



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

**Nivel de conocimientos relacionados al riesgo para Diabetes Tipo
II. Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia-Salas, Ica - 2020**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTORA:

Br. Calderón Olivera, Marilia Yalitsa (ORCID: 0000-0003-1131-0306)

ASESOR:

Dr. Bazán Palomino, Edgar Ricardo (ORCID: 0000-0002-7973-2014)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades No Transmisibles

PIURA – PERÚ

2020

DEDICATORIA

A mis padres y mi hermana, que son el principal motor en mi vida, siempre me apoyaron y creyeron en mí, por su paciencia, consejos y apoyo incondicional en todo momento, por su empeño en demostrarme que a pesar de los obstáculos se debe seguir adelante y luchar por tus sueños.

AGRADECIMIENTO

A Dios por la vida, por mi familia y darme luz cuando creía que todo estaba perdido.

A mi familia por todo su apoyo, su amor y por acompañarme en este largo recorrido.

A la Universidad César Vallejo por darme la oportunidad de continuar con mis metas.

Al Dr. Bazán por su apoyo para la culminación de la Tesis.

A la señora Ruth y a los pobladores de Villa Rotary por apoyarme en la realización de mi trabajo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|--|------|
| CARÁTULA | i |
| DEDICATORIA | ii |
| AGRADECIMIENTO | iii |
| ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS | iv |
| DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD | v |
| ÍNDICE DE CONTENIDO | vi |
| ÍNDICE DE TABLAS | vii |
| RESUMEN | viii |
| ABSTRACT | ix |
| I. INTRODUCCIÓN | 10 |
| II. METODOLOGÍA | 18 |
| 2.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN | 18 |
| 2.2. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES | 18 |
| 2.3. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO | 20 |
| 2.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 21 |
| 2.5. ANÁLISIS DE DATOS | 22 |
| 2.6. ASPECTOS ÉTICOS | 22 |
| III. RESULTADOS | 23 |
| IV. DISCUSIÓN | 27 |
| V. CONCLUSIONES | 31 |
| VI. RECOMENDACIONES | 32 |
| VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 33 |
| VIII. ANEXOS | 39 |

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01: Distribución de la Población por Sexo Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia-Salas, Ica – 2020.

Tabla 02: Factores de riesgo según FINDRISC en Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia – Salas Guadalupe – Ica, 2020.

Tabla 03: Nivel de riesgo para desarrollar diabetes mellitus en adultos del Centro Poblado Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia – Salas Guadalupe – Ica, 2020.

Tabla 04: Nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 en adultos del Centro Poblado Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia – Salas Guadalupe – Ica, 2020.

Tabla 05: Distribución de la Población Según Nivel de Conocimientos y nivel de riesgo, Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia-Salas, Ica – 2020

Tabla 06: Significancia y correlación entre el Nivel de Conocimientos y nivel de riesgo para DM 2, Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia-Salas, Ica – 2020

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en adultos del Centro Poblado Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia – Salas Guadalupe – Ica, octubre 2020

Metodología: Estudio de tipo no experimental u observacional, transversal pues la medida de las variables del estudio es solo una vez, prospectivo pues los datos son obtenidos a propósito de la investigación, descriptivo, en mayores de 34 años de ambos sexos, siendo un total de 151 pobladores; del centro poblado Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia.

Resultados: Se obtuvo una correlación negativa leve con un Rho Spearman de -0.244 estadísticamente significativa ($p=0,002$), estableciendo la existencia de relación entre ambas variables. El nivel de riesgo en su mayoría fue alto para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 con un 36,4% y el nivel de conocimiento que predominó fue bajo con 63,6 %.

Conclusiones: Existe relación entre el nivel de conocimiento y el riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2. La población del Centro Poblado Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia – Salas Guadalupe, tiene bajo conocimiento y alto riesgo de desarrollar diabetes en 10 años.

Palabras clave: Diabetes mellitus tipo 2, nivel de conocimiento, factores de riesgo.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between the level of knowledge and the development of type 2 diabetes mellitus in adults from the Centro Poblado Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia - Salas Guadalupe - Ica, November December 2020

Methodology: Non-experimental or observational study, cross-sectional since the measurement of the study variables is only once, prospective since the data are obtained for the purpose of the research, descriptive, in people over 34 years of age of both sexes, being a total of 151 residents; from Centro Poblado Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia.

Outcomes: A slight negative correlation was obtained with a Rho Spearman of -0.244 statistically significant ($p = 0.002$), establishing the existence of a relationship between both variables. The risk level was mostly high for developing type 2 diabetes mellitus with 36.4% and the prevailing level of knowledge was low with 63.6%.

Conclusions: There is a relationship between the level of knowledge and the risk of developing type 2 diabetes mellitus. The population of Centro Poblado Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia - Salas Guadalupe, has low knowledge and high risk of developing diabetes in 10 years.

Keywords: type 2 Diabetes mellitus, knowledge level, Risk factors.

I. INTRODUCCIÓN

La Asamblea General de las Naciones Unidas (2006) realizó una aprobación histórica de una resolución para reconocer la gran amenaza que representa la diabetes. Por vez primera, los estados reconocieron que las enfermedades no transmisibles representan un problema amenazante para la salud tan grave tal como lo hacen las de tipo infecciosa como la tuberculosis y la malaria o incluso el VIH¹.

En los diabéticos de hecho, el cambio en la regulación de la glucosa debe ser permanente, que se debe caracterizar por un control gradual de la glucemia en respuesta a la carga de glucosa en el estado basal (prueba de tolerancia oral de glucosa, PTOG). Para prevenir complicaciones crónicas y evitar los efectos deletéreos metabólicos, el control de la diabetes debe ser temprano, eficaz y duradero¹.

La Diabetes Mellitus (DM) se define como un trastorno metabólico que se caracteriza por hiperglucemia y por presentar complicaciones microvasculares y cardiovasculares que tienden a aumentar la mortalidad y morbilidad, según la Asociación Americana de Diabetes (ADA).²

En Perú, la prevalencia en adultos con DM2 es: en la costa de 8,2%, en la sierra de 4,5% y en la selva de 3,5% de acuerdo al estudio Perudiab-2012 y en ese mismo año, los estudios acerca de los factores de riesgo para Diabetes Mellitus Tipo 2 que ejecuto la Dirección General De Epidemiología (DGE) hallaron una prevalencia de 3%.³

Se notificaron 37,269 casos de Diabetes Mellitus Tipo 2 en el país, desde el mes de enero al mes de abril del 2014. Ica reporto 1331 casos obteniendo el tercer lugar, después de Lima y Callao, según el MINSA y la prevalencia fue de 5,5 %, la cual se incrementará por factores de riesgo como: sedentarismo, sobrepeso y obesidad, hábitos inadecuados de alimentación y de acuerdo al boletín epidemiológico de la DGE MINSA-Lima-Perú, se estima que para el 2025 halla una prevalencia de 7,5 %.⁴

En el 2012 en el departamento de Ica, se notificó una incidencia de 2,66% en el hospital “Félix Torrealba Gutiérrez” y en el Hospital Regional de Ica (HRI), se reportó 67 casos de Diabetes Mellitus tipo 2, durante el periodo de enero-setiembre de ese mismo año, teniendo la mayor cantidad de casos entre el rango de edad de 50-69 años y la prevalencia fue de 7.98% para dicha patología, de acuerdo a lo comunicado por el Sistema Nacional de Vigilancia

Epidemiológica del MINSA, y los informes dados por la Dirección de Epidemiología DIRESA-Ica.⁵

Por otro lado, el control de esta enfermedad puede estar a cargo de la propia persona, una de las características principales para que se cumpla esta prevención es el conocimiento que posea la persona sobre esta enfermedad; y las prácticas de autocuidado. Así mismo existen estudios en donde se demuestra que aún existen personas que no poseen el suficiente conocimiento sobre esta terrible enfermedad que lleva a una muerte de forma lenta y esto a su vez conlleva a restarle importancia a la prevención y al tratamiento; así también se encuentra demostrado que aquellas personas que si poseen un conocimiento adecuado son aquellas que logran prevenirla.^{6,7}

