

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL  
DE HUAMANGA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**TESIS:**

**Conocimiento y actitud de familiares en el cuidado del  
adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, del CLAS San  
Juan Bautista, Ayacucho 2025**

Para optar el título profesional de:  
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR:

**Bach. Ana Lucia SALVADOR ANCHAYHUA**

**Bach. Yudith Lizbeth QUISPE CHACMANA**

ASESOR:

**Dr. Edward Eusebio BARBOZA PALOMINO**

**AYACUCHO - PERÚ**

**2025**

Este logro es para Máximo, Aurelia y mis hermanos(as), quienes han estado a mi lado cada paso de mi camino académico. Gracias por su apoyo constante, sus consejos valiosos y por motivarme a superar cada desafío. Su ejemplo de esfuerzo y perseverancia ha sido mi guía y mi impulso para alcanzar mis metas, recordándome siempre que con dedicación y constancia todo es posible.

*Yudith Lizbeth.*

Dedicado este logro a mi madre Celia, a mi padre Ángel y a mis hermanos(as), quienes han sido un pilar esencial en mi vida. Su cariño permanente, sus orientaciones llenas de sabiduría y el acompañamiento que me brindaron en cada etapa han fortalecido mi camino. Su ejemplo de perseverancia, compromiso y entrega ha sido clave para alcanzar esta meta. Gracias por mantenerse a mi lado en los momentos más desafiantes y por compartir conmigo cada paso y avance conseguido.

*Ana Lucia.*

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por darnos la existencia, por orientarnos, por conservarnos con salud y darnos las fuerzas para enfrentar los problemas día a día.

A la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, por brindarnos la posibilidad de formarnos como profesional competente en la sociedad. Asimismo, por asignarnos docentes de amplia experiencia en investigación científica.

A nuestros padres, por depositar su fe en nosotros, por ofrecernos lo más valioso, por su respaldo permanente y por impulsarnos a continuar hasta alcanzar nuestros objetivos.

Al CLAS San Juan Bautista, Huamanga, por facilitarnos el acceso y el apoyo necesario para recopilar la información que hizo posible la realización de este estudio.

A nuestro asesor, por dedicar su tiempo, compartir sus conocimientos, orientar nuestro trabajo y proporcionarnos observaciones valiosas a lo largo de este proceso académico.

Finalmente, a todos aquellos que nos acompañaron, apoyaron y confiaron en la culminación de esta investigación.

**“CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE FAMILIARES EN EL CUIDADO DEL  
ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, DEL CLAS SAN  
JUAN BAUTISTA. AYACUCHO 2025”**

**Autoras:** Bach. SALVADOR ANCHAYHUA, Ana Lucia  
Bach. QUISPE CHACMANA, Yudith Lizbeth

**RESUMEN**

**Objetivo:** determinar la relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes de los familiares en el cuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2 en el CLAS San Juan Bautista, Ayacucho, 2025. **Materiales y métodos:** el estudio fue cuantitativo, de carácter aplicada y con un alcance descriptivo - correlacional, empleándose un diseño no experimental y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 80 familiares seleccionadas mediante el muestreo aleatorio simple; para la obtención de datos se aplicaron dos cuestionarios: uno de preguntas múltiples y otro tipo Likert. **Resultados:** el 91.2% de los familiares fueron cuidadores directos, principalmente mujeres (71.3%) y adultos jóvenes; en cuanto al conocimiento, predominó un conocimiento medio con un 53.8%, seguido de un nivel alto (43.7%). Asimismo, la actitud fue mayoritariamente positiva en el (75.0%) de los casos; sin embargo, se identificó un (25.0%) con actitudes de indiferencia y negativas. El coeficiente de Rho de Spearman confirmó la existencia de una correlación significativa entre ambas variables. **Conclusión:** Se determinó una correlación significativa ( $p < 0.05$ ) y directa entre el nivel de conocimiento y la actitud de los familiares, aceptándose la hipótesis alternativa.

**Palabras clave:** actitud, conocimiento, DM2, familiares cuidadores.

**“KNOWLEDGE AND ATTITUDE OF FAMILY MEMBERS IN THE  
CARE OF OLDER ADULTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS,  
FROM CLAS SAN JUAN BAUTISTA. AYACUCHO 2025”**

**Autoras:** Bach. SALVADOR ANCHAYHUA, Ana Lucia  
Bach. QUISPE CHACMANA, Yudith Lizbeth

**ABSTRACT**

**Objective:** To determine the relationship between the level of knowledge and attitudes of family members in the care of older adults with Type 2 Diabetes Mellitus at the San Juan Bautista Local Health Center (CLAS), Ayacucho, 2025. **Materials and methods:** This quantitative, applied, and descriptive-correlational study employed a non-experimental, cross-sectional design. The sample consisted of 80 family members selected through simple random sampling. Data was collected using two questionnaires: one with multiple-choice questions and another with a Likert scale. **Results:** 91.2% of the family members were direct caregivers, primarily women (71.3%) and young adults. Regarding knowledge, a medium level predominated (53.8%), followed by a high level (43.7%). Attitudes were mostly positive (75.0%); however, 25.0% exhibited indifference and negative attitudes. Spearman's rho coefficient confirmed the existence of a significant correlation between both variables. **Conclusion:** A significant ( $p < 0.05$ ) and direct correlation was determined between the level of knowledge and the attitude of family members, thus accepting the alternative hypothesis.

**Keywords:** attitude, knowledge, type 2 diabetes, family caregivers.

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS .....	iii
RESUMEN .....	iv
ABSTRACT .....	v
ÍNDICE DE TABLAS .....	vii
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPITULO I: MARCO TEORICO .....	13
1.1. Antecedentes de Estudio .....	13
1.2. Base teórica.....	17
1.3 Hipótesis.....	32
1.4 Variable de estudio.....	32
CAPITULO II: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN .....	34
2.1. Enfoque de estudio .....	34
2.2. Tipo de investigación .....	34
2.3. Nivel de investigación.....	34
2.4 Diseño de investigación .....	35
2.5 Área de estudio .....	35
2.6 Población .....	35
2.7 Muestra .....	36
2.8 Técnica e instrumentos de recolección de datos .....	36
2.9 Plan de recolección de datos .....	38
2.10 Análisis y procesamiento de datos .....	39
CAPITULO III: RESULTADOS .....	40
CAPITULO IV: DISCUSIÓN.....	46
CONCLUSIONES.....	50
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	52
ANEXO .....	60

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Datos sociodemográficos de los familiares de los adultos mayores con Diabetes mellitus Tipo 2, que asisten al CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025.....	41
<b>Tabla 2:</b> Nivel de conocimiento de familiares sobre el cuidado del adulto mayor con Diabetes mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025.....	43
<b>Tabla 3:</b> Actitudes de familiares en el cuidado del adulto mayor con Diabetes mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025.....	44
<b>Tabla 4:</b> Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes de los familiares en el cuidado del adulto mayor con Diabetes mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025.....	45
<b>Tabla 5:</b> Correlación entre el nivel de conocimiento y las actitudes de los familiares en el cuidado del adulto mayor con Diabetes mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025.....	46

## INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus es una afección metabólica de curso progresivo que aparece cuando el cuerpo no genera la cantidad necesaria de insulina o no la aprovecha de forma adecuada. Como consecuencia, se produce un aumento de los niveles de glucosa en la sangre. Actualmente, esta patología representa un importante reto para la salud pública, al ser una de las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes, con un impacto significativo en la calidad de vida y el bienestar de las personas (1).

El núcleo familiar desempeña una función esencial en el control de la enfermedad, pacientes que conviven con esta enfermedad recurren con frecuencia a sus familiares en busca de apoyo, orientación y acompañamiento. La respuesta familiar impacta de manera directa en el cumplimiento del tratamiento y la regulación metabólica de la persona afectada. Asimismo, gran parte de los conocimientos sobre el autocuidado proviene del entorno familiar más que del personal sanitario, lo que destaca su valor como fuente de respaldo de acompañamiento emocional, educativo y social (2).

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (2021) reportó que la diabetes provocó cerca de 1.6 millones de muertes. Del total, el 47% corresponde a las personas menores de 70 años, lo que evidencia la letalidad prematura de la enfermedad. Además, se atribuyeron alrededor de 530,000 muertes a la nefropatía diabética, mientras que la hiperglucemia fue un factor determinante en el 11% de los fallecimientos por enfermedades cardiovasculares (3).

En América, la Organización Panamericana de Salud señaló que alrededor de 112 millones de adultos de 18 años o más padecen de diabetes, siendo el tipo 2 la presentación predominante. Este problema de la salud ha aumentado con mayor velocidad en países de ingresos bajos y medianos, mientras que el crecimiento es más lento en naciones con economías más desarrolladas (4).

En América Latina, los países con mayor cantidad de habitantes afectados por diabetes mellitus en 2024 fueron Brasil (16.7 millones) y México (13.6 millones), seguidos por Argentina (4.3 millones), Colombia (3.0 millones) y Perú (1.3 millones). Estos datos evidencian la magnitud del problema regional, donde Brasil y México concentran más de la mitad de los casos totales. En el contexto peruano, el incremento progresivo de esta afección está vinculado al envejecimiento poblacional, a patrones alimentarios

poco saludables y al incremento del sobrepeso y la obesidad, estos factores han convertido a la diabetes en una condición más frecuente y preocupante en un reto urgente para la salud pública, debido a su impacto en la vida social, en los costos que genera y en el deterioro del bienestar de las personas (5).

A nivel nacional, MINSA ha catalogado a esta enfermedad como un problema prioritario dentro del Plan Nacional de Enfermedades No Transmisibles. Según el Informe Técnico de Situación de Diabetes Mellitus 2023 indica que la prevalencia es de 10.4%, es decir, uno de cada diez adultos peruanos vive con esta enfermedad, siendo las personas mayores de 60 años que residen en áreas urbano - marginales (6). De igual manera, ENDES (2023) indicó que esta enfermedad se ha convertido en la séptima causa de muerte en el país, con una prevalencia estimada de 5.5%, equivalente a 1.3 millones de peruanos mayores de 15 años (7).

Por su parte, INEI señaló en el año 2021 que la mayor proporción de personas con diabetes se centró en la costa (5.8%), seguida por la selva (4.0%) y la sierra (3.3 %). Asimismo, la condición afectó en mayor medida a mujeres (5.4 %) que a hombres (4.5 %) (8). En ese mismo periodo, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades reportó un total de 19,842 diagnosticados de diabetes. De ellos, casi la totalidad correspondió a tipo 2 (96,5%), mientras que la forma tipo 1 representó únicamente el 1,4% (9).

En Ayacucho, durante los primeros 6 meses del 2022, se reportaron más de 9,000 personas con diabetes. En ese mismo periodo también se notificaron casos de hipertensión arterial, 47,476 de obesidad y 96,684 de sobrepeso. Tanto el sobrepeso como la obesidad constituye factores de riesgos importantes para la aparición de diabetes e hipertensión, afectando sobre todo a adultos y adultos mayores (10). Asimismo, un estudio desarrollado por Torre & Tenorio (2018) en el Hospital II de Ayacucho evidenció que el 22% de los adultos evaluados padecían diabetes tipo 2, observándose una mayor proporción en mujeres (60.5%) y en personas de más de 50 años (86%) (11).

Bajo estas circunstancias, la diabetes se presenta como una de las afecciones crónicas con mayor impacto en las personas adultas mayores, afectando tanto su calidad de vida como su estado físico. Su creciente prevalencia constituye un desafío importante para

los sistemas sanitarios, especialmente en entornos con recursos limitados. Sin embargo, el manejo adecuado de esta patología trasciende la atención médica y depende en gran medida del cuidado cotidiano brindado por los familiares. En este ámbito, el grado de información que posee los cuidadores y la actitud con la que asume su rol son elementos esenciales para evitar complicaciones y favorecer el cumplimiento del tratamiento.

Durante nuestras prácticas comunitarias en el CLAS San Juan Bautista se evidenciaron diversas dificultades en el acompañamiento integral de adulto mayor diagnosticada con diabetes. Muchos familiares no identifican los síntomas temprano, lo que retrasa la captación y el descarte oportuno de la enfermedad. Asimismo, algunos pacientes no regresan para recoger sus resultados ni responden a las llamadas de seguimiento, y con frecuencia asisten solos a sus citas o viven sin apoyo familiar, lo que limita su adherencia y continuidad en el tratamiento. En aquellos hogares donde un solo familiar asume el rol de cuidador, se evidencia signos de sobrecarga física y emocional, dificultando el cumplimiento adecuado de las indicaciones terapéutica.

A pesar de que hay alguna información respecto al control de diabetes, este resulta insuficiente y se acompaña de creencias erróneas sobre el tratamiento, baja participación en actividades educativas y limitado involucramiento en el seguimiento clínico. En conjunto, estos problemas reflejan una educación familiar limitada y un acompañamiento irregular, factores que afectan en el control de la enfermedad y en la prevención de futuras complicaciones. Este panorama resalta la importancia de reforzar la educación en salud y el acompañamiento terapéutico orientado a los familiares, de manera que puedan asumir un rol más activo y efectivo en el proceso de cuidado.

Frente a este problema, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes de los familiares en el cuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2?

La realización de este estudio se fundamenta en la necesidad de aportar evidencia local que permita comprender de manera más profunda como el conocimiento y la actitud influyen en el cuidado brindado por la familia. Los resultados permitirán identificar fortalezas y debilidades en los cuidadores, y servirán como base para que el profesional

de enfermería pueda elaborar intervenciones efectivas, pertinentes y centrada en la persona. Con ello se busca mejorar la calidad del cuidado, favorecer el bienestar de los adultos mayores y contribuir a la prevención de complicaciones con la enfermedad.

Con este propósito, se planteó como objetivo general determinar la relación del nivel de conocimientos con las actitudes de los familiares en el cuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025. Y como objetivos específicos:

- Identificar los datos sociodemográficos de los familiares de los adultos mayores con Diabetes mellitus Tipo 2, que asisten al CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025.
- Evaluar el nivel de conocimientos de familiares sobre el cuidado del adulto mayor con Diabetes mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025.
- Identificar las actitudes de familiares en el cuidado del adulto mayor con Diabetes mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025.
- Relacionar el nivel de conocimientos con las actitudes de los familiares en el cuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025.

Frente a ello la hipótesis planteada ( $H_i$ ) fue existe relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes de familiares en el cuidado del adulto mayor con Diabetes mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025. Mientras que la hipótesis nula ( $H_o$ ) fue no hay relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes de familiares en el cuidado del adulto mayor con Diabetes mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025.

El estudio fue cuantitativo, de carácter aplicada y con un alcance descriptivo - correlacional, empleándose un diseño no experimental y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 80 familiares seleccionadas mediante el muestreo aleatorio simple; para la obtención de datos se aplicaron dos cuestionarios: uno de preguntas múltiples y otro tipo Likert.

Los resultados encontrados muestran que el 53.8% presentan un nivel de conocimiento medio y respecto a la actitud el 75,0 % presenta una actitud positiva hacia el cuidado del adulto mayor con diabetes. Por último, el 53.8% de los familiares presentan un nivel de conocimiento medio; de ellos, el 33.8% muestran una actitud positiva, el 17.5% una actitud indiferente y solo el 2.5% una actitud negativa. Asimismo, el 43.7% de los familiares posee un conocimiento alto; de ellos, el 41.2% manifiestan una actitud positiva, mientras que el 2.5% presentan una actitud indiferente. Se evidenció una correlación positiva moderada ( $Rho= 0.441$ ); del mismo modo los resultados son estadísticamente significativos ( $p=0.001<0.05$ ), por la cual existe una relación entre ambas variables.

