

**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**Nivel de adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II en un hospital MINSA - Lambayeque, 2025**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**AUTOR**

Bach. Enf. Mejia Huaman, Carlos Iran  
ORCID: 0009-0006-6202-9441

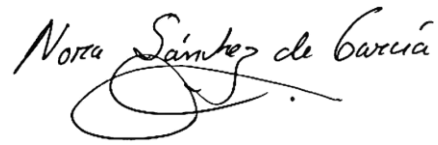
**ASESORA**

Dra. Vallejos Sosa, Tomasa  
ORCID: 0000-0002-7132-0330

**Lambayeque, Perú**

**2025**

**FIRMAS DE JURADO DE TESIS**



---

Dra. Nora Elisa Sánchez de García  
Presidente de jurado

---

Mg. María Rosa Baca Pupuche  
Secretaria de jurado

---

Dra. Viviana Santillán Mañanero  
Vocal de jurado



Dra. TOMASA VALLEJOS SOSA  
ASESORA  
0000000271320330  
Cod. ORCID  
DNI: 16573932

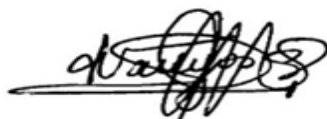
## CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD

Yo, *Tomasa Vallejos Sosa*, usuario revisor del documento titulado: **Nivel de adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II en un hospital MINSA - Lambayeque, 2025**. Cuyo autor es el Bach. Enf. Mejia Huaman, Carlos Iran. Identificado con documento de identidad N° 76458174; declaro que la evaluación realizada por el Programa informático reporta un porcentaje de similitud de **11%** y cumple con los parámetros establecidos respecto a la escritura con inteligencia artificial generativa, verificable en el Resumen de Reporte automatizado de similitudes que se acompaña.

La suscrita analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas dentro del porcentaje de similitud permitido no constituyen plagio y que el documento cumple con la integridad científica y con las normas para el uso de citas y referencias establecidas en los protocolos respectivos.

Se cumple con adjuntar el Recibo Digital a efectos de la trazabilidad respectiva del proceso.

Lambayeque, 20 de marzo 2026



Dra. TOMASA VALLEJOS SOSA  
ASESORA  
0000000271320330  
Cod. ORCID  
DNI: 16573932

# RESUMEN DEL REPORTE AUTOMATIZADO DE SIMILITUDES Y ESCRITURA CON IA

## Nivel de adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II en un hospital MINSA - Lambayeque, 2025

### INFORME DE ORIGINALIDAD

|                     |                     |               |                         |
|---------------------|---------------------|---------------|-------------------------|
| <b>11</b> %         | <b>11</b> %         | <b>5</b> %    | <b>7</b> %              |
| INDICE DE SIMILITUD | FUENTES DE INTERNET | PUBLICACIONES | TRABAJOS DEL ESTUDIANTE |

### FUENTES PRIMARIAS

|          |  |                |
|----------|--|----------------|
| <b>1</b> | <b>repositorio.unprg.edu.pe</b><br>Fuente de Internet  | <b>2</b> %     |
| <b>2</b> | <b>hdl.handle.net</b><br>Fuente de Internet  | <b>1</b> %     |
| <b>3</b> | <b>repositorio.autonomadeica.edu.pe</b><br>Fuente de Internet  | <b>1</b> %     |
| <b>4</b> | <b>repositorio.upsc.edu.pe</b><br>Fuente de Internet   | <b>1</b> %     |
| <b>5</b> | <b>repositorio.upla.edu.pe</b><br>Fuente de Internet   | <b>&lt;1</b> % |
| <b>6</b> | <b>repositorio.uss.edu.pe</b><br>Fuente de Internet  | <b>&lt;1</b> % |
| <b>7</b> | <b>Submitted to UPAEP: Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla</b><br>Trabajo del estudiante | <b>&lt;1</b> % |
| <b>8</b> | <b>Submitted to Universidad TecMilenio</b><br>Trabajo del estudiante                                   | <b>&lt;1</b> % |

  
Dra. TOMASA VALLEJOS SOSA  
ASESORA  
000000271320380  
Cod. ORCID  
DNI: 16573932

## RECIBO DIGITAL DEL REPORTE AUTOMATIZADO DE SIMILITUDES Y ESCRITURA CON IA



### Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

|                              |   |
|------------------------------|---|
| Autor de la entrega:         | Carlos Iran Mejia Huaman  |
| Título del ejercicio:        | Quick Submit  |
| Título de la entrega:        | Nivel de adherencia al tratamiento en adultos con diabetes m... |
| Nombre del archivo:          | V4_SUSTENTADO_MEJIA_informe_v7_CORREGIDO.docx                   |
| Tamaño del archivo:          | 1.21M   |
| Total páginas:               | 65  |
| Total de palabras:           | 14,862  |
| Total de caracteres:         | 88,088  |
| Fecha de entrega:            | 20-mar-2026 09:50p. m. (UTC-0500)                               |
| Identificador de la entrega: | 2908635505  |



Derechos de autor 2026 Turnitin. Todos los derechos reservados.

Dra. TOMASA VALLEJOS SOSA  
ASESORA  
0000002713 203 30  
Cod. ORCID  
DNI: 16573932

# ACTA DE SUSTENTACIÓN

00139



**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

Acreditada con Resolución N° 110-2017-SINEACE/CDH-P

**DECANATO**



## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Libro de Actas N° 01 Expediente N° 334-2026-UNPUG-FE-D Folio N° 139  
Graduado: MEJIA HUAMAN CARLOS IRAN

En la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a los \_\_\_\_\_ días del mes de FEBRERO de 2026 a horas \_\_\_\_\_ se reunieron los señores Miembros del Jurado designados mediante Decreto N° RES. N° 047-2025 UNPUG-FE-D

Presidente: DRA. NORA ELISA SANCHEZ DE GARCIA  
Secretario: Hg. MARIA ROSA BACA PUPUCHE  
Vocal: Hg. VIVIANA DEL CARMEN SANTILLAN MEDIASERO

Encargados de recepcionar y dictaminar el trabajo de Tesis titulado: "NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN UN HOSPITAL HIPSO-LAMBAYEQUE, 2025"

patrocinado por la profesora-  
DRA. TOMASA VALLEJOS SOSA y presentado por  
la (s) bachiller (es) en enfermería: MEJIA HUAMAN CARLOS IRAN.

optar el TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA.

Sustentado el trabajo de tesis, formuladas las preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante(s) y el patrocinador, el jurado, después de deliberar declaró APROBADO por UNANIMIDAD la tesis con el calificativo de BUENO (17) debiendo consignarse en las copias definitivas las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.

Nora Sanchez de Garcia  
PRESIDENTE  
DRA. NORA ELISA SANCHEZ DE GARCIA

Mantillan  
VOCAL  
Hg. VIVIANA DEL CARMEN SANTILLAN  
MEDIASERO

Maria Rosa Baca Pupuche  
SECRETARIO  
Hg. MARIA ROSA BACA PUPUCHE

Tomasa Vallejos Sosa  
PATROCINADOR  
DRA. TOMASA VALLEJOS  
SOSA

Escaneado con CamScanner

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mi familia, por su apoyo constante, y a mi Facultad, orgullo de la UNPRG, por su compromiso con la excelencia. Por el mantenimiento de sus altos niveles de calidad académica y por el futuro de nuestro país.

*El Autor*

## AGRADECIMIENTO

A Dios, fuente de sabiduría y fortaleza, por guiarme en cada paso de este camino y concederme la oportunidad de culminar esta etapa tan significativa.

Agradezco profundamente a mi familia, en especial a mis padres José Carlos y Elva, por su amor, guía y fortaleza en cada etapa de mi vida. A mi hermana Praxi y a mi pequeño sobrino Valentino, por ser motivo constante de alegría e inspiración.

Expreso también mi gratitud a mi asesora, Dra. Tomasa Vallejos, por su paciencia, orientación y compromiso durante este proceso.

Del mismo modo, agradezco a mi Facultad, orgullo de la UNPRG, por forjar en mí la pasión por el conocimiento y la superación.

*El Autor*



## ÍNDICE GENERAL

|  |    |
|--|----|
| FIRMAS DE JURADO DE TESIS .....  | 2  |
| CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD.....                                | 3  |
| RESUMEN DEL REPORTE AUTOMATIZADO DE SIMILITUDES Y ESCRITURA CON IA.....        | 4  |
| RECIBO DIGITAL DEL REPORTE AUTOMATIZADO DE SIMILITUDES Y ESCRITURA CON IA..... | 5  |
| ACTA DE SUSTENTACIÓN.....  | 6  |
| DEDICATORIA .....  | 7  |
| AGRADECIMIENTO .....   | 8  |
| RESUMEN .....  | 11 |
| ABSTRACT .....   | 12 |
| Introducción.....  | 13 |
| Capítulo I. Diseño teórico.....  | 15 |
| Capítulo II. Diseño metodológico .....   | 23 |
| Capitulo III. Resultados.....  | 27 |
| Capitulo IV. Discusión.....  | 33 |
| Conclusiones.....  | 44 |
| Recomendaciones .....  | 45 |
| Referencias Bibliográficas.....  | 46 |
| Anexos.....  | 57 |
| A1. Matriz de consistencia.....  | 58 |
| A2. Operacionalización de variables .....                                      | 59 |
| A3. Instrumento de aplicación.....   | 60 |
| A4. Matriz de juicio de expertos.....  | 61 |
| A5. Valores por pregunta para procesamiento de datos.....                      | 63 |
| A6. Consentimiento informado.....  | 64 |

|   |    |
|---|----|
| A7. Solicitud de ingreso a hospital ..... | 65 |
|---|----|

## ÍNDICE DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Figura 1.</b> Nivel general de adherencia al tratamiento .....                                | 27 |
| <b>Figura 2.</b> Nivel de adherencia al tratamiento en la dimensión Toma de medicamentos .....   | 28 |
| <b>Figura 3.</b> Nivel de adherencia al tratamiento en la dimensión Dieta alimentaria .....      | 29 |
| <b>Figura 4.</b> Nivel de adherencia al tratamiento en la dimensión Medición de la glucosa ..... | 30 |
| <b>Figura 5.</b> Sexo de los participantes en la investigación .....                             | 31 |
| <b>Figura 6.</b> Rangos de edad de los participantes en la investigación .....                   | 32 |

## RESUMEN

Se plantea como objetivo general determinar el nivel de adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II que asisten a un hospital MINSA - Lambayeque, 2025 y como objetivos específicos se consideran las dimensiones Cumplimiento de la medicación, seguimiento de la dieta recomendada y el control glicémico. De enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal. La población fueron 150 adultos con diagnóstico de DM2 y la muestra estuvo conformada por 128 participantes. El muestreo fue de tipo censal y por conveniencia. Mediante la técnica de encuesta se aplicó un cuestionario, el que cuenta con un coeficiente Kuder–Richardson de 0,78 y que fue validado por juicio de expertos. Los resultados evidencian que el 43.8% de adultos olvidó tomar sus medicamentos por lo menos una vez en el último mes; que el 37.5% mide su glucosa diariamente y que apenas el 27.3% si cumple con su dieta recomendada. Se concluye que existe un bajo nivel de adherencia al tratamiento (48%) en adultos con DM2. El 42% y 10% respectivamente un nivel medio y alto de adherencia, constituyendo un alto riesgo de complicaciones y afectando su calidad de vida.

**Términos claves:** Diabetes, Adherencia al tratamiento, Monitorización de glucosa, Dieta terapéutica, Régimen farmacológico

## ABSTRACT

This study aimed to determine the level of treatment adherence among adults with type II diabetes mellitus attending a MINSA hospital in Lambayeque in 2025. A quantitative, descriptive, cross-sectional design was applied. The population comprised 150 young and middle-aged adults with a diagnosis of type 2 diabetes mellitus, of whom 128 participated in the study through census and convenience sampling. Data were collected using a validated questionnaire with a Kuder–Richardson reliability coefficient of 0.78. The results indicated that 43.8% of participants forgot to take their medication at least once during the previous month, 37.5% performed daily blood glucose monitoring, and only 27.3% adhered to the recommended diet. Overall, treatment adherence was low (48%), with 42% and 10% of participants showing medium and high adherence levels, respectively. These findings suggest a high risk of complications and a detrimental effect on patients' quality of life.

**Key Terms:** Diabetes, Treatment adherence, Glucose monitoring, Therapeutic diet, Pharmacological regimen

## INTRODUCCIÓN

La prevalencia de la Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ha aumentado sostenidamente a nivel mundial. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 537 millones de personas viven con esta enfermedad, lo que representa el 10.5% de los adultos entre 20 y 79 años. Se prevé que esta cifra alcance los 783 millones en 2045 si no se implementan acciones eficaces (1).

La mortalidad asociada a la diabetes es alarmante. En 2020, más de 1.5 millones de muertes fueron causadas por esta patología, siendo la DM2 la más frecuente (2). La Organización Mundial de la Salud (OMS) la considera una de las principales causas de muerte prematura y discapacidad en adultos (3).

La DM2 representa el 90% de los casos de diabetes a nivel global y está relacionada con factores como obesidad, inactividad física, dietas poco saludables y envejecimiento (4). Su crecimiento se vincula con el aumento del consumo de alimentos ultraprocesados y estilos de vida sedentarios, que elevan la obesidad, un factor de riesgo clave (5).

En Perú, solo el 45% de los pacientes en Lima cumple adecuadamente con el tratamiento médico. Este porcentaje desciende al 30% en zonas rurales, debido a dificultades económicas, acceso limitado a medicamentos y bajo nivel educativo. Esta baja adherencia se traduce en complicaciones severas como daño renal, ceguera y problemas cardiovasculares (6).

A nivel nacional, la DM2 afecta al 8.4% de peruanos mayores de 30 años (7). Lima lidera en prevalencia con un 9.7%, lo que se relaciona con estilos de vida urbanos y alimentación poco saludable (8).

En la región Lambayeque, en 2022 se registraron 17,784 casos, concentrándose el 69.3% en Chiclayo. La mayoría de los afectados tenía entre 30 y 59 años, y el 69.1% eran mujeres. En 2023, se reportaron 5,640 nuevos casos, de los cuales el 98.2% fueron DM2 (9,10).

El hospital Regional Docente Las Mercedes (HRDLM) ubicado en la provincia de Chiclayo, departamento de Lambayeque atiende a pacientes procedentes de las provincias de Chiclayo, Ferreñafe y Lambayeque, así como pacientes referidos u originarios del departamento de Cajamarca. Sus servicios incluyen la Unidad especializada de Pie diabético, el programa de enfermedades no transmisibles (ENT) y los consultorios externos de endocrinología y medicina interna (10).

La práctica cotidiana del autor en esta institución le ha permitido una interacción regular con los pacientes y escucharlos manifestar tener dificultades para entender las indicaciones del personal de salud, cumplir con la dieta prescrita, con la toma de las medicinas y la asistencia a sus consultas de control. Mientras que en lo relacionado al apoyo familiar expresaron falta de ayuda en el cambio de hábitos alimentarios y en el acompañamiento para la actividad física. Así mismo mencionaron una evidente minimización o falta de apoyo del tratamiento por parte de los familiares.

Esta situación motivó investigar el nivel de adherencia al tratamiento en adultos, surgiendo la interrogante ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus II que asisten a un hospital MINSA nivel II-2, Lambayeque - 2025?

