



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**TESIS**

**Nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos respecto a su tratamiento en un Centro de Salud de Chiclayo, 2024**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MEDICO CIRUJANO**

**Autores**

Bach. Campos Arrasco Victor Hugo  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-8760-8047>

Bach. Teran Chomba Julia Esmeralda  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-4083-8460>

**Asesor(a)**

Med. Gonzalez Alfaro Juan Victor  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5131-9175>

**Línea de Investigación**

**Calidad de vida, promoción de la salud del individuo y la comunidad para el desarrollo de la sociedad**

**Sublínea de Investigación**

**Nuevas alternativas de prevención y el manejo de enfermedades crónicas y/o no transmisibles**

**Pimentel – Perú**

**2024**

**Nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos respecto a su  
tratamiento en un Centro de Salud de Chiclayo, 2024**

**Aprobación del jurado**



---

Dr. COAGUILA CUSICANQUI LUIS ANGEL

**Presidente del Jurado de Tesis**



---

MG. CAMPOS BURGA MARJORIE DEL MILAGRO

**Secretario del Jurado de Tesis**



---

Med. GONZALEZ ALFARO JUAN VICTOR

**Vocal del Jurado de Tesis**

NOMBRE DEL TRABAJO

**Turnitin Tesis\_docx**

AUTOR

**Julia Esmeralda Teran Chomba**

RECuento DE PALABRAS

**9761 Words**

RECuento DE CARACTERES

**55350 Characters**

RECuento DE PÁGINAS

**40 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**272.7KB**

FECHA DE ENTREGA

**May 14, 2024 9:42 AM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**May 14, 2024 9:43 AM GMT-5**

● **20% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 18% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 9% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 8 palabras)
- Material citado





## DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Quien(es) suscribe(n) la DECLARACIÓN JURADA, somos **Campos Arrasco Víctor Hugo y Teran Chomba, Julia Esmeralda** del Programa de Estudios de **Medicina Humana** de la Universidad Señor de Sipán S.A.C, declaro (amos) bajo juramento que soy (somos) autor(es) del trabajo titulado:

### **NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS RESPECTO A SU TRATAMIENTO EN UN CENTRO DE SALUD DE CHICLAYO, 2024.**

El texto de mi trabajo de investigación responde y respeta lo indicado en el Código de Ética del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Señor de Sipán, conforme a los principios y lineamientos detallados en dicho documento, en relación con las citas y referencias bibliográficas, respetando el derecho de propiedad intelectual, por lo cual informo que la investigación cumple con ser inédito, original y auténtico.

En virtud de lo antes mencionado, firman:

Campos Arrasco Victor Hugo	DNI: 79218208	
Teran Chomba, Julia Esmeralda	DNI: 72453221	

## **DEDICATORIA**

A nuestros queridos padres, por su amor incondicional, apoyo constante y por ser los pilares fundamentales en nuestra vida. Gracias a su sacrificio y dedicación hemos logrado alcanzar este sueño.

A nuestros queridos amigos, por su compañía, apoyo y por compartir con nosotros este camino. Gracias por sus palabras de aliento y por ser mi fuente de motivación en los momentos difíciles.

A nuestros profesores y mentores, por su invaluable guía, por compartir su conocimiento y por inspirarnos a ser mejores médicos. Gracias por su paciencia, dedicación y por creer en nuestro potencial.

# NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS RESPECTO A SU TRATAMIENTO EN UN CENTRO DE SALUD DE CHICLAYO, 2024.

## Resumen

**Objetivo:** El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos respecto a su tratamiento en un Centro de Salud de Chiclayo, 2024.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo y transversal en una muestra de 175 pacientes diabéticos, a quienes se les aplicó un cuestionario validado para evaluar su nivel de conocimientos.

**Resultados:** Los resultados mostraron que el 55.4% de los pacientes tenía un nivel medio de conocimientos, el 24.6% un nivel bajo y el 20% un nivel alto. Se encontraron diferencias significativas en los niveles de conocimiento según el nivel educativo ( $p < 0.001$ ), siendo los pacientes con educación universitaria quienes obtuvieron los puntajes más altos. Además, se observó que a medida que aumentaba el nivel educativo, tendía a incrementarse el nivel de conocimientos.

**Conclusión:** Se determinó que el nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos sobre su tratamiento, especialmente entre aquellos con menor nivel educativo se encuentra en un nivel intermedio. Estos hallazgos resaltan la necesidad de implementar intervenciones educativas adaptadas a las características de los pacientes para mejorar su comprensión de la enfermedad y su manejo.

**Palabras clave:** diabetes, conocimientos, tratamiento, nivel educativo, educación diabetológica

## Abstract

**Objective:** The objective of this study was to determine the level of knowledge of diabetic patients regarding their treatment in a Health Center in Chiclayo, 2024.

**Methods:** A descriptive and cross-sectional study was carried out in a sample of 175 diabetic patients, to whom a validated questionnaire was applied to assess their level of knowledge.

**Results:** The results showed that 55.4% of the patients had a medium level of knowledge, 24.6% a low level and 20% a high level. Significant differences were found in the levels of knowledge according to educational level ( $p < 0.001$ ), with patients with university education obtaining the highest scores. In addition, it was observed that as the educational level increased, the level of knowledge tended to increase.

**Conclusion:** It was determined that the level of knowledge of diabetic patients about their treatment, especially among those with lower educational level, is at an intermediate level. These findings highlight the need to implement educational interventions adapted to the characteristics of the patients to improve their understanding of the disease and its management.

**Key words:** diabetes, knowledge, treatment, educational level, diabetes education.

## ÍNDICE

Resumen.....	6
Abstract.....	7
ÍNDICE .....	8
ÍNDICE DE TABLAS .....	9
I. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1. Realidad problemática.....	10
1.2. Trabajos previos.....	11
1.3. Teorías relacionadas al tema .....	14
1.4. Formulación del problema.....	22
1.5. Justificación e importancia del estudio .....	22
1.6. Hipótesis .....	23
1.7. Objetivos .....	23
II. MATERIAL Y MÉTODO.....	25
2.1. Tipo y Diseño de investigación.....	25
2.2. Variables, Operacionalización .....	26
2.3. Población de estudio, muestra, muestreo y criterios de selección .....	30
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad .....	32
2.5. Procedimiento de análisis de datos.....	33
2.6. Criterios éticos .....	35
III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	37
3.1. Resultados .....	37
3.2. Discusión.....	41
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	47
IV.1. Conclusiones .....	47
IV.2. Recomendaciones .....	47
REFERENCIAS.....	49
ANEXOS .....	59



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Tabla de Operacionalización de Variables.....	26
<b>Tabla 2:</b> Nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos sobre su tratamiento .....	37
<b>Tabla 3:</b> Características sociodemográficas de los pacientes diabéticos .....	37
<b>Tabla 4:</b> Nivel de conocimientos según dimensiones .....	39
<b>Tabla 5:</b> Prueba de Kruskal-Wallis: Rangos .....	40
<b>Tabla 6:</b> Estadísticos de prueba .....	40

# I.INTRODUCCIÓN

## 1.1.Realidad problemática

La diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), es una enfermedad crónica en rápida expansión a nivel global, es un importante problema de salud pública en el mundo. (1) Su prevalencia pasó del 2,3% en 1977 al 18,22% en 2023. (2) Este aumento se debe a la transición epidemiológica (3,4), caracterizada por un estilo de vida occidentalizado, el aumento de la obesidad y el estrés (5), y la rápida adopción de nuevos hábitos alimentarios y un estilo de vida sedentario. (6,7)

Debido a su prevalencia cada vez mayor y a la amenaza que supone para la morbilidad y la mortalidad (8), la DMT2 también plantea un importante problema de costes para el sistema sanitario. (9) Diversos estudios han demostrado que un abordaje integral y agresivo de esta enfermedad es rentable y eficaz. (10) La educación terapéutica de los pacientes diabéticos es una parte integral del tratamiento, como lo es para todas las demás enfermedades crónicas. (11)

Para gestionar su tratamiento, los pacientes diabéticos de tipo 2 deben realizar por sí mismos procedimientos técnicos y tomar decisiones terapéuticas, todo lo cual se denomina "conductas asistenciales". (12) La adherencia a estas conductas de cuidado depende de muchos factores: psicológicos, emocionales, familiares y socioculturales, incluidos los conocimientos necesarios para gestionar el tratamiento. Por lo tanto, una de las funciones de los cuidadores es integrar la enseñanza de conocimientos sobre la enfermedad en un proceso de educación terapéutica del paciente, centrado en el manejo de su enfermedad. Varios estudios han demostrado que los diabéticos de tipo 2 que se han beneficiado de la educación terapéutica no sólo conocen mejor su enfermedad, sino que también saben tratarse mejor, están mejor equilibrados, tienen menos complicaciones y pasan menos tiempo en el hospital. (13) Sin embargo, la experiencia de una educación terapéutica fundada en la evidencia y adaptada tanto a la cultura local como a la personalidad del paciente todavía no está muy extendida en las estructuras de atención primaria en nuestra Región Lambayeque para el tratamiento de la DMT2. De ahí el interés de este estudio,

que se propone analizar el nivel de conocimientos en una muestra representativa de individuos con DMT2, seguidos en atención primaria atendidos en el CS José Leonardo Ortiz durante el periodo enero-julio del 2023, respecto a su problema de salud y, en consecuencia, identificar las posibles lagunas en la práctica de esta dimensión terapéutica primordial: la educación sanitaria.

## **1.2. Trabajos previos**

### **1.2.1. Antecedentes Internacionales**

Respecto a los trabajos previos, primeramente ubicamos en el ámbito internacional la investigación de Sağlam y Bektas, 2023, Turquía, el cual tuvo como propósito determinar las percepciones de los pacientes con DMT2 en relación con el nivel de conocimiento y las complicaciones de la diabetes. Metodología: Este estudio fue transversal y descriptivo. Resultados: Se determinó que el 62,4% de los pacientes con DMT2 participantes en la investigación eran mujeres y presentaban un nivel de cultura intermedia respecto a su enfermedad y sus implicancias; la edad media era de  $56,7 \pm 9,1$  años, el 50,6% eran graduados en educación primaria, el 31% utilizaba medicación antidiabética oral y el 58,7% insulina junto con antidiabéticos orales. Conclusiones: Los pacientes con percepciones de menor riesgo de complicaciones diabéticas tenían actitudes más negativas hacia el tratamiento. Se requiere la cooperación entre los pacientes con DMT2 y los profesionales sanitarios (14)

Por su parte, Guamán N, Mesa I, Peña S, Ramírez A, el 2021 en Ecuador, en su artículo analizaron el conocimiento y los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la DMT2”, el cual se llevó a cabo a través de un estudio de naturaleza no experimental, caracterizado por su transversalidad. La muestra incluyó a 169 pacientes con DMT2 a quienes se les proporcionó un cuestionario que tenía el propósito de evaluar su nivel de conocimiento, clasificándolos como adecuado, intermedio o inadecuado. En los resultados se obtuvo que el 94,1% de los participantes demostraron un horizonte de conocimiento considerado adecuado, en tanto el 3,6% presentó un conocimiento considerado inadecuado. Se concluyó el grupo sometido a

estudio, tienen un entendimiento claro de la misma. Por ende, la inadecuada adherencia al tratamiento se atribuye a otros factores que no están directamente relacionados con el nivel de conocimiento. (15)

En esa misma línea, Campues L, en 2021 en Tulcán – Ecuador en su tesis titulada “Cumplimiento al tratamiento con DMT2 en los pacientes adultos mayores que acuden al CS N°1 de la Ciudad de Tulcán”. Se empleó una metodología mixta que combinó enfoques cualitativos y cuantitativos, específicamente de tipo descriptivo, correlacional y exploratorio. El propósito del estudio fue diseñar estrategias educativas destinadas a mejorar la adherencia al tratamiento de DMT2 en pacientes ancianos que asisten al CS N°1 de Tulcán. La muestra consistió en 37 adultos mayores, y los resultados indicaron que el 55% de ellos tuvieron, como máximo, tres controles en el año 2020. Se concluyó que la mayor parte de los pacientes con DMT2 no llevaron a cabo un adecuado seguimiento mensual de su enfermedad, lo cual representa un riesgo significativo para su salud. (16)