En el presente estudio se utilizará el cuestionario DQK y el cuestionario de Findrisc para determinar la relación entre nivel de conocimiento y estimación de riesgo en Centro Poblado Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia que pertenece al distrito de Salas Guadalupe, de Ica durante el mes de Octubre del 2020 (siguiendo todos los protocolos de bioseguridad ya establecidos ante la pandemia COVID-19), lo que permitirá conocer los factores de riesgo y en qué medida se presentan en dicha población, para poder generar conciencia de que un cambio en los estilos de vida puede retrasar e incluso evitar el desarrollo de la enfermedad, que constituye uno de los grandes retos en los países del todo el mundo, confirmado por 415 millones de sujetos con diabetes y 318 millones de prediabetes según la Federación Internacional de Diabetes (FID). Solo el 50% sabe que tiene la enfermedad, sin embargo, hay 29,6 millones de diabéticos en América Latina, que se proyecta que alcance los 48,8 millones en 2040, uno de los más prevalentes en el mundo^{8,9}.

Las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 se exponen a tener un riesgo de aproximadamente 40 veces más de amputación, 25 veces más de Insuficiencia Renal Terminal, 20 veces más de ceguera, de 2-5 veces más de ACV, y 2-3 veces más de IMA.¹⁰

En los países en vías de desarrollo y en las personas mayores de 64 años, el incremento en la prevalencia de Diabetes Mellitus Tipo 2, sucede fundamentalmente debido al cambio en los estilos de vida, el aumento de la obesidad y sedentarismo, que constituyen los principales factores de riesgo para desarrollar dicha enfermedad.¹¹

Galarza-Sánchez C²². Riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2 mediante el test de FINDRISC en Consulta Externa en el Centro de Salud del Cantón Zapotillo Ecuador 2020. Propósito general: Determinar el riesgo para DM2 por la prueba Findrisc. Como propósito

específico, entenderemos los riesgos que tienen los pacientes de tener diabetes tipo 2 e identificaremos las principales entidades nosológicas asociadas a esta patología que muchas veces cursa silenciosamente. Resultados. Al aplicar el cuestionario de la prueba FINDRISC a 348 pacientes, el 41,38% de todos los participantes tenían bajo riesgo, el 33,62% tenían riesgos muy bajos, el 12,93% tenían moderado riesgo y el 11,20% tenían alto riesgo. En conclusión, se identificó que los riesgos de tener DM2 durante los siguientes 10 años es bajo, pero su importancia radica en que cambiar el estilo de vida disminuye la probabilidad de presentar DM2.

Sánchez-Jiménez B²³. Detección de riesgo de diabetes tipo 2 y su relación con alteraciones metabólicas en enfermeras, México 2019. Objetivo: Identificar las asociaciones entre los riesgos de desarrollar diabetes tipo 2 y sus trastornos metabólicos en enfermeras. Métodos: Estudio transversal realizado por 155 profesionales de enfermería. Se utilizó el puntaje finlandés de riesgo de diabetes para la recopilación de datos. Resultados: De las 155 profesionales de enfermería la media de sus edades fue de 44 años y el 85% tenía incrementado su peso hasta tener sobrepesos y obesidad. El 52% presentó antecedente familiar de diabetes primaria y el 21% tenía ocasionalmente hiperglicemias. Con respecto al riesgo, se identificó que el 59% tenía riesgo moderado y muy alto de DM2. Aunque los lípidos no aumentaron, la glucosa, la insulina, la hemoglobina, la glucosa A1c y la resistencia a la insulina aumentaron en paralelo con un mayor riesgo de DM2. El veintisiete por ciento de las enfermeras tiene su glucosa en sangre alterada en ayunas. El 15% tenía intolerancias a la glucosa y el 5% tenía DM tipo 2. Conclusiones: El riesgo de tener DM2 es alta (59%), las puntuaciones de alto riesgo se asociaron con niveles más altos de hemoglobina, glucosa A1c, y resistencias a la insulina, mas no de lípidos.

Romero-Ramírez G²⁴. Valorar del riesgo de presentar Diabetes Mellitus tipo 2 a través con el Test de Findrisc en la población de la Cabecera Cantonal del Cantón Quilanga Loja Ecuador 2017. Objetivo. Indicar la edad con riesgo mayor para desarrollar DM tipo 2 y proponer mejorar la incidencia de esta enfermedad. Trabajo transversal cuya población de estudio fue de 448 y abarcaba el rango de edad de 20 - 64 años, teniendo como muestra a 202 participantes, en los cuales se usó el test de Findrisc. Los resultados que obtuvieron fueron que el 38,61% tuvo riesgo bajo (n=78), dentro de los factores de riesgo importantes se tiene: no consumo de frutas y vegetales, seguido por el sobrepeso y sedentarismo, el

género con mayor riesgo, es el femenino y el grupo de acuerdo a la edad que tiene mayor riesgo es el de 55-64 años. Se tuvo como conclusión que el 1% de las personas de estudio pueden tener DM 2 en 10 años.

Pronsky L, Irazabal C, Amor M y col²⁵. Estimación del riesgo de diabetes tipo 2 en el primer nivel de atención Argentina 2017. Propósito. Calcular el riesgo de (DM2) en los de 36 a 70 años. metodología. Encuesta retrospectiva. Según la encuesta FINDRISC, se recopilaban datos de registros médicos para calcular el riesgo de DM2 durante la próxima década. Se reclutaron a todos los de 36 a 70 años que participaron en CeSAC 12 entre marzo y junio del 2017. Se excluyeron a los que tenían DM2. El riesgo de DM2 se estimó con la escala de Findrisc. Resultado. Los datos son de 321 registros clínicos. Edad: 49.0±10 años; Mujer: 76.9%; IMC: 28.7±5.7; PC Mujer: 95.2± 16 cm, Hombre: 98.1±12.8 cm. El 26.8% y el 11.8% informan tener antecedente familiar de primer y 2º respectivamente. GAA: 14.7%; terapia para la hipertensión 22.2%; sedentario: 72.9% y el 59.8% consume verduras diario. Los riesgos de DM2 durante la próxima década fueron: muy bajo: 18.7%. bajo: 35.2%; moderado: 24.0%; alto: 18.1%; muy alto 4.0%. Conclusión. El 22.1% tenía un riesgo muy alto o alto de tener DM2 durante los siguientes 10 años.

Soler Y, et al²⁶ Nivel de conocimiento sobre diabetes y el autocuidado que presentan los pacientes diabéticos tipo II pertenecientes al policlínico Ángel Ortiz Vázquez Del Municipio Manzanillo, Colombia 2016. La metodología de la investigación fue de tipo descriptivo, transversal. La muestra fue de 22 pacientes. Resultados: Se reflejó que el nivel de conocimientos es bajo en un 45%, el 91% presenta inadecuado autocuidado y la información masiva fue por donde se obtuvo mayor información con un 81% y posterior, los profesionales de la salud con un 77%. Concluyendo que el conocimiento y autocuidado no son óptimos en la población de estudio.

Condezo et al²⁸ Relación entre nivel de conocimiento y riesgo para desarrollar DM2 en la población adulta de San Martín de Porres – 2019, teniendo como Objetivo: Establecer la relación que hay entre el nivel de conocimiento y riesgo para desarrollar DM2 en dicha población, la metodología de la investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo – correlacional y transversal, teniendo como muestra 148 personas y se tuvo como técnica la encuesta y los instrumentos que se usaron fueron: el test de Findrisk y el DKQ24. Resultados:

Obtuvo un Rho de Spearman de -0,341 y estadísticamente significativa ($P= 0,000$). Se concluyó que existe correlación entre el conocimiento y el nivel de riesgo para desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2 en las personas de la Urbanización Condevilla del sector I y II – San Martín de Porres.

