumo de alcohol</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hábito etílico • Cantidad de bebidas alcohólicas en cada ocasión 	<p>15 - 16</p>	
			<p>Información de la diabetes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de reuniones de diabéticos asistidas • Interés por obtener información de la diabetes 	<p>17 - 18</p>	
			<p>Manejo de emociones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de control de ira • Nivel de control de tristeza • Nivel de pensamientos negativos del futuro 	<p>19 - 21</p>	
			<p>Cumplimiento de tratamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esfuerzo realizado para controlar la diabetes • Hábito dietético acorde la patología • Grado de responsabilidad en toma de medicamentos • Capacidad de seguir las instrucciones médicas 	<p>22 -25</p>	

Fuente: Elaborado por el autor

ANEXO 3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Yo, Oswaldo Alex Moreno Moncada, perteneciente al programa de posgrado de la Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad Cesar Vallejo con sede en la ciudad de Piura en Perú, solicito de su ayuda para la resolución de las siguientes encuestas, la cual contiene cuatro apartados. Apartado A que incluye el consentimiento informado, el apartado B, caracterización sociodemográfica, apartado C, lo relacionado al nivel de conocimiento de la enfermedad; y, por último, el apartado D que incluye los reactivos relacionados a la adherencia terapéutica. De antemano, agradezco su participación y solicito que evite la entrega de espacios vacíos.

APARTADO A: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted está siendo invitado (a) a participar en una investigación de Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión de Riesgo en Salud titulada “Conocimiento de la enfermedad y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022”, cuyo objetivo es determinar la relación entre el conocimiento de la enfermedad y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022.

La presente investigación es conducida por Moreno Moncada, Oswaldo Alex. Los resultados del presente estudio serán parte de una tesis para optar el Grado de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud. Espero contar con su ayuda para alcanzar las metas de esta investigación, y su participación consistirá en responder un cuestionario virtual. Esto le tomará aproximadamente entre 10 a 15 minutos de su tiempo para la resolución. La participación de este estudio es estrictamente voluntaria.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Igualmente, puede retirarse de la

investigación en cualquier momento, sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante el cuestionario le parece incomoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador. De antemano agradezco su colaboración y permiso, resaltando la importancia de su participación.

DESEA PARTICIPAR

- Si, deseo participar.
- No deseo participar.

APARTADO B: CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Edad

- 18 a 30 años
- 31 a 59 años
- ≥ 60 años

Sexo

- Femenino
- Masculino

Escolaridad

- Analfabeto
- Básico
- Superior
- Cuarto Nivel

Estado Civil

- Soltero (a)
- Casado (a)
- Viudo (a)
- Divorciado (a)
- Unión Libre

Ocupación

- Estudiante
- Agricultor
- Pescador
- Ama de Casa
- Comerciante
- Ingeniero (a)

- Licenciado (a)
- Cocinero (a)
- Sin Ocupación

Comorbilidad

- Hipertensión Arterial
- Dislipidemia
- Obesidad
- Insuficiencia Renal
- Insuficiencia Venosa
- Hipotiroidismo

APARTADO C: INSTRUMENTO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO DE LA DIABETES (DKQ-24)		
SI = 1	NO = 0	
Nivel de Conocimiento de la Enfermedad	Escala de Importancia	
	1	0
	SI	NO
Dimensión: Control de Glicemia		
1. El comer azúcar no es causa de diabetes		
2. La diabetes es causada por falta de insulina		
3. La diabetes no es causada porque los riñones no expulsan la glucosa del cuerpo		
4. Los riñones no producen la insulina		
5. Siendo diabético puedo tener hijos diabéticos		
6. La diabetes no se cura		
7. En un diabético, comer mucho no estimula la producción de insulina		
8. La diabetes se divide principalmente en tipo I y II		
9. Es igual de importante el escoger los alimentos a consumir que la forma de prepararlos		
10. Los alimentos de los diabéticos no deben ser diferentes a los demás		
Dimensión: Conocimiento Básico de la Enfermedad		
11. En el diabético sin dieta ni ejercicio ni tratamiento la glicemia aumenta		
12. Identifica un valor alto de glicemia en ayunas (210 mg/dl)		
13. La glucosa en orina no es la mejor prueba para controlar la glucosa en diabetes		
14. El ejercicio no produce mayor necesidad de medicamentos o insulina		
15. Los medicamentos no son más importantes que la dieta y el ejercicio		

16. No son síntomas de hiperglicemia la sudoración y sensación de frío		
17. No son datos de hipoglicemia la presencia la polidipsia y polifagia		
Dimensión: Prevención de Complicaciones		
18. La diabetes causa problemas en la circulación sanguínea		
19. La heridas en los pacientes diabéticos cicatrizan más lento		
20. El diabético debe tener mayor cuidado al cortarse las uñas		
21. Las heridas en diabéticos no deberían lavarse con yodo y alcohol en un principio		
22. La diabetes puede dañar los riñones		
23. La diabetes produce alteración en la sensibilidad de los miembros		
24. Los diabéticos no deberían utilizar medias o pantyes elásticas apretadas		