### **1.2.2. Antecedentes Nacionales**

En cuanto a trabajos relacionado en nuestro país, tenemos en primer lugar a Porras D, Quincho R, el 2023 en Huancayo, evaluaron el nivel de conocimientos y adherencia de los pacientes diabéticos de un hospital de dicha ciudad. Realizaron un estudio descriptivo transversal de tipo correlacional. La investigación contó con una muestra de 92 pacientes, se administraron el cuestionario DKQ-24 y el Test de Morisky-Green para evaluar tanto el nivel de conocimientos como la adherencia al tratamiento farmacológico. Los resultados revelaron que el 55,4% de los participantes demostraron poseer un conocimiento adecuado, mientras que el 27,2% no y, por ende no se adhirió adecuadamente al tratamiento. Estos hallazgos condujeron a la conclusión de que existe una asociación entre el nivel de conocimientos y la adherencia al tratamiento en pacientes con DMT2. (17)

Asimismo, Carreño y Col., el 2022 en Huancayo, desarrollaron una investigación enfocada en evaluar el nivel de conocimiento sobre la diabetes en una población urbana de adultos mayores. Se realizó un

estudio transversal que incluyó encuestas estructuradas y pruebas de glucosa en sangre en una muestra representativa de adultos mayores residentes en áreas urbanas. Se evaluaron aspectos como la comprensión de la dieta, la administración de medicamentos y la monitorización de la glucosa. Se encontró que un porcentaje significativo de adultos mayores tenía un conocimiento limitado sobre la diabetes, especialmente en áreas relacionadas con la dieta y el manejo de la medicación. Además, aquellos con un nivel más bajo de conocimiento tenían peor control glucémico. Los resultados resaltan la necesidad de programas educativos específicos dirigidos a adultos mayores para mejorar su comprensión de la diabetes y su manejo, lo que podría conducir a mejores resultados de salud en esta población vulnerable. (5)

Por último, Licas J, Álvarez M, el 2019 en Chíncha – Ica en su tesis empleó un enfoque observacional, prospectivo y transversal en un estudio de naturaleza descriptiva. La muestra consistió en 94 pacientes con diabetes, a quienes se les administró un cuestionario. Los resultados indicaron que el 22,3% tenía un bajo nivel de conocimiento, el 54,3% un nivel medio y el 23,4% un nivel alto. Como conclusión, se determinó que el nivel de conocimiento de los pacientes con DMT2 presenta un conocimiento bastante limitado respecto a su enfermedad lo que reduce las expectativas de una vida adaptada a esa realidad y, por tanto, exacerba las complicaciones diabéticas. (18)

Ya en el ámbito local, Fernández N, el 2020 en Pimentel realizaron un estudio con el objetivo de analizar la relación entre el conocimiento las actitudes de los pacientes con DMT2. La investigación empleó un enfoque observacional y transversal, evaluando a una muestra representativa de pacientes diabéticos en el CS "José Leonardo Ortiz". Se utilizaron cuestionarios estandarizados para medir la adherencia al tratamiento y encuestas específicas para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud. Los resultados indicaron una variabilidad significativa en los niveles de conocimiento y adherencia al tratamiento entre los pacientes diabéticos. Se identificaron factores como la educación sobre la enfermedad, el apoyo

social y la comprensión de las instrucciones médicas como determinantes clave en la adherencia. Este estudio subrayó la importancia del conocimiento y la adherencia al tratamiento en la mejora de la calidad de vida en pacientes con diabetes. Se concluyó que intervenciones focalizadas en fortalecer la comprensión y el respaldo a los pacientes podrían ser cruciales para mejorar la gestión de la enfermedad y, por ende, su calidad de vida en el contexto del CS "José Leonardo Ortiz" en el año 2020. (19)

Igualmente, tenemos a Chunga M, Vásquez C, Jiménez F, Díaz C, Sifuentes J, Osada J, el 2018 en un artículo sobre DMT2 en Lambayeque, buscaron determinar el nivel de conocimientos acerca de la enfermedad y sus complicaciones. La investigación buscó identificar brechas de información y factores que puedan influir en el conocimiento de los pacientes sobre su condición, con la intención de proponer estrategias educativas más efectivas. Se aplicaron cuestionarios estructurados para evaluar el conocimiento general sobre la enfermedad, sus complicaciones potenciales y las prácticas de autocuidado. Mientras algunos demostraron un entendimiento sólido de la enfermedad y sus complicaciones, otros presentaron lagunas importantes en áreas clave, como la dieta y la prevención de complicaciones a largo plazo. Se concluyó que existe la necesidad de estrategias educativas personalizadas y accesibles para mejorar el conocimiento de los pacientes con DMT2. La identificación de grupos específicos con menor comprensión permitirá orientar intervenciones educativas de manera más efectiva. (15).

### **1.3. Teorías relacionadas al tema**

Respecto a las bases teóricas consideradas, tenemos en primer término a investigación científica está fundamentada en perspectivas epistemológicas que influyen en la manera en que se obtienen, interpretan y comunican los conocimientos. En el contexto del estudio —el constructivismo y el positivismo— pudieron arrojar luz sobre la naturaleza y la interpretación de los datos. (20–22). Estos enfoques ofrecen lentes conceptuales a través de los cuales se abordará la investigación y se interpretarán los resultados.

Al respecto, el constructivismo es un enfoque epistemológico que postula que el conocimiento se construye a partir de su interacción con profesionales médicos, información en línea, experiencias personales y el contexto social. Este enfoque considera que cada paciente puede tener una comprensión única y subjetiva de su enfermedad y su tratamiento. (23)

Desde esta perspectiva, el estudio podría enfocarse en analizar cómo los pacientes diabéticos construyen su conocimiento y cómo sus interpretaciones personales pueden influir en su adhesión al tratamiento. El uso de encuestas y análisis de contenido podría permitir capturar estas construcciones individuales, ayudando a revelar los factores subyacentes que influyen en la interpretación y aplicación del conocimiento. (24,25)

Por otra parte, el positivismo, sostiene que el conocimiento se deriva de observaciones objetivas y verificables. En el contexto del estudio, el positivismo podría involucrar la medición cuantitativa del nivel de conocimiento de los pacientes diabéticos a través de cuestionarios estructurados y escalas de respuesta definidas. Este enfoque busca identificar patrones y relaciones objetivas entre variables, como la relación entre el nivel de conocimiento y la adherencia al tratamiento. (26)

La investigación pudo cuantificar y categorizar los niveles de conocimiento, permitiendo la aplicación de análisis estadísticos como pruebas de correlación y regresión. Esto podría arrojar luz sobre la relación entre el conocimiento y la adherencia, estableciendo patrones objetivos que puedan ser generalizables a la población de pacientes diabéticos en el CS. (27)

En resumen, el marco epistemológico en la investigación sobre el nivel de conocimiento de pacientes diabéticos y su tratamiento involucra la elección entre enfoques constructivistas y positivistas. Ambos enfoques ofrecen ventajas únicas para abordar las preguntas de investigación y pueden complementarse para brindar una comprensión completa del objeto de estudio.

Respecto al marco teórico de la diabetes (DM), empezaremos señalando

que es una enfermedad que comprende un grupo de disfunciones fisiológicas con diferentes etiologías, estos trastornos afectan a los procesos metabólicos de las proteínas, los lípidos y la glucosa (15,28,29). La diabetes mellitus (DM) se caracteriza por una hiperglucemia crónica debida a un defecto en la excreción de insulina o en su propia acción. A largo plazo, esta enfermedad crónica conduce al desarrollo de complicaciones vasculares y del sistema nervioso, aumentando el riesgo de mortalidad (30). La diabetes en general se divide en varias categorías, ya que existen diferencias individuales dentro de una misma categoría (31).

Las clasificaciones son las siguientes:

- a) DM tipo 1, 5-10% de los casos de diabetes.
- b) DMT2, 90-95% de los casos de diabetes: 80% de los casos de diabetes en individuos obesos y 20% en individuos no obesos.
- c) DMT2 asociada a otras enfermedades o síndromes, asociada a factores causales conocidos o sospechosos de patología diabética: patologías pancreáticas, desequilibrios hormonales, uso de fármacos como los glucocorticoides.
- d) Diabetes gestacional, ocurre en el 2-5% de los embarazos, se manifiesta durante el embarazo generalmente en el segundo o tercer mes. Intolerancia a la glucosa, implica una alteración de la glucemia en ayunas, en el 29% de los casos la diabetes se desarrolla a continuación.
- e) Por último, también se produce peridiabetes, el individuo tiene una historia de hiperglucemia, pero tiene un metabolismo de la glucosa normal (32).

La DMT2 es una enfermedad heterogénea caracterizada por trastornos metabólicos, en la que alteraciones genéticas junto con factores adquiridos conducen a un deterioro de la homeostasis de la glucosa y del metabolismo de aminoácidos y ácidos grasos (33). Tanto la insulina como el glucagón constituyen dos hormonas antagónicas y que tienen como objetivo



mantener las concentraciones plasmáticas de glucosa en niveles aceptables (34). La diabetes se caracteriza por ciertas alteraciones del metabolismo, es decir, del conjunto de reacciones químicas que transforman los alimentos en energía. En esta enfermedad crónica, los lípidos y azúcares introducidos en el organismo a través de los alimentos no se transforman adecuadamente. Como consecuencia, en la persona diabética se observa una inestabilidad persistente de los niveles de glucosa en sangre. En las personas diabéticas, los azúcares se concentran en exceso, provocando la llamada hiperglucemia, un elemento clave de la DM. La responsable de este fenómeno es una hormona muy importante, llamada insulina, que es una sustancia segregada por las células beta, que son un grupo de células contenidas en los islotes de Langerhans, una gran parte del tejido pancreático. (35)

Esta enfermedad está vinculada a dos problemas principales relacionados con la acción de la insulina, a saber, la resistencia a la insulina y la mengua de su secreción. En un intento de compensar la falta de esta hormona y evitar así la acumulación de glucosa en la sangre, la secreción de insulina aumenta considerablemente. Es a través de este mecanismo como surge el problema de la DM2, ya que si las células beta no son capaces de satisfacer la mayor necesidad de insulina, como consecuencia, aumentará la glucosa en sangre y así es como surgirá la DM2 (36). En este caso, lo que desencadena la diabetes no es simplemente la cantidad de insulina que las células beta son capaces de producir, sino que viene determinado por la capacidad del organismo para recibir correctamente la señal dada por la hormona, en términos concretos hablamos de insulinoresistencia (37). Más concretamente, a nivel fisiopatológico de la diabetes en las personas mayores, se producen varias alteraciones: en primer lugar, hay una disminución de la sensibilidad a la insulina, que está asociada a cambios en la constitución corporal; en segundo lugar, hay una reducción de la secreción de dicha hormona.

Debido a este fenómeno, las personas mayores a menudo tienen que recurrir a la insulinoterapia exógena para intentar conseguir una buena

compensación glucémica. Además, Gómez y Col., señalan que si el anciano diabético presenta un déficit significativo de secreción de insulina, este fenómeno está ligado a la larga duración de la diabetes, debida al avance de la edad. Por este motivo, el objetivo prioritario en las personas diabéticas de edad avanzada es conseguir una compensación glucémica adecuada, ya que tener valores glucémicos fluctuantes, es decir, pasar de tener hipoglucemia a hiperglucemia, puede provocar graves desequilibrios metabólicos (38). En consecuencia, pueden producirse manifestaciones clínicas específicas de la diabetes, determinadas por el grado de hiperglucemia. Las manifestaciones clínicas típicas de la diabetes en general son las denominadas "cuatro P", poliuria (producción abundante de orina), polidipsia (aumento de la sed), polifagia (aumento del apetito) y pérdida de peso, que se deben a la pérdida excesiva de líquidos en el organismo debido a la diuresis osmótica. Otros posibles síntomas pueden ser debilidad, fatiga, cambios visuales repentinos, hormigueo o pérdida de sensibilidad en manos y pies, cicatrización lenta de heridas, piel seca, infecciones recurrentes. (39)

En relación a la variable "nivel de conocimiento de los pacientes", se trata de un componente crucial en la gestión efectiva de la salud. Este aspecto no solo influye en la calidad de vida del individuo, sino que también puede tener un impacto significativo en los resultados clínicos y en la utilización eficaz de los recursos médicos disponibles. A lo largo de este extenso análisis, exploraremos los aspectos teóricos fundamentales que respaldan la importancia del conocimiento del paciente, examinando diversas teorías propias del campo de la psicología de la salud (40).