El objetivo que direccionó el presente estudio fue determinar el nivel de adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II que asisten a un hospital MINSA - Lambayeque, 2025. Mientras que los objetivos específicos fueron determinar los niveles de adherencia al tratamiento en las dimensiones referidas a: regularidad en la toma de medicamentos, cumplimiento de la dieta prescrita y Monitoreo de la glucosa en sangre respectivamente.

La presente investigación goza de importancia, dado que los adultos son una población vulnerable en aumento progresivo de casos de DM2 sin AAT. Los resultados obtenidos permitieron comprender el nivel de adherencia al tratamiento en esta población, determinándose obstáculos y barreras que influyen en su cumplimiento, generando información clave para implementar intervenciones sanitarias y educativas más efectivas.

Teóricamente, el estudio aportó al análisis de factores psicosociales y clínicos, enriqueciendo el marco teórico existente. En los aspectos prácticos, facilitará el diseño de protocolos personalizados para mejorar la adherencia al tratamiento. Metodológicamente, la investigación tuvo un enfoque cuantitativo trabajando con datos numéricos confiables sobre la adherencia al tratamiento en DM2. El uso de instrumentos validados ha permitido comparar resultados con otros estudios, fortaleciendo estrategias de intervención en contextos similares.

## CAPÍTULO I. DISEÑO TEÓRICO

### 1.2. Antecedentes de la investigación

A nivel internacional:

En México-2024, Mora (11) en una revisión sistémica evaluó el impacto de intervenciones psicológicas en la adherencia al tratamiento en DM2. Analizó 15 estudios, hallando un efecto significativo, con variables moderadoras como el tipo de intervención. Concluyó que estas intervenciones son efectivas, recomendando diseños estandarizados para identificar variables clave.

En Venezuela-2024, Rondón y Angelucci (12) examinaron la relación bidireccional entre depresión y adherencia al tratamiento en DM2, considerando apoyo social y sexo. Con 278 pacientes como muestra, encontraron que menor evitación y mayor apoyo social reducen la depresión. Concluyeron que la relación es bidireccional, destacando el rol del género y las estrategias de afrontamiento.

En México-2024, Ramírez, Tello y Rodríguez (13) identificaron factores de adherencia en 106 pacientes con DM2. El 88% citó factores personales y el 77%, factores institucionales como facilitadores a su adherencia al tratamiento. Los autores concluyeron que el conocimiento es crucial, sugiriendo intervenciones educativas y psicológicas.

En Paraguay-2023, Villalba, Almirón y Torales (14) buscaron comprender el comportamiento de los pacientes diabético y estrategias para mejorar la adherencia en DM2. Hicieron evidente la importancia de la comunicación efectiva y el manejo emocional, así como de un enfoque biopsicosocial. Concluyeron que fortalecer la relación médico-paciente es fundamental para lograr una adherencia terapéutica óptima en estos pacientes.

A nivel nacional, en Perú:

Cárdenas (8) en 2023 evaluó mediante cuestionarios a 120 pacientes con DM2 de un hospital limeño, encontrando que el nivel de conocimiento sobre la enfermedad no se correlacionaba significativamente con la adherencia al tratamiento. Este resultado sugiere que los programas educativos deben complementarse con intervenciones que aborden otros factores psicosociales y conductuales para mejorar efectivamente el cumplimiento terapéutico en esta población.

Mora (15) en 2022 investigó la relación entre adherencia y calidad de vida en 100 pacientes con DM2 del área de hemodiálisis del Hospital Marino Molina (Lima, Perú). Los resultados mostraron que el 60% de los pacientes presentaron alta adherencia al tratamiento, mientras que el 40% tuvieron adherencia baja. En cuanto a la calidad de vida, el 55% de los pacientes reportaron una calidad media, el 30% alta y el 15% baja. Los autores concluyeron que existe una correlación positiva entre la adherencia y la calidad de vida.

Vallejo (16) en 2024 se planteó determinar el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 en el centro materno infantil Juan Pablo II. Obtuvo entre sus principales resultados que el 70% de 140 pacientes con DM2 presentaba adherencia adecuada, asociada principalmente a mayor nivel educativo y apoyo familiar. El estudio concluye que estos factores psicosociales deben considerarse prioritariamente en el diseño de estrategias para mejorar el control glucémico y prevenir complicaciones en esta población.

A nivel local, en Lambayeque:

Fernández (17) en 2022, investigó la relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida en 80 pacientes diabéticos del centro de salud “José Leonardo Ortiz” mediante un estudio cuantitativo y correlacional. Los resultados mostraron que el 85% presentaba adherencia parcial y el 50% reportaba baja calidad de vida, sin encontrar relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Esto sugiere que la adherencia al tratamiento no necesariamente se traduce en mejor calidad de vida para estos pacientes, requiriéndose intervenciones integrales.

Saldaña (18), en 2022, analizó el impacto del apoyo social en la adherencia terapéutica de 65 adultos con diabetes hospital provincial docente Belén de Lambayeque, utilizó un enfoque metodológico mixto. Los hallazgos demostraron que el apoyo familiar y profesional influye positivamente en el cumplimiento del tratamiento, facilitando la adaptación a la enfermedad. El estudio concluye que fortalecer estas redes de apoyo debería ser un componente esencial en los programas de manejo de diabetes.

Altamirano (19), en 2023, evaluó el conocimiento sobre autocuidado y su relación con la prevención del pie diabético en 169 pacientes del Hospital Regional de Lambayeque. Los resultados indicaron que el 48.5% tenía conocimiento regular y el 47.9% realizaba prácticas regulares de autocuidado. Se encontró una correlación significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado, lo que indica la importancia de programas educativos para mejorar el conocimiento y prevenir complicaciones.



## **1.2. Bases Teóricas y conceptuales.**

Al marco teórico de este estudio, Loscalzo, Fauci, et al señalan que las hormonas insulina y glucagón, producidas por el páncreas, mantienen los niveles de glucosa en sangre dentro de un rango saludable. La insulina, secretada por las células beta de los islotes de Langerhans, reduce la glucosa en sangre al facilitar su absorción por las células, lo que permite que el cuerpo almacene la glucosa en forma de glucógeno en el hígado y los músculos (4). Por su parte, Tortora y Derrickson explican que el glucagón, producido por las células alfa del páncreas, se libera cuando los niveles de glucosa en sangre son bajos y estimula la conversión del glucógeno almacenado en glucosa, asegurando un suministro adecuado de energía (5).

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre debido a defectos en la secreción o en la acción de la insulina, una hormona producida por el páncreas que permite que la glucosa sea absorbida por las células del cuerpo para generar energía. Esta hiperglucemia crónica está asociada con el daño a largo plazo en diversos órganos y sistemas, especialmente en los ojos, los riñones, los nervios y el sistema cardiovascular.

Existen varios tipos de diabetes. La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es la forma más común de la enfermedad, representando entre el 90-95% de los casos. La DM2 se caracteriza por una combinación de resistencia a la insulina y una producción insuficiente de insulina por parte del páncreas. Fisiológicamente, la resistencia a la insulina se desarrolla cuando las células del cuerpo, en especial las de los músculos y el tejido adiposo, pierden su capacidad de responder a los efectos de la insulina, lo que resulta en una absorción deficiente de glucosa y, por lo tanto, niveles elevados de glucosa en sangre (4). En las primeras etapas de la enfermedad, el páncreas intenta compensar esta resistencia produciendo más insulina, pero con el tiempo, las células beta del páncreas se deterioran, lo que lleva a una disminución en la producción de insulina (20). Esta combinación de resistencia a la insulina y producción inadecuada de insulina es el sello distintivo de la diabetes tipo 2.

Entre las principales causas fisiológicas de la DM2, la obesidad es uno de los factores más determinantes, especialmente cuando hay acumulación de grasa visceral. La obesidad provoca una serie de cambios metabólicos que influyen negativamente en la capacidad del cuerpo para usar la insulina de manera eficaz (21). La lipotoxicidad, o la acumulación de lípidos en tejidos no adiposos, como el hígado y los músculos, interfiere con la señalización de la insulina, lo que contribuye a la resistencia a la insulina (22). Además, el sedentarismo

también desempeña un papel clave, ya que la falta de actividad física reduce la capacidad del cuerpo para utilizar glucosa de manera eficiente. Otros factores incluyen el envejecimiento, el estrés crónico y las predisposiciones genéticas.

Para Ramírez, las causas económicas de la DM2 se vinculan principalmente con el acceso a alimentos no saludables y los costos asociados a la atención médica. En muchos países, los alimentos ultraprocesados y la comida chatarra, ricos en grasas y azúcares, suelen ser más asequibles que los alimentos frescos y nutritivos, lo que facilita la adopción de dietas poco saludables en sectores socioeconómicos bajos (23). Esta situación contribuye al aumento de la obesidad, uno de los factores de riesgo más importantes de la DM2.

La semiología de la DM2 se caracteriza por una serie de signos y síntomas clínicos, como la poliuria [exceso de orina], la polidipsia [sed excesiva] y la polifagia [aumento del apetito], según Swartz (23). Estos síntomas son el resultado de la incapacidad del cuerpo para utilizar adecuadamente la glucosa debido a la resistencia a la insulina, lo que provoca niveles elevados de glucosa en sangre, o hiperglucemia. Otros síntomas incluyen la fatiga crónica, problemas de visión, y en etapas avanzadas, complicaciones como neuropatía diabética, nefropatía y enfermedades cardiovasculares.

Las dimensiones del tratamiento de la DM2 incluyen tanto enfoques farmacológicos como no farmacológicos. El tratamiento farmacológico se centra en el uso de medicamentos orales y, en algunos casos, insulina, para regular los niveles de glucosa en sangre (24). La metformina sigue siendo el tratamiento de primera línea, pero también se utilizan otros medicamentos, como los inhibidores de la SGLT2 y los agonistas del GLP-1, que mejoran la regulación de la glucosa y tienen beneficios adicionales, como la reducción del riesgo cardiovascular. El tratamiento no farmacológico implica cambios en el estilo de vida, como una alimentación saludable y ejercicio regular, que son fundamentales para el manejo a largo plazo de la diabetes (25). La dimensión educativa del tratamiento es igualmente importante, ya que los pacientes necesitan comprender su enfermedad y aprender a manejarla a través de la automonitorización y la adherencia a sus tratamientos. Según López, Mendoza (26), los programas de educación para pacientes diabéticos son esenciales para mejorar el control de la glucosa y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo.

Para Córtez, la adherencia al tratamiento se define como el grado en el que el comportamiento de una persona respecto al tratamiento médico —incluyendo la toma de medicamentos, la dieta y los cambios en el estilo de vida— se corresponde con las

recomendaciones dadas por los profesionales de la salud (27). Esta adherencia es crucial para el éxito del tratamiento, particularmente en enfermedades crónicas como la DM2, ya que permite controlar los síntomas y prevenir complicaciones a largo plazo. Según Fernández (28), la adherencia al tratamiento es un componente fundamental en el manejo efectivo de cualquier enfermedad crónica, y la falta de adherencia está asociada con un peor pronóstico y mayores costos sanitarios.

En los años recientes, se ha reconocido cada vez más el impacto que tienen factores psicosociales y económicos sobre la adherencia al tratamiento. La investigación ha mostrado que los pacientes con mayor nivel educativo y aquellos que reciben apoyo emocional o social tienden a tener mejores tasas de adherencia (29), mientras que aquellos que enfrentan barreras económicas o de acceso a la salud suelen tener mayores dificultades para seguir las recomendaciones médicas. En este sentido, Cortés (27) subraya que la adherencia es un proceso multifactorial que involucra el contexto social, económico y cultural del paciente, así como la complejidad del tratamiento y la calidad de la relación médico-paciente.

Las secuelas de una incorrecta o nula adherencia al tratamiento en la DM2 en adultos pueden ser graves y a menudo irreversibles. La falta de adherencia puede conducir a un mal control de los niveles de glucosa, lo que a su vez aumenta el riesgo de complicaciones microvasculares y macrovasculares. Entre las complicaciones más comunes se encuentran la retinopatía diabética, que puede provocar ceguera, la nefropatía diabética, que puede llevar a insuficiencia renal crónica, y la neuropatía diabética, que puede resultar en amputaciones (30).

Entre las teorías de enfermería relevantes está la del autocuidado de Dorothea Orem. Esta representa un pilar en el manejo de la DM2, al plantear que las personas pueden cuidar de sí mismas, pero requieren apoyo cuando existe un déficit. La enfermería interviene mediante educación y acompañamiento, promoviendo habilidades de autocontrol y toma de decisiones informadas. Este enfoque ha demostrado mejorar indicadores clínicos como la hemoglobina glicosilada y la calidad de vida (3).

Por su parte, el modelo de promoción de la salud de Nola Pender se centra en la modificación de conductas de riesgo. En la DM2, factores como el sedentarismo y la alimentación inadecuada influyen directamente en la evolución de la enfermedad. A partir

de este modelo la enfermera diseña intervenciones considerando las características individuales y percepciones del paciente, promoviendo cambios sostenibles que contribuyen al control glucémico y la prevención de complicaciones (15).

En complemento, la teoría de adaptación de Callista Roy concibe al paciente como un sistema que responde a estímulos internos y externos. En la DM2, el diagnóstico y los cambios en el estilo de vida generan demandas adaptativas que pueden afectar el equilibrio del individuo. Es así que la enfermera actúa facilitando respuestas adaptativas en dimensiones fisiológicas, psicológicas y sociales, favoreciendo la aceptación de la enfermedad y la adopción de conductas saludables (17).

La amputación total o parcial de miembros inferiores es una de las secuelas más devastadoras de la incorrecta o nula adherencia al tratamiento. Esta se debe principalmente a la combinación de dos factores: la neuropatía diabética, que provoca la pérdida de sensibilidad en los pies, y la enfermedad arterial periférica, que reduce el flujo sanguíneo a las extremidades (31). Como resultado, las pequeñas heridas o infecciones pueden pasar desapercibidas y progresar a úlceras graves que no cicatrizan. En casos avanzados, estas úlceras pueden infectarse y llevar a la necrosis del tejido, lo que hace necesaria la amputación. Según Pérez (32), entre el 15% y 20% de los pacientes con DM2 desarrollarán una úlcera en el pie, y de estos, el 14% requerirá una amputación.

Las amputaciones tienen un impacto físico evidente, pero también generan graves impactos psico-sociales (33). Los pacientes pueden experimentar depresión, ansiedad y aislamiento social debido a la pérdida de movilidad y la dependencia de otros para realizar tareas cotidianas. A nivel económico, el costo de las amputaciones es elevado tanto para el sistema de salud como para los pacientes y sus cuidadores, debido a las cirugías, rehabilitación y la necesidad de dispositivos protésicos.

Otra complicación grave es la ceguera provocada por la retinopatía diabética, una condición en la cual los vasos sanguíneos de la retina se dañan debido a los niveles elevados de glucosa que afecta la microcirculación ocular, lo que provoca microhemorragias y exudados que interfieren con la visión (34). Si no se trata, la retinopatía puede llevar al desprendimiento de retina y, en última instancia, a la ceguera total. La pérdida de la visión tiene impactos físicos, ya que limita drásticamente la independencia del paciente, pero

también genera impactos psico-sociales severos, como la depresión, el aislamiento y la pérdida de empleo en muchos casos. A nivel económico, los pacientes pueden enfrentarse a la necesidad de tecnologías de asistencia visual, servicios de rehabilitación y, en algunos casos, un cuidador a tiempo completo, así como cambios y acondicionamientos en sus hogares para facilitar la movilidad (35).