En cuanto a la hipótesis general descartamos la hipótesis nula y aceptamos la alternativa

Finalmente, se estructura en cinco capítulos: el primer capítulo consta del marco teórico (antecedentes, base teórica, hipótesis y variables); el segundo capítulo se muestra lo materiales y métodos; el tercer capítulo se muestran los resultados; y el cuarto capítulo se presenta la discusión seguida de las conclusiones y recomendaciones.

# CAPITULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1.1. Antecedentes de estudio

#### a. Antecedentes internacionales

**Reynoso J, et al.** en su investigación realizada en el 2020 en México titulado “El apoyo familiar en el control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”. Metodología: enfoque cuantitativo, tipo observacional y transversal, aplicada en una muestra de 100 adultos, a quienes se les aplicó un cuestionario estructurado. Resultados: se identificó que el 19% de los familiares se encargaban de comprar los medicamentos, el 35% compran los alimentos, el 10% reconocía y felicitaba al paciente por mantener niveles adecuados de glucosa, el 23% seguían la misma alimentación recomendada para el diabético y el 40% recordaba la hora de la medicación. Conclusión: se determinó que el acompañamiento familiar constituye un elemento clave que influye directamente en el cumplimiento del tratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico (12).

**Ríos C & Espínola C,** en su investigación realizada en el 2020 en Paraguay titulado “Apoyo familiar y control glicémico en pacientes diabéticos de un hospital de 2I nivel de atención”. Metodología: enfoque cuantitativo, diseño observacional y descriptivo, con una muestra de 284 adultos con diagnóstico de diabetes, se les aplicó un cuestionario validado. Resultados: el 82% de los pacientes presento un nivel medio de apoyo familiar, el 11,27% mostro un soporte bajo y únicamente el 6,69% evidencio un respaldo alto por sus familiares. Conclusión: se determinó que el acompañamiento familiar constituye un componente fundamental para la orientación, acompañamiento y la recuperación de los pacientes con diabetes (13).

**López J, et al,** en su investigación realizada en el 2021 en México titulado “Apoyo familiar como predictor en la autogestión de las personas con diabetes mellitus tipo 2”. Metodología: enfoque cuantitativo, correlacional y transversal, la muestra estuvo compuesta por 103 adultos con diagnóstico de diabetes, a quienes se les aplico la escala de apoyo social para el autocuidado dirigida a personas de mediana edad. Resultados: el 67% de los participantes eran mujeres; el 69% tenían secundaria completa y 13.6% contaban con educación mediana superior. Asimismo, un 53.4% presentaba ingresos

económicos bajos. Se identificó una relación negativa moderada entre el tiempo transcurrido desde la última consulta médica y la autogestión de la enfermedad (10.3%). También se observó una relación positiva moderada entre el apoyo social y las conductas de autogestión (20.5%). Además, se determinó que la última visita médica y el apoyo familiar actúan como predictores significativos de las prácticas de autocuidado, explicando el 10.3% de la varianza. Conclusión: La mayoría de los pacientes reciben un apoyo social moderado relacionado con la alimentación, actividad física y monitoreo de la glucosa. De igual modo, se evidencia que el apoyo familiar influye de manera directa en el control glucémico y en la realización de actividades físicas, lo que convierte en un componente clave para una adecuada autogestión de la diabetes mellitus tipo 2 (14).

**Vargas L**, en su investigación realizada en el 2023 en México titulado “Conocimiento de la enfermedad y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, UMF 62”. Metodología: diseño observacional, analítica, transversal y prospectiva, en el que empleo un cuestionario en una muestra de 323 pacientes atendidos en consulta externa con diagnóstico de diabetes. Resultados: el 64.1% presentó un nivel de conocimiento no aceptable de la enfermedad, mientras que el 35.9% evidenció un nivel aceptable. En relación con el autocuidado, 94,7% mostró un nivel medio; el 3,7% un nivel bajo y solo el 1,5% un nivel alto. Asimismo, se identificó que el 61% obtuvieron un grado inaceptable de conocimiento y un grado medio de autocuidado, en contraste con el 1.5% que obtuvo conocimiento aceptable con un autocuidado alto. Conclusión: existe una asociación significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas de autocuidado. Esto implica que, cuando el conocimiento acerca de la diabetes es limitado, dicho nivel se vincula directamente con la forma en que la persona logra manejar su condición (15).

#### **b. Antecedentes nacionales**

**Rodríguez L & De La Cruz J**, en su investigación realizada en el 2020 en Huancayo titulado “Apoyo familiar y adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en usuarios de un centro de salud”. Metodología: enfoque cuantitativo, transversal y correlacional en una muestra de 85 adultos con diagnóstico de diabetes tipo 2, a quienes se les administró una encuesta como técnica y un cuestionario como instrumento. Resultados: el 48,2% de los pacientes presentó un nivel bajo de apoyo

emocional familiar y el 42,4% recibió un apoyo espiritual de nivel regular. Conclusión: Existe una relación significativa entre las variables estudiadas (16).

**Zeta M,** en su investigación realizada en el 2021 en Pimentel titulado “Conocimientos y cuidados de los familiares de adultos mayores con diabetes mellitus en el Centro de Salud José Olaya”. Metodología: tipo cuantitativo, de diseño no experimental de corte transversal y correlacional, la muestra fue de 64 familiares, en relación a los instrumentos de recolección de datos se usó un cuestionario estructurado. Resultados: el 39.7% tienen un conocimiento alto sobre la enfermedad, el 54% mostro un nivel medio y el 6.3% nivel bajo. Asimismo, se identificó que el 12.7% brindaba cuidados inadecuados, mientras el 87.3% realizaban cuidados adecuados. Conclusión: existe una relación significativamente estadística entre el conocimiento y los cuidados de los familiares (17).

**Huarocc V & Pimentel S,** en su investigación en el 2022 en Lima titulado “Apoyo familiar a adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2”. Metodología: fue de tipo básica, cuantitativa, no experimental, de diseño descriptivo; en relación a la muestra estuvo compuesta por 40 pacientes, el instrumento de recolección de datos fue un cuestionario de apoyo familiar. Resultados: el 40% de entrevistados presentó apoyo familiar medio. Asimismo, se identificó que el 30% de los participantes tenían entre 60 y 67 años, y que el predominio correspondió al sexo femenino con 65% frente a un 35% de varones. Conclusión: el apoyo familiar es de nivel medio por los familiares a los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 (18).

**Castro D & Ccochachi R,** en su investigación en el 2024 en Lima titulado “Conocimientos y actividades del autocuidado en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, que acuden a un centro de salud de Lima Norte, Puente Piedra”. Metodología: fue de tipo no experimental cuantitativo, de diseño descriptivo, transversal y de relación; la muestra fue constituida por 150 adultos mayores. Resultados: Los hallazgos muestran que hay una tendencia negativa en la correlación, además de ser débil. Conclusión: no hay relación significativa entre el conocimiento de la enfermedad y el autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 (19).

**Villanueva I & Ataucuri J**, en su investigación en el 2024 en Lima titulado “Características personales y nivel de sobrecarga del cuidador principal del adulto mayor dependiente en un centro de salud San Martín de Porres”. Metodología: tipo cuantitativo, no experimental, de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 73 cuidadores, la recolección de información se realizó mediante una encuesta, empleándose la escala de Zarit para medir el grado de sobrecarga. Resultados: el 45.2% de cuidadores presento un nivel elevado de sobrecarga. Este resultado se observó con mayor frecuencia en mujeres (72.6%) y en participantes con edades entre 50 y 60 años (54.7%). Conclusión: La mayoría de los cuidadores evaluados en el centro de salud presento algún nivel de sobrecarga, destacando los casos de intensidad elevada, especialmente en mujeres y el rango de edad de 50 a 60 años (20).

### **c. Antecedentes regionales y locales**

**Achallma A & Anchi A**, en su investigación en el 2023 en Ayacucho titulado "Conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2". Metodología: tipo aplicativo, enfoque cuantitativo y un diseño no experimental, descriptivo y correlacional de corte transversal, la población fue de 64 personas adultas mayores, se aplicó una entrevista como técnica de recolección de datos. Resultados: los hallazgos mostraron que el 90,6% de los participantes presento un nivel bajo de conocimiento sobre su enfermedad y el 9,4% alcanzo un nivel medio. En cuanto a las prácticas de autocuidado, el 87,5% manifestó conductas regulares y el 12,5% practicas adecuadas. Conclusión: existe una asociación significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado en adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 (21).

**Reymundez J**, en su investigación en el 2023 en Ayacucho titulado “Conocimiento y adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del centro de salud san juan bautista”. Metodología: enfoque descriptivo, explicativo, con un diseño transversal. La población estuvo compuesta por 140 personas con DM2, seleccionándose una muestra intencional no probabilística. Resultados: el 84.2% de los participantes no cumplían con la adherencia al tratamiento, y únicamente el 19.7% presentaba un nivel adecuado sobre el manejo de la enfermedad. Asimismo, se evidencio que variables como el sexo, la procedencia y el estado civil no tienen relación con la adherencia terapéutica; en cambio la edad avanzada y un menor nivel

educativo si se asociaron con una menor adherencia. Además, el 63.2% no dominaban aspectos básicos de la enfermedad, el 68.4% desconocía el control glucémico y el 53.9% mostró conocimientos sobre la prevención de complicaciones. Conclusión: a menor nivel de conocimiento, menor es la adherencia al tratamiento farmacológico oral en pacientes con diabetes, destacando la importancia de la educación para el manejo efectivo de la enfermedad (22).

**De la cruz E & Portugal C.** en su investigación en el 2025 en Ayacucho titulado “Relación entre el conocimiento y las prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”. Metodología: tipo observacional, analítica y transversal, con una muestra conformada por 63 pacientes atendidos en un establecimiento de salud de la región. Resultados: el 71.4% eran mujeres, el 44.4% tenían más de 60 años, el 39.7% contaban con educación primaria y el 52.4% vivían en una relación estable. Con relación al conocimiento y las prácticas de autocuidado, se evidenció que el 68.3% (43) realizaban autocuidados adecuados; de ellos, el 47.6% (30) presentó un nivel medio de conocimiento y el 7.9% (5) un nivel bajo. Asimismo, se identificó que el grado de conocimiento se vincula con áreas específicas como la asistencia a controles médicos, el régimen alimentario, la presencia de hábitos nocivos, el cuidado de los pies y la salud visual. Conclusión: el grado de conocimiento guarda una relación significativa con las prácticas de autocuidado en personas con diabetes tipo 2 (23).

## **1.2. Base teórica**

### **1.2.1 Conocimiento**

Puede definirse como el conjunto de saberes y datos significativos que una persona adquiere a lo largo de su vida mediante la experiencia, la observación, la interacción con su entorno y los procesos de reflexión. Este aprendizaje permite al individuo interpretar la realidad, comprender fenómenos y responder de manera adecuada a diversas situaciones. A través de la utilización de la razón, el análisis y las habilidades cognitivas, el ser humano organiza la información que percibe, la transforma en entendimiento y la emplea para orientar sus acciones y decisiones cotidianas (24).

De acuerdo con Alavi & Leidner (25), el conocimiento es el conjunto de información que cada individuo conserva de manera personal y subjetiva, desarrollado a partir de experiencias y reflexiones, e integrado por hechos, métodos, nociones,

interpretaciones, ideas, observaciones y valoraciones, los cuales pueden diferir en utilidad y exactitud, constituyendo la base para comprender y actuar en el entorno.

Marín (26) señala que el conocimiento constituye la habilidad del ser humano para percibir, reconocer y examinar los hechos y la información presente en su entorno. Asimismo, considera que se trata de un concepto amplio que puede manifestarse en dos dimensiones principales: teórica y práctica.

### **1.2.1.1 Teorías del conocimiento**

#### **a) Teoría del aprendizaje de Piaget**

Para Piaget (27), el conocimiento se construye mediante dos procesos fundamentales: incorporación y reorganización. La información recién adquirida se incorpora a los esquemas mentales existentes, y estos, a su vez, se transforman y se reajustan en función de las experiencias recientes. De esta manera, el aprendizaje implica un cambio continuo en las estructuras mentales, resultado de la interacción entre lo nuevo y lo previamente aprendido.

#### **b) Teoría del Aprendizaje significativo de Ausubel**

Ausubel (27) el aprendizaje significativo se produce cuando la persona logra relacionar la información nueva con los conocimientos previos que ya posee, estableciendo relaciones lógicas, coherentes y no arbitrarias. Este proceso favorece una comprensión más profunda, ya que el contenido nuevo adquiere sentido al incorporarse a la estructura cognitiva previa del aprendizaje.

#### **c) Teoría sociocultural de Vygotsky**

Vygotsky (27) plantea que el aprendizaje está profundamente determinado por el entorno social y cultural. La construcción del conocimiento surge a partir de la interacción con otras personas, especialmente aquellas con mayor experiencia. Además, las normas, creencias y valores culturales influyen de manera directa en la forma en que las personas aprenden y en cómo se transmiten los conocimientos, destacando el papel central del lenguaje y la mediación social

### **1.2.1.2. Tipos de conocimiento**

#### **a) Conocimiento empírico**

Es la interacción directa con el entorno y de la percepción de la realidad a través

de los sentidos. Se fundamenta en la observación y la práctica, sin requerir métodos científicos ni verdades universales. Suele surgir de manera espontánea y permite comprender fenómenos cotidianos, valorar la naturaleza y encontrar soluciones prácticas a los problemas diarios (28).

**b) Conocimiento filosófico**

Se fundamenta en la reflexión y el razonamiento, orientado a comprender la verdad más allá de la experiencia directa. Surge de la curiosidad y del interés por conocer el origen, sentido y propósito de la vida, y se desarrolla desde lo concreto hacia lo abstracto y espiritual, con el objetivo de alcanzar un entendimiento profundo de la existencia y la realidad (28).

**c) Conocimiento intuitivo**

Es aquel que permite a las personas comprender y relacionarse con el mundo de manera inmediata, basándose en experiencias previas. Se adquiere sin necesidad de razonamiento o análisis previo y se manifiesta tal como se presentan los hechos. Este conocimiento facilita la reacción espontánea ante estímulos, obstáculos o situaciones nuevas en la vida cotidiana (28).

**d) Conocimiento científico**

Consiste en hechos, principios y teorías que explican la realidad de manera lógica y comprobable. Se adquiere a través de la observación, la experimentación y procedimientos sistemáticos que garantizan su validez, permitiendo identificar causas, formular leyes y generar soluciones prácticas a problemas reales, al tiempo que desarrolla el pensamiento crítico y la comprensión racional del mundo (28).

**1.2.1.3. Niveles de conocimiento**

Se analizan desde una perspectiva metodológica que integra los enfoques científico y filosófico. Estos niveles se determinan según el grado de profundidad y abstracción con que el sujeto interactúa con el objeto de estudio, constituyendo etapas progresivas dentro del proceso de generación del saber. En este sentido, la metodología funciona como una herramienta científica que facilita la comprensión e interpretación del entorno, mientras que la filosofía actúa como un componente reflexivo e integrador, que permite analizar, cuestionar y conceptualizar el conocimiento obtenido mediante la ciencia (29).

El desarrollo del conocimiento sigue una secuencia gradual y ascendente, en la que

cada nivel representa un mayor grado de complejidad en la comprensión de la realidad. Este proceso inicia en el nivel instrumental, orientado a la aplicación práctica y avanza por los niveles técnico, metodológico y teórico, hasta alcanzar planos más abstractos como el epistemológico y el filosófico. Cada uno de estos niveles simboliza un progreso cualitativo en la capacidad cognitiva del ser humano, quien pasa de interpretar su entorno de manera básica a construir conocimientos de forma sistemática, crítica y coherente. En conjunto, estos niveles favorecen una visión integral del mundo y del rol activo del ser humano en su transformación (30).

