



**UAP** | **UNIVERSIDAD  
ALAS PERUANAS**

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

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOUIDADO FRENTE  
A LA ENFERMEDAD DIABETES MELLITUS TIPO II DEL  
ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL NACIONAL MARÍA  
AUXILIADORA SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA 2013”**

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

**BACHILLER: HUARINGA USURIN, KELLY**

**LIMA - PERÚ**

**2016**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO FRENTE  
A LA ENFERMEDAD DIABETES MELLITUS TIPO II DEL  
ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL NACIONAL MARÍA  
AUXILIADORA SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA 2013”**

## **DEDICATORIA**

Dedico esta investigación trabajo a Dios por darme las fuerzas para seguir adelante y a mis padres por apoyarme en todo.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón y mi mente, y por poner a personas que han sido mi soporte y compañía dentro de estos años.

A mis amigos, compañeros que siempre creyeron en mí.

**RESÚMEN** El estudio de investigación tenía como objetivo general determinar el nivel de conocimiento sobre auto cuidado frente a la enfermedad diabetes Mellitus tipo II del adulto mayor en el hospital nacional María Auxiliadora San Juan de Miraflores 2013. Fue un estudio de tipo no experimental de nivel descriptivo y de corte transversal, con una muestra de 35 pacientes con diabetes mellitus que aceptaron participar de la investigación.

El mayor porcentaje de pacientes tienen entre 71 a 75 años y un mínimo porcentaje de ellos tienen 76 a 80 años. Asimismo el mayor número de pacientes de la muestra de estudio fueron de género masculino.

El conocimiento sobre auto cuidado frente a la enfermedad diabetes Los conocimientos sobre autocuidado en la dimensión alimentación, frente a la enfermedad diabetes mellitus es de nivel medio, con tendencia de ser de nivel alto y solo hay un mínimo porcentaje con un nivel bajo.

En las dimensiones actividad física, nivel medio en el conocimientos sobre autocuidado en las dimensiones actividad física y conducta de riesgo y un mínimo porcentaje de los pacientes tienen un nivel bajo.

**Palabras claves:** Diabetes mellitus y autocuidado

**ABSTRAC**

The general objective of the research study was to determine the level of knowledge about self-care against diabetes mellitus type II disease of the elderly in the National Hospital María Auxiliadora San Juan de Miraflores 2013. It was a non-experimental study of descriptive level and With a sample of 35 patients with diabetes mellitus who agreed to participate in the research.

The highest percentage of patients are between 71 and 75 years old and a minimum percentage of them are 76 to 80 years old. Likewise, the largest number of patients in the study sample were male

Knowledge about self care versus diabetes disease Knowledge about self-care in the food dimension, versus diabetes mellitus disease is a medium level, with a tendency to be high level and there is only a low percentage with a low level.

In the dimensions physical activity, average level in the knowledge about self-care in the dimensions physical activity and risk behavior and a minimum percentage of patients have a low level.

**Keywords:** Diabetes mellitus and self-care

**DEDICATORIA**

**AGRADECIMIENTO**

**RESUMEN**

**ABSTRAC**

**ÍNDICE**

**INTRODUCCIÓN**

**CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

- 1.1. Planteamiento del problema
- 1.2. Formulación del problema
  - 1.2.1. Problema General
  - 1.2.2. Problemas Específicos
- 1.3. Objetivos de la investigación
  - 1.3.1. Objetivo general
  - 1.3.2. Objetivos específicos
- 1.4. Justificación del estudio
- 1.5. Limitaciones de la investigación

**CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

- 2.1. Antecedentes del estudio
- 2.2. Base teórica
- 2.3. Definición de términos
- 2.4. Hipótesis
- 2.5. Variables
  - 2.5.1. Definición conceptual de la variable
  - 2.5.2. Definición operacional de la variable
  - 2.5.3. Operacionalización de la variable

**CAPITULO III: METODOLOGIA**

- 3.1. Tipo y nivel de investigación 36
- 36
- 37
- 37
- 38
- 38

- 3.2. Descripción del ámbito de la investigación
- 3.3. Población y muestra
- 3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos
- 3.5. Validez y confiabilidad del instrumento
- 3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos

## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS**

## **CAPÍTULO V: DISCUSION**

## **CONCLUSIONES**

## **RECOMENDACIONES**

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## **ANEXOS**

Matriz

Instrumento

## **INTRODUCCIÓN**



La diabetes afecta entre el 5 y el 10% de la población general, esta variación depende de los estudios consultados. Debe tenerse en cuenta que se estima que por cada paciente diabético conocido existe otro no diagnosticado. Su frecuencia aumenta significativamente con la edad y también con el exceso de peso y la vida sedentaria, por estos motivos se espera un importante aumento del número de diabéticos en los próximos decenios.

