Universidad Norbert Wiener

DIRECCIÓN DE POSGRADO Y SEGUNDAS ESPECIALIDADES
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

Trabajo Académico

Conocimiento sobre diabetes mellitus tipo II y actitud del paciente en un hospital público de Ayacucho, 2026

Para optar el Título de

Especialista en Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria

Presentado por:

Autora: Miralles Velásquez, Katherine Micaela

Código ORCID: https://orcid.org/0009-0007-0087-1593

Asesora: Mg. Peña Guerrero, Leslie Elizabeth

Código ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7611-8158

Lima – Perú

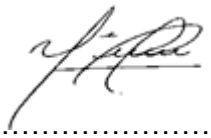
2026

Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 30/03/2025

Yo, **Miralles Velásquez, Katherine Micaela,** egresado de la Dirección de Posgrado y Segundas Especialidades, del programa **Segunda especialidad en Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo academico **"CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO II Y ACTITUD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE AYACUCHO, 2026"** Asesorado por el docente: Mg. Leslie Elizabeth Peña Guerrero DNI: N° 40625205 con código ORCID: https:// 0000-0002-7611-8158 tiene un índice de similitud de **16 (DIECISEIS %)** con código **OID: :14912:623517254** verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



……

Firma de autor: **Miralles Velásquez, Katherine Micaela**
DNI 47483803



Firma
Mg. Leslie Elizabeth Peña Guerrero
DNI: 40625205

Lima, 12 de septiembre del 2026

Es obligatorio utilizar adecuadamente los filtros y exclusión del turnitin: excluir las citas, la bibliografía y las fuentes que tengan menos de 1% de palabras. En caso se utilice cualquier otro ajuste o filtros, debe ser debidamente jutificado en el siguiente recuadro.

justificación del Alto Porcentaje de Similitud en Fuentes Primarias 7 %

Por medio de la presente, me permito someter a su consideración la justificación técnica y metodológica respecto al porcentaje de similitud en fuentes primarias detectado en el trabajo de investigación presentado por la Lic. **Miralles Velásquez, Katherine Micaela**
Durante el proceso de revisión con el software Turnitin, se identificó un 16% de similitud total, de los cuales un 7% corresponde a fuentes primarias, superando levemente el límite permitido del 4%. Este informe tiene como objetivo explicar las razones de dicho resultado y detallar las acciones tomadas para mitigar esta situación.

Análisis del Contenido Revisado

Se identificó que el 3% de la similitud proviene del resumen del proyecto. Esta sección presenta una descripción general de la pesquisa y, por su naturaleza, tiende a coincidir con otros trabajos similares. Su redacción responde a la necesidad de comunicar de manera concisa los elementos clave del estudio.
Plantillas Utilizadas:

- **Redacción de Hipótesis:** Las hipótesis fueron formuladas empleando plantillas académicas estandarizadas, utilizadas comúnmente para asegurar claridad, coherencia y precisión conceptual.
- **Diseño Metodológico:** fue redactado siguiendo una estructura predeterminada.

Esto permite mantener la replicabilidad del estudio y cumplir con criterios metodológicos aceptados en la comunidad científica. El uso de estas plantillas contribuyó al aumento del porcentaje de similitud.

Conclusión:
La similitud detectada en fuentes primarias se debe principalmente al uso de estructuras académicas formales y plantillas metodológicas ampliamente aceptadas. No se ha detectado plagio intencional ni copia de contenido sustancial sin atribución.

Atentamente

Mg. Leslie Elizabeth Peña Guerrero
Asesora

DEDICATORIA

A Dios, por ser la fuerza transformadora en mi vida y permitirme lograr una de mis metas más anheladas.

AGRADECIMIENTO

A mis padres Jorge y Gregoria, por hacer de mí un ser humano con valores, virtudes y principios; y por su infinito amor. A mi hermana Rocío, por el apoyo moral. A mi hijo Kalef, por ser mi gran fuente de inspiración. A mis maestros, líderes de conocimiento y cultura; quienes han sido parte de mi crecimiento profesional. Al campo de la salud familiar y comunitaria, por compartir conocimiento, construir pensamiento crítico y fomentar la investigación. Al Hospital de Apoyo Puquio, por abrirme las puertas para la realización de esta investigación.

Asesora: Mg. Peña Guerrero, Leslie Elizabeth

Código ORCID: htpps://orcid.org/0000-00002-7611-8158

JURADO

Presidente	**:**	Dra. Reyes Quiroz Giovanna Elizabeth
Secretario	**:**	Mg. Palomino Rubin Carmen Rita
Vocal	**:**	Mg. Yaya Manco, Elsa Magaly

RESUMEN

Objetivo general: "Determinar la relación existente entre el conocimiento sobre diabetes mellitus tipo II y la actitud del paciente". **Materiales y métodos:** será de tipo hipotético-deductivo, enfoque cuantitativo, no experimental, transversal, orientado a la determinación de relaciones correlacionales. buscará medir objetivamente las variables de investigación mediante instrumentos estructurados, procesar la información a través de procedimientos estadísticos y contrastar las hipótesis formuladas. Se tendrá una población censal de 158 pacientes, sobre los cuales se implementará un protocolo de recolección de datos basado en la administración de dos instrumentos previamente sometidos a un riguroso proceso de validación. **Resultados:** Una vez concluida la aplicación de cada instrumento, se depurará aquellos que tienen errores u omisiones para prevalecer la calidad de información. Las respuestas serán codificadas y se mantendrá la integridad de los datos. Los datos serán tabulados en Microsoft Excel 2024 para luego ser exportados al software SPSS v24, donde se realizará la estadística descriptiva e inferencial. La estadística descriptiva permitirá representar los datos en tablas y figuras de frecuencia para su mayor entendimiento. Posteriormente, se realizará la prueba de normalidad para conocer la distribución de los datos, si se tiene una distribución no normal se utilizará la Rho Spearman y si la distribución es normal se utilizará la prueba de Pearson para la contrastación de las hipótesis de la investigación.

Palabras clave: "Conocimiento", "Diabetes mellitus tipo II", "Actitud frente a la salud", "Enfermedades no transmisibles" (DeCS).