APARTADO D: INSTRUMENTO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE ESTILO DE VIDA EN DIABÉTICOS (IMEVID)					
Adherencia Terapéutica	Escala de Importancia				
	4	2	0		
Dimensión: Nutrición					
1. ¿Con qué frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Algunos días		Casi nunca	
2. ¿Con qué frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	Algunos días		Casi nunca	
3. ¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 a 1	2		3 o más	
4. ¿Cuántas tortillas come al día?	0 a 3	4 a 6		7 o más	
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces		Frecuentemente	
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces		Casi siempre	
7. ¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces		Frecuentemente	
8. ¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces		Frecuentemente	
9. Cuando termina de comer la cantidad servida inicialmente, ¿pide que le sirvan más?	Casi nunca	Algunas veces		Casi siempre	

Dimensión: Actividad Física					
10. ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio?	3 o más veces por semana		1 a 2 veces por semana		Casi nunca
11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre		Algunas veces		Casi nunca
12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa		Trabajos en casa		Ver televisión
Dimensión: Consumo de Tabaco					
13. ¿Fuma?	No fumo		Algunas veces		Fumo a diario
14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno		1 a 5		6 o más
Dimensión: Consumo de Alcohol					
15. ¿Bebe alcohol?	Nunca		Rara vez		1 vez o más por semana
16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna		1 a 2		3 o más
Dimensión: Información sobre diabetes					
17. ¿A cuántas pláticas para personas con diabetes ha asistido?	4 o más		1 a 3		Ninguno
18. ¿Trata de obtener información sobre la diabetes?	Casi siempre		Algunas veces		Casi nunca
Dimensión: Manejo de Emociones					
19. ¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre
20. ¿Se siente triste?	Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre
21. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre
22. ¿Hace su esfuerzo por tener controlada su diabetes?	Casi siempre		Algunas veces		Casi nunca
Dimensión: Cumplimiento del Tratamiento					
23. ¿Sigue dieta para diabético?	Casi siempre		Algunas veces		Casi nunca
24. ¿Olvida tomar medicamentos para la diabetes o aplicarse su insulina?	Casi nunca		Algunas veces		Frecuentemente
25. ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?	Casi siempre		Algunas veces		Casi nunca

ANEXO 4. INFORME DE EVIDENCIA DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO PARA MEDIR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DIABÉTICOS (DKQ-24)

Nombre del instrumento: Diabetes knowledge Questionnaire
Autores del instrumento: Alexandra A. Garcia; Evangelina T. Villagomez; Sharon A. Brown; Kamiar Kouzekanani; Craig L. Hanis (2001)
Adaptado: Christie F. Zamora-Niño, André L. Guibert-Patiño, Tania De La CruzSaldaña, Ray Ticse-Aguirre, Germán Málaga (2019)
Procedencia: Lima - Perú
Ambito de aplicación: Individual
Áreas que explora: control de glicemia, conocimiento básico de la enfermedad y prevención de complicaciones

II. FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO PARA MEDIR EL ESTILO DE VIDA EN DIABÉTICOS (IMEVID)

Nombre del instrumento: Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos
Autores del instrumento: J.M. López-Carmonaa, J.R. Rodríguez-Moctezumab, C.R. Ariza-Andracac y M. Martínez-Bermúdez (2003)
Adaptado: Leyder Milena Aránzazu Meneses, Carmen Anarte Ruiz, Angel Masoliver Forés, Enrique Barreda Forés. (2019)
Procedencia: Castelló, España
Ambito de aplicación: Individual
Áreas que explora: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información de la diabetes, manejo de emociones y cumplimiento del tratamiento

III. EVIDENCIA DE VALIDEZ BASADO EN EL CONTENIDO

Tabla 1

Evidencia de validez de contenido del instrumento para medir el nivel de conocimiento de la enfermedad (DKQ-24)

DIMENSIONES	ÍTEMS	CLARIDAD	RELEVANCIA	COHERENCIA
		UV AIKEN	UV AIKEN	UV AIKEN
CONTROL DE GLICEMIA	1	1,00	0,83	1,00
	2	0,83	1,00	0,92

	3	1,00	0,75	0,92	
	4	1,00	1,00	0,92	
	5	0,92	0,92	0,83	
	6	0,92	0,92	1,00	
	7	0,83	1,00	0,83	
	8	0,92	0,83	1,00	
	9	1,00	0,92	0,92	
	10	0,92	0,92	0,92	
	CONOCIMIENTO BÁSICO DE LA ENFERMEDAD	11	1,00	0,83	0,92
		12	0,92	0,75	0,92
13		1,00	0,92	1,00	
14		1,00	1,00	1,00	
14		0,83	1,00	1,00	
16		0,83	0,92	1,00	
17		0,83	1,00	0,92	
PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES	18	1,00	1,00	1,00	
	19	0,92	0,83	1,00	
	20	0,92	1,00	0,92	
	21	0,92	0,92	1,00	
	22	1,00	0,92	1,00	
	23	0,92	0,92	0,92	
	24	1,00	0,83	0,92	
PROMEDIO		0,93	0,91	0,95	

Nota: IAA: índice de acuerdo de Aiken

Para la evidencia de validez de contenido se realizó la evaluación por juicio de 3 expertos que emitieron su ponderación en claridad, coherencia y relevancia, observándose que el 100 % tiene un índice de acuerdo de Aiken en promedio de 0.93 correspondiéndose para claridad 0.93, relevancia 0.91 y coherencia 0.95, lo cual demuestra que dichos reactivos cuentan con evidencia de validez de contenido para ser incluidos en la escala de evaluación del nivel de conocimiento.