Por otro lado, la nefropatía diabética es otra de las principales complicaciones derivadas de la incorrecta adherencia al tratamiento en la DM2. Esta condición se produce cuando los riñones se ven afectados por la hiperglucemia crónica, lo que daña los glomérulos, las unidades filtrantes de los riñones, provocando la pérdida de proteínas en la orina y el deterioro progresivo de la función renal (4). A medida que la nefropatía avanza, los pacientes pueden desarrollar insuficiencia renal crónica. Esta condición tiene impactos físicos graves, ya que los pacientes pueden experimentar fatiga crónica, hinchazón y complicaciones relacionadas con la retención de toxinas en el cuerpo.

Las alteraciones neurológicas y de la personalidad también pueden aparecer como consecuencia de la falta de adherencia al tratamiento. La neuropatía diabética no solo afecta las extremidades, sino también los nervios autónomos, lo que puede provocar alteraciones en la función gastrointestinal, cardiovascular y sexual (36). Además, algunos pacientes pueden experimentar cambios en la personalidad, como irritabilidad, depresión o ansiedad, relacionados con el dolor crónico, las limitaciones físicas y el temor constante a las complicaciones futuras.

### 1.3. Definición operacional de la variable

**Variable:** Adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus II

**Definición conceptual:** Compromiso de las personas para seguir el régimen terapéutico para control de los síntomas de la DM2 (31).

**Definición operacional:** Grado de compromiso a la adherencia al tratamiento que se obtuvo luego de aplicar el cuestionario “**Nivel de adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus II que asisten a un hospital MINSA- Lambayeque, 2025.** Las categorías se terminaron en alta (71%-100%), media (31%-70%) y baja (0%- 30%).

#### Matriz de operacional

| Variable                  | Dimensiones                         | Indicadores                  | Instrumento  | Índices   |
|---------------------------|-------------------------------------|------------------------------|--------------|---|
| Adherencia tratamiento    | Cumplimiento de la medicación       | Dosis correcta               | Cuestionario | Alta<br>(71%-100%)<br><br>Media<br>(31%-70%)<br><br>Baja<br>(0%-30%). |
|                           |                                     | Frecuencia de consumo        |              |   |
|                           |                                     | Horario adecuado             |              |   |
|                           |                                     | No omisión de dosis          |              |   |
|                           |                                     | Adquisición oportuna         |              |   |
|                           | Seguimiento de la dieta recomendada | Evita alimentos prohibidos   |              |   |
|                           |                                     | Control de porciones         |              |   |
|                           |                                     | Preparación saludable        |              |   |
|                           |                                     | Consumo de frutas y verduras |              |   |
|                           | Control glicémico                   | Monitoreo diario de glucosa  |              |   |
|                           |                                     | Registro de mediciones       |              |   |
|                           |                                     | Control en ayunas            |              |   |
|                           |                                     | Supervisión médica           |              |   |
| Implementación de cambios |                                     |                              |              |   |

## CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

### 2.1. Tipo de investigación.

El estudio fue de enfoque cuantitativo, lo cual resulta coherente con el objetivo general de la investigación, permitiendo recolectar y analizar datos numéricos con precisión, generando resultados objetivos y generalizables (37).

De tipo descriptivo, ya que se pretendió observar las características del fenómeno sin intervenir en su desarrollo, con el fin de ofrecer una comprensión profunda del mismo (38). Esta tipología es indicada porque busca detallar la adherencia al tratamiento de los participantes tal como ocurre en su contexto real sin necesidad de establecer relaciones causales.

De diseño no experimental, la variable se estudió en su entorno natural sin ser manipulada (39).

Se representó mediante el diseño  $M \rightarrow O$

siendo M la muestra de adultos del hospital y O los datos obtenidos.

### 2.2. Población

La población y muestra de estudio conformada por 150 adultos (18 a 59 años) que acudieron a la Unidad especializada del pie diabético, al programa de enfermedades no transmisibles (ENT), a los consultorios externos de endocrinología y medicina interna del Hospital Regional Docente Las Mercedes (HRDLM) en el distrito de Chiclayo, provincia de Chiclayo, departamento de Lambayeque durante los meses de septiembre y octubre del 2025.

#### **Criterios de inclusión:**

- Jóvenes de 18 a 35 años y adultos de mediana edad de 36 a 59 años
- Con diagnóstico de DM2, que contaban con al menos doce meses de tratamiento continuo.
- Con asistencia de forma regular a sus citas médicas durante los últimos cuatro meses, con indicación de hipoglucemiantes orales o insulina y adherencia comprobada a su administración.
- Aceptación de participar voluntariamente en la investigación, firmando el consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo I
- Pacientes con dificultad para comunicarse por razones de idioma o por problemas físicos o cognitivos
- Pacientes con antecedentes de baja adherencia a tratamientos médicos previos, con el fin de garantizar la confiabilidad de los datos obtenidos.
- Que sus cuestionarios estén incompletos

Por haberse trabajado con toda la población no se aplicó técnica de muestreo.

### **2.3. Técnica e instrumento de recolección de datos:**

Este cuestionario estuvo compuesto por preguntas cerradas con respuestas dicotómicas afirmativas o negativas, diseñadas para identificar conductas y actitudes relacionadas con la adherencia al tratamiento (Anexo 3). A cada respuesta se le asignará un valor de uno (1) cuando refleje adherencia al tratamiento y cero (0) cuando no evidencia adherencia al tratamiento, según el criterio de valoración establecido (Anexo 6).

El instrumento fue aplicado de manera presencial a las personas con DM2, respetando criterios de inclusión y exclusión.

La validez se aseguró mediante juicio de un experto (Anexo 5), mientras que la confiabilidad del instrumento se verificó con un coeficiente Kuder–Richardson de 0,78.

### **2.4. Técnicas de procesamiento de datos**

Este cuestionario estuvo compuesto por preguntas cerradas con respuestas dicotómicas afirmativas o negativas, diseñadas para identificar conductas y actitudes relacionadas con la adherencia al tratamiento por cada participantes (Anexo 3). A cada una de estas se le asignó un valor de uno (1) cuando reflejó AAT y cero (0) cuando no evidenció AAT, según el criterio de valoración establecido (Anexo 6).

El nivel de adherencia por cada objetivo específico se estableció con la siguiente fórmula (37):

$$i = \frac{a}{b} * 100\%$$



Donde i: Indicador de adherencia al tratamiento

a: Suma de valores por respuestas

b: Número de preguntas

Al indicador obtenido se le categorizó según la siguiente tabla:

| <b>Indicador de adherencia al tratamiento (i)</b> | <b>Nivel de adherencia al tratamiento</b> |
|---|---|
| 0% – 30%  | Bajo                                      |
| 31% - 70%   | Medio                                     |
| 71% - 100%  | Alto                                      |

Esta misma metodología fue empleada para determinar el nivel de adherencia al tratamiento de manera global, tomando el número de preguntas la cantidad total del cuestionario.

Posteriormente, los datos recolectados fueron procesados en Excel para su análisis estadístico. Los resultados se organizaron y representaron visualmente mediante figuras. El análisis de los datos se realizó teniendo en cuenta la base teórica conceptual consultada que dio lugar a las conclusiones.

El tratamiento de datos aplicado resulta adecuado y pertinente al estructurar grandes volúmenes con coherencia y exactitud. Esta organización permitió identificar tendencias y patrones vinculados a los objetivos planteados, manteniendo una alineación clara con el enfoque cuantitativo que ha guiado la investigación.

## **2.5. Principios éticos**

En esta investigación se priorizaron los principios bioéticos para proteger los derechos y la dignidad de los participantes (40, 41).

El principio de autonomía: guio el respeto a la decisión del adulto de decidir su participación voluntaria. Previa información de los objetivos del estudio.

Principio de beneficencia: se procuró y aseguró que el estudio generara aportes significativos para la salud de las personas con DM2.

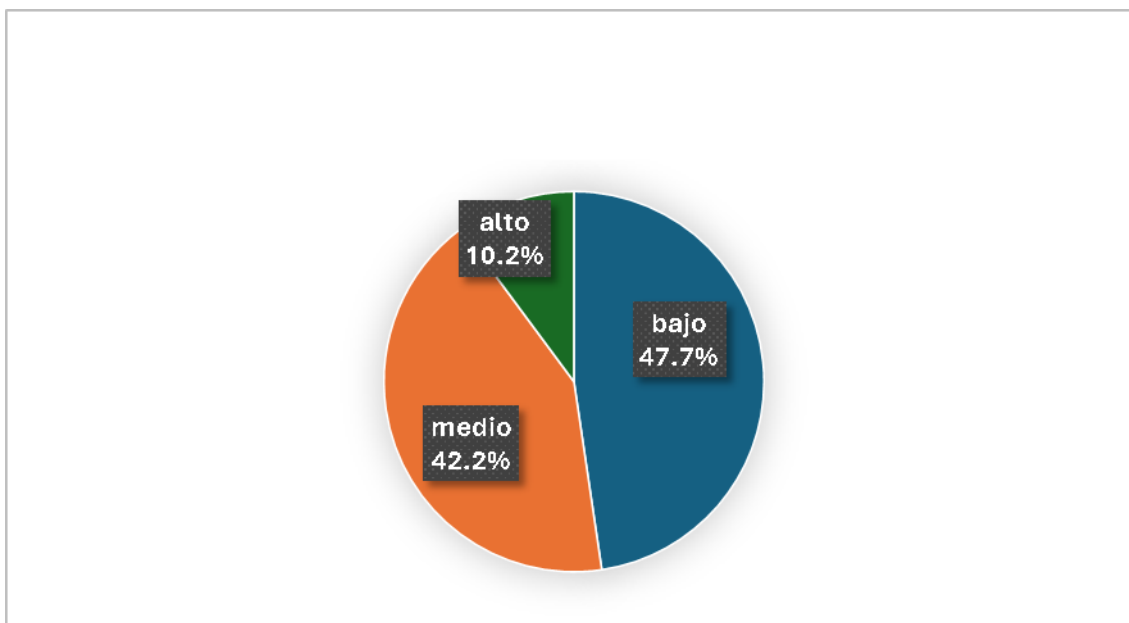
Principio de no maleficencia: se evitó cualquier daño físico o emocional durante el proceso. Se protegió su identidad, usando un código para cada participante.

Principio de justicia se aseguró la igualdad de trato y la confidencialidad de los datos, se le asignó a cada participante un código numérico correlativo según el orden en que fueron encuestados, iniciando con “#1” para el primero, “#2” para el segundo, y así sucesivamente.

Se respetó el derecho de autoría, haciendo las referencias bibliográficas en estilo Vancouver de las fuentes utilizadas.

### CAPITULO III. RESULTADOS

Para dar respuesta al objetivo general Determinar el nivel de Adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II que asisten a un hospital MINSA, Lambayeque-2025 se presenta el siguiente gráfico.

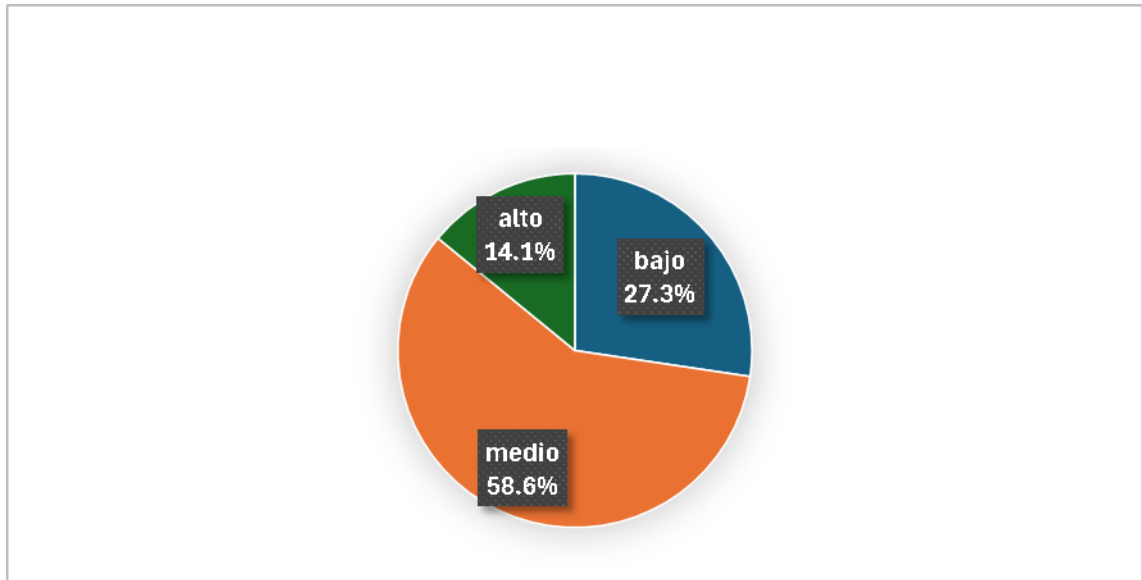


**Figura 1.** Nivel de adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II en un hospital MINSA – Lambayeque, 2025.

Fuente: Elaboración propia

Los datos muestran que el 48% de los adultos participantes tienen un nivel bajo de adherencia al tratamiento a la diabetes Mellitus tipo II, 42% un nivel medio y el 10% un nivel alto. Estos resultados indican una brecha alta de adultos que no se encuentran comprometidos con su tratamiento respecto a la toma de medicamentos, dieta y medición de la glucosa. Existiendo un riesgo latente de complicaciones,

Para dar respuesta al **objetivo específico 1** Determinar el nivel de Adherencia al tratamiento en la dimensión Regularidad en la toma de medicamentos en adultos con diabetes mellitus tipo II que asisten a un hospital MINSA nivel, Lambayeque,2025 se presenta en la siguiente figura.

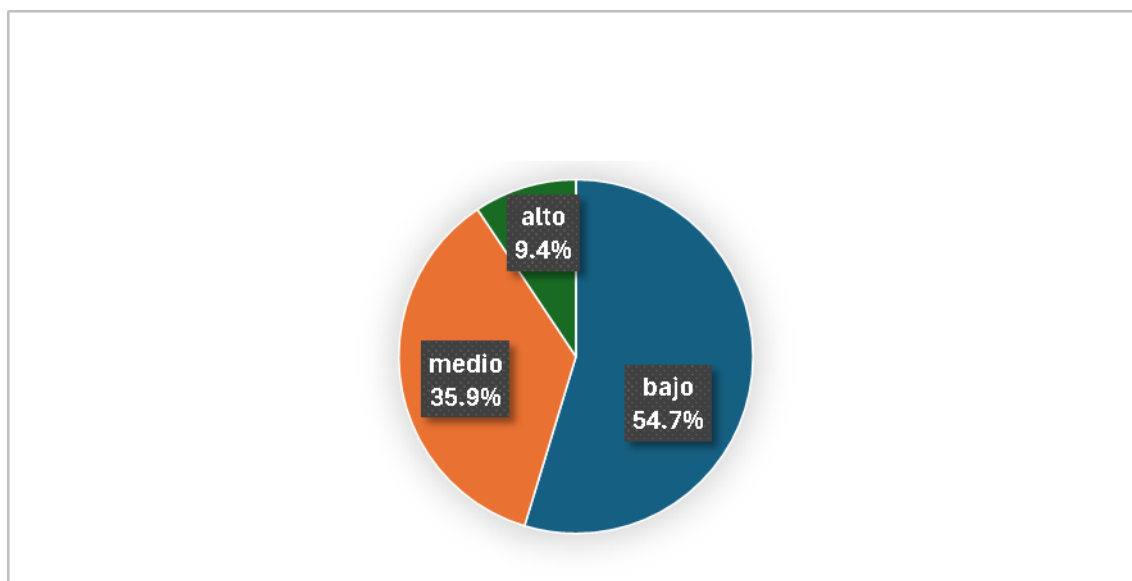


**Figura 2.** Nivel de adherencia al tratamiento en la dimensión Toma de medicamentos en adultos con diabetes mellitus tipo II en un hospital MINSA II-2 – Lambayeque 2025  
Fuente: Elaboración propia

Los datos muestran que la mayoría de los participantes (58.6%) presentan un nivel medio de adherencia al tratamiento en la dimensión Toma de medicamentos. Este hallazgo sugiere que, si bien existe una disposición parcial hacia el cumplimiento terapéutico, aún se evidencian limitaciones que podrían comprometer la efectividad del tratamiento en el largo plazo.