ABSTRACT

General objective: "To determine the relationship between knowledge about type II diabetes mellitus and the patient's attitude". **Materials and methods:** This will be a hypothetical-deductive, quantitative, non-experimental, cross-sectional study aimed at determining correlational relationships. It will seek to objectively measure the research variables using structured instruments, process the information through statistical procedures, and test the formulated hypotheses. The census population will consist of 158 patients, for whom a data collection protocol will be implemented based on the administration of two instruments previously subjected to a rigorous validation process. **Results:** Once the application of each instrument is completed, those with errors or omissions will be removed to ensure the quality of the information. The responses will be coded, and data integrity will be maintained. The data will be tabulated in Microsoft Excel 2024 and then exported to SPSS v24 software, where descriptive and inferential statistics will be performed. Descriptive statistics will allow the data to be represented in frequency tables and figures for better understanding. Subsequently, a normality test will be performed to determine the distribution of the data. If the distribution is not normal, Spearman's rho will be used, and if the distribution is normal, Pearson's correlation coefficient will be used to test the research hypotheses.

Keywords: "Knowledge", "Type II Diabetes Mellitus", "Attitude towards Health", "Non-communicable Diseases" (DeCS).

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La Organización Panamericana de la Salud en el 2024 manifiesta cifras preocupantes sobre la diabetes mellitus tipo II, en todo el mundo aproximadamente 800 millones padecen la enfermedad, por lo que, es urgente desarrollar medidas para hacer frente su aumento considerable, sobre todo en países de subdesarrollados, además, la enfermedad prevalece en un 14% para los adultos principalmente en países con ingresos mediano bajo, mientras el acceso del tratamiento es limitado y el 35% de los adultos no siguen algún tratamiento, quedando demostrado las diferencias importantes entre países (1).

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud expresa que, la mitad de las personas con diabetes no toman medicamentos y esta enfermedad provoco más de 1 500 000 de muertes y el 47% tenía menos de 70 años, por ello, se recomienda actividad física, mantener el peso ideal y evitar consumo de tabaco, sin embargo, la tasa de mortalidad por diabetes ha ido en incremento durante los últimos años (2).

Es así como, de los 422 millones de personas que viven con diabetes en el mundo, más del 95% corresponde al mellitus tipo II, esta enfermedad constituye uno de los principales problemas de salud pública por su elevada frecuencia, su curso crónico y el impacto que genera en la calidad de vida de quienes la padecen (3).

En el mismo contexto, la diabetes afecta al 9,3% de la población mundial, el panorama evidencia que la diabetes mellitus tipo II no solo representa una carga epidemiológica importante, sino también un desafío constante para los servicios de salud, especialmente en lo referido al conocimiento del paciente y a la actitud que asume frente al tratamiento, el autocuidado y la prevención de complicaciones (4).

En África, específicamente Tanzania el 62% aproximadamente de los pacientes presentó conocimiento adecuado, el 54% actitud positiva y casi el 31% práctica apropiada frente a la enfermedad, además, se identificó que residir en áreas rurales y no contar con conocimiento suficiente disminuía la probabilidad de desarrollar prácticas adecuadas de autocuidado (5).

En Asia, un estudio sobre la diabetes mellitus tipo II en Pakistán se encontró que el 23.9% de pacientes realiza actividad física, mientras casi el 51% no se preocupa en bajar de peso, aproximadamente el 86% nunca asistió a programas de alimentación y alrededor de 36% menciona que el tratamiento de la diabetes con la obesidad es muy costoso, estos resultados demuestran una falta de actitud por el paciente frente a la DM2 y es imposible una lucha efectiva contra esta enfermedad si los indicadores no disminuyen (6).

En Oceanía, Kiribati ubicado en el Pacífico Central, aproximadamente el 7% de los participantes conocen las causas de la DM2, sin embargo, casi el 80% desconoce la insulina, cerca del 50% las complicaciones y poco màs del 50% no sabe que el tabaco es un factor importante en el mellitus tipo II. Estos hallazgos permiten advertir que la problemática

internacional no solo se expresa en la magnitud de la enfermedad, sino también en las persistentes deficiencias del conocimiento y de la disposición actitudinal del paciente para afrontar su control (7).

En Europa, un estudio transversal realizado en Polonia en una muestra de 1051 adultos evidenció que solo el 17,3% declaró un buen nivel de conocimiento sobre la diabetes; además, la hiperglucemia fue reconocida por el 80,7% de los encuestados y la fatiga crónica por el 74,6%. Estos hallazgos muestran que, incluso en contextos europeos, persisten vacíos importantes en el conocimiento sobre factores de riesgo, síntomas, complicaciones y prevención de la enfermedad, lo que refuerza la necesidad de fortalecer la educación sanitaria en diabetes (8).

En Portugal respecto a la actitud del paciente, aproximadamente el 75% realiza actividad física y casi el 25% no considera el ejercicio como efecto positivo sobre la glucosa en la sangre, también se puede mencionar que las personas entre 37 a 39 años de edad muestran un conocimiento y actitud alto sobre la DM2, por lo que, las decisiones que pueden tomar respecto a su enfermedad son positivas porque tienen un control positivo sobre la dieta, actividad física, prevención y control de la glucosa (9).

En América, otra realidad importante se observó en México, donde se reportaron que el 68% de la población no tiene control metabólico, sin embargo, es importante la conducta del paciente sobre el estilo de vida, autocuidado y monitoreo para el control de su enfermedad. Además, el conocimiento sobre su enfermedad es bajo o moderado; en ese

mismo estudio se identificó que el nivel de hemoglobina glicosilada está directamente relacionado con el conocimiento del paciente. En conjunto, la evidencia internacional muestra que el conocimiento y la actitud del paciente continúan siendo componentes problemáticos en diversos países, especialmente cuando existen limitaciones educativas, sociales o de acceso a programas formativos. Esta situación repercute de manera directa en el autocuidado y en la prevención de complicaciones, lo que justifica seguir investigando estas variables en distintos contextos de atención (10).

A nivel nacional, en Lima un poco más de 7% de los pacientes presentaba bajo nivel de conocimiento, aproximadamente 79% nivel medio y alrededor de 15% nivel alto. En cuanto a la actitud preventiva, en ese estudio predominó el nivel indiferente un poco más de 98%. Estos hallazgos permiten advertir, aunque los resultados nacionales son heterogéneos, la problemática persiste y requiere evaluación contextualizada en cada establecimiento de salud (11).

En Piura, poco más de 30% de los pacientes tenía conocimiento deficiente y aproximadamente el 24% conocimiento moderado, sin embargo, en ese mismo estudio el 54% presentó actitudes negativas y solo el 46% actitudes positivas; estos resultados evidencian que, en el contexto nacional, persisten limitaciones relevantes en la comprensión de la enfermedad y en la disposición favorable del paciente para asumir medidas de autocuidado (12).

En Trujillo, el 45% de los pacientes presentó nivel medio de conocimiento y el 55%

nivel alto; respecto al autocuidado, el 37% mostró nivel medio y el 63% en nivel alto, esta alta de conocimiento y autocuidado que deben tener los pacientes termina cargando el sistema de salud y reduciendo la esperanza de vida de los pacientes (13).