Se estima algo más de 100 millones padece de diabetes, siendo el 80% insulino dependiente, siendo las complicaciones más frecuentes el pie diabético que afecta a un porcentaje considerable a la población yo como estudiante de enfermería me veo en la necesidad de contribuir en la prevención de complicaciones como es el Pie diabético que afecta a un porcentaje considerable de la población, siendo en nuestro medio una condición muy frecuente y de alta morbimortalidad <sup>1</sup>

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.

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La diabetes es uno de los problemas sanitarios de mayor trascendencia, debido a su elevada frecuencia, repercusión social y económica. Según la Federación Internacional de Diabetes en el año 2014 se han registrado más 387 millones de personas con diabetes en todo el mundo, siendo la prevalencia mundial de 8,3 %. El 77% de las personas con diabetes viven en países de ingresos medianos y bajos. Durante el 2012 se registraron 4.9 millones de muertes por diabetes en el mundo, en ese mismo año el gasto en diabetes alcanzo los 612 000 millones de dólares.<sup>1</sup>

En América Central y del Sur durante el 2013 se han registrado alrededor de 25 millones de personas con diabetes, siendo su prevalencia de 8.11%. En ese mismo año fueron registradas 219 mil muertes por diabetes y el gasto por esta enfermedad ascendió 1 155 millones de dólares.

En el Perú para el años 2013 se registraron más de 1 millón 143 mil casos de diabetes con una prevalencia del 8.11%. Durante ese mismo año en el país se registraron alrededor de 7 650 muertes por diabetes y el gasto en esta enfermedad fue de 523 millones de dólares.<sup>1</sup>

La diabetes es una de las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor prevalencia en las personas.

Según la organización panamericana de la salud (OPS) y la organización mundial de la salud (OMS) estiman que alrededor de 62,8 millones de personas en las américas padecen diabetes, para el año 2030 la población de diabéticos en el mundo ascendería a 370 millones de personas. La prevalencia más alta de diabetes registrada se concentra en las regiones del sudeste asiático, Pacífico occidental, Europa, América, países del este del Mediterráneo y África.

En el Perú, la asociación peruana de diabetes (APD) tiene un programa de orientación sobre esta enfermedad que se imparte en clubes de diabéticos. Este programa se ofrece en varios hospitales de Lima y en hospitales de otras regiones del país: Piura, Ica, Arequipa, Huancayo y Chiclayo; ya que en el país hay más de 1'000,000 de peruanos diabéticos y solo un 30% tienen acceso a la información de su enfermedad y son aún menos los que tienen la oportunidad de ser tratados por un equipo multidisciplinario de profesionales.

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) indica que la diabetes tiene como resultado unos altos costes sanitarios, la pérdida de productividad laboral y el descenso de los índices de crecimiento económico. En el mundo, los gastos sanitarios por diabetes se han elevado a 465.000 millones de USD en 2011, lo cual equivale al 11% del gasto sanitario total. Si no se invierte en hacer que los tratamientos eficaces para prevenir las complicaciones diabéticas estén al alcance de todos, se predice que esta cifra aumentará hasta los 595.000 millones de USD para 2030. El Foro Económico Mundial ha identificado consistentemente

las ENT (incluida la diabetes) como un riesgo mundial para los negocios y las comunidades.

Las pérdidas en ingresos nacionales debidas a muertes (en gran parte evitables) por diabetes, enfermedad cardiaca y derrame cerebral son enormes; entre 2005 y 2015, dichas pérdidas se calcula que alcanzarán los 558.000 millones de USD en China, los 303.000 millones de USD en Rusia y 237.000 millones de USD en India.

El Plan Mundial contra la Diabetes fue lanzado en 2011, un año hito en el que los líderes mundiales se han reunido en el cuartel general de la ONU de Nueva York para acordar actuaciones contra la diabetes y el resto de enfermedades no contagiosas, un paso más cerca de detener muchas muertes evitables y reducir el sufrimiento que causa la diabetes.

En un estudio de la prevalencia de diabetes en el Perú se estima que entre 7 u 8 de cada 10 personas padecen diabetes mellitus en la población, así incrementándose en tres puntos más que hace 15 años que la prevalencia de la obesidad está en aumento en el Perú, ocupando el séptimo lugar a nivel mundial y en Latinoamérica por cada paciente diagnosticado con diabetes hay otro no diagnosticado y dos millones de peruanos sufre de diabetes y la mitad no lo sabe.

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad

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.

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.

Del análisis realizado se genera el siguiente problema: En el Hospital nacional María Auxiliadora en el sector de Consulta Externa, funciona la asistencia de consultas de pacientes diabéticos. Este centro hospitalario es mi objetivo de estudio ya que 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. FORMULACION DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Problema General**

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre autocuidado frente a la enfermedad Diabetes Mellitus tipo II del adulto mayor en el Hospital Nacional María Auxiliadora San Juan de Miraflores, Lima 2013?