Por otro lado, un 27.3% de la muestra se ubica en el nivel bajo de adherencia, lo cual representa un grupo significativo de pacientes con riesgo de incumplimiento terapéutico. Solo un 14.1% alcanza un nivel alto de adherencia, lo que indica que una minoría logra mantener un comportamiento óptimo respecto a la toma de medicamentos. Este porcentaje reducido evidencia que las prácticas de adherencia plena aún no están consolidadas en la población estudiada.

Para dar respuesta al **objetivo específico 2** Determinar el nivel de Adherencia al tratamiento en la dimensión Cumplimiento de la dieta prescrita en adultos con diabetes mellitus tipo II que asisten a un hospital MINSA , Lambayeque,2025 se presenta la siguiente figura.

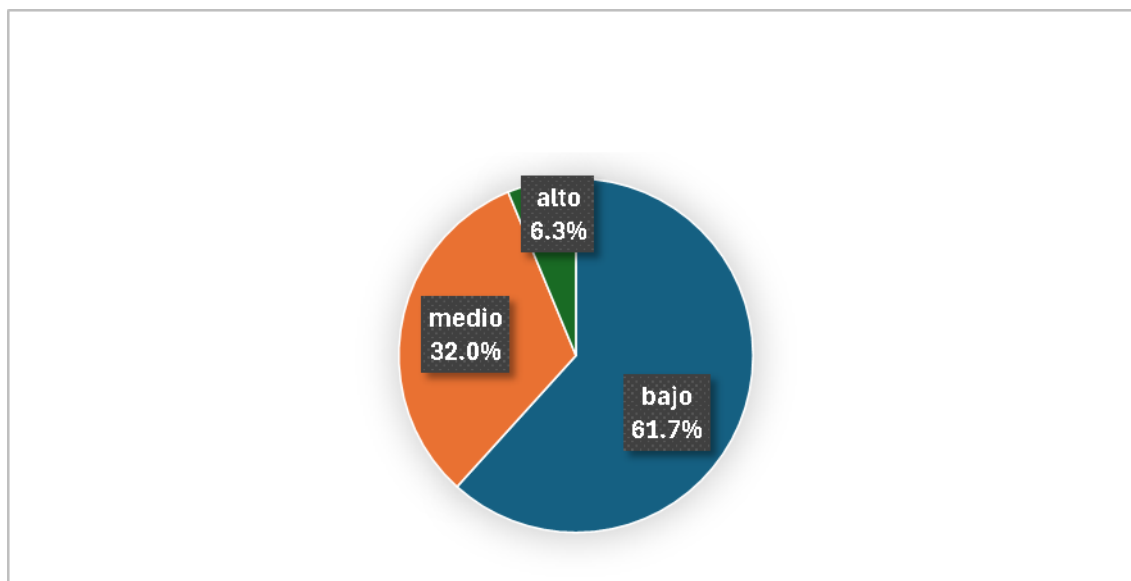


**Figura 3.** Nivel de adherencia al tratamiento en la dimensión Dieta alimentaria en adultos con diabetes mellitus tipo II en un hospital MINSA- Lambayeque, 2025. Fuente: Elaboración propia

Los resultados muestran que más de la mitad de los participantes (54.7%) presenta un nivel bajo de adherencia en la dimensión Dieta alimentaria. Esta proporción indica que una parte importante de la población evaluada mantiene prácticas alimentarias distantes de las recomendaciones nutricionales, lo cual podría generar un impacto negativo en el control metabólico.

Asimismo, el 35.9% evidencia un nivel medio de adherencia, lo que refleja un cumplimiento parcial de las pautas dietéticas, aunque aún con aspectos susceptibles de mejora. Solo un 9.4% alcanza un nivel alto de adherencia, representando a un grupo reducido que logra sostener hábitos alimentarios adecuados de manera constante.

Para dar respuesta al objetivo específico 3 Determinar el nivel de Adherencia al tratamiento en la dimensión Monitoreo de la glucosa en sangre en adultos con diabetes mellitus tipo II que asisten a un hospital MINSA, Lambayeque-2025 se presenta el siguiente gráfico.

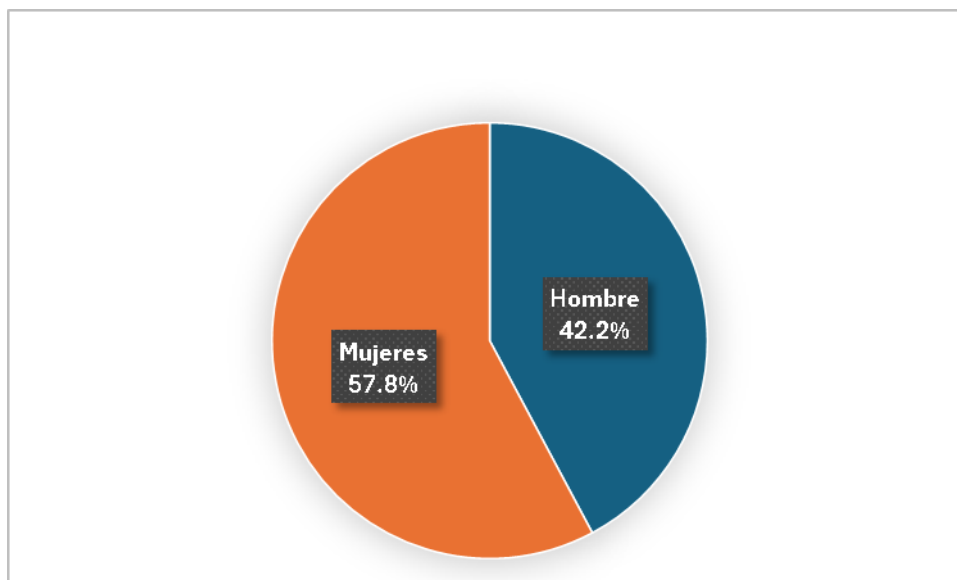


**Figura 4.** Nivel de adherencia al tratamiento en la dimensión Medición de la glucosa en adultos con diabetes mellitus tipo II en un hospital MINSA- Lambayeque, 2025  
Fuente: Elaboración propia

La distribución de los niveles de adherencia evidencia que el grupo predominante (61.7%) se ubica en la categoría baja respecto a la medición de glucosa, un comportamiento que puede comprometer la detección temprana de descompensaciones y disminuir la eficacia del tratamiento integral.

Por otro lado, el 32.0% alcanza un nivel medio de adherencia, lo que indica cierto esfuerzo por cumplir, aunque sin la regularidad necesaria para un control óptimo. En tanto , solo un 6.3% refleja un nivel alto de adherencia, lo que demuestra que pocas personas logran sostener prácticas adecuadas de automonitoreo dentro de la muestra estudiada.

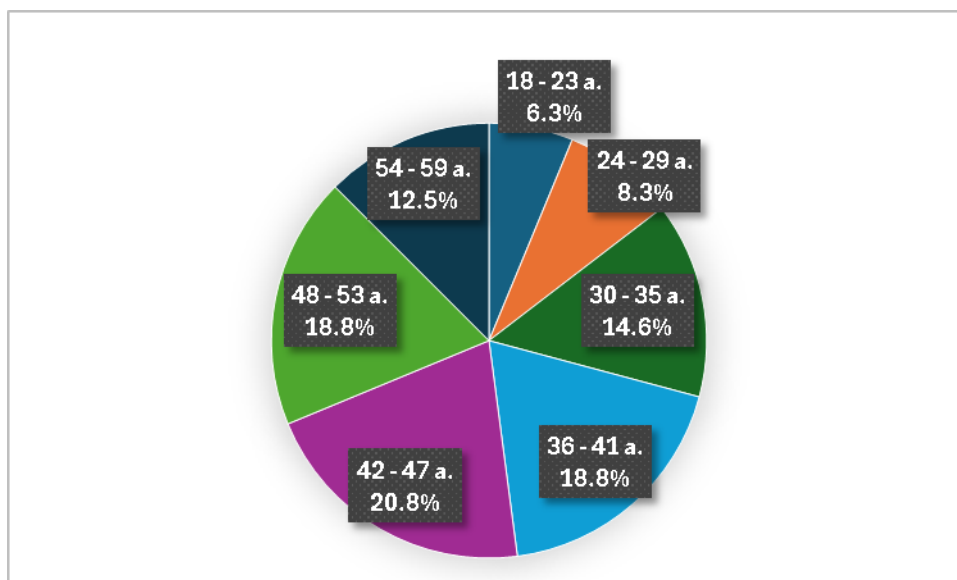
Es necesaria evidenciar los resultados referidos a l sexo y rangos etarios de los participantes de este estudio.



**Figura 5.** Sexo de los participantes en investigación “Nivel de adherencia al tratamiento en la dimensión Medición de la glucosa en adultos con diabetes mellitus tipo II en un hospital MINSA-Lambayeque, 2025

Fuente: Elaboración propia

Los resultados muestran que una mayor proporción de los participantes corresponde al sexo femenino (57.8%), en comparación con el sexo masculino, que representa el 42.2% de la muestra. Esta distribución evidencia un predominio de mujeres dentro de la población evaluada, lo cual podría influir en la interpretación de los resultados en función de características sociodemográficas y de salud asociadas al género. Asimismo, la presencia de hombres, aunque menor, constituye un porcentaje relevante que permite mantener cierta heterogeneidad en la muestra. Esta composición poblacional posibilita el análisis comparativo entre ambos grupos, aunque con un mayor peso relativo del grupo femenino.



**Figura 6.** Rangos de edad de los participantes en investigación “Nivel de adherencia al tratamiento en la dimensión Medición de la glucosa en adultos con diabetes mellitus tipo II en un hospital MINSA-Lambayeque, 2025

Fuente: Elaboración propia

Los resultados muestran que la mayor proporción de los participantes se concentra en el grupo etario de 42 a 47 años (20.8%), lo que indica un predominio de adultos en esta etapa dentro de la muestra evaluada. Asimismo, los grupos de 36 a 41 años y de 48 a 53 años presentan cada uno un 18.8%, evidenciando una distribución relativamente equilibrada en estos rangos de edad intermedia. El 14.6% corresponde a participantes de 30 a 35 años, mientras que el 12.5% se ubica entre los 54 y 59 años, reflejando una presencia moderada en estos segmentos.

Por otro lado, los grupos más jóvenes presentan menor representación, con un 8.3% entre 24 y 29 años y un 6.3% entre 18 y 23 años. Esta distribución sugiere una mayor concentración de participantes en edades adultas, con menor participación de población joven en el estudio.



## CAPITULO IV. DISCUSIÓN

La discusión se realizará teniendo en cuenta los objetivos de la investigación, se iniciará por los objetivos específicos, así tenemos el primero fue determinar el nivel de Adherencia al tratamiento en la dimensión regularidad en la toma de medicamentos en adultos con diabetes mellitus tipo II que asisten a un hospital MINSA, Lambayeque, 2025.

La adherencia terapéutica en la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) constituye uno de los pilares más importantes para garantizar un control metabólico eficaz y prevenir complicaciones crónicas. Y en este sentido la regularidad de la toma de medicamentos contribuye a que el tratamiento sea más efectivo, el cual ha sido una motivación para este estudio.

Tal es así que los resultados muestran una baja regularidad en la toma de medicamentos: el 48% de los participantes cuenta con una baja AAT, el 42% y 10% respectivamente un nivel medio y alto de adherencia; únicamente 25.0% de los participantes afirmó consumir las dosis correctas de sus medicamentos de manera regular, mientras que 75.0% manifestó no hacerlo. De igual manera, solo 31.3% declaró tomar las medicinas los días indicados, y solo 37.5% lo hizo en los horarios prescritos, cifras que revelan una brecha significativa entre la adherencia medicamentosa y la práctica cotidiana. Estos datos plantean una preocupación relevante para la salud pública, ya que la irregularidad en el consumo de fármacos compromete el control glucémico, eleva la posibilidad de complicaciones microvasculares y macrovasculares, y genera una sobrecarga en los servicios de salud.

Al contrastar estos hallazgos con la literatura reciente, se observan coincidencias y divergencias importantes. De acuerdo con Romero y Torres (42), la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con DM2 oscila entre 30% y 50% en contextos urbanos latinoamericanos, lo que evidencia similitud con los bajos niveles encontrados en este estudio. Sin embargo, la proporción de participantes que incumplen con la dosificación correcta (75.0%) resulta más alta que la reportada en investigaciones desarrolladas en Colombia y México, donde los incumplimientos alcanzan aproximadamente el 60% (43). Esto sugiere que factores sociales y estructurales específicos y propios del contexto peruano influyen en la baja adherencia.

Entre los factores identificados, destaca la influencia de las rutinas tanto laborales, como familiares. Flores y Medina (44) señalan que los pacientes con múltiples responsabilidades suelen priorizar actividades económicas y domésticas por encima de su autocuidado, lo que explica el descuido usual en la toma de medicamentos. En esa misma línea, Huamán, Paredes, et al (45) evidencian que la falta de recordatorios o apoyo familiar incrementa el riesgo de omitir dosis, fenómeno que coincide con el 43.8% de los encuestados que afirmó haber olvidado la ingesta en algún momento. Lo que se relaciona intrínsecamente con los resultados obtenidos donde la distribución sociodemográfica muestra una mayor proporción de mujeres (58%) frente a hombres (42%), con predominio etario entre los 36 y 53 años, lo cual coincide con el periodo de mayor carga laboral y responsabilidades familiares.

Otro aspecto relevante corresponde a la renovación de la medicación. En este estudio, 69.5% de los pacientes declaró renovar sus fármacos al agotarse, mientras que 30.5% no lo hace, lo que refleja una problemática alarmante. Según Gutiérrez y Andrade (46), la falta de continuidad en la adquisición de medicamentos no solo se vincula a barreras económicas sino también a dificultades de abastecimiento en los servicios públicos. Ello concuerda con las observaciones del Ministerio de Salud del Perú (47), que reconoce la irregularidad en la disponibilidad de insumos como un factor que limita la adherencia al tratamiento de DM2.

Desde el punto de vista teórico, la baja adherencia puede interpretarse a través del Modelo de Creencias en Salud, que plantea que los pacientes toman decisiones de autocuidado en función de sus percepciones de riesgo y beneficios (48). Según este modelo, es probable que parte de los participantes no perciba de manera inmediata las consecuencias de omitir sus medicamentos, lo que debilita la motivación para mantener la regularidad de estos justamente. Asimismo, factores culturales y emocionales, como el temor a la dependencia de fármacos, también pueden incidir en el incumplimiento, como lo han demostrado Salas y Rojas (49).