En Ayacucho, aproximadamente el 44% de los pacientes presentó conocimiento sobre los síntomas de la DM2 en nivel alto, casi el 54% conocimiento medio y cerca del 3% conocimiento bajo, además, las actitudes positivas estuvieron en 75%, como actitud de indiferencia estuvo en 20% y las actitudes negativas en 5%. Lo que genera preocupación porque la gran mayoría de pacientes no tiene un conocimiento alto y la actitud todavía tiene un porcentaje importante que no afrenta la enfermedad con actitud positiva, por lo que, la enfermedad puede agravarse y elevar los índices de mortalidad, causando zozobra en la población (14).

A nivel local, donde se atiende a pacientes adultos con diabetes mellitus tipo II dentro del programa de daños no transmisibles, se observan dificultades relacionadas con la comprensión adecuada de la enfermedad, la adopción sostenida de medidas de autocuidado y la actitud con que los pacientes enfrentan su tratamiento. En la práctica cotidiana, algunos usuarios muestran desmotivación frente al control de su enfermedad y descuidan aspectos básicos como la alimentación, el ejercicio, la toma correcta de medicamentos y otras medidas orientadas a prevenir complicaciones. Esta situación no solo afecta el manejo individual de la enfermedad, sino que también limita la efectividad de las acciones preventivas y educativas desarrolladas por el personal de salud.

Por ello, ya que aún subsisten vacíos respecto a cómo ambas variables se manifiestan en esta población específica. Esta situación puede influir negativamente en el control de la enfermedad y en la prevención de complicaciones. Por lo anteriormente expuesto, esta investigación se considera necesaria, no solo para contar con datos obtenidos mediante procedimientos científicos, sino también para generar evidencia real de las variables.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

"¿De qué manera se relaciona el conocimiento sobre diabetes mellitus tipo II y la actitud del paciente de un hospital público de Ayacucho, 2026?"

1.2.2. Problemas específicos

"¿De qué manera se relaciona el conocimiento sobre diabetes mellitus tipo II en la dimensión conocimientos básicos de la enfermedad y la actitud del paciente?"

"¿De qué manera se relaciona el conocimiento sobre diabetes mellitus tipo II en la dimensión características generales de la enfermedad y la actitud del paciente?"

"¿De qué manera se relaciona el conocimiento sobre diabetes mellitus tipo II en la dimensión prevención de complicaciones y la actitud del paciente?"

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

"Determinar la relación existente entre el conocimiento sobre diabetes mellitus tipo II y la actitud del paciente"

1.3.2. Objetivos específicos

"Identificar la relación existente entre el conocimiento sobre diabetes mellitus tipo II en su dimensión conocimientos básicos de la enfermedad y la actitud del paciente"

"Identificar la relación existente entre el conocimiento sobre diabetes mellitus tipo II en su dimensión características generales de la enfermedad y la actitud del paciente"

"Identificar la relación existente entre el conocimiento sobre diabetes mellitus tipo II en su dimensión prevención de complicaciones y la actitud del paciente"

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

La presente investigación contribuirá al conocimiento científico de conceptos, teorías, dimensiones y comparaciones globales de las variables. Para la construcción de la variable conocimiento se basará en la teoría de enfermería llamada cuidado humano por Jean Watson, explica que el conocimiento de enfermería debe difundirse y entenderse para un mayor crecimiento y progreso. Para la construcción de la variable actitud del paciente se apoyará en la teoría de enfermería llamada Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, que establece a

la enfermería como necesaria cuando el paciente es incapaz de cuidarse.

1.4.2. Metodológica

La metodología que se aplicará consiste en un método hipotético deductivo con enfoque cuantitativo de tipo aplicada y diseño no experimental, así mismo, la investigación presentará instrumentos validados, reconocidos y muy usados a nivel internacional para que futuras investigaciones puedan medir los niveles de estas variables; para el conocimiento sobre la diabetes se utilizará Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ-24) y la actitud del paciente se utilizará Diabetes Attitude Scale versión 3 (DAS-3p).

1.4.3. Práctica

Las autoridades correspondientes pueden utilizar los resultados para generar programas que brinden información eficaz sobre la diabetes y su cuidado, de esta manera, el paciente pueda tomar conciencia sobre su salud y modificar su estilo de vida, además, destinar recurso humano para hacer seguimiento a los pacientes que necesitan apoyo emocional, psicológico o de profundizar algunos temas de su enfermedad. Asimismo, las enfermeras puedan brindar cuidado especial y seguimiento a los pacientes con bajo conocimiento sobre su enfermedad, es así como, los familiares puedan tener la tranquilidad del cuidado de calidad y profesional que se le brinda a los pacientes.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

Se realizará de junio hasta agosto 2026

1.5.2. Espacial

Se llevará a cabo en hospital público, que está ubicado en la avenida Arnaldo Alvarado de Gregory 969, en la ciudad de Puquio, provincia de Lucanas.

1.5.3. Población o unidad de análisis

Serán pacientes adultos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Alenbalu et al. (15) el 2024, en Sudáfrica, realizaron una pesquisa que tuvo como objetivo "evaluar los conocimientos, habilidades y actitudes en relación con la diabetes en pacientes con diabetes mellitus tipo II que acuden a centros de atención primaria en Kimberley". Fue cuantitativa y analítico transversal, con una muestra de 363 pacientes, se aplicó un cuestionario validado para el conocimiento, actitud y práctica. Como resultado, se observó que respecto al conocimiento los pacientes mostraros niveles como 7% nivel bajo, 24% nivel medio y 68% nivel alto; en la actitud los pacientes mostraron niveles como 2% nivel bajo, 32% nivel medio y 64% nivel alto. Concluyeron que existe relación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas.

Al et al. (16) el 2022, en Qatar, realizaron una pesquisa cuyo objetivo fue "examinar los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la diabetes en ciudadanos cataríes y residentes de larga duración, así como su asociación con determinadas características demográficas de los participantes". Se trató de una investigación cuantitativa, explicativa y no experimental, con 2400 participantes. Los instrumentos fueron elaborados por una agencia de especialistas y demostraron ser fiables. Como resultado, el nivel de conocimiento de los participantes fue 69% bajo, 29% medio y 2% alto; mientras que, en la actitud, se reportó 13% bajo, 33% medio y 37% alto.

Concluyeron que existe correlación positiva y estadísticamente significativa entre ambas variables.