Pariona S.³⁰ (Lima 2017) donde se mostró que 61 personas, tenían un factor de riesgo para DM2 alto, el conocimiento fue regular en relación a la DM2, también estableció que hay relación entre conocimiento sobre Diabetes Mellitus Tipo 2 y estilos de vida; el nivel de conocimiento fue regular con 47,5% y el 14,8% tuvo conocimiento bajo.

Gonzales C. et al³² Conocimientos y relación de sus riesgos para diabéticos tipo 2 acerca de su enfermedad: estudio en un centro de salud de Lima, cuyo objetivo fue Identificar el nivel de conocimiento de los pacientes en relación con algunos aspectos de riesgo, Se realizó un estudio descriptivo - transversal, constituido por los 190 pacientes; la muestra estuvo conformada por 88 personas, tuvo como resultados que el sexo femenino predominó y el grupo de edad mayores de 65 años. No fue aceptable el nivel de conocimiento de los pacientes encuestados. En cuanto al nivel de conocimiento de pacientes con tiempo de evolución corto de DM2 fue inaceptable. Hubo gran influencia del nivel de escolaridad y de los antecedentes patológicos familiares en el nivel de conocimiento que tienen los pacientes sobre su enfermedad, se concluyó que existe relación entre nivel de conocimiento y edad, escolaridad, antecedentes familiares.

En Chile, el último dato es la estimación del Atlas de la FID de 2015, con 1.372.700 casos de DM, que es el 11% de los adultos de 20 a 79 años⁸.

En Cuba, se sabe que alrededor de 454,568 personas tienen diabetes. Esto es aproximadamente del 3% al 6% de la población padece diabetes¹³

En Perú, la prevalencia estimada es del 7% en adultos con más 25 años¹².

En Perú, la probabilidad de muerte por una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) es del 11%, y estas enfermedades causan el 66% de todas las muertes en Perú⁹.

La prevalencia de DM fue mayor en las poblaciones urbanas (3,5%) que en las zonas rurales. La mayor prevalencia fue de 4.6% en Lima, seguida de 3.4% en áreas costeras, 2.5% en selvas y 2.0% en los Andes⁹.

La cantidad de personas no diagnosticadas en el país es del 40%, por lo que es necesario detectar personas con DM2 o prediabetes, debido sobre todo al gran éxito que se ha tenido a raíz de la prevención en cambios en los estilos de vida y el uso de farmacoterapia. El test de FINDRISC es uno de los cuestionarios para tamizaje de diabetes mellitus tipo 2 más utilizados a nivel mundial, no solo por su facilidad, sino por lo demostrado en diversos estudios desde su creación.¹⁵

En Lima, existe gran cantidad de pobladores que se ubican en diversas zonas donde existe diversidad socioeconómica, y problemas sociales como hacinamiento, falta de trabajo, y pobreza. Observándose que la gran mayoría de estas personas tienen una mala información acerca de la enfermedad y una mala actitud, con respecto a ella.¹⁶

Illescas-Galvez Y³³. Factores de riesgo para prevenir la diabetes mellitus tipo II en pacientes ambulatorios atendidos en el hospital regional de Ica marzo 2017. Objetivo: Identificar las entidades de riesgo para prevenir la DM tipo II en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica marzo 2017. Metodología: Estudio observacional, descriptiva, transversal, prospectiva, sobre una muestra de 120 pacientes del hospital Regional de Ica, a quienes se les aplicó el test de Identificación de Factores de Riesgo para Prevenir DM Tipo II (IFARIPDB), de la Estrategia Sanitaria de Enfermedades NO Transmisibles del hospital Regional de Ica. Resultados: El 16.7% de los pacientes son menores de 45 años, 23.3% de 45 a 54 años, 40% de 55 a 64 años y 20% más de 64 años. El 30.8% de los pacientes presentan sobre peso y el 69.2% eran normales. El 36.7% de los pacientes presentan vida sedentaria y el 63.3% presentan vida no sedentaria. El 45% de los pacientes consume frutas diariamente y el 55% consume frutas no diariamente. El 20.8% de los pacientes presenta hipertensión arterial y el 79.2% no presenta hipertensión arterial. El 16.7% de los pacientes presentaron glicemia alta alguna vez, el 36.7% nunca lo presentó y el 46.7% no sabe. El 19.2% de los pacientes presentaron triglicéridos alto, el 34.2% nunca lo presentó y el 46.7% no sabe. El 27.5% de los pacientes tiene antecedentes en la familia de DM y el 72.5% no presenta antecedente familiar de diabetes mellitus. Conclusión: El 32.5% de los pacientes presentan bajo riesgo, el 28.3% riesgo levemente alto, el 20% moderado riesgo, el 12.5% alto riesgo y el 6.7% riesgo muy alto para DM2.

En una investigación en Pisco en el 2015 dio a conocer que los factores de riesgo para desarrollar DM2 no modificables en un 56,5% fueron ausentes y en un 55,6% los factores

de riesgo modificables estuvieron presentes, con lo que se concluyó que los factores de riesgo se presentaron en el 50,9% de los encuestados. A partir del IMC se valoró la condición nutricional de las personas encuestadas, se tuvo que el 38% presentaba sobrepeso; 29,6% tuvo obesidad, del mismo modo el 29,6% tuvo un IMC normal y el 2,8% presento desnutrición.¹⁷

La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que la DM2 es un problema creciente en la salud pública con grandes consecuencias a nivel social, económico y también para la salud y calidad de vivir tanto de los pacientes como sus familiares y el ambiente comunitario, en este marco se calcula que aproximadamente el 90% de casos mundialmente se deben al sobrepeso e inactividad física, lo cual supone un incremento de la presencia de complicaciones y generaría un gasto sanitario desproporcionado²¹.

Perú cuenta con las prevalencias más elevadas a nivel mundial para DM2, por tal motivo es importante diagnosticar a las personas en riesgo de disglucemia, donde está incluida la prediabetes y la diabetes, lo cual es de gran utilidad, ya que puede proporcionar la posibilidad de retardar su aparición.

Lo importante de esta afección es que puede prevenirse si las acciones y las variaciones en el estilo de vivir se desarrollan eficazmente. Esto significa que existe la necesidad de identificar las entidades que incrementan el riesgo o que causan la diabetes y que existen en cada situación particular.

Estas entidades variables son el sobrepeso, obesidad, aumento de la presión arterial, falta de ejercicio, disminución del colesterol HDL y aumento de los triglicéridos. Una característica que se enfatiza progresivamente hasta que provoca un cuadro clínico irreversible de diabetes.

Objetivo General:

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en adultos del Centro Poblado Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia – Salas Guadalupe – Ica, octubre 2020.

Objetivos Específicos:

1. Identificar los principales factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en adultos del Centro Poblado Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia – Salas Guadalupe – Ica, Octubre 2020.
2. Conocer el nivel de riesgo para desarrollar diabetes mellitus en adultos del Centro Poblado Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia – Salas Guadalupe – Ica, Octubre-2020.
3. Conocer el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 en adultos del Centro Poblado Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia – Salas Guadalupe – Ica, Octubre 2020.
4. Interpretar la relación entre el nivel de conocimiento y el riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en adultos del Centro Poblado Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia – Salas Guadalupe – Ica, octubre 2020.

Hipótesis:

H₀: No existe relación entre el nivel de conocimiento y el riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en adultos del Centro Poblado Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia – Salas Guadalupe – Ica, octubre 2020.

H₁: Existe relación entre relación entre el nivel de conocimiento y el riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en adultos del Centro Poblado Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia – Salas Guadalupe – Ica, octubre 2020.

II. METODOLOGÍA

2.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio de tipo no experimental u observacional, transversal pues la medida de las variables del estudio es solo una vez, prospectivo pues los datos son obtenidos a propósito de la investigación.

