



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“CONOCIMIENTO SOBRE LAS MEDIDAS DE AUTO CUIDADO
DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE ASISTEN AL
PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI 2012”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

BACHILLER: LIZANA PEREZ, JENNY.

**LIMA - PERÚ
2017**

**“CONOCIMIENTO SOBRE LAS MEDIDAS DE AUTO CUIDADO
DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE ASISTEN AL
PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI 2012”**

DEDICATORIA

A mis padres con todo mi corazón porque sé que yo también estoy en sus corazones y en cada paso que doy y daré.

AGRADECIMIENTO

A todas y cada una de las personas que fueron apareciendo en mi camino y de las cuales recibí un apoyo y me ayudaron abrir puertas y seguir mi camino.

RESUMEN

El estudio tenía como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre las medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten al programa de diabetes del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Lima- 2012, entre sus principales conclusiones tenemos que el género que predomina entre los pacientes es el género masculino y el 42%(21) son de género femenino.

El mayor porcentaje de los pacientes tienen nivel medio de conocimiento sobre medidas de autocuidado frente a la enfermedad, el 28%(14) tienen un nivel alto y el 14%(7) tienen un nivel bajo.

El 58% de los pacientes tienen un nivel medio sobre autocuidado en la dimensión alimentación frente a la enfermedad de la diabetes mellitus, el 26% tienen un nivel alto y el 16% tienen un nivel bajo.

El mayor porcentaje de los pacientes tiene un nivel medio de conocimiento sobre medidas de autocuidado en la dimensión cuidado en la movilización y actividades físicas en los pacientes el 24% tienen un nivel alto y el 16% tienen un nivel bajo.

Respecto a la dimensión cuidado en las conductas de riesgo como fumar, tomar alcohol el 58%(29) de los pacientes tienen nivel medio, el 28%(14) tienen un nivel alto y el 14%(7) tienen un nivel bajo.

Palabras clave: Autocuidado y diabetes.

ABSTRAC

The study aimed to determine the level of knowledge about the self-care measures of patients attending the diabetes program of the National Hospital Edgardo Rebagliati Martins Lima-2012, among their main conclusions we have that the gender that prevails among patients is The male gender and 42% (21) are female.

The highest percentage of patients have an average level of knowledge about self-care measures against the disease, 28% (14) have a high level and 14% (7) have a low level.

58% of patients have an average level of self-care in the feeding dimension of diabetes mellitus, 26% have a high level and 16% have a low level.

The highest percentage of patients have an average level of knowledge about self-care measures in the care dimension in mobilization and physical activities in patients, 24% have a high level and 16% have a low level.

Regarding the care dimension in risk behaviors such as smoking, alcohol consumption, 58% (29) of the patients have an average level, 28% (14) have a high level and 14% (7) have a low level.

Keywords: Self-care and diabetes.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación del estudio	5
1.5. Limitaciones de la investigación	5
CAPITULOII: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	6
2.2. Base teórica	11
2.3. Definición de términos	37
2.4. Hipótesis	38
2.5. Variable	39
2.5.1. Definición conceptual de la variable	39
2.5.2. Definición operacional de la variable	39
2.5.3. Operacionalización de la variable	40
CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	41
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	41

3.3. Población y muestra	42
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	42
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	43
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	43
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	44
CAPÍTULO V: DISCUSION	54
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas degenerativas que se presenta con mayor frecuencia en la población mundial, al grado de considerarse una pandemia con tendencia ascendente. En la actualidad, y de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004.), se estima que existe alrededor de 140 millones de personas con esta enfermedad en el mundo y se espera que esa cifra se eleve a 300 millones en los próximos 25 años. El aumento será de 40 % en los países desarrollados y el 70 % en los países en vías de desarrollo.

La prevalencia de diabetes mellitus varía entre 2 y 5% de la población mundial. En Estados Unidos, los casos diagnosticados de diabetes alcanzan al 5.9% de la población total, con predominio de la raza afroamericana, mexicano-americana e hispana

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica considerada actualmente como un problema de Salud Pública. Esta enfermedad produce un impacto Socio económico importante en el país que se traduce en una gran demanda de los servicios ambulatorios hospitalización prolongada, ausentismo laboral, discapacidad y mortalidad producto de las complicaciones agudas y crónicas. La presente investigación para fines de estudio contiene:

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor prevalencia en la población adulta y que genera múltiples complicaciones de carácter invalidante ⁽¹⁾. Se expresa como un trastorno metabólico de etiología múltiple caracterizado por hiperglucemia debida a alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas, a consecuencia de defectos en la secreción o acción de la insulina. La insulina es una hormona producida por el páncreas, que regula la cantidad de azúcar (glucosa) en la sangre. En la diabetes mellitus tipo 1, el páncreas no produce insulina y en la diabetes mellitus tipo 2 la insulina se produce de manera insuficiente o defectuosa ⁽¹⁾.

El autocuidado, para enfermería, constituye un enfoque particular hacia la práctica clínica que pone énfasis primordialmente en la capacidad del usuario de lograr y mantener su salud. El autocuidado aun cuando está íntimamente vinculado con los conocimientos aprendidos, es una conducta que aparece súbitamente en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividades en beneficio de su vida, salud y bienestar.

Según la Organización Mundial de la Salud, todos los años mueren en el mundo 3,2 millones de personas por complicaciones directamente relacionadas con la diabetes, como la retinopatía, la neuropatía y la nefropatía diabética ⁽²⁾. En América Latina, la situación es grave, existen 13,3 millones de enfermos y según se proyecta habrá, 33 millones en el año 2030 ⁽²⁾.

Actualmente el Perú se encuentra entre los cinco países con mayor número de casos siendo antecedido por Brasil, México, Argentina y Colombia. En el país esta situación estadística se ve de manera concreta en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, según la oficina de estadística e informática durante los meses de mayo y junio han registrados 747 y 857 casos de diabetes en el hospital, existe un programa para diabetes. Dentro del auto cuidado que deben realizar los pacientes diabéticos se encuentra el cumplimiento del cuidado farmacológico, de la vista, dietética y ejercicios. Como consecuencia del incumplimiento de estos se presentan complicaciones tales como: retinopatía, nefropatía y pie diabético.³

Debido a estas complicaciones que presentan los pacientes tienen que ser hospitalizados para controlar dicho problema, esta hospitalización a la vez genera gastos económicos al hospital e implicancias en el aspecto biopsicosocial-espiritual del paciente.

Según Dorotea Orem "la práctica de auto cuidado ante situaciones de enfermedades es muy variable de una persona a otra, puesto que depende de la influencia cultural de los grupos sociales, lo que predispone la falta de control y manejo de la enfermedad y a la prevención de complicaciones"⁴

El cumplimiento de las medidas de auto cuidado del paciente diabético está influenciado por muchos factores que actúan directa e indirectamente sobre su auto cuidado favoreciendo o limitándolo, entre ellos tenemos los factores sociales y culturales relacionados a los

conocimientos acerca de la enfermedad, grado de instrucción, apoyo familiar, ingreso económico y ocupación laboral.

La enfermera dentro de sus acciones preventiva promocionales cumple un rol muy importante en el cuidado del paciente diabético, realiza una serie de acciones dirigidas a los factores que favorecen o limitan el auto cuidado del paciente en la prevención de complicaciones siendo una de ellas la educación mediante la cual promueve estilos de vida saludables mejorando su calidad de vida, contribuyendo a disminuir las altas tasas de morbimortalidad de la diabetes.

Del análisis realizado se genera el siguiente problema: El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins cuenta con un programa de pacientes con diabetes mellitus teniendo pacientes que muchas veces no cuenta con mucha información sobre su enfermedad y los cuidados que deben de seguir, siendo un hospital de gran demanda nos permitirá realizar este proyecto de investigación.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Qué nivel de conocimientos sobre medidas de autocuidado tienen los pacientes diabéticos que asisten al programa de Diabetes del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima - 2012?

1.2.2. Problemas Específicos

- ✓ ¿Qué nivel de conocimiento sobre las medidas de autocuidado en la dimensión cuidado en la alimentación tienen los pacientes diabéticos que asisten al programa de diabetes del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima - 2012?
- ✓ ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre las medidas de autocuidado en la dimensión movilización y actividades físicas

en los pacientes diabéticos que asisten al programa de diabetes del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima - 2012?

- ✓ ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre las medidas de autocuidado en la dimensión cuidado entorno a las conductas de riesgo en los pacientes diabéticos que asisten al programa de diabetes del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima - 2012

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento sobre las medidas de autocuidado que tienen los pacientes diabéticos que asisten al programa de diabetes del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima- 2012.

1.3.2. Objetivos Específicos

- ✓ Identificar el conocimiento sobre las medidas de autocuidado en la dimensión cuidado en la alimentación en los pacientes diabéticos que asisten al programa de diabetes del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima-2012.
- ✓ Identificar el nivel de conocimiento sobre las medidas de autocuidado en la dimensión cuidado en la movilización y actividades físicas en los pacientes diabéticos que asisten al programa de diabetes del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima-2012.
- ✓ Reconocer el nivel de conocimiento sobre las medidas de autocuidado en la dimensión cuidado en las conductas de riesgo en los pacientes diabéticos que asisten al programa de diabetes del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima-2012.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Puesto que la Diabetes Mellitus Tipo 2 constituye un problema de salud pública por su magnitud y complicaciones para el grupo vulnerable y una de las medidas para prevenir la rápida aparición de complicaciones, es la realización de las acciones de autocuidado; se considera de gran relevancia realizar el estudio en este campo de la salud, donde la enfermera contribuye eficazmente en el auto cuidado del paciente diabético, desarrollando actividades preventivo promocionales, lo cual contribuirá a disminuir la morbi mortalidad de los pacientes diabéticos y por ende mejorar la calidad de vida de los mismos.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El factor económico: gran parte de la población de estudio no cuenta con los suficientes recursos económicos para poder llevar a cabo el tratamiento.

La enfermedad: los pacientes diabéticos consientes del grado de su enfermedad muchas veces abandonan el tratamiento

La ocupación: los pacientes tienen en su mayoría trabajo independiente y laboran todo el día no tienen el tiempo suficiente para asistir a su tratamiento, de tal forma se puede contar con toda la población para su estudio.