Tabla 2

Evidencia de validez de contenido del instrumento para medir el estilo de vida en diabéticos (IMEVID)

DIMENSIONES	ÍTEMS	CLARIDAD	RELEVANCIA	COHERENCIA
		UV AIKEN	UV AIKEN	UV AIKEN
NUTRICIÓN	1	1,00	0,83	1,00
	2	1,00	1,00	0,92
	3	1,00	0,92	0,83

	4	1,00	1,00	0,92
	5	0,92	0,92	0,92
	6	0,92	0,92	1,00
	7	1,00	0,92	0,92
	8	0,92	0,83	1,00
	9	1,00	0,92	0,92
ACTIVIDAD FÍSICA	10	0,92	0,92	0,83
	11	0,92	0,83	1,00
	12	1,00	0,92	1,00
CONSUMO DE TABACO	13	1,00	1,00	1,00
	14	1,00	0,83	1,00
CONSUMO DE ALCOHOL	15	1,00	1,00	0,92
	16	1,00	0,92	1,00
INFORMACIÓN SOBRE DIABETES	17	1,00	1,00	1,00
	18	0,92	1,00	1,00
MANEJO DE EMOCIONES	19	1,00	1,00	1,00
	20	0,92	0,92	0,92
	21	0,83	1,00	1,00
	22	0,92	0,83	1,00
CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO	23	1,00	0,92	0,92
	24	0,83	0,92	0,92
	25	0,92	0,92	1,00
PROMEDIO		0,96	0,93	0,96

Nota: IAA: índice de acuerdo de Aiken

Para la evidencia de validez de contenido se realizó la evaluación por juicio de 3 expertos que emitieron su ponderación en claridad, coherencia y relevancia, observándose que el 100 % tiene un índice de acuerdo de Aiken en promedio de 0.95 correspondiéndose para claridad 0.96, relevancia 0.93 y coherencia 0.96, lo cual demuestra que dichos reactivos cuentan con evidencia de validez de contenido para ser incluidos en la escala de evaluación del estilo de vida en diabéticos.

IV. EVIDENCIA DE CONFIABILIDAD

Tabla 3

Evidencia de Confiabilidad de la Escala de Nivel de Conocimiento (DKQ-24)

Escala	N°	M (DE)	Varianza	Kr-20
Escala Global	24	0.34 (0.27)	41.93	0.93
Control de Glicemia	10	0.37 (0.29)	8.84	0.85
Conocimiento Básico de la enfermedad	7	0.19 (0.26)	3.34	0.82
Prevención de complicaciones	7	0.45 (0.31)	4.86	0.83

Nota: M: Media; DE: Desviación estándar Kr-20: Kuder Richardson

En la tabla 3 referido al análisis de confiabilidad por consistencia interna de la escala del nivel de conocimiento en pacientes diabéticos, se observan valores aceptables de fiabilidad tanto en la dimensión global como en las dimensiones específicas mayor al 80%.

Tabla 4

Evidencia de Confiabilidad de la Escala de Adherencia Terapéutica (IMEVID)

Escala	N°	M (DE)	α	ω
Escala Global	25	1.80 (0.56)	.823	.835

Nota: α : Coeficiente alfa de Cronbach; ω : Coeficiente Omega Mc Donald

En la tabla 4 referido al análisis de confiabilidad por consistencia interna de la escala de la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos, se observan valores aceptables de fiabilidad tanto en la dimensión global como en las dimensiones específicas mayor al 80%.

Tabla 5

Prueba de normalidad de Conocimiento de la enfermedad y Adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022.

	K-S		
	Estadístico	gl	p
Conocimiento de la enfermedad	0.153	102	0.017
Control de glucemia	0.320	102	0.000
Conocimiento básico de la enfermedad	0.249	102	0.000
Prevención de complicaciones	0.142	102	0.031
Adherencia terapéutica	0.213	102	0.000
Nutrición	0.209	102	0.000
Actividad física	0.272	102	0.000
Consumo de tabaco	0.457	102	0.000
Consumo de alcohol	0.260	102	0.000
Manejo de emociones	0.219	102	0.000
Información sobre diabetes	0.259	102	0.000
Cumplimiento del tratamiento	0.191	102	0.001

Nota: K-S: Kolmogorov-Smirnov; gl: Grados de libertad; p: Probabilidad de error.

Prueba de Hipótesis:

H_0 : Los datos siguen una distribución normal.

Criterios de decisión estadística

$p\text{-valor} > \alpha (0.05)$: se acepta la H_0

$p\text{-valor} < \alpha (0.05)$: se rechaza la H_0

Decisión estadística:

Se acepta la H_0 en la variable conocimiento de la enfermedad y sus dimensiones; asimismo, se acepta la H_0 para la segunda variable de estudio adherencia terapéutica y sus respectivas dimensiones.

Interpretación:

Se puede visualizar en la Tabla 2, referido el análisis inferencial de la prueba de normalidad del coeficiente Kolmogorov - Smirnov, se evidenció que los puntajes obtenidos para las variables conocimiento de la enfermedad y adherencia terapéutica obtuvieron un p-valor $> \alpha$ (0.05), es decir, que se acepta la H_0 , la cual plantea la normalidad de las puntuaciones. En conclusión, para medir la correlación entre las variables de estudio, se debe aplicar un test no paramétrico, es decir, el coeficiente de correlación Rho de Spearman.