Descriptivo-correlacional. Cuantitativo.

2.2. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente

- Nivel de conocimiento

Variable dependiente

Riesgo para presentar diabetes mellitus

Dimensiones

- Edad
- Índice de masa corporal
- Circunferencia de la cintura
- Antecedente de hipertensión arterial
- Niveles de glicemia
- Ejercicio físico
- Ingesta de frutas
- Antecedente familiar de diabetes mellitus tipo 2

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADOR | INSTRUMENTO |
|---|--|---|--|--|--------------------|
| Riesgo para presentar Diabetes Mellitus | Probabilidad de tener DM2 en la siguiente década | Variable cualitativa medida en escala ordinal | Datos sociodemográficos y Medidas Antropométricas Estilos de Vida Saludables Antecedentes patológicos (personales y familiares). | Grado de riesgo: <p>< de 7 puntos: bajo riesgo</p> <p>7 a 11 puntos: Levemente elevado de riesgo</p> <p>12 a 14 puntos: moderado riesgo</p> <p>15 a 20 puntos: alto riesgo</p> <p>> de 20 puntos: muy alto riesgo</p> | Escala de Findrisc |
| Nivel de conocimiento | Grado de información acerca de la prevención de un daño o alteración metabólica causada por deficiencias en la cantidad o en la utilización de la insulina, lo que origina un aumento de glucosa en la sangre. | Variable cualitativa medida en escala nominal | Conocimiento básico Conocimiento sobre glicemia Conocimiento preventivo | Bajo (0-8) Medio (9-16) Alto (17-24) | Cuestionario DQK |

2.3. POBLACIÓN , MUESTRA Y MUESTREO

Pobladores del Centro Poblado Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia – Salas Guadalupe de la ciudad de Ica mayores de 34 años de ambos sexos, siendo un total de 400 pobladores; información otorgada por la Municipalidad Distrital de Salas Guadalupe-Ica.

Muestra:

Se emplea la fórmula para población conocida

$$n = \frac{N Z^2 pq}{(N-1) d^2 + Z^2 pq}$$

Dónde:

| | | |
|---|---|--|
| n | : | X |
| N | : | 400 |
| Z | : | 1.96 (Nivel de confiabilidad : 95% y su coeficiente es 1.96) |
| p | : | 0.8 proporción de pacientes que presentan factores de riesgo para diabetes mellitus tipo 2 |
| q | : | 1-0.8= 0.2 |
| d | : | 0.05 (Margen de error o nivel de significación : 5%) |

$$n = \frac{400 (1.96)^2(0.8)(0.2)}{(399)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.8) (0.2)}$$

$$n = 151 \text{ pobladores}$$

La técnica de muestreo fue aleatorio simple.

Criterios de inclusión

- Pobladores de 35 años a más.
- No estar diagnosticado de Diabetes Mellitus tipo 2

Criterios de exclusión

- Poblador que no desea participar del estudio
- Paciente menor de 35 años
- Mujeres gestantes
- Poblador con alguna discapacidad física o psiquiátrica que dificulte realizar actividad física diariamente o impida contestar adecuadamente la encuesta.
- Tener tratamiento farmacológico para diabetes mellitus.

2.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica: Encuesta: un cuestionario estructurado, peso y talla con balanza calibrada.

Instrumento

Cuestionario de Findrisc (Anexo 1)

Cuenta con 3 incisos que agrupan las 8 preguntas de dicho Test, a partir de las cuales se dio respuesta a los objetivos planteados para la realización del presente estudio.

La agrupación de las preguntas en base a los 3 objetivos específicos de la investigación se realizó de la siguiente manera:

I. Datos sociodemográficos y Medidas Antropométricas:

- Edad
- Sexo
- Circunferencia de Cintura
- Peso
- Talla
- Índice de Masa Corporal

II. Estilos de Vida Saludables:

- Actividad Física
- Consumo de frutas y verduras

III. Antecedentes patológicos (personales y familiares):

- Uso de tratamiento antihipertensivo
- Nivel alto de glucosa en sangre
- Familiares con Diabetes

Respecto al cuestionario que mide el nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus Tipo 2 el DKQ24 es un instrumento que ha sido validado, traducido al español y culturalmente adaptado para nuestro país, en un estudio realizado en Lima donde se determinó la confiabilidad a través del Alfa de Crombach de 0.87.³⁰ El instrumento está constituido por 3 dimensiones que contienen 24 preguntas, con alternativas de “Sí”, “No” y “No sé”, se da un puntaje (1) por cada respuesta acertada; las siguientes preguntas tienen como respuesta “Sí” : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 18, 19, 20, 21, 22, 24, las preguntas con respuesta “No”: 2, 4, 6, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 23 y la alternativa “No sé” da un puntaje de cero, la suma total de las preguntas se considera el puntaje final, y a partir de dicho puntaje se determina el nivel de conocimiento para DM2. (Anexo 2)

2.5. ANÁLISIS DE DATOS

La encuesta se realizó casa por casa cuidando las medidas de bioseguridad en todo momento, tanto del participante como del investigador, utilizando el cuestionario DQK y el cuestionario de Findrisc y se recolectó información útil para el estudio. Los datos obtenidos fueron tabulados en el programa estadístico SPSS v24 de donde se obtuvo las tablas y la estadística descriptiva.

2.6. ASPECTOS ÉTICOS

La investigación fue tipo no experimental, por tal motivo no hubo riesgo de consecuencias desfavorables para los pacientes, además, durante toda la investigación se guardó la confidencialidad de los pacientes, evitando que la información recopilada fuera expuesta o utilizada de manera inapropiada.

RESULTADOS

Tabla 01: Distribución de la Población por Sexo Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia-Salas, Ica – 2020.

| | Número | Porcentaje |
|-----------|--------|------------|
| Femenino | 79 | 52.32 |
| Masculino | 72 | 47.68 |
| Total | 151 | 100 |

Fuente: Elaboración propia

Se Observa que el sexo predominante en este estudio fue el femenino con un 52.3%.

Tabla 02: Factores de riesgo según FINDRISC en Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia – Salas Guadalupe – Ica, 2020.

| EDAD | | | | | |
|------------------------------|----------------|--------------------------------------|------------------------------|-----------|-------|
| | < de 45 años | 45 a 54 años | 55 a 64 años | > 64 años | Total |
| Frecuencia | 47 | 41 | 43 | 20 | 151 |
| Porcentaje | 31,1 | 27,2 | 28,5 | 13,2 | 100,0 |
| IMC | | | | | |
| | < de 25 kg/m2 | 25 a 30 kg/m2 | > 30 kg/m2 | Total | |
| Frecuencia | 55 | 57 | 39 | 151 | |
| Porcentaje | 36,4 | 37,7 | 25,8 | 100,0 | |
| PERIMETRO ABDOMINAL | | | | | |
| | NORMAL | AUMENTADO | MUY AUMENTADO | Total | |
| Frecuencia | 53 | 64 | 34 | 151 | |
| Porcentaje | 35,1 | 42,4 | 22,5 | 100,0 | |
| ACTIVIDAD FISICA | | | | | |
| | SI | NO | Total | | |
| Frecuencia | 56 | 95 | 151 | | |
| Porcentaje | 37,1 | 62,9 | 100,0 | | |
| CONSUMO DE VERDURAS O FRUTAS | | | | | |
| | TODOS LOS DÍAS | NO TODOS LOS DÍAS | Total | | |
| Frecuencia | 57 | 94 | 151 | | |
| Porcentaje | 37,7 | 62,3 | 100,0 | | |
| HTA | | | | | |
| | NO | SI | Total | | |
| Frecuencia | 103 | 48 | 151 | | |
| Porcentaje | 68,2 | 31,8 | 100,0 | | |
| GLUCOSA ALTA | | | | | |
| | NO | SI | Total | | |
| Frecuencia | 102 | 49 | 151 | | |
| Porcentaje | 67,5 | 32,5 | 100,0 | | |
| DM2 EN FAMILIARES | | | | | |
| | NO | SÍ: ABUELOS, TÍA, TÍO, PRIMO HERMANO | SÍ: PADRES, HERMANOS O HIJOS | Total | |
| Frecuencia | 79 | 43 | 29 | 151 | |
| Porcentaje | 52,3 | 28,5 | 19,2 | 100,0 | |

Fuente : Elaboración propia

En la tabla se observa que 62,9% de los pobladores no hace actividad física diaria. El 62,3% no consume frutas o verduras todos los días. El Perímetro abdominal en el total de la población esta aumentado, para Mujeres de 80 a 88 cm y para Varones de 94 a 102 cm. El 37.7% de la población presenta en su mayoría sobrepeso, constituyendo estos los principales factores de riesgo en la población de estudio.