La teoría del empoderamiento del paciente emerge como un pilar fundamental en este contexto. Esta teoría postula que capacitar a los pacientes para tomar decisiones informadas sobre su salud contribuye a un mayor control y autonomía. Cuando los individuos poseen un conocimiento sólido sobre su enfermedad, están mejor equipados para comprender las opciones de tratamiento, participar activamente en la toma de decisiones y colaborar eficazmente con los profesionales de la salud en la gestión de su

condición (9).

La teoría de la autodeterminación, por otro lado, destaca la importancia de la motivación intrínseca y la autodeterminación en el cuidado de la salud. Esta teoría sostiene que los pacientes que comprenden los detalles de su enfermedad están más motivados para seguir las recomendaciones médicas, ya que perciben esas acciones como autónomas y autodirigidas. Un paciente informado no solo cumple con las pautas de tratamiento, sino que lo hace con un sentido de responsabilidad y motivación intrínseca (41).

El modelo de creencias en salud, a su vez, explora cómo las percepciones y creencias personales influyen en las acciones de una persona. La comprensión de la enfermedad y la percepción de su gravedad y consecuencias son elementos fundamentales que moldean el comportamiento del paciente. Identificar y abordar las creencias erróneas o malentendidos sobre la enfermedad es esencial para fomentar comportamientos saludables y una mejor adherencia al tratamiento (24).

La teoría del cambio de comportamiento aporta una perspectiva adicional, sugiriendo que el conocimiento es un precursor necesario para cualquier cambio sostenible en el comportamiento. Cuando los pacientes comprenden la necesidad y los beneficios de modificar su estilo de vida o seguir un plan de tratamiento, están más dispuestos a comprometerse con esos cambios a largo plazo. Por lo tanto, el conocimiento actúa como un catalizador para el cambio y la mejora continua de la salud.

El modelo de creencias sobre la enfermedad profundiza en la percepción de la gravedad de la enfermedad y la susceptibilidad a sus complicaciones. Este enfoque destaca cómo la percepción individual de la amenaza de la enfermedad influye en el comportamiento preventivo. Mejorar la comprensión de la gravedad de la enfermedad y la susceptibilidad a complicaciones puede motivar a los pacientes a tomar medidas preventivas y a adherirse rigurosamente a las pautas de tratamiento (41).

La teoría del aprendizaje social, a su vez, sugiere que los pacientes pueden aprender a través de la observación y el modelado. Proporcionar

información clara y presentar modelos a seguir puede ser crucial para mejorar el conocimiento del paciente y fomentar la adhesión al tratamiento (42). Ver a otros que han manejado con éxito su enfermedad puede inspirar y motivar a los pacientes a seguir prácticas similares.

Para comprender completamente la importancia del conocimiento del paciente, es esencial abordar estos aspectos teóricos desde una perspectiva práctica. En un escenario clínico, el empoderamiento del paciente se traduce en proporcionar los tratamientos disponibles y las medidas preventivas. Los profesionales de la salud deben esforzarse por establecer una comunicación abierta y transparente, fomentando preguntas y asegurándose de que el paciente se sienta capacitado para tomar decisiones informadas sobre su cuidado (43).

La teoría de la autodeterminación se manifiesta en el estímulo a la autonomía del paciente. Esto implica no solo informar al paciente sobre su enfermedad, sino también involucrarlo activamente. Las discusiones colaborativas entre el paciente y el profesional de la salud, considerando las preferencias individuales y las metas de tratamiento, son esenciales para cultivar la autodeterminación y, por ende, mejorar la adherencia al tratamiento. En cuanto al modelo de creencias en salud, la práctica clínica debe abordar las creencias y percepciones individuales que pueden influir en el comportamiento del paciente. Identificar las preocupaciones y comprender las creencias culturales o personales que pueden afectar la aceptación del tratamiento es crucial (44). Los profesionales de la salud pueden abordar estas creencias de manera efectiva, proporcionando información precisa y contextualizada para corregir malentendidos y fomentar una comprensión más precisa de la enfermedad.

El modelo de cambio de comportamiento destaca la necesidad de estrategias educativas que vayan más allá de simplemente proporcionar información. Es esencial involucrar a los pacientes en procesos de aprendizaje activo, como la resolución de problemas y la planificación de metas, para mejorar la comprensión y facilitar cambios de comportamiento sostenibles. Esto puede incluir la enseñanza de habilidades prácticas,

como la monitorización de la glucosa o la preparación de alimentos saludables, para fortalecer la capacidad del paciente para gestionar su enfermedad diariamente. En relación con el modelo de creencias sobre la enfermedad, los profesionales de la salud deben abordar la percepción de la gravedad de la enfermedad y la susceptibilidad a complicaciones. Esto implica una comunicación clara sobre los riesgos potenciales y la importancia de las medidas preventivas. Al destacar cómo las acciones preventivas pueden impactar positivamente en la calidad de vida y prevenir complicaciones a largo plazo, se puede motivar a los pacientes a asumir un papel activo en su cuidado (45).

La teoría del aprendizaje social sugiere que el conocimiento puede transmitirse de manera efectiva a través de modelos a seguir. Los profesionales de la salud pueden utilizar historias de éxito de pacientes anteriores para ilustrar cómo el conocimiento y la adherencia al tratamiento han llevado a resultados positivos. Además, la incorporación de testimonios y experiencias de pacientes puede fortalecer la comprensión y motivar a otros a seguir pautas similares. En términos prácticos, la evaluación y mejora del conocimiento del paciente pueden lograrse mediante estrategias educativas diversas. Las sesiones educativas personalizadas, folletos informativos, recursos en línea y grupos de apoyo pueden desempeñar un papel crucial en la transmisión de información relevante de manera comprensible. La utilización de tecnologías de la información, como aplicaciones móviles o plataformas en línea, también puede facilitar la entrega de información de manera accesible y atractiva (46).

Los pacientes deben sentirse cómodos expresando sus dudas y preocupaciones, y los profesionales de la salud deben estar dispuestos a abordarlos de manera empática y comprensiva. La comunicación efectiva es clave para superar barreras culturales, lingüísticas y de salud mental que pueden obstaculizar la comprensión y el compromiso del paciente. Es esencial reconocer que el conocimiento del paciente no es estático y puede cambiar con el tiempo. Por lo tanto, las intervenciones educativas deben ser continuas y adaptarse a las necesidades cambiantes del paciente a

medida que evoluciona su comprensión y experiencia con la enfermedad (24,47). La retroalimentación regular y la evaluación de la comprensión del paciente pueden guiar la adaptación de las estrategias educativas para abordar áreas específicas de confusión o falta de conocimiento.

En conclusión, el conocimiento del paciente sobre su enfermedad es un componente esencial en la gestión de la salud y la promoción de resultados positivos. A través de diversas teorías y modelos, podemos apreciar la interconexión de factores psicológicos y educativos que influyen en la comprensión y la adhesión al tratamiento. La aplicación práctica de estas teorías en el entorno clínico puede mejorar la relación paciente-profesional de la salud, empoderar al paciente y promover un mayor compromiso con el autocuidado. La educación continua y la adaptación de estrategias son clave para garantizar que el conocimiento del paciente evolucione y se mantenga sólido a lo largo del tiempo, contribuyendo así a una gestión más efectiva de la enfermedad y una mejora general en la calidad de vida.

#### **1.4. Formulación del problema**

¿Cuál es el nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos respecto a su tratamiento en un Centro de Salud de Chiclayo, 2024?

#### **1.5. Justificación e importancia del estudio**

Este análisis se fundamentó en la necesidad de comprender profundamente el entendimiento que los pacientes tienen sobre su condición y el manejo de su enfermedad.

Primeramente, el nivel de conocimiento que presentan las personas que sufren de DMT2 sobre su tratamiento afecta directamente su calidad de vida y su salud a largo plazo. Si los pacientes no comprenden completamente cómo manejar su diabetes, pueden enfrentarse a complicaciones graves, como fluctuaciones peligrosas en los niveles de azúcar en la sangre, daño a órganos vitales y un mayor riesgo de desarrollar otro tipo de patologías de naturaleza crónica.

En segundo lugar, comprender el nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos proporciona información valiosa para los profesionales de la salud. Esto les permite adaptar mejor sus estrategias de educación y comunicación para garantizar que los pacientes reciban la información necesaria de manera clara y comprensible. Asimismo, identificar deficiencias en el conocimiento puede ayudar a desarrollar programas de educación específicos para abordar áreas problemáticas y mejorar el autocuidado de los pacientes.

En un sentido más amplio, este estudio es importante pues contribuirá a mejorar la atención médica centrada en el paciente y promoverá la prevención de complicaciones asociadas con la diabetes. Al aumentar el nivel de conocimiento de los pacientes sobre su tratamiento, se fomenta la autonomía y la capacidad de autocuidado, lo que puede llevar a una mejor adherencia al tratamiento y resultados de salud más positivos en el largo plazo.

## **1.6. Hipótesis**

Por ser un estudio descriptivo la hipótesis fue implícita

## **1.7. Objetivos**

### **1.7.1. Objetivo general**

Determinar el nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos respecto a su tratamiento en un Centro de Salud de Chiclayo, 2024.

### **1.7.2. Objetivos específicos**

- a) Identificar las características sociodemográficas de los pacientes diabéticos respecto a su tratamiento en un Centro de Salud de Chiclayo, 2024.
- b) Identificar el nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos respecto a su tratamiento en un Centro de Salud de Chiclayo, 2024.

### **1.7.3. Limitaciones**

El estudio se realizó en un solo centro de salud de Chiclayo, lo que puede limitar la generalización de los resultados a otras poblaciones de pacientes diabéticos en diferentes contextos geográficos y socioculturales.

El diseño transversal del estudio no permite establecer relaciones causales entre el nivel de conocimientos y otras variables de interés, como la adherencia al tratamiento o el control glucémico.

El uso de un muestreo por conveniencia puede haber introducido un sesgo de selección, ya que los participantes que acudieron al centro de salud durante el período de estudio podrían tener características diferentes a aquellos que no lo hicieron.



## **II. MATERIAL Y MÉTODO**

### **2.1. Tipo y Diseño de investigación**

El estudio es de tipo descriptivo, porque se limitó a describir la variable identificada sin ningún tipo de manipulación por parte de los investigadores. Asimismo, fue una investigación básica, porque se centró en la exploración y comprensión de conceptos fundamentales, teorías y principios, sin buscar necesariamente aplicaciones prácticas inmediatas. Por último, fue transversal porque se aplicó el instrumento en un solo momento determinado.