ANEXO 5. FORMATO DE EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento “**Diabetes knowledge Questionnaire (DKQ-24)**”. La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando tanto al área investigativa como a sus aplicaciones. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. DATOS GENERALES DEL JUEZ

Nombre del juez:

Grado profesional: Maestría ()
 Doctor ()

Área de Formación académica:

Áreas de experiencia profesional:

Institución donde labora:

Tiempo de experiencia profesional en el área: 2 a 4 años ()
 Más de 5 años ()

Experiencia en Investigación Psicométrica:

2. PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN:

- a. Validar el contenido de instrumento, por juicio de expertos.

3. DATOS DE LA ESCALA NIVEL DE CONOCIMIENTO (DKQ-24)

Nombre de la Prueba:	ESCALA NIVEL DE CONOCIMIENTO (DKQ-24)
Autores:	Christie F. Zamora-Niño, André L. Guibert-Patiño, Tania De La CruzSaldaña, Ray Ticse-Aguirre, Germán Málaga (2019)
Procedencia:	Lima- Perú
Administración:	Individual
Tiempo de aplicación:	Entre 10 minutos a 15 minutos
Ámbito de aplicación:	Adultos
Significación:	Esta escala está compuesta por 24 ítems que refleja el grado de conocimiento de paciente con diagnóstico de diabetes mellitus, sobre una escala de 24 puntos tipo Likert.

4. SOPORTE TEÓRICO

DESCRIBIR EN FUNCIÓN AL MODELO TEÓRICO

Escala/AREA	Sub escala (dimensiones)	Definición
Escala Nivel de Conocimiento (DKQ-24)	Control de Glicemia	Se refiere a aquellas situaciones que aumentan o disminuyen la glicemia, la sintomatología de hipo o hiperglicemia y cuáles son los valores de referencia dentro del rango normal (Zamora-Niño et al., 2019)
	Conocimiento básico de la enfermedad	Se refiere el grado de entendimiento en las características, etiología, fisiopatología y clasificación atribuible a un individuo para el manejo de su enfermedad, prevención de complicaciones, acatando tanto indicaciones farmacológicas como no farmacológicas (Chrysi et al., 2022).
	Prevención de Complicaciones	Es todo lo orientado a enlentecer la enfermedad como cambios de vida no saludables, toma de medicación, controles médicos, ejercicios físicos y dieta saludable, mencionando los órganos afectados por la enfermedad y las medidas que se pueden adoptar para la prevención de las mismas (Zamora-Niño et al., 2019).

5. PRESENTACIÓN DE INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ:

A continuación, a usted le presento el cuestionario de **Nivel de Conocimiento**. De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
-----------	--------------	-----------

CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente

1. No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO:

Primera dimensión: Control de glicemia

- Objetivos de la Dimensión: Medir el grado de conocimiento del individuo para el manejo de su glicemia acorde a un adecuado entendimiento

INDICADORES	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Conocimiento en control de glicemia	1. El comer azúcar no es causa de diabetes				
	2. La diabetes es causada por falta de insulina				
	3. La diabetes no es causada porque los riñones no expulsan la glucosa del cuerpo				
	4. Los riñones no producen la insulina				
	5. Siendo diabético puedo tener hijos diabéticos				
	6. La diabetes no se cura				
	7. En un diabético, comer mucho no estimula la producción de insulina				
	8. La diabetes se divide principalmente en tipo I y II				
	9. Es igual de importante el escoger los alimentos a consumir que la forma de prepararlos				
	10. Los alimentos de los diabéticos no deben ser diferentes a los demás				

- Segunda dimensión: Conocimiento básico de la enfermedad**

- Objetivos de la Dimensión: Mide el grado del saber en conceptos básicos de la enfermedad relacionándolo por su origen, sintomatología y control

INDICADORES	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Nivel de conocimiento básico de la enfermedad	11. En el diabético sin dieta ni ejercicio ni tratamiento la glicemia aumenta				

	12. Identifica un valor alto de glicemia en ayunas (210 mg/dl)				
	13. La glucosa en orina no es la mejor prueba para controlar la glucosa en diabetes				
	14. El ejercicio no produce mayor necesidad de medicamentos o insulina				
	15. Los medicamentos no son más importantes que la dieta y el ejercicio				
	16. No son síntomas de hiperglicemia la sudoración y sensación de frío				
	17. No son datos de hipoglicemia la presencia la polidipsia y polifagia				

Tercera dimensión: Prevención de complicaciones

- Objetivos de la Dimensión: Mide el manejo de conceptos implicados en el control de complicaciones

INDICADORES	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Conocimiento en Prevención de complicaciones	18. La diabetes causa problemas en la circulación sanguínea				
	19. Las heridas en los pacientes diabéticos cicatrizan más lento				
	20. El diabético debe tener mayor cuidado al cortarse las uñas				
	21. Las heridas en diabéticos no deberían lavarse con yodo y alcohol en un principio				
	22. La diabetes puede dañar los riñones				

	23. La diabetes produce alteración en la sensibilidad de los miembros				
	24. Los diabéticos no deberían utilizar medias o pantyes elásticas apretadas				

Sello y Firma del evaluador
Documento de identidad:
Registro de colegiatura:
Número de celular:
Correo electrónico:

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento “Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID)”. La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando tanto al área investigativa como a sus aplicaciones. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. DATOS GENERALES DEL JUEZ

Nombre del juez:

Grado profesional: Maestría ()
Doctor ()

Área de Formación académica:

Áreas de experiencia profesional:

Institución donde labora: Hospital Clínica Santa María

Tiempo de experiencia profesional en el área: 2 a 4 años ()
Más de 5 años ()

Experiencia en Investigación Psicométrica:

2. PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN:

- b. Validar el contenido de instrumento, por juicio de expertos.