### **1.2.2. Problemas Específicos**

- ✓ ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre autocuidado en la dimensión alimentación frente a la enfermedad de la Diabetes Mellitus tipo II del adulto mayor en el Hospital Nacional María Auxiliadora San Juan de Miraflores, Lima 2013?
- ✓ ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre autocuidado en la dimensión actividad física frente a la enfermedad diabetes mellitus tipo II del adulto mayor en el Hospital Nacional María Auxiliadora San Juan de Miraflores, Lima 2013?

- ✓ ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre autocuidado en la dimensión conducta de riesgo frente a la enfermedad diabetes mellitus tipo II del adulto mayor en el Hospital Nacional María Auxiliadora San Juan de Miraflores, Lima 2013?

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Determinar el nivel de conocimiento sobre autocuidado frente a la enfermedad Diabetes Mellitus tipo II del adulto mayor en el Hospital Nacional María Auxiliadora San Juan de Miraflores, Lima 2013.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- ✓ Identificar el nivel de conocimiento sobre autocuidado en la dimensión alimentación frente a la enfermedad de la Diabetes Mellitus tipo II del adulto mayor en el Hospital Nacional María Auxiliadora San Juan de Miraflores, Lima 2013.
- ✓ Identificar el nivel de conocimiento sobre autocuidado en la dimensión actividad física frente a la enfermedad Diabetes Mellitus tipo II del adulto mayor en el Hospital Nacional María Auxiliadora San Juan de Miraflores, Lima 2013.
- ✓ Identificar el nivel de conocimiento sobre autocuidado en la dimensión conductas de riesgo frente a la enfermedad Diabetes Mellitus tipo II del adulto mayor en el Hospital Nacional María Auxiliadora San Juan de Miraflores, Lima 2013.

#### **1.4 JUSTIFICACION 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 morbimortalidad de los pacientes diabéticos y por ende mejorar la calidad de vida de los mismos.

#### **1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION**

Entre los factores socioculturales que limitan el cumplimiento del auto cuidado para la presente investigación de proyecto se encuentran:

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 de forma 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.

En relación al factor cultural, por las diferentes creencias religiosas que tienen puedan negarse a llevar a cabo su tratamiento.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEORICO**

### **2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

#### **2.1.1. Antecedentes Internacionales**

**Meneses Ramírez Constantina.-** Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos sobre diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de medicina familiar. Determinar el grado de conocimientos sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes diabéticos de una Unidad de Medicina Familiar No. 61 Córdoba Veracruz. México. 2013. Material y Métodos: Estudio transversal observacional y descriptivo a 150 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acudieron a consulta en el periodo de octubre a diciembre del 2012 en la unidad de medicina familiar número 61 de Córdoba Veracruz. Mediante la utilización de una encuesta de evaluación que consta de 38 ítems que exploraron conocimientos teóricos sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y que cumplieron con los criterios de selección. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 18. Resultados: De los sujetos estudiados 106 (70.6%) correspondían al sexo femenino. El promedio de la edad de la muestra fue de  $62\pm 11$  años, la menor fue de 29 años y la mayor de 88. El tiempo de diagnóstico



promedio 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 hombres con una media de  $5447 \pm 4354$  pesos y para las mujeres de  $3553 \pm 2783$  pesos. En cuanto a la escolaridad el 62% tuvieron primaria y las de menor frecuencia con el mismo porcentaje fue preparatoria y licenciatura. La ocupación que más se presentó fue de ama de casa en 90 sujetos estudiados con un 60%. En cuanto al valor de hemoglobina glucosilada fue de  $8.7 \pm 2.1\%$  en general y comparada en ambos sexos los hombres presentaron una media de  $9 \pm 2.5\%$  y las mujeres  $8 \pm 1.8\%$ . Para la glucosa en sangre en la población general fue de  $179.2 \pm 60.3$  mg/dl comparada en ambos sexos para los hombres fue de  $196 \pm 71.6$  mg/dl y mujeres  $172 \pm 53.7$  mg/dl. En cuanto al resultado por esferas los promedios fueron mayores en las siguientes: en conocimiento sobre glucosa en sangre con una media de  $7 \pm 2.1$  y conocimiento básico con media de  $5 \pm 1.6$ . Al comparar ambos sexos el conocimiento fue mayor en las mismas esferas con una media  $7 \pm 1.9$  para el sexo femenino y de  $6 \pm 2.7$  para el sexo masculino. Conclusiones: el nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 en los 150 sujetos de nuestro estudio de la unidad de medicina familiar No. 61 de Córdoba Veracruz es bajo; no intervino el sexo, la edad, ocupación, escolaridad ni tiempo de diagnóstico solamente 3 pacientes que representan el 2% obtuvieron un nivel aceptable de conocimientos en base a la forma de calificación de Campo y colaboradores, autores que validaron el cuestionario en español. En base a los resultados se debe reflexionar la forma de calificación del instrumento en futuros estudios.<sup>6</sup>