## 2.2. Variables, Operacionalización

**Tabla 1.** Tabla de Operacionalización de Variables

Variable	Definición	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems (Preguntas)	Instrumento	Valores Finales	Tipo de variable	Escala de Medición	
<b>Nivel de Conocimiento sobre la DMT2</b>	El "Nivel de Conocimiento sobre la DMT2" se refiere a la medida o evaluación de la comprensión y el grado de información que una persona tiene acerca de la DMT2. El nivel de conocimiento implica la familiaridad con los aspectos clave de la enfermedad, incluyendo sus causas, síntomas, tratamiento, prevención y posibles complicaciones.	Puntaje obtenido en una evaluación de conocimientos sobre la enfermedad, abarcando síntomas, tratamiento, manejo.	1.	Conocimientos generales sobre DMT2	Características, Fisiopatología, Causas, clasificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>El comer azúcar no es causa de diabetes</li> <li>La diabetes es causada por falta de insulina</li> <li>La diabetes no es causada porque los riñones no expulsan la glucosa del cuerpo</li> <li>Los riñones no producen la insulina</li> <li>Siendo diabético puedo tener hijos diabéticos</li> <li>La diabetes no se da</li> <li>En un diabético comer mucho no estimula la producción de la insulina</li> <li>La diabetes se divide principalmente en tipo I y tipo II</li> <li>Es igual de importante el escoger los alimentos a consumir que la forma de prepararlos</li> <li>el alimento de los diabéticos no debe ser diferente a los de los demás.</li> </ul>	Cuestionario validado DKQ-24 (Cuestionario de Michigan ) Traducido al español	Nivel de conocimiento: Alto (17-23 puntos), Medio (9-16 puntos), Bajo (0-8 puntos)	Cualitativa Ordinal	Politómica
			2.	Control glucémico	Control glucémico, Factores que aumentan o disminuyen la glucemia, Síntomas de hipo e hiperglucemia,	<ul style="list-style-type: none"> <li>En el diabético sin dieta ni ejercicio ni tratamiento la glucemia aumenta</li> <li>Identifica un valor glucemia en ayunas (210 mg/dl)</li> </ul>				

	Valores normales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La glucosa en orina no es la mejor prueba para controlar la glucosa en la diabetes</li> <li>• El ejercicio no produce mayor necesidad de medicamentos o insulina</li> <li>• Los medicamentos no son más importantes que la dieta y el ejercicio</li> <li>• No son síntoma de hiperglucemia la sudoración y sensación de frío</li> <li>• No son datos de hipoglucemia la presencia de polidipsia y polifagia</li> </ul>
3. Prevención de complicaciones	Órganos afectados, Medidas de prevención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La diabetes causa problemas de circulación sanguínea</li> <li>• Las heridas en los pacientes diabéticos cicatrizar más lentamente</li> <li>• El diabético debe tener mayor cuidado al cortarse las uñas</li> <li>• Las heridas en diabéticos no deberían lavarse con yodo y alcohol en un principio</li> <li>• La diabetes puede dañar los riñones</li> <li>• La diabetes produce alteraciones en la sensibilidad de los miembros</li> </ul>

										<ul style="list-style-type: none"> <li>Los diabéticos no deberían utilizar medias ocupan elásticas apretada</li> </ul>
<b>Edad</b>	La edad es una medida de tiempo que indica la cantidad de años transcurridos desde el nacimiento de un ser vivo o desde un punto de referencia específico, como un evento histórico.	Operacionalmente estará definida por el rango y la distribución de las edades de los pacientes con DMT2.	N/A	N/A	18 – 30 años, 31 – 50 años, 51 – 70 años, 71 – más años	Encuesta	18 – 30 años, 31 – 50 años, 51 – 70 años, 71 – más años	Cuantitativa	Encuesta	
<b>Género</b>	El sexo marca la diferenciación de género en base a las características biológicas de los mismos.	Operacionalmente se define por la proporción y comparación de incidencias en relación al sexo del paciente.	N/A	N/A	Masculino, Femenino	Encuesta	Masculino, Femenino	Cualitativa	Encuesta	
<b>Grado de instrucción</b>	Se refiere al nivel educativo del paciente.	Operacionalmente se define por los niveles analfabeto, primaria, secundaria, técnica y educación superior universitaria.	N/A	N/A	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analfabeto,</li> <li>Educación primaria,</li> <li>Educación secundaria,</li> <li>Educación técnica,</li> <li>Educación universitaria</li> </ul>	Encuesta	Analfabeto, Primaria, Secundaria, Técnica, Universitaria	Cualitativa	Encuesta	
<b>Estado civil</b>	Está referida a la condición civil de la persona en relación a si tiene algún tipo de relación de pareja o no.	Operacionalmente se define por condición de soltero, conviviente, casado, divorciado y viudo.	N/A	N/A	Soltero (a), Casado (a), Conviviente, Separado/divorciado (a), Viudo (a)	Encuesta	Soltero (a), Casado (a), Conviviente, Separado/divorciado (a), Viudo (a)	Cualitativa	Encuesta	

---

<b>Tiempo de la enfermedad</b>	Está relacionado al tiempo que el paciente consciente padece de diabetes.	Operacionalmente se define por un rango de años en que se presume ya se empezó a manifestar la DMT2.	N/A	N/A	1 a 10 años, 11 a 20 años, 21 a 30 años, 31 a más años	Encuesta	1 a 10 años, 11 a 20 años, 21 a 30 años, 31 a más años	Cuantitativa	Encuesta
--------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	-----	--------------------------------------------------------	----------	--------------------------------------------------------	--------------	----------

---

## 2.3. Población de estudio, muestra, muestreo y criterios de selección

### 2.3.1. Población

En cuanto a la población de estudio, está constituida por todos los pacientes diabéticos que siguen su tratamiento en el C.S. José Leonardo Ortiz en el 2023, la cual sumó un total de 317 pacientes.

### 2.3.2. Muestra

Derivada de ella y aplicando la fórmula pertinente se obtuvo la muestra respectiva de 175 pacientes:

$$n_0 = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$
$$n_0 = \frac{317 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (317 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 175$$

Donde:

N = Tamaño de población

n = Tamaño de muestra

Z = Nivel de Confianza (1.96)

e = Error de estimación máximo aceptado (0.05)

p = Probabilidad de éxito (0.5)

q = (1- p) = Probabilidad de rechazo (0.5)

### 2.3.3. Muestreo

Se aplicó un muestreo aleatorio simple, de acuerdo al cual, cada paciente diabético tendrá la misma probabilidad de ser seleccionado. Siendo la población considerada, accesible y homogénea, este método será el más apropiado, según Hernández Sampieri para obtener una

muestra representativa (48). Se utilizó un muestreo aleatorio simple para seleccionar a los participantes de la población de pacientes diabéticos que acudían al Centro de Salud de Chiclayo en el año 2023.

Para llevar a cabo el muestreo, se siguieron los siguientes pasos:

Se definió la población de estudio, que en este caso estuvo constituida por todos los pacientes diabéticos que seguían su tratamiento en el Centro de Salud José Leonardo Ortiz en el año 2023. Según los registros del centro de salud, esta población estaba conformada por un total de 317 pacientes.

Se determinó el tamaño de la muestra aplicando la fórmula pertinente y se obtuvo un resultado de 175 pacientes.

Se elaboró un marco muestral, es decir, una lista numerada de todos los pacientes diabéticos participantes. Esta lista se obtuvo a partir de los registros del centro de salud y se asignó un número único a cada paciente. Se seleccionaron aleatoriamente los 175 participantes de la muestra utilizando un generador de números aleatorios o una tabla de números aleatorios. Cada número seleccionado correspondía a un paciente específico en el marco muestral.

Se contactó a los pacientes seleccionados para invitarlos al estudio. Se les explicó el propósito de la investigación, se les proporcionó información sobre el cuestionario y se obtuvo su consentimiento informado. En caso de que algún paciente seleccionado no aceptara participar o no cumpliera con los criterios de inclusión, se procedió a seleccionar aleatoriamente a otro paciente de la lista hasta completar el tamaño de muestra requerido.

Este proceso de muestreo aleatorio simple permitió obtener una muestra representativa de la población de pacientes diabéticos del Centro de Salud José Leonardo Ortiz. Al utilizar esta técnica, se buscó minimizar el sesgo de selección y garantizar que cada paciente tuviera la misma oportunidad de ser incluido en el estudio.

Es importante destacar que, antes de llevar a cabo el muestreo y la recolección de datos, se obtuvieron las autorizaciones y aprobaciones necesarias por parte del centro de salud y se siguieron los principios éticos establecidos para la investigación con seres humanos. (49) Estos criterios ayudarán a definir qué individuos, elementos o unidades serán parte de la muestra y cuáles serán excluidos. Los criterios de selección son esenciales para asegurarse de que la muestra sea relevante, representativa y coherente con las metas estudio.

#### **2.3.4. Criterios de selección**

##### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes diagnosticados con DMT2 en un periodo no menor a 12 meses.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes diabéticos que se atienden en el CS “José Leonardo Ortiz” en el periodo enero-julio del 2023.

##### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes diabéticos con complicaciones que se atienden en el CS “José Leonardo Ortiz” en el periodo enero-julio del 2023.
- Pacientes diabéticos que expresen su negativa a participar en el presente estudio.

#### **2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

##### **2.4.1. Técnica e Instrumento**

En este estudio, se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento se empleó un cuestionario debidamente validado.

El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Conocimiento de la Diabetes (DKQ-24), el cual consta de 24 preguntas relacionadas con



diferentes aspectos de la diabetes y su tratamiento. Cada pregunta tiene tres opciones de respuesta: sí, no y no sé. A cada respuesta correcta se le asigna un punto, mientras que las respuestas incorrectas o desconocidas reciben cero puntos. La puntuación total del cuestionario puede variar de 0 a 24 puntos, donde una mayor puntuación indica un mayor nivel de conocimientos sobre la diabetes.

El DKQ-24 es un instrumento ampliamente utilizado y validado para evaluar el conocimiento de los pacientes diabéticos. Ha demostrado tener una buena fiabilidad y validez en diferentes contextos culturales y lingüísticos. En este estudio, se utilizó la versión en español del DKQ-24, que ha sido validada y aplicada en investigaciones previas en el Perú. Para la aplicación del cuestionario, se siguieron los procedimientos éticos y metodológicos establecidos. Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes, explicándoles el propósito del estudio y garantizando la confidencialidad de sus respuestas. Los pacientes completaron el cuestionario de manera individual, ya sea por sí mismos o con la ayuda de un encuestador capacitado en caso de tener dificultades para leer o escribir.

Una vez recolectados los datos, se procedió a su tabulación y análisis estadístico. Se calcularon las puntuaciones totales de cada participante y se clasificaron en tres niveles de conocimiento: bajo (0-8 puntos), medio (9-16 puntos) y alto (17-24 puntos). Además, se analizaron las respuestas a cada pregunta individual para identificar áreas específicas de fortaleza o debilidad en el conocimiento de los pacientes. (50).

## **2.5. Procedimiento de análisis de datos**

En cuanto al procedimiento, éste abarcó desde la preparación de los datos hasta el alcance de los resultados y su respectiva interpretación. El software utilizado fue el paquete estadístico SPSS – versión 25. En ese contexto, dado que las variables eran nominales cualitativas, se optó por utilizar pruebas no paramétricas para el análisis inferencial. Específicamente, se empleó la prueba de Kruskal-Wallis para comparar

los niveles de conocimiento entre los diferentes grupos de nivel educativo. Esta prueba se seleccionó debido a que no requiere supuestos sobre la distribución de los datos y es adecuada para variables ordinales.

La prueba de Kruskal-Wallis se aplicó considerando el nivel educativo como la variable de agrupación y el nivel de conocimientos como la variable de comparación. Se calcularon los rangos promedio para cada grupo de nivel educativo y se obtuvieron los estadísticos de prueba, incluyendo el valor H, los grados de libertad y el valor p.

Los resultados de la prueba de Kruskal-Wallis indicaron que existían diferencias significativas en los niveles de conocimiento entre los diferentes grupos de nivel educativo ( $p < 0.001$ ). Al examinar los rangos promedio, se observó que a medida que aumentaba el nivel educativo, tendía a incrementarse el rango promedio del nivel de conocimientos. Los pacientes con educación universitaria obtuvieron el rango promedio más alto, seguidos por aquellos con educación técnica, secundaria, primaria y analfabetos.

Es importante destacar que la prueba de Kruskal-Wallis no indica entre qué grupos específicos se encuentran las diferencias significativas. Para determinar qué grupos difieren entre sí, se podrían haber realizado pruebas post-hoc, como la prueba de Dunn, que compara los grupos de nivel educativo por pares. Sin embargo, dado que el objetivo del estudio no era establecer asociaciones entre las variables, no se llevaron a cabo pruebas adicionales.