CAPITULO II: EL MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes Nacionales

CABRERA-MORÓN ROMMY, MOTTA-QUIJANDRÍA IRMA, RODRÍGUEZ-ROBLADILLO CYNTHIA, VELÁSQUEZ-CARRANZA DORIS. Nivel de conocimiento sobre auto cuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chincha – Es Salud – 2009. Objetivo: determinar el nivel de conocimientos sobre auto cuidado en la prevención de complicaciones diabéticas, en usuarios del Policlínico Chincha – Es Salud. Material y método: estudio descriptivo de corte transversal, incluyó a 243 usuarios que pertenecían al programa de diabetes mellitus. Se realizó en el mes de junio de 2009. La técnica usada fue una encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado de 24 preguntas, previa firma del consentimiento informado. Para determinar la validez y confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto utilizando la prueba de correlación biserial puntual y Kuder Richardson respectivamente, luego de que el Comité de Ética aprobó el proyecto de investigación. Resultados: se encontró que del total de pacientes que asistían al programa de diabetes, el 54,7% presentó conocimiento medio, el 30,0 % conocimiento bajo y

15,3 % conocimiento alto; con respecto al autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas:

Conclusiones: se evidenció que los pacientes del programa de diabetes presentaron un nivel de conocimiento medio sobre el autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas.⁵

CORBACHO ARMAS Kelly y colaboradores en Perú realizaron un estudio de investigación sobre “conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes Mellitus en el 2008” la diabetes Mellitus es una enfermedad crónica, cuya prevalencia en lima es mayor que en otras regiones del país. *Objetivo:* identificar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la práctica de los estilos de vida del paciente con diabetes Mellitus, que pertenece al programa de control de la diabetes Mellitus del hospital nacional arzobispo Loayza. *Material y métodos:* la investigación fue de tipo cuantitativa, con un enfoque descriptivo de corte correlacional, realizado en 174 pacientes del programa de control de la diabetes Mellitus del hospital arzobispo loayza, lima. Los datos se recogieron a través de un cuestionario aplicado durante la entrevista, de enero hasta abril de 2008. La elección de los pacientes fue en forma aleatoria, que reunieran los criterios de selección y firmaran el consentimiento informado. Los resultados se procesaron el programa Excelxp, paquete estadístico spss para Windows (versión11.1). Para evaluar el nivel de conocimiento se les agrupó en tres categorías: conocimiento bueno, conocimiento regular y conocimiento malo, las tres categorías fueron halladas mediante la escala de estaninos. Para evaluar los estilos de vida, se agrupó en dos categorías: estilo de vida positivo y estilo de vida negativo, usando como punto de corte el valor del promedio de los puntajes (46,6). resultados: para pacientes con conocimiento malo, 54,4% tuvieron estilos de vida negativos; pacientes con conocimiento regular, 59,1% presentaron estilos de vida negativos; pacientes con un nivel de conocimiento bueno, 65,0% tuvieron

estilos de vida positivos, correlación r de sperman = 0,20 (p = 0,027).Las conclusiones más significativas a las que llegó fueron:

“Se encontró que existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de estilos de vida del paciente con diabetes Mellitus, de manera que a mayor nivel de conocimiento mejor estilo de vida” ⁽⁶⁾

2.1.2. Antecedentes Internacionales

RESENDIZ DATTOLY, CARMELA M IN C. JORGE MARTINEZ Y OTROS.: Objetivo: Determinar el grado de conocimiento en pacientes diabéticos tipo 2 de la diabetes mellitus en una Unidad de Medicina Familiar .. Material y métodos: Estudio descriptivo observacional estudio transversal de 150 pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2 que fueron atendidos en el período de octubre a diciembre de 2012 el número de unidad de medicina familiar 61 de Córdoba Veracruz. Utilizando una encuesta de evaluación que consta de 38 artículos que exploran el conocimiento acerca de la diabetes tipo 2 que cumplieron con los criterios de selección. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 18. Resultados: De los 106 sujetos (70,6%) eran mujeres. La edad media de la muestra fue de 62 ± 11 años, el más joven tenía 29 años y el mayor 88. El tiempo medio de diagnóstico de los sujetos de la muestra fue de $9,7 \pm 8$ años, el ingreso promedio mensual de la población estudiada fue de más de 4109 pesos, siendo mayor en los hombres con una media de 5447 ± 4354 pesos y para las mujeres 3553 ± 2783 pesos. En cuanto a la educación, el 62% tenía primaria y menor frecuencia era el mismo porcentaje y el grado. La ocupación más comúnmente presentado era ama de casa de 90 individuos estudiados con un 60%. En cuanto a los valores de hemoglobina glicosilada fue de $8,7 \pm 2,1\%$ en general y en ambos sexos en comparación con los hombres tenían una media de $9 \pm 2,5\%$ y $\pm 1,8\%$ de las mujeres 8. Para que la glucosa en sangre en la población general fue $179,2 \pm 60,3$ mg / dl en comparación tanto sexos para los hombres fue de $196 \pm 71,6$ mg /

dl y mujeres $172 \pm 53,7$ mg / dl. Como resultado de las medias esferas fueron mayores en el siguiente: en el conocimiento sobre la glucosa en sangre con una media de $7 \pm 2,1$ y el conocimiento básico con media de $5 \pm 1,6$. Al comparar el conocimiento de ambos sexos fue mayor en las mismas áreas con un promedio de $7 \pm 1,9$ para las mujeres y el $6 \pm 2,7$ para los hombres. Conclusiones: El nivel de conocimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en los 150 sujetos de nuestro estudio de la Unidad de Medicina Familiar número 61 de Córdoba Veracruz es baja, ninguna parte del sexo, edad, ocupación, educación o momento del diagnóstico, sólo 3 pacientes representando 2% obtuvo un nivel aceptable de conocimiento basado en el campo de formulario de calificación y colaboradores, autores validaron el cuestionario en español. Con base en los resultados deben reflejar la forma de la habilitación de instrumentos en futuros estudios.

Este estudio tuvo por objetivos determinar la capacidad de autocuidado de personas con diabetes mellitus tipo 2 y relacionar esa capacidad con algunas variables sociodemográficas y clínicas. Participaron 251 personas que ingresaron en un hospital de urgencia en México, en 2007. Los datos fueron obtenidos mediante entrevista domiciliar dirigida, utilizándose de formulario, cuestionario y Escala de Capacidad de Autocuidado. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva y correlacional. Los resultados mostraron que 83(33,5%) sujetos presentaron buena capacidad de autocuidado y 168(66,5%) capacidad regular. Se obtuvo una correlación directamente proporcional entre capacidad de autocuidado y años de estudio ($r=0,124$; $p>0,05$)⁷

BBACA MARTÍNEZ, MDE J BASTIDAS LOAÍZA, M DEL R AGUILAR Y OTROS. Nivel de conocimientos del diabético sobre su auto cuidado.

El tratamiento de la diabetes es complejo y sus resultados dependen, en gran medida del nivel de comprensión, destreza y

motivación con que el usuario afronta las exigencias terapéuticas. Objetivo. Identificar el nivel de conocimiento que el usuario diabético tiene sobre su autocuidado. Material y Métodos. Se realizó una encuesta descriptiva a 94 diabéticos hospitalizados en los servicios de medicina interna y cirugía del Hospital General Regional No. 1 de Culiacán Sinaloa. México 2011. Se incluyeron diabéticos de 20 y más años de edad, con más de 72 horas de hospitalización en el servicio. Se utilizó un cuestionario que contempló aspectos sociodemográficos como son edad, sexo, escolaridad, nivel de conocimiento del usuario diabético sobre su autocuidado, contemplando aspectos como ejercicio, alimentación, cuidado de los pies y tratamiento farmacológico. Resultado. De la población estudiada se encontró que el 56% son del sexo masculino, con un promedio de 60 años de edad con una desviación estándar de + - 12.36. Nivel de conocimiento del diabético sobre su auto cuidado fue insuficiente en un 79 %. Conclusiones. Los usuarios diabéticos tienen conocimientos insuficientes sobre su autocuidado. Los aspectos sobre los que más conoce son el ejercicio y la alimentación, no así el cuidado de sus pies y lo relacionado al tratamiento farmacológico.⁸

FERNÁNDEZ VÁZQUEZ, ARACELI, ABDALA CERVANTES, TANIA A ESTELA PATRICIA ALVARA SOLÍS. Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 Clínica de Medicina Familiar Narvarte - México 2012. Antecedentes: las recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes resaltan la educación oportuna del enfermo y su familia. Al parecer, las estrategias educativas utilizadas en la mayor parte de los casos no han sido las idóneas. Objetivo: evaluar el efecto de la intervención educativa y participativa en el grado de conocimientos, la calidad de vida, el apoyo familiar y el control metabólico de los pacientes con diabetes tipo 2. Pacientes y métodos: se realizó un estudio cuasi experimental de investigación educativa con 76 pacientes de la Clínica de Medicina Familiar Narvarte. Se diseñó una estrategia

educativa y se aplicaron antes y después de la misma: ficha de identificación personal y los cuestionarios BERBÉS, de nivel de conocimientos; IMEVID, de calidad de vida; y MOS, de apoyo social. Se midió la antropometría, y se hicieron pruebas bioquímicas. Resultados: en el grado de conocimientos se tuvo un incremento en las puntuaciones de 15.4 a 20.2, al igual que en la calidad de vida y el apoyo social; todas con significado estadístico. Al inicio había 16 pacientes controlados con hemoglobina glucosilada (21%); al terminar la intervención, el total de pacientes controlados aumentó a 40 (52.6%). Conclusiones: la educación participativa involucra al paciente como generador de su propio aprendizaje al establecer un vínculo entre la teoría y la práctica, con lo que logra un efecto en la toma de decisiones sobre sus hábitos y estilos de vida saludable y, como consecuencia, en el control de la enfermedad, como quedó de manifiesto en este trabajo. Palabras clave: diabetes mellitus tipo II, estrategias educativas, control metabólico, hemoglobina glucosada⁹.