**Sánchez Ana Belén** “Control de complicaciones (periodontitis crónica, retinopatía y pie diabético) en diabéticos tipo 2” en la clínica Nuestra señora de Guadalupe- San Luis Potosi, México el año 2007. El estudio propuesto es un estudio de intervención clínico longitudinal prospectivo paralelo comparativo entre dos

poblaciones de individuos afectados de periodontitis crónica y de retinopatía y pie diabético conocen que las complicaciones que se pueden presentar es producto de su falta de control y autocuidado? ¿Tiene dicho tratamiento periodontal efecto sobre el control metabólico de los individuos diabéticos? El primer objetivo es valorar la eficacia del control de complicaciones típicas que se suelen presentar en los pacientes diabéticos es decir, evaluar la respuesta para demostrar que identifican los signos y síntomas asociados a las complicaciones sobre el control metabólico valorando la respuesta metabólica mediante la determinación de la glucemia basal y el valor de la HbA1C. Tras seleccionar los dos grupos de estudio, se les realiza en primer lugar el examen inicial. Completado el examen inicial se lleva a cabo el tratamiento periodontal convencional. Más tarde los pacientes son monitorizados durante dos visitas de mantenimiento. Los resultados demuestran que en ambos grupos de estudio no identifican completamente los signos y síntomas de las enfermedades que se presentan como complicaciones señalando además que su evolución durante el periodo de monitorización es estable y muy similar. El principal hallazgo del estudio apoya la hipótesis de que la periodontitis y la retinopatía es un factor de riesgo para la diabetes en pacientes con diabetes Tipo 2 sino también conlleva una mejoría de su control metabólico.<sup>7</sup>

**Compeán Ortiz Lidia Guadalupe Universidad Autónoma de Nuevo León “Autocuidado en Adultos con Diabetes Tipo 2: Influencia de la Memoria y el Aprendizaje” .De Enfermería Agosto 2008** El propósito del estudio fue explorar la relación de la memoria y el aprendizaje con las prácticas de autocuidado en el adulto con diabetes tipo 2 y el efecto de la edad, duración de la diabetes, hipertensión arterial, años de educación, control metabólico y uso de estrógenos en los niveles de memoria-aprendizaje. Los conceptos de autocuidado y capacidades de

autocuidado de la teoría de Orem guiaron la investigación, proponiéndose el constructo de memoria-aprendizaje como un componente de poder necesario para llevar a cabo las operaciones de autocuidado.

Se utilizó muestreo aleatorio simple con un tamaño de muestra de 105 participantes, el cual se determinó con un 95% de confianza, una potencia de 82% para una correlación en la hipótesis alternativa principal de 0.25. En la recolección de información se utilizó una cédula de datos para antecedentes clínicos, el Cuestionario de Acciones de Autocuidado y el Cuestionario del Perfil del Cuidado. Se utilizó un podómetro New Life Style-2000 para medición de actividad física como parte del autocuidado. Se utilizó el AUDIT para estimar consumo de alcohol y la versión en español de la Escala de Memoria de Wechsler para memoria-aprendizaje, así como las pruebas de Trazos A y Trazos B para medir atención, concentración y asociación. Para el análisis de los datos se calcularon correlaciones de Spearman y análisis de regresión lineal múltiple.

Contribución y Conclusiones: No se encontraron relaciones significativas entre la memoria-aprendizaje general y el autocuidado ( $p > .05$ ). Sin embargo, al realizar los análisis por pruebas cognitivas, la memoria-aprendizaje no verbal inmediata se relacionó positivamente con el autocuidado en medicamentos ( $r_s = .239$ ,  $p = .017$ ); y la memoria-aprendizaje verbal posterior con la actividad física ( $r_s = .196$ ,  $p = .04$ ).

Se sustentan estos tipos de memoria como componentes de poder dentro de la teoría de Orem que permiten llevar a cabo estas acciones específicas. La educación recibida en diabetes y comprensión de la misma moderaron la relación de la memoria-aprendizaje y el autocuidado; se encontró que éstas predicen la correlación entre todos los tipos de memoria (cinco), atención, y concentración con el autocuidado en dieta, monitoreo y

medicamentos. Se sustentan estas dimensiones de la memoria-aprendizaje como componentes de poder relacionados con dieta y monitoreo moderadas por la educación recibida en diabetes y la comprensión de la misma, las que pueden tipificarse como capacidades estimativas. La edad predijo menores puntajes en la memoria-aprendizaje no verbal inmediata y posterior, así como menor desempeño en atención y concentración; más años de educación predijeron mejor desempeño cognitivo en la mayoría de las dimensiones de la memoria-aprendizaje, atención y concentración.