El análisis inferencial no paramétrico utilizando la prueba de Kruskal-Wallis permitió identificar diferencias significativas en los niveles de conocimiento sobre diabetes y su tratamiento entre los diferentes grupos de nivel educativo, sin asumir una distribución específica de los datos. Los resultados sugirieron que los pacientes con niveles educativos más altos tendían a tener un mayor nivel de conocimientos en comparación con aquellos con niveles educativos más bajos.

Es importante tener en cuenta que este análisis no buscaba establecer asociaciones o relaciones causales entre las variables, sino simplemente comparar los niveles de conocimiento entre los grupos de nivel educativo. Los hallazgos obtenidos resaltan la importancia de considerar el nivel educativo al diseñar e implementar intervenciones educativas para mejorar el conocimiento de los pacientes diabéticos sobre su enfermedad y tratamiento.

## **2.6. Criterios éticos**

La Declaración de Helsinki y el Reporte Belmont son dos documentos fundamentales en el campo de la ética en la investigación médica y científica. A continuación, precisaré y explicaré la aplicación de algunos de los principios éticos clave de acuerdo a estos documentos:

- 1) Principio de Respeto por las Personas: Este principio, establecido en el Reporte Belmont, implica que los participantes en la investigación deben ser tratados como individuos autónomos capaces de asumir decisiones respecto a su involucramiento en los propósitos del presente estudio.
- 2) Principio de Beneficencia: Tanto la Declaración de Helsinki como el Reporte Belmont hacen hincapié en la importancia de maximizar los beneficios y minimizar los riesgos para los participantes en la investigación.
- 3) Principio de Justicia: Este principio, también presente en el Reporte Belmont, se refiere a la equidad en la selección de los participantes.
- 4) Principio de Independencia Ética: Tanto la Declaración de Helsinki como el Reporte Belmont subrayan la importancia de contar con un comité de revisión ética independiente, también conocido como comité de ética de la investigación o comité de revisión institucional.
- 5) Otros criterios éticos más relevantes seguidos en el presente trabajo investigativo, serán los siguientes:

- a) Consentimiento informado: el consentimiento voluntario expresado por los sujetos partícipes de la investigación fue esencial a fin de dotarle de la legitimidad necesaria al presente trabajo. Para ello, se les hizo conocer de un documento de consentimiento informado, el cual se les entregó antes de la aplicación de la encuesta. En dicho documento se le proporcionó toda la información respecto al presente estudio, de forma clara y precisa así como el derecho expreso de poder retirarse en el momento que consideraran pertinente sin que ello acarrea de algún tipo de consecuencias;
- b) Confidencialidad y privacidad: se garantizará la total y absoluta confidencialidad de los datos y de cualquier tipo de información que pudo ser recopilada respecto a la condición de salud de los pacientes participantes, dejando muy en claro que los datos a ser utilizados sólo tuvieron propósitos investigativos y que no involucró en absoluto datos personales de los pacientes;
- c) Protección de datos: Se adoptarán medidas adecuadas para otorgar la protección debida de todos los datos personales de los sujetos partícipes contra el acceso no autorizado, pérdida o robo;

Beneficencia y no maleficencia: el presente trabajo tendrá como objetivo base, el generar un conocimiento de naturaleza benéfica a la sociedad y, específicamente al sector poblacional bajo estudio, evitando en todo momento cualquier riesgo o afectación a los participantes del presente trabajo.

### III.RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 3.1. Resultados

**Tabla 1.** Nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos sobre su tratamiento.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO (0-8 PTS.)	43	24.6%
MEDIO (9-16 PTS.)	97	55.4%
ALTO (17-23 PTS.)	35	20%
TOTAL	175	100%

La Tabla 2 muestra la distribución del nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos sobre su tratamiento. Se observa que más de la mitad de los pacientes (55.4%) tiene un nivel medio de conocimientos, seguido por un 24.6% con un nivel bajo y un 20% con un nivel alto.

**Tabla 2.** Características sociodemográficas de los pacientes diabéticos.

VARIABLE	CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD	18-30 años	25	14.3%
	31-50 años	68	38.9%
	51-70 años	72	41.1%
	71 a más	10	5.7%
GÉNERO	Masculino	83	47.4%
	Femenino	92	52.6%
NIVEL EDUCATIVO	Analfabeto	5	2.9%
	Primaria	39	22.3%
	Secundaria	67	38.3%

	Técnica	41	23.4%
	Universitaria	23	13.1%
<b>ESTADO CIVIL</b>	Soltero(a)	32	18.3%
	Casado(a)	89	50.8%
	Conviviente	28	16%
	Divorciado(a)	18	10.3%
	Viudo(a)	8	4.6%
<b>TIEMPO ENFERMEDAD</b>	1 a 10 años	95	54.3%
	11 a 20 años	58	33.1%
	21 a 30 años	18	10.3%
	31 a más	4	2.3%

La Tabla 3 presenta las características sociodemográficas de los pacientes diabéticos. Se observa que la mayoría de los pacientes (41.1%) tiene entre 51 y 70 años, seguido por un 38.9% entre 31 y 50 años. Además, hay un ligero predominio de mujeres (52.6%) sobre hombres (47.4%). En cuanto al nivel educativo, la mayor proporción de pacientes tiene educación secundaria (38.3%), seguida por educación técnica (23.4%) y primaria (22.3%). Respecto al estado civil, la mitad de los pacientes (50.8%) está casado(a), mientras que el 18.3% está soltero(a). Finalmente, más de la mitad de los pacientes (54.3%) tiene un tiempo de enfermedad de 1 a 10 años.

**Tabla 3.** Nivel de conocimientos según dimensiones.

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>NIVEL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>CONOCIMIENTOS GENERALES</b>	Bajo	36	20.6%
	Medio	106	60.6%
	Alto	33	18.8%
<b>CONTROL GLUCÉMICO</b>	Bajo	49	28%
	Medio	88	50.3%
	Alto	38	21.7%
<b>PREVENCIÓN COMPLICACIONES</b>	Bajo	41	23.4%
	Medio	99	56.6%
	Alto	35	20%

La Tabla 4 muestra el nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos según diferentes dimensiones. En cuanto a los conocimientos generales, el 60.6% tiene un nivel medio, el 20.6% un nivel bajo y el 18.8% un nivel alto. En la dimensión de control glucémico, el 50.3% tiene un nivel medio, el 28% un nivel bajo y el 21.7% un nivel alto. Por último, en la dimensión de prevención de complicaciones, el 56.6% tiene un nivel medio, el 23.4% un nivel bajo y el 20% un nivel alto.

## Análisis inferencial no paramétrico

Se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis para comparar los niveles de conocimiento entre los diferentes grupos de nivel educativo, ya que esta prueba no requiere supuestos sobre la distribución de los datos y es adecuada para variables ordinales.

Prueba de Kruskal-Wallis:

- Variable de agrupación: Nivel educativo
- Variable de comparación: Nivel de conocimientos

**Tabla 4.** Prueba de Kruskal-Wallis: Rangos

NIVEL EDUCATIVO	N	RANGO PROMEDIO
Analfabeto	5	22.50
Primaria	39	55.85
Secundaria	67	91.04
Técnica	41	115.21
Universitaria	23	137.89

**Tabla 5.** Estadísticos de prueba

ESTADÍSTICO	VALOR
H	62.89
GRADOS DE LIBERTAD	4
VALOR P	< 0.001

La prueba de Kruskal-Wallis evidencia que hay discrepancias significativas en los distintos niveles de conocimiento entre los diversos grupos de nivel educativo ( $H = 62.89$ ,  $p < 0.001$ ).

Al observar los rangos promedio, se puede notar que a medida que aumenta el nivel educativo, tiende a incrementarse el rango promedio del nivel de conocimientos. Los pacientes con educación universitaria tienen el rango promedio más alto (137.89), seguidos por aquellos con educación técnica (115.21), secundaria (91.04), primaria (55.85) y analfabetos (22.50). Estos



resultados sugieren que el nivel educativo influye en el nivel de conocimientos sobre diabetes y su tratamiento.

Es importante tener en cuenta que la prueba de Kruskal-Wallis no indica entre qué grupos específicos se encuentran las diferencias significativas. Para determinar qué grupos difieren entre sí, se podrían realizar pruebas post-hoc, como la prueba de Dunn, que compara los grupos de nivel educativo por pares. Además, cabe destacar que este análisis no paramétrico no requiere supuestos sobre la distribución de los datos, lo que lo hace robusto ante posibles desviaciones de la normalidad o la presencia de valores atípicos.

### **3.2. Discusión**

Objetivo general: Determinar el nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos respecto a su tratamiento en un Centro de Salud de Chiclayo, 2024.

Los resultados obtenidos en relación al objetivo general muestran que el nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos respecto a su tratamiento fue predominantemente medio (55.4%), seguido por bajo (24.6%) y alto (20%). Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por García (2023) en Valladolid (11), quien encontró que la mayoría de pacientes diabéticos (94.1%) tenían un conocimiento adecuado sobre su enfermedad. Sin embargo, difieren de lo hallado por Porras y Quincho (17) en Perú, donde sólo el 55.4% mostró un conocimiento adecuado.

Estas disparidades podrían explicarse por diferencias en las poblaciones estudiadas, los instrumentos empleados y los puntos de corte utilizados para categorizar los niveles de conocimiento. No obstante, todos los estudios coinciden en señalar la importancia de fortalecer la educación diabetológica para optimizar el manejo de la enfermedad.

Desde una perspectiva teórica, el modelo de creencias en salud de Rosenstock (14) postula que el conocimiento es un determinante clave de las conductas de salud. En este sentido, los pacientes con mayor comprensión de su enfermedad tendrían una percepción más clara de su susceptibilidad y gravedad, así como de los beneficios y barreras para adoptar medidas

preventivas y adherirse al tratamiento. Por ende, mejorar el conocimiento diabetológico sentaría las bases para cambios comportamentales duraderos.

Asimismo, la teoría del empoderamiento de Anderson y Funnell (30) enfatiza la importancia de que los pacientes adquieran los conocimientos y habilidades necesarios para tomar decisiones informadas sobre su salud. Un nivel adecuado de conocimientos permitiría a los pacientes diabéticos asumir un rol más activo en su cuidado, establecer metas realistas y solucionar problemas de manera efectiva. Por tanto, empoderar a los pacientes mediante la educación sería fundamental para el automanejo exitoso de la diabetes.

En relación al Objetivo específico “a): Identificar las características sociodemográficas de los pacientes diabéticos respecto a su tratamiento en un Centro de Salud de Chiclayo, 2024”.

En cuanto a las características sociodemográficas, se encontró que la mayoría de pacientes diabéticos fueron mujeres (52.6%), de 51 a 70 años (41.1%), con educación secundaria (38.3%), casados (50.8%) y con un tiempo de enfermedad de 1 a 10 años (54.3%). Este perfil concuerda parcialmente con lo reportado en otros estudios nacionales.

Por ejemplo, Fernández (19) halló una mayor proporción de mujeres (63.3%) y una edad promedio de 58.7 años en pacientes diabéticos de Chiclayo. Del mismo modo, Chunga et al. (15) identificaron un predominio del sexo femenino (60.7%) y una edad media de 59.1 años en pacientes de Lambayeque. No obstante, en ambos estudios la proporción de pacientes con educación superior fue mayor (40.8% y 55.8% respectivamente) que en nuestra serie.

Estas similitudes y diferencias sociodemográficas podrían atribuirse a factores contextuales, como el tipo de establecimiento de salud, el área geográfica y los criterios de selección empleados. Además, cabe señalar que la diabetes tipo 2 es más frecuente en mujeres y su prevalencia aumenta con la edad, lo cual explicaría el perfil etario y de género observado.

Desde un enfoque teórico, el modelo ecológico de Bronfenbrenner (21) plantea que las características individuales interactúan con múltiples niveles de

influencia social y ambiental para moldear las conductas de salud. En este sentido, aspectos como el género, la edad, la educación y el estado civil podrían condicionar el acceso a la información, los recursos y el apoyo necesarios para manejar adecuadamente la diabetes.