3. DATOS DE LA ESCALA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA (IMEVID)

Nombre de la Prueba:	ESCALA ADHERENCIA TERAPEUTICA (IMEVID)
Autores:	Leyder Milena Aránzazu Meneses, Carmen Anarte Ruiz, Angel Masoliver Forés, Enrique Barreda Forés. (2019)
Procedencia:	Castelló - España
Administración:	Individual
Tiempo de aplicación:	Entre 10 minutos a 15 minutos
Ámbito de aplicación:	Adultos
Significación:	Esta escala está compuesta por 25 ítems que determina el grado de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus, sobre una escala de 100 puntos tipo Likert.

4. SOPORTE TEÓRICO

DESCRIBIR EN FUNCIÓN AL MODELO TEÓRICO

Escala/AREA	Sub escala (dimensiones)	Definición
Escala de Adherencia Terapéutica	Nutrición	Se refiere al conjunto de procesos fisiológicos producto de la ingesta de alimentos, lo cual influye directa e indirectamente en el equilibrio del organismo (Corio Andújar & Arbonés Fincias, 2009).
	Actividad física	Se define como cualquier movimiento corporal realizado por los músculos esqueléticos que requieren un gasto energético (Izquierdo et al., 2021).
	Consumo de tabaco	Se describe como la acción de aspirar humo de tabaco por la boca hacia los pulmones, el cual su índice dependerá de cuantas cigarrillos se consuman al día (West, 2017).
	Consumo de alcohol	Se refiere a la ingesta de bebidas con componente etílico alterando el componente fisiológico normal del organismo (Kim & Kim, 2012).

	Información sobre diabetes	Se menciona como el grado de conocimiento del individuo sobre la patología y sus complicaciones (Rico Sánchez et al., 2018).
	Manejo de emociones	Se define como la habilidad de controlar los sentimientos para lograr una sintonía con el entorno personal y social (Kalra et al., 2018).
	Cumplimiento del tratamiento	Se refiere al nivel de compromiso y responsabilidad del paciente sobre las medidas indicadas por el personal de salud (Mirahmadizadeh et al., 2020).

5. PRESENTACIÓN DE INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ:

A continuación, a usted le presento el cuestionario de **Adherencia Terapéutica**. De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.

decir debe ser incluido.	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente

1. No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO:

Primera dimensión: Nutrición

- **Objetivos de la Dimensión:** Mide el grado de alimentación en la dieta diaria de un paciente diabético, basado en la ingesta de diferentes tipos de alimentos.

INDICADORES	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Grado de Nutrición	1. ¿Con qué frecuencia come verduras?				
	2. ¿Con qué frecuencia come frutas?				
	3. ¿Cuántas piezas de pan come al día?				
	4. ¿Cuántos plátanos verdes come al día?				
	5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?				
	6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?				
	7. ¿Come alimentos entre comidas?				
	8. ¿Come alimentos fuera de casa?				
	9. Cuando termina de comer la cantidad servida inicialmente, ¿pide que le sirvan más?				

Segunda dimensión: Actividad Física

- Objetivos de la Dimensión: Mide el grado de ejercicio físico realizado regularmente por un paciente diabético.

INDICADORES	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Grado de Actividad Física	10. ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio?				
	11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?				
	12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?				

Tercera dimensión: Consumo de Tabaco

- Objetivos de la Dimensión: Mide el hábito tabáquico del paciente diabético tomando como referencia la cantidad de cigarrillos que consume.

INDICADORES	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Hábito tabáquico	13. ¿Fuma?				
	14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?				

Cuarta dimensión: Consumo de Alcohol

- Objetivos de la Dimensión: Mide el hábito alcohólico del paciente con diabetes mellitus, basándose en la cantidad de bebidas alcohólicas ingeridas.

INDICADORES	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Hábito alcohólico	15. ¿Bebe alcohol?				
	16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?				

Quinta dimensión: Información sobre diabetes

- Objetivos de la Dimensión: Mide el grado de conocimiento del paciente diabético, basándose en la información que conoce sobre su enfermedad.

INDICADORES	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Grado de información sobre la diabetes	17. ¿A cuántas pláticas para personas con diabetes ha asistido?				
	18. ¿Trata de obtener información sobre la diabetes?				

Sexta dimensión: Manejo de Emociones

- Objetivos de la Dimensión: Mide el grado de control del paciente sobre sus sentimientos para así lograr sintonía con su entorno personal y social.

INDICADORES	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Grado de manejo de emociones	19. ¿Se enoja con facilidad?				
	20. ¿Se siente triste?				
	21. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?				
	22. ¿Hace su esfuerzo por tener controlada su diabetes?				