Tabla 03: Nivel de riesgo para desarrollar diabetes mellitus en adultos del Centro Poblado Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia – Salas Guadalupe – Ica, 2020.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|------------|------------|
| Riesgo bajo | 39 | 25,8 |
| Riesgo moderadamente alto | 27 | 17,9 |
| Riesgo moderado | 27 | 17,9 |
| Alto riesgo | 55 | 36,4 |
| Riesgo muy alto | 3 | 2,0 |
| Total | 151 | 100,0 |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla se observa que el 25,8% (n= 39) presenta riesgo bajo, 17,9% (n=27) riesgo moderadamente alto, 17,9% (n=27) riesgo moderado, en su mayoría la población presenta alto riesgo con 36,4% (n=55) y 2% presenta riesgo muy alto.

Tabla 04: Nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 en adultos del Centro Poblado Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia – Salas Guadalupe – Ica, 2020.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Bajo | 96 | 63,6 |
| Medio | 48 | 31,8 |
| Alto | 7 | 4,6 |
| Total | 151 | 100,0 |

Fuente : Elaboración propia

En la tabla se observa que el nivel de conocimiento que predominó fue el nivel bajo con 63,6%, seguido por el nivel medio con 31,8% y el nivel alto tuvo un 4,6%.

Tabla 05: Distribución de la Población Según Nivel de Conocimientos y nivel de riesgo, Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia-Salas, Ica – 2020

| | | CONOCIMIENTO DM2 | | | Total |
|------------------------|---------------------------|---------------------|-------------|-----------|---------------|
| | | Bajo | Medio | Alto | |
| RIESGO DM 2 | Riesgo bajo | 19 12,6% | 14 9,3% | 6 4,0% | 39 25,8% |
| | Riesgo moderadamente alto | 16 10,6% | 11 7,3% | 0 0,0% | 27 17,9% |
| | Riesgo moderado | 18 11,9% | 8 5,3% | 1 0,7% | 27 17,9% |
| | Alto riesgo | 40 26,5% | 15 9,9% | 0 0,0% | 55 36,4% |
| | Riesgo muy alto | 3 2,0% | 0 0,0% | 0 0,0% | 3 2,0% |
| Total | | 96 63,6% | 48 31,8% | 7 4,6% | 151 100,0% |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla se observa que el 26,5% (n=40) de los que presentaron riesgo alto, también presentaron nivel de conocimiento bajo y el total de los que presentaron riesgo muy alto 2% (n=3), también tuvieron un nivel de conocimiento bajo.

Tabla 06: Significancia y correlación entre el Nivel de Conocimientos y nivel de riesgo para DM 2, Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia-Salas, Ica – 2020

| | | | RIESGO DM2 | CONOCIMIENTO DM2 |
|-----------------|-------------------------|----------------------------|-------------------|-------------------------|
| Rho de Spearman | RIESGO DM2 | Coeficiente de correlación | 1,000 | -,244** |
| | | Sig. (bilateral) | . | ,002 |
| | | N | 151 | 151 |
| | CONOCIMIENTO DM2 | Coeficiente de correlación | -,244** | 1,000 |
| | | Sig. (bilateral) | ,002 | . |
| | | N | 151 | 151 |

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Se establece que hay una correlación negativa leve con un Rho Spearman de -0.244 estadísticamente significativa (p=0,002).

III. DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos en la investigación, se acepta la hipótesis alterna, la cual establece que existe relación entre el nivel de conocimiento y el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en la población adulta del Centro Poblado Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia-Salas, Ica, ya que se establece que hay una correlación negativa leve con un Rho Spearman de -0.244 estadísticamente significativa ($p=0,002$), estableciendo la existencia de relación entre ambas variables.

Estos resultados guardan relación con los obtenidos por un estudio nacional hecho por Condeso et al ²⁸ en adultos, al aplicar las pruebas estadísticas entre nivel de conocimiento y nivel de riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2, se obtuvo una correlación con un Rho de Spearman de -0,341 y estadísticamente significativa ($P= 0,000$). A partir del cual se concluyó que existe correlación entre conocimiento sobre DM2 y nivel de riesgo para desarrollar DM2 en las personas de la Urbanización Condevilla del sector I y II – San Martín de Porres.

Si bien los resultados de ambos estudios coinciden, es necesario recalcar que tener un bajo nivel de conocimiento, no es por sí solo una causa para desarrollar DM 2, ya que esta patología es multifactorial, de acuerdo a lo que se sabe hoy en día por diversos estudios. ²¹

En cuanto a los resultados del objetivo específico 1 sobre identificar los principales factores de riesgo de la población del Centro Poblado Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia-Salas, Ica, se obtuvo como resultados encabezando en orden de frecuencia la no realización de actividad Física, el pobre consumo de frutas o verduras, el perímetro abdominal aumentado y el sobrepeso tienen altos porcentajes. El 62,9% de la población de estudio no hace actividad física diaria. En cuanto al consumo de frutas o verduras, el 62,3% no las consume diario. Respecto al Perímetro abdominal en el total de la población predomina el perímetro abdominal aumentado, determinado para Mujeres de 80 a 88 cm y para Varones de 94 a 102 cm. La mayoría de la población tiene un IMC > 24.9 Kg/m², predominando el sobrepeso con 37,7% del total. Estos resultados coinciden con los de Galarza-Sánchez C²², en su estudio estableció 5 principales factores de riesgo: de los cuales destaca la falta de actividad física diaria con el 54,7% ($n=199$), seguido por el no consumo diario de frutas y verduras con 53,6% ($n=195$), en cuanto al perímetro abdominal normal alto presenta un 47% , al igual que el IMC donde predominó el sobrepeso con 47%, el quinto factor de riesgo fue

el tener antecedentes familiares de segundo grado. Los demás factores de riesgo como antecedentes de toma de medicación antihipertensiva e hiperglucemia previa, no reportaron datos significativos en dicha investigación.

En ambos estudios se tiene que la Falta de ejercicio, es uno de los factores de riesgo principales, esto se confirma en otros estudios realizados que concluyen que la falta de actividad física es una condición que favorece la obesidad y ello el incremento de la probabilidad de tener diabetes, es por ello que se considerada dentro de los primeros 4 factores de riesgo más importantes para padecer de diabetes superado solo por la HTA y el tabaquismo^{55,49}.

En Perú, la actividad física es una representación preexistente de desigualdad, y las personas que tienen más acceso por su lugar de residencia, capacidad económica o tiempo libre realizan diversas actividades físicas pueden hacerlo. Esto contrasta con los grupos sociales, donde no hay un lugar debidamente equipado o que tenga una solvencia económica. Sin embargo, existen diferentes formas de realizar actividad física si el individuo tiene la iniciativa y está dispuesto a realizarla⁵⁵.

En cuanto al IMC , la Sociedad Endocrina del Perú (SPE) ha establecido niveles normales de circunferencia abdominal por debajo de los 80 cm, y <94 cm para mujeres y hombres respectivamente; valores más altos indican obesidad visceral abdominal. Esto se asocia con un mayor riesgo cardiovascular y un aumento de riesgo para DM2⁵⁵.