Muhammad et al. (17) el 2021, en Nigeria, realizaron una pesquisa cuyo objetivo fue "evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con la diabetes en pacientes con esta enfermedad". Se trató de una cuantitativa, transversal y no experimental, con 400 participantes, en la que se aplicó un instrumento validado. Como resultado, el conocimiento tuvo 61% de los participantes presentó un nivel bajo y el 38.3% un nivel alto; en cuanto a la actitud, el 57% se ubicó en un nivel bajo y el 42z% en un nivel alto. Concluyeron que los conocimientos y actitudes de la diabetes tienen una relación baja.

Shawahna et al. (18) el 2021, en Palestina, realizaron una pesquisa cuyo objetivo fue investigar "la asociación y correlación entre los conocimientos, actitudes y prácticas, y las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes". Se trató de una cuantitativa y transversal, con 220 pacientes invitados, en la que se aplicó un instrumento validado y fiable, desarrollado en la propia investigación. Como resultado, respecto al conocimiento, los hombres obtuvieron una mediana de 6.5, con rangos de 4.5 a 7.5, mientras que las mujeres alcanzaron una mediana de 5.5, con rangos de 4 a 7.5; en cuanto a la actitud, tanto los hombres como las mujeres presentaron una mediana de 3, con rangos de 2 a 4. Finiquitaron que sí existe relación significativa moderada entre ambas variables.

Alaofé et al. (19) en 2021, en Benín Africa Occidental, realizaron una pesquisa cuyo objetivo fue "evaluar los niveles de conocimiento, actitud y prácticas de los pacientes e identificar los factores asociados en Cotonú, al sur de Benín". Fue no experimental transversal con 300 pacientes diabetes de cuatro centros de salud. Se utilizaron cuestionarios validados, para el conocimiento fue la escala de evaluación del conocimiento oral en personas con baja alfabetización en diabetes (SKILLDs), para la actitud fue la encuesta de actitudes sobre diabetes (DAS3) y para prácticas de autocuidado se adaptó del KAP. Como resultado, el conocimiento de la diabetes, aproximadamente el 8% conoce la definición de la diabetes producida por insuficiencia de insulina y un poco más del 19% sabe como controlarla, como total de las preguntas realizadas se obtuvo un aproximado de 15 puntos para un total de 26 puntos; respecto a la variable actitud del paciente tuvo un promedio de puntaje de 11 sobre un máximo de 32 puntos, aproximadamente el 48% tuvo una puntuación inferior al promedio considerado como actitud deficiente, además, aproximadamente el 40% están en total desacuerdo sobre la dieta como principal factor para no sufrir complicaciones futuras. Finiquitaron que los pacientes con buen conocimiento sobre la diabetes son más probables a tener buena actitud eficiente.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Espinoza (20) el 2025, en Cajamarca, realizó una pesquisa cuyo objetivo fue "determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitud preventiva sobre Diabetes Mellitus Tipo II en usuarios atendidos en el Centro de Salud Los Sauces". Fue una

cuantitativa correlacional y no experimental con una muestra de 111 usuarios con diagnóstico de diabetes mellitus II, se aplicó dos instrumentos validados. Como resultado, para el conocimiento se tuvo 9% en nivel bajo, 65% nivel medio y 25% nivel alto, para la actitud preventiva se halló 0% en desfavorable, 9% medianamente desfavorable, 67% medianamente favorable y 22% favorable. Concluyeron que existe relación baja significativa entre el nivel de conocimiento y actitud preventiva en los usuarios.

Mendoza (21) el 2024, en Lambayeque, realizó una pesquisa cuyo objetivo fue "determinar la relación entre el conocimiento y actitud sobre medidas preventivas en diabetes tipo II de los pacientes". Fue cuantitativa correlacional y no experimental con una muestra de 89 pacientes que tienen diabetes mellitus II, se aplicó dos instrumentos validados. Se obtuvo como resultado que el conocimiento se tuvo 40% en nivel malo, 34% regular y 24% bueno; para la actitud se tuvo 29% en negativo, 58% neutro y 12% positivo. Finiquitaron que existe una relación alta y significativa entre la actitud y conocimiento del paciente.

Llocclla (22) el 2024, en Lima, realizó una pesquisa cuyo objetivo fue "determinar el nivel de conocimientos y su relación con las actitudes preventivas frente a la diabetes mellitus tipo II". Fue cuantitativa correlacional y no experimental con una muestra de 114 pacientes, se aplicó dos instrumentos validados. Como resultado, los niveles del conocimiento en los pacientes fueron de 8% bajo, 6% medio y 25% alto; para la actitud 12% desfavorable, 54% medianamente favorable y 33% favorable. Concluyeron que existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos y actitudes preventivas en

los pacientes.

Inga y Reyes (23) 2024 en Lima, realizaron una pesquisa cuyo objetivo fue "Conocimiento y actitud preventiva sobre la diabetes mellitus 2 en adultos de 18 a 50 años, comedor Mana Ancón". Fue cuantitativa correlacional y no experimental con una muestra de 98 adultos que tienen diabetes mellitus tipo II, se aplicó dos instrumentos validados. Como resultado, para el conocimiento se tuvo 15% en nivel bajo, 56% nivel medio y 28% nivel alto, para la actitud el 39% mostró nivel negativo y el 60.2% nivel positivo. Concluyeron que existe una relación significativa alta entre el conocimiento y actitud en los adultos.

Pure (24) el 2023, en Lima, realizó una pesquisa cuyo objetivo fue "Determinar la relación entre el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre diabetes mellitus en pacientes que pertenecen al programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud Breña". Fue cuantitativa correlacional con una muestra de 73 pacientes, se aplicó instrumentos validados. Como resultado, el conocimiento estuvo aproximadamente 21% en nivel bajo, casi 59% en intermedio y casi 10% en nivel alto, la actitud estuvo aproximadamente 46% en nivel bajo y casi 55% en nivel alto. Concluyeron que se encontró una relación positiva entre las variables conocimiento y actitud del paciente.

2.2- Bases teóricas

2.2.1. Conocimiento sobre la diabetes mellitus tipo II

Concepto

El conocimiento del paciente puede definirse como la comprensión organizada de información relevante sobre la diabetes mellitus tipo 2, la cual orienta la interpretación del diagnóstico, la respuesta frente a las indicaciones terapéuticas y la toma de decisiones en la vida cotidiana; el conocimiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2 es una variable cognitiva susceptible de medición objetiva, en otras palabras, no basta con afirmar que el paciente sabe sobre su enfermedad; es necesario precisar qué sabe, cómo lo sabe y si ese saber abarca los aspectos mínimos indispensables para enfrentar una condición crónica (25).