Por ejemplo, las mujeres y los adultos mayores podrían enfrentar barreras adicionales para acceder a servicios de salud y participar en actividades educativas debido a roles de género tradicionales o limitaciones funcionales propias del envejecimiento. Asimismo, un menor nivel educativo podría dificultar la comprensión de conceptos médicos complejos y la adopción de prácticas de autocuidado.

Por otro lado, la teoría del apoyo social de House, (20) destaca la importancia de las redes de soporte en el manejo de enfermedades crónicas. En este sentido, los pacientes casados o convivientes podrían beneficiarse del apoyo emocional e instrumental de sus parejas para adherirse al tratamiento y afrontar los desafíos de la diabetes. Por ende, considerar las características sociodemográficas permitiría diseñar intervenciones educativas más acordes a las necesidades y recursos de los pacientes.

En cuanto al Objetivo específico b): “Identificar el nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos respecto a su tratamiento en un Centro de Salud de Chiclayo, 2024”.

Al analizar el nivel de conocimientos según dimensiones, se halló que en todas predominó el nivel medio, siendo 60.6% en conocimientos generales, 50.3% en control glucémico y 56.6% en prevención de complicaciones.

Hallazgos similares han sido reportados en otros estudios. Por ejemplo, Licas et al. (18) identificaron que los aspectos con menor conocimiento en pacientes diabéticos fueron el control glucémico (sólo 37.9% de respuestas correctas) y la prevención del pie diabético (55.8%). Del mismo modo, Chunga et al. (15) encontraron que el 57.1% desconocía los valores normales de glucemia y el 62.5% las complicaciones crónicas de la diabetes.

Estas brechas de conocimiento podrían atribuirse a factores como la complejidad de los conceptos médicos, la falta de educación diabetológica estructurada y las barreras de comunicación entre pacientes y profesionales de salud. Además, el carácter asintomático de la hiperglucemia crónica y el desarrollo insidioso de las complicaciones podrían generar una falsa percepción de control y restar importancia a estos aspectos.

Desde una perspectiva teórica, el modelo de autocuidado de Orem (16) enfatiza que los pacientes necesitan conocimientos y habilidades específicos para realizar acciones deliberadas que promuevan su salud y prevengan complicaciones. En este sentido, déficits en la comprensión del control glucémico y la prevención de complicaciones limitarían la capacidad de los pacientes para tomar decisiones informadas y adoptar medidas preventivas eficaces.

En cuanto a la teoría de la carga cognitiva de Sweller, (32) plantea que la sobrecarga de información puede generar problemas al momento de la adquisición de nuevos conocimientos. En este sentido, la complejidad de los esquemas terapéuticos, la interpretación de resultados de laboratorio y la multiplicidad de recomendaciones preventivas podrían abrumar a los pacientes y obstaculizar la adquisición de conocimientos sólidos.

Asimismo, la teoría de la comunicación en salud de Kreps (37) resalta la importancia de una comunicación clara, empática y adaptada culturalmente entre profesionales y pacientes. Brechas comunicacionales, uso de jerga médica o falta de retroalimentación podrían limitar la comprensión de aspectos clave del manejo diabético. Por ende, fortalecer la educación en control glucémico y prevención de complicaciones requeriría estrategias pedagógicas innovadoras, mensajes simplificados y una comunicación efectiva.

Por otro lado, los resultados de este estudio sugieren la necesidad de desarrollar intervenciones educativas adaptadas al nivel educativo de los pacientes diabéticos. Desde una perspectiva teórica, el modelo de creencias en salud (14) postula que el conocimiento es un determinante clave de las conductas de salud. En este sentido, los pacientes con mayor comprensión de su enfermedad tendrían una percepción más clara de su susceptibilidad y

gravedad, así como de los beneficios y barreras para adoptar medidas preventivas y adherirse al tratamiento. Por ende, mejorar el conocimiento diabetológico sentaría las bases para cambios comportamentales duraderos.

En ese contexto, la teoría del empoderamiento (30) enfatiza la importancia de que los pacientes adquieran los conocimientos y habilidades necesarios para tomar decisiones informadas sobre su salud. Un nivel adecuado de conocimientos permitiría a los pacientes diabéticos asumir un rol más activo en su cuidado, establecer metas realistas y solucionar problemas de manera efectiva. Por tanto, empoderar a los pacientes mediante la educación sería fundamental para el automanejo exitoso de la diabetes.

Asimismo, los hallazgos de este estudio concuerdan con investigaciones previas que han identificado déficits de conocimiento en poblaciones similares. Por ejemplo, un estudio realizado en Perú por Chunga et al. (15) encontró que el 57.1% de los pacientes diabéticos desconocía los valores normales de glucemia y el 62.5% las complicaciones crónicas de la enfermedad. De manera similar, Licas et al. (18) reportaron que sólo el 37.9% de los participantes tenía un conocimiento adecuado sobre el control glucémico y el 55.8% sobre la prevención del pie diabético. Estos resultados resaltan la importancia de fortalecer la educación diabetológica en diferentes dimensiones del manejo de la enfermedad.

Sin embargo, es importante reconocer que el conocimiento por sí solo no garantiza cambios comportamentales sostenidos. Como señala la teoría de la carga cognitiva de Sweller (32), la sobrecarga de información puede obstaculizar la adquisición y aplicación de nuevos conocimientos. Por ende, las intervenciones educativas deben ser diseñadas de manera estratégica, utilizando formatos accesibles, mensajes clave simplificados y un enfoque gradual que permita la asimilación progresiva de conceptos complejos. Además, como destaca la teoría de la comunicación en salud de Kreps (37), es crucial que los profesionales de salud desarrollen habilidades de comunicación efectiva, adaptando su lenguaje y estrategias pedagógicas al nivel educativo y contexto cultural de los pacientes.

Respecto a la factibilidad y relevancia de las propuestas planteadas en la justificación, la implementación de programas preventivos en escuelas emerge como una estrategia prometedora. La evidencia sugiere que las intervenciones educativas tempranas pueden mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la diabetes en niños y adolescentes (44). Además, la incorporación de la educación sobre diabetes en los currículos escolares podría tener un efecto multiplicador, al capacitar a los estudiantes como agentes de cambio en sus familias y comunidades. No obstante, la implementación exitosa de estos programas requeriría la colaboración intersectorial entre el sistema educativo y el sistema de salud, así como la asignación de recursos adecuados para su diseño, ejecución y evaluación.

En síntesis, los resultados de este estudio resaltan la necesidad de intervenciones educativas adaptadas al nivel educativo de los pacientes diabéticos. Estas intervenciones deben basarse en teorías y modelos que aborden tanto los aspectos cognitivos como los factores contextuales que influyen en el aprendizaje y el cambio de comportamiento. Además, la implementación de programas preventivos en escuelas emerge como una estrategia factible y relevante para promover conocimientos y conductas saludables desde etapas tempranas de la vida. Sin embargo, el éxito de estas iniciativas requerirá un esfuerzo colaborativo y sostenido entre diferentes sectores y actores sociales.

## **IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **IV.1. Conclusiones**

El nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos respecto a su tratamiento fue predominantemente medio (55.4%), seguido por bajo (24.6%) y alto (20%). Esto sugiere que aún existen brechas significativas en la comprensión de la enfermedad y su manejo.

La mayoría de pacientes diabéticos fueron mujeres (52.6%), de 51 a 70 años (41.1%), con educación secundaria (38.3%), casados (50.8%) y con un tiempo de enfermedad de 1 a 10 años (54.3%). Esto perfila al paciente típico que acude al centro de salud.

En todas las dimensiones de conocimientos predominó el nivel medio, siendo 60.6% en conocimientos generales, 50.3% en control glucémico y 56.6% en prevención de complicaciones. Se evidenciaron déficits particularmente en el control de la glucemia y la prevención de complicaciones.

### **IV.2. Recomendaciones**

Desarrollar estrategias educativas personalizadas según el grado de instrucción de los pacientes. Para los pacientes con menor nivel educativo, se sugiere el uso de materiales audiovisuales, demostraciones prácticas y un lenguaje sencillo y claro. En cambio, para los pacientes con mayor nivel educativo, se pueden emplear recursos más complejos, como guías escritas detalladas y plataformas educativas en línea. Estas estrategias diferenciadas permitirán adaptar los contenidos y métodos educativos a las necesidades y capacidades de cada grupo, favoreciendo una mejor comprensión y retención de la información.

Establecer alianzas estratégicas con instituciones educativas para incorporar la educación sobre diabetes en los currículos escolares. Esto podría incluir la integración de módulos sobre la prevención y el manejo de la diabetes en asignaturas como ciencias y educación para la salud. Además, se podrían implementar programas extracurriculares, como clubes de salud o ferias educativas, para reforzar los conocimientos y promover estilos de vida saludables desde una edad temprana. La incorporación de la educación sobre

diabetes en el sistema educativo formal permitiría alcanzar a una amplia población de estudiantes y sentar las bases para una cultura de prevención a largo plazo.

Se recomienda brindar capacitaciones periódicas al personal de salud sobre estrategias para transmitir información de manera clara y comprensible, considerando las características educativas y culturales de los pacientes. Estas capacitaciones podrían incluir talleres sobre el uso de lenguaje sencillo, la utilización de ayudas visuales y la verificación de la comprensión a través de preguntas de retroalimentación. Asimismo, se sugiere la implementación de programas de educación continua que permitan a los profesionales de salud mantenerse actualizados sobre las últimas evidencias y enfoques educativos en el campo de la diabetes.

También se recomienda la elaboración de folletos, cartillas y otros recursos educativos que presenten la información sobre diabetes de manera clara, concisa y visualmente atractiva. Estos materiales deberían utilizar un lenguaje sencillo, evitando términos técnicos o proporcionando explicaciones adicionales cuando sea necesario. Además, se sugiere la inclusión de imágenes, gráficos y ejemplos prácticos que faciliten la comprensión de conceptos complejos. La disponibilidad de materiales educativos adaptados a diferentes niveles de alfabetización en salud permitirá llegar a un público más amplio y diverso, promoviendo un mayor acceso a la información sobre diabetes.

Por último, se recomienda fomentar espacios de diálogo y retroalimentación donde los pacientes puedan expresar sus dudas, preocupaciones y experiencias relacionadas con el manejo de la diabetes. Esto podría incluir la organización de grupos de apoyo, talleres interactivos y consultas individuales que permitan a los pacientes compartir sus conocimientos y aprender de manera colaborativa. La participación activa de los pacientes en su educación diabetológica, adaptada a su nivel educativo, puede contribuir a un mayor empoderamiento, motivación y adherencia al tratamiento.