2.2. BASES TEORICA

2.2.1. Bases conceptuales del conocimiento

El conocimiento: Es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal el conocimiento solo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracional .

El conocimiento siempre implica una dualidad de realidades de un lado, el sujeto cognoscente y, del otro, el objeto conocido, que es poseído en cierta manera, por el sujeto cognoscente. El pensamiento es un conocimiento intelectual.

Mediante el conocimiento, el hombre penetra las diversas áreas de la realidad para tomar posesión de ella. Ahora bien, la propia

realidad presenta niveles y estructuras diferentes en su constitución.

Al ocuparse, por ejemplo, del hombre, se puede considerarlo en su aspecto externo y aparente y decir una serie de cosas dictadas por el buen sentido o insinuadas por la experiencia diaria; se puede estudiarlo con espíritu más serio, investigando experimentalmente las relaciones existentes entre ciertos órganos y sus funciones; se puede también formular preguntas en cuanto a su origen, su libertad y su destino; y, finalmente, se puede investigar lo que fue dicho del hombre por Dios a través de los profetas y de su enviado, Jesucristo.

Se tienen así cuatro especies de consideraciones sobre la misma realidad, el hombre, y, en consecuencia, tenemos cuatro niveles diferentes de conocimiento.

- **Conocimiento empírico.**
- **Conocimiento científico.**
- **Conocimiento filosófico.**
- **Conocimiento teológico.**
- **Conocimiento empírico.**

También llamado vulgar, es el conocimiento popular, obtenido por azar, luego de innumerables tentativas. Es ametódico y asistemático.

A través del conocimiento empírico, el hombre común conoce los hechos y su orden aparente, tiene explicaciones concernientes a las razones de ser de las cosas y de los hombres, todo ello logrado a través de experiencias cumplidas al azar, sin metido y mediante investigaciones personales cumplidas al calor de las circunstancias de la vida; o válido del saber de otros y de las

tradiciones de la colectividad; e, incluso, extraído de la doctrina de una religión positiva.

- **Conocimiento científico.**

Este conocimiento va más allá del empírico: por medio de él, trascendido el fenómeno, se conocen las causas y las leyes que lo rigen. Es metódico. Conocer verdaderamente, es conocer por las causas.

Conocemos una cosa de manera absoluta, dice Aristóteles, cuando sabemos cuál es la causa que la produce y el motivo por el cual no puede ser de otro modo; esto es saber por demostración; por eso, la ciencia se reduce a la demostración.

De ahí las características del conocimiento científico:

1. Es cierto, porque sabe explicar los motivos de su certeza, lo que no ocurre con el empírico.
2. Es general, es decir, conoce en lo real lo que tiene de más universal, válido para todos los casos de la misma especie. La ciencia, partiendo de lo individual, busca en él lo que tiene en común con los demás de la misma especie.
3. Es metódico, sistemático. El sabio no ignora que los seres y los hechos están ligados entre sí por ciertas relaciones.

- **Conocimiento filosófico.**

Este conocimiento se distingue del científico por el objeto de la investigación y por el método. El objeto de las ciencias son los datos próximos, inmediatos, perceptibles por los sentidos o por los instrumentos, pues, siendo de orden material y físico, son por eso susceptibles de experimentación. El objeto de la filosofía está constituido por realidades inmediatas, no perceptibles por los

sentidos, las cuales, por ser de orden suprasensible, traspasan la experiencia.

En la acepción clásica, la filosofía estaba considerada como la ciencia de las causas por sus causas supremas. Modernamente, se prefiere hablar del filosofar. El filosofar es un interrogar, un continuo cuestionar sobre sí y sobre la realidad. La filosofía es una búsqueda constante de sentido, de justificación, de posibilidades, de interpretación al respecto de todo aquello que rodea al hombre y sobre el hombre mismo, en su existencia concreta.

Oportunamente Jaspers, en su *Introducción a la Filosofía* coloca la esencia de la filosofía en la búsqueda del saber y no en su posesión. La filosofía se traiciona a sí misma y se degenera cuando es puesta en fórmulas.

La filosofía procura comprender la realidad en su contexto más universal. No da soluciones definitivas para un gran número de interrogantes. Habilita, entonces, al hombre en el uso de sus facultades para ver mejor el sentido de la vida concreta.¹⁰

2.2.2. Diabetes Mellitus

2.2.2.1. Concepto

Las enfermedades crónicas degenerativas han ido incrementando en los últimos años. Dentro de ellas la diabetes, es una enfermedad que se caracteriza porque el cuerpo es incapaz de usar y almacenar apropiadamente la glucosa, lo que provoca su permanencia en sangre en cantidades superiores a las normales. Esta circunstancia altera, en su conjunto, el metabolismo de los hidratos de carbono, los lípidos y las proteínas. “la diabetes es una enfermedad producida por

una alteración del metabolismo de los carbohidratos en la que aparece una cantidad

El comité de expertos de la OMS, (2) define a la diabetes Mellitus como “un estado de hiperglucemia crónica, pudiendo ser consecuencia de factores y ambientales que a menudo actúan conjuntamente”. Es un síndrome Metabólico donde además de los hidratos de carbono se alteran los lípidos, proteínas y equilibrio acido-base.⁽¹¹⁾

2.2.2.2 Etiología

La diabetes Mellitus tipo parece tener un componente genético en su origen, mas importante Aunque la diabetes Mellitus tipo 1. Los estudios genéticos realizados con gemelos idénticos han demostrado que si un gemelo desarrollar la enfermedad (diabetes Mellitus tipo 2) el riesgo del otro de desarrollarla alcanza el 100%.

El consumo de azúcar refinados m, sedentarismo, la multiparidad y sobre todo la obesidad son considerados factores etiológicos ambientales

Por lo general se produce después de los 40años aumentando su incidencia con la edad. La secreción de la insulina puede ser normal, baja o alta. Aunque la mayoría de las personas con diabetes Mellitus tipo 2 pueden secretar insulina , tienen un menor número de receptores para insulina en las células diana y un descenso de la actividad postreceptor⁽¹²⁾

2.2.2.3 Clasificación:

- a) Diabetes Mellitus tipo 1
- b) Diabetes Mellitus tipo 2

c) Diabetes secundaria.

a) Diabetes Mellitus tipo 1

Característicamente se da en la época temprana de la vida y se caracteriza por un déficit absoluto de insulina, dado por la destrucción de las células beta del páncreas por procesos autoinmunes ó idiopáticos. Cerca de 1 en 20 personas diabéticas tiene diabetes tipo 1, la cual se presenta más frecuentemente en jóvenes y niños. Este tipo de diabetes se conocía como diabetes Mellitus insulino dependiente o diabetes juvenil, en ella, las células beta del páncreas no producen insulina o apenas producen. En los primeros años de la enfermedad suelen quedar reservas pancreáticas que permiten una secreción mínima de insulina.

b) Diabetes Mellitus tipo 2

Fisiopatológico, que se caracteriza por el déficit relativo de producción de insulina y por una deficiente utilización periférica por los tejidos de glucosa (resistencia a la insulina). Se desarrolla a menudo en etapas adultas de la vida. Se caracteriza por un complejo mecanismo, y es muy frecuente la asociación con la obesidad; anteriormente se le llamaba diabetes del adulto, diabetes relacionada con la obesidad, diabetes no insulina dependiente. Varios fármacos y otras causas pueden, sin embargo, causar este tipo de diabetes. Es muy frecuente la diabetes tipo 2 asociada a la toma prolongada de corticoides.⁽¹³⁾

c) **Diabetes secundaria**

Síndromes diabéticos diversos se atribuyen a veces a una enfermedad, fármacos o cuadros específicos; incluyen

- Trastornos del páncreas.
- Enfermedades endocrinas.
- Fármacos.
- síndromes genéticos.
- Anormalidades de receptores de insulina.
- Malnutrición.

2.2.2.4 Signos y síntomas

Los niveles altos de glucosa en la sangre pueden causar diversos problemas que está dado por necesidad frecuente de orinar (poliuria), sed excesiva (polidipsia), exceso de apetito (polifagia), fatiga, pérdida de peso y visión borrosa; sin embargo, debido a que la diabetes tipo 2 se desarrolla lentamente, algunas personas con niveles altos de azúcar en la sangre son completamente asintomáticas.

a) Los síntomas de la diabetes tipo 1 son:

- Aumento de la sed
- Aumento de la micción
- Pérdida de peso a pesar de un aumento del apetito
- Fatiga
- Náuseas
- Vómitos

b) Los síntomas de la diabetes tipo 2 son:

- Aumento de la sed
- Aumento de la micción

- Aumento del apetito
- Fatiga
- Visión borrosa
- Infecciones que sanan lentamente
- Impotencia en los hombres

Es oportuno recordar que el paciente diabético es un paciente complejo que puede tener manifestaciones de su enfermedad a nivel de varios órganos aun sin sintomatología y hasta puede desconocer que padece la enfermedad.⁽¹⁴⁾

2.2.2.5 Medios de diagnóstico

El diagnóstico suele ser directo. El método inicial más apropiado es medir la glucemia después de ayuno de toda la noche; varía menos de un día a otro y es más resistente a factores que alteran de modo inespecífico el metabolismo de la glucosa. El diagnóstico se corrobora si la glucemia es de 140mg/100ml. (o más) en dos ocasiones separadas; siendo los valores normales de 70 – 110 mmHg. Por lo común, cifras de glucemia en ayunas menores de 115mg/100ml, no justifican la práctica de nuevos estudios; cifras entre 115 y 140 mg/100ml, aunque no es diagnóstica deben despertar sospecha. Los individuos con ellas pueden mostrar hiperglucemia posprandial, razón por la cual algunos expertos recomiendan realizar nuevos estudios, como la prueba de tolerancia a la glucosa ingerida; esta prueba tiene la ventaja de detectar la diabetes en sus etapas incipientes, fase en que el tratamiento tiene su mayor eficacia. La desventaja es que este método puede ocasionar un diagnóstico excesivo. Entre los factores que a menudo perturban de modo inespecífico la tolerancia a la glucosa están:

- Restricción de carbohidratos.
- Reposo absoluto en cama.
- Estrés médico o quirúrgico.
- Fármacos.
- Fumar durante la administración de la prueba, o angustia por el pinchazo con la aguja.