Respecto a los resultados obtenidos sobre el nivel de riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en 10 años según el test de FINDRISC en la población adulta del Centro Poblado Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia-Salas, Ica fue de 25,8% (n= 39) para riesgo bajo, 17,9% (n=27) para riesgo moderadamente alto, 17,9% (n=27) para riesgo moderado, en su mayoría la población presenta alto riesgo y muy alto riesgo que corresponde al 36,4% y 2% respectivamente dando un total de 38.4%.

Estos hallazgos son similares con los obtenidos por Sánchez-Jiménez B²³ en México, cuyo estudio fue realizado en personal de enfermería, tuvo como resultado que el riesgo de tener DM2 fue alto, con un porcentaje de 59%, esto puede explicarse debido a que la edad promedio de los individuos fue de 44 años, y 85% tenía sobrepeso u obesidad. El 52% tenía antecedentes familiares de diabetes de primera línea, el 21% hiperglucemia ocasional.

Por el contrario, los resultados difieren con las investigaciones realizadas por Galarza-Sánchez C²² en los pacientes de un Centro de salud de Ecuador, que en su estudio el 41,38% de los participantes presento bajo riesgo, siendo este el nivel de riesgo predominante y solo

el 11,20% tenían alto riesgo, así como también el estudio de Romero-Ramírez G²⁴ en una población de Ecuador obtuvo que el riesgo que predomina es el bajo con un porcentaje de 38,61% (n=78) y también Pronsky L, Irazabal C, Amor M y col²⁵ en Argentina, en su estudio predominó el riesgo muy bajo: 18.7% y bajo: 35.2% y solo el 22.1% tenía un riesgo muy alto o alto de tener DM2 durante los siguientes 10 años.

La presencia de riesgo alto para desarrollar DM2 en países en vías de desarrollo, se debe fundamentalmente a los hábitos de vida, el aumento de la obesidad y sedentarismo.¹¹ De acuerdo a los resultados del nivel de riesgo según el Test de Findrisk, los individuos con riesgo, deberían poder tomar iniciativas que los orienten a un cambio en su estilo de vida, poder incorporar una dieta sana y la realización de manera frecuente de ejercicio físico, con el fin de poder retrasar e incluso prevenir la aparición de la enfermedad.²²

En lo que respecta a nivel de conocimiento sobre DM2, los resultados obtenidos hacen referencia a que el nivel de conocimientos bajo predomina en la población del Centro Poblado Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia-Salas, Ica, con un porcentaje de 63,6%, mientras que el nivel medio obtuvo un porcentaje de 31,8% y el nivel alto 4,6%, dicho resultados difieren con los obtenidos por Condeso et al²⁸ donde la mayoría de los encuestados presentó un nivel de conocimiento moderado con un porcentaje de 68,9% y un 17,6% conocimiento bajo sobre DM2. Asimismo, también hay diferencias con los obtenidos por Pariona S³⁰ en pacientes de Lima que acuden a un Hospital Municipal, donde se mostró que el conocimiento fue regular para DM2 con 47,5% y solo un 14,8% conocimiento bajo. Los resultados son similares a los obtenidos por Soler Y, et al²⁶ en pacientes diabéticos de un policlínico de Colombia, concluye que el nivel de conocimientos es bajo en un 45% en la mayoría de ellos. De igual manera Gonzales C. et al³² en sus resultados en pacientes diabéticos tipo 2 en un centro de salud de Lima, obtuvo que predominó el nivel de conocimiento inaceptable con un 58% del total. Sin embargo estas similitudes en los resultados con los obtenidos en el estudio, podrían tener una limitación ya que la población de estudio no es la misma.

A todo ello, el conocimiento sobre Diabetes mellitus Tipo 2 constituye una de las herramientas fundamentales para poder hacerle frente a esta enfermedad, ya que la información que tengan las personas al respecto puede ayudarlas a evaluar el riesgo que tienen para desarrollar diabetes, también las orienta, a quienes ya lo padecen, a buscar el tratamiento más adecuado y la atención oportuna, y los motiva a tomar las direcciones de esta patología. Por eso es esencial que el país esté interesado en poder elaborar estrategias

efectivas de promoción de la salud integral de la DM2 y así como también de los factores de riesgo principales.¹⁸

IV. CONCLUSIONES

1. Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2, y el riesgo para desarrollar diabetes en el Centro Poblado Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia – Salas, Ica.
2. Los principales factores de riesgo para desarrollar DM 2 en la población del Centro Poblado Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia-Salas, Ica fueron la no realización de actividad Física, el no consumo diario de frutas o verduras, el perímetro abdominal aumentado y el sobrepeso.
3. En cuanto al Nivel de riesgo para desarrollar diabetes mellitus en adultos del Centro Poblado Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia – Salas Guadalupe – Ica, 2020, predominó el nivel de riesgo alto.
4. Respecto al nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 en adultos del Centro Poblado Villa Rotary Nueva Esperanza III Familia – Salas Guadalupe, Ica- 2020, fue en su mayoría bajo.

V. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda realizar más estudios de tipo prospectivo que permita evaluar la relación entre conocimientos y riesgo para diabetes mellitus tipo 2.
2. Se recomienda que se promueva actividades de promoción y prevención de salud, en población de Villa Rotary para disminuir el riesgo de desarrollar DM2.
3. Se recomienda que las autoridades en salud de Salas Guadalupe ejecuten actividades que busquen mejorar el conocimiento básico sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y sus factores de riesgo, acciones que estén encaminadas a incentivar sobre todo la actividad física y la alimentación adecuada.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años Marzo de 2016. Guía No. GPC-2015-51
2. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care. 2015; 38(1): 1-93.
3. Ramos W. “Vigilancia epidemiológica de Diabetes mellitus en hospitales pilotos”. Boletín epidemiológico de la Dirección General de Epidemiología MINSA. Perú. 2012: 877-879.
4. Ministerio de Salud (sede web). Perú: Oficina general de estadística; 2010 (actualizado el 4 de julio 2014; acceso julio 2016) Disponible en:<http://www.app.minsa.gob.pe/bscDetalleIndBSC.asp?Icind=10&Icobj=3&icper=1&IcFreg=4/7/2014>
5. Chunga M, Vásquez C, Jiménez F, Díaz C, Sifuentes J, Osada O. Conocimientos sobre Diabetes Mellitus 2 en pacientes de dos hospitales de Lambayeque. Rev Cuerpo Med HNAAA .2018; 11(1):6-11.
6. Guilbert A, Zamora C. Evaluación de conocimientos sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes del Hospital Cayetano Heredia; y su asociación con la adherencia al tratamiento”. Repositorio Institucional – UPCH [Internet].2018 [Citado 10 Oct 2018]. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/1540>.
7. García J, Anicama R. “Incidencia de Diabetes Mellitus 2 en Hospitales Félix Torrealba y Hospital Regional de Ica, 2012”, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Dirección Regional de Epidemiología. Ministerio de Salud-Ica; 2015.
8. Sapunar J. Epidemiología de la diabetes mellitus en Chile 2016. REV. MED. CLIN. CONDES - 2016; 27(2) 146-151
9. Villena J. Epidemiología de la Diabetes Mellitus en el Perú. DIAGNOSTICO Vol. 55(4) Octubre - Diciembre 2016 • Epidemiología de la Diabetes Mellitus en el Perú • Villena. JE.
10. Guerra C, Vela J, Apdinaire J, Cabrera A, Santana I, Almaguer P. “Factores de Riesgo Asociado a Sobrepeso y Obesidad en adolescentes”. Medisur. 2009; 7(2):

24-37.