Se recomienda realizar un estudio de intervención de enfermería que fortalezca las funciones cognitivas de memoria-aprendizaje, atención y concentración, para mejorar el autocuidado en las personas con este padecimiento. Lo anterior a través de la educación en diabetes basada en teorías psico-educativas enfocadas al aprendizaje colaborativo, aprendizaje significativo y didáctica crítica para el adulto.<sup>8</sup>

**Gack Ghelman, L., Souza, “Las prácticas de autocuidados en los pies de los individuos con diabetes mellitus atendidos en una unidad básica de salud”**\*M.H. do N., Machado Tinoco Feitosa Rosas, A.M. Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ. Brasil. El presente estudio es de naturaleza cuantitativa y tiene un carácter descriptivo. La investigación fue desarrollada en el periodo de marzo a diciembre de **2007**, en un Centro Municipal de Salud del municipio de Río de Janeiro.

La muestra fue constituida en base a 197 clientes, atendidos en la consulta de enfermería del Programa de Asistencia y Control de la Diabetes mellitus del Centro Municipal de Salud mencionado. En tal ocasión se llevó a cabo la práctica curricular de los alumnos del 4º-periodo del curso de graduación de la Escuela de Enfermería Anna

Nery de la Universidad Federal de Río de Janeiro, durante el recorte temporal citado.

Los datos fueron recolectados durante la consulta realizada por los alumnos con supervisión docente, en el turno de mañana, tres veces por semana. Después de la presentación de los objetivos de la investigación a los clientes, obtuvimos por escrito el consentimiento libre y esclarecido de los mismos, siendo garantizado mediante el secreto estratégico y el anonimato personal, así como el respeto a los principios éticos de investigación con seres humanos, conforme las normas preconizadas por la Resolución 196/96.

El instrumento que nos permitió recoger la información deseada fue un formulario con cuestiones predefinidas, referentes a la identificación, hábitos de vida, conocimiento de las patologías y complicaciones recurrentes de la Diabetes. Además de la entrevista a los clientes, sujetos de estudio, se trató de identificar el conocimiento de los mismos acerca de las prácticas de autocuidado de los pies; También se realizó un examen físico, donde se obtuvieron los datos relativos al estado nutricional, niveles glicéricos y condiciones de integridad y sensibilidad de los pies.

Se utilizó el valor de Índice de Masa Corporal (IMC), superior a 25, para detectar la obesidad. Para clasificar la glicemia elevada, después de la prueba de glicemia capilar, se consideró el siguiente parámetro: a) menos de 110 para los clientes que se encontraban en ayuno y b) debajo de 140 para los individuos en el periodo post prandial.

Los datos fueron organizados en un banco de datos y por el software EPI-INFO 2000, versión 3.3.2 Y la presentación de los resultados se dio en forma de cuadros.<sup>9</sup>

**Liudmila Miyar Otero, María Lucia Zanetti, Michelle Daguano Ogrizio** “**LA Practica del paciente diabético sobre su enfermedad, antes y después de la implementación de un programa de educación en Diabetes**” Latino-am Enfermagem **2008** março-abril Se trata de un estudio cuasi-experimental, prospectivo, comparativo, y del tipo antes y después, realizado de agosto de 2008 a abril de 2007, en el Centro Educativo de Enfermería para Adultos y Ancianos (CEEAI) de la Escuela de Enfermería de Ribeiron Preto de la Universidad de San Pablo. Este estudio fue realizado con un equipo multi-profesional integrado por enfermeros, médicos endocrinólogos, nutricionistas, psicólogos, educador físico y alumnos de graduación en Enfermería y Psicología. Participaron del estudio 54 pacientes diabéticos de ambos sexos, siendo 2 del tipo 1, y 52 del tipo 2, con confirmación del diagnóstico médico de diabetes mellitus mediante la realización del examen de glicemia plasmática en ayuno. Los mismos serán de Ribeiron Preto-SP y región, registrados en la atención al paciente diabético utilizando el Protocolo Staged Diabetes Management (SDM) en el CEEAI, en el período de abril de 2006 a abril de 2007.

10

Para la construcción del instrumento de recolección de datos elegimos las variables socio-demográficas: edad; sexo; color de la piel; estado civil; escolaridad; renta familiar y ocupación; y las relacionadas al conocimiento del paciente acerca de su enfermedad.