Además, se puede entender que el conocimiento del paciente es un insumo para la autogestión y no solamente como una acumulación de información biomédica. El conocimiento es un recurso funcional que permite al paciente comprender la enfermedad y tomar decisiones informadas sobre alimentación, actividad física, control glucémico, uso de medicamentos y seguimiento clínico. Esta visión es importante porque desplaza la idea de un paciente pasivo que solo recibe órdenes del personal de salud y sitúa al individuo como actor de su propio manejo diario (26).

Se puede ampliar esta comprensión al sostener que, el conocimiento relacionado con la diabetes comprende hechos, información y habilidades adquiridos mediante la

educación y la experiencia. La comprensión del paciente no se limita a la definición de la enfermedad, sino que se extiende a los componentes del tratamiento no farmacológico y a las conductas cotidianas que influyen en la evolución clínica. Esta idea resulta especialmente relevante para la presente tesis, porque muestra que el conocimiento del paciente en diabetes mellitus tipo 2 tiene una dimensión dinámica y aplicada: se construye, se actualiza y se expresa en decisiones concretas (27).

Además, si la diabetes mellitus tipo 2 exige decisiones diarias vinculadas con dieta, actividad física, medicamentos, vigilancia y prevención de complicaciones, entonces el conocimiento debe ser lo suficientemente sólido para sostener ese conjunto de conductas. Por ello, su estudio en pacientes de un hospital público no solo tiene valor descriptivo, sino también orientador para futuras acciones educativas en salud (28).

También se puede mencionar que, el conocimiento sobre diabetes se asocia con el control glucémico y con las prácticas de autocuidado. Esta asociación permite comprender que el conocimiento del paciente no es una variable secundaria, sino una condición que puede favorecer o limitar el curso de la enfermedad. Cuando el paciente ignora el sentido de la medicación, desconoce los síntomas de descompensación o no comprende los riesgos de un mal control, es más probable que se debilite la adherencia y que aumente la exposición a complicaciones (29).

Dimensiones del conocimiento del paciente

Dimensión 1: Conocimientos básicos de la enfermedad

En esta dimensión se ubica la información elemental que permite reconocer qué es la diabetes mellitus tipo 2, por qué no se trata de una afección transitoria y por qué requiere seguimiento permanente. Desde el punto de vista teórico, estos conocimientos básicos constituyen la puerta de entrada al resto de saberes del paciente, ya que proporcionan el significado inicial del diagnóstico. Cuando una persona entiende que vive con una enfermedad crónica del metabolismo de la glucosa, empieza a dotar de sentido a la dieta, al ejercicio, al control médico y al tratamiento. Por ello, esta dimensión no se limita a repetir una definición técnica, sino que supone una comprensión esencial de la naturaleza de la enfermedad (30).

Dimensión 2: Características generales de la enfermedad

La dimensión características generales de la enfermedad puede entenderse como el conjunto de saberes que permiten al paciente reconocer la diabetes mellitus tipo 2 como una condición de curso prolongado, de manejo continuo y con repercusiones multisistémicas. No se trata únicamente de saber que la persona tiene diabetes, sino de comprender que esa condición requiere evaluación periódica, control de parámetros clínicos y atención a comorbilidades asociadas. Así, las características generales incluyen la idea de cronicidad, la necesidad de control regular y el reconocimiento de que la enfermedad no se limita a un episodio puntual. Esta dimensión resulta clave porque ayuda al paciente a situar su diagnóstico dentro de un marco más amplio de atención y seguimiento (31).

Prevención de las complicaciones

Desde la perspectiva del conocimiento del paciente, esta información es clave para delimitar la dimensión prevención de las complicaciones, por lo que el paciente necesita comprender que la diabetes mal controlada no se limita a elevar la glucosa, sino que puede comprometer vasos sanguíneos, corazón y circulación, incrementando el riesgo de desenlaces graves. En consecuencia, prevenir complicaciones implica saber que el control metabólico, la alimentación saludable, la actividad física, el control de la presión arterial y la reducción de factores de riesgo forman parte de una estrategia protectora. Esta dimensión, por tanto, no se centra únicamente en nombrar complicaciones, sino en comprender la lógica preventiva que orienta el tratamiento. Cuando el paciente reconoce que el cuidado diario tiene como propósito reducir el riesgo cardiovascular, la adherencia puede adquirir un significado más tangible y menos abstracto. Así, la prevención de las complicaciones empieza por una comprensión clara del vínculo entre control y daño futuro (32).

Teoría de enfermería – Cuidado del humano

Dicha estructura teórica fue concebida por Watson, quien fundamenta su obra en las disciplinas humanísticas, ubicándose específicamente dentro del paradigma de la Transformación, perspectiva que comprende cualquier fenómeno como una entidad singular en interacción recíproca y simultánea con el entorno que la rodea, ostentando por consiguiente la capacidad de alterarlo, razón por la cual la teórica establece que el ámbito competencial de la enfermería consiste en la ejecución de cuidados destinados a la preservación o el restablecimiento de la salud, así como en el otorgamiento de

acompañamiento durante la fase terminal y el instante del fallecimiento (33).

Es esencial enfatizar la necesidad de desarrollar habilidades específicas para establecer una relación transpersonal. Para lograr esto, se deben incorporar estrategias de enseñanza que reconozcan el proceso de enfermería como parte integral del momento del cuidado, dando forma a la práctica del cuidado consciente. En otras palabras, el enfoque pedagógico de la formación en enfermería debe abordar de manera significativa y auténtica la importancia de las relaciones interpersonales, fomentando interacciones empáticas y conscientes entre la enfermera y el paciente. Esto subraya el papel del cuidado consciente y resalta la importancia crítica de las relaciones interpersonales en la formación en enfermería (34).

2.2.2. Actitud del paciente

Concepto

La actitud del paciente es un estado de ánimo que permite actuar frente a su enfermedad. Esta actitud determina la forma en que interpreta, encuentra y responde a los estímulos del entorno, según sus percepciones, experiencias pasadas y decisiones personales. En este sentido, actitud del paciente significa una evaluación positiva o negativa, expresada a través de una conducta observable (35).

La postura del paciente representa una predisposición psicológica particular frente a las inéditas alteraciones derivadas de su cuadro patológico, resultando fundamental

comprender que tales actitudes se encuentran directamente condicionadas por el bagaje cognoscitivo, abarcando simultáneamente un conglomerado de convicciones interconectadas y estructuradas en torno a un elemento o escenario determinado (36).