Muchos pacientes con diabetes tipo II tienen la enfermedad antes de que se aprecien los síntomas, y por ello es importante detectar en forma primaria a personas de alto riesgo.(19)

2.2.2.6 Tratamiento

En el tratamiento, el paciente debe ser parte activa del grupo de tratamiento por lo cual la educación y la motivación son elementos fundamentales para su integración y realización, idealmente el enfoque terapéutico debe ser realizado por un equipo que conste mínimamente de un médico entrenado, una enfermera educadora, un nutricionista dietista y un Psicólogo.

El tratamiento de la diabetes Mellitus comprende cambios en el estilo de vida e interacciones farmacológicas con insulina o fármacos hipoglucemiantes ingeridos. En la diabetes tipo I la meta principal es reponer la secreción de insulina faltante; los cambios en el modo de vida se necesitan para facilitar la insulino terapia y optimizar la salud.

En casi todos los sujetos con diabetes de tipo II el cimiento de la terapéutica lo constituyen los cambios en el modo de vida. La intervención farmacológica representa una estrategia secundaria para personas que no pueden realizar tales cambios. Las estrategias terapéuticas en las dos formas de diabetes son

diferentes, pero los objetivos a corto y largo plazo en el tratamiento son los mismos. Los objetivos principales del tratamiento son evitar los síntomas derivados de la hiperglucemia y prevenir las complicaciones metabólicas agudas y crónicas. En el tratamiento deben considerarse cinco puntos fundamentales.⁽²⁰⁾

2.2.2.6.1. Ejercicios

El ejercicio es otra parte importante en el tratamiento de los diabéticos. El ejercicio regular ayuda a mantener el peso adecuado, pero más importante todavía es el beneficio sobre el aparato circulatorio.

Los músculos utilizan más glucosa durante el ejercicio vigoroso, lo cual ayuda a que el nivel de glucosa disminuya.

Su médico le ayudará a establecer un programa de ejercicios. Existe un debate en cuanto al régimen de ejercicio más adecuado para diabéticos. Si éste es muy intenso disminuirá el nivel de glucosa en sangre, y debe estar alerta ante la posibilidad de un nivel excesivamente bajo. Una buena práctica es beber leche y carbohidratos 30 minutos antes del entrenamiento. Es conveniente tener siempre a mano un carbohidrato de acción rápida (por ejemplo una tableta de glucosa) ante la posibilidad de que aparezcan síntomas de hipoglucemia (nerviosismo, debilidad, hambre etc.). Si usted tiene DMID, procure no realizar el ejercicio en los momentos de máximo efecto de su inyección.

2.2.2.6.2 Nutrición

Una dieta apropiada es esencial. De hecho para muchos pacientes con DMNID un buen programa de control de

peso es suficiente por si solo para tratar la enfermedad. Es necesario elaborar una dieta específica para cada individuo orientada, básicamente, hacia la reducción de peso mediante un control individual y el establecimiento de unos patrones de comida. Para conocer cuáles son su peso y talla ideales se puede recurrir a tablas ya establecidas. Si su peso excede en un 20% o más el valor que indica la tabla y usted no es exageradamente musculoso, entonces padece un sobrepeso.

Las bebidas alcohólicas tienden a agravar la diabetes. Así que debe de limitar el consumo de alcohol. Además el alcohol es una fuente de calorías concentrada, y su consumo puede complicar el control del peso.

La meta de todas las dietas es doble. Por una parte le ayudará a controlar la concentración de glucosa. Por otra, y muy importante, le ayudará a controlar y reducir su peso. La obesidad aumenta la necesidad que el cuerpo tiene de insulina porque la comida extra contribuye a aumentar la cantidad de glucosa en el sistema. El resultado es que el control de la concentración de glucosa en sangre se vuelve más difícil y el riesgo de complicaciones más serias también incrementa.

Los diabéticos deben regular cuidadosamente el consumo de hidratos de carbono (azúcar y almidones), grasas y proteínas. Su dietista le organizará un programa adecuado. Debe evitar el consumo de azúcares, tales como pasteles, tartas, bombones o bebidas dulces. Es conveniente incluir en la dieta alimentos ricos en fibra tales como el pan de trigo y centeno, frutas y vegetales.

2.2.2.6.3 Medicación

En principio, la insulina es una droga utilizada por diabéticos menores de 40 años, mientras que los hipoglucémicos orales los utilizan personas que han desarrollado la diabetes después de esta edad, aunque hay excepciones a esta regla.

Como su nombre indica, los pacientes con DMID requieren insulina, y aquellos con DMNID pueden o no requerir medicación. De todas formas, en todos los diabéticos, el factor más importante en el uso y dosis de los medicamentos es la voluntad individual de seguir la dieta y los ejercicios.

La decisión de usar insulina o hipoglucemiantes está basada en el grado de severidad de la diabetes. Para una persona obesa con DMNID, la dieta, acompañada por un régimen de ejercicios, será la solución. Si con estas medidas no se controla la enfermedad, su médico puede prescribir inyecciones de insulina o medicación oral. Para una persona con DMID, serán necesarias dosis de insulina, pero éstas dependerán, en parte, del cuidado que tenga en su dieta y ejercicio

2.2.2.6.4 Insulinas

La insulina puede ser de varios tipos y varias características. Algunas se obtienen del páncreas de gatos y perros pero la tecnología en años recientes, ha hecho posible conseguir la producción de insulina sintética.

Algunas variedades de insulina actúan rápidamente y otras actúan en un periodo más largo. El tipo de insulina, cantidad, períodos de tiempo etc. son medidas que se

toman según la necesidad del diabético. Una sola inyección de insulina retardada a la mañana suele ser lo más habitual, aunque puede ser necesaria una mezcla de insulina regular con la retardada e inyecciones adicionales a lo largo del día. Su médico determinará qué es lo mejor en su caso.

Para aquellos pacientes con una diabetes muy inestable, que estén preparados para llevar a cabo un programa elaborado, la mejor opción será la inyección de insulina de acción rápida antes de cada comida. Las dosis dependen de la medida de la concentración de glucosa en sangre en ese momento. Este régimen es el llamado "terapia intensiva de insulina".

El uso de una bomba de insulina ayudará a las personas con diabetes inestable. La bomba de insulina es un aparato de batería preparado para liberar continua y automáticamente una dosis de insulina a través de la aguja que se pincha en la piel del abdomen o brazo.

2.2.2.6.5 Hipoglucemiantes orales

Son medicamentos que estimulan el páncreas para incrementar la producción de insulina y se usan en una tercera parte de los pacientes con DMNID. Están indicados para los diabéticos incapaces de controlar la concentración de glucosa solo con dieta.

2.2.3. Teóricas que dan sustento a la investigación

2.2.3.1. Cuidado

Marie F. Colliere define el cuidar como un acto de vida en el sentido de que Cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y

conservar la vida y permitir que esta se continúe y reproduzca.

Cuidar es un acto individual que uno se da asimismo cuando adquiere Autonomía, pero, del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales. Esto ocurre en todas aquellas circunstancias donde la insuficiencia, la disminución, la pérdida de autonomía está ligada a la edad adulta. La curva de los cuidados, que tienen que ser necesariamente proporcionados por otra persona que no sea uno mismo, es inversamente proporcional a la curva de la edad, disminuyendo las necesidades de cuidados desde el nacimiento a la primera infancia, luego a la infancia y a la adolescencia.

En la edad adulta se pueden llegar a recibir cuidados en determinadas Circunstancias, pero estas mismas personas serán proveedoras de cuidados,

Aportarán su contribución a los cuidados por medio de la familia y del ejercicio Profesional.

Los cuidados de costumbre y habituales o cuidados de conservación y Mantenimiento de la vida, representan a todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida. Están relacionados con las funciones de conservación y de continuidad de la vida; están basados en todo tipo de hábitos de costumbre y de creencias. A medida que se constituye la vida de un grupo, nace todo un ritual, toda una cultura que programa y determina lo que se considera bueno o malo para conservar la vida.

Los cuidados de curación, relacionados con curar todo aquello que obstaculiza la vida; tiene por objetivo limitar la enfermedad, luchar contra ella y atacar sus causas.

Teorías del auto cuidado según Dorotea Orem

Orem define al auto cuidado como “las acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida, curar las enfermedades y/o heridas y hacer frente a las complicaciones”. El auto cuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre si mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y Funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Los “auto cuidados” permiten mantener la vida y la salud, lo que debe aprenderse. Ello depende de las creencias, costumbres y prácticas (nutrición, higiene, vacunas) que tiene el individuo.

Orem propone requisitos de autocuidado para la atención de enfermería (Universal, de desarrollo y de desviación de la salud) que son expresiones de los Tipos de autocuidados que los pacientes requieren. Dentro de los requisitos de autocuidado tenemos: Requisitos de *Autocuidados Universales*, llamados también de *Base*, son comunes a todos los seres humanos durante todas las etapas de su ciclo vital, tales como: actividades de la vida cotidiana, higiene física, mental. Comprende:

- Aire, alimentación y agua

- Eliminación

- Salud, interacciones sociales.
- Actividad y reposo
- Acontecimientos que ponen en peligro la vida y el bienestar
- Normalidad en relación al crecimiento y desarrollo, salud física y mental, compartir creencias y prácticas relativas a la salud y enfermedad

Requisitos del desarrollo, están asociados con las condiciones y eventos que ocurren durante diversos estadios del ciclo vital, eventos que pueden afectar adversamente el desarrollo (el embarazo).