En este contexto, las teorías de enfermería son relevantes permiten interpretar los resultados obtenidos, evidenciando que el 48% con baja adherencia y el 75.0% que no

cumple la dosificación reflejan limitaciones en el autocuidado, tal como plantea Dorothea Orem, no solo por déficit de capacidad sino por insuficiente apoyo educativo (38). A su vez, el hecho de que solo 37.5% respete horarios y 31.3% los días indicados muestra una débil internalización de conductas saludables, lo que, según la teoría de Nola Pender, sugiere baja motivación y percepción de beneficios inmediatos (40). Asimismo, el 43.8% que olvida la medicación y el 30.5% que no renueva fármacos evidencian dificultades de adaptación al entorno, coherentes con Callista Roy, donde factores sociales y estructurales condicionan la respuesta del paciente, reforzando la necesidad de intervenciones de enfermería más contextualizadas (19).

Las consecuencias de no llevar una toma de medicamentos adecuada son múltiples. En primer lugar, un control glucémico deficiente favorece la progresión hacia complicaciones crónicas como neuropatía, nefropatía y retinopatía (50). En segundo lugar, la irregularidad terapéutica incrementa la necesidad de hospitalizaciones por descompensaciones evitables, lo que genera un mayor gasto económico tanto para el paciente como para el sistema sanitario. Además, para Martínez L, Rivera D, et al, se produce un deterioro en la calidad de vida, dado que los pacientes experimentan síntomas persistentes, limitaciones físicas y afectaciones emocionales asociadas al mal control de la enfermedad (51).

En términos de posibles soluciones, diversos estudios recomiendan implementar estrategias educativas adaptadas culturalmente. Sánchez y León (52) subrayan la eficacia de los programas de educación en salud que incorporan tecnologías digitales como aplicaciones móviles y mensajes de texto recordatorios. En el mismo sentido, Villanueva, Morales, et al (53) plantean que los programas de acompañamiento comunitario, a través de promotores de salud, mejoran la regularidad en la toma de medicamentos al crear redes de apoyo. Finalmente, políticas que garanticen el abastecimiento continuo de medicinas en hospitales y centros de atención primaria se vuelven indispensables para reducir las barreras estructurales.

Teniendo en cuenta el segundo objetivo específico: Determinar el nivel de Adherencia al tratamiento en la dimensión cumplimiento de la dieta prescrita en adultos con diabetes mellitus tipo II que asisten a un hospital MINSA nivel II-2, Lambayeque-2025

Se observa en la figura 2 una adherencia alarmantemente baja. Solo el 28.9 % afirma cumplir la dieta recomendada, mientras que el 71.1 % no lo hace. Aún más preocupante, solo el 35.2 % consume frutas y verduras diariamente, el 16.4 % cocina sin aceite y apenas el 47.7 % respeta las porciones indicadas por el personal de salud. A pesar de que estos hábitos son necesarios para el control glucémico adecuado, su ausencia compromete el tratamiento integral de la DM2.

En el contexto de Latinoamérica y el Perú, esta situación no es aislada. Un estudio llevado a cabo en Asunción, Paraguay (54), reveló que solo entre el 10 % y el 22 % de pacientes con DM2 seguía una dieta saludable la mayor parte de la semana, en conjunto con ejercicios y monitoreo glucémico regular. En Lima Norte (55), una investigación en un hospital local indicó que solo el 31.1 % mantenía cumplimiento con el tratamiento general, y aunque la mayoría tenía crecimiento en adherencia adecuada incluso con conocimientos diversas. Este autor no encontró asociación significativa entre nivel de conocimiento y nivel de adherencia al tratamiento.

Un estudio realizado en Perú en el Hospital Nacional Dos de Mayo (56) evidenció una fuerte correlación entre nivel de conocimiento sobre la DM2 y adherencia general al tratamiento. El 73.3 % de quienes reportaban alta adherencia tenían conocimientos adecuados, mientras solo el 52.1 % de quienes mostraban adherencia media contaban con conocimientos adecuados. Esto sugiere que el nivel de alfabetización en salud puede influir en las conductas de autocuidado, incluyendo la dieta, restricciones alimentaria, control de ingesta calórica, el monitoreo regular de la glucemia capilar, la práctica de actividad física adaptada a la edad y condición clínica y la asistencia periódica a consultas médicas. Lo cual es coherente con marcos teóricos como el Modelo de creencias en salud, que postula que la percepción de riesgo y beneficio condiciona la adherencia (48).

La Teoría del Comportamiento Planeado refuerza esta visión al subrayar que el comportamiento alimentario está mediado por actitudes, normas subjetivas y control percibido. Si los pacientes no reciben educación nutricional contextualizada, sí perciben altos costos o carecen de apoyo social, la iniciativa de seguir una dieta saludable se debilita

notablemente. La Organización Mundial de la Salud identifica barreras clave a la adherencia, como la falta alfabetismo sanitario o educación en salud, dificultades económicas y barreras culturales.

En esta línea, las teorías de enfermería permiten interpretar críticamente los hallazgos observados, ya que el 71.1 % que no cumple la dieta y el bajo consumo de frutas y verduras (35.2 %) evidencian limitaciones en el autocuidado no solo por déficit de conocimientos sino por escaso acompañamiento profesional (49). Esto implica que las personas cuando tienen déficit de autocuidado requieren del apoyo y que mejor de un profesional de enfermería tal como lo sostiene Dorotea Orem.

Asimismo, el hecho de que solo el 47.7 % respete porciones y apenas el 16.4 % reduzca el uso de aceite refleja una débil internalización de hábitos saludables, lo que evidencia que las personas tienen conductas de autocuidado poco saludables, se requiere motivar, educar, apoyar a los pacientes con diabetes y es aquí un espacio importante donde la enfermera debe intervenir tal como lo sostiene Nola Pender. A ello se suma que estas conductas están influenciadas por el entorno, como plantea Callista Roy, donde factores económicos y sociales condicionan la capacidad de adaptación (19).

La baja adherencia dietética también va en contra de las recomendaciones las guías nacionales e internacionales para el manejo de la DM2, que promueven una alimentación balanceada con control de porciones, reducción de grasas, aumento de frutas y verduras y planificación calórica. Su incumplimiento incrementa el riesgo de complicaciones micro y macrovasculares, hospitalizaciones, costos altos en salud y disminución en calidad de vida.

#### Posibles explicaciones del hallazgo

Según Flores (55), uno de los factores que explica la baja adherencia dietética es el acceso limitado a alimentos saludables. En muchas comunidades el precio elevado de alimentos con mejor valor nutricional impide que las familias puedan incorporarlos de manera constante en su dieta. Es así como el 71.1% de la muestra consume los alimentos prohibidos en las indicaciones médicas. A ello se suma que la educación nutricional ofrecida por el personal de salud no siempre resulta suficiente ni está adaptada a la población. Además

la presión laboral, el poco tiempo disponible y la sobrecarga de responsabilidades, ya sea como trabajadores activos o como jefes de familia, limitan la disposición para organizar preparaciones más saludables que suelen requerir mayor planificación y dedicación.

A esta dificultad se añaden factores sociales menos discutidos, como la desigualdad de ingresos que obliga a priorizar volumen sobre calidad en la compra de alimentos, la influencia de la publicidad que promueve productos ultraprocesados de bajo costo, y la inseguridad alimentaria que enfrentan algunos hogares, lo cual reduce drásticamente las posibilidades de mantener un plan dietético saludable (60). Todo esto genera un círculo vicioso que perpetúa la baja adherencia y aumenta las complicaciones derivadas de la enfermedad.

Respecto al tercer objetivo específico determinar el nivel de Adherencia al tratamiento en la dimensión Monitoreo de la glucosa en sangre en adultos con diabetes mellitus tipo II que asisten a un hospital MINSA nivel II-2, Lambayeque-2025, el monitoreo de la glucosa como componente esencial en el manejo de la diabetes permite identificar oportunamente desbalances metabólicos, prevenir complicaciones agudas y orientar decisiones terapéuticas.

En el presente estudio se identificó que el 61.7% de la población tiene baja adherencia en la medición de glucosa, el 32.0% % y 6.3% respectivamente un nivel medio y alto de adherencia. Solo el 37.5% de los pacientes realizan un control diario de su glucosa, mientras que 62.5% no lo hacen. Este hallazgo es preocupante, ya que evidencia un cumplimiento limitado.

En contraste, en Lima, Perú los investigadores Torres y Cárdenas (61) hallaron que apenas 42% de pacientes con diabetes tipo 2 realizaban controles diarios de su nivel de glucosa, situación comparable con lo observado en esta investigación. De manera similar, en Cusco, Valdez, Chacón, et al (62) reportaron un cumplimiento de 40.3%, destacando limitaciones en el acceso a glucómetros y tiras reactivas. En un estudio aplicado en Colombia,

Ramírez y Gómez (63) encontraron una adherencia más elevada (55%), lo que podría explicarse por programas de apoyo comunitario que facilitan insumos a los pacientes. En México, Rodríguez, Paredes, et al (64) reportaron apenas 36% de cumplimiento, cifra prácticamente idéntica a la observada en este estudio. Estos datos revelan que, aunque la tendencia general en Latinoamérica es de baja adherencia, existen variaciones asociadas a factores contextuales como disponibilidad de recursos, políticas públicas y nivel de educación en salud.

Un elemento central en la explicación de esta conducta lo aporta el Modelo de creencia o salud, también conocida como Teoría de Hochbaum-Kegeks. Este modelo plantea que las personas adoptan prácticas preventivas en función de su percepción del riesgo y de los beneficios. Según López, Morales, et al (65), una proporción considerable de los pacientes no percibe la gravedad de un mal control glucémico o considera que la medición diaria no tiene un impacto directo en su bienestar inmediato. Asimismo, desde la Teoría del Comportamiento Planeado, la intención de realizar monitoreos depende de la actitud hacia la práctica, la norma subjetiva y el control percibido (48). En este caso, la falta de insumos, la ausencia de apoyo familiar y la sobrecarga de responsabilidades podrían limitar la intención y la acción efectiva. Es así que muchos pacientes no sienten molestias significativas en fases tempranas de la enfermedad o interrumpen el tratamiento porque se sienten bien y creen que los medicamentos ya no son necesarios.

No relacionan causa y efecto entre mantener la glucosa controlada y evitar complicaciones a largo plazo, los beneficios se ven luego de años lo que disminuye la motivación inmediata. Se hace evidente una falta de educación personalizada y elección propia de consumir alimentos restringidos por placer de disfrutar de comidas contraindicadas dentro del tratamiento y las indicaciones del personal de salud.

Resultados como que el 61.7% con baja adherencia y el 62.5% que no realiza control diario. Desde la teoría de Orem, esta situación refleja un déficit de autocuidado que no solo depende del paciente sino del soporte educativo brindado (18). Asimismo, el reducido 6.3% con alta adherencia sugiere que solo una minoría logra integrar el monitoreo como hábito, lo que, desde la teoría de Nola Pender, indica baja motivación y escasa percepción de

beneficios inmediatos. A su vez, desde a la teoría de Callista Roy las limitaciones en acceso a insumos y el abandono de la práctica pueden interpretarse como fallas en la adaptación frente a condiciones externas, donde el entorno sanitario y social condiciona la conducta (19).

En la “Norma Técnica de Salud para la atención integral de la persona con diabetes mellitus” del Ministerio de Salud (66), establece la importancia del monitoreo diario como parte de la estrategia de autocuidado. Sin embargo, la implementación práctica de esta norma se ve obstaculizada por deficiencias en la provisión de insumos y en la capacitación del paciente. En un estudio realizado en hospitales de Trujillo, Quispe y Huamán (67) concluyeron que el 60% de los pacientes no contaban con tiras reactivas suficientes, lo que evidencia una brecha entre la normativa y la realidad. Esta discrepancia también ha sido señalada en otros países latinoamericanos, como Argentina, donde Jiménez y Soto (48) describen la falta de cobertura universal de insumos para monitoreo, generando desigualdad en el acceso.

Así mismo, los resultados obtenidos también reflejan una deficiencia en educación en salud. Un alto porcentaje de pacientes aún no asocia el monitoreo con la prevención de complicaciones crónicas, como neuropatías, nefropatías y retinopatías. Según Fernández, Ruiz, et al (68) el nivel de conocimiento sobre autocuidado era el factor más determinante para la adherencia al tratamiento, sobre todo en el monitorio de la glucosa. De forma complementaria Morales y Pérez (69) evidenciaron que intervenciones educativas grupales lograron incrementar en 20% la práctica de monitoreo en un año. Estos hallazgos confirman la importancia de integrar educación en salud en la atención de personas con diabetes.

Otro aspecto relevante es el componente psicosocial. El monitoreo diario puede generar ansiedad al enfrentarse constantemente a resultados numéricos. En este sentido, Castro, Méndez, et al. (70) en México reportaron que el miedo a resultados “malos” llevaba a algunos pacientes a evitar la práctica de manera regular. Este fenómeno, descrito como evitación conductual, se relaciona con el afrontamiento inadecuado del diagnóstico de DM2. Por ello, las intervenciones deben considerar no solo el acceso a recursos, sino también la dimensión emocional y motivacional.



Desde una perspectiva de salud pública, los resultados revelan un riesgo latente. Si más del 60% de pacientes no realiza el control adecuado, aumenta la probabilidad de descompensaciones agudas y complicaciones crónicas que incrementan la carga económica del sistema sanitario. En Perú, el gasto anual por complicaciones de diabetes fue estimado en 185 millones de soles tan solo en 2022 (71), gran parte atribuible a la falta de manejo oportuno y adherencia al tratamiento. Es así que, mejorar la adherencia al monitoreo representa una estrategia costo-efectiva y una disminución de gastos evitables.

Por lo anteriormente expuesto y para responder al objetivo general de la investigación que fue Determinar el nivel de adherencia al tratamiento en adultos con DM2 que asisten a un hospital del MINSA- Lambayeque, 2025 se presenta información relevante a continuación. Los resultados evidencian un patrón consistente de baja adherencia al tratamiento en el 48% de los adultos, el 42% y 10% respectivamente un nivel medio y alto de adherencia.

Desde el punto de vista sociodemográfico, la muestra estuvo conformada por 58% de mujeres y 42% de hombres, con mayor concentración en el rango etario de 42 a 53 años, tanto en varones como en mujeres. Esta distribución es similar a la reportada por Gutiérrez y Salazar (72), quienes identificaron mayor prevalencia de DM2 y seguimiento ambulatorio en mujeres adultas por una mayor esperanza de vida y uso de servicios de salud. Sin embargo, otros estudios como el de Ramírez et al. (73) no hallaron diferencias significativas por sexo, lo que sugiere que la adherencia no depende únicamente del género, sino de factores conductuales y educativos.

Los resultados obtenidos evidencian un nivel global de cumplimiento insuficiente al régimen terapéutico. La distribución sociodemográfica muestra una mayor proporción de mujeres (58%) frente a hombres (42%), con predominio etario entre los 36 y 53 años, lo cual coincide con el periodo de mayor carga laboral y responsabilidades familiares. Este contexto permite interpretar que factores sociales y estructurales influyen de manera determinante en la AAT.

Ramírez, Torres, et al (74), quienes identificaron que la escasa supervisión familiar y la sobrecarga laboral reducen el cumplimiento de las principales indicaciones de salud, como la regularidad en la toma de fármacos en personas con DM2. De forma similar, Torres, Méndez (75) concluyen que los pacientes con menor apoyo doméstico presentan mayor tendencia al olvido y a la suspensión voluntaria del tratamiento, lo cual coincide con el 43.8% que reconoció haber omitido dosis en algún momento.