Proyecto recibió la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto de la Universidad de San Pablo, de acuerdo con la resolución 196/96 que reglamenta la “investigación donde participan seres humanos”. Fue aplicado un cuestionario que contenía diez partes con un total de 41 preguntas. La primera parte contiene datos relacionados a las variables Socio demográficas, la segunda, la preguntas generales relacionadas a la

diabetes; la tercera, a los datos relacionados a la actividad física; la cuarta, los relacionados a la alimentación; la quinta, a los Cuidados relacionados con los pies; la sexta, al conocimiento de los parámetros clínicos; la séptima, a las informaciones acerca de hipoglucemia; la octava, a complicaciones crónicas; la novena, a las situaciones especiales, y la décima, al apoyo familiar.

Este cuestionario fue revisado por tres especialistas en diabetes, los cuales sugirieron modificaciones en relación a la secuencia de las preguntas y a su contenido. Después de realizadas las modificaciones sugeridas, se realizó la prueba piloto con seis pacientes, para el ajuste final del instrumento.

Este cuestionario fue aplicado en dos momentos distintos. El primero, en abril de 2006, y el segundo después de la implementación del Programa de Educación en Diabetes, en abril de 2007. La entrevista fue realizada cara a cara, por los investigadores, con duración promedio de 20 minutos. Las respuestas fueron registradas en el propio instrumento, concomitadamente con la realización de las entrevistas.

El Programa de Educación fue desarrollado con base en el estándar para el desarrollo de programas de educación de personas con diabetes en América; la duración fue de 12 meses; los encuentros se realizaban los días martes de las 14:00 las 17:00; y fue implementado mediante las siguientes estrategias de enseñanza: grupal, en sala de clase, a través de conferencias educativas, e individual, mediante el refuerzo de las orientaciones a cada consulta de enfermería. Los temas abordados fueron: concepto, fisiopatología y tratamiento de diabetes, actividad física, alimentación, cuidados y exámenes de los pies, auto monitoreo, hipoglucemia, complicaciones crónicas, situaciones especiales y apoyo familiar. Para el desarrollo de las conferencias fueron utilizadas las fases de introducción, desarrollo y finalización.

**Hermelinda Ávila Alpirez, Dra. María Mercedes Rizo Baeza, Dra. Yolanda Flores Peña. “Satisfacción del cuidado enfermero en los pacientes con diabetes mellitus TIPO 2. MATAMOROS, Tamaulipas, México”** Profesora de Carrera “G” y Coordinadora de Seguimiento del Ingresado de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros de la Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAMM-UAT) en el año **2009**. El presente estudio parte del modelo cualitativo y del método fenomenológico, que permite comprender las experiencias vividas por las personas, en este caso los pacientes con DMT2.

La muestra fue de 8 sujetos, seleccionados propositivamente buscando la variabilidad máxima, es decir maximizando la diversidad del fenómeno estudiado. Como técnica de recolección de información se utilizó una guía entrevista semiestructurada. El paciente siente satisfacción cuando percibe la vocación y la voluntad de servicio de la enfermera.<sup>11</sup>

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

**Untiveros Mayorga, Charlton Fernando\*; Núñez Chávez, Olga, Tapia Zegarra, Lenibet Miriam; Tapia Zegarra, Gino Guillermo”** Diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital II Essalud – Cañete: aspectos demográficos y clínicos”. Se realizó un estudio descriptivo del tipo serie de casos, inicialmente se seleccionó en forma aleatoria una muestra representativa de la población de pacientes del Programa de Diabetes mellitus en el Hospital II Essalud-Cañete. Entre los meses de Junio y Julio de 2008 los pacientes fueron citados, se revisaron las historias clínicas respectivas y luego fueron evaluados. Se diseñó una ficha para la recolección de los datos socio-demográficos, antecedentes personales generales y patológicos, familiares, clínicos y de laboratorio (valores de glucosa en ayunas) a partir de una



entrevista y evaluación clínica realizadas paralelamente al control metabólico de los pacientes en el Programa de Diabetes o Consultorios de Medicina General.

Las variables descritas en la población de estudio fueron grado de instrucción; hacinamiento no crítico, definido por la presencia de dos o más personas por habitación en la vivienda de residencia, excluyendo baño, pasadizo y cocina; duración de la diabetes, antecedente familiar de primer o segundo grado; índice de masa corporal (IMC) .El análisis de la base datos fue realizado con SPSS 9.0v. Se utilizó el test de ANOVA para la comparación de medias, considerando significativo un  $p \leq 0.05$ .

Dentro de las limitaciones del estudio es importante destacar las características de nuestra población asegurada y el tamaño de la muestra que hace válido los resultados sólo para esta población.<sup>7</sup>

Norabuena sobre el autocuidado de los pacientes diabéticos tipo II en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen”, en el año 2009. En cuanto al diseño metodológico de un total de 579 pacientes, obtuvo una muestra de 100 pacientes, el tipo de estudio fue descriptivo correlacional, el instrumento que empleo fue la encuesta.

