

## **NIVEL DE CONOCIMIENTOS DIETÉTICOS RELACIONADO A LA ADHERENCIA ALIMENTARIA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2. HOSPITAL DISTRITAL SANTA ISABEL TRUJILLO, 2013.**

### **FAMILY VIOLENCE IN PREGNANCY WITH THE PRESENCE OF OBSTETRIC EMERGENCIES. REGIONAL HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRON OF CHIMBOTE. MARCH - MAY 2014.**

**Raquel Aurora, Ramos Salinas**

Ex alumna de la escuela profesional de Medicina, Universidad César Vallejo.

Recibido: 10 junio 2015 - Aceptado: 10 julio 2015

#### **RESUMEN**

El objetivo de esta investigación fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento dietético y la adherencia alimentaria, en 92 pacientes con DM2, en el hospital Santa Isabel de El Porvenir, Diciembre 2013. Se encontró que el nivel de conocimiento dietético fue alto, siendo 17.5% varones y 14.3% mujeres. Conocimiento dietético alto, por Edad: 16.7%, entre 20 a 39 años, 19.6% entre 40 a 59 años y 11.4% de 60 años a más, sin diferencias significativas ( $p=0.850$ ). Conocimiento dietético alto, por nivel educativo: primario 3.3%, secundario 22.4% y superior 23.12%. ( $p=0,028$ ). El nivel de Conocimiento dietético: alto 16.3%, medio 67.4% y bajo 16.3%. Adherencia alimentaria: ideal, 25%; regular 60.9% y malo 14.1%, con relación positiva moderada,  $r=0.680$ ,  $p=0,000$ . El nivel de conocimientos dietéticos se relaciona con adherencia alimentaria en pacientes con DM2.

**Palabras clave:** Nivel de conocimientos dietéticos, adherencia alimentaria, diabetes mellitus.

#### **ABSTRACT**

In order to identify whether physical, sexual and psychological and emotional domestic violence can cause an obstetric emergency during pregnancy. Quantitative observational research study, no experimental design, cross-sectional correlational research was conducted. With a sample population of 182 pregnant women who attended her pregnancy in antenatal care at Regional Hospital Eleazar Guzman Barron Chimbote. During the period March 2014 May Those pregnant women were selected using simple random interview applied to data collection results were entered into a database created in Excel computer then the software SPSS version 17 for Windows. Results were processed to evaluate the correlation of the variables through the chi square significance level  $p < 0.05$ . The results showed that during pregnancy the frequency of physical violence occurs sometimes several times in 17.6% and 1.6%, psychological and emotional violence occurs sometimes several times in 53.3% and 23.6%, and the sexual violence occurs only sometimes by 15.4%, respectively; also that the frequency of obstetric emergencies during the first, second and third trimester of pregnancy was 31.9%, 18.7% and 4.9%, respectively; finally concluded that there is no relationship between physical and sexual violence with any of obstetric emergencies in the first quarter ( $p > 0.05$ ); there is only relation between psychological violence and obstetric emergencies such as abortion and threatened abortion ( $p < 0.01$ ), but pregnant women who suffered psychological and emotional violence in the second trimester had emergency in which there is only relation between psychological violence and obstetric emergencies such as abortion ( $p < 0.01$ ) and threatened abortion ( $p < 0.01$ ). The type of violence that occurred in Pregnancy regarding his relationship with the type of obstetric emergency in Quarter III, it was concluded that the Physical Violence present highly significant dependence abruption ( $p < 0.01$ ), compared to women who received psychological violence, in the III quarter only exists Threat delivery ( $p < 0.05$ )

**Key words:** Family violence, pregnancy, obstetric emergencies.

## I. INTRODUCCIÓN

Se reportan 4 millones de muertes en el mundo por Diabetes mellitus2 (Dm2).

En el 2011, se diagnosticaron 366 millones y existen otros 280 millones, con alto riesgo de desarrollo1. En América Latina y Caribe, 19 millones la padecen y para el 2025, serán 40 millones2.