Estudios como el de Gutiérrez, Salazar (76) señalan que la baja escolaridad en pacientes con DM<sup>2</sup> limita la comprensión de los aspectos del tratamiento, especialmente cuando no existe un acompañamiento familiar activo. Esta afirmación coincide con los resultados obtenidos en este estudio, donde 72.7% no cumple la dieta indicada y 83.6% no registra su ingesta calórica, evidenciando un cumplimiento fragmentado y no sistemático.

Pérez, Rojas, et al (77) sostienen que la ausencia de apoyo familiar disminuye la motivación para la AAT continua, especialmente con responsabilidades familiares y laborales. Esta situación se agrava cuando el paciente asume múltiples roles productivos, lo cual coincide con la elevada proporción de participantes que no realizan ejercicio regular (71.1%) ni controlan su peso semanalmente (72.7%).

La educación en salud es un factor relevante insuficientemente aprovechado. Aunque el entorno hospitalario debería constituir un espacio formativo, solo 39.8% refiere recibir o comprender la información brindada. Investigaciones recientes, como la de López, Fernández, et al (78), advierten que las charlas y mensajes educativos están poco adaptados al nivel educativo del paciente; es así que se reduce su efectividad. Este hallazgo guarda similitud con lo observado, donde la baja escolaridad actúa como una barrera estructural para la apropiación del tratamiento.

Desde una perspectiva dialéctica, los resultados confirman que la adherencia terapéutica no depende exclusivamente de la voluntad individual, sino de un entramado social donde el escaso apoyo familiar, la carga laboral y la limitada escolaridad interactúan

negativamente. A diferencia de estudios realizados en poblaciones con redes de apoyo sólidas, como el de Sánchez, Vargas, et al (79), donde se reportan niveles superiores de adherencia, la presente investigación evidencia una brecha asociada a condiciones socioeconómicas adversas.

Las consecuencias de esta baja adherencia son ampliamente documentadas. Estudios como el de Morales F, Herrera P, et al (80) advierten un mayor riesgo de descompensaciones metabólicas y complicaciones crónicas cuando no se cumple integralmente el tratamiento. Frente a ello, diversas investigaciones proponen intervenciones familiares y educativas como soluciones viables. Vega P, Ríos S (81) destacan que la inclusión del entorno familiar en la educación terapéutica mejora significativamente los indicadores de autocuidado, lo cual contrasta con la realidad observada en el presente estudio.

## CONCLUSIONES

1. En general, existe un bajo nivel de adherencia al tratamiento (48%) en adultos con diabetes mellitus tipo II que asisten a un hospital MINSA - Lambayeque, 2025. El 42% y 10% respectivamente un nivel medio y alto de adherencia. Factores como el escaso apoyo familiar, la carga laboral y la baja escolaridad influyen negativamente en el cumplimiento integral del régimen terapéutico y sus dimensiones.
2. La adherencia al tratamiento, en su dimensión Toma de medicamentos, el 58% de participantes tiene un nivel medio, un 27.3% tiene un nivel bajo, solo un 14.1% alcanza un nivel alto de adherencia. Este hallazgo sugiere que, si bien existe una disposición parcial hacia el cumplimiento terapéutico, aún se evidencian limitaciones que podrían comprometer la efectividad del tratamiento en el largo plazo. Situación producida por la falta del apoyo familiar, sobrecarga laboral y baja escolaridad.
3. La adherencia al tratamiento en la dimensión Dieta alimentaria en adultos con diabetes mellitus tipo II el 54.7% presenta un nivel bajo, el 35.9% evidencia un nivel medio, solo el 9.4% alcanza un nivel alto. Esta proporción indica que una parte importante de la población evaluada mantiene prácticas alimentarias distantes de las recomendaciones nutricionales, lo cual podría generar un impacto negativo en el control metabólico.
4. La adherencia al tratamiento en la dimensión Monitoreo de la glucosa en sangre en adultos con diabetes mellitus tipo II, el 61.7% se ubica en la categoría baja, el 32.0% alcanza un nivel medio, solo un 6.3% refleja un nivel alto. Se evidencia un comportamiento que puede comprometer la detección temprana de descompensaciones y disminuir la eficacia del tratamiento integral, pocos adultos logran sostener prácticas adecuadas de automonitoreo.

## RECOMENDACIONES

### **Para las personas diagnosticadas con DM2:**

1. Mantener el cumplimiento estricto de las indicaciones de los profesionales de salud, respetando dosis, horarios y duración. Junto con adoptar una alimentación saludable y realizar actividad física regular y acorde a la condición física.
2. Evitar la suspensión del tratamiento aun cuando se perciba mejoría clínica. Así mismo asistir regularmente a las consultas programadas.

### **Para los familiares de personas diagnosticados con DM2:**

1. Fomentar un ambiente de apoyo que facilite el cumplimiento del tratamiento: Acompañar al paciente en caminatas y demás actividades físicas, así como evitar actitudes críticas o culpabilizantes.
2. Colaborar en la preparación de comidas adecuadas para el control glucémico.

### **Para enfermeras tratantes de pacientes con DM2:**

1. Implementar sesiones de educación en salud y nutrición personalizados, virtual o presencial y culturalmente relevantes para los pacientes con DM2, que incluyan demostración y redemonstración de cuidados y recetas saludables accesibles.
2. Optimizar los tiempos de atención para evitar abandono de controles.
3. Promover el monitoreo regular de glucemia capilar. Verificar periódicamente el estado, calibración y limpieza del glucómetro; así como el almacenamiento adecuado y uso correcto de tiras reactivas.

### **Para director del HRDLM:**

1. Optimizar procesos logísticos para reducir quiebres de stock de medicamentos para pacientes con DM2, lo que evitará el rompimiento de la toma de medicamentos

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS. El número de personas con diabetes en las Américas se ha triplicado en tres décadas, según un informe de la OPS. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (Internet). Estados Unidos. 2022. Consultado el 02 de julio del 2024. URL disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-11-2022-numero-personas-con-diabetes-americas-se-ha-triplicado-tres-decadas-según>
2. Quiñones Cárdenas F. Nivel de conocimiento y el riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2022. Universidad Peruana Cayetano Heredia. (Internet). Perú. 2023. Consultado el 04 de julio del 2024. URL disponible en: [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/13997/Nivel\\_QuinonesCardenas\\_Fatima.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/13997/Nivel_QuinonesCardenas_Fatima.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
3. Araujo Chumacero M. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Universidad Ricardo Palma. (Internet). Perú. 2021. Consultado el 06 de julio del 2024. URL disponible en: <https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/6625/10711>
4. Loscalzo J, Fauci A. et al. Principios de Medicina Interna-Harrison. Editorial McGraw Hill. (Internet). México. 2020. Consultado el 08 de julio del 2024. URL disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=3118>
5. Montes L. Políticas y prácticas alimentarias en América Latina. Universidad Nacional Autónoma de México. (Internet). No especificado. No especificado. Consultado el 16 de julio del 2024. URL disponible en: [https://www.google.com.pe/books/edition/Comida\\_chatarra/8FJbzQEACAAJ?hl=es](https://www.google.com.pe/books/edition/Comida_chatarra/8FJbzQEACAAJ?hl=es)
6. CDC Perú. El 96,5% de la población diagnosticada con diabetes tiene diabetes tipo 2. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú). (Internet). Perú. 2022. Consultado el 07 de agosto del 2024. URL disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informativo/prensa/cdc-peru-el-965-de-la-poblacion-diagnosticada-con-diabetes-tiene-diabetes-tipo-2/>
7. Revilla L. Epidemiología de la diabetes en el Perú. Ministerio de Salud. (Internet). Perú. 2021. Consultado el 24 de julio del 2024. URL disponible en: [https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/wp-content/uploads/2022/01/Unidad-I-Tema-1-Epidemiologia-de-la-diabetes\\_pub.pdf](https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/wp-content/uploads/2022/01/Unidad-I-Tema-1-Epidemiologia-de-la-diabetes_pub.pdf)
8. Cárdenas M. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital nacional de Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (Internet). Perú. 2021. Consultado el 26 de julio del 2024. URL disponible en: [https://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172021000100034&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172021000100034&script=sci_arttext)

9. Guivin U. Factores sociodemográficos y antropométricos asociados a complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 en la región Lambayeque, Perú, 2022. Universidad de San Martín de Porres. (Internet). Perú. Consultado el 18 de noviembre del 2024. URL disponible en: [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/20.500.12727/12936/1/guivin\\_utl.pdf](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/20.500.12727/12936/1/guivin_utl.pdf)
10. Chunga M, Vásquez C, Jiménez F, et al . Conocimientos sobre Diabetes Mellitus 2 en pacientes de dos hospitales de Lambayeque. Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 11(1). (Internet). Perú. Consultado el 18 de noviembre del 2024. URL disponible en: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/51>
11. Mora J. Adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 en México: Estudio de meta-análisis. Universidad Nacional Autónoma de México. (Internet). México. 2022. Consultado el 15 de agosto del 2024. URL disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/6678/667873518016/>
12. Rondón J, Angelucci L. Relación entre depresión y adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2, considerando la red de apoyo social, las estrategias de afrontamiento y el sexo. Universidad Central de Venezuela, Universidad Católica Andrés Bello. (Internet). Venezuela. 2021. Consultado el 17 de agosto del 2024. URL disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4767/476770005010/>
13. Ramírez M, Tello A, Rodríguez A. Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. (Internet). México. 2020. Consultado el 19 de agosto del 2024. URL disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4578/457868591015/>
14. Villalba J, Almirón J, Torales J. Comprendiendo la conducta del paciente con diabetes: estrategias para mejorar la adherencia terapéutica. Universidad Nacional de Asunción. (Internet). Paraguay. 2021. Consultado el 21 de agosto del 2024. URL disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/7037/703773711008/html/>
15. Mora F. Adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus 2 Hospital Marino Molina, Lima, 2020. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (Internet). Perú. 2020. Consultado el 09 de agosto del 2024. URL disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/4ae39d09-c042-4f37-b335-81755c9bbede/content>
16. Vallejo J. Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el centro materno infantil Juan Pablo II, año 2022. Universidad Nacional Federico Villareal. (Internet). Perú. 2022. Consultado el 11 de agosto del 2024. URL disponible en:

[https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/6104/TESIS\\_VALLEJOS\\_GABRIEL\\_JORGE\\_FERNANDO.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/6104/TESIS_VALLEJOS_GABRIEL_JORGE_FERNANDO.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

17. Fernández N. Adherencia al tratamiento y calidad de vida de pacientes con diabetes en el centro de salud “José Leonardo Ortiz” 2020. Universidad Señor de Sipán. (Internet). Perú. 2022. Consultado el 13 de agosto del 2024. URL disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/10380>
18. Saldaña V. Apoyo social en la adherencia al tratamiento de la diabetes en adultos del hospital provincial docente Belén de Lambayeque, 2019. Universidad Señor de Sipán. (Internet). Perú. 2020. Consultado el 23 de agosto del 2024. URL disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/6932>
19. Altamirano J. Nivel de conocimiento del autocuidado para prevenir pie diabético en pacientes del Hospital Regional de Lambayeque – Chiclayo 2022. Universidad Señor de Sipán. (Internet). Perú. 2023. Consultado el 25 de agosto del 2024. URL disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/11931>
20. Pastrana J, García G. Fisiopatología y patología general básicas. 2da edic. Editorial ELSEVIER. (Internet). México. 2023. Consultado el 27 de agosto del 2024. URL disponible en: [edimeinter.com/catalogo/novedad/fisiopatologia-patologia-general-basicas-ciencias-la-salud-2a-edicion-2023/](http://edimeinter.com/catalogo/novedad/fisiopatologia-patologia-general-basicas-ciencias-la-salud-2a-edicion-2023/)
21. Grossman S, Marrson C. Poth - Fisiopatología. 10a edic. Editorial Wolters Kluwer. (Internet). México. 2019. Consultado el 04 de setiembre del 2024. URL disponible en: [studocu.com/latam/document/universidad-catolica-de-honduras/fisiopatologia-ii/fisiopatologia-10ed-porth-pdf/50345447](http://studocu.com/latam/document/universidad-catolica-de-honduras/fisiopatologia-ii/fisiopatologia-10ed-porth-pdf/50345447)
22. Cabrera A, Ventura C. Manejo clínico de diabetes gestacional en Latinoamérica. Universidad San Carlos. (Internet). Guatemala. 2021. Consultado el 06 de setiembre del 2024. URL disponible en: <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2021/127.pdf>
23. Ramírez C. Diabetes: abordaje integral. Universidad de Guadalajara. (Internet). México. 2020. Consultado el 08 de setiembre del 2024. URL disponible en: <https://www.google.com.pe/books/edition/Diabetes/oGAhzgEACAAJ?hl=es>
24. López M. Diagnóstico y terapéutica a través de casos clínicos en diabetes mellitus. Editorial Elsevier. (Internet). España. 2023. Consultado el 22 de setiembre del 2024. URL disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=K5cwEQAAQBAJ&newbks=0&printsec=frontcover&>



dq=complicaciones+diabetes&hl=es&source=newbks\_fb&redir\_esc=y#v=onepage&q=complicaciones%20diabetes&f=false

25. MINSA. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. Ministerio de Salud del Perú. (Internet). Perú. 2016. Consultado el 24 de setiembre del 2024. URL disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/6279.pdf>
26. López R, Mendoza S. Estrategias terapéuticas en pacientes diabéticos. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. (Internet). México. 2019. Consultado el 26 de setiembre del 2024. URL disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-74592019000300383](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592019000300383)
27. Cortés D. Digitalización en la atención sanitaria domiciliaria. Universidad Pontificia Comillas. (Internet). España. 2023. Consultado el 28 de setiembre del 2024. URL disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/81263>
28. Fernández P. La mejora de la gestión sanitaria en el hogar. Universidad Pontificia Comillas. (Internet). España. 2021. Consultado el 30 de setiembre del 2024. URL disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/65353/PFG001354.pdf?sequence=1>
29. Salazar M. Impacto del manejo de enfermedades crónicas en México. Universidad Nacional Autónoma de México. (Internet). México. 2021. Consultado el 06 de octubre del 2024. URL disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2594-21662021000400897&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2594-21662021000400897&script=sci_arttext)
30. Hernández A. Diabetes: Atención integral basada en evidencia. Editorial Elsevier. (Internet). España. 2015. Consultado el 22 de octubre del 2024. URL disponible en: [https://www.google.com.pe/books/edition/Diabetes\\_Atenci%C3%B3n\\_integral/iyApEQAAQBAJ?hl=es&gbpv=0](https://www.google.com.pe/books/edition/Diabetes_Atenci%C3%B3n_integral/iyApEQAAQBAJ?hl=es&gbpv=0)
31. Castro M, Aguilar C, Liceaga M, et al. Complicaciones crónicas en la diabetes mellitus. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. (Internet). México. 2023. Consultado el 24 de octubre del 2024. URL disponible en: [https://www.google.com.pe/books/edition/Complicaciones\\_cr%C3%B3nicas\\_en\\_la\\_diabetes/PvTAEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1](https://www.google.com.pe/books/edition/Complicaciones_cr%C3%B3nicas_en_la_diabetes/PvTAEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1)