Requisitos de *Autocuidados en Relación a Desviaciones del Estado de Salud*, (depende del grado de afección ocasiona dependencia). Están asociados con defectos de constitución corporal, genéticos y desviaciones humanas, estructurales y funcionales, con sus efectos, medidas de diagnóstico y tratamiento médico. Así tenemos los Sistemas de Cuidados de Enfermos; en el cual las enfermeras pueden atender a los individuos identificando tres tipos de sistemas:

- * Sistema de compensación total, el paciente no tiene papel activo en los autocuidados (paciente grave o en estado de coma). El profesional de enfermería lleva a cabo el cuidado terapéutico del paciente. “Hacer por el otro”
- * Sistema de compensación parcial, el paciente participa en los cuidados de higiene. Puede existir distribución de responsabilidad y difiere según la limitación física o psíquica del paciente, conocimiento científico de las técnicas requeridas y preparación

psicológica para llevar a cabo o aprender determinadas tareas (hemipléjico). El personal de enfermería ejecuta algunas medidas de autocuidado para el paciente, compensa las limitaciones para su autocuidado. “Hacer con el otro” * Sistema de Apoyo Educativo (11), el paciente es capaz de llevar a cabo o aprender algunas medidas de autocuidado terapéutico pero que puede ser ayudado o prestado por otra persona (familiar, apoyo, guía, enseñanza). “Dejar hacer al otro”

2.2.3.2. Proceso de cuidado de enfermería al paciente diabético aplicando modelo Dorothea Orem

Valoración

Es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente diabético a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

El paciente diabético no insulino dependiente, de acuerdo a su estado de salud va a requerir de ciertos sistemas de cuidados, por ejemplo, si recién ha sido diagnosticado de diabetes va a requerir cuidado de apoyo educativo, también si presenta las complicaciones propias de la diabetes antes mencionadas, tales como: hipoglucemia, retinopatía, nefropatía y neuropatía diabética, entre otras va a requerir sistema de compensación total o parcial.

Diagnóstico

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente diabético que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro, como por ejemplo las complicaciones que podría presentar el paciente diabético.

Planificación

Esta es la fase de operaciones prescriptas, aquí se trata de establecer y llevar a cabo los cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados

El paciente diabético debe realizar diversos cuidados que han sido mencionados anteriormente tales como cumplir con su cuidado farmacológico,

Dietético, ejercicios, higiénicos y de la vista, para mejorar su calidad de vida y así evitar las diversas complicaciones y por ende las repercusiones en el aspecto biopsicosocial espiritual. Las personas con diabetes reciben un tratamiento el cual tiene como objetivo normalizar la glucemia para reducir el

desarrollo de las complicaciones vasculares y neuropáticas.

2.2.3.3. El cuidado descansa sobre cuatro pilares fundamentales

Educación en el paciente diabético

- Cuidado farmacológico

- Cuidado dietético

- Cuidados de la vista

Educación al paciente diabético,

Tiene por objetivo brindar conocimientos y destrezas que permiten al paciente diabético participar en su autocuidado colaborando de esa manera permanentemente con el equipo de salud que lo atiende.

La educación se puede impartir de manera individual o en grupo. La educación individual se inicia en la primera consulta, se le debe explicar al Paciente cuales son las características de la enfermedad que le aqueja, las pautas alimentarias y medicamentosas, se hablará acerca de la importancia del autocuidado, el peligro de los pies, cuidado de los ojos, control de la presión arterial ventajas del ejercicio físico; debe ser permanente en todas las consultas que asiste el paciente. También en la consulta se debe enfatizar el aspecto emocional del paciente respecto de su enfermedad ya que este se ve muy afectado.

La educación grupal no debe exceder los 20 minutos, debe ser dinámica, permitiendo la participación para

hacerlas más ágiles; siempre deben ser seguidas de un intercambio de preguntas y respuestas destinadas a permitir que los mismos pacientes encuentren las soluciones y canalicen su ansiedad.

Las técnicas educativas a utilizar pueden ser variadas, tales como: lluvia de ideas, exposición dialogada entre otras.

Cuidado farmacológico

Tiene como objetivo controlar la glicemia y evitar las complicaciones. El paciente diabético recibe una terapia con pastillas o insulina, que es una hormona producida en las células beta de los islotes de Langerhans en el páncreas. El principal estímulo para su secreción es la concentración de glucosa en la sangre. La secreción de la insulina no es constante y hace picos en respuesta a la ingesta de alimentos. Los mayores efectos de la insulina sobre la homeostasis de los carbohidratos son consecuencia de su unión específica a receptores en la superficie de células de tejidos sensibles, hígado, músculo y grasa. Inhibe la producción hepática de glucosa y promueve su utilización periférica reduciendo así las concentraciones de la glucosa sanguínea. Inhibe también la lipólisis previniendo la formación de cuerpos cetónicos. La insulina es esencial en el diabético tipo 1, ya que ningún paciente puede sobrevivir a largo plazo sin una terapia de reemplazo. En la diabetes tipo 2 la insulina es necesaria para controlar los niveles de glucosa, si es que no tienen resultado la dieta y los agentes hipoglicemiantes orales.

En cuanto a las vías de administración se encuentran: la vía subcutánea, que es la más usual para el tratamiento diario. Las cuatro áreas principales para la inyección son abdomen, brazos (superficie posterior), muslos (superficie anterior) y cadera. La estabilidad de absorción es mayor en el abdomen y disminuye de manera progresiva en brazos, muslos y cadera. Se recomienda al paciente utilizar todos los lugares de inyección posibles, en lugar de rotar los sitios al azar para facilitar la absorción constante de insulina. El ángulo para la introducción de la aguja es 45o.

También se usan los agentes hipoglucémicos bucales, estos son eficaces en pacientes con diabetes tipo 2 que no pueden ser tratados con dieta solamente. Se utilizan sulfonilureas que actúan estimulando directamente el páncreas para que secrete insulina.

Cuidado dietético

Tiene por objetivo:

- Mantener el nivel de la glucosa normal, o lo más cerca de lo normal durante todo el día.
- Mantener el nivel de colesterol, triglicéridos y lípidos, sobre todo el nivel de LDL (lipoproteína de baja densidad) dentro de los límites normales ya que la elevación de los lípidos constituye factores de riesgo para enfermedad cardiovascular.
- Mantener el peso corporal, el llamado “peso ideal” El plan de alimentación del diabético debe enfocarse en el porcentaje de calorías provenientes de carbohidratos, proteínas y grasas. Se recomienda

comer alimentos variados: frutas frescas, verdura, pescado, carne, huevos.

- La mayor ingesta de carbohidratos complejos tales como pan integral, cereales, arroz y pastas; porque se digieren más rápido que otros alimentos y se convierten con prontitud en glucosa. · Se recomienda reducir el consumo de grasas de origen animal ya que contienen muchas calorías (manteca, aceite, grasa de cerdo y res)
- Consumir de preferencia proteínas de origen no animal. El comer menos estos alimentos ayuda a reducir riesgos de contraer problemas al corazón.
- El consumo de fibras tales como leguminosas, avena y algunas frutas, vegetales, pan y cereales integrales ayuda a disminuir la glucosa y los lípidos en la sangre, evita el estreñimiento, aumenta la saciedad y ayuda a perder peso y reducir el azúcar y la grasa en sangre.
- Es importante consumir alimentos en un horario determinado, para evitar complicaciones como la hipoglucemia.
- Recomendaciones nutricionales de la Asociación Americana de Diabetes refieren la ingestión de grasas poli insaturadas serie Omega 3, provenientes del pescado y otros alimentos de origen marino, ya que favorecen la función de coagulación de los pacientes con diabetes tipo 2.

Cuidados de la Vista

Para el cuidado de la vista, se debe consultar frecuentemente al oftalmólogo, ya que es la mejor

forma de preservar la visión, porque permite el diagnóstico precoz de retinopatía. Mínimo una vez cada año, se debe hacer el examen de los ojos aun cuando no se tenga problemas de la vista; el cual consiste en que el oftalmólogo va hacer un procedimiento llamado dilatación de la pupila para poder ver la retina y detectar lo antes posible las complicaciones y tratarlas inmediatamente y evitar problemas más graves después. Pedir al oftalmólogo que lo examine para ver si tiene cataratas o glaucoma.

También es importante mantener la glucosa en la sangre y la presión arterial dentro de los límites normales, ya que así se contribuye a la disminución de la aparición de complicaciones.

También se debe realizar el cuidado de los pies que incluye aseo adecuado, secado, lubricación (se debe tener cuidado que no se acumule la humedad del agua o de la loción entre los dedos).

Brunner menciona que también se deben revisar los pies diariamente en busca de cualquier signo de enrojecimiento, ampollas, fisuras, callosidades, úlceras; se puede utilizar un espejo para revisar la planta de los pies o pedir a un miembro de la familia que lo haga. No debe usar zapatos apretados, porque favorecen la formación de ampollas; importante siempre usar zapatos o pantuflas. No andar descalzo, ni siquiera en casa.

Si se tiene la piel seca, se debe untar crema lubricante después de lavarse los pies y secarlos. No se debe poner crema lubricante entre los dedos de los pies.

Se debe cortar las uñas de los pies una vez por semana, cuando estén suaves después del baño, siguiendo el contorno del dedo y procurando que no queden demasiado cortas. No cortar las orillas porque podría cortarse la piel. Si las esquinas quedan filosas, pueden causar una herida que puede infectarse limarse las uñas con una lima de cartón. Siempre use zapatos o pantuflas. No ande descalzo, ni siquiera en casa.

2.2.4. Intervención de enfermería

En esta etapa se refiere a las operaciones de tratamiento o reguladoras. La enfermera va brindar sus cuidados al paciente diabético dependiendo de las situaciones en que se encuentre tal es así, que puede brindar un sistema totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de apoyo.

En el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins existe el programa de diabetes, allí el paciente diabético es atendido por un equipo multidisciplinario comprendido por: un medico, enfermera, nutricionista, psicóloga, asistente social, quienes cubren las necesidades del mismo.

La enfermera realiza una serie de cuidados, encontrándose entre los cuidados de apoyo educativo la consulta de enfermería.

Según Sansón, dentro del cuidado que brinda la enfermera al paciente se encuentra la Consulta de Enfermería, que es una actividad en la que enfatiza la promoción y la prevención de la salud.