Séptima dimensión: Cumplimiento del Tratamiento

- Objetivos de la Dimensión: Mide el grado de responsabilidad del paciente frente a las instrucciones dadas por el personal de salud respecto a la prescripción de sus medicamentos.

INICADORES	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Grado de cumplimiento del tratamiento	23. ¿Sigue dieta para diabético?				
	24. ¿Olvida tomar medicamentos para la diabetes o aplicarse su insulina?				
	25. ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?				

Sello y Firma del evaluador
 Documento de identidad
 Registro de colegiatura
 Número de celular
 Correo electrónico:

ANEXO 6. FÓRMULA PARA CÁLCULO DE MUESTRA EN POBLACIONES FINITAS

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

$$n = \frac{139 \times 196^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 \times (139 - 1) + 196^2 \times 0.5 \times 0.5} = 102$$

ANEXO 7. AUTORIZACIÓN PARA DESARROLLO DE TESIS VALIDADA POR AUTORIDAD PERTINENTE



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

AUTORIZACIÓN PARA DESARROLLO DE TESIS

CONSTANCIA

El Guabo, 18 de octubre del 2022

El directorio de un establecimiento médico de El Guabo, Tendales consta por el presente documento.

Que el Médico,

OSWALDO ALEX MORENO MONCADA

Alumno de la Escuela de Postgrado del Programa Académico de “Maestría en gestión de los Servicios de Salud” de la Universidad Particular “César Vallejo” sede Piura, desarrollará en este establecimiento médico el proyecto de investigación titulado **“Conocimiento de la enfermedad y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022”**

Se expide la presente constancia, careciendo de valor oficial para asuntos judiciales en contra del Estado Ecuatoriano



Firmado electrónicamente por:

**MARILYN
ESTEFANY
ERAZO JAYA**

Directora

Establecimiento médico del El Guabo, Tendales

ANEXO 8. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sección I: Información básica

Usted ha sido invitado a participar en la investigación cuyo título es: “Conocimiento de la enfermedad y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022”

Autor : Oswaldo Alex Moreno Moncada

Tipo de Investigación : Descriptiva correlacional observacional

Fuente de financiamiento: Autofinanciado

Propósito : Realizar una investigación con la finalidad de presentar a la Universidad César Vallejo – Filial Piura para obtener el Grado Académico de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

Selección : Ha sido seleccionado (a) por pertenecer a un establecimiento de salud de El Guabo, por lo tanto, será parte de este grupo de investigación.

Participación : Responder participando en la parte experimental de la investigación, desarrollando test, cuestionarios.

Riesgos probables : Ninguno

Beneficios : Medición de la variable de estudio.

Confidencialidad : Los datos obtenidos en la aplicación de los instrumentos de investigación serán reservados y utilizados exclusivamente para la investigación.

Retiro : Tiene el derecho de retirarse en cualquier momento de estar a gusto con su participación.

Aportes : Su participación en la investigación no exige aportes económicos.

Ética en la investigación: Autonomía y voluntariedad, Justicia, Beneficencia, Integridad humana, Respeto de la propiedad intelectual:

Comunicación-contactos:

Teléfono Móvil: 0982265527

Correo electrónico: oswaldoalexmorenomoncada@gmail.com

Sección II: Acta

Sección II: ACTA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo, he aceptado voluntariamente la invitación de participar en la investigación titulada “Conocimiento de la enfermedad y adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus de un establecimiento médico de El Guabo, 2022”

Me han informado claramente sobre los responsables de la investigación, y a qué institución pertenecen. Asimismo, me han explicado sobre el propósito de la investigación, y que responderé a un cuestionario, de aproximadamente, 10 minutos.

También sé, que la información que proporcionaré es confidencial, y solo será utilizada para los fines de la investigación.

Me han informado de los riesgos y beneficios. Me han dicho y sé, que mi participación es voluntaria, confidencial y anónima.

La persona que me ha leído el presente documento que se llama Oswaldo Alex Moreno Moncada, me ha dicho que en cualquier momento puedo retirarme de la investigación. Si alguna de las preguntas durante el cuestionario me parece incomoda, tengo el derecho de hacérselo saber al investigador

Asimismo, me han dicho, que me darán una copia del presente documento. Y como prueba que entendí lo que me han leído y explicado, firmo el presente documento.

Mi seudónimo:

Lugar y fecha:

ANEXO 9. BASE DE DATOS

C G 1	C G 2	C G 3	C G 4	C G 5	C G 6	C G 7	C G 8	C G 9	C G 10	C B 1	C B 2	C B 3	C B 4	C B 5	C B 6	C B 7	P C 1	P C 2	P C 3	P C 4	P C 5	P C 6	P C 7	N 1	N 2	N 3	N 4	N 5	N 6	N 7	N 8	N 9	A F 1	A F 2	A F 3	F 1	F 2	B 1	B 2	I D 1	I D 2	M E 1	M E 2	M E 3	M E 4	C T 1	C T 2	C T 3	
1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	2	2	4	0	2	0	0	2	0	2	0	2	2	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2
1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	4	2	4	2	2	2	0	2	2	2	2	4	4	2	2	2	0	4	2	0	0	2	0	0	
0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	2	2	0	4	2	2	2	0	2	4	0	0	4	4	2	2	0	2	2	2	2	2	0	2	2	
1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	2	2	0	4	2	2	0	2	2	0	0	2	4	4	2	0	0	0	2	2	2	0	0	2	2	
0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	2	2	4	2	0	2	2	4	0	0	2	2	0	0	2	2	0	0	2	4	0	0	0	2		
1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	2	2	2	2	2	2	0	2	0	0	2	4	4	2	2	2	0	0	2	2	0	2	0	2	2	
1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	2	2	0	2	2	2	0	2	0	2	0	4	4	2	0	2	0	2	2	2	0	2	2			
1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	4	4	2	2	2	2	0	4	2	4	4	2	2	4		
1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	2	2	0	2	0	0	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	4	0	2	2	2	4	
1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	4	2	4	4	4	4	2	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	2	2	2	2	4	4	4	2	
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	2	2	2	2	0	0	2	4	4	2	2	0	0	2	2	2	2	0	4	4	4	
1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	2	4	2	4	2	4	4	0	2	4	4	4	0	0	2	0	2	2	4	2	2	2	2	
1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	2	2	0	0	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	
1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	4	2	4	4	4	4	2	4	4	0	2	0	4	4	4	4	4	2	2	2	4	4	2	2	2	2
0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	4	0	2	0	2	2	0	0	2	4	4	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	2	2	
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	0	0	2	0	2	2	0	2	4	
1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	2	0	0	2	0	0	2	2	2	4	2	2	0	4	
0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	0	0	0	2	4	2	2	4	4	4	4	4	0	0	2	2	2	2	0	4	4	4	
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	2	4	2	4	0	0	0	0	0	2	4	2	2	2	0	2	0	0	2	2	4	0	0	2	2		

0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	4	2	2	0	0	2	2	2	0	0	4	4
1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	0	0	0	4	4	0	0	2	0	0	0	2	2	2	0	0		
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	2	2	2	2	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2		
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	2	4	0	0	0	0	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	4	4	2	4	4				
1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	2	2	2	0	4	4	2	0	2	2	2	2	0	2	4	2	4				
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	2	0	4	4	4	2	2	2	4	0	0	0	4	4	2	2	2	0	2	2	2	2	4	2	
1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	4	2	4	4	4	4	0	2	4	2	0	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	4	4	2	2	
1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	2	4	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	0	0	0	0	4	2	0	2	2	0		
1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	2	2	4	0	2	0	0	2	0	2	0	2	2	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	
1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	4	2	4	2	2	2	0	2	2	2	2	4	4	2	2	2	0	4	2	0	0	2	0	0		
0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	2	2	0	4	2	2	2	0	2	4	0	0	4	4	2	2	0	2	2	2	2	0	2	2		
1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	2	2	0	4	2	2	0	2	2	0	0	2	4	4	2	0	0	0	2	2	2	0	0	2	2	
1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	2	2	4	2	0	2	2	4	0	0	2	2	0	0	2	0	0	2	4	0	0	0	2		
1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	2	0	4	2	2	0	0	2	2	2	2	4	4	2	2	2	0	2	2	0	0	2	2	2		
0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	2	0	2	2	2	2	0	2	0	0	2	4	4	2	2	2	0	0	2	2	2	0	0	2		
1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	2	0	2	2	2	2	2	0	0	2	4	4	2	2	0	0	2	2	0	2	0	2	2	2		
1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	2	2	0	2	2	0	2	0	2	0	4	4	2	0	2	0	2	2	2	2	0	2	2		
1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	0	0	2	2	0	2	2	4	4	2	2	0	4	2	4	4	4	2	2	4		
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2		
0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	0	0	0	0	2	4	2	2	4	4	4	4	0	0	2	2	2	2	0	4	4		
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	2	4	2	4	0	0	0	0	0	2	4	2	2	0	2	0	0	2	2	4	0	0	2	2		
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0	2	0	0	0	0	0	0	4	0	4	4	2	2	0	0	2	2	2	0	0	4	4		
1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	0	0	0	4	4	0	0	2	0	0	0	2	2	2	0	0		
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	2	2	2	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2		
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	2	4	0	0	0	0	0	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	2	4	4
1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	2	2	2	0	4	4	2	0	2	2	2	2	0	2	4	2	4			