Es así como, la actitud ante la enfermedad es fundamental para la adopción y mantenimiento de ciertos patrones de conducta, ya que refleja el deseo de realizar actividades de autocuidado. Ayuda a reducir el estrés relacionado con la enfermedad, aumenta la receptividad al tratamiento, fortalece la autoestima y la conciencia de las capacidades personales y promueve una percepción más positiva de la salud. Es importante fomentar una actitud positiva hacia la salud, prevención y autocuidado, impulsando cambios en el estilo de vida, como alimentación, actividad física y peso saludable (37)

Dimensiones de la actitud del paciente

Dimensión 1: Necesidad de entrenamiento especial

El personal sanitario encargado del abordaje de pacientes diagnosticados con diabetes precisa una instrucción especializada en pedagogía, orientación y tácticas de modificación conductual, resultando fundamental, con el propósito de alcanzar indicadores superiores, optimizar los canales de transmisión informativa hacia los afectados, motivo por el cual, a nivel general, se sostiene firmemente que dichos facultativos requieren recibir un entrenamiento exhaustivo para lograr establecer una comunicación verdaderamente eficaz con ellos (38).

Dimensión 2: Percepción de la gravedad

Dicho aspecto evalúa la severidad de la diabetes mellitus tipo II, donde alcanzar una calificación superior, fijando cinco como límite máximo, denotará una reducida estimación de riesgo por parte del encuestado frente a tal patología, imperando habitualmente la concepción generalizada de que aquellos individuos que prescinden de la insulinoterapia para controlar su condición atraviesan un cuadro clínico notablemente leve (39).

Dimensión 3: Valoración del control estricto

Es imprescindible un control riguroso de la diabetes. A medida que el puntaje obtenido aumenta, se evidencia una menor necesidad de un control estricto. Por ejemplo, en términos generales se considera que la mayoría de la gente puede gozar de la vida y tener un control riguroso de la glucosa (40).

Dimensión 4: Valoración del impacto psicosocial de la DM

Es la perspectiva del paciente sobre el efecto psicosocial de la diabetes en la existencia de quienes padecen esta condición. Un puntaje más alto genera un impacto mayor. Por ejemplo, en general se piensa que la diabetes es complicada ya que no hay momentos de descanso (41).

Dimensión 5: Autonomía del paciente

Dicho aspecto constituye el requerimiento del afectado y su aptitud para adoptar determinaciones crecientemente proactivas respecto al tratamiento y control de su

patología, determinándose que una calificación superior reflejará una mayor autonomía. Por ejemplo, en términos generales se piensa que las personas que padecen diabetes tienen el derecho de elegir cuánto se esforzarán para mantener su glucosa en niveles adecuados (42).

Teoría de la enfermería déficit de autocuidado

Orem conceptualiza el autocuidado como aquel comportamiento asimilado por el sujeto y orientado tanto hacia su propia persona como hacia su entorno, con el propósito de modular aquellos elementos que inciden en su desenvolvimiento para favorecer la vitalidad, la salud y el bienestar integral. Se advierte que las personas habitualmente poseen destrezas cognitivas y operativas forjadas durante su existencia para solventar sus requerimientos sanitarios, contando con la aptitud de localizar y asimilar los datos pertinentes de forma autónoma o, en su defecto, de recurrir al auxilio del núcleo familiar o del personal clínico, destacando esta matriz teórica que la ejecución de dicho autocuidado exige una intervención premeditada, voluntaria y metódica, la cual se encuentra subordinada al nivel cognoscitivo y al bagaje de aptitudes del sujeto, fundamentándose en el principio de que los individuos reconocen cuándo precisan asistencia y, consecuentemente, tienen plena consciencia sobre las medidas exactas que deben emprender (43).

De esta manera, el autocuidado se erige como una función humana reguladora que cada sujeto debe ejecutar premeditadamente para preservar su existencia, salud, desarrollo y bienestar, constituyendo consecuentemente un auténtico sistema de acción, donde la

formulación teórica de este precepto, sumada a las necesidades y dinámicas que lo integran, configuran los pilares esenciales para asimilar los requerimientos y las barreras operativas de aquellas personas aptas para beneficiarse de la praxis de enfermería, precisando que, en su rol de mecanismo modulador antropológico, dicha labor difiere categóricamente de otras modalidades destinadas a regir el desempeño y la evolución del individuo (44).

Dorothea Orem delimitó los conceptos metaparadigmáticos fundamentales, concibiendo primeramente a la persona como un organismo biológico, racional y pensante, constituyendo una totalidad integral dinámica dotada de aptitud para autoconocerse, emplear ideas, vocablos y símbolos orientados a razonar, interactuar y dirigir sus empeños, manifestando la capacidad de reflexionar sobre sus vivencias y eventos colaterales para ejecutar acciones de autocuidado dependiente, definiendo en segundo lugar a la salud como una condición de significados diversos según sus componentes, traduciéndose en integridad física, estructural y funcional, carencia de anomalías que representen un menoscabo individual y una evolución progresiva y cohesionada del sujeto hacia estadios de integración superiores, entendiéndose consecuentemente como la percepción de bienestar que experimenta el individuo, y estableciendo finalmente a la enfermería como aquel servicio humano suministrado cuando la persona carece de autonomía para procurarse cuidados destinados a preservar la existencia, la salud y el bienestar, consistiendo esencialmente en otorgar asistencia directa a sujetos o colectivos para su autocuidado conforme a sus requerimientos específicos derivados de las incapacidades inherentes a sus coyunturas particulares (45).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: “Existe relación significativa entre el conocimiento sobre la diabetes mellitus tipo II y la actitud del paciente de un hospital público de Ayacucho, 2026”

H0: “No existe relación significativa entre el conocimiento sobre la diabetes mellitus tipo II y la actitud del paciente de un hospital público de Ayacucho, 2026”

2.3.2. Hipótesis específicas

“Existe relación significativa entre el conocimiento sobre la diabetes mellitus tipo II en su dimensión conocimientos básicos de la enfermedad y la actitud del paciente”

“Existe relación significativa entre el conocimiento sobre la diabetes mellitus tipo II en su dimensión características generales de la enfermedad y la actitud del paciente”

“Existe relación significativa entre el conocimiento sobre la diabetes mellitus tipo II en su dimensión prevención de las complicaciones y la actitud del paciente”

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Se empleará el método hipotético deductivo, debido a que partirá de fundamentos teóricos previos a partir de los cuales se formularán hipótesis que posteriormente serán contrastadas con los datos obtenidos en el trabajo de campo. Este método permitirá ir de lo general a lo particular, facilitando la verificación de proposiciones teóricas en una realidad concreta de estudio (46).

3.2. Enfoque de la investigación

Se desarrollará bajo un enfoque cuantitativo, puesto que buscará medir objetivamente las variables de investigación mediante instrumentos estructurados, procesar la información a través de procedimientos estadísticos y contrastar las hipótesis formuladas. Este enfoque permitirá obtener resultados verificables, expresados en frecuencias, porcentajes y medidas de asociación, con el propósito de describir y analizar la relación entre el conocimiento del paciente y su actitud frente a la diabetes mellitus tipo II (47).