De acuerdo con Calderón, citado por Janampa G (31), el conocimiento se puede dividir en tres niveles principales:

- **Nivel de conocimiento alto:** También conocido como nivel óptimo, se caracteriza por una adecuada organización de las ideas, coherencia conceptual y claridad en la exposición. El pensamiento es preciso, fundamentado y refleja un dominio profundo del tema.
- **Nivel de conocimiento medio:** se refiere a una comprensión parcial o intermedia, donde se identifican conceptos básicos, aunque algunos se presentan de manera incompleta o poco desarrollada. La relación con el tema es irregular y requiere ajustes para alcanzar una comprensión más completa.
- **Nivel de conocimiento bajo:** se evidencia desorden conceptual, escasa coherencia y uso inadecuado de términos. Las ideas carecen de estructura y rigor lógico, lo que impide una comprensión sólida del tema tratado.

En el marco de la presente investigación, los niveles de conocimiento se interpretarán según la escala de valoración:

- **Nivel de conocimiento alto:** corresponde a puntajes de 15 a 21 puntos, evidenciando un dominio adecuado y una comprensión sólida del tema en estudio.
- **Nivel de conocimiento medio:** abarca puntajes de 8 a 14 puntos, reflejando una comprensión parcial o moderada de los contenidos evaluados.
- **Nivel de conocimiento bajo:** comprende puntajes de 0 a 7 puntos, lo que indica un dominio limitado o insuficiente del tema.

## **1.2.2 Actitud**

La actitud se concibe como una predisposición o tendencia psicológica que una persona adopta frente a determinadas situaciones de su vida cotidiana. Esta disposición orienta la manera en que el individuo interpreta, enfrenta y responde a los estímulos de su entorno, de acuerdo con su percepción, experiencias previas y decisiones personales. En tal sentido, la actitud implica una valoración positiva o negativa hacia un objeto, persona o circunstancia, que se manifiesta a través de comportamientos observables (32).

Según Summers (33), las actitudes representan la suma de sentimientos, ideas y convicciones que un individuo desarrolla frente a distintos aspectos de la realidad, los cuales permanecen implícitos y se expresan en su manera de actuar. Por su parte, Kerlinger (34) plantea que la actitud es una predisposición estructurada para pensar, sentir y actuar de manera selectiva frente a un objeto determinado, sustentada en un conjunto de creencias. Finalmente, Baldi & García. (2006), citados por Aragonés y Américo (35), explican que toda actitud se compone de tres dimensiones interdependientes: la cognitiva, relacionada con los conocimientos; la afectiva, vinculada a los sentimientos; y la conductual, expresada en las acciones del individuo.

### **1.2.2.1 Componentes de la actitud**

La actitud puede comprenderse a partir de tres componentes esenciales que conforman la denominada tríada de la actitud. Cada uno de ellos representa una dimensión distinta pero interrelacionada del comportamiento humano frente a determinados estímulos o situaciones.

#### **a) Componente cognitivo**

Este componente se vincula con los conocimientos, creencias y percepciones que posee el individuo acerca de un objeto, fenómeno o situación. Dentro del marco del presente estudio, se refiere a la comparación y las creencias que posee los familiares sobre la diabetes mellitus tipo 2, incluyendo la percepción de que la enfermedad puede controlarse mediante hábitos saludables, una alimentación balanceada, así como la correcta adherencia al tratamiento médico.

#### **b) Componente afectivo**

Corresponde a las reacciones emocionales que surgen frente al objeto o situación. En este caso, implica los sentimientos y experiencias emocionales del cuidador, tales como la empatía, el cariño, el miedo o la frustración hacia el adulto mayor. Estas emociones influyen directamente en la predisposición y vínculo afectivo que el familiar establece durante el proceso de cuidado.

**c) Componente conductual**

Hace referencia a las acciones y comportamientos observables que el individuo manifiesta en relación con su actitud. En los cuidadores, este componente se refleja en acciones concretas como acompañar al adulto mayor a las consultas médicas, preparar comidas adecuadas, promover la actividad física o controlar los valores de glucosa en sangre.

Esta clasificación se sustenta en las aportaciones de Allport (1935), quien conceptualizó la actitud como una disposición organizada tanto al nivel mental y cognitivo, la cual condiciona la forma en que las personas responden a los estímulos sociales, integrando sus creencias, sentimientos y acciones (36).

**1.2.2.2. Tipos de actitud**

**a) Actitud positiva**

Hace referencia a una disposición favorable y proactiva hacia un objeto, persona o actividad. En el ámbito del cuidado de pacientes, esta actitud se manifiesta mediante el compromiso, la empatía y la responsabilidad por el bienestar del otro. De acuerdo con Robbins y Judge (2013), mantener una actitud positiva fomenta conductas orientadas al apoyo y la colaboración, tales como la dedicación, la escucha activa y la disposición para ayudar (37).

**b) Actitud negativa**

Se caracteriza por una predisposición desfavorable, que puede incluir rechazo, apatía o resistencia frente a una situación o persona. Este tipo de actitud suele reflejarse en conductas evasivas, desmotivadas o de abandono de responsabilidades. Según Allport (1935) y Álvarez y Díaz (2012), las actitudes negativas pueden obstaculizar el desempeño eficaz en los roles de cuidado y

generar consecuencias adversas en la salud y bienestar del paciente (36).

**c) Actitud indiferente o neutra**

Implica la ausencia de una postura definida o de un involucramiento emocional y conductual significativo. El individuo muestra escaso interés o motivación hacia la situación, lo que puede traducirse en inacción o cumplimiento mínimo de las tareas asignadas. En este sentido, Ajzen (1991) sostiene que la actitud indiferente refleja una falta de compromiso o de intención de actuar frente a los estímulos del entorno (38).

**1.2.2.3. Actitud y carga emocional del cuidador**

El cuidado del adulto mayor con enfermedades crónicas puede generar en los familiares una importante carga emocional, manifestada en sentimientos de agotamiento, ansiedad o estrés. Esta sobrecarga suele intensificarse cuando el cuidador carece de apoyo institucional o de recursos educativos adecuados para afrontar su rol. No obstante, mantener una actitud positiva contribuye a disminuir los efectos negativos del estrés y fortalece la resiliencia y motivación del cuidador. En este sentido, Cárdenas et al. (2021) afirman que los cuidadores con actitudes favorables presentan una mayor capacidad de adaptación y afrontamiento frente a las demandas del cuidado prolongado (p. 63) (39).

**1.2.2.4. Evaluación de actitudes**

La evaluación de las actitudes puede realizarse de forma directa o indirecta, al igual que otros fenómenos psicológicos. De acuerdo con Summers (33), esta medición se fundamenta en inferencias sobre las respuestas del individuo frente a diferentes situaciones, permitiendo interpretar sus opiniones, emociones y disposición para actuar en contextos determinados.

Por su parte, Bolívar (40) señala que las escalas tipo Likert constituyen una herramienta eficaz para medir las actitudes, debido a su facilidad de aplicación y claridad en la interpretación de resultados. Este tipo de escalas consta de un conjunto de afirmaciones relacionadas con el tema de estudio, que el participante valora mediante cinco o más opciones de respuesta. Para su correcta elaboración, se deben seguir criterios metodológicos rigurosos, que incluyen la identificación de la actitud a

evaluar, la redacción precisa de los ítems y la validación mediante juicio de expertos, asegurando así la fiabilidad del instrumento.

### **1.2.3 Diabetes**

Es una enfermedad metabólica de posible origen genético que se caracteriza por alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, lípidos y proteínas, las cuales se asocian con una deficiencia parcial o total en la secreción de insulina, o con distintos grados de resistencia a su acción. Este trastorno no se limita únicamente a la presencia de hiperglucemia, sino que constituye un síndrome complejo y multifactorial, en el que confluyen diversos mecanismos fisiopatológicos.

La heterogeneidad de la diabetes se evidencia en las diferencias genéticas, ambientales e inmunológicas que presentan los pacientes, las cuales influyen en su etiología, manifestaciones clínicas y respuesta al tratamiento. Por ello, la diabetes mellitus debe entenderse como una condición sistémica y multidimensional, que requiere un abordaje integral orientado no solo al control metabólico, sino también a la prevención de complicaciones y a la mejora de la calidad de vida del paciente (41).

#### **1.2.3.1 Clasificación**

La diabetes mellitus puede clasificarse en distintos tipos según su origen, los mecanismos fisiopatológicos implicados y sus características clínicas. Esta categorización facilita una mejor comprensión del comportamiento de la enfermedad y permite orientar de manera más precisa el tratamiento para cada paciente. Según la OMS (2022) y la Asociación Americana de Diabetes (2023) (42), se identifican cuatro formas principales:

##### **a) Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1)**

Se produce principalmente como consecuencia de un proceso autoinmunitario que destruye las células  $\beta$  pancreáticas, responsables de la síntesis de insulina. Como resultado, se presenta una deficiencia total de esta hormona, provocando hiperglucemia persistente. Este tipo de diabetes suele aparecer en la infancia o adolescencia y requiere tratamiento con insulina de manera permanente para mantener el control metabólico.

### **b) Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)**

Es la forma más común y se asocia con una resistencia periférica a la insulina combinada con una disminución progresiva en su secreción. Su desarrollo está influenciado por factores genéticos, ambientales y de estilo de vida, como la obesidad, el sedentarismo y la alimentación inadecuada. Generalmente se presenta en personas mayores de 40 años; sin embargo, en la actualidad también se observa en jóvenes y adolescentes, como consecuencia del aumento del sobrepeso y la falta de actividad física.

### **c) Diabetes Mellitus gestacional**

Es una alteración en el metabolismo de la glucosa que se identifica por primera vez durante la gestación y que, en muchos casos, desaparece tras el nacimiento del bebé. No obstante, las mujeres que la presentan tienen una probabilidad mayor de desarrollar diabetes tipo 2 más adelante. Mantener niveles adecuados de glucosa durante el embarazo es fundamental para evitar complicaciones tanto en la madre como en el recién nacido.

### **d) Otros tipos específicos de diabetes**

Existen otros tipos de diabetes menos comunes, los cuales se origina por alteraciones genéticas en la función de las células  $\beta$ , defectos genéticos que afectan la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino, o por la exposición a determinados medicamentos o sustancias químicas que modifican el metabolismo de la glucosa.

#### **1.2.3.2. Manifestaciones clínicas**

La enfermedad suele manifestarse de manera progresiva, por lo que sus síntomas pueden permanecer inadvertidos durante varios años. Entre los más comunes tenemos:

- Aumento de la sed (polidipsia)
- Incremento en la frecuencia de orina (poliuria)
- Aumento de la necesidad de comer (polifagia)
- Hormigueos (parestias)

- Cansancio y visión borrosa
- Pérdida de peso sin causa aparente.
- Dificultades para cicatrizar heridas.
- Náuseas y vómitos

Con el avance de la enfermedad, pueden presentarse daños en los vasos sanguíneos y en los nervios, lo cual incrementa la probabilidad de desarrollar complicaciones como enfermedad renal, alteraciones cardiovasculares y neuropatía periférica (1,4).

### **1.2.3.3. Componentes de la evaluación del paciente diabético**

#### **a) Historia clínica**

Resulta fundamental recopilar información detallada sobre la edad, antecedentes familiares de diabetes, hábitos alimentarios, variaciones de peso corporal, presencia de comorbilidades, tratamientos previos y actuales, así como antecedentes de complicaciones relacionadas con la enfermedad. Esta información permite comprender el contexto general del paciente y establecer una línea base para el seguimiento clínico (43).

#### **b) Examen físico**

Debe contemplar la evaluación del índice de masa corporal (IMC), controlar la tensión arterial, y la evaluación de la piel, buscando signos como acantosis nigricans o acrocordones, que pueden sugerir resistencia a la insulina. También se recomienda la palpación tiroidea, la revisión de los sitios de aplicación de insulina y una valoración detallada de los pies, con el fin de identificar lesiones o alteraciones circulatorias que puedan evolucionar a complicaciones mayores (43).

#### **c) Evaluación de laboratorio**

Los análisis deben incluir glucosa plasmática en ayunas, perfil lipídico, pruebas de función hepática, microalbuminuria, creatinina sérica y la determinación de hormona estimulante del tiroides (TSH), especialmente en pacientes con diabetes tipo 1. Estos estudios permiten monitorear el control metabólico y detectar

alteraciones tempranas en órganos diana (43).

**d) Interconsultas:**

El abordaje multidisciplinario es esencial. Se recomienda la evaluación oftalmológica mediante fondo de ojo, así como la valoración nutricional, odontológica y, en mujeres en edad fértil, la planificación familiar. Estas interconsultas complementan la atención médica y contribuyen a la prevención de complicaciones (43).

**1.2.3.4. Diagnostico**

Los criterios utilizados para diagnosticar la diabetes mellitus tipo 2 en personas de 18 años o más incluyen:

- Una glucosa en ayunas en plasma venoso  $\geq 126$  mg/dL (7,0 mmol/L), comprobada en al menos dos mediciones y tras un ayuno mínimo de 8 horas.
- Un valor de glucosa plasmática  $\geq 200$  mg/dL (11,1 mmol/L) dos horas después de realizar una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) con 75 g de glucosa anhidra.
- Una glucosa tomada en cualquier momento del día, sin importar la ingesta de alimentos,  $\geq 200$  mg/dL, siempre que el paciente presente síntomas típicos de hiperglucemia (44).

**1.2.3.5. Tratamiento**

**a) Tratamiento no farmacológico**

- **Alimentación saludable:** dieta balanceada, baja en azúcares simples y grasas saturadas.
- **Actividad física:** realizar al menos 150 minutos semanales de ejercicio aeróbico moderado o según tolerancia del paciente.
- **Control de peso:** promover la pérdida de peso en pacientes con sobrepeso u obesidad, con metas individualizadas.

- **Educación en diabetes:** enseñanza sobre autocontrol de la glucosa, reconocimiento de hipoglucemia e hiperglucemia y la prevención de posibles complicaciones.
- **Modificación de hábitos:** fomentar la reducción o eliminación del consumo del tabaco y el uso excesivo del alcohol.

#### b) Tratamiento farmacológico

- **Primera línea:** Metformina de 500 mg, 850 mg y 1000 mg.
- **Segunda línea / combinación**
  - Sulfonilureas: Glibenclamida, Glimepirida (tabletas 1–5 mg).
  - Inhibidores de DPP-4: Sitagliptina, Linagliptina (tabletas 25–100 mg).
  - Inhibidores SGLT2: Dapagliflozina, Empagliflozina (tabletas 10–25 mg).
- **Insulina:** Indicada si la glucemia no se controla con fármacos orales o hay hiperglucemia severa (44).

### 1.2.3.6. Complicaciones

#### a) Enfermedad cardiovascular

Las afecciones cardiovasculares constituyen la principal causa de mortalidad y discapacidad en pacientes con diabetes. Incluyen patologías como condiciones cardiovasculares tales como angina de pecho, infarto de miocardio, ictus, afección arterial periférica y insuficiencia cardíaca. El riesgo de padecer estas enfermedades aumenta notablemente en presencia de hiperglucemia, hipertensión arterial, dislipidemia y otros factores de riesgo asociados. El control integral de la glucosa, la tensión arterial y los lípidos es esencial para prevenir dichos eventos (45).

#### b) Enfermedades de los ojos

Una proporción significativa de personas con diabetes desarrolla retinopatía diabética, la complicación ocular más frecuente, que puede causar deterioro visual

severo o ceguera. La glucemia elevada de manera prolongada genera daño en los vasos sanguíneos de la retina, produciendo alteraciones progresivas que inicialmente pueden ser asintomáticas. Por ello, se recomienda realizar evaluaciones oftalmológicas periódicas, la identificación precoz y la intervención adecuada permite evitar la pérdida de la visión. Mantener un control glucémico adecuado reduce significativamente este riesgo (45).