32. Pérez M. Prevención de complicaciones microvasculares en diabetes mellitus. Universidad de Buenos Aires. (Internet). Argentina. 2021. Consultado el 26 de octubre del 2024. URL disponible en: [https://www.google.com.pe/books/edition/Prevenci%C3%B3n\\_de\\_complicaciones\\_microvasc\\_u/ESba0AEACAAJ?hl=es](https://www.google.com.pe/books/edition/Prevenci%C3%B3n_de_complicaciones_microvasc_u/ESba0AEACAAJ?hl=es)
33. Smith R. Diabetes y corazón: manejo de complicaciones cardiovasculares. American Heart Association. (Internet). Estados Unidos. 2020. Consultado el 28 de octubre del 2024. URL disponible en: [https://www.google.com.pe/books/edition/Diabetes\\_y\\_coraz%C3%B3n/fSApEQAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=complicaciones+diabetes&printsec=frontcover](https://www.google.com.pe/books/edition/Diabetes_y_coraz%C3%B3n/fSApEQAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=complicaciones+diabetes&printsec=frontcover)
34. González R. Controversias en medicina: síndrome metabólico y diabetes. Universidad de Sevilla. (Internet). España. 2022. Consultado el 30 de octubre del 2024. URL disponible en: [https://www.google.com.pe/books/edition/Controversias\\_en\\_medicina\\_S%C3%ADndrome\\_m\\_eta/ryLwEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=complicaciones+diabetes&pg=PA27&printsec=frontcover](https://www.google.com.pe/books/edition/Controversias_en_medicina_S%C3%ADndrome_m_eta/ryLwEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=complicaciones+diabetes&pg=PA27&printsec=frontcover)
35. MINSA. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. Ministerio de Salud del Perú. (Internet). Perú. 2016. Consultado el 01 de noviembre del 2024. URL disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/390201/guia-de-practica-clinica-para-el-diagnostico-tratamiento-y-control-de-la-diabetes-mellitus-tipo-2-en-el-primer-nivel-de-atencion.pdf?v=1571241245>
36. Varela F, Pérez M. Endocrinología del envejecimiento. Editorial Médica Panamericana. (Internet). España. 2021. Consultado el 05 de noviembre del 2024. URL disponible en: [https://www.google.com.pe/books/edition/Endocrinolog%C3%ADa\\_del\\_envejecimiento/qLnHEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=0](https://www.google.com.pe/books/edition/Endocrinolog%C3%ADa_del_envejecimiento/qLnHEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=0)
37. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación. 2º edic. Editorial McGraw Hill. (Internet). México. 2023. Consultado el 07 de noviembre del 2024. URL disponible en: [https://www.sancristoballibros.com/libro/metodologia-de-la-investigacion\\_93340](https://www.sancristoballibros.com/libro/metodologia-de-la-investigacion_93340)
38. Mar A, Barbosa J, et al. Metodología de la investigación: Métodos y técnicas. 2º edic. Editorial PATRIA. (Internet). México. 2021. Consultado el 09 de noviembre del 2024. URL disponible en: <https://hachettelivre.mx/libro/metodologia-de-la-investigacion-metodos-y-tecnicas-9786075506210/>

39. Enrique M. Metodología de investigación científica universitaria. 2º edic. Editorial Soluciones Gráficas. (Internet). Perú. 2021. Consultado el 11 de noviembre del 2024. URL disponible en: <https://filadd.com/doc/libro-metodologia-de-la-investigacion-cientifica>
40. Rivera M. Política de ética de la investigación. Instituto Nacional de Salud Pública de México. (Internet). México. 2020. Consultado el 13 de noviembre del 2024. URL disponible en: [https://www.google.com.pe/books/edition/Pol%C3%ADtica\\_de\\_%C3%A9tica\\_de\\_la\\_investigaci%C3%B3n/cfEw0AEACAAJ?hl=es](https://www.google.com.pe/books/edition/Pol%C3%ADtica_de_%C3%A9tica_de_la_investigaci%C3%B3n/cfEw0AEACAAJ?hl=es)
41. Rodríguez J. Hacia una ética de la investigación en salud. Universidad Nacional de Colombia. (Internet). Colombia. 2020. Consultado el 15 de setiembre del 2025. URL disponible en: [https://www.google.com.pe/books/edition/Hacia\\_una\\_%C3%A9tica\\_de\\_la\\_investigaci%C3%B3n\\_en/P5i80AEACAAJ?hl=es](https://www.google.com.pe/books/edition/Hacia_una_%C3%A9tica_de_la_investigaci%C3%B3n_en/P5i80AEACAAJ?hl=es)
42. Romero F, Torres P. Adherencia en diabetes mellitus tipo 2: tendencias en Latinoamérica. Revista Iberoamericana de Endocrinología. 19(2). Editorial Iberoamericana de Ciencias Médicas. (Internet). México. 2021. Consultado el 09 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://reviberoendo.org/articulo/adherencia-diabetes-latinoamerica>
43. Pérez J, Torres H, Aguilar N. Adherencia al tratamiento farmacológico en DM2: un estudio multicéntrico en Latinoamérica. Diabetes y Metabolismo. 48(1). Editorial Latinoamericana de Endocrinología. (Internet). Perú. 2022. Consultado el 10 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://revdiabmet.org/articulo/adherencia-multicentrico>
44. Flores M, Medina R. Factores sociales y laborales en la adherencia terapéutica en diabetes mellitus. Revista Latinoamericana de Salud Pública. 45(2). Editorial Panamericana de Salud. (Internet). México. 2023. Consultado el 11 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://revlatinosalud.org/articulo/factores-sociales-adherencia>
45. Huamán J, Paredes A, Núñez F. Redes de apoyo y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas. Revista Peruana de Enfermería. 28(3). Universidad Peruana Cayetano Heredia. (Internet). Perú. 2024. Consultado el 12 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://revperenf.upch.edu.pe/articulo/redes-apoyo-adherencia>
46. Gutiérrez C, Andrade V. Barreras económicas y de acceso en la adherencia farmacológica en diabetes. Salud y Sociedad. 36(1). Editorial Médica del Pacífico. (Internet). Perú. 2021. Consultado

el 13 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://saludysociedad.org/articulo/barreras-acceso-diabetes>

47. Ministerio de Salud del Perú. Informe sobre disponibilidad de medicamentos en establecimientos de salud del MINSA. Lima: MINSA. (Internet). Perú. 2022. Consultado el 14 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://www.gob.pe/minsa/informe-disponibilidad-medicamentos>
48. Jiménez P, Soto G. Aplicación del modelo de creencias en salud en la adherencia a tratamientos crónicos. *Psicología y Salud*. 32(2). Universidad Veracruzana. (Internet). México. 2020. Consultado el 15 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/articulo/modelo-creencias-adherencia>
49. Salas K, Rojas A. Percepciones y creencias sobre el tratamiento farmacológico en diabetes. *Revista Colombiana de Psicología de la Salud*. 7(1). Universidad Nacional de Colombia. (Internet). Colombia. 2021. Consultado el 16 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://revcolpsisalud.unal.edu.co/articulo/percepciones-creencias-diabetes>
50. Organización Panamericana de la Salud. Diabetes en las Américas: panorama y desafíos. Washington D.C.: OPS. (Internet). Estados Unidos. 2023. Consultado el 17 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/diabetes-americas>
51. Martínez L, Rivera D, Ortega S. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y adherencia terapéutica. *Medicina y Bienestar*. 12(4). Editorial Salud Viva. (Internet). Perú. 2022. Consultado el 18 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://medicinaybienestar.org/articulo/calidad-vida-adherencia>
52. Sánchez M, León V. Tecnologías móviles para mejorar la adherencia terapéutica en enfermedades crónicas. *Salud Digital Latinoamericana*. 6(2). Red Latinoamericana de Salud Digital. (Internet). Chile. 2020. Consultado el 19 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://saludigital.lat/articulo/tecnologias-moviles-adherencia>
53. Villanueva G, Morales J, Quispe A. Promotores comunitarios en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Andina de Salud Comunitaria*. 14(1). Universidad Nacional del Altiplano. (Internet). Perú. 2024. Consultado el 20 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://revandinasalud.pe/articulo/promotores-comunitarios-diabetes>
54. González N. Adherencia a las intervenciones dietéticas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Nutrición Clínica y Metabolismo*. (Internet). Colombia. 2021. Consultado el 22 de

- setiembre del 2025. URL disponible en:  
<https://revistanutricionclinica.metabolismo.co/articulo/adherencia-intervenciones-dieteticas-2021>
55. Flores M. Conocimientos sobre diabetes mellitus y adherencia al tratamiento en pacientes con DM2 en un hospital de Lima Norte, 2024. Universidad Continental. (Internet). Perú. 2025. Consultado el 22 de setiembre del 2025. URL disponible en:  
<https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/dm2lima2025>
56. Gutiérrez A. Nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y adherencia al tratamiento en pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2023. Universidad Continental. (Internet). Perú. 2025. Consultado el 22 de setiembre del 2025. URL disponible en:  
<https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/diabetes2dosdemayo2025>
57. Koo H, Bin X, Kwan J, et al. Tendencias emergentes en telesalud y enfoques impulsados por IA para el manejo de la obesidad: una nueva perspectiva. Revista malasiana de ciencias médicas. (Internet). India. 2025. Consultado el 22 de setiembre del 2025. URL disponible en  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12097168/>
58. Organización Mundial de la Salud. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento. OMS. (Internet). España. 2023. Consultado el 22 de setiembre del 2025. URL disponible en:  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11766829/>
59. Juárez E. Creencias y adherencia al tratamiento en diabetes mellitus. Universidad Nacional de México. (Internet). México. 2023. Consultado el 22 de setiembre del 2025. URL disponible en:  
<https://repositorio.biblioteca.mx/doc/juarez-pacheco-2023-creencias-adherencia>
60. Bañuelos M, Gallardo L, Pineda I. Prácticas alimentarias en la diabetes tipo 2: construcción, validez y confiabilidad de una escala. Universidad Autónoma de Querétaro. (Internet). España. 2025. Consultado el 22 de setiembre del 2025. URL disponible en:  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112025000100009](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112025000100009)
61. Torres L, Cárdenas V. Adherencia al autocontrol de glucosa en pacientes de Lima Metropolitana. Revista Peruana de Endocrinología. (Internet). Perú. 2021; 9(2):40–48. Consultado el 22 de setiembre del 2025. URL disponible en:  
<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/rpendocrino/article/view/412>
62. Valdez R, Chacón M, Huilca D. Prácticas de autocontrol glucémico en pacientes de Cusco. Revista Andina de Salud. (Internet). Perú. 2022; 11(2):23–30. Consultado el 22 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://revistas.uandina.edu.pe/index.php/rasalud/article/view/119>

63. Ramírez A, Gómez F. Adherencia al control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2 en Colombia. *Revista Colombiana de Endocrinología*. (Internet). Colombia. 2023; 30(1):15–23. Consultado el 22 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://revistaendocrino.org.co/index.php/endocrino/article/view/305>
64. Rodríguez H, Paredes S, Vega J. Factores asociados al monitoreo glucémico en pacientes mexicanos. *Revista Mexicana de Endocrinología*. (Internet). México. 2021; 18(3):72–81. Consultado el 22 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://revistamexendocrinologia.org.mx/index.php/rme/article/view/198>
65. López A, Morales C, Díaz P. Acceso a insumos para el control de glucemia en pacientes con diabetes en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*. (Internet). Argentina. 2022; 13(3):56–64. Consultado el 22 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://rasp.msal.gov.ar/archivos/vol13n3/lopez2022.pdf>
66. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Norma técnica de salud para la atención integral de la persona con diabetes mellitus. MINSA. (Internet). Perú. 2020. Consultado el 22 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://repositorio.minsa.gob.pe/handle/20.500.14196/1356>
67. Quispe J, Huamán P. Disponibilidad de insumos para el autocontrol de glucosa en hospitales de Trujillo. *Revista Médica Norte*. (Internet). Perú. 2021; 12(1):33–41. Consultado el 22 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://revistas.usan.edu.pe/index.php/remenorte/article/view/88>
68. Fernández M, Ruiz G, Soto L. Conocimiento y prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus en Lima Metropolitana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. (Internet). Perú. 2023; 40(1):21–28. Consultado el 22 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/1234>
69. Morales E, Pérez R. Efectividad de la educación grupal en la adherencia al monitoreo glucémico en Chile. *Revista Chilena de Endocrinología*. (Internet). Chile. 2021; 28(4):67–75. Consultado el 22 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://revistas.uchile.cl/index.php/rhendocrino/article/view/227>
70. Castro J, Méndez R, Alvarado P. Factores emocionales en la adherencia al monitoreo glucémico en pacientes mexicanos. *Revista Latinoamericana de Psicología de la Salud*. (Internet). México. 2022; 14(2):45–58. Consultado el 22 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://revistas.latpsicologiasalud.mx/article/view/503>

71. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Informe de costos de la atención de complicaciones por diabetes en el sistema sanitario. MINSA. (Internet). Perú. 2022. Consultado el 22 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://repositorio.minsa.gob.pe/handle/20.500.14196/2871>
72. Gutiérrez A, Salazar D. Factores sociodemográficos asociados a la diabetes mellitus tipo 2 en adultos. *Revista Médica del Perú*. (Internet). Perú. 2021; 38(4):312–320. Consultado el 22 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://rpmp.org.pe/article/view/factoresdm2>
73. Ramírez V, Torres M, Quispe A. Adherencia terapéutica en adultos con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en hospitales públicos. *Horizonte Médico*. (Internet). Perú. 2023; 23(3):56–64. Consultado el 22 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://revistas.urp.edu.pe/index.php/horizontemedico/article/view/adherencia2023>
74. Ramírez V, Torres M, León J. Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en establecimientos de salud pública. *Revista Peruana de Salud Pública*. (Internet). Perú. 2022. Consultado el 22 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://repositorio.ins.gob.pe/handle/INS/1432>
75. Torres A, Méndez L. Factores sociales asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. *Revista Latinoamericana de Enfermería*. (Internet). Brasil. 2021. Consultado el 22 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/8fKxLqXJ9fJd9kM>
76. Gutiérrez A, Salazar D. Nivel educativo y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del Perú*. (Internet). Perú. 2023. Consultado el 22 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/12345>
77. Pérez C, Rojas P, Silva M. Influencia del apoyo familiar en el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Chilena de Nutrición*. (Internet). Chile. 2024. Consultado el 22 de setiembre del 2025. URL disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182024000300210](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182024000300210)
78. López R, Fernández J, Castillo P. Educación sanitaria y adherencia terapéutica en pacientes crónicos. *Educación Médica*. (Internet). España. 2025. Consultado el 22 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-educacion-sanitaria-adherencia>
79. Sánchez H, Vargas L, Molina F. Influencia del entorno familiar en el autocuidado de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Atención Primaria*. (Internet). España. 2021. Consultado el 22 de setiembre

del 2025. URL disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721001456>

80. Morales F, Herrera P, Díaz C. Consecuencias clínicas de la baja adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo 2. *Diabetes Clínica*. (Internet). Chile. 2023. Consultado el 22 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://www.revistasoched.cl/index.php/diabetes/article/view/567>
81. Vega P, Ríos S. Impacto de las intervenciones familiares en la adherencia terapéutica de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Journal of Nursing Research*. (Internet). Estados Unidos. 2026. Consultado el 22 de setiembre del 2025. URL disponible en: <https://journals.lww.com/jnrjournal/fulltext/2026/01000>