3.3. Tipo de investigación

Será de tipo aplicada, porque procurará generar conocimiento útil orientado a comprender una problemática concreta del ámbito sanitario y a aportar evidencia que pueda servir de base para futuras acciones educativas o intervenciones dirigidas a pacientes con diabetes mellitus tipo II. En ese sentido, no se limitará a la descripción abstracta del

fenómeno, sino que buscará contribuir con información pertinente para el abordaje de una necesidad observada en el contexto hospitalario (48).

3.4. Diseño de la investigación

Será descriptiva, porque solo presentará las características de las variables en la población del estudio. Dejando conocer un diagnóstico de las variables en niveles para poder conocer la realidad en el entorno escogido (49).

Será correlacional, ya que buscará determinar la relación existente entre la variable. En ese sentido, no se orientará a establecer causalidad, sino a identificar el grado de asociación entre ambas variables dentro de la población seleccionada, con base en el análisis estadístico correspondiente (50).

Será observacional, porque las variables serán estudiadas tal como se presentarán en su contexto natural, sin manipulación deliberada por parte de la investigadora. En consecuencia, solo se observarán, medirán y analizarán los datos tal como se manifiesten en la población de estudio, conservando las condiciones reales del entorno hospitalario (51).

Será prospectiva, porque la información se presentará de acuerdo como sucedan los hechos. La información será colocada en tiempo real para el análisis del fenómeno a lo largo del tiempo (52).

Será de corte transeccional, debido a que la recolección de los datos se realizará en un solo momento y en un único periodo de tiempo, permitiendo conocer cómo se presentarán las variables en la población seleccionada. De esta manera, el estudio ofrecerá una fotografía del comportamiento del conocimiento del paciente y de su actitud frente a la enfermedad en el momento en que se aplique el instrumento (53).

3.5. Población y muestra

Población

Estará conformada por 158 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II.

Se utilizará la población censal, donde todos los participantes de la población tendrán la misma oportunidad de participar, dado que la población es pequeña.

Criterios de inclusión:

- Pacientes adultos con diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo II, que se encontrarán registrados o en seguimiento en el servicio o programa correspondiente del hospital.
- Pacientes que participarán voluntariamente en el estudio mediante la firma del consentimiento informado y que se encontrarán en condiciones físicas y cognitivas para responder el cuestionario.
- Pacientes que acudirán al establecimiento durante el periodo programado para la recolección de datos.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que presenten alteraciones cognitivas o de comunicación que impedirán responder adecuadamente el instrumento.
- Pacientes que se encuentren cursando complicaciones agudas que imposibiliten su participación al momento de la encuesta.
- Pacientes que dejen el cuestionario incompleto.

3.6. Variables y operacionalización

V1. Conocimiento sobre la diabetes mellitus tipo II

Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Se puede entender como el conjunto de saberes que posee el paciente acerca de la diabetes, construidos a partir de la educación, la experiencia personal y la información recibida en los servicios de salud (54).	El conocimiento del paciente se puede medir a través de los conocimientos básicos de la enfermedad, características generales de la enfermedad y prevención de complicaciones, en una escala ordinal con respuesta correcta e incorrecta, utilizando 24 ítems (55)	Conocimientos básicos de la enfermedad	Definición sobre diabetes tipo II Etiología Tratamiento	Ordinal	Conocimiento adecuado 13 - 24 Conocimiento inadecuado 0 - 12
		Características generales de la enfermedad	Valores y control de glucosa Síntomas de alteración glicémica Diagnostico		
		Prevención de complicaciones	Complicaciones Prevención		

V2. Actitud del paciente

Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
La actitud es un estado de ánimo que permite actuar a una persona en situaciones de su vida cotidiana. Esta actitud determina la forma en que un individuo interpreta, encuentra y responde ante la enfermedad, según sus percepciones, experiencias pasadas y decisiones personales (56).	La actitud del paciente se puede medir a través de la necesidad entrenamiento especial, percepción gravedad, valoración del control estricto, valoración del impacto psicosocial de la DM y autonomía del paciente, en una escala de Likert de 5 puntos, utilizando 33 ítems (57).	Necesidad entrenamiento especial	Entrenamiento Técnicas de educación	Ordinal	Actitud adecuada 100 - 165
		Percepción gravedad	Gravedad de la enfermedad Complicaciones		Actitud inadecuada 33 - 99
		Valoración del control estricto	Control de azúcar Niveles de azúcar		
		Valoración del impacto psicosocial de la DM	Estado emocional Apoyo de familia y amigos		
		Autonomía del paciente	Autocuidado Toma de decisiones Información		

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica será la encuesta, que es un procedimiento muy utilizado para recolectar información o datos en investigaciones cuantitativas a través de preguntas.

3.7.2. Descripción de instrumentos

Instrumento 1:

Para el cuestionario conocimiento sobre la diabetes mellitus tipo II se aplicará el Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ-24) que fue utilizado por que fue utilizado por Zamora et al. (55) en su versión española, está conformado por 24 ítems en una escala de Si, No y No sè, donde la respuesta correcta tiene el valor de 1 punto y la incorrecta de 0 puntos. Este instrumento consta de tres dimensiones: Conocimientos básicos de la enfermedad (10 ítems), características generales de la enfermedad (7 ítems) y prevención de complicaciones (7 ítems).

Para la categorización de la variable se utilizará la siguiente escala:

- Conocimiento adecuado 13 – 24 pts.
- Conocimiento inadecuado 0 – 12 pts.

Instrumento 2:

Para el cuestionario actitud del paciente se aplicará el Diabetes Attitude Scale-3

(DAS-3p) que fue utilizado por Vilchez et al. (57) en versión española, está conformado por 33 ítems en una escala de totalmente de acuerdo, de acuerdo, indiferente, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, donde las alternativas tienen una equivalencia del 5 al 1. Dicha herramienta evaluativa se estructura en cinco áreas, abarcando el requerimiento de instrucción especializada con cinco reactivos, la estimación de severidad con siete indicadores, la ponderación del manejo riguroso con siete ítems, la apreciación de la repercusión psicosocial de la diabetes con seis enunciados, y la independencia del afectado con ocho elementos.

Para la categorización de la variable se utilizará la siguiente escala:

- Actitud adecuada 100 – 165 pts.
- Actitud inadecuada 33 – 99 pts.

3.7.3. Validación

Instrumento 1:

La validación para el cuestionario DQK 24 fue realizada en muestra peruana a través de juicio de expertos, se utilizó 7 personas expertas y especialistas en el tema que brindaron su puntaje al constructo para ser comprobada con el coeficiente de AIKEN, donde se obtuvo un valor de 0.92% (55).