**c) Nefropatía diabética**

Es una de las principales causas de enfermedad renal crónica. La exposición prolongada de la hiperglucemia daña los capilares renales, disminuyendo progresivamente la función de filtración del riñón. El control de la glucosa y la tensión arterial, junto con el monitoreo de la microalbuminuria, resulta esencial para prevenir o retrasar la progresión hacia la insuficiencia renal (45).

**d) Neuropatía diabética**

Se desarrolla como consecuencia del daño a los nervios periféricos provocado por la hiperglucemia sostenida. Su manifestación más frecuente es la neuropatía periférica, que afecta principalmente a los nervios de las extremidades inferiores, ocasionando dolor, hormigueo, entumecimiento y pérdida de sensibilidad. Estas alteraciones incrementan el riesgo de desarrollar úlceras, infecciones e incluso la necesidad de amputaciones. Asimismo, otros sistemas pueden verse afectados, como el digestivo, urinario y sexual (45).

**e) Pie diabético**

Es una de las complicaciones más graves y frecuentes, producto del daño nervioso y la insuficiencia circulatoria en las extremidades inferiores. Estos factores incrementan el riesgo de desarrollar úlceras e infecciones, que en casos severos pueden requerir amputación. Las personas con diabetes presentan un riesgo de amputación hasta 25 veces mayor que las no diabéticas. Sin embargo, la mayoría de los casos puede prevenirse mediante un control metabólico adecuado, evaluaciones periódicas y atención multidisciplinaria. Es fundamental que el paciente revise sus pies de forma diaria y reciba educación en el autocuidado (45).

**1.2.3.7. Autocuidado del paciente diabético y rol familiar**

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica y multifactorial que requiere una vigilancia constante y un manejo integral. Su control depende en gran medida del conocimiento, la responsabilidad y la participación activa del propio paciente, apoyado por un equipo de salud interdisciplinario y, de manera esencial, por su entorno familiar. Si bien los profesionales de salud orientan el tratamiento, el mayor compromiso en el control diario de la enfermedad recae en el paciente. Por ello, resulta indispensable que este comprenda la naturaleza de su condición, los objetivos terapéuticos y la importancia de su autocuidado (46).

### **Áreas clave del autocuidado**

El proceso de autocuidado implica adquirir conocimientos y habilidades prácticas en diferentes aspectos fundamentales del tratamiento, entre los que destacan:

- Alimentación equilibrada.
- Programa de ejercicios físicos regulares.
- Uso correcto de los medicamentos prescritos.
- Capacidad para resolver situaciones frecuentes.
- Monitorio constante de la glucosa sanguínea.
- Prevención de complicaciones crónicas.

#### **a) Alimentación**

La alimentación del paciente con diabetes debe ser individualizado, equilibrado y supervisado por un profesional en nutrición. Una dieta adecuada incluye porciones controladas y una distribución adecuada de carbohidratos complejos, proteínas magras, grasas saludables, fibra y micronutrientes. Se recomienda evitar el consumo de azúcares simples y mantener horarios regulares de comida, con el fin de garantizar un mejor control glucémico (47).

#### **b) Actividad física**

La práctica constante de actividad física incrementa la sensibilidad a la insulina, ayuda a mantener un peso adecuado y favorece la salud cardiovascular. La American Diabetes Association (ADA) recomienda realizar un mínimo de 150

minutos de ejercicio aeróbico de intensidad moderada a la semana, distribuidos en varios días. Antes de comenzar cualquier rutina de actividad física, es fundamental que el paciente sea valorado por un profesional de la salud, especialmente si presenta otras enfermedades asociadas. Asimismo, se aconseja utilizar calzado apropiado para evitar lesiones o la formación de úlceras en los pies (48).

**c) Uso de medicamentos**

Los antidiabéticos orales y la insulina constituyen pilares del tratamiento farmacológico, pero no sustituyen las prácticas de autocuidado. Su eficacia depende de la adherencia al tratamiento, el cumplimiento de una alimentación saludable y la práctica regular de actividad física. La participación de la familia en la organización, recordatorio y acompañamiento del paciente en la administración de los medicamentos resulta fundamental para garantizar su efectividad (45).

**d) Prevención de complicaciones**

La prevención se fundamenta en la identificación precoz y control estricto de la glucemia. Para lograrlo, se recomienda:

- Iniciar el tratamiento inmediatamente después del diagnóstico.
- Realizar autocontrol frecuente de la glucemia mediante glucómetro.
- Consultar al médico ante valores anormales de glucosa, tanto altos como bajos.
- Establecer metas terapéuticas personalizadas y monitorear su cumplimiento.
- Mantener actividad física regular y una alimentación equilibrada.
- Efectuar controles médicos periódicos, que incluyan: fondo de ojo anual, función renal (albuminuria y creatinina), exploración de pies y revisión odontológica (45).

**1.2.3.8. Rol del paciente y de la familia en el cuidado del diabético**

El autocuidado del paciente diabético puede verse limitado por factores físicos, emocionales o sociales, lo que hace indispensable el apoyo de la familia (49). Según Dorothea Orem, la labor del personal de enfermería se centra en apoyar a la persona para que pueda llevar a cabo y sostener prácticas de autocuidado, con el fin de preservar su estado de salud y manejar adecuadamente los efectos de la enfermedad (50).

Diversas investigaciones señalan que el apoyo brindado por el cuidador familiar constituye un elemento clave para fortalecer el cumplimiento del tratamiento y los hábitos de autocuidado. Asimismo, la calidad de la relación entre el paciente y su cuidador incide de manera directa en la progresión y la proyección futura de la condición. El apoyo familiar se expresa a través de acompañamiento afectivo, ayuda práctica y respaldo económico, que fortalecen la motivación del paciente para seguir su tratamiento (51).

Además, la familia cumple una función educativa y emocional, al fomentar la comprensión del tratamiento y promover cambios sostenibles en el estilo de vida. En este contexto, la presencia continua y comprensiva de la familia actúa como un factor fundamental para mantener el apego al tratamiento, pues contribuye a la adecuada toma de medicamentos, al control de los niveles de glucosa y a la incorporación de hábitos saludables, conforme a las indicaciones del personal de salud (52).

### **1.3 Hipótesis**

**Hi:** Existe relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes de familiares en el cuidado del adulto mayor con Diabetes mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025.

**Ho:** No hay relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes de familiares en el cuidado del adulto mayor con Diabetes mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025.

### **1.4 Variable de estudio**

#### **1.4.1 Identificación de variables**

a) **V1:** Conocimientos de los familiares en el cuidado del adulto mayor con diabetes

mellitus tipo 2.

- b) V<sub>2</sub>:** Actitud de los familiares en el cuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2.

## CAPITULO II

### METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

#### **2.1. Enfoque de estudio**

El estudio fue de enfoque cuantitativo, Hernández Sampieri et al. (55) señala que este enfoque se fundamenta en obtención y análisis de datos numéricos con el propósito de comprobar hipótesis y analizar relaciones entre variables, permitiendo identificar patrones de comportamiento y respaldar teorías a través de métodos estadísticos. En este estudio este enfoque es fundamental porque permitió evaluar de forma objetiva el nivel de conocimiento y las actitudes de los familiares en el cuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, identificando la relación existente entre ambas variables mediante el uso de instrumentos estructurados y análisis estadístico.

#### **2.2. Tipo de investigación**

La investigación fue de tipo Aplicada, ya que, según Murillo (56) este tipo de estudio se orienta a generar y utilizar conocimientos a través de una práctica organizada y sistemática. Su finalidad es abordar problemas concretos y guiar la acción, aportando soluciones prácticas y contribuyendo a su vez al desarrollo teórico cuando se planifica adecuadamente. En este contexto, el objetivo de la investigación va más allá de generar conocimiento teórico; busca establecer un diagnóstico del grado de conocimiento y de las actitudes de los familiares cuidadores, que permita fundamentar el diseño y la mejora de intervenciones de enfermería orientadas a fortalecer el cuidado del adulto mayor y evitar las complicaciones propias de esta condición.

#### **2.3. Nivel de investigación**

El presente estudio adopto un nivel de investigación descriptivo-correlacional, según Hernández Sampieri et al. (55), se considera descriptivo porque permite medir y recopilar información sobre determinadas variables o conceptos, ya sea de forma individual o conjunta, sin enfocarse inicialmente en las relaciones entre ellos. A su vez es correlacional porque busca identificar el grado de relación existente entre dos o más variables dentro de un contexto determinado, mediante su medición, análisis y comprobación de hipótesis. En este estudio, se aplicó para describir el nivel de

conocimiento y actitudes de los familiares cuidadores del adulto mayor con diabetes y analizar la relación entre ambos aspectos.

## **2.4 Diseño de investigación**

Se desarrolló bajo un diseño no experimental de corte transversal, según Hernández Sampieri et al (55) la investigación no experimental se caracteriza por llevarse a cabo sin intervenir de manera deliberada en las variables, limitándose a observar los hechos tal como ocurren en su contexto real para posteriormente analizarlos. Del mismo modo, se considera transversal porque la recopilación de información se efectúa en un único momento o periodo específico.

## **2.5 Área de estudio**

El estudio se llevó a cabo en el CLAS San Juan Bautista, específicamente en el programa de control de enfermedades no transmisibles, ubicado en el distrito de San Juan Bautista, provincia de Huamanga, en el departamento de Ayacucho.

## **2.6 Población**

La población estuvo integrada por 100 familiares de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, que asisten al CLAS San Juan Bautista, y para su selección se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

### **2.6.1. Criterios de inclusión:**

- Familiares de adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acceden de manera voluntaria a participar en el estudio después de otorgar su consentimiento informado.
- Personas mayores de 18 años.
- Ambos sexos

### **2.6.2. Criterios de exclusión:**

- Familiares de pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 que no acepten participar de la investigación.

- Niños y personas mayores de 75 años

## 2.7 Muestra

Se usó la fórmula de población finita

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{e^2 * (N-1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

N: Población (100)

n: Muestra

Z: Intervalo de confianza (95%=1.96)

p: Probabilidad de éxito (0.5)

q: Probabilidad de que no ocurra el evento (0.5)

e: Error de estimación aceptado (0.05)

$$n = \frac{100 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (100-1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 79.51$$

La investigación conto con una muestra de 80 familiares de adultos mayores diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2.

Para su selección, se utilizó un muestreo aleatorio simple de carácter probabilístico, considerando únicamente a los familiares de pacientes con este diagnóstico que asistieron CLAS San Juan Bautista y cumplían con los criterios de inclusión previamente establecidos.

## 2.8 Técnica e instrumentos de recolección de datos

### 2.8.1 Técnica de recolección de datos

La técnica empleada para la recolección de datos fue la encuesta, ya que permitió recopilar información de manera estandarizada y sistemática directamente de la

muestra de estudio. Esta técnica es idónea para investigaciones de enfoque cuantitativo que buscan medir y describir variables en una población específica (55).

### 2.8.2. Instrumento de recolección de datos

Se emplearon dos instrumentos de tipo cuestionario, uno destinado a cada variable de estudio, los cuales fueron administrados de manera voluntaria mediante un formulario.

#### a. Primer instrumento para la variable "Nivel de Conocimiento"

Se aplicó un cuestionario adaptado y modificado a partir del instrumento elaborado por Chahua K (2019), el cual fue sometido a validación mediante juicio de expertos para garantizar su pertinencia y claridad. La confiabilidad se determinó utilizando el coeficiente Kuder-Richardson 20, obteniendo un valor de 0.870, indicador de una elevada consistencia interna. El cuestionario se organizó en dos secciones: la primera abarcó datos sociodemográficos del familiar cuidador y la segunda parte consta de 21 preguntas de opción múltiple diseñados para identificar el conocimiento general sobre la enfermedad.

La calificación del instrumento se realizó asignando 1 punto a cada respuesta correcta y 0 puntos a las incorrectas, lo que permitió clasificar el nivel de conocimiento en alto, medio o bajo según el puntaje total obtenido.

**Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
.870	21

El nivel de conocimiento se determinó sumando los puntajes de todas las preguntas correctas y se clasificó utilizando la siguiente escala de calificación:

Rango de puntuación	Nivel de conocimiento
15 – 21 puntos	Alto
8 – 14 puntos	Medio
0 – 7 puntos	Bajo

## b. Segundo instrumento para la variable "Actitud"

Para evaluar esta variable se empleó una escala de tipo Likert, adaptado de Chahua K (2019) y modificado por las tesis Salvador A & Quispe Y (2025). Dicho instrumento fue sometido a validación por juicio de expertos, con el fin de asegurar su claridad y pertinencia. La confiabilidad se determinó mediante coeficiente Alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0.851, indicador de una elevada consistencia interna. El cuestionario consta de 13 ítems que valoran las dimensiones cognitiva, afectiva y conductual de la actitud del familiar. Cada ítem presenta cinco opciones de respuesta ("Nunca", "Pocas Veces", "Algunas veces", "Casi Siempre", "Siempre"), las cuales se cuantifican en una escala de 1 a 5 puntos.

Alfa de Cronbach	N de elementos
,851	13

La actitud global del familiar se determinó sumando los puntajes de todos los ítems y se clasificó utilizando la siguiente escala de calificación:

<b>Rango de puntuación</b>	<b>Actitud</b>
49 – 65 puntos	Actitud positiva
31 - 48 puntos	Actitud Indiferente
13 – 30 puntos	Actitud Negativa

## 2.9 Plan de recolección de datos

El procedimiento para obtener la información de la población de estudio se desarrolló de la siguiente manera:

- Primero: Se presentó un oficio emitido por el director de Escuela Profesional de Enfermería, dirigido al director del CLAS San Juan Bautista, solicitando la autorización para la ejecución de la tesis.
- Segundo: Tras recibir dicha autorización, se coordinó con la licenciada de enfermería responsable del programa enfermedades no transmisibles

(Diabetes) con el propósito de gestionar el acceso a los datos de los pacientes diagnosticados con diabetes.

- Tercero: La recolección de la información se efectuó del el 1 de Julio al 1 de agosto del 2025, con la participación voluntaria de los familiares de personas con diabetes mellitus tipo 2.

## **2.10 Análisis y procesamiento de datos**

Una vez recopilada la información, se llevó a cabo la verificación de calidad del cuestionario. Posteriormente, se construyó una base de datos utilizando el software estadístico SPSS versión 24. A partir de esta base, los resultados fueron organizados en tablas de una y dos entradas, y se aplicaron procedimientos de estadística descriptiva e inferencial con el propósito de responder a los objetivos establecidos y contrastar la hipótesis.

### CAPITULO III

### RESULTADOS

**Tabla 1.** Datos sociodemográficos de los familiares de los adultos mayores con Diabetes mellitus Tipo 2, que asisten al CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025.

<b>Edad</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
18-28	35	43.7
29-39	32	40.0
40-50	9	11.2
51-61	3	3.8
62-72	1	1.2
<b>Sexo</b>		
Femenino	57	71.3
Masculino	23	28.7
<b>Estado civil</b>		
Soltero (a)	49	61.3
Casado (a)	14	17.2
conviviente	17	21.3
<b>Grado de instrucción</b>		
Primaria	12	15.0
Secundaria	39	48.8
Superior	29	36.2
<b>Parentesco</b>		
Familiar directo	73	91.2
Familiar indirecto	7	8.8
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

La tabla 1, se puede apreciar que, la mayoría de los familiares cuidadores de adultos mayores se encuentran en un rango de edad joven, ya que El 83.7% de los encuestados tiene entre 18 y 39 años, mientras que solo el 16.2% supera los 40 años. En cuanto al sexo; se observa un claro predominio del sexo femenino en el rol de cuidador principal, representando el 71.3% de la muestra. Esto coincide con la tendencia sociocultural donde la mujer asume con mayor frecuencia la responsabilidad del cuidado de

familiares enfermos. La participación masculina en estas tareas es significativamente menor, constituyendo solo el 28.7% de los encuestados.