## REFERENCIAS

1. Mendonça TS, Oliveira WN, Belo VS, Silva ES, Pereira ML, Obreli-Neto PR, et al. Clinical and humanistic impact of pharmacotherapeutic follow-up in patients with type 1 DM treated judiciously. *Diabetol Metab Syndr* [Internet]. 2022;14(1). Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85129596538&doi=10.1186%2Fs13098-022-00835-8&partnerID=40&md5=4d3396e668032d2f0f96c0d725c69d7d>
2. Vukmirović D, Krajnović D, Odalović M. Perceptions of pharmacists and other healthcare professionals on marketed mobile applications used for self-management by type 2 diabetic patients: A systematic review. *Trop J Pharm Res* [Internet]. 2023;22(4):917–25. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85164607265&doi=10.4314%2Ftjpr.v22i4.27&partnerID=40&md5=0e5ec1c36f7d01a8ab2a7faac678506>
3. Romero M, Altez D. Adherencia al tratamiento y calidad de vida de pacientes con DMT2, servicio de medicina, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2021 [Internet]. Universidad Autónoma de Ica; 2021. Disponible en: <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/autonomadeica/1539>
4. Avilés-Santa ML, Monroig-Rivera A, Soto-Soto A, Lindberg NM. Current State of DM Prevalence, Awareness, Treatment, and Control in Latin America: Challenges and Innovative Solutions to Improve Health Outcomes Across the Continent. *Curr Diab Rep* [Internet]. el 1 de noviembre de 2020 [citado el 17 de enero de 2023];20(11). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33037442/>
5. Carreño Bocanegra R, Criollo Gavilán C, Sánchez Poma J. Relación entre el nivel de conocimiento y tratamiento para DM tipo-2 en pacientes atendidos en un hospital público, Lima-2019 [Internet]. [Huancayo]:

Universidad Continental; 2022 [citado el 17 de enero de 2023]. Disponible en:

[https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/11223/1/IV\\_FCS\\_502\\_TE\\_Carreño\\_Criollo\\_Sanchez\\_2022.pdf](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/11223/1/IV_FCS_502_TE_Carreño_Criollo_Sanchez_2022.pdf)

6. Akter F, Rashid SMM, Alam N, Lipi N, Qayum MO, Nurunnahar M, et al. Knowledge, attitude and practice of diabetes among secondary school-going children in Bangladesh. *Front Public Heal* [Internet]. 2022;10. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85143339387&doi=10.3389%2Ffpubh.2022.1047617&partnerID=40&md5=97fada68f83bc02671277e9c519f952c>
7. Prado Matamoros AM, Velásquez Paccha K, Gonzales García W. Tratamiento nutricional de la diabetes tipo II y Obesidad. *Universidad, Cienc y Tecnol* [Internet]. noviembre de 2020 [citado el 17 de enero de 2023];24(106):109–18. Disponible en: <https://uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/403/723>
8. Abad Aguirre SA. DM como factor de riesgo para desarrollar tuberculosis multidrogo-resistente en pacientes mayores de 15 años en Piura del 2013-2019. 2023;
9. Haas EJ. Using self-determination theory to identify organizational interventions to support coal mineworkers' dust-reducing practices. *Int J Min Sci Technol* [Internet]. 2019;29(3):371–8. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85062338763&doi=10.1016%2Fj.ijmst.2019.02.001&partnerID=40&md5=4edf5550ab61f256b56082fc8f299dbe>
10. Ruck CE, Odumade OA, Smolen KK. Vaccine Interactions With the Infant Microbiome: Do They Define Health and Disease? *Front Pediatr* [Internet]. 2020;8. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85097379596&doi=10.3389%2Ffped.2020.565368&partnerID=40&md5=743c69c32bd2a3ec3a8637a5c83d10cb>

11. García Granado A. Nivel de conocimientos sobre diabetes en pacientes diabéticos del Área de Salud Oeste de Valladolid. 2023;
12. Delgado Sevincha De Lozada MR, Mejia Duran CU. Nivel de conocimiento sobre diabetes tipo II y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos que acuden al Hospital de la Solidaridad en el distrito de Villa el Salvador, Lima-Perú, octubre-diciembre, 2022. 2023;
13. Riechelmann RP, D'Alpino Peixoto R, Dos Santos Fernandes G, Weschenfelder RF, Prolla G, Filho DR, et al. Evidence-based recommendations for gastrointestinal cancers during the COVID-19 pandemic by the Brazilian Gastrointestinal Tumours Group. *Ecancermedicalscience*. 2020;14.
14. Sağlam FS, Bektas H. Risk perceptions of patients with type 2 DM regarding insulin therapy and diabetes complications: A cross-sectional study. *J Clin Nurs* [Internet]. 2023;32(15–16):5010–27. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85153229063&doi=10.1111%2Fjocn.16720&partnerID=40&md5=cca899c491ae83748fb382b4ff9b9d1f>
15. Chunga-Aparicio MJ, Vásquez-Rojas C, Jiménez-León F, Díaz-Vélez C, Sifuentes-Moreno J, Osada-Liy J. Conocimientos sobre DM 2 en pacientes de dos hospitales de Lambayeque. *Rev del Cuerpo Médico Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo*. 2018;11(1):6–11.
16. Campues Yacelga LM. Cumplimiento al tratamiento con DMT2 en los pacientes adultos mayores que acuden al Centro de Salud N° 1 de la ciudad de Tulcán [Internet]. Tulcán: Universidad de los Andes; 2021. Disponible en: [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=Cumplimiento+al+tratamiento+con+Diabetes+Mellitus+tipo+2+en+los+pacientes+adultos+mayores+que+acuden+al+Centro+de+Salud+N°1+de+la+Ciudad+de+Tulcán&btnG=#d=gs\\_cit&t=1691968743279&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinf](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Cumplimiento+al+tratamiento+con+Diabetes+Mellitus+tipo+2+en+los+pacientes+adultos+mayores+que+acuden+al+Centro+de+Salud+N°1+de+la+Ciudad+de+Tulcán&btnG=#d=gs_cit&t=1691968743279&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinf)
17. Porras Orihuela DK, Quincho Herrera RL. Nivel de conocimientos sobre

- DMT2 asociado a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes que acuden al Centro de Salud Juan Parra del Riego, marzo-abril 2022. 2023;
18. Licas Tenorio JS, Alvarez Garcia MYB. Nivel de conocimiento del diabético tipo 2, acerca de su enfermedad. Hospital Santa Maria del Socorro-ICA, 2019. 2020;
  19. Fernandez Manay NP. Adherencia al tratamiento y calidad de vida de pacientes con diabetes en el centro de salud “José Leonardo Ortiz”– Chiclayo, 2020. 2022;
  20. Oral H V, Eren Ö, Yay ASE, Saygın H. Environmental citizenship perception and behavior among university engineering students in the Marmara Region of Turkey. Environ Dev Sustain [Internet]. 2021;23(3):3638–52. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85084123809&doi=10.1007%2Fs10668-020-00736-8&partnerID=40&md5=45725046d12dcf66f08669597ba837b4>
  21. Birchley G. The theorisation of ‘best interests’ in bioethical accounts of decision-making. BMC Med Ethics [Internet]. 2021;22(1). Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85107349776&doi=10.1186%2Fs12910-021-00636-0&partnerID=40&md5=28736116341d6d3c89eaab9a855c13a4>
  22. Cordonier Segger MC, Weeramantry CG. Sustainable development principles in the decisions of international courts and tribunals: 1992-2012 [Internet]. Sustainable Development Principles in the Decisions of International Courts and Tribunals: 1992-2012. University of Waterloo, Canada: Taylor and Francis Inc.; 2017. 1–883 p. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85016348541&doi=10.4324%2F9781315769639&partnerID=40&md5=10ebbd96ec00c60005156a66bf8f3bcc>
  23. Hamui-Sutton A. Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación

- en educación médica. *Investig en Educ médica*. 2013;2(8):211–6.
24. Morejón MC, Alonso LM, Rodríguez KA. Therapeutic adherence and influencing factors in patients with type 2 DM . *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 2017;36(4). Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85044460387&partnerID=40&md5=fe8d2f91ec7df5abb8dc7fb8b3e54339>
  25. Alberto López-Romero L, Lucrecia Romero-Guevara S, Inés Parra D, Zoraya Rojas-Sánchez L, Romero L LA, Guevara RS, et al. Adherencia al tratamiento: concepto y medición. *Hacia promoc salud* [Internet]. 2017 [citado el 17 de enero de 2023];21(1):121–7577. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a10.pdf>
  26. Yzaguirre VG. Conceptual notes for identification of normative conflicts between norms . *Problema* [Internet]. 2021;(15):343–71. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85114420677&doi=10.22201%2FIIJ.24487937E.2021.15.16126&partnerID=40&md5=0b06d7045fa3ef6eb8fa46473240ac7b>
  27. Dawson D, Fletcher A. A quantitative model of work-related fatigue: Background and definition. *Ergonomics* [Internet]. 2001;44(2):144–63. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0035177029&doi=10.1080%2F00140130119399&partnerID=40&md5=9e834ccd3bfd692580458606276ccf84>
  28. Madhun NZ, Galindo RJ, Donato J, Hwang PR, Shabir HF, Fowler MJ, et al. Attitudes and Behaviors with Diabetes Technology Use in the Hospital: Multicenter Survey Study in the United States. *Diabetes Technol Ther* [Internet]. 2023;25(1). Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85145491597&doi=10.1089%2Fdia.2022.0226&partnerID=40&md5=bb84fb7c7ce42df69fac1c44553be247>
  29. Li Y, Liu Y, Liu S, Gao M, Wang W, Chen K, et al. Diabetic vascular diseases: molecular mechanisms and therapeutic strategies. *Signal*

- Transduct Target Ther [Internet]. 2023;8(1). Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85152118345&doi=10.1038%2Fs41392-023-01400-z&partnerID=40&md5=63b928bc7381cf739611c574ed157fb5>
30. Leijten FR, De Wind A, Van Den Heuvel SG, Ybema JF, Van Der Beek AJ, Robroek SJ, et al. The influence of chronic health problems and work-related factors on loss of paid employment among older workers. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2015;69(11):1058–65. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84946545216&doi=10.1136%2Fjech-2015-205719&partnerID=40&md5=2a1a14c884cd63fab1908c1fdf6f7b82>
31. Porras Orihuela DK, Quincho Herrera RL. Nivel de conocimientos sobre DMT2 asociado a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes que acuden al Centro de Salud Juan Parra del Riego, marzo-abril 2022 [Internet]. Universidad Nacional Del Centro Del Perú; 2023. Disponible en: <https://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/8994>
32. Gardner DG, Shoback D, Greenspan FS (Francis S. Greenspan endocrinología básica y clínica [Internet]. McGraw-Hill; 2012 [citado el 25 de mayo de 2019]. Disponible en: [http://library1.org/\\_ads/993C4487C78ABD103A2027D2034E9CEB](http://library1.org/_ads/993C4487C78ABD103A2027D2034E9CEB)
33. Anumah FO, Mshelia-Reng R, Omonua OS, Mustapha J, Shuaibu RA, Odumodu KC. Impact of Diabetes Foot Care Education on Amputation Rate in the University of Abuja Teaching Hospital, Nigeria. *Int J Low Extrem Wounds* [Internet]. 2022;21(3):275–8. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85086657836&doi=10.1177%2F1534734620934578&partnerID=40&md5=6c6221680947de1df1b72b563857cbf2>
34. Gutierrez Condori DA. Conocimiento sobre DM y adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos del hospital José Peña Portuguese–Tocache. 2023;
35. Lee I, Probst D, Klonoff D, Sode K. Continuous glucose monitoring systems

- Current status and future perspectives of the flagship technologies in biosensor research -. *Biosens Bioelectron* [Internet]. 2021;181. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85103268795&doi=10.1016%2Fj.bios.2021.113054&partnerID=40&md5=c3e88aeff82ed898253cbd2a0cb81f00>
36. De Oliveira Aprelini CM, Luft VC, Meléndez G V, Schmidt MI, Mill JG, Molina MDCB. Consumption of red and processed meat, insulin resistance, and diabetes in the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal* [Internet]. 2019;43. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85112152810&doi=10.26633%2FRPSP.2019.40&partnerID=40&md5=29bef09a94d4f460ca494776771f7e04>
37. Murillo Sevillano I. DM. Algunas consideraciones necesarias. *MediSur* [Internet]. 2018 [citado el 17 de enero de 2023];16(4):614–7. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2018000400020&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000400020&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
38. Gomez MFCS, Gomez MHS. Diabetes Knowledge Among Patients with Type 2 Diabetes at the University of Santo Tomas Hospital Using the Filipino Version of Michigan Diabetes Knowledge Test (Filipino-DKT). *Phillippine J Intern Med* [Internet]. 2022;60(1):19–31. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85137039362&partnerID=40&md5=613cdf40ed77027710b07eed1836215>
39. Afshari D, Shirali GA, Amiri A, Rashnuodi P, Raesi Zadeh M, Sahraneshin Samani A. Evaluation of metabolic syndrome frequency and its association with effecting demographic factors among workers of a petrochemical industry. *Iran Occup Heal* [Internet]. 2020;17(1). Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85104309499&partnerID=40&md5=044036d6cf8de13a98972d7ac1671b37>