Las conclusiones más significativas a las que llegó fueron:

- La capacidad de autocuidado está relacionada con el sexo que posee el paciente, teniéndose que la mayoría de los pacientes que posee nivel de autocuidado regular son de sexo masculino (23%).
- La capacidad de autocuidado está relacionada muy significativamente con el ingreso económico, puesto que la mayoría de los pacientes (71%) que tienen un ingreso menos del sueldo mínimo vital poseen un nivel de autocuidado

deficiente a diferencia de los pacientes (51%) con un ingreso económico que es el doble del sueldo mínimo o más poseen un nivel de autocuidado suficiente

En cuanto al diseño metodológico tuvo una muestra de 85 pacientes, el tipo de estudio fue prospectivo de corte transversal, la técnica que empleó fue la entrevista. Las conclusiones más significativas a las que llegó fueron:

Existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimientos y el grado de autocuidado, donde se observa que a mayor nivel de conocimiento mayor grado de autocuidado.

- El grado de instrucción que predomina en nuestro estudio es primaria con 51.76%, existiendo influencia significativa entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento, ya que el grado de instrucción influye en la capacidad del paciente en comprender su enfermedad.
- El grado de autocuidado no es dependiente de la ocupación del paciente, puesto que depende de sí mismo y de la importancia que le da a su autocuidado “Rosa Francisca Peredo Cavassa, en el año 1982, en Lima, realizó un estudio titulado “Conocimientos que tienen los pacientes con diabetes mellitus acerca de la enfermedad, tratamiento y prevención de complicaciones en el hogar”, el cual tuvo como objetivo general determinar el nivel de conocimientos que tienen los pacientes con diabetes mellitus acerca de la enfermedad, tratamiento y prevención de complicaciones en el hogar.

La población estuvo conformado por todos los pacientes que acuden al consultorio externo de endocrinología del Hospital Central Militar mayores de 20 años. La muestra fue obtenida por el muestreo por conveniencia, conformada por 60 pacientes.

- Se define como persona diabética a toda persona que ha sido diagnosticada con diabetes ya sea de tipo 1, insulino-dependiente, y tipo 2, no insulino-dependiente.

Asimismo Calderón refiere que la diabetes es una enfermedad caracterizada por elevaciones crónicas de glucosa en la sangre, la cual es la principal fuente de energía, cuyos valores normales son entre 70 y 100 mg/dl.<sup>8</sup>

**Miranda Velasco María Jesús en el año 2009** diseño la siguiente investigación “Evaluación del proceso de cuidado de las diabetes mellitus: implicaciones psicopedagógicas para la adhesión al tratamiento y la calidad de vida” el resultado del estudio de la enfermedad crónica diabetes mellitus desde un punto de vista multidisciplinar (medicina, pedagogía y psicología). Se enmarca en una concepción de la salud desde el modelo biopsicosocial .Esta preocupación por la salud desde varias ciencias se desarrolla cuando el modelo biomédico deja de ser suficiente para tratar enfermedades crónicas que componen el mayor porcentaje de los casos de enfermedad, y son la causa del mayor gasto del sistema sanitario. Así mismo, cuando se comprende que la salud es un constructo muy complejo en el que intervienen múltiples determinantes psicosociales y de la asistencia sanitaria. En este trabajo, a través de un análisis sistémico de la intervención sanitaria, considerada como un proceso en el que intervienen varios tipos de participantes (personas con diabetes, familias y profesionales sanitarios) y contextos (Atención Primaria, Atención Especializada), en varios escenarios (consulta, plantas de hospitalización y Unidad de Educación Diabetológica), se estudian las necesidades en el proceso de cuidado de la diabetes, desde el punto de vista de cada uno de sus componentes. La finalidad es de tipo

práctico: la implementación del cuidado integral de la enfermedad y de los programas de educación que existen en el contexto sanitario, de modo que puedan favorecer la adhesión al tratamiento y la calidad de vida de las personas con diabetes y de sus familias.<sup>9</sup>

## **2.2. BASE TEÓRICA**

### **2.2.1. Aspectos generales de la Diabetes Mellitus**

Se define como persona diabética a toda persona que ha sido diagnosticada con diabetes ya sea de tipo 1, insulina dependiente, y tipo 2, no insulino dependiente.

Asimismo Calderón refiere que la diabetes es una enfermedad caracterizada por elevaciones crónicas de glucosa en la sangre, la cual es la principal fuente de energía, cuyos valores normales son entre 70 y 100 mg/dl.

Esta elevación se debe a la falta total de producción de insulina por el páncreas o la falta de acción insulínica en los tejidos

#### **2.2.1.1. Clasificación**

##### **Diabetes Mellitus tipo 1 autoinmune**

La diabetes Mellitus, tipo 1, se caracteriza por la destrucción de las células betas del páncreas, de inicio en la edad juvenil, el páncreas no produce insulina por lo tanto los niveles de glucosa están elevados.