## **ANEXOS**

## A1. Matriz de consistencia

| PROBLEMA GENERAL  | OBJETIVO GENERAL   | VARIABLES Y DIMENSIONES   | METODOLOGÍA  |
|---|--|---|--|
| ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus II que asisten a un hospital MINSA, Lambayeque, 2025?   | Determinar el nivel de adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II que asisten a un hospital MINSA - Lambayeque, 2025   | <p><b>Adherencia al tratamiento (VI):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumplimiento de la medicación</li> <li>- Seguimiento de la dieta recomendada</li> <li>- Control glicémico</li> </ul> | <p><b>Diseño:</b><br/>Cuantitativa, descriptiva, transversal</p> <p><b>Población:</b><br/>Adultos que asistan a las áreas de atención del Hospital Regional Docente ‘Las Mercedes’</p> <p><b>Muestreo y Muestra:</b><br/>El muestreo será no probabilístico, aplicado a 128 sujetos</p> <p><b>Técnica e Instrumento:</b><br/>Encuesta y cuestionario respectivamente</p> <p><b>Procesamiento:</b><br/>Se tipearán las respuestas de los cuestionarios y se hará un análisis estadístico para posteriormente realizar conclusiones y recomendaciones.</p> |
| PROBLEMAS ESPECÍFICOS   | OBJETIVOS ESPECÍFICOS  |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuál es el nivel de Adherencia al tratamiento en la dimensión Regularidad en la toma de medicamentos en adultos con diabetes mellitus tipo II que asisten a un hospital MINSA - Lambayeque, 2025?</li> <li>- ¿Cuál es el nivel de Adherencia al tratamiento en la dimensión Cumplimiento de la dieta prescrita en adultos con diabetes mellitus tipo II que asisten a un hospital MINSA - Lambayeque, 2025?</li> <li>- ¿Cuál es el nivel de Adherencia al tratamiento en la dimensión Monitoreo de la glucosa en sangre en adultos con diabetes mellitus tipo II que asisten a un hospital MINSA - Lambayeque, 2025?</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar el nivel de Adherencia al tratamiento en la dimensión Regularidad en la toma de medicamentos en adultos con diabetes mellitus tipo II que asisten a un hospital MINSA - Lambayeque, 2025</li> <li>- Determinar el nivel de Adherencia al tratamiento en la dimensión Cumplimiento de la dieta prescrita en adultos con diabetes mellitus tipo II que asisten a un hospital MINSA - Lambayeque, 2025</li> <li>- Determinar el nivel de Adherencia al tratamiento en la dimensión Monitoreo de la glucosa en sangre en adultos con diabetes mellitus tipo II que asisten a un hospital MINSA - Lambayeque, 2025</li> </ul> |   |  |

## A2. Operacionalización de variables

| Variable               | Dimensiones                         | Indicadores                  | Instrumento  | Índices   |
|------------------------|-------------------------------------|------------------------------|--------------|---|
| Adherencia tratamiento | Cumplimiento de la medicación       | Dosis correcta               | Cuestionario | Alta (71%-100%)<br>Media (31%-70%)<br>Baja (0%- 30%). |
|                        |                                     | Frecuencia de consumo        |              |   |
|                        |                                     | Horario adecuado             |              |   |
|                        |                                     | No omisión de dosis          |              |   |
|                        |                                     | Adquisición oportuna         |              |   |
|                        | Seguimiento de la dieta recomendada | Evita alimentos prohibidos   |              |   |
|                        |                                     | Control de porciones         |              |   |
|                        |                                     | Preparación saludable        |              |   |
|                        |                                     | Consumo de frutas y verduras |              |   |
|                        | Control glicémico                   | Monitoreo diario de glucosa  |              |   |
|                        |                                     | Registro de mediciones       |              |   |
|                        |                                     | Control en ayunas            |              |   |
|                        |                                     | Supervisión médica           |              |   |
|                        |                                     | Implementación de cambios    |              |   |

### A3. Instrumento de aplicación

## UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

### FACULTAD DE ENFERMERÍA

#### NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ASISTEN A UN HOSPITAL MINSA, LAMBAYEQUE, 2025"

#### Cuestionario

**DATOS GENERALES:** Seudónimo: \_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de preguntas relacionadas a Nivel de adherencia al tratamiento y tratamiento de la diabetes mellitus 2

| N° | ITEMS  | Respuesta   |
|----|--|---|
| 1. | ¿Está dispuesto a responder una serie de preguntas que le plantearemos a continuación? | (Sí) (No)   |
| 2. | ¿De qué sexo es Ud?  | (M) (F)   |
| 3. | ¿En qué rango de edad se encuentra?  | (18 a 23 años) (24 a 29 años)<br>(30 a 35 años) (36 a 41 años)<br>(42 a 47 años) (48 a 53 años)<br>(54 a 59 años) |
| 4. | ¿Toma Ud las dosis correctas indicados por su médico?                                  | (Sí) (No)   |
| 5. | ¿Cumple Ud con tomar las medicinas los días indicados?                                 | (Sí) (No)   |
| 6. | ¿Toma Ud la medicación a la hora indicada?   | (Sí) (No)   |
| 7. | ¿Ud. se olvidó de alguna dosis en el último mes?                                       | (Sí) (No)   |
| 8. | ¿Consigue más de sus medicamentos cuando están por terminarse?                         | (Sí) (No)   |
| 9. | ¿Evita Ud los alimentos prohibidos en las indicaciones médicas?                        | (Sí) (No)   |

|     |  |           |
|-----|--|-----------|
| 10. | ¿Consume sus alimentos según las porciones indicadas?                            | (Sí) (No) |
| 11. | ¿Cocina Ud sus alimentos sin usar o incluir aceite de cocina?                    | (Sí) (No) |
| 12. | ¿Consume Ud más de 3 piezas de frutas diariamente?                               | (Sí) (No) |
| 13. | ¿Mide Ud su glucosa diariamente?   | (Sí) (No) |
| 14. | ¿Mide Ud su glucosa en ayunas?   | (Sí) (No) |
| 15. | ¿Anota Ud sus niveles de glucosa?  | (Sí) (No) |
| 16. | ¿Recibe Ud educación en salud cuando le miden el nivel de azúcar en el hospital? | (Sí) (No) |
| 17. | ¿Cambia Ud su alimentación o medicinas según sus niveles de azúcar?              | (Sí) (No) |

#### A4. Matriz de juicio de expertos

**Nombre del instrumento:** Cuestionario sobre nivel de adherencia al tratamiento en adultos con DM2

**Investigador(a):** Bach. Carlos Irán Mejía Huamán

**Juez evaluador:** Dra. Teofila Esperanza Ruiz Oliva

**Especialidad:** Doctorado en enfermería

**Fecha de evaluación:** 10 / 07 / 2024

| N° | Item   | Claridad del ítem                 | Redacción adecuada                | Pertinencia del ítem              | Comentarios adicionales                                    |
|----|--|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| 1. | ¿Toma Ud las dosis correctas indicados por su médico?          | (X) Alta<br>( ) Media<br>( ) Baja | (X) Alta<br>( ) Media<br>( ) Baja | (X) Alta<br>( ) Media<br>( ) Baja |  |
| 2. | ¿Cumple Ud con tomar las medicinas los días indicados?         | (X) Alta<br>( ) Media<br>( ) Baja | (X) Alta<br>( ) Media<br>( ) Baja | (X) Alta<br>( ) Media<br>( ) Baja |  |
| 3. | ¿Toma Ud la medicación a la hora indicada?                     | (X) Alta<br>( ) Media<br>( ) Baja | (X) Alta<br>( ) Media<br>( ) Baja | (X) Alta<br>( ) Media<br>( ) Baja |  |
| 4. | ¿Omite o se olvida Ud de alguna dosis?                         | ( ) Alta<br>( ) Media<br>(X) Baja | (X) Alta<br>( ) Media<br>( ) Baja | (X) Alta<br>( ) Media<br>( ) Baja | Eliminar “Omite”<br>Cambiar “olvida” por “olvida de tomar” |
| 5. | ¿Consigue más de sus medicamentos cuando están por terminarse? | ( ) Alta<br>(X) Media<br>( ) Baja | (X) Alta<br>( ) Media<br>( ) Baja | (X) Alta<br>( ) Media<br>( ) Baja |  |

|     |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|
| 6.  | ¿Evita Ud los alimentos prohibidos en las indicaciones médicas?                  | <input type="radio"/> Alta<br><input checked="" type="radio"/> Media<br><input type="radio"/> Baja | <input checked="" type="radio"/> Alta<br><input type="radio"/> Media<br><input type="radio"/> Baja | <input checked="" type="radio"/> Alta<br><input type="radio"/> Media<br><input type="radio"/> Baja |  |
| 7.  | ¿Consume sus alimentos según las porciones indicadas?                            | <input type="radio"/> Alta<br><input checked="" type="radio"/> Media<br><input type="radio"/> Baja | <input checked="" type="radio"/> Alta<br><input type="radio"/> Media<br><input type="radio"/> Baja | <input checked="" type="radio"/> Alta<br><input type="radio"/> Media<br><input type="radio"/> Baja |  |
| 8.  | ¿Cocina Ud sus alimentos sin usar o incluir aceite de cocina?                    | <input type="radio"/> Alta<br><input checked="" type="radio"/> Media<br><input type="radio"/> Baja | <input checked="" type="radio"/> Alta<br><input type="radio"/> Media<br><input type="radio"/> Baja | <input checked="" type="radio"/> Alta<br><input type="radio"/> Media<br><input type="radio"/> Baja |  |
| 9.  | ¿Consume Ud más de 3 piezas de frutas diariamente?                               | <input type="radio"/> Alta<br><input checked="" type="radio"/> Media<br><input type="radio"/> Baja | <input checked="" type="radio"/> Alta<br><input type="radio"/> Media<br><input type="radio"/> Baja | <input checked="" type="radio"/> Alta<br><input type="radio"/> Media<br><input type="radio"/> Baja |  |
| 10. | ¿Mide Ud su glucosa diariamente?   | <input type="radio"/> Alta<br><input checked="" type="radio"/> Media<br><input type="radio"/> Baja | <input checked="" type="radio"/> Alta<br><input type="radio"/> Media<br><input type="radio"/> Baja | <input checked="" type="radio"/> Alta<br><input type="radio"/> Media<br><input type="radio"/> Baja |  |
| 11. | ¿Mide Ud su glucosa en ayunas?   | <input type="radio"/> Alta<br><input checked="" type="radio"/> Media<br><input type="radio"/> Baja | <input checked="" type="radio"/> Alta<br><input type="radio"/> Media<br><input type="radio"/> Baja | <input checked="" type="radio"/> Alta<br><input type="radio"/> Media<br><input type="radio"/> Baja |  |
| 12. | ¿Registra Ud sus niveles de glucosa?   | <input type="radio"/> Alta<br><input checked="" type="radio"/> Media<br><input type="radio"/> Baja | <input checked="" type="radio"/> Alta<br><input type="radio"/> Media<br><input type="radio"/> Baja | <input checked="" type="radio"/> Alta<br><input type="radio"/> Media<br><input type="radio"/> Baja |  |
| 13. | ¿Recibe Ud educación en salud cuando le miden el nivel de azúcar en el hospital? | <input type="radio"/> Alta<br><input checked="" type="radio"/> Media<br><input type="radio"/> Baja | <input checked="" type="radio"/> Alta<br><input type="radio"/> Media<br><input type="radio"/> Baja | <input checked="" type="radio"/> Alta<br><input type="radio"/> Media<br><input type="radio"/> Baja |  |
| 14. | ¿Cambia Ud su alimentación o medicinas según sus niveles de azúcar?              | <input type="radio"/> Alta<br><input checked="" type="radio"/> Media<br><input type="radio"/> Baja | <input checked="" type="radio"/> Alta<br><input type="radio"/> Media<br><input type="radio"/> Baja | <input checked="" type="radio"/> Alta<br><input type="radio"/> Media<br><input type="radio"/> Baja |  |

**Observaciones adicionales del juez:**

### A5. Valores por pregunta para procesamiento de datos

| Dimensión                           | N°  | Item o pregunta  | Valor por respuesta |    |
|-------------------------------------|-----|--|---------------------|----|
|                                     |     |  | SÍ                  | NO |
| Cumplimiento de la medicación       | 1.  | ¿Toma Ud las dosis correctas indicados por su médico?                            | 1                   | 0  |
|                                     | 2.  | ¿Cumple Ud con tomar las medicinas los días indicados?                           | 1                   | 0  |
|                                     | 3.  | ¿Toma Ud la medicación a la hora indicada?                                       | 1                   | 0  |
|                                     | 4.  | ¿Omite o se olvida Ud de alguna dosis?   | 0                   | 1  |
|                                     | 5.  | ¿Consigue más de sus medicamentos cuando están por terminarse?                   | 1                   | 0  |
| Seguimiento de la dieta recomendada | 6.  | ¿Evita Ud los alimentos prohibidos en las indicaciones médicas?                  | 1                   | 0  |
|                                     | 7.  | ¿Consume sus alimentos según las porciones indicadas?                            | 1                   | 0  |
|                                     | 8.  | ¿Cocina Ud sus alimentos sin usar o incluir aceite de cocina?                    | 1                   | 0  |
|                                     | 9.  | ¿Consume Ud más de 3 piezas de frutas diariamente?                               | 1                   | 0  |
| Control glicémico                   | 10. | ¿Mide Ud su glucosa diariamente?   | 1                   | 0  |
|                                     | 11. | ¿Mide Ud su glucosa en ayunas?   | 1                   | 0  |
|                                     | 12. | ¿Registra Ud sus niveles de glucosa?   | 1                   | 0  |
|                                     | 13. | ¿Recibe Ud educación en salud cuando le miden el nivel de azúcar en el hospital? | 1                   | 0  |
|                                     | 14. | ¿Cambia Ud su alimentación o medicinas según sus niveles de azúcar?              | 1                   | 0  |

## A6. Consentimiento informado

### “AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA”

Chiclayo, 20 de septiembre de 2025

Título del estudio: “*Nivel de adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo 2*”

Yo, \_\_\_\_\_, con documento de identidad N.º \_\_\_\_\_, declaro que he recibido información detallada, clara y suficiente sobre la naturaleza, objetivos, procedimientos, beneficios y posibles riesgos de este estudio. He comprendido que mi participación implica brindar información mediante un instrumento validado, y que los resultados serán utilizados exclusivamente con fines investigativos.

Me han garantizado la confidencialidad de mis datos y el anonimato de mi identidad en todas las etapas del estudio. Sé que no recibiré compensación económica y que no hay implicancia directa sobre mi tratamiento habitual. He sido informado(a) de que puedo retirarme del estudio sin tener que dar explicaciones y sin que ello afecte mi atención médica.

Confirmando mi decisión libre, consciente y voluntaria de participar, autorizando el uso de los datos recolectados conforme a los principios éticos y legales vigentes.

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



## A7. Solicitud de ingreso a hospital

### “AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA”

Chiclayo, 20 de septiembre de 2025

Señor(a)  
Director(a) General  
Hospital Regional Docente “Las Mercedes”  
Chiclayo – Lambayeque

De mi consideración:

Me dirijo a usted con el propósito de solicitar la autorización correspondiente para ingresar al Hospital Regional Docente “Las Mercedes” y aplicar un instrumento de recolección de datos en el marco de mi investigación titulada *“Nivel de adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II que asisten a un hospital MINSA – Lambayeque, 2025”*. Dicha investigación se desarrolla con fines académicos como requisito para optar el grado de licenciado en enfermería por la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

El instrumento que se aplicará consiste en un cuestionario de elaboración propia (**Anexo 1**), validado por juicio de expertos, y será dirigido a personas jóvenes y adultas de mediana edad que asisten a consulta externa de endocrinología, emergencias y el programa de enfermedades no transmisibles del hospital. La recolección de datos se realizará de manera respetuosa, ética y sin interferir en las actividades asistenciales.

Agradezco de antemano su atención y quedo atenta/o a cualquier requerimiento adicional.

Atentamente,

Carlos Irán Mejía Huamán  
DNI: 76458174