Respecto al estado civil; más de la mitad de los cuidadores son solteros (61.3 %), lo cual, en relación con la edad, sugiere que la responsabilidad del cuidado recae principalmente en los hijos. El 38.5% restante se distribuye casados y convivientes, lo que podría reflejar la existencia de un núcleo familiar propio que influye en la disponibilidad de tiempo y recursos para el cuidado. En relación con el grado de instrucción; el nivel predominante es la secundaria completa, representando el (48.8%) de la muestra. Asimismo, un (36.2%) cuenta con estudios superiores, lo que indica que la gran mayoría de los cuidadores (85%) posee una base educativa que podría favorecer la comprensión del manejo de la diabetes. No obstante, el 15% con educación primaria requeriría estrategias educativas adaptadas para asegurar una adecuada comprensión de la información. Finalmente, en cuanto al parentesco; se observa que el cuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2 recae principalmente en familiares directos, quienes constituyen el 91.2% de la muestra. Este hallazgo evidencia que la responsabilidad del manejo de la enfermedad se concentra en el núcleo familiar más cercano (hijos o cónyuge), mientras que la participación de familiares indirectos es mínima (8.8%). Por tanto, las intervenciones educativas y de apoyo deberían enfocarse prioritariamente en este círculo familiar primario.

**Tabla 2.** Nivel de conocimientos de familiares sobre el cuidado del adulto mayor con Diabetes mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025.

<b>Nivel de conocimientos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Bajo</b>	2	2.5
<b>Medio</b>	43	53.8
<b>Alto</b>	35	43.7
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

La tabla 2, muestra que, del total de familiares encuestados, el 53.8% presentan un nivel de conocimiento medio respecto al cuidado del adulto mayor. Además, un 43.7% evidencia un nivel alto de conocimiento y por último el 2.5% presenta un nivel bajo.

Estos resultados sugieren que, el conocimiento de los familiares sobre el cuidado del adulto mayor no constituye una limitación significativa en esta población, dado que la mayor parte se concentra entre los niveles medio y alto.

**Tabla 3.** Actitudes de familiares en el cuidado del adulto mayor con Diabetes mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025

<b>Actitudes</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Actitud negativa</b>	4	5.0
<b>Actitud de indiferencia</b>	16	20.0
<b>Actitud positiva</b>	60	75.0
<b>TOTAL</b>	80	100,0

**Fuente:** Elaboración propia.

La tabla 3, se evidencia que, del total de familiares encuestados, la mayoría 75.0% presenta una actitud positiva frente al cuidado del adulto mayor con diabetes. Asimismo, un 20.0% muestra una actitud de indiferencia, mientras que el 5.0% restante refleja una actitud negativa.

De manera conjunta, se observa que una cuarta parte de los cuidadores (25%) no presentan una actitud positiva, ya que manifiestan indiferencia o una actitud negativa. Este hallazgo es relevante, dado que la actitud del cuidador constituye un factor determinante para garantizar la constancia, supervisión y apoyo necesarios en el control adecuado de la diabetes del adulto mayor.

**Tabla 4.** Relación entre el nivel de conocimiento y actitud de los familiares en el cuidado del adulto mayor con Diabetes mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025

Nivel de conocimiento	Actitudes de los familiares						Total	
	Actitud negativa		Actitud indiferente		Actitud positiva			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bajo	2	2.5	0	0	0	0	2	2.5
Medio	2	2.5	14	17.5	27	33.8	43	53.8
Alto	0	0	2	2.5	33	41.2	35	43.7
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>5.0</b>	<b>16</b>	<b>20.0</b>	<b>60</b>	<b>75.0</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

$$\text{Rho} = 0.441 \quad \text{p} = <.001$$

La tabla 4, muestra que el 53.8% (43) de los familiares presentan un nivel de conocimiento medio sobre el cuidado del adulto mayor con diabetes. Dentro de este grupo, el 33.8% (27) muestran una actitud positiva, el 17.5% (14) una actitud indiferente y solo el 2.5% (2) evidencia una actitud negativa. Asimismo, el 43.7% (35) de los familiares posee un conocimiento alto. De ellos, el 41.2% (33) manifiestan una actitud positiva, mientras que el 2.5% (2) presentan una actitud indiferente, sin registrarse actitudes negativas en el nivel de conocimiento. Por otro lado, únicamente el 2.5% (2) de los familiares presentan un nivel de conocimiento bajo, sin registrarse actitudes indiferentes ni positivas en este grupo.

**Tabla 5.** Correlación entre el nivel de conocimiento y actitud de los familiares en el cuidado del adulto mayor con Diabetes mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025.

			Conocimiento	Actitud
<b>Rho de Spearman</b>	<b>Nivel de conocimiento</b>	Coefficiencia de correlación	1,000	,441**
		Sig. (bilateral)	.	<.001
		N	80	80
	<b>Actitudes</b>	Coefficiencia de correlación	,441**	1.000
		Sig. (bilateral)	<.001	.
		N	80	80
** . La correlación es significative en el nivel 0.01 (bilateral)				

**Fuente:** Elaboración propia.

$$\mathbf{Rho} = 0.441 \quad \mathbf{p} = <.001$$

La tabla 5, se evidencia la correlación Rho de Spearman, el valor obtenido fue 0.441 con un nivel de significancia  $p < .001$ , al evaluar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los familiares en el cuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2. Este resultado es estadísticamente significativo al nivel de  $\alpha = 0.05$ , lo que indica una relación directa y significativa entre ambas variables. En consecuencia, se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula.

El coeficiente de  $\rho = 0.441$  indica una correlación positiva moderada. Esto implica que, conforme aumenta el nivel de conocimiento de los familiares acerca de la diabetes, su actitud hacia el cuidado del adulto mayor también tiende a mejorar. En otras palabras, los familiares que poseen un mayor dominio sobre la enfermedad, su manejo y sus complicaciones, muestran mayores niveles de compromiso, disposición y actitud positiva hacia el cuidado.

## CAPITULO IV

### DISCUSIÓN

El objetivo general de esta investigación fue determinar la relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes de los familiares en el cuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2 en el CLAS San Juan Bautista, Ayacucho, 2025. El análisis estadístico realizado a través del coeficiente Rho de Spearman permitió identificar una relación directa entre ambas variables. Los resultados indicaron que el valor del coeficiente  $\rho = 0.441$  corresponde a una correlación positiva moderada, lo que indica que, a medida que aumenta el nivel de conocimiento, también tiende a mejorar la actitud de los familiares frente al cuidado. Asimismo, el valor ( $p < 0.05$ ) confirma que esta relación es estadísticamente significativa, por lo que es poco probable que los hallazgos se deban al azar. Por lo tanto, se valida la hipótesis alternativa, que planteaba la existencia de una relación entre ambas variables, y se rechaza la hipótesis nula.

Respecto al primer objetivo específico buscó identificar las características sociodemográficas y el parentesco de los familiares cuidadores (**Tabla 1**). Se encontró que el cuidado recae abrumadoramente en familiares directos (91.2%), mayoritariamente de sexo femenino (71.3%) y en un rango de edad joven (83.7% entre 18 y 39 años). Estos hallazgos sugieren que el cuidado del adulto mayor recae principalmente en hijos o hijas jóvenes, quienes asumen la responsabilidad del acompañamiento.

Este resultado tiene semejanza con el estudio de Villanueva y Ataucuri (20), quienes identificaron que el 72.6% de cuidadores eran mujeres, confirmando la presencia de feminización del cuidado. Sin embargo, difiere en cuanto a la edad, ya que dichos autores reportaron que el 54.8% tenían entre 50 y 60 años, lo cual contrasta con la población más joven identificada en esta investigación. De igual manera, se encuentra concordancia con el estudio de Rodríguez y De la cruz (16) quienes también evidenciaron un predominio femenino en el rol de cuidado 48.2%, reforzando la idea de que las mujeres continúan ocupando de manera constante esta función en el contexto familiar.

En síntesis, se deduce que el cuidado del adulto mayor con diabetes en el CLAS San Juan Bautista se caracteriza por una participación mayoritaria de hijas jóvenes, lo que

esta situación genera una sobrecarga significativa en personas que se encuentran en plena etapa productiva o de formación profesional.

Respecto al segundo objetivo específico evaluó el nivel de conocimientos de los familiares (**Tabla 2**). Los resultados mostraron que el 53.8% de los familiares posee conocimiento medio, el 43.7% un conocimiento alto y solo el 2.5% conocimiento bajo. Esto refleja que la mayoría tiene nociones adecuadas sobre la diabetes y su manejo cotidiano, lo que constituye un aspecto positivo para el cuidado del adulto mayor.

Estos resultados guardan semejanza con el estudio de Zeta (17), quien encontró que el 54% presento conocimiento medio y el 39.7% conocimiento alto, cifras similares a las halladas en la presente investigación. Esto sugiere que, en diversos contextos, los familiares o cuidadores suelen poseer niveles de información moderados o elevados sobre la enfermedad. Por otro lado, los resultados defieren de lo señalado por Vargas (15), cuyo estudio el 64.1% de los pacientes presentaba un nivel de conocimiento no aceptable sobre la enfermedad, mostrando una situación menos favorable con el presente estudio. Asimismo, contrastan con lo reportado por Achallma & Anchi (21), quienes identificaron que el 90.6% de los adultos mayores presentaban conocimiento bajo lo que afectaba negativamente su adherencia al tratamiento.

En conclusión, se observa que los familiares del CLAS San Juan Bautista poseen niveles de conocimiento superiores a los reportados en otras investigaciones, lo que constituye un elemento favorable para el cuidado del adulto mayor. No obstante, el pequeño porcentaje con conocimiento bajo requiere intervenciones educativas específicas que garanticen una comprensión adecuada de la enfermedad, sus complicaciones y su manejo integral.

Respecto al tercer objetivo específico se centró en identificar las actitudes de los familiares (**Tabla 3**). Los resultados mostraron que la mayoría el 75.0% presenta una actitud positiva hacia el cuidado del adulto mayor. No obstante, un 25.0% evidencio actitudes no favorables (20% de indiferencia y 5% negativa).

Estos hallazgos guardan semejanza con lo reportado por Zeta (17), quien encontró que los familiares con conocimientos adecuados mostraban altos niveles de cuidado (87.3%), reflejando actitudes favorables similares a las observadas en el 75% de actitud positiva en la presente investigación. En ambos casos, la tendencia

predominante es una disposición favorable hacia el cuidado del adulto mayor. Por otro lado, estos resultados difieren del estudio de Rodríguez & De la Cruz (16), quienes reportaron que el 48.2% de pacientes recibían poco apoyo emocional, lo que evidencia actitudes menos favorables en comparación con el presente estudio. De igual manera, se contrastan con lo hallado por Reynoso (12), donde solo el 23% adecuaba la dieta del paciente y el 40% recordaba la medicación, porcentajes considerablemente inferiores al 75.0% de actitud positiva identificada en este estudio. Asimismo, los hallazgos difieren de Villanueva & Ataucuri (20), quienes señalaron que el 45.21% de los cuidadores presentaba sobrecarga intensa, condición que podría estar asociada con la manifestación de actitudes menos favorable.

En síntesis, aunque la mayor parte de los familiares presenta una actitud positiva, la existencia de un 25.0% de actitudes no favorables evidencia la necesidad de fortalecer estrategias de apoyo emocional, capacitación y acompañamiento. Esto es fundamental, ya que factores como la sobrecarga, el estrés o conocimientos insuficientes pueden deteriorar la calidad del cuidado brindado y afectar el bienestar del paciente.

Respecto al cuarto objetivo específico, se analizó la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los familiares en el cuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 (**Tabla 4**), los resultados mostraron que los familiares con conocimiento medio (33.8%) y alto (41.2%) fueron quienes manifestaron mayor actitud positiva, mientras aquellos con conocimiento bajo el 2.5% evidenciaron actitudes negativas, sin registrar actitudes positivas ni indiferente. Esto demuestra que el nivel de conocimiento ejerce un efecto directo sobre la enfermedad de los familiares, ya que una mayor comprensión sobre la enfermedad y su manejo, mayor es la disposición favorable hacia el cuidado.

Estos hallazgos coinciden con lo expuesto por De la Cruz & Portugal (23), quienes reportaron que el 68.3% de los pacientes con conocimiento medio o alto presentaban prácticas de autocuidado adecuado, reforzando la idea que el conocimiento contribuye a comportamientos y actitudes positivas. De igual manera, se relaciona con lo señalado con Reymundez (22), quien encontró que el 63.2% de quienes carecían de conocimientos básicos mostraban baja adherencia al tratamiento, lo que refleja que el desconocimiento tiende a generar actitudes desfavorables.

Por otro lado, el resultado difiere del estudio de Castro & Ccochachi (19), quienes concluyeron que no existía relación significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado. Esta diferencia puede deberse a que su estudio se centró en pacientes, quienes poseen una dinámica personal y motivacional distinta; mientras que la presente investigación analiza a familiares cuidadores, cuyo rol, responsabilidades y acceso a información influyen de manera diferente en su actitud y comportamiento.

El estudio evidencia que, a mayor nivel de conocimientos, mejor actitud hacia el cuidado del adulto mayor, mientras que el desconocimiento se asocia a actitudes negativas o indiferentes. Esto reafirma la necesidad de fortalecer las capacitaciones en salud para los familiares cuidadores.

## CONCLUSIONES

1. El objetivo general, la prueba Rho de Spearman ( $p < 0.05$ ) demostró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y las actitudes de los familiares cuidadores. Por lo tanto, se confirma la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula, concluyendo que, para la población estudiada, un mayor nivel de conocimiento guarda relación directa con una actitud positiva en el cuidado del paciente con diabetes.
2. Respecto al primer objetivo específico, se concluye que las características sociodemográficas de los familiares que asumen el rol de cuidado adulto mayor con diabetes en el CLAS San Juan Bautista corresponde mayoritariamente a un familiar directo (91.2%), de sexo femenino (71.3%) y adulto joven (con un 83.7% entre los 18 y 39 años), recayendo la responsabilidad principal del cuidado en las hijas o nietas del paciente.
3. En relación al segundo objetivo específico, se concluye que el nivel de conocimientos de los familiares es predominantemente bueno. La gran mayoría de los cuidadores se ubica en un nivel medio (53.8%) o alto (43.7%), lo que indica que la falta de información no es la principal barrera para el cuidado en esta población, constituyendo una fortaleza en la comunidad estudiada.
4. Sobre el tercer objetivo específico, se concluye que las actitudes de los familiares son mayoritariamente positivas (75.0%). Sin embargo, se identifica a una minoría significativa, correspondiente a una cuarta parte de los cuidadores (25.0%), que presenta una actitud de indiferencia o negativa, la cual representa la principal barrera actitudinal para un manejo óptimo y constante de la enfermedad.
5. Se determinó que, aunque la mayor parte de los familiares posee conocimientos suficientes y actitudes positivas respecto al cuidado, aún existe un grupo vulnerable que requiere fortalecimiento educativo y apoyo emocional para asegurar un cuidado integral, constante y de calidad hacia el adulto mayor con diabetes.