La consulta de enfermería funciona como un recurso para un diagnóstico de enfermería en el que empleando el proceso de atención de enfermería se identifican los

problemas de salud del paciente en estudio, profundiza y elabora un plan de cuidado para la solución de problemas identificados, se crea espacios para la actuación de enfermeros y contribuye para la mejoría de condiciones de salud de la población. La consulta de enfermería es individualizada y requiere conocimiento, competencia y responsabilidad. Delega al enfermero la autonomía de decidir las metas a ser atendidas en conjunto. Para obtener resultados significativos en la consulta de enfermería se debe detectar con precisión los problemas que evidencian desequilibrios, distinguiendo con exactitud las variaciones de cada paciente, esta consulta tiene como propósito maximizar las interacciones del paciente con su ambiente y fomentar el máximo bienestar del mismo. Además es importante detectar los sentimientos, intereses, comportamientos a fin de delinear con seguridad las acciones de cuidado. La consulta de enfermería envuelve a todo el equipo profesional de salud, ya que todos cubren las necesidades de individuo. No se limita a un consultorio, abarca al cliente, familia y comunidad, por lo que enfermería cumple un rol muy importante en el tratamiento de la diabetes, actuando a nivel de los factores socioculturales , en el nivel de prevención secundaria proporcionando al paciente y su familia las herramientas y el conocimiento necesarios para un tratamiento exitoso de la diabetes.

Además fomentan el bienestar biopsicosocial del paciente y su familia, que atraviesan por esta enfermedad crónica que tiene muchas complicaciones a corto y largo plazo.

Dentro de los objetivos del nivel de prevención secundaria se tienen.

- Procurar el buen control de la enfermedad tanto como sea posible.
- Prevenir las complicaciones agudas y crónicas.
- Retardar la progresión de la enfermedad.
- Mejorar la calidad de vida

Es así que la enfermería ejecuta una serie de acciones dirigidas a los pacientes diabéticos, modificando sus estilos de vida, favoreciendo el cumplimiento de su autocuidado y mejorando así la calidad de vida de los mismos.

Evaluación de enfermería

Corresponde a la última etapa del proceso de enfermería, sin embargo, existe a lo largo de las etapas anteriores, ya que permite la reorientación de las intervenciones.

En esta etapa, se compara los resultados definitivos de la aplicación del plan de cuidados a la persona diabética y los objetivos.

Implica la realización de cuatro aspectos:

- Recolección de datos sobre déficit o capacidades de la persona diabética
- Comparación de los datos recuperados y los resultados
- Emisión de un juicio sobre la pertinencia de las intervenciones
- Revisión y retroalimentación del plan de cuidados al paciente diabético.

Meléndez menciona que en el autocuidado del paciente diabético influyen muchos factores o circunstancias, tales

como: socioculturales, por lo que es necesario tomar en cuenta la ocupación, creencias, entre otros, dichos factores favorecen o limitan el cumplimiento del autocuidado

Madeleine Leninger. La teoría de la transculturalidad aporte realizado por La enfermería transcultural nos dice que un área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado está basada en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlos a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades. En este caso el trabajo de investigación tiene en cuenta la teoría fundamentada en que debemos considerar el nivel cultural de los pacientes que asisten al programa y con ello también tener en cuenta el nivel de instrucción, sus creencias, costumbres y que estas pueden ser adecuadas y/o erróneas sobre los cuidados que tienen entorno a su enfermedad.

2.3 DEFINICION DE TÉRMINOS

- **Anamnesis**

Significa interrogatorio. Después de la entrevista clínica, el médico debe recoger de forma sistemática los datos que le permitan elaborar una patografía de su paciente. La anamnesis, parte de la historia clínica, recoge datos como la filiación, el motivo de consulta, los antecedentes familiares y personales, etc., aunque de algunos ya tendremos extensa noticia a través de la entrevista realizada anteriormente. El interrogatorio sistemático nos debe permitir conocer los síntomas más relevantes y su devenir en la biografía del paciente. Se trata de realizar una hipótesis diagnóstica que nos permita recoger los datos para confirmarla o no.

- **Glucosuria**

La glucosuria es la presencia de glucosa en la orina a niveles elevados. La glucosa se reabsorbe en su totalidad a nivel de las nefronas, las unidades funcionales del riñón donde se produce la depuración de la sangre

- **Poliuria**

La poliuria o gasto urinario excesivo es un síntoma médico que consiste en una emisión de un volumen de orina superior al esperado. Se define como un volumen superior a 2,5 litros en 24 horas para adultos y superior a 2-2,5 litros/24 horas para niños

- **Polidipsia**

Sensación de sed excesiva

- **Polifagia.**

Ingestión excesiva de alimentos. La polifagia (asociada con polidipsia y poliuria) es un síntoma clásico de la diabetes mellitus

- **Glucemia**

La glucemia es un valor científico por el cual se puede medir o calcular la presencia de azúcar en la sangre de una persona o animal. Si entendemos que el azúcar es en gran medida uno de los alimentos más importantes para sobrevivir, presentar condiciones de hipoglucemia significará que el nivel promedio de azúcar es muy bajo mientras que la hiperglucemia supondrá exceso de azúcar en la sangre de acuerdo al tipo de alimentación que uno lleve.

2.4 HIPOTESIS

H^a.- El conocimiento sobre las medidas de autocuidado que tienen los pacientes diabéticos que asisten al programa de diabetes

del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Lima- 2012, es de nivel medio.

H°.- El conocimiento sobre las medidas de autocuidado que tienen los pacientes diabéticos que asisten al programa de diabetes del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Lima- 2012, es de nivel bajo.

2.5 VARIABLE

2.5.1 Definición conceptual de la variable

Conocimiento sobre las medidas de auto-cuidado es la práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar

2.5.2 Definición operacional de la variable

Aplicación de las medidas de auto cuidado

Son todas las acciones preventivas promocionales como educación accesibilidad a los servicios de salud y sus creencias por medio de información

2.5.3. Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES DE LA VARIABLE	INDICADORES
<p>Conocimientos de las medidas de autocuidado</p>	<p>Cuidado en la alimentación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuida la ingesta de Alimentos ✓ Reconoce el tipo de alimentación que debe seguir. ✓ Tiene adecuada elección alimentaria
	<p>Movilización y actividades físicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realiza ejercicios Aeróbicos ✓ Caminar ✓ Utiliza la ropa y zapatos adecuados para los ejercicios y/o caminatas.
	<p>Cuidado en las conductas de riesgo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuida exponerse a sustancias nocivas ✓ Cuida exponerse su salud por la falta de control médico y seguir las indicaciones

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Este trabajo es de enfoque cuantitativo de tipo no experimental de nivel descriptivo y de corte transversal.

Es de enfoque Cuantitativo: Porque se usa la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. Hernández Sampieri

Es de Nivel descriptivo: El investigador se limita a la observación de los hechos tal como ocurren con el objeto de describirlos, no busca explicar ni analizar las causas de esos hechos sino presentarlos.

Corte transversal: Se recolectan los datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Hernández Sampieri.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins ubicado en el distrito Jesús María departamento de Lima colinda con la avenida Salaverry es un establecimiento de salud central N° 2 de Es Salud. De nivel IV (Máximo

Nivel Posible) Donde se admiten a todo tipo de pacientes con diversas patologías.

3.3 POBLACION Y MUESTRA

La población

Conformado por 50 pacientes diabéticos que asisten al programa de diabetes mellitus del Hospital Edgardo Rebagliati Martins en los turnos de la mañana.

La muestra

Fue de manera no probabilística e intencional ya que estuvo conformado por 50 pacientes diabéticos que asisten al programa de diabetes mellitus del Hospital Edgardo Rebagliati Martins en los turnos de la mañana teniendo, los siguientes criterios.

1) Criterios de Inclusión:

- Personas enfermas con Diabetes Mellitus tipo II que son atendidos en el programa.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.
- Pacientes de ambos géneros.

2) Criterios de Exclusión:

- Pacientes con Diabetes tipo I
- Pacientes nuevos o recién inscritos en el servicio de medicina o Programa de Diabetes.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario que fue realizado según los indicadores de la investigación.

3.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento fue sometido a un juicio de experto por medio de los cuales se dieron la validación de los instrumentos realizados para poder aplicarlos.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Esta investigación se llevó a cabo en forma ordenada y coordinada con el propósito de lograr obtener toda la información requerida y la obtención de datos confiables con el fin de evaluar las medidas de auto cuidado de los pacientes diabéticos del programa de diabetes mellitus del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN SEGÚN GÉNERO DE LOS PACIENTES

GENERO	N	%
Masculino	29	58
Femenino	21	42
Total	50	100

Interpretación: Se observa que el 58%(29) de los pacientes son de género masculino, el 42%(21) son de género femenino.

GRAFICO N° 1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN GÉNERO DE LOS PACIENTES

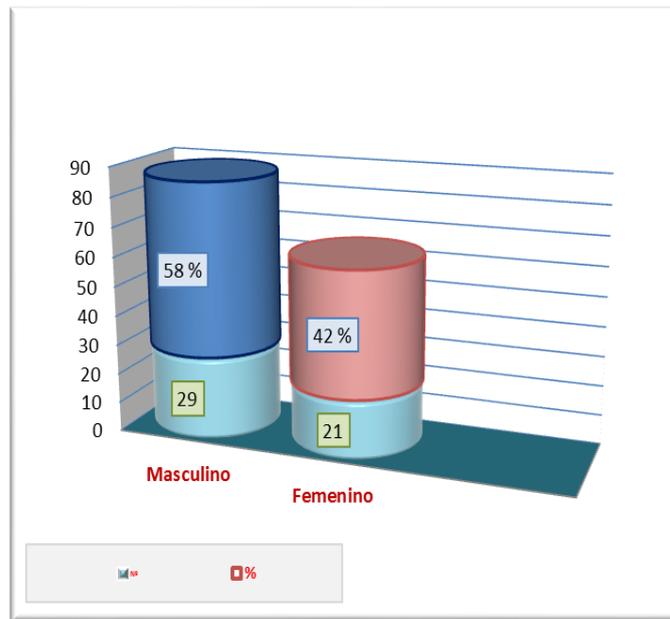


TABLA N° 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE AUTO CUIDADO QUE TIENEN LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS LIMA - 2012

Nivel	N	%
Alto	14	28
Medio	29	58
Bajo	7	14
Total	50	100

Interpretación: Se observa que el 58%(29) de los pacientes tienen nivel medio de conocimiento sobre medidas de autocuidado frente a la enfermedad, el 28%(14) tienen un nivel alto y el 14%(7) tienen un nivel bajo.