11. Zimmet P, Alberti KG, Shaw J. “Global and societal implications of the diabetes epidemic.” *Nature* 2011; 414 (6865):782-7.
12. Atamari-Anahui N, Ccorahua-Rios MS, Taype-Rondan A, Mejia CR. Mortalidad atribuida a diabetes mellitus registrada en el Ministerio de Salud de Perú, 2005-2014. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e50. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.50>
13. Galarreta CL, Aldonet J, Huamán JJ. “*Síndrome metabólico en la población adulta de Cuba. De acuerdo a diferentes definiciones*”. *Acta Med Cub*. 2009; 26 (4):217-225.
14. Aranceta J, Serra L, Foz M, Moreno B. “Prevalencia de la obesidad y riesgo cardiovascular en Mexico”. *Estudio SEEDO 97 Medicina clínica*. 1998; 4 (12): 441-445.
15. Donnelly R, Emslie A, Gardnier I, Morris A. “Vascular Complications of Diabetes”. *ABC de la enfermedad vascular*. Cite Como *BMJ* 2000; 320:1062-1066.
16. Noriega Castro, Raul. Factores influyentes sobre la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos atendidos en el Centro de Salud “Club de Leones”, Abril – Mayo de 2010 [Tesis para obtener el título profesional de Químico farmacéutico]. Trujillo: Universidad los Ángeles de Chimbote; 2010.
17. Fernández C, Vargas E. “Factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 y condición nutricional de adultos de la Asociación de vivienda 8 de marzo, Pisco 2015”. (Tesis para optar el título profesional de enfermera) Ica “Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica”; Marzo 2015.
18. Kiberenge W, Muriuki Z, Wangechi E, Wangui E. Knowledge, attitude and practices related to diabetes among community members in four provinces in Kenya: a cross-sectional study. *The Pan African Medical Journal*. 2015; 7:2.
19. Kheir N, Greer W, Yousif A, Geed H, Okkah H. Knowledge, attitude and practices of Qatari patients with type 2 diabetes mellitus. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2011 junio [citado 30 de noviembre 2016]; (19), 185-191. <http://online.library.wiley.com>.

20. Otero LM, Zanetti ML, Ogrizio MD. Knowledge of diabetic patients their disease before and after implementing a diabetes education program. *Revista Latino Americana* 2012 marzo -abril; 1(6); 2.
21. Organización mundial de la salud. Diabetes action online. Actualizado en setiembre 2019 disponible en: https://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index1.html
22. Galarza-Sánchez C. Riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2 mediante el test de FINDRISK en las personas que acuden a Consulta Externa en el Centro de Salud del Cantón Zapotillo Ecuador 2020.
23. Sánchez-Jiménez B. Detección de riesgo de diabetes tipo 2 y su relación con alteraciones metabólicas en enfermeras, México 2019. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.27 Ribeirão Preto 2019 Epub July 18, 2019
24. Romero-Ramírez G. Valoración del riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 a través del Test de Findrisk en la población de la Cabecera Cantonal del Cantón Quilanga Loja Ecuador 2017.
25. Pronsky L, Irazabal C, Amor M y col. Estimación del riesgo de diabetes tipo 2 en el primer nivel de atención Argentina 2017. *Rev Arg Med* 2019;7(2):90-94
26. Soler Sánchez Y, Pérez E, Sánchez M; Quezada Rodríguez D. Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Med (Camagüey)* 2016; 20 (3): 244- 256. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc2016/amc163d.pdf>
27. Darshan B. Conocimiento y práctica con respecto al cuidado de los pies entre los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital de atención terciaria en la costa sur de la India. *Asian J Pharm Clin Res* [Internet]. 2015 [citado 6 diciembre 2017];8(5):182-185. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/281670222Knowledgeandpracticeregardingfootcareamongtype2diabetesmellituspatientsatateriarycarehospitalincoastalSouthIndia>.
28. Condezo V, Cierzo E, Cucho B, Relación entre nivel de conocimiento y riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en la población adulta de San Martín de Porres – 2020. (Tesis para optar el título profesional de enfermera) Ica “Universidad Peruana Cayetano Heredia”; Lima- Peru.2020.

29. Quispe A. Conocimiento y actitud preventiva para diabetes mellitus tipo 2 en usuarios adultos atendidos en el Hospital Referencial de Ferreñafe – 2019, Chiclayo, (Tesis para optar el título profesional de enfermera) Ica “Universidad Señor de Sipan”; Chiclayo- Peru.2019.
30. Pariona S. Conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y los estilos de vida en los pacientes atendidos en el servicio de laboratorio del Hospital Municipal SJL 2017. [Lima]: Universidad César Vallejo; 2017.
31. Patiño G. “Evaluación de conocimientos sobre DM2 en pacientes del Hospital Cayetano Heredia y su asociación con la adherencia al tratamiento”. [Lambayeque]: Universidad Santo Toribio de Mogrovejo; 2015.
32. Gonzales C. Conocimientos y relación de sus riesgos para diabéticos tipo 2 acerca de su enfermedad: estudio en un centro de salud, Lima. Perú. marzo 2015. From: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889543315000043>
33. Illescas-Galvez Y. Factores de riesgo para prevenir la diabetes mellitus tipo II en pacientes ambulatorios atendidos en el hospital regional de Ica marzo 2017
34. Barquilla-García A. Actualización breve en diabetes para médicos de atención primaria. Rev Esp Sanid Penit 2017; 19: 57-65
35. Mendoza-Romo MA, Padrón-Salas A, Cossío-Torres PE, Soria-Orozco M. Prevalencia mundial de la diabetes mellitus tipo II y su relación con el índice de desarrollo humano. Rev Panam Salud Publica. 2017;41:e103. doi: 10.26633/RPSP.2017.103
36. Generalitat Valenciana. Pautas para el tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2, 2018
37. Seclén S. Diabetes Mellitus en el Perú: hacia dónde vamos. Rev Med Hered. 2015; 26:3-4.
38. Carrillo-Larco RM, Bernabé-Ortiz A. Diabetes mellitus tipo 2 en Perú: una revisión sistemática sobre la prevalencia e incidencia en población general. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2019;36(1):26-36.doi:10.17843/rpmesp.2019.361.4027.
39. Asenjo Alarcón J. Riesgo de diabetes mellitus tipo 2 en usuarios del programa de ejercicio físico EJERFIS-D de la ciudad de Chota, 2017. Tesis para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional en Epidemiología. Universidad Nacional de Cajamarca, 2019.

40. Lázaro-Carrasco Hernández I. Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo 2, 2017.
41. Surós A. Semiología médica y Técnica exploratoria de la diabetes. 8va ed. Masson.
42. Rozman P. Farreras R. Medicina Interna. 18th ed. España E, editor. Madrid: Doyma; 2016.
43. Fundación para la diabetes. Tipos de diabetes. Disponible en: <https://www.fundaciondiabetes.org/infantil/177/tipos-de-diabetes-ninos>
44. Henrique R. Cartes R. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus tipo 1 en niños, adolescentes y sus familias. Revisión de la literatura. Rev. chil. pediatr. vol.89 no.3 Santiago jun. 2018
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062018000300391
45. Medline plus, Diabetes tipo 2, publicado en el 2011 <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000313.htm>
46. Frías J. Pérez C. Saavedra D. Diabetes mellitus gestacional: una aproximación a los conceptos actuales sobre estrategias diagnósticas
Artículo de revisión. Rev. Fac. Med. 2016 Vol. 64 No. 4: 769-75. Recibido: 07/12/2015. Aceptado: 20/01/2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n4/0120-0011-rfmun-64-04-00769.pdf>
47. Arias, B. y Ramírez, G. Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 zona urbana, distrito de Pachacamac (Tesis). Universidad Ricardo Palma. Lima. Perú. 2014 Recuperado de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/328/1/Arias_mp%20-%20Ramirez_ss.pdf
48. ALAD, guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, publicado en el 2010, <http://www.alad-latinoamerica.org/phocadownload/guias%20alad.pdf>
49. Instituto Nacional del Ojo, Retinopatía diabética, publicado en el 2010 http://www.quirhof.cl/retinopatia_diabetica_drjrosasg.htm
50. Villa E, Complicaciones agudas del paciente diabético, publicado en el 2015, <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20E%20mergencias/pacdia2.pdf>