## RECOMENDACIONES

1. Al CLAS San Juan Bautista para que siga promoviendo y consolidando las estrategias educativas como pilar fundamental del programa de apoyo. Sin embargo, para el 25% de los cuidadores que mantienen una actitud de indiferencia o negativa, se deben diseñar intervenciones focalizadas de soporte emocional, como talleres de manejo de estrés o grupos de apoyo, para abordar las barreras afectivas que el conocimiento por sí solo no logra superar.
2. A la Jefatura y al personal asistencial del CLAS San Juan Bautista flexibilizar los horarios de las citas de control y de los programas educativos. Ofrecer alternativas en horarios vespertinos o fines de semana podría aumentar la adherencia y participación. Asimismo, se debe promover activamente la inclusión de otros miembros de la familia en las capacitaciones para distribuir la responsabilidad y disminuir la sobrecarga concentrada en una sola persona.
3. Al equipo de enfermería reorientar el enfoque del programa educativo. En lugar de centrarse en conceptos básicos, se debe pasar a un nivel de consolidación y perfeccionamiento, abordando temas complejos como la prevención de la fatiga del cuidador o el manejo de aspectos emocionales. Además, se podría identificar a los cuidadores con conocimiento alto para que actúen como pares de apoyo o mentores para las familias que recién inician el proceso de cuidado.
4. A los futuros tesisistas y estudiantes de enfermería realizar investigaciones de enfoque cualitativo. Estos estudios permitirían explorar en profundidad el porqué de esta disonancia entre el saber y el actuar, investigando factores como la fatiga por compasión (burnout), la dinámica familiar, la salud mental del cuidador y la percepción real de los apoyos disponibles en su entorno, lo que ayudaría a interpretar mejor la discrepancia

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Keays R. Diabetes. Curr Anaesth Crit Care [Internet]. 2007 [citado 18 jun 2025];18(2):69–75. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. Chapman M, García R, Caballero G, Peneque Y, Sablón A. Efectividad de intervención educativa en el conocimiento del paciente diabético sobre autocuidados. Rev cubana Enferm. 2016;32(1):49–59. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192016000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000100007)
3. Organización Mundial de la Salud. Diabetes [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
4. Organización Panamericana de la Salud. Diabetes [Internet]. OPS; 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
5. International Diabetes Federation. Diabetes Data in the Western Pacific Region [Internet]. Brussels: IDF; 2025 [citado 5 nov 2025]. Disponible en: <https://diabetesatlas.org/data-by-location/region/western-pacific/>
6. Ministerio de Salud del Perú. Informe técnico: Situación actual de la Diabetes Mellitus en el Perú. Lima: MINSA; 2023. Disponible en: [https://epipublic.dge.gob.pe/uploads/boletin/boletin\\_202452\\_02\\_172028\\_1.pdf](https://epipublic.dge.gob.pe/uploads/boletin/boletin_202452_02_172028_1.pdf)
7. Ministerio de Salud. La diabetes se constituye como séptima causa de muerte en nuestro país [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1057556-la-diabetes-se-constituye-como-septima-causa-de-muerte-en-nuestro-pais>
8. Ministerio de Salud. La costa registra mayor porcentaje de personas con diabetes (5.8%) [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/668925-la-costa-registra-mayor-porcentaje-de-personas-con-diabetes-5-8>

9. Dirección General de Epidemiología. CDC Perú: El 96,5% de la población diagnosticada con diabetes tiene diabetes tipo 2 [Internet]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informativo/prensa/cdc-peru-el-965-de-la-poblacion-diagnosticada-con-diabetes-tiene-diabetes-tipo-2/>
10. Gobierno Regional de Ayacucho. Realizan una campaña de atención integral de prevención e identificación precoz de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles [Internet]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/regionayacucho/noticias/635496-realizan-una-campana-de-atencion-integral-de-prevencion-e-identificacion-precoz-de-las-enfermedades-cronicas-no-transmisibles>
11. Torre J, Tenorio B. Factores relacionados con la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en usuarios que acuden al Hospital 2 de Huamanga Carlos Tuppia García Godos EsSalud [Tesis]. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2018. Disponible en: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/3459>
12. Reynoso J, Hernández E, Martínez M, Zamudio J, Islas I, Pelcastre A, et al. La atención en casa: El apoyo familiar en el control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Hosp Domicilio. 2020;4(4):199–207. Disponible en: <https://scielo.isc2i.es/pdf/had/v4n4/2530-5115-had-4-04-199.pdf>
13. Ríos C, Espínola C. Apoyo familiar y control glicémico en pacientes diabéticos de un hospital de 2I nivel de atención de Paraguay. Rev Nac. 2020;12(1):28–41. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/06/1099774/v12n1a03.pdf>
14. López J, Ruíz M, Álvarez A, Peralta S, Encinas J, García M. Apoyo familiar como predictor en la autogestión de las personas con diabetes tipo 2. Eureka. 2021;18(1):44–61. Disponible en: [https://www.psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-18-M-10\\_0.pdf](https://www.psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-18-M-10_0.pdf)
15. Vargas L. Conocimiento de la enfermedad y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, UMF 62 [Tesis]. México: UNAM; 2023. Disponible

en: <https://ru.dgb.unam.mx/server/api/core/bitstreams/9560d692-8578-4d85-a898-76e929f67964/content>

16. Rodríguez LC, De La Cruz J. Apoyo familiar y adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en usuarios de un centro de salud [tesis]. Lima: Universidad Peruana Los Andes; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12848/2319>
17. Zeta M. Conocimiento y cuidados de los familiares de adultos mayores con diabetes mellitus en el centro de salud José Olaya, 2020 [Tesis]. Pimentel: Universidad Señor de Sipán; 2021. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/9567/Zeta%20Castillo%20Marjhorie%20Vanessa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Huaroc V, Pimentel S. Apoyo familiar a adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, en el Hospital de Lima Metropolitana, 2022. [Tesis] Lima: Universidad Cesar Vallejo; 2022. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/102444/Huaroc\\_VYE-Pimentel\\_PS-SD.pdf?sequence=4](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/102444/Huaroc_VYE-Pimentel_PS-SD.pdf?sequence=4)
19. Castro D, Ccovhachi R. Conocimientos y actividades del autocuidado en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, Lima Norte, Puente Piedra – 2024 [Tesis]. Lima: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2024. Disponible en: [https://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/1040/Castro\\_D\\_C\\_Cochachi\\_RE\\_tesis\\_enfermeria\\_2024.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/1040/Castro_D_C_Cochachi_RE_tesis_enfermeria_2024.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
20. Villanueva I, Ataucuri J. Características personales y nivel de sobrecarga del cuidador principal del adulto mayor dependiente en un centro de salud San Martín de Porres, Lima [Tesis]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2024. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/14274>
21. Achallma A, Anchi A. Conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 [Tesis]. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2024. Disponible en:

<https://repositorio.unsch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/2a926f33-9d0b4a2f-9012-01d600b7661b/content>

22. Reymundez J. Conocimiento y adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, en pacientes del centro de salud San Juan Bautista – 2022 [Tesis]. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2022. Disponible en: <https://repositorio.unsch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/3e5a8e3abd1a-4ec1-9f84-d4a82f3d129b/content>
23. De la Cruz E, Portugal C. Nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en una institución prestadora de servicios de salud de altura, Ayacucho–2024 [Tesis]. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2024. Disponible en: <https://repositorio.unsch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/ec383876-142e47a0-8707-91a430a2c55c/content>
24. Guimac Y. Conocimientos y actitudes sobre el examen de Papanicolaou en usuarias del Centro de Salud Sangarará Lima; 2018. Significados [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.significados.com/conocimiento/>
25. Alavi A, Leidner J. Gestión del conocimiento organizacional en el taylorismo y en la teoría de las relaciones humanas. Rev Espacios [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.revistaespacios.com/a05v26n02/05260242.html>
26. Marín A. Conocimiento [Internet]. Economipedia; 2021. Disponible en: <https://economipedia.com/definiciones/conocimiento.html>
27. Aso U. Proceso de adquisición del conocimiento: ¿Cómo aprendemos? Rev Psicología y Mente [Internet]. 2019 jul 17. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/desarrollo/proceso-adquisicion-conocimiento>
28. Martínez J. Tipos de conocimiento [Internet]. Hidalgo: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2021 [citado 5 nov 2025]. Disponible en: <https://dspace.uaeh.edu.mx/server/api/core/bitstreams/6120c080-1f20-4987-bdf3-896b9f83cb64/content>

29. Padrón J. Tendencias epistemológicas de la investigación científica en el siglo XXI. Cinta Moebio [Internet]. 2007;(28). Disponible en: <https://www.moebio.uchile.cl/28/padron.html>
30. González J. Los niveles de conocimiento: El Aleph en la innovación curricular. Innov Educ (Méx DF). 2014;14(65):133–42. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-26732014000200009](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-26732014000200009)
31. Janampa G. Nivel de conocimientos sobre medidas de prevención de COVID-19 en estudiantes de la I.E. Manuel Prado de Puquio, Ayacucho – 2022 [Tesis]. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2023. Disponible en: <https://repositorio.unsch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/4186f6a4-c28a-4d4a-bd14-7df9a47690b5/content>
32. Martins P, Santos A, Silva S. Conocimiento y actitud frente a la enfermedad de personas con diabetes mellitus atendidas en atención primaria. Enferm Glob [Internet]. 2018 [citado 12 jun 2025];17(52):512–49. Disponible en: [https://scielo.isc2i.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412018000400512](https://scielo.isc2i.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000400512)
33. Summers G. Medición de actitudes. 3ª ed. México: Trillas; 1984
34. Kerlinger F. Investigación del comportamiento. 3ª ed. México: McGraw-Hill; 1994. Disponible en: <https://padron.entretemas.com.ve/INICC2018-2/lecturas/u2/kerlinger-investigacion.pdf>
35. Baldi G, García E. Una aproximación a la psicología ambiental. Fundam Humanit. 2006;7(1-2):157-168. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/184/18400708.pdf>
36. Allport G. Attitudes. In: Murchison C, editor. A handbook of social psychology. Worcester (MA): Clark University Press; 1935. p. 798–844. Disponible en: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1955874>

37. Robbins S, Judge T. Comportamiento organizacional. 15ª ed. México: Pearson; 2013. Disponible en: [https://frrq.cvg.utn.edu.ar/pluginfile.php/15550/mod\\_resource/content/0/ROB\\_BINS%20comportamiento-organizacional-13a-ed-\\_nodrm.pdf](https://frrq.cvg.utn.edu.ar/pluginfile.php/15550/mod_resource/content/0/ROB_BINS%20comportamiento-organizacional-13a-ed-_nodrm.pdf)
38. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process. 1991;50(2):179–211. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
39. Cárdenas R, Rivas T, López M. Nivel de sobrecarga y actitud de los cuidadores familiares de adultos mayores con enfermedades crónicas. Rev Salud Cuidado. 2021;8(2):60–7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5728/572870672014/html/>
40. Bolívar A. La evaluación de valores y actitudes. Madrid: Grupo Anaya; 1995. Disponible en: [https://moodle4vz.unsl.edu.ar/moodle/pluginfile.php/57169/mod\\_folder/content/0/Bibliograf%C3%ADa%20esencial/Evaluacion%20de%20actitudes%20y%20valores%20Bol%C3%ADvar.pdf?forcedownload=1](https://moodle4vz.unsl.edu.ar/moodle/pluginfile.php/57169/mod_folder/content/0/Bibliograf%C3%ADa%20esencial/Evaluacion%20de%20actitudes%20y%20valores%20Bol%C3%ADvar.pdf?forcedownload=1)
41. Islas S & Revilla M. Diabetes mellitus: actualizaciones. México; 2013. Disponible en: [https://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/coleccion\\_medicinadeexcelencia/18%20Diabetes%20mellitus-Actualizaciones-Interiores.pdf](https://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/coleccion_medicinadeexcelencia/18%20Diabetes%20mellitus-Actualizaciones-Interiores.pdf)
42. Organización Mundial de la Salud. Clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus y otras categorías de hiperglucemia. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
43. González C. Actualización en el manejo de prediabetes y diabetes tipo 2 en APS. Rancagua, Chile; 2022. Disponible en: <https://medicinadefamiliares.wordpress.com/wp-content/uploads/2022/07/actualdiabetes2022.pdf>
44. Ministerio de Salud (PER). Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de

- atención [Internet]. Lima: MINSA; 2016 [citado 5 nov 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/305915-guia-de-practica-clinica-para-el-diagnostico-tratamiento-y-control-de-la-diabetes-mellitus-tipo-2-en-el-primer-nivel-de-atencion>
45. Ministerio de Salud (PER). Complicaciones 31–36 [Internet]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/390201/guia-de-practica-clinica-para-el-diagnostico-tratamiento-y-control-de-la-diabetes-mellitus-tipo-2-en-el-primer-nivel-de-atencion.pdf>
46. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*. 2024;47(Suppl 1): S1–S220. Disponible en: [https://diabetesjournals.org/care/issue/47/Supplement\\_1](https://diabetesjournals.org/care/issue/47/Supplement_1)
47. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*. 10th ed. 2021. Disponible en: <https://diabetesjournals.org/care/article-abstract/42/5/731/40480>
48. Colberg S, Sigal R, Yardley J, et al. Physical activity/exercise and diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2016;39(11):2065–79. Disponible en: <https://care.diabetesjournals.org/content/39/11/2065>
49. Family Support Program. *Family support research and outcomes*. Chapel Hill (NC): University of North Carolina; 2015. Disponible en: [https://fsp.unc.edu/sites/all/files/attachments/the\\_relationship\\_of\\_family\\_support\\_to\\_family\\_outcomes.pdf](https://fsp.unc.edu/sites/all/files/attachments/the_relationship_of_family_support_to_family_outcomes.pdf)
50. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. *Gaceta Médica Espirituana La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem The self-care deficit nursing theory: Dorothea Elizabeth Orem* [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/espirtuana/gme-2017/gme173i.pdf>
51. Cedeño F, Figueroa F, Zambrano J, Romero C, Arias C, Santos E. Apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis. *Dominio Cienc*. 2019;5(1):54–68. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/850/htm>

52. Schulman D, Feder S, Dionne J, Batten J, Long V, Harris Y, et al. Family caregiver support of patient self-management during chronic, life-limiting illness: a qualitative metasynthesis. *J Fam Nurs*. 2020;27(1):55–72. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1074840720977180>
53. Martínez M. El conocimiento: su naturaleza y principales herramientas para su gestión. *Encuentros Multidiscip* [Internet]. 2024 [citado 27 nov 2024]. Disponible en: <http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%C2%BA36/MARIA%20AURORA%20MARTINEZ%20REY.pdf>
54. Business Management Ideas. Attitude: meaning, definition, concept, components, types and functions [Internet]. Disponible en: <https://www.businessmanagementideas.com/management/attitude-meaning-definition-concept-components-types-and-functions/21350>
55. Hernández R. Metodología de la investigación [Internet]. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2014. Disponible en: [https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia\\_de\\_la\\_investigacion\\_-\\_roberto\\_hernandez\\_sampieri.pdf](https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf)
56. Ferias G. Tipos de investigación [Internet]. Blogspot; 2017. Disponible en: <https://tallerdeinvestigaciongabyferias.blogspot.com/2017/09/tipos-de-investigacion.html>
57. Chahua K. Nivel de conocimiento y actitudes que tienen los pacientes con diabetes mellitus y sus familiares de la enfermedad y sus cuidados en el domicilio, en usuarios del Hospital I Tingo María ESSALUD 2017 [Tesis]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2019. Disponible en: <https://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/1806>