GRAFICO N° 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE AUTO CUIDADO QUE TIENEN LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS LIMA - 2012

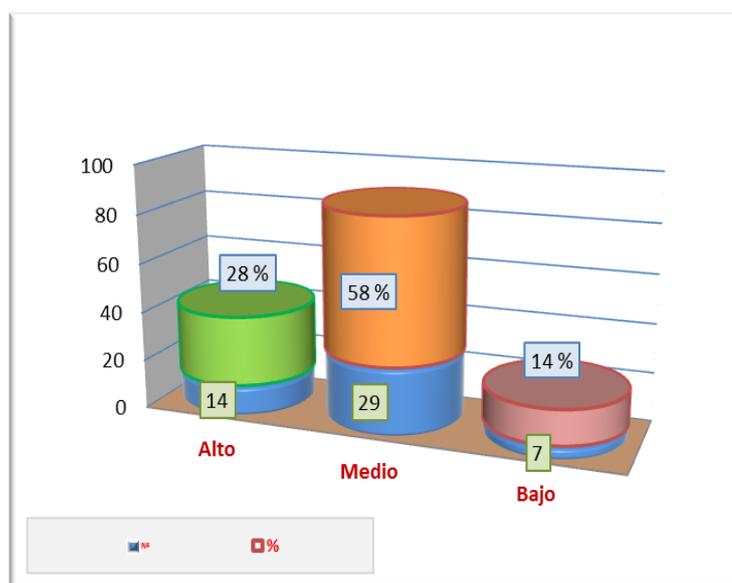


TABLA N° 3

**CONOCIMIENTO SOBRE LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO EN LA
DIMENSIÓN CUIDADO EN LA ALIMENTACIÓN EN LOS PACIENTES CON
DIABETES QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL
NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS LIMA - 2012**

Nivel	N	
	N	%
Alto	13	26
Medio	29	58
Bajo	8	16
Total	50	100

Interpretación: Se observa que el 58%(29) de los pacientes tienen un nivel medio sobre autocuidado en la dimensión alimentación frente a la enfermedad de la diabetes mellitus, el 26%(13) tienen un nivel alto y el 16%(8) tienen un nivel bajo.

GRAFICO N° 3

CONOCIMIENTO SOBRE LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN CUIDADO EN LA ALIMENTACIÓN EN LOS PACIENTES CON DIABETES QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS LIMA - 2012

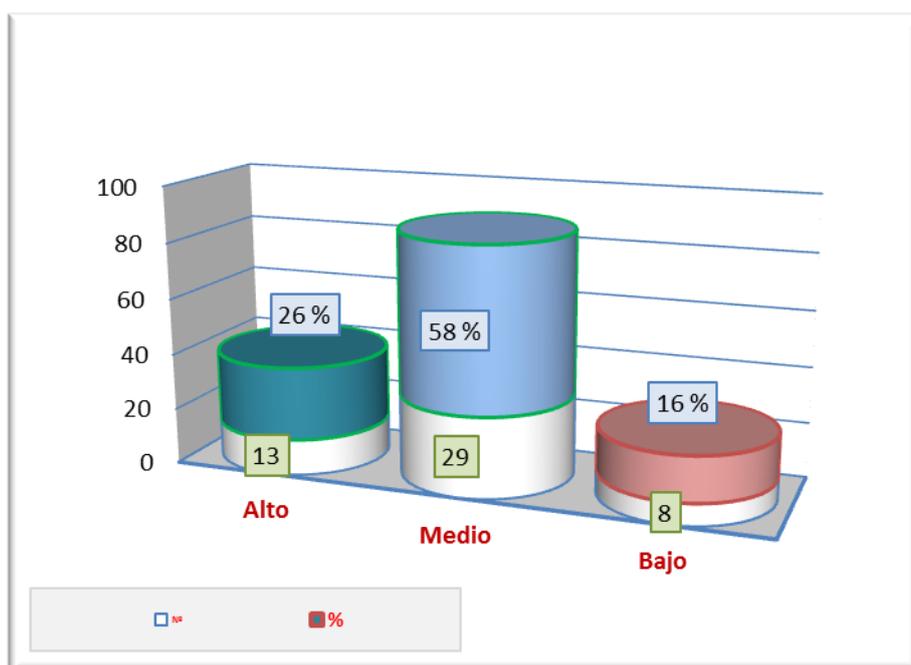


TABLA N° 4

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO CONOCIMIENTO
SOBRE LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN CUIDADO
EN LA MOVILIZACIÓN Y ACTIVIDADES FÍSICAS EN LOS PACIENTES
CON DIABETES QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS LIMA - 2012**

Nivel	N	
		%
Alto	12	24
Medio	30	60
Bajo	8	16
Total	50	100

Interpretación: Se observa que el 60%(30) de los pacientes tienen nivel medio de conocimiento sobre medidas de autocuidado en la dimensión cuidado en la movilización y actividades físicas en los pacientes e el 24%(12) tienen un nivel alto y el 16%(8) tienen un nivel bajo.

GRAFICO N° 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO CONOCIMIENTO SOBRE LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN CUIDADO EN LA MOVILIZACIÓN Y ACTIVIDADES FÍSICAS EN LOS PACIENTES CON DIABETES QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS LIMA - 2012

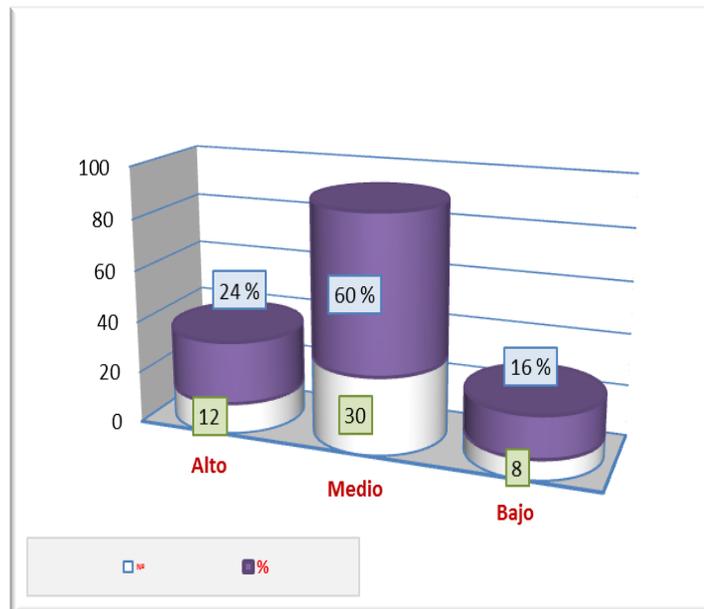


TABLA N° 5

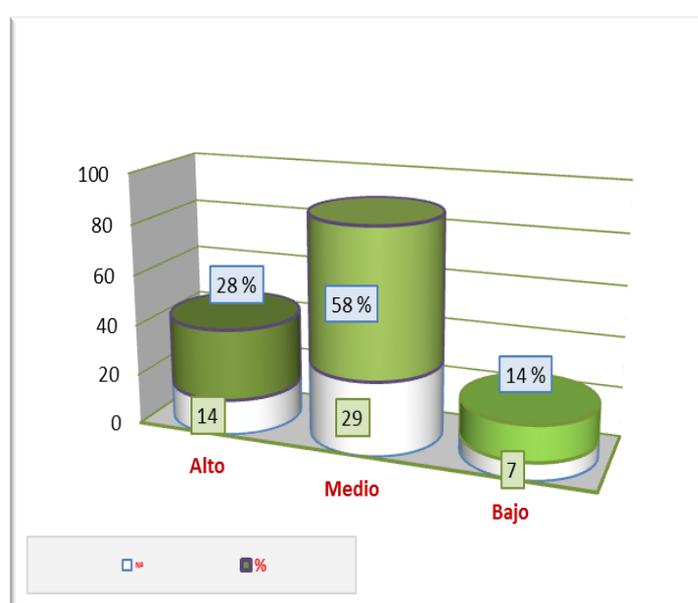
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO CONOCIMIENTO
SOBRE LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN CUIDADO
EN LAS CONDUCTAS DE RIESGO EN LOS PACIENTES CON DIABETES
QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS LIMA - 2012**

Nivel	N	
	N	%
Alto	14	28
Medio	29	58
Bajo	7	14
Total	50	100

Interpretación: Se observa que el 58%(29) de los pacientes tienen nivel medio de conocimiento medidas de autocuidado en la dimensión cuidado en las conductas de riesgo frente a la enfermedad, el 28%(14) tienen un nivel alto y el 14%(7) tienen un nivel bajo.

GRAFICO N° 5

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO CONOCIMIENTO
SOBRE LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN CUIDADO
EN LAS CONDUCTAS DE RIESGO EN LOS PACIENTES CON DIABETES
QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS LIMA - 2012**



CAPITULO V: DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta las variables intervinientes Se observa que el 58%(29) de los pacientes son de género masculino, el 42%(21) son de género femenino. Predomina un nivel medio de conocimiento sobre las medidas de auto cuidado de los pacientes diabéticos que asisten al programa de diabetes del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins 2012.

El nivel de conocimiento sobre autocuidado en la dimensiones alimentación, cuidado en la movilización, actividades físicas cuidado en las conductas de riesgo a la enfermedad predominantemente también es de nivel medio, entonces es posible decir que la mayor parte de la población sabe qué hacer y de qué manera prevenir frente a posibles complicaciones, ya que cuenta con un nivel de conocimiento medio y alto el resultado es similar a lo obtenido por Puertas Montes Rita publicado en 2008 donde se encuentra que el 57% de los pacientes con la enfermedad de diabetes aprendieron a cuidarse y convivir con la enfermedad de tal manera que tienen un conocimiento medio de autocuidado frente a la diabetes mellitus.

Teniendo en cuenta los resultado de la investigación se puede ver que las analizar que las áreas de conocimiento tienen resultados similares ya que todas nos muestran que es un mínimo porcentajes de usuarios que obtuvieron un nivel bajo corroborando que reciben y/o recibieron información, ya que siempre predomina el nivel medio y alto en población.