## **Diabetes Mellitus tipo 2**

La diabetes Mellitus tipo 2, se caracteriza por la inadecuada producción de insulina por el páncreas, resistencia a la insulina, su inicio es en la edad adulta.

## **Diabetes Mellitus gestacional**

La diabetes mellitus gestacional (DMG) es una forma de diabetes mellitus inducida por el embarazo. No se conoce una causa específica de este tipo de enfermedad pero se cree que las hormonas del embarazo reducen la capacidad que tiene el cuerpo de utilizar y responder a la acción de la insulina. El resultado es un alto nivel de glucosa en la sangre (híper glucemia). La incidencia de la DMG es de un 3-10% de las mujeres embarazadas.

### **2.2.2. Etimología**

Los mecanismos exactos que conducen a la resistencia insulínica y a la alteración de la secreción de insulina en la diabetes tipo II se desconocen hasta este momento. Se considera que los factores genéticos participan en el desarrollo de la resistencia a la insulina. Además, se sabe que hay ciertos factores de riesgo aunados al desarrollo de diabetes **tipo II** que son:

- Edad (la resistencia a la insulina aparece después de los 65 años de edad).
- Obesidad.
- Anamnesis.

- Grupo étnico (en Estados Unidos, hay mayor probabilidad de diabetes tipo II entre latinos e indios estadounidenses, y en menor grado en los negros).

### **2.2.3. Síntomas y signos de Diabetes Mellitus**

- Pérdida de peso. (En ocasiones voluntaria).
- Debilidad y fatiga.
- Visión borrosa.
- La vulva vaginitis y el prurito.
- Glucosuria.
- Cetonuria. (Presencia de cuerpos cetónicos en orina).
- Elevación de la glucemia en más de una ocasión por encima de 120 mg/dl, ya sea sangre venosa o capilar.
- Hemoglobina glucosilada.
- Poliuria.
- Polidipsia.
- Polifagia.
- Hipertensión e insuficiencia renal.
- Evidencias de patología periférica de las extremidades inferiores.
- Predisposición a las infecciones.
- Impotencia en el varón.
- Neuropatía principalmente en manos, pies, piernas y cabeza.

- Falta de sensibilidad al frío y al calor.
- Sensación de hormigueo y adormecimiento de los miembros.
- Embarazos complicados.
- Trastornos cardiovasculares. (la posibilidad de sufrir cardiopatía isquémica y accidentes vasculocerebrales)

#### **2.2.4. Diagnóstico**

Para el diagnóstico de la DM se pueden utilizar cualquiera de los siguientes criterios:

Síntomas de diabetes (descritos por las 4Ps: Poliuria, secreción y emisión extremadamente abundantes de orina, Polidipsia, sed excesiva, Polifagia, hambre voraz o excesiva y Pérdida inexplicable de peso) + una glicemia casual (a cualquier hora del día sin relación con el tiempo transcurrido desde la última ingestión de alimentos o bebidas) medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l) (El mol es la cantidad de cualquier sustancia cuya masa expresada en gramos es numéricamente igual a la masa atómica de dicha sustancia.)

Glicemia en ayunas (definida como un período sin ingesta calórica de por lo menos 8 horas) medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 126 mg/dl (7 mmol/l)

Glicemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l) 2 horas después de una carga de glucosa, durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG)

Para el diagnóstico en el paciente asintomático es esencial tener al menos un resultado adicional de glicemia igual o mayor a las cifras que se describen en los numerales 2 y 3. Si el nuevo resultado no logra confirmar la presencia de DM, se recomienda hacer controles

periódicos adicionales hasta que se aclare la situación. Se deben tener en cuenta factores adicionales como la edad, presencia de obesidad, historia familiar y otras enfermedades concurrentes antes de tomar una decisión diagnóstica y terapéutica

### **2.2.5. Tratamiento**

Aunque la medicación es esencial para el tratamiento de las personas con Diabetes Mellitus Insulino Dependiente (DMID) y para muchas con Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente (DMNID), el estilo de vida juega un papel muy importante en el tratamiento de estos pacientes. El manejo y progresión de la diabetes están ligados estrictamente a la conducta. Los pacientes con diabetes deben estar preparados para afrontar la enfermedad de tres maneras:

- Plan apropiado de control de dieta y peso.
- Actividad física.
- Medicación (si es necesaria).

Varios especialistas estarán involucrados en el cuidado del diabético. La familia, pediatras médicos generales, internistas, endocrinólogos y diabetólogos, también supervisarán el cuidado médico. Las consultas con especialistas como el oftalmólogo también serán necesarias si aparecen complicaciones.

#### **