En Perú, el 2000, había 1'961,000.

La prevalencia en la población, va de 1-8%, siendo Piura 754 mil diabéticos y para el 2030, habrá y Lima los más afectados3. En el tratamiento de DM2, es necesario adecuada adherencia. Ello, incluye: colaboración del paciente, identificación y cumplimiento de indicaciones. La no adherencia, incluido el régimen nutricional, tiene efectos a corto plazo (hiperglicemia) y largo plazo (complicaciones vasculares, pie diabético, retinopatía y falla renal), impide evaluar la efectividad del tratamiento, afecta la calidad de vida, eleva los costos por pérdida de productividad, y los recursos para rehabilitación y pensiones1. Lancharos L. et al4 (Colombia, 2010), estudiaron la adherencia al régimen nutricional, en personas con DM2. El 77% presentó buen nivel de conocimientos (M: 83% vs H: 67%). Se encontraron diferencias por género, niveles de educación; aunque el tiempo no influyó en la adherencia. La relación entre conocimientos, actitudes y prácticas con la adherencia no fue estadísticamente significativa, pero la correlación entre conocimientos ( $p = 0,05$ ) y adherencia ( $p=0,05$ ) fueron las de mayor valor. Cabrera A. et al<sup>5</sup> (España, 2010), relacionaron estilo de vida de diabéticos y adherencia al tratamiento. El 52% de hombres y 72% de mujeres, mostraron adherencia.

El 93%, superaba el consumo recomendado de grasas (> 10% de la ingesta) y el 69% padecía síndrome metabólico. Baca B. et al<sup>6</sup> (España, 2008), identificaron el nivel de conocimiento sobre autocuidado del paciente con DM2; el 56% fueron varones, con promedio de 60 años.

El nivel fue: insuficiente (79 %), regular

(15.9%) y alto (5.4%), sin diferencias estadísticas. Álvarez D.<sup>7</sup> (México, 2005), evaluó el conocimiento sobre DM2, dieta, adherencia y relación con el control glucémico. El conocimiento de la dieta fue: bueno 94.5%, moderado 3.1%, leve 1.3% y pésimo 1.1%. La respuesta con mayor acierto fue, limitar consumo de grasas, con 98.44% y con menor acierto, que el ejercicio disminuye la glicemia 71.35%. La adherencia alcanzó 60.2%, en que casi siempre se consume la misma cantidad de alimentos/día, 64.1%, en que nunca preparan alimentos con manteca, 58.6%, en que siempre comen harinas, y 90.4%, en que pocas veces ingieren refrescos, papas fritas, hallándose mejor adherencia en aquellos con mayor grado de instrucción ( $p<0.05$ ). Leguizamón M.<sup>8</sup> (Argentina, 2004), evaluó el grado de adherencia a dietoterapia en DM2. El 58% fueron féminas. El 13% manifestó cumplir siempre con el régimen, el 62%, cumplir a veces y 25%, nunca. Motivos para falta de adhesión, fueron mala situación económica, con 47%, y falta de información, con 27%. Un 10% de la población, tuvo un conocimiento nutricional bueno, y el 37 %, malo. No se halló correlación entre grado de adherencia al plan de alimentación y conocimiento nutricional. Molina Y.<sup>9</sup> (Perú, 2008), reportó la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de diabéticos de un Hospital Nacional. El 78 % eran de sexo femenino, el 68.9% presentó regular adherencia, 21.2% óptima adherencia y 9.8% no adherencia al tratamiento.

En DM2 existe un trastorno en la secreción de insulina, resistencia periférica a ella y producción excesiva de glucosa<sup>10</sup>. Los adipocitos regulan la secreción y acción de la insulina, contribuyendo a la intolerancia a la glucosa<sup>11</sup>. En fases tempranas, la tolerancia es normal, pues las células beta aumentan la producción de insulina. Conforme progresa la resistencia a ésta, los islotes no pueden mantener el

hiperinsulinismo, y ocurre intolerancia hidrocarbonada con hiperglicemia y Diabetes<sup>10,11</sup>.

Dietoterapia, es el conocimiento, con apego a principios de nutrición y planificación de comidas<sup>10</sup>, promoviendo cambios en los estilos de vida<sup>11</sup>. Para integrar la nutrición al tratamiento de diabetes, se requiere modificar hábitos de alimentación, sin privación de alimentos para bajar de peso o lograr control metabólico<sup>12</sup>. Para Haynes y Rand, "Adherencia" es "el grado en que el tomar medicamento, seguir régimen alimentario y cambiar modo de vida, se corresponden con las recomendaciones del prestador", y la OMS avala estas afirmaciones, señalando la diferencia entre adherencia y observancia; ya que la primera requiere, la conformidad del paciente<sup>13</sup>, vía una estrategia que garantiza su cumplimiento<sup>14</sup>. En la adherencia, se involucran factores: socioeconómicos, relacionados al tratamiento, a la enfermedad, y al equipo sanitario<sup>15</sup>. La dieta es la medida más efectiva para la prevención y manejo de la enfermedad. No existe una dieta estándar y efectiva para todos los pacientes, pero se recomienda la prescripción individual en función de las características clínicas, metabólicas, preferencias y hábitos del paciente<sup>16</sup>. Los alimentos se distribuyen en 5 a 6 porciones diarias.

El fraccionamiento mejora la adherencia a la dieta, reduce picos glucémicos postprandiales, y resulta útil en insulino terapia<sup>16</sup>. La dieta, busca normalizar peso y control glucémico, previniendo factores de riesgo cardiovascular, garantizando necesidades nutricionales, aportando energía para mantener el peso, disminuyendo el exceso de grasa, normalizando el control metabólico, manteniendo niveles óptimos de glucemia y presión arterial<sup>18</sup>. El aporte calórico es básico en el paciente con DM2. Con (IMC): 20-25 kg/m<sup>2</sup>, debe recibir 25-35 kcal/kg peso/día. La obesidad (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>) ocurre en pacientes con DM2, relacionándose con aumento de la mortalidad global y cardiovascular. En el

obeso, la reducción del peso, se relaciona con baja mortalidad y morbilidad<sup>19</sup>.

La intervención nutricional es lo más efectivo para la pérdida de peso; incluye además, ejercicio físico e intervención motivacional para cambio de hábitos.

Las dietas con aporte elevado de hidratos de carbono (55-60%) y bajas en grasa han sido utilizadas con base en sus beneficios sobre el riesgo cardiovascular<sup>20</sup>. Se ha justificado el uso de proteínas, por los beneficios sobre la pérdida de peso o mejoras del control glucémico, recomendándose una ingesta de 15-20%<sup>18</sup>. Se recomienda un aporte < 7% de grasa saturada, y aumentar el de grasas poliinsaturadas con efecto cardioprotector<sup>2</sup>. El plan de alimentación del paciente con diabetes debe ser personalizado, según edad, sexo, estado metabólico, situación biológica, actividad física, enfermedades intercurrentes, hábitos socioculturales, situación económica y disponibilidad de los alimentos<sup>19</sup>. DM2 representa grave problema de salud pública en Perú, ocasionada por malos hábitos alimenticios, generando perjuicios personales, económicos y sanitarios.

La falta de adherencia al tratamiento, eleva costos por su cronicidad, las complicaciones que ocasiona, lo cual lleva a rehabilitación, pérdida de productividad, entre otros. Nuestro estudio brinda información para fortalecer estrategias que incrementan la adherencia nutricional al control de la DM, y contribuyen a mejorar la calidad de vida. En tal sentido se planteó el problema siguiente: ¿Existe relación entre el nivel de conocimientos dietéticos y la adherencia alimentaria en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. En el Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir, Diciembre del 2013? También se propusieron los objetivos siguientes: Determinar la relación entre el nivel de conocimientos dietéticos y la adherencia alimentaria en pacientes con DM2, en el Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir, Diciembre del 2013. Establecer el nivel de conocimiento dietético en

pacientes con DM2, según; edad, género y grado de instrucción, y Valorar la adherencia alimentaria en pacientes con

DM2, según edad, género y grado de instrucción.

## II. MATERIAL Y MÉTODOS

Se utilizó un diseño Correlacional, prospectivo, cuya población muestral estuvo constituida por 92 pacientes diabéticos que asistieron al consultorio de medicina interna del Hospital Santa Isabel de El Porvenir en Diciembre del 2013. Los criterios de inclusión fueron: Paciente diabético, que tenga como mínimo 1 año de diagnosticada la enfermedad; Paciente diabético que por lo menos tuvo 2 controles en la consulta Nutricional en el Hospital Santa Isabel de El Porvenir; Paciente diabético que firme el consentimiento informado Paciente que tenga una edad menor de 70 años; Paciente que consuma alimentación en casa, por lo menos 5 días a la semana. Y los criterios de exclusión fueron: Paciente hospitalizado con diabetes mellitus 2 con complicaciones asociadas a la diabetes u otras causas; Paciente diabético que tenga enfermedad consuntiva como cáncer o Hipotiroidismo y Paciente con discapacidad para la

comunicación verbal o escrita. Se utilizó la Técnica de la encuesta cuyo instrumento fue el cuestionario estructurado el cual recogía información general y presentaba un cuestionario de 10 preguntas que evalúa el Conocimiento de Dietoterapia y Adherencia del paciente a la Dietoterapia. La validación del instrumento fue realizada por Álvarez D.<sup>7</sup> y revisado por expertos para aplicar a nivel local. Para la confiabilidad se aplicó técnica de equivalencia, aplicando un piloto a 10 pacientes diabéticos del Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir, en dos momentos distintos y por dos personas distintas, verificándose la similitud de los resultados en un 98.5% a los datos obtenidos. Para el análisis estadístico se elaboró una base de datos, el cual se analizó con el programa estadístico SPSS versión 19.0. Para determinar la correlación se usó la correlación Rho de Spearman.

## III. RESULTADOS

Tabla 1. Relación entre el nivel de conocimientos y la adherencia nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir en Dic. 2013.

NIVEL DE CONOCIMIENTO DIETÉTICO	ADHERENCIA ALIMENTARIA								RHO DE SPEARMAN
	MALO		REGULAR		IDEAL		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
BAJO	12	13.0%	3	3.3%	0	0.0%	15	16.3%	R=0680
MEDIO	1	1.1%	48	52.2%	13	14.1%	62	67.4%	p=0.000
ALTO	0	0.0%	5	5.4%	10	10.9%	15	16.3%	
TOTAL	13	14.1%	56	60.9%	23	25.0%	92	100.0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla 2. Nivel de conocimiento dietético en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, según género, edad y grado de instrucción. Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir en Dic. 2013.

		NIVEL DE CONOCIMIENTO DIETÉTICO						CHI CUADRADO
CARACTERÍSTICA	INDICADOR	BAJO		MEDIO		ALTO		
		N=15	%	N=62	%	N=15	%	
GÉNERO	FEMENINO	11	19.3%	36	63.2%	10	17.5%	X=1.36 p=0.506
	MASCULINO	4	11.4%	26	74.3%	5	14.3%	
INTERVALO DE EDAD	20 A 39 AÑOS	1	16.7%	4	66.7%	1	16.7%	X=1.36 p=0.850
	40 A 59 AÑOS	7	13.7%	34	66.7%	10	19.6%	
	60 AÑOS A MAS	7	20.0%	24	68.6%	4	11.4%	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA	9	30.0%	20	66.7%	1	3.3%	X=10.87 p=0.028
	SECUNDARIA	6	12.2%	32	65.3%	11	22.4%	
	SUPERIOR	0	0.0%	10	76.9%	3	23.1%	

Fuente: Ficha de Recolección de Datos.

Tabla 3. Adherencia alimentaria en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, según género, edad y grado de instrucción. Hospital Distrital Santa Isabel del Porvenir en Diciembre del 2013.

		NIVEL DE CONOCIMIENTO DIETÉTICO						CHI CUADRADO
CARACTERÍSTICA	INDICADOR	MALO		REGULAR		IDEAL		
		N=13	%	N=56	%	N=23	%	
GÉNERO	FEMENINO	4	11.4%	18	51.4%	13	37.1%	X=4.45 p=0.108
	MASCULINO	9	15.8%	38	66.7%	10	17.5%	
INTERVALO DE EDAD	20 A 39 AÑOS	0	0.0%	5	83.3%	1	16.7%	X=6.09 p=0.192
	40 A 59 AÑOS	6	11.8%	28	54.9%	17	33.3%	
	60 AÑOS A MAS	7	20.0%	23	65.7%	5	14.3%	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA	8	26.7%	18	60.0%	4	13.3%	X=9.87 p=0.043
	SECUNDARIA	5	10.2%	31	63.5%	13	26.5%	
	SUPERIOR	0	0.0%	7	53.8%	6	46.2%	

Fuente: Ficha de Recolección de Datos.

#### IV. DISCUSIÓN

En la Tabla 1, el nivel de conocimiento dietético en mujeres fue: alto en el 17.5%, medio en el 63.2% y bajo en el 19.3%; en varones fue: alto en el 14.3%, regular en el 74.3% y bajo en el 11.4%, ( $p=0.506$ ), lo cual se puede deber a que las mujeres están más pendientes de los alimentos que deben o no consumir, pues muchas son más cuidadosas respecto a su ingesta. Lancharos P. et al<sup>4</sup>, reporta que el 77% de pacientes presentaron alto nivel de conocimiento dietético, siendo mayor en mujeres (83%) que hombres (67%), sin diferencias estadísticas. Baca

B. et al<sup>6</sup>, señaló que sólo el 5.4% tuvieron nivel alto de conocimiento, sin diferencias estadísticamente significativas. Esta variabilidad del nivel de conocimiento, dependería de la complejidad del test de conocimiento o del grado de conocimiento individual de la persona; por tanto, las diferencias halladas se deberían al azar y no a pertenecer a determinado sexo.

Al comparar el nivel de conocimiento dietético, según intervalo de edad, se encontró nivel alto de: 16.7% entre 20 a 39 años; 19.6% entre 40 a 59 años y

11.4% entre 60 años >, ( $p=0.850$ ). Esto expresa que los intervalos de edad establecidos no influyen en el nivel de conocimiento dietético, a pesar de existir un consultorio nutricional. Al analizar el nivel de conocimiento según grado de instrucción, en los diabéticos con instrucción primaria, el nivel de conocimiento fue alto 3.3%, medio 66.7% y bajo 30%; con instrucción secundaria, fue alto 22.4%, medio 65.3% y bajo 12.2% y con instrucción superior, fue alto 23.1%, medio 76.9% y bajo de 0% ( $p=0,028$ ), indicando que a mayor el grado de instrucción, mayor el conocimiento sobre la dieta. En la Tabla 2, el género femenino tuvo la siguiente distribución de adherencia: ideal 37.7%, regular 51.4% y malo 11.4%; mientras que los hombres: ideal 17.5 %, regular 66.7% y malo 15.8%, No hubo diferencias, ( $p=0.108$ ), entre mujeres y hombres. Cabrera A et al<sup>5</sup>, describió que 72% de mujeres y 52% de hombres tuvieron adherencia alimentaria óptima. Halló mayor adherencia porcentual en el sexo femenino, pero no estadísticamente significativa ( $p>0.05$ ). Bellido D. et al<sup>12</sup> señala al olvido como principal causa de no adherencia alimentaria, en ambos grupos. Martínez P. et al<sup>13</sup> incluyó otros factores de no adherencia: posibilidades económicas, gustos y preferencias culturales del paciente.

Al comparar el nivel de adherencia alimentaria, según intervalo de edad, encontró que el nivel de adherencia dietética ideal en el grupo de 20 a 39 años fue 16.7%, en el grupo de 40 a 59 años fue 33.3% y de 60 años a más 14,3%, no encontrándose diferencias estadísticamente significativa ( $p=0.192$ ) entre intervalos. No se hallaron estudios que indiquen diferencias de la

adherencia por intervalo de edad. Leguizamón M.<sup>8</sup> señaló como motivo de falta de adherencia, a la situación económica con 47%, al déficit de información con 27%. Por lo tanto, el intervalo edad no tendría un rol importante en la vinculación con la adherencia al tratamiento dietético.

Al analizar el nivel de adherencia dietética, según grado de instrucción, el nivel de adherencia ideal por niveles fue: primario 13.3%, secundario 26,5% y superior 46.2% ( $p=0,043$ ), siendo estas diferencias estadísticamente significativas, lo que expresa que a mayor grado de instrucción, mayor adherencia, tal como lo corrobora Álvarez D.<sup>7</sup> al reportar que a mayor grado de instrucción, mejor adherencia, siendo la relación estadísticamente significativa ( $p=0,05$ ). En la Tabla 3, Relación Nivel de conocimiento dietético y Adherencia alimentaria, el primero tuvo una distribución: alto 16.3%, medio 67.4% y bajo 16.3%, mientras que la adherencia alimentaria, por niveles: ideal 25%, regular 60.9% y malo 14.1%, hallándose relación positiva moderada con un  $r=0.680$ , estadísticamente significativa ( $p=0,000$ ), resultado similar al de Lancheros P. et al<sup>4</sup>. En cambio, Leguizamón M.<sup>8</sup> no halló correlación entre ellas y la explicación de las diferencias, es abordada por Álvarez D.<sup>7</sup> al señalar que el grado de instrucción es una característica de población que se relaciona con la adherencia. Nuestros resultados justamente detectan que el grado de instrucción tiene relación con el nivel de conocimiento ( $p=0.028$ ), y el nivel de adherencia alimentaria ( $p=0.043$ ); por lo tanto, el grado de instrucción sería una variable que influiría en la relación de las variables estudiadas.

## V. CONCLUSIONES

1. El Nivel de Conocimiento dietético en pacientes con Diabetes mellitus, fue más frecuente en mujeres de 40 a 59 años y personas con grado de instrucción superior.
2. La valoración de la adherencia alimentaria en pacientes con Diabetes Mellitus fue más frecuente en mujeres de 40 a 59 años y en las personas con grado de instrucción superior.
3. Existe relación entre el Nivel de Conocimiento y la Adherencia alimentaria en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ( $p=0.000$ ).

**VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Ortiz M, Ortiz E, Gatica A, Gómez D. Factores psicosociales asociados a adherencia al Tratamiento de diabetes Mellitus Tipo 2. *Ter Psicol* 2011; 29(1):5-11 (Consultado el 1 de Octubre 2012). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082011001010001](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011001010001)
2. Claude J. Plan mundial contra la diabetes de un vistazo 2011-2021. Bélgica. Federación Internacional de Diabetes. (Consultado el 1 de julio 2013). Disponible en: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>
3. Ministerio de Salud. Situación de las enfermedades no transmisibles en el Perú. Lima. MINSA. 2003. (Consultado el 1 de octubre 2012). Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/alerta/2006/ALERTA\\_NOVIEMBRE\\_2006.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/alerta/2006/ALERTA_NOVIEMBRE_2006.pdf).
4. Lancheros L, Pava A, Bohórquez A. Identificación de la adherencia al tratamiento nutricional aplicando el modelo de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en un grupo de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas en la Asociación Colombiana de Diabetes. *Diaeta*. 2010 Dic; 28(133): 17-23 (Consultado el 11 de octubre del 2012). Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-73372010000400003&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372010000400003&lng=es)
5. Cabrera A, Castillo J, Domínguez S, Rodríguez M, Brito B, Borges C et al. Estilo de vida y adherencia al tratamiento de la población canaria con diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Esp. Salud Pública* 2009; 83(4):567-575 (Consultado el 1 de Octubre del 2012). Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-57272009000400008&script=sci\\_arttext&lng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-57272009000400008&script=sci_arttext&lng=es)
6. Baca B, Bastidas M, Aguilar M, De La Cruz J, Gonzáles M, Uriarte S, et al. Nivel de conocimientos del diabético sobre su auto cuidado. *Rev. Enferm global* Junio 2008; 13:2-15. (Consultado el 2 de Setiembre 2012). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/download/14691/14171>.
7. Álvarez D. Evaluación del apoyo familiar, conocimiento sobre la diabetes mellitus, dieta, su adherencia y su relación con el control glucémico en pacientes diabéticos. (Tesis para obtener la Especialidad de Medicina Familiar). México Universidad de Colima. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2005. (Consultado el 13 de Setiembre 2012). pp: 20-30. Disponible en: [http://digeset.ucol.mx/tesis\\_posgrado/Pdf/Donaciano\\_Alvarez\\_Meraz.PDF](http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/Donaciano_Alvarez_Meraz.PDF)
8. Leguizamón M. Grado de adherencia al tratamiento nutricional de la diabetes mellitus 2. (Tesis para optar el Título de médico cirujano). Universidad Nacional de Tucumán, Pasantía rural de Concepción. 2004. (Consultado el 12 de Setiembre 2012). pp:18-20. Disponible en: <http://www.herrera.unt.edu.ar/eiii/concepcion/pasins/m.%20noelia%20leguizamon.pdf>
9. Molina Y. Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional "Dos de Mayo": 2008. (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (Consultado el 10 de Setiembre 2012). Disponible en: <http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/molinagy/pdf/molinagy-TH.1.pdf>
10. Menat E. Salud y vitalidad: Dietética de la diabetes. España Editorial Hispano Europea. 2010 pp 14-15
11. Morales-Güeto J. Nutriterapia, salud y longevidad: Qué comer para vivir mejor. España. Ediciones Díaz de Santos S.A. 2011 pp 77-78
12. Bellido D, Román D. Manual de nutrición y metabolismo. España. Ediciones Díaz de Santos S.A. 2006 pp 72-82
13. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud. 2004. p.4.
14. Gil-Hernández A. Tratado de Nutrición: Nutrición Humana en el Estado de Salud. 2da edición. España. Editorial médica Panamericana S.A. 2010 pp 322-345
15. Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Colombia ALAD. 2008. (Consultado el 12 de Setiembre 2012). Disponible en URL: <http://www.alad-latinoamerica.org/phocadownload/guias%20alad.pdf>
16. Escobar F, Tebár F. Diabetes mellitus en la práctica clínica. Argentina. Editorial Médica Panamericana S.A. 2009 pp: 85-99
17. De Luis Román D, Bellido D, García P. Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo. España. Ediciones Díaz de Santos. S.A. 2010 pp: 132-135

18. Rivera E. Diabetes Mellitus: Programa Completo Para Su Tratamiento Dietético. México. Editorial Pax México. 2008. pp: 55-64
19. Oliveira G. Manual de nutrición clínica y dietética. 2da edición. España. Ediciones Díaz de Santos. S.A. 2007 pp: 44-46
20. Real Academia Española Diccionario de la lengua española. 22ma. Edición España. Espasa- Calpe. 2005 pp: 879, 987
21. Diccionario Mosby Pocket. 4ta edición. España. Editorial Elsevier. 2006 pp: 33, 238.