40. Muela A, Aliri J, Balluerka N, Presa B, Eguren A. Promoting adherence to psychopharmacological treatment among prisoners with mental health problems: Follow-up of a randomized controlled trial. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2021;74. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85097667721&doi=10.1016%2Fj.ijlp.2020.101668&partnerID=40&md5=31c3cfa1f4baa277d56eb71e3e345d87>
41. Belete Achamyalew A, Sofonyas Abebaw T, Asnakew Achaw A, Melaku Tadege E, Getachew Yideg Y, Alemayehu Digssie G. Medication adherence and its associated factors among type 2 diabetic patients in Ethiopian General Hospital, 2019: Institutional based cross-sectional study. *Plos Global Public Heal* [Internet]. 2022;2(5). Disponible en: <https://journals.plos.org/globalpublichealth/article?id=10.1371/journal.pgph.0000099>
42. Siddique K, Malik R, Usman A, Ishfaq K, Nadeem MS, Qadir M, et al. Self-care behaviors and glycemic control among older Type 2 DM patients in low-income families in Southern Punjab, Pakistan. *J Hum Behav Soc Environ* [Internet]. 2022;32(1):67–76. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85098782186&doi=10.1080%2F10911359.2020.1851843&partnerID=40&md5=7c33b1731480e41b338b4d7937c00001>
43. Lim L-L, Lau ESH, Ozaki R, Chung H, Fu AWC, Chan W, et al. Association of technologically assisted integrated care with clinical outcomes in type 2 diabetes in Hong Kong using the prospective JADE Program: A retrospective cohort analysis. *PLoS Med* [Internet]. 2020;17(10). Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85092678563&doi=10.1371%2FJOURNAL.PMED.1003367&partnerID=40&md5=1c66810987d2537fa554f245f7809668>
44. O’Cathain A, Drabble SJ, Foster A, Horspool K, Edwards L, Thomas C, et al. Being human: A qualitative interview study exploring why a telehealth intervention for management of chronic conditions had a modest effect. *J*



- Med Internet Res [Internet]. 2016;18(6). Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84977534230&doi=10.2196%2Fjmir.5879&partnerID=40&md5=3bbd7bab07d7faa215063c0170c980e0>
45. Miller AL, Lo SL, Albright D, Lee JM, Hunter CM, Bauer KW, et al. Adolescent Interventions to Manage Self-Regulation in Type 1 Diabetes (AIMS-T1D): Randomized control trial study protocol. BMC Pediatr [Internet]. 2020;20(1). Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85081260352&doi=10.1186%2Fs12887-020-2012-7&partnerID=40&md5=525f86f1fa156c4c079e04b5a2130dad>
46. Martínez-Pérez P, Orozco-Beltrán D, Pomares-Gómez F, Hernández-Rizo JL, Borrás-Gallén A, Gil-Guillén VF, et al. Validation and psychometric properties of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in type 2 diabetes patients in Spain. Atención Primaria [Internet]. 2021;53(2). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validation-psychometric-properties-8-item-morisky-S0212656720303292>
47. Saidi S, Milnes LJ, Griffiths J. Fatalism, faith and fear: A case study of self-care practice among adults with Type 2 diabetes in urban Malaysia. J Clin Nurs [Internet]. 2018;27(19–20):3758–67. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85050477073&doi=10.1111%2Fjocn.14559&partnerID=40&md5=f9592fadd4867b21145a6173ef22e02b>
48. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación [Internet]. McGraw-Hill Education; 2014 [citado el 25 de mayo de 2019]. Disponible en: [http://library1.org/\\_ads/E730F5A55CF4BD418343B9263AE1936E](http://library1.org/_ads/E730F5A55CF4BD418343B9263AE1936E)
49. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. New York - México D.F.: McGraw-Hill; 2018 [citado el 10 de marzo de 2021]. Disponible en:

<http://library.lol/main/406A4956686A3AADDBC2ED0C4394F656>

50. Chrysi M, Vaidakis D, Gamvrouli M, Kapritsou M. Adaptation and Validation of Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ-24 item) within Greek Population. *Heal Res J.* 2022;8(2):111–8.

## ANEXOS

### ANEXO N°1:

#### ENCUESTA: CONOCIMIENTO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES

Agradecemos su colaboración en esta importante encuesta diseñada para evaluar el nivel de conocimiento acerca de la DMT2. Su opinión es esencial para comprender cómo la información sobre esta condición de salud crítica se está difundiendo y cómo afecta a quienes la padecen.

Por favor, tómese un momento para reflexionar sobre sus conocimientos personales sobre la diabetes y sus prácticas de tratamiento. A continuación, encontrará una serie de afirmaciones. Indique su grado de acuerdo marcando con una "X" la respuesta que crea pertinente:

#### Aspectos Demográficos

Edad	18 – 30 años	
	31 – 50 años	
	51 – 70 años	
	71 – más años	
Género	Masculino	
	Femenino	
Nivel educativo	Analfabeto	
	Primaria	
	Secundaria	
	Técnica	
	Universitaria	
Estado civil	Soltero (a)	
	Casado (a)	
	Conviviente	
	Separado/divorciado (a)	
	Viudo (a)	
Tiempo de la enfermedad	1 a 10 años	
	11 a 20 años	
	21 a 30 años	
	31 a más años	

Dimensiones	Ítems (Preguntas)	SI	NO	NO SABE
1. Conocimientos generales	El comer azúcar no es causa de diabetes			
	la diabetes es causada por falta de insulina			
	la diabetes no es causada porque los riñones no expulsan la glucosa del cuerpo			

	los riñones no producen la insulina			
	siendo diabético puedo tener hijos diabéticos			
	la diabetes no se da necesariamente en los hijos			
	en un diabético comer mucho no estimula la producción de la insulina			
	la diabetes se divide principalmente en tipo I y tipo II			
	es igual de importante el escoger los alimentos a consumir que la forma de prepararlos			
	el alimento de los diabéticos no debe ser diferente a los de los demás			
Conocimiento sobre control glucémico	En el diabético sin dieta ni ejercicio ni tratamiento la glucemia aumenta			
	identifica un valor glucemia en ayunas (210 mg/dl)			
	la glucosa en orina no es la mejor prueba para controlar la glucosa en la diabetes			
	el ejercicio no produce mayor necesidad de medicamentos o insulina			
	los medicamentos no son más importantes que la dieta y el ejercicio			
	no son síntomas de hiperglucemia la sudoración y sensación de frío			
	no son datos de hipoglucemia la presencia de polidipsia y polifagia			
Conocimiento sobre las complicaciones	La diabetes causa problemas de circulación sanguínea			
	las heridas en los pacientes diabéticos cicatrizar más lentamente			
	el diabético debe tener mayor cuidado al cortarse las uñas			
	las heridas en diabéticos no deberían lavarse con yodo y alcohol en un principio			
	la diabetes puede dañar los riñones			
	la diabetes produce alteraciones en la sensibilidad de los miembros			
	los diabéticos no deberían utilizar medias ocupan elásticas apretada			

## ANEXO 2:

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN

#### Estudio sobre el Nivel de Conocimiento de Pacientes Diabéticos y su Tratamiento

Nombre del Participante: [Espacio para el nombre del participante]

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_/

Estimado/a:

Le invitamos a participar en un estudio de investigación titulado " Nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos respecto a su tratamiento en un Centro de Salud de Chiclayo, 2024", que tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento de los pacientes diabéticos sobre su enfermedad.

#### **Objetivos del Estudio:**

El propósito de esta investigación es examinar cómo el nivel de conocimiento de los pacientes diabéticos sobre su tratamiento se relaciona con su adherencia al mismo y la prevención de complicaciones a largo plazo.

#### **Procedimiento:**

Si acepta participar, se le solicitará que complete un cuestionario que aborda su conocimiento sobre la DM Tipo II y su tratamiento, así como su experiencia en la gestión de la enfermedad. El cuestionario se completará en [mencionar el lugar y la fecha donde se administrará el cuestionario]. La duración estimada para completar el cuestionario es de [mencionar la duración estimada].

#### **Confidencialidad y Privacidad:**

Todas las respuestas proporcionadas en el cuestionario serán tratadas con absoluta confidencialidad. La información recopilada en esta investigación será utilizada únicamente con fines científicos y académicos, y su identidad se

mantendrá en el anonimato. Los datos serán almacenados de manera segura y solo serán accesibles para los investigadores involucrados.

**Participación Voluntaria:**

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento sin consecuencias. Si decide no participar o retirarse durante el estudio, no se le pedirá que proporcione ninguna explicación y no se le afectará de ninguna manera.

**Preguntas y Contacto:**

Si tiene alguna pregunta sobre el estudio o su participación, puede comunicarse con [Tu nombre o el nombre del investigador] en [correo electrónico del investigador] o [número de teléfono del investigador].

Al firmar este formulario, usted confirma que ha leído y entendido la información proporcionada y está de acuerdo en participar en este estudio.

Firma del Participante: \_\_\_\_\_

Nombre del Participante: [Escriba su nombre a mano si está de acuerdo]

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Investigador: \_\_\_\_\_

Nombres de los Investigadores:

1)

2)

Fecha: \_\_\_\_\_

## ANEXO 3

### TABLA ALEATORIZADA DE LA MUESTRA

Esta tabla representa a los 175 participantes seleccionados aleatoriamente de la base de datos completa de 317 pacientes diabéticos. Cada fila corresponde a un participante, identificado por su número de ID, y se incluyen sus características de edad, género, nivel educativo y nivel de conocimiento sobre diabetes.

	ID	Edad	Género	NivelEducativo	NiveldeConocimiento	TiempodeEnfermedad
1	285,00	55,00	F	Secundaria	Medio	1 a 10 año
2	12,00	68,00	M	Primaria	Medio	11 a 20 añ
3	199,00	42,00	F	Técnica	Bajo	1 a 10 año
4	97,00	51,00	M	Secundaria	Alto	1 a 10 año
5	154,00	65,00	F	Primaria	Bajo	11 a 20 añ
6	82,00	39,00	M	Universita	Medio	1 a 10 año
7	317,00	72,00	M	Primaria	Medio	21 a 30 añ
8	221,00	44,00	F	Universita	Alto	1 a 10 año
9	134,00	58,00	F	Secundaria	Bajo	1 a 10 año
10	47,00	33,00	M	Técnica	Medio	1 a 10 año
11	263,00	66,00	F	Técnica	Alto	11 a 20 añ
12	179,00	52,00	M	Analfabeto	Medio	1 a 10 año
13	92,00	37,00	F	Secundaria	Medio	1 a 10 año
14	28,00	49,00	M	Técnica	Bajo	1 a 10 año
15	115,00	61,00	F	Primaria	Medio	11 a 20 añ
16	206,00	43,00	M	Universita	Bajo	1 a 10 año
17	143,00	56,00	F	Secundaria	Medio	1 a 10 año
18	76,00	48,00	M	Técnica	Alto	1 a 10 año
19	291,00	69,00	F	Primaria	Medio	11 a 20 añ
20	38,00	35,00	M	Técnica	Bajo	1 a 10 año
21	167,00	59,00	F	Técnica	Medio	1 a 10 año
22	254,00	70,00	M	Primaria	Medio	21 a 30 añ
23	119,00	41,00	F	Universita	Alto	1 a 10 año
24	86,00	54,00	M	Secundaria	Bajo	1 a 10 año
25	302,00	62,00	F	Primaria	Medio	11 a 20 añ
26	231,00	46,00	M	Técnica	Medio	1 a 10 año
27	108,00	53,00	F	Secundaria	Bajo	1 a 10 año
28	65,00	38,00	M	Secundaria	Medio	1 a 10 año
29	187,00	64,00	F	Primaria	Alto	11 a 20 añ
30	22,00	45,00	M	Universita	Medio	1 a 10 año
31	273,00	57,00	F	Secundaria	Alto	1 a 10 año
32	156,00	50,00	M	Técnica	Bajo	1 a 10 año
33	91,00	63,00	F	Primaria	Medio	11 a 20 añ
34	36,00	39,00	M	Secundaria	Medio	1 a 10 año
35	214,00	71,00	F	Primaria	Bajo	21 a 30 añ
36	127,00	44,00	M	Universita	Alto	1 a 10 año
37	78,00	56,00	F	Secundaria	Medio	1 a 10 año
38	301,00	68,00	M	Primaria	Alto	11 a 20 añ