51. Sanzana M, Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus I: fisiopatología, nefropatía diabética, publicado en el 2014, <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Cursos/4214>.
52. Mediavilla-Bravo J. Guías Clínicas. Diabetes mellitus 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención primaria.
53. MINSA. Programa Presupuestal 0018 – Programa Enfermedades No Transmisibles. Directiva N° 002-2016-EF/50.01 Resolución Directoral N° 024–2016-EF/50.01
54. Seguí-Díaz M. Los Standards of Medical Care in Diabetes 2020, Resumen redGDPS (ADA 2020). Disponible en: www.redgdps.org › los-standards-of-medical-care-in-diabetes-2020.
55. Pérez Rodríguez A, Berenguer Gouarnaluses M. Algunas consideraciones sobre la diabetes mellitus y su control en el nivel primario de salud. MEDISAN .2014 [citado 20 mar 2015]; 19(3):374-389. Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/83/html>
56. Mayer R. Psicología de la educación. 1ª Ed. Madrid: Pearson Educación; 2002.
57. Gonzáles E. Conocimiento empírico y conocimiento activo transformador: algunas de sus relaciones con la gestión del conocimiento. Revista Cubana de ACIMED 2011; 22(2):110-120.
58. Morisky D, Ang A, Krousel M, Ward H. Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. J Clin Hypertens. 2008; 10(5): 348–354.
59. Aguilar E.J, Espinoza D.E (2006). Evaluación del conocimiento y práctica dietética en pacientes diabéticos tipo 2. Gac Med Bol. (en línea) 29 (1):17-20 Citado 11 de abril del 2017. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S101229662006000100004&lng=es&nrm=iso
60. Yovera-Aldana M. Capacidad discriminativa diagnóstica del findrisc con puntos de corte de perímetro abdominal latinoamericanos para determinar personas con riesgo de disglucemia en trabajadores de un Hospital Nacional Peruano 2018.
61. MINSA. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención 2016. RR..M.. N° 771199--22001155//MIINSSAA

VII. ANEXOS

ANEXO N°01.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha N° _____

TEST FINDRISC

1. Edad:

- < de 45 años (0 p.)
- 45 a 54 años (2 p.)
- 55 a 64 años (3 p.)
- Mayor de 64 años (4 p.)

2. Índice de masa corporal:

≥ 25 kg/m² (0 p.)

1 30 kg/m² (1 p.)

3 de 30 kg/m² (3 p.)

Peso (Kg)

Talla (m)

3. Perímetro de cintura medido en el nivel del ombligo:

Hombres:

- Menos de 94 cm (0 p.)
- De 94 a 102 cm (3 p.)
- Más de 102 cm (4 p.)

Mujeres:

- Menos de 80 cm (0 p.)
- De 80 a 88 cm (3 p.)
- Más de 88cm (4 p.)

4. ¿Realiza habitualmente al menos 30 minutos de actividad física, en el trabajo y/o en el tiempo libre?

- Sí (0 p.)
- No (2 p.)

5. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?

- Todos los días (0 p.)
- No todos los días (1 p.)

6. ¿Toma medicación para la hipertensión regularmente?

- No (0 p.)
- Sí (2 p.)

7. ¿Le han encontrado alguna vez valores de glucosa altos (p. ej., en un control médico, durante una enfermedad, durante el embarazo)?

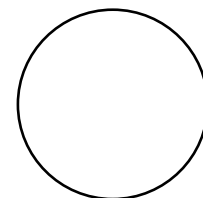
- No (0 p.)
- Sí (5 p.)

8. ¿Se le ha diagnosticado diabetes a alguno de sus familiares allegados u otros parientes?

- No (0 p.)
- Sí: abuelos, tía, tío, primo hermano (3 p.)
- Sí: padres, hermanos o hijos (5 p.)

***p = puntos**

- Menos de 7 puntos: riesgo bajo
- 7-11 puntos: riesgo moderadamente alto
- 12-14 puntos: riesgo moderado
- 15 a 20 puntos: alto riesgo
- 20 puntos o más: riesgo muy alto



Puntaje

Anexo 02

CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES
MELLITUS TIPO 2 (CUESTIONARIO DQK)

| CONOCIMIENTO BASICOS | | SI | NO | NO SE |
|--------------------------------------|--|----|----|-------|
| 1. | Hay dos tipos principales de Diabetes: Tipo 1 (dependiente de insulina) y Tipo 2 (no-dependiente de insulina). | X | | |
| 2. | ¿Los riñones producen la insulina? | | X | |
| 3. | ¿Si yo soy diabético, mis hijos tendrán más riesgo de ser diabéticos? | X | | |
| 4. | ¿El comer mucha azúcar y otras comidas dulces es una causa de la Diabetes? | | X | |
| 5. | ¿La causa común de la Diabetes es la falta de insulina efectiva en el cuerpo? | X | | |
| 6. | ¿La Diabetes es causada porque los riñones no pueden mantener el azúcar fuera de la orina? | | X | |
| 7. | ¿En la Diabetes que no se está tratando, la cantidad de azúcar en la sangre usualmente sube? | X | | |
| 8. | ¿Se puede curar la Diabetes? | | X | |
| 9. | ¿La manera en que preparo mi comida es igual de importante que las comidas que como? | X | | |
| 10. | ¿Una dieta diabética consiste principalmente de comidas especiales? | | X | |
| CONOCIMIENTO SOBRE CONTROL GLUCEMICO | | SI | NO | NO SE |
| 11. | ¿Un nivel de azúcar de 210 en prueba de sangre hecha en ayunas es muy alto? | X | | |
| 12. | ¿El ejercicio regular aumentará la necesidad de insulina u otro medicamento para la Diabetes? | | X | |
| 13. | ¿La medicina es más importante que la dieta y el ejercicio para controlar mi Diabetes? | | X | |
| 14. | ¿El temblar y sudar son señales de azúcar alta en la sangre? | | X | |
| 15. | ¿El orinar seguido y la sed son señales de azúcar baja en la sangre? | | X | |
| 16. | ¿La mejor manera de checar mi Diabetes es haciendo pruebas de orina? | | X | |

| 17. | ¿Una reacción de insulina es causada por mucha comida? | | X | |
|--|--|----|----|-------|
| CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCION Y COMPLICACIONES | | SI | NO | NO SE |
| 18. | La Diabetes frecuentemente causa mala circulación | X | | |
| 19. | Cortaduras y rasguños cicatrizan más despacio en Diabéticos. | X | | |
| 20. | La Diabetes puede dañar mis riñones. | X | | |
| 21. | La Diabetes puede causar que no sienta en mis manos, dedos y pies. | X | | |

| | | | | |
|-----|---|---|---|--|
| 22. | ¿Los diabéticos deberían poner cuidado extra al cortarse las uñas de los dedos de los pies? | X | | |
| 23. | ¿Una persona con Diabetes debería limpiar una cortadura primero yodo y alcohol? | | X | |
| 24. | ¿Los calcetines y las medias elásticas apretadas son malos para los diabéticos? | X | | |

*Gracias por participación

| Dimensiones | Escala y valores | Niveles y rango de dimensiones | Niveles y rangos |
|-----------------------------|--------------------------------------|---|--|
| Conocimiento básico | <u>Si</u> (1) No (0) No sé (0) | Bajo (0-3) Moderado (4-7) Alto (8-10) | Bajo (0-8) Medio (9-16) Alto (17-24) |
| Conocimiento sobre glicemia | | Bajo (0-1) Moderado (2-4) Alto (5-7) | |
| Conocimiento preventivo | | Bajo (0-1) Moderado (2-4) Alto (5-7) | |