1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	2	0	4	4	4	2	2	2	4	0	0	0	4	4	2	2	2	0	2	2	2	2	4	2		
1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	4	2	4	4	4	4	0	2	4	2	0	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	4	4	2	2
1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	4	2	4	4	4	4	0	2	4	2	0	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	4	4	2	2
1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	2	4	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	4	2	0	2	2	0	
1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	2	2	4	0	2	0	0	2	0	2	0	2	2	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2
1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	4	2	4	2	2	2	0	2	2	2	2	4	4	2	2	2	0	4	2	0	0	2	0	0
0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	2	2	0	4	2	2	2	0	2	4	0	0	4	4	2	2	0	2	2	2	2	2	0	2	2	
1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	2	2	0	4	2	2	0	2	2	0	0	2	4	4	2	0	0	0	2	2	2	0	0	2	2	
0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	2	2	4	2	0	2	2	4	0	0	2	2	0	0	2	0	0	2	4	0	0	0	2		
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	2	0	4	2	2	0	0	2	2	2	2	4	4	2	2	0	0	2	2	0	0	2	2	2	
0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	2	0	2	2	2	2	0	2	0	0	2	4	4	2	2	2	0	0	2	2	2	0	0	2	
1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	2	0	2	2	2	2	2	2	0	0	2	4	4	2	2	0	0	2	2	0	2	0	2	2	
1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	2	2	0	2	2	0	2	0	2	0	4	4	2	0	2	0	2	2	2	2	0	2	2	
1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	4	2	4	2	2	2	0	2	2	2	2	4	4	2	2	2	0	4	2	0	0	2	0	0	
0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	2	2	0	4	2	2	2	0	2	4	0	0	4	4	2	2	0	2	2	2	2	2	0	2	2	
1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	2	2	0	4	2	2	0	2	2	0	0	2	4	4	2	0	0	0	2	2	2	0	0	2	2	
0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	2	2	4	2	0	2	2	4	0	0	2	2	0	0	2	0	0	2	4	0	0	0	2		
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	2	0	4	2	2	0	0	2	2	2	2	4	4	2	2	2	0	2	2	0	0	2	2	2	
0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	2	0	2	2	2	2	0	2	0	0	2	4	4	2	2	2	0	0	2	2	2	0	0	2	
1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	2	0	2	2	2	2	2	0	0	2	4	4	2	2	0	0	2	2	0	2	0	2	2		
1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	2	2	0	2	2	0	2	0	2	0	4	4	2	0	2	0	2	2	2	2	0	2	2		
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	2	2	2	2	0	0	2	2	0	2	2	4	4	2	2	0	4	2	4	4	4	2	2	4		
1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	2	2	0	2	0	0	0	2	2	0	0	2	2	2	2	2	2	2	4	0	2	2	2	4		
1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	4	2	4	4	4	4	2	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	2	2	2	2	4	4	4	2	
1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	2	2	4	4	0	0	2	4	4	0	0	0	4	4	2	2	0	2	4	2	0	4	0	4	4
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	2	2	2	2	0	0	2	4	4	2	0	0	2	2	2	2	2	0	4	4	

1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	2	2	4	2	4	2	4	4	0	2	4	4	4	0	0	2	0	2	2	4	2	2	2	2			
1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4		
1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	4	2	4	4	4	4	2	4	4	0	2	0	4	4	4	4	2	2	2	4	4	2	2	2	2		
0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	4	0	2	0	2	2	0	0	2	4	4	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	2	2			
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	0	0	2	0	2	2	0	2	4			
1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	2	0	0	2	2	2	2	2	4	2	2	0	4			
1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	2	2	0	2	2	2	0	2	0	2	0	4	4	2	0	2	0	2	2	2	2	0	2	2		
1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	2	2	2	2	0	0	2	2	2	0	2	2	4	4	2	2	0	4	2	4	4	4	2	2	4			
1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	2	2	0	2	0	0	0	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	2	2	4	0	2	2	2	2	4		
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	4	2	4	4	4	4	2	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	2	2	2	2	4	4	4	2	4	4	
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	2	2	4	4	0	0	2	4	4	0	0	0	4	4	2	2	0	2	4	2	0	4	0	4	4	4		
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	2	2	2	2	0	0	2	4	4	2	0	0	2	2	2	2	2	2	0	4	4		
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	2	2	4	2	4	2	4	4	0	2	4	4	4	0	0	2	0	2	2	4	2	2	2	2	2			
1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	2	2	0	0	4	4	2	2	2	2	2	2	4	
1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	4	2	4	4	4	4	2	4	4	0	2	0	4	4	4	4	2	2	2	4	4	2	2	2	2	2		
0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	4	0	2	0	2	2	0	0	2	4	4	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	2	2			
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	0	0	2	0	2	2	0	2	4			
1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	2	0	2	2	2	0	2	0	2	0	4	4	2	0	2	0	2	2	2	2	2	0	2	2		
1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	2	2	2	0	0	2	2	2	0	2	2	4	4	2	2	0	4	2	4	4	4	2	2	4	4			
1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	2	2	0	2	0	0	0	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	2	4	0	2	2	2	2	4			
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	4	2	4	4	4	4	2	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	4	4	4	2	4	
1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	2	2	4	4	0	0	2	4	4	0	0	0	4	4	2	2	0	2	4	2	0	4	0	4	4	4		
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	2	2	2	2	0	0	2	4	4	2	0	0	2	2	2	2	2	2	0	4	4		
1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	2	2	4	2	4	2	4	4	0	2	4	4	4	0	0	2	0	2	2	4	2	2	2	2	2			
1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	2	2	0	0	4	4	2	2	2	2	2	2	2	4
1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	4	2	4	4	4	4	2	4	4	0	2	0	4	4	4	4	4	2	2	2	4	4	2	2	2	2	2	



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, CASTILLO HIDALGO EFREN GABRIEL, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - PIURA, asesor de Tesis titulada: "

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS DE UN ESTABLECIMIENTO MÉDICO DE EL GUABO, 2022

", cuyo autor es MORENO MONCADA OSWALDO ALEX, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 23.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

PIURA, 15 de Enero del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
CASTILLO HIDALGO EFREN GABRIEL DNI: 00328631 ORCID: 0000-0002-0247-8724	Firmado electrónicamente por: CHIDALGOEG el 15- 01-2023 13:47:45

Código documento Trilce: TRI - 0520799