## **ANEXO**

**ANEXO 01**  
**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

<b>Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Escala valorativa</b>
<b>Variable independiente:</b> Conocimientos de los familiares en el cuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2.	El conocimiento se entiende como el conjunto de saberes, conceptos, información y comprensión que posee el ser humano para identificar, analizar e interpretar hechos o situaciones relacionadas con la salud y la enfermedad (53).	Se aplicó un cuestionario de 21 ítems que evaluó el nivel de información, comprensión y reconocimiento que poseen los familiares sobre la diabetes mellitus tipo 2 y su cuidado integral a través de su dimensión.	<b>Dimensión 1:</b> Conocimiento general sobre la diabetes mellitus tipo 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definición de la enfermedad.</li> <li>- Identificación de signos y síntomas</li> <li>- Comprensión de las causas y factores de riesgo.</li> <li>- Reconocimiento de las complicaciones agudas y crónicas</li> <li>- Identificación de los medicamentos orales e insulina.</li> <li>- Conocimiento sobre la dosis y horarios de administración.</li> <li>- Comprensión de los efectos secundarios y cuidados en el hogar</li> <li>- Alimentación: número de comidas diarias, cantidad adecuado, tipo y preparación de los alimentos.</li> <li>- Actividad Física: tipo, frecuencia, duración y horario de ejercicios recomendados.</li> <li>- Cuidado de los Pies: conocimiento de medidas preventivas para evitar lesiones.</li> </ul>	Ordinal	<p><b>Nivel de conocimiento Alto:</b> de 15 a 21 puntos</p> <p><b>Nivel de conocimiento Medio:</b> de 8 a 14 puntos</p> <p><b>Nivel de conocimiento Bajo:</b> de 0 a 7 puntos</p>

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Escala de medición	Escala valorativa
<b>Variable dependiente:</b> Actitud de los familiares en el cuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2.	La actitud es una disposición aprendida y relativamente estable que orienta la conducta del individuo hacia personas o situaciones, integrando componentes cognitivos (pensamientos, afectivos (emociones) y conductuales (acciones) (54).	Se aplicó un cuestionario de 13 ítems donde se evaluó el grado de disposición, motivación, emociones y comportamientos que presentan los familiares frente al cuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2	<b>Dimensión 1:</b> Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creencias y opiniones sobre la importancia del control de la diabetes.</li> <li>- Percepción sobre la gravedad de la enfermedad y sus complicaciones.</li> <li>- Creencias sobre la eficacia del tratamiento para el control de la enfermedad.</li> </ul>	Ordinal	<b>Actitud positiva:</b> de 44 a 65 puntos  <b>Actitud indiferente:</b> de 26 a 43 puntos  <b>Actitud Negativa:</b> de 13 a 25 puntos
			<b>Dimensión 2:</b> Afectiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimientos y emociones (preocupación, empatía, ansiedad, etc.) hacia el adulto mayor con diabetes.</li> <li>- Motivación e interés en participar activamente en el cuidado.</li> <li>- Valoración del apoyo emocional como parte fundamental del cuidado.</li> </ul>		
			<b>Dimensión 3:</b> Conductual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disposición para acompañar al adulto mayor a sus citas médicas.</li> <li>- Involucramiento en la preparación de alimentos saludables.</li> <li>- Predisposición para supervisar o ayudar en la administración de medicamentos.</li> <li>- Iniciativa para fomentar la actividad física y el cuidado de los pies.</li> <li>- Disposición para buscar información y capacitarse sobre el manejo de la diabetes.</li> </ul>		

**ANEXO 02**  
**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**CUESTIONARIO SOBRE “CONOCIMIENTO DE FAMILIARES EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL CLAS SAN JUAN BAUTISTA, 2025”**

**PRESENTACIÓN:** Sr. (a). Buenos días, se está realizando un trabajo de investigación titulado “Conocimiento y actitud de familiares en el cuidado del adulto mayor con Diabetes mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista. Ayacucho 2025”; para lo cual solicito que respondan con total sinceridad, ya que los resultados de esta investigación servirán de referencia para la mejora de la información respecto a la Diabetes mellitus Tipo 2.

**INDICACIÓN:** Lea detenidamente cada una de las preguntas y marque con un aspa (X) o encierre en un círculo la respuesta que Ud. crea correcta.

**DATOS GENERALES:**

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** F ( ) M ( )

**Estado civil:** Casada(o) ( ) Soltera(o) ( ) Conviviente ( ) Viuda(o) ( )

**Grado de instrucción:** Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )

**Parentesco con el paciente:** \_\_\_\_\_

**I. CONOCIMIENTO GENERAL SOBRE LA DIABETES MELLITUS**

**1) ¿La Diabetes Mellitus es una?:**

- a. Enfermedad, caracterizado por un incremento en el nivel de azúcar en la sangre.
- b. Infección, caracterizado por un aumento de la temperatura.
- c. Alergia, caracterizado por aumento en la micción.
- d. Es una enfermedad pasajera.

**2) Considera Ud. que la diabetes es una enfermedad que tiene cura:**

- a. Si
- b. No.

**3) Es posible controlar la diabetes:**

- a. Si
- b. No

**4) ¿Cuántos tipos de diabetes conoce Ud.?**

- a. 1
- b. 2
- c. 3

d. no recuerda

**5) Los principales síntomas son:**

- a. Sed, sudoración, fiebre.
- b. Hambre, fiebre, tos.
- c. Sed, hambre, necesidad frecuente de orinar, pérdida de peso.
- d. Necesidad frecuente de orinar, fiebre, sueño.

**6) La diabetes se diagnostica a través de:**

- a. Radiografía.
- b. Prueba de sangre.
- c. Biopsia.
- d. Solo con los síntomas.

**7) Se considera diabetes cuando los valores de glucosa en sangre son mayores a:**

- a. 100 mg/dl
- b. 126 mg/dl
- c. 180 mg/dl
- d. 200 mg/dl

**8) Dentro de las complicaciones más frecuentes de la diabetes tenemos:**

- a. Obesidad, deshidratación, fatiga.
- b. Pie diabético, pérdida de la audición, temblor.
- c. Hipoglucemia, pérdida de la visión, pérdida de la conciencia.
- d. Hipoglucemia, coma, pie diabético.

**9) Las principales medidas para el tratamiento y/o control de la diabetes tenemos:**

- a. Amputación del miembro afectado, terapia solar, reposo
- b. Terapia, administración de insulina, cirugía.
- c. Cambios en el estilo de vida, administración de insulina y fármacos.
- d. Cirugía, cambios en el estilo de vida.

**10) Dentro de los cuidados que se deben tener en el hogar tenemos:**

- a. Cuidado de los ojos, ejercicios, medicación.
- b. En los alimentos, ejercicios, medicación y cuidados de los pies.
- c. En el sueño, medicación, cuidado de los oídos.
- d. Descanso, higiene diaria, medicación.

**11) ¿La insulina se debe administrar?**

- a. Todos los días.
- b. Una vez a la semana.
- c. Nunca.
- d. Solo con indicación medica

**12) ¿Cuántas veces al día debe comer un paciente diabético?**

- a. Cada vez que sienta hambre.
- b. Solo una vez al día.
- c. Dos a tres veces al día.
- d. Cuatro a cinco veces al día.

**13) En que cantidad.**

- a. Un plato en poca cantidad
- b. Un plato en cantidad moderada.
- c. Un plato en gran cantidad
- d. No se debe comer

**14) En qué forma de preparación:**

- a. Frituras.
- b. Sancochado.
- c. Crudas.
- d. Condimentada.

**15) Las comidas para las personas diabéticas deben ser:**

- a. Normal en azúcar.
- b. Bajo en azúcar y carbohidrato.
- c. Alto en azúcar.
- d. Nada de azúcar.

**16) La dieta de un paciente diabético debe cumplir el siguiente criterio:**

- a. Completa sin controlar las porciones.
- b. Completa alto en carbohidratos
- c. Completa, balanceada y controlada
- d. Completa con alimentos azucarados

**17) El tipo de ejercicio debe realizar un paciente diabético es de:**

- a. Fuerte intensidad, todos los días.
- b. Moderada intensidad y forma regular.
- c. Baja intensidad, raras veces.
- d. No se debe hacer ejercicios.

**18) Con qué frecuencia se deben realizar los ejercicios:**

- a. Diario.
- b. Quincenal.
- c. Mensual.
- d. Semanal.

**19) Preferentemente a qué hora del día?**

- a. En la mañana.
- b. Al mediodía.

- c. Al atardecer.
- d. En la noche.

**20) ¿cuánto tiempo como promedio debe durar los ejercicios?**

- a. 30 a 60 minutos.
- b. 2 horas.
- c. 3 horas.
- d. Más de 3 horas.

**21) El cuidado de los pies es importante por qué:**

- a. Mantiene limpio.
- b. Previene la aparición de lesiones.
- c. Relaja.
- d. No es importante

**Fuente:** Chahua K (2019) del trabajo de investigación *titulado “Nivel de conocimiento y actitudes que tienen los pacientes con diabetes mellitus y sus familiares de la enfermedad y sus cuidados en el domicilio, en usuarios del Hospital I Tingo María ESSALUD 2017”* (57). Modificado por las tesisas Salvador A & Quispe Y (2025).

**Puntuación:**

- Respuesta Correcta: **1 punto**
- Respuesta Incorrecta: **0 puntos**

**Respuestas correctas**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
a	b	a	b	c	b	b	d	c	b	d
<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	
d	b	b	b	c	b	a	a	a	b	

**Escala de calificación**

<b>Rango de puntuación</b>	<b>Nivel de conocimiento</b>
15 – 21 puntos	Alto
8 – 14 puntos	Medio
0 – 7 puntos	Bajo

### ANEXO 03

## ACTITUD DE LA FAMILIA HACIA EL CUIDADO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS

Ahora le haré unas preguntas sobre lo que usted piensa y siente al cuidar a su familiar con diabetes. No hay respuestas buenas o malas. Por favor, responda con la mayor sinceridad posible, indicando si esto le ocurre:

**Escala de Respuesta:**

**(1) Nunca    (2) Casi Nunca    (3) A Veces    (4) Casi Siempre    (5) Siempre**

ÍTEMS	1	2	3	4	5
<b>DIMENSIÓN COGNITIVA (lo que usted piensa)</b>					
Creo que mi participación influye en que mi familiar cumpla con su tratamiento todos los días.					
Creo que la diabetes es una enfermedad peligrosa si no se controla bien.					
Considero que una buena alimentación es fundamental para controlar el azúcar de mi familiar.					
Pienso que lo que yo hago como familiar ayuda mucho en el cuidado de mi adulto mayor.					
<b>DIMENSIÓN AFECTIVA (lo que usted siente)</b>					
Me siento preocupado(a) por la salud de mi familiar con diabetes.					
Me siento motivado(a) para aprender más sobre cómo cuidar a mi familiar.					
Siento paciencia y cariño al momento de atender a mi familiar en sus cuidados.					
Me siento angustiado(a) al pensar que mi familiar pueda tener una complicación por la diabetes.					
<b>DIMENSIÓN CONDUCTUAL (lo que usted hace o haría)</b>					
Estoy dispuesto(a) a llevar a mi familiar a sus controles en el centro de salud.					
Participo en la preparación de las comidas especiales que necesita mi familiar.					
Superviso o ayudo a mi familiar para que tome sus medicamentos a la hora correcta.					
Animo a mi familiar para que realice alguna actividad física, como caminar.					
Le reviso los pies a mi familiar para ver si tiene alguna herida.					

Fuente: Chahua K (2019) del trabajo de investigación titulado *“Nivel de conocimiento y actitudes que tienen los pacientes con diabetes mellitus y sus familiares de la enfermedad y sus cuidados en el domicilio, en usuarios del Hospital I Tingo María ESSALUD 2017”* (57). Modificado por las tesis Salvador A & Quispe Y (2025).

Escala de calificación	
Rango de puntuación	Actitud
49 – 65 puntos	Actitud positiva
31 - 48 puntos	Actitud Indiferente
13 – 30 puntos	Actitud Negativa

## ANEXO 04

### JUICIO DE EXPERTO 1



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



#### FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

##### I. ASPECTOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del Experto: Sulca Huamancusi Yenny
- 1.2. Grado académico del experto: Mg. En gestión de los servicios de la salud
- 1.3. Institución donde labora el experto: Docente - UNSCH
- 1.4. Cargo que desempeña: Docente
- 1.5. Autor del instrumento: Ana Lucia Salvador Anchayhua y Yudith Lizbeth Quispe Chacmana.
- 1.6. Título de la tesis: Conocimiento y actitud de familiares en el cuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 del CLAS san Juan Bautista, Ayacucho 2025

##### II. CRITERIOS DE VALIDACIÓN

CRITERIOS	INDICADORES EVALUACIÓN INSTRUMENTO	DE DEL	SI	NO	OBSERVACIONES
CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.		X		
OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles.		X		
CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría		X		
COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable		X		
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados.		X		
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.		X		

Observaciones generales:

---



---



---

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable (x)    Aplicable después de corregir ( )    No aplicable ( )

Ayacucho, ... Junio ... del 2025.

FIRMA Y DNI DEL EXPERTO

  
 Yenny Sulca Huamancusi  
 MAGISTER  
 GESTIÓN EN SERVICIOS DE LA SALUD

## JUICIO DE EXPERTO 2



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



### FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

#### I. ASPECTOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del Experto: YANCEE CONDORI MARIELA
- 1.2. Grado académico del experto: LICENCIADA EN ENFERMERÍA
- 1.3. Institución donde labora el experto: C.S. SANTA ELENA
- 1.4. Cargo que desempeña: COORDINADORA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
- 1.5. Autor del instrumento: Ana Lucia Salvador Anchayhua y Yudith Lizbeth Quispe Chacmana.
- 1.6. Título de la tesis: Conocimiento y actitud de familiares en el cuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 del CLAS san juan bautista, Ayacucho 2025

#### II. CRITERIOS DE VALIDACIÓN

CRITERIOS	INDICADORES DE EVALUACIÓN INSTRUMENTO	DE DEL		OBSERVACIONES
		SI	NO	
CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.	✓		
OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles.	✓		
CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría	✓		
COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable	✓		
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados.	✓		
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.	✓		

Observaciones generales:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable (✓)      Aplicable después de corregir ( )      No aplicable ( )

Ayacucho, JUNIO del 2025.

FIRMA Y DNI DEL EXPERTO

  
Mariela Yance Condori,  
**ENFERMERA**  
**CEP: 39463**

## JUICIO DE EXPERTO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



### FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

#### I. ASPECTOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del Experto: Valdez Pariona Marlene
- 1.2. Grado académico del experto: Licenciada en enfermería
- 1.3. Institución donde labora el experto: Es Salud
- 1.4. Cargo que desempeña: Coordinadora de prevención y control de HTA y DM
- 1.5. Autor del instrumento: Ana Lucia Salvador Anchayhua y Yudith Lizbeth Quispe Chacmana.
- 1.6. Título de la tesis: Conocimiento y actitud de familiares en el cuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 del CLAS san Juan Bautista, Ayacucho 2025

#### II. CRITERIOS DE VALIDACIÓN

CRITERIOS	INDICADORES EVALUACIÓN INSTRUMENTO	DE DEL		OBSERVACIONES
		SI	NO	
CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.	/		
OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles.	/		
CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría	/		
COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable	/		
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados.	/		
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.	/		

Observaciones generales:

---



---



---

#### Opinión de aplicabilidad:

Aplicable (x)    Aplicable después de corregir ( )    No aplicable ( )

Ayacucho, Junio del 2025.

FIRMA Y DNI DEL EXPERTO

  
 Marlene Valdez Pariona  
 Lic. EN ENFERMERÍA  
 C.B.P. 98490

ANEXO 05

AUTORIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL ESTUDIO



UNSCH

FACULTAD DE  
CIENCIAS DE LA  
SALUD

ESCUELA  
PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA

“Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana”

Ayacucho, 11 de junio de 2025

OFICIO Nº 01- 2025-EPE-UNSCH

Señor:

Obs. Juan Glicerio Barboza Navarro

DIRECTOR DEL CLAS SAN JUAN BAUTISTA

Presente.-



**ASUNTO: AUTORIZACIÓN**

Tengo al agrado de dirigirme a usted, para hacerle llegar el saludo cordial a nombre de la escuela profesional de enfermería y a su vez presentarle a las egresadas Ana Lucia Salvador Anchayhua y Yudith Lizbeth Quispe Chacmana que desarrollaran el proyecto de tesis titulado **CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DE FAMILIARES EN EL CUIDADO DE ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CLAS SAN JUAN BAUTISTA, 2025.**

Le solicito que se le pueda autorizar a las dichas egresadas la ejecución de su tesis.

En la seguridad de contar con su apoyo, reitero mi profundo agradecimiento y expreso a usted las muestras de mi mayor consideración y deferencia personal.

Atentamente,

Edward E. Barboza Palomino

Director

Cc: Archivo

**ANEXO 06**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_ identificado con DNI \_\_\_\_\_, he tomado conocimiento del estudio titulado: **Conocimiento y actitud de familiares en el cuidado del adulto mayor con Diabetes mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista. Ayacucho 2025**; y acepto participar como informante, a dar la información fidedigna para el estudio arriba mencionada, debido a que este acto no compromete mi integridad, física y psicológica. Para dar conformidad este acto firmo y estampo mi huella digital al pie.

Ayacucho, \_\_\_\_\_ 2025

---

Firma del participante

## ANEXO 07

### ANÁLISIS INFERENCIAL

#### 6.1. Prueba de normalidad de datos

##### Hipótesis

**H<sub>0</sub>:** Los datos tienen una distribución normal

**H<sub>a</sub>:** Los datos no tienen una distribución normal

**Nivel de confianza:** 95 %

**Nivel de significancia (Alfa):** 5 %

##### Decisión:

- Si p-valor es menor o igual que el ALFA, se rechaza la H<sub>0</sub> y se acepta la H<sub>a</sub>, los datos no tienen una distribución normal, y se emplean pruebas no paramétricas.
- Si p-valor es mayor que el ALFA, se acepta la H<sub>0</sub> y se rechaza la H<sub>a</sub>, los datos tienen una distribución normal, y se emplean pruebas paramétricas.

**Número de muestra (n):** 80 (Se aplicó la prueba de Kolmogórov-Smirnov, dado que  $n > 50$ ).

<b>Pruebas de normalidad</b>						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Actitud	,454	80	,000	,572	80	,000
Nivel conocimiento	,338	80	,000	,702	80	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

**Análisis:** A partir de la tabla se observa que, en el análisis estadístico, cuando el valor de significancia es menor al nivel de estándar de 0.05 (5%), se considera que existe evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula. En este caso, dicha hipótesis sostiene que los datos de cada variable siguen una distribución normal. Como los valores de significancia obtenidos en ambas pruebas son menores a 0.05, se determina que las variables “nivel de conocimientos” y “actitud” no presentan una distribución normal. Esta interpretación se mantiene aun contando con un tamaño muestral adecuado ( $n = 80$ ), lo cual respalda la solidez del hallazgo.

Las pruebas de normalidad aplicadas Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk confirman que los datos de las variables centrales del estudio no se ajustan a una distribución normal. Esta evidencia respalda la elección de métodos estadísticos no paramétricos, siendo el coeficiente de Rho de Spearman el más pertinente para atender el objetivo principal de la investigación: analizar la relación entre el nivel de conocimientos y la actitud de los familiares en el cuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2.

## 6.2 Prueba de Rho de Spearman

### Hipótesis general

**H<sub>a</sub>:** El nivel de conocimientos se relaciona significativamente con las actitudes de los familiares en el cuidado del adulto mayor con Diabetes mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025.

**H<sub>0</sub>:** El nivel de conocimientos no se relaciona significativamente con las actitudes de los familiares en el cuidado del adulto mayor con Diabetes mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025.

**Nivel de significancia ( $\alpha$ ):** 5 %

**Intervalo de confianza (1- $\alpha$ ):** 95 %

**p-valor:** Es la probabilidad de obtener un resultado igual o más extremo que el observado, asumiendo que la hipótesis nula es cierta.

### Regla de decisión:

- Si p-valor >  $\alpha$ , se acepta la H<sub>0</sub>
- Si p-valor <  $\alpha$ , Rechazamos H<sub>0</sub> y aceptamos H<sub>i</sub>

			Conocimiento	Actitud
<b>Rho de Spearman</b>	<b>Nivel de conocimiento</b>	Coeficiencia de correlación	1,000	,441**
		Sig. (bilateral)	.	<.001
		N	80	80
	<b>Actitudes</b>	Coeficiencia de correlación	,441**	1.000
		Sig. (bilateral)	<.001	.
		N	80	80
**. La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral)				

Análisis: El coeficiente Rho de Spearman muestra una correlación positiva moderada ( $r = 0.441$ ) entre el nivel de conocimiento y la actitud de los familiares. El valor de

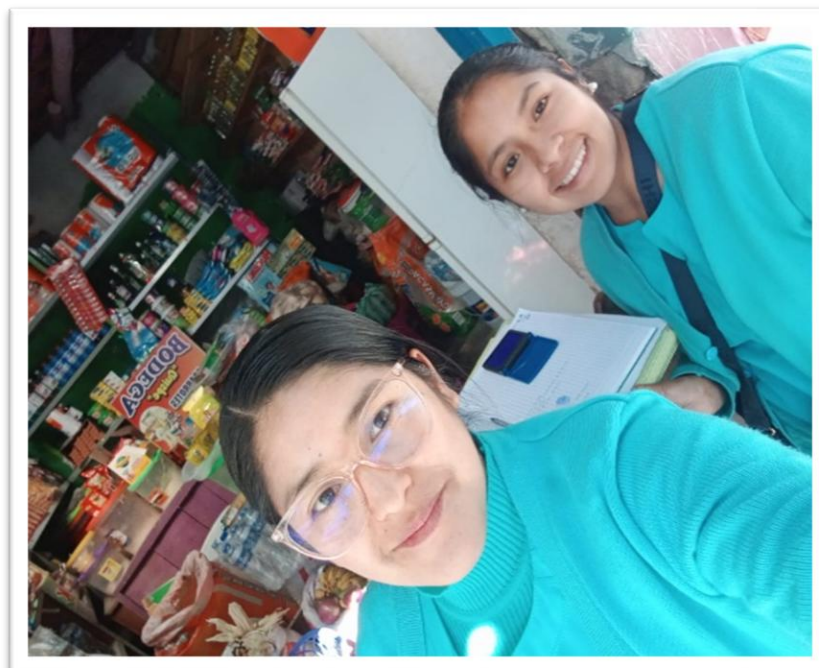
significancia es menor que el nivel  $\alpha = 0.05$ , lo que indica que la relación es estadísticamente significativa.

Por lo tanto:

- Se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ), que afirmaba que no existe relación entre ambas variables.
- Se acepta la hipótesis de investigación ( $H_a$ ), que sostiene que sí existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos y la actitud en el cuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2.

**ANEXO 08**

**EVIDENCIA FOTOGRAFÍA DE LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**



ANEXO 09

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Conocimiento y actitud de familiares en el cuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA
<p><b>GENERAL:</b> ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos con las actitudes de los familiares en el cuidado del adulto mayor con Diabetes mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Cuáles son los datos sociodemográficos de los familiares que acompañan a los adultos mayores con Diabetes mellitus Tipo 2, que asisten al CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025?</li> <li>2. ¿Cuál es el nivel de conocimientos de familiares sobre el</li> </ol>	<p><b>GENERAL:</b> Determinar la relación del nivel de conocimientos con las actitudes de los familiares en el cuidado del adulto mayor con Diabetes mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar los datos sociodemográficos de los familiares que acompañan a los adultos mayores con Diabetes mellitus Tipo 2, que asisten al CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025.</li> </ol>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL</b> <b>Hi:</b> Existe relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes de familiares en el cuidado del adulto mayor con Diabetes mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025. <b>Ho:</b> No hay relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes de familiares en el cuidado del adulto mayor con Diabetes mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025.</p>	<p><b>VARIABLE 1:</b> Conocimiento de los familiares en el cuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 <b>Dimensiones</b> – Conocimiento General sobre la Diabetes Mellitus Tipo 2.</p> <p><b>VARIABLE 2:</b> Actitudes de los familiares en el cuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 <b>Dimensiones</b> – Dimensión Cognitiva – Dimensión Afectiva – Dimensión Conductual</p>	<p><b>Tipo de investigación:</b> Aplicada</p> <p><b>Diseño de investigación:</b> No experimental, de corte transversal</p> <p><b>Nivel de investigación:</b> Correlacional</p> <p><b>Población:</b> 100 familiares de pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2.</p> <p><b>Muestra:</b> 80 familiares de pacientes adultos mayores con Diabetes mellitus Tipo 2.</p> <p><b>Técnica:</b> Encuesta,</p> <p><b>Instrumento:</b> Cuestionario.</p>

<p>cuidado del adulto mayor con Diabetes mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025?</p> <p>3. ¿Cuáles son las actitudes de familiares en el cuidado del adulto mayor con Diabetes mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025?</p> <p>4. Relacionar el nivel de conocimientos con las actitudes de los familiares en el cuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025.</p>	<p>2. Evaluar el nivel de conocimientos de familiares sobre el cuidado del adulto mayor con Diabetes mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025.</p> <p>3. Identificar las actitudes de familiares en el cuidado del adulto mayor con Diabetes mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025</p> <p>4. Relacionar el nivel de conocimientos con las actitudes de los familiares en el cuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025.</p>			
---	--	--	--	--

## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

### RESOLUCIÓN DECANAL N° 944-2025-UNSCHE-FCSA-D

**BACHILLER:** - ANA LUCIA SALVADOR ANCHAYHUA  
- YUDITH LIZBETH QUISPE CHACMANA

En la ciudad de Ayacucho siendo las 11:15 de la mañana del día veintitrés de diciembre del dos mil veinticinco, en el auditorium de la Escuela Profesional de Enfermería se reunieron presencialmente los docentes miembros jurados de la Escuela Profesional de Enfermería, para el acto de sustentación de trabajo de tesis titulado **Conocimiento y actitud de familiares en el cuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025**. Presentado por los bachilleres: ANA LUCIA SALVADOR ANCHAYHUA y YUDITH LIZBETH QUISPE CHACMANA, para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería y, los miembros del Jurado de Sustentación conformados por:

Presidente : Prof. Iris Jara de Arones (Delegada por el decano)  
Miembros : Prof. Lidia González Paucarhuanca  
: Prof. Maritza Saccsara Meza  
: Prof. Hermógenes Zósimo Machaca Rejas  
Miembro asesor : Prof. Edward Eusebio Barboza Palomino  
Secretaria Docente : Prof. Lizeth Paola Hinostroza Chauca

Con el quórum de reglamento se dio por inicio la sustentación de tesis, el presidente de la comisión pide a la secretaria docente dar lectura a los documentos que obran en mesa.

Acto seguido el presidente pide a las sustentantes la exposición en un tiempo de 40 min a las Bachilleres ANA LUCIA SALVADOR ANCHAYHUA y YUDITH LIZBETH QUISPE CHACMANA. Una vez concluida, el presidente de la comisión solicita a los miembros del jurado evaluador realizar sus respectivas preguntas, las cuales fueron absueltas adecuadamente por las sustentantes.

La presidenta invita a las sustentantes abandonar el espacio para que los jurados evaluadores puedan proceder con la evaluación.

### RESULTADO DE LA EVALUACIÓN FINAL

Bachiller: 1- ANA LUCIA SALVADOR ANCHAYHUA  
2- YUDITH LIZBETH QUISPE CHACMANA

JURADOS	TEXTO		EXPOSICIÓN		PREGUNTAS		P. FINAL
	1	2	1	2	1	2	
Prof. Iris Jara de Arones	18	18	18	18	18	18	18
Prof. Lidia González Paucarhuanca	18	18	18	18	18	18	18
Prof. Maritza Saccsara Meza	18	18	18	18	18	18	18
Prof. Hermógenes Zósimo Machaca Rejas	18	18	18	18	18	18	18
Prof. Edward Eusebio Barboza Palomino	18	18	18	18	18	18	18

De la evaluación realizada por los miembros del jurado calificador, llegaron al siguiente resultado: Aprobar por unanimidad a las Bachilleres **ANA LUCIA SALVADOR ANCHAYHUA** y **YUDITH LIZBETH QUISPE CHACMANA**, quienes obtuvieron la nota final de Dieciocho (18), para lo cual, los miembros del jurado evaluador firman al pie del presente, siendo las 12:20 de la mañana se da por concluido el presente acto académico presencial.




---

Prof. Iris Jara de Arones  
(Presidente)




---

Prof. Lidia González Paucarhuanca  
(Miembro)





---

Prof. Maritza Saccsara Meza  
(Miembro)




---

Hermógenes Zósimo Machaca Rejas  
(Miembro)




---

Prof. Edward Eusebio Barboza Palomino (Miembro asesor)




---

Prof. Lizeth Paola Hinostroza Chauca  
(secretaria)



UNSCH

FACULTAD DE  
CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA

Nro: 046-2025

## **CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE TESIS CON DEPÓSITO**

EL QUE SUSCRIBE, DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA; (segunda instancia de verificación de la originalidad de los trabajos de investigación de tesis (borrador final antes de la sustentación), en el marco del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, aprobado por Resolución N° 039-2021-UNSCH-CU),

DEJA CONSTANCIA:

Que:

- Bach. Ana Lucia SALVADOR ANCHAYHUA
- Bach. Yudith Lizbeth QUISPE CHACMANA

Con el informe de tesis titulado: **Conocimiento y actitud de familiares en el cuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025;** ha sido verificado y sometido al sistema de análisis **TURNITIN CON DEPOSITO** mediante el cual se concluye que presenta un porcentaje de **10% de similitud**.

Por lo que, se concede la Constancia de Originalidad con Depósito.

Ayacucho, 10 de Diciembre del 2025.

Dr. Edward E. Barboza Palomino

Adscripción: Departamento Académico de Enfermería

Dr. Edward E. Barboza Palomino  
DIRECTOR ESCUELA PROFESIONAL  
DE ENFERMERÍA

# Conocimiento y actitud de familiares en el cuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025

*por* Ana Lucia SALVADOR ANCHAYHUA - Yudith Lizbeth QUISPE CHACMANA

---

**Fecha de entrega:** 10-dic-2025 09:09p. m. (UTC-0500)

**Identificador de la entrega:** 2842936236

**Nombre del archivo:** llitus\_tipo\_2,\_del\_CLAS\_San\_Juan\_Bautista,\_Ayacucho\_2025\_1.docx (4.48M)

**Total de palabras:** 14551

**Total de caracteres:** 86220

# Conocimiento y actitud de familiares en el cuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2025

## INFORME DE ORIGINALIDAD

10%

INDICE DE SIMILITUD

9%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1 Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga 4%  
Trabajo del estudiante

2 repositorio.udh.edu.pe 3%  
Fuente de Internet

3 hdl.handle.net 1%  
Fuente de Internet

4 repositorio.uwiener.edu.pe <1%  
Fuente de Internet

5 Submitted to Integración Moodle Presencial 4.3 <1%  
Trabajo del estudiante

6 tesis.usat.edu.pe <1%  
Fuente de Internet

7 repositorio.uss.edu.pe <1%  
Fuente de Internet

repositorio.urp.edu.pe

---

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 30 words

Excluir bibliografía

Activo