CONCLUSIONES

- El género que predomina entre los pacientes es el género masculino y el 42%(21) son de género femenino.
- El mayor porcentaje de los pacientes tienen nivel medio de conocimiento sobre medidas de autocuidado frente a la enfermedad, el 28%(14) tienen un nivel alto y el 14%(7) tienen un nivel bajo.
- El 58% de los pacientes tienen un nivel medio sobre autocuidado en la dimensión alimentación frente a la enfermedad de la diabetes mellitus, el 26% tienen un nivel alto y el 16% tienen un nivel bajo.
- El mayor porcentaje de los pacientes tiene un nivel medio de conocimiento sobre medidas de autocuidado en la dimensión cuidado en la movilización y actividades físicas en los pacientes el 24% tienen un nivel alto y el 16% tienen un nivel bajo.
- Respecto a la dimensión cuidado en las conductas de riesgo como fumar, tomar alcohol el 58%(29) de los pacientes tienen nivel medio, el 28%(14) tienen un nivel alto y el 14%(7) tienen un nivel bajo.

RECOMENDACIONES

- Al encontrar que predomina un nivel medio y un mínimo porcentaje de pacientes con un nivel bajo muestra la necesidad de hacer llegar los resultados de la investigación con la finalidad de que sirva para tener una visión más clara del trabajo educativo que realiza el personal de salud y con ello reconocer las medidas de autocuidado ya que el conocimiento y/o desconocimiento que tienen los pacientes es el fundamento muchas veces de sus actos

- Se recomienda que tomar en cuenta la investigación nos permite reconocer las necesidades de nuevas estrategias para el reforzar o instruir y así poder concientizar a los pacientes diabéticos en que el cuidado empieza por cuidarse ellos mismos.

- Se recomienda que el profesional de enfermería brinde permanente orientación y con ello fomentar el autocuidado de la salud ya que depende de ellos el cuidado en su alimentación, movilización, actividad física y evitar las conductas de riesgo.

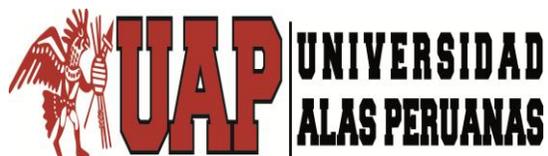
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hoeschst Marion Roussel. Investigación sobre consejos para el diabético no insulino dependiente: La dieta del diabético. Disponible en: http://www.fisterra.com/salud/1infoconse/diabetes_mellitus.asp.
2. Gallo Vallejo FJ. Manual del Residente de medicina familiar y comunitaria. 2ª ed. Madrid: Semfyc; 1997. Disponible en http://www.fisterra.com/salud/1infoconse/diabetes_mellitus.asp.
3. González A, Carballosa E, González D. Morbilidad por el síndrome de pie diabético. Rev Cubana Ang Cir Vasc. 2003; (4):12-6. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_1_08/mgi07108.htm
4. Silvia Alarcón Sanhuesa “capacidad de auto cuidado del paciente diabético crónico, al nivel internacional en el año 1993
5. Gabriel G. Norabuena “Capacidad de auto cuidado de los pacientes diabéticos tipo 2 y su relación con factores individuales y socioculturales en el año 1991” en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.
6. Alvares Peña “la influencia de algunos factores socio culturales y nivel de conocimiento en el auto cuidado de los pacientes con diabetes mellitus no insulina dependientes” Noviembre - Diciembre 1989 Hospital Cayetano Heredia- lima
7. OMS. Diabetes Mellitus. Perú (en línea). España: http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es (15 de setiembre)
8. OREM, Dorothea. “Normas prácticas de Enfermería”. España. Edit. Lave.1990. Pág. 181

9. Alarcón Sanhueza, Silvia. Capacidad de Autocuidado del Paciente Diabético Crónico. (Tesis para optar el título profesional de enfermería). Chillán, Chile. 1993. Pág. 124
10. Norabuena Jacome, Gabriela. Capacidad de autocuidado de los pacientes
11. diabéticos tipo II y su relación con factores individuales y socioculturales en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. (Tesis para optar el título profesional de enfermería). UNMSM, Lima, Perú. 1991. Pág. 78
12. Álvarez Peña, Marlene. Influencia de algunos factores socioculturales y nivel de conocimiento en el autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente del Hospital Cayetano Heredia. UPCH. Lima, Perú. 1989. Pág 89
13. HARRISON. “Principios de Medicina Interna”. México. Edit. Interamericana. 1997. Pág. 2283
14. CALDERÓN VELAZCO, Rolando. “Diabetes Mellitus en el Perú”. Perú. Edit. UNMSM. 1996. Pág. 63 – 67
15. BRUNNER. “Enfermería médico quirúrgico”. España. Ed. Interamericana. 1998. Pág. 1092
16. COLLIÈRE, Marie-Francoise. “Promover la Vida”. España. Ed. Mc Graw Hill. 1993. Pág. 232-237.
17. MARCELO ANDRÉS SARAIVA GALLARDO, Ph. D proyectos e informes de investigación Orientación metodológica para la elaboración de investigación –España-Madrid; 2008

ANEXOS

ANEXO 1



MATRIZ DE CONSISTENCIA

AUTOR: LIZANA PÉREZ JENNY

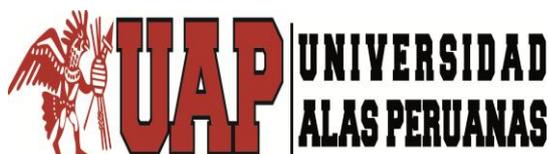
TÍTULO: CONOCIMIENTO SOBRE LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO QUE TIENEN LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS LIMA- 2012

PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	HIPOTESIS
¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre las medidas de autocuidado que tienen los pacientes diabéticos que asisten al programa de diabetes del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Lima- 2012?	<p>General Determinar el nivel de conocimiento sobre las medidas de autocuidado que tienen los pacientes diabéticos que asisten al programa de diabetes del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Lima- 2012</p> <p>Objetivos específicos: ✓ Identificar el</p>	Conocimiento de las medidas de autocuidado	<p>Cuidados en la alimentación</p> <p>Cuidados en la movilización y actividades</p>	<p>✓ Cuida la ingesta de Alimentos</p> <p>✓ Tiene adecuada elección alimentaria</p> <p>✓ Realiza ejercicios Aeróbicos</p> <p>✓ Caminar</p>	<p>H^a.- El conocimiento sobre las medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten al programa de diabetes del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Lima- 2012, es de nivel medio.</p> <p>H^o.-El conocimiento sobre las medidas de autocuidado que</p>

	<p>conocimiento sobre las medidas de autocuidado en la dimensión cuidado en la alimentación en los pacientes diabéticos con diabetes que asiste al programa de diabetes del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Lima-2012</p> <p>✓ Identificar el nivel de conocimiento sobre las medidas de autocuidado en la dimensión cuidado entorno a la movilización y actividades físicas en los pacientes diabéticos con diabetes que asiste al programa de diabetes del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins</p>		<p>físicas</p> <p>Cuidado en la conducta de riesgo</p>	<p>✓ Utiliza la ropa y zapatos adecuados para los ejercicios y/o caminatas.</p> <p>Cuida exponerse a sustancias nocivas</p> <p>Cuida exponerse su salud por la falta de control médico y seguir las indicaciones</p>	<p>tienen los pacientes que asisten al programa de diabetes del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Lima- 2012, es de nivel bajo.</p>
--	--	--	--	--	--

	<p>Lima-2012</p> <p>✓ Reconocer el nivel de conocimiento sobre las medidas de autocuidado en la dimensión cuidado entorno a las conductas de riesgo en los pacientes diabéticos con diabetes que asiste al programa de diabetes del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Lima-2012</p>				
--	--	--	--	--	--

ANEXO 2



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

I. INSTRUCCIONES

Estimado señor(a) el siguiente cuestionario cuyo objetivo es recopilar datos sobre conocimientos en las medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos que asisten al programa de diabetes del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins– 2012. Por ello solamente necesito que llenen este cuestionario y no tiene necesidad de identificarse.

II. CUESTIONARIO PARA PACIENTES DIABETICOS

Pregunta	Si (1)alto	Alguna veces (2) Medio	No (3) Alto
A. <u>Cuidado</u> de su alimentación			
1.-Sabe que debe consumir alimentos con poca sal y azúcar o solamente lo indicado			
2. Reconoce que las charlas sobre nutrición que usted recibe contribuyen en el conocimiento de la alimentación a seguir por su enfermedad			
3. Conoce que se debe consumir una dieta en base a menestras carnes magras aves de corral y pescado			
4. Conoce que se debe consumir una dieta en base a vegetales granos integrales fruta productos lácteos sin grasa			
5. Usted lleva una nutrición óptima.			
6.-.Usted actúa con responsabilidad sobre su alimentación básica.			
B. Cuidados en la actividad física			
7. Usted realiza ejercicios aeróbicos.			

8. Con que frecuencia realiza usted sus ejercicios			
9. Tiene inconvenientes al momento de realizar sus ejercicios.			
10 Usted realiza actividades forzadas.			
11. Usted cree q la actividad forzada son optimas.			
12. Usted recibe apoyo en sus actividades forzadas			
13. Conoce y/o tiene conocimiento de que es necesario la práctica de actividad en ejercicios en forma individual.			
14. Usted cree que lo favorece en la relajación y la concentración.			
15. Usted cree que son necesarias estas actividades.			
C. Conducta de riesgo			
16. Usted no asiste a las consejerías y/o charlas educativas brindadas en beneficio de su salud.			
17. Conoce y/o tiene conocimiento de las consecuencias que puede originar fumar y tomar alcohol más para su salud.			
18.-Conoce y/o tiene conocimiento que pone en riesgo su salud y su vida si no evita los excesos.			
19.-Conoce y/o tiene conocimiento sobre los signos de alarma por elevada glucosa la cual le indica que está en riesgo su salud.			
22. Usted siente el apoyo del entorno que lo rodea.			