Instrumento 2:

La validación para el cuestionario DAS-3p fue realizada a través de juicio de

expertos: 1) Se evaluó la traducción española del DAS en su versión anterior, esta retraducción fue hecha por especialistas bilingües de la Universitat Rovira i Virgili en Cataluña, 2) Se envió está nueva traducción al investigador Anderson, que es el creador original del instrumento, y brindo su conformidad de la traducción, 3) el instrumento fue evaluado por el equipo de investigación y un grupo de expertos en diabetes mellitus (57).

3.7.4. Confiabilidad

Instrumento 1:

Tuvo un coeficiente de alfa de Crombach igual a 0.78 y en sus dimensiones oscilaron entre 0.79 – 0.88, los autores mencionan que el instrumento es confiable (55).

Instrumento 2:

Tuvo un coeficiente de alfa de Crombach igual a 0.74 y en sus dimensiones oscilaron entre 0.6 – 0.71, los autores mencionan que el instrumento es confiable (57).

3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos

Para iniciar, se pedirá permiso a la autoridad correspondiente del hospital público en Ayacucho para poder acceder al centro de salud y aplicar los instrumentos a los pacientes con diabetes mellitus tipo II. Luego se coordinará con el encargo del programa de enfermedades no transmisibles para generar horarios y fechas donde se desarrollará el trabajo de campo, sin interferir en las actividades del área. Cuando se planifique las fechas, el investigador acudirá al hospital para tener contacto con los pacientes, se explicará el objetivo

del estudio y resolverá dudas, además de hacer firmar el consentimiento informado. La aplicación de los dos cuestionarios tendrá una duración de 30 a 40 min por cada uno, en formato impreso y un espacio confidencial, respetando el anonimato del paciente y autonomía para responder cada pregunta. Una vez concluida la aplicación de cada instrumento, se depurará aquellos que tienen errores u omisiones para prevalecer la calidad de información. Las respuestas serán codificadas y se mantendrá la integridad de los datos. La información será sistematizada en Microsoft Excel 2024 para su posterior exportación al software SPSS v24, entorno donde se ejecutará la estadística descriptiva e inferencial, permitiendo la primera representar los valores mediante tablas y figuras de frecuencia para optimizar su comprensión, procediéndose subsecuentemente a efectuar la prueba de normalidad para determinar la distribución de los datos, estableciéndose que ante una distribución asimétrica se aplicará la Rho de Spearman, mientras que frente a un comportamiento normal se empleará la prueba de Pearson para contrastar las hipótesis de investigación.

3.9. Aspectos éticos

La presente investigación tendrá en cuenta los principios bioéticos:

Autonomía, se respetará la decisión de los pacientes para formar parte de la investigación y se pedirá firmar el consentimiento informado.

No maleficencia, los pacientes no tendrán algún daño psicológico, físico o emocional. Los cuestionarios no tendrán ningún contenido invasivo o perturbador, sin embargo, en caso algún participante se sienta incomodo puede tomar la decisión de retirarse.

Justicia, ningún paciente será tratado de manera irrespetuosa o sufrirá de discriminación, todos serán tratados de manera homogénea.

Beneficencia, los resultados del presente estudio brindarán información importante sobre el conocimiento de diabetes mellitus tipo II y actitud del paciente, por ello, al conocer los niveles de conocimiento y actitud los pacientes podrán recibir un mejor servicio para mejorar su salud.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2025								2026	
	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO
Identificación del problema										
Revisión bibliográfica										
Elaboración de la situación problemática. Formulación del problema.										
Elaboración de los objetivos (General y específicos)										
Elaboración de la justificación (Teórica, metodológica y práctica)										
Elaboración de la limitación de la investigación (Temporal, espacial y recursos)										
Elaboración del marco teórico (Antecedentes, bases teóricas de las variables)										
Elaboración de la hipótesis (General y específicos)										
Elaboración de la metodología (Método, enfoque, tipo y diseño de la investigación)										
Elaboración de la población, muestra y muestreo.										
Definición conceptual y operacional de las variables de estudio.										
Elaboración de las técnicas e instrumentos de recolección de dadtos (Validación y confiabilidad)										
Elaboración del plan de procesamiento y análisis de datos.										
Elaboración de los aspectos éticos.										
Elaboración de los aspectos administrativos (Cronograma y presupuesto)										
Elaboración de las referencias según normas Vancouver y de anexos										
Revisión Final de proyecto.										
Aprobación del proyecto.										
Aplicación del trabajo de campo.										
Redacción del informe.										

LEYENDA: Actividades Cumplidas Actividades por cumplir

4.2. Presupuesto

Presupuesto detallado					
	RUBROS	**UNIDAD**	**CANTIDAD**	**COSTO S/.**	
				UNITARIO	**TOTAL**
SERVICIOS	Internet	Paquete de datos	10	70	700
	Telefonía	Paquete	10	40	400
	Fotocopiado	Cara	400	0.20	80
	Anillados	Unidad	03	10	30
	Movilidad	Unidad	30	5	150
	Otros				40
	SUB TOTAL				1400
BIENES	Papel bond	millar	01	25	45
	Laptop	unidad	01	3000	3000
	Memoria USB	unidad	01	30	30
	Liquid paper	unidad	03	2	6
	Lapiceros	unidad	10	0.50	50
	Archivadores	unidad	2	10	20
	SUB TOTAL				3145

Presupuesto Total

N°	**ITEM**	**COSTO**
1.0	SERVICIOS	**S/. 1,400.00**
2.0	BIENES	**S/. 3,145.00**
TOTAL		**S/. 4,545.00**

16% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

14% Fuentes de Internet
1% Publicaciones
11% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

14% Fuentes de Internet
1% Publicaciones
11% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1 Internet
repositorio.uwiener.edu.pe 7%

2 Trabajos entregados
uwiener on 2024-08-14 2%

3 Trabajos entregados
Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga on 2023-02-07 <1%

4 Trabajos entregados
Ilerna Online Blackboard on 2025-04-24 <1%

5 Trabajos entregados
Loma Linda University on 2015-03-15 <1%

6 Publicación
Thalia Reséndiz Lara, Abril Violeta Muñoz Torres, Grecia Mendoza Salmerón, Dieg... <1%

7 Trabajos entregados
Universidad Wiener on 2022-09-24 <1%

8 Internet
scielo.isciii.es <1%

9 Trabajos entregados
Universidad Wiener on 2023-11-19 <1%

10 Trabajos entregados
Universidad Wiener on 2026-09-05 <1%

11 Trabajos entregados
Universidad de Cartagena on 2019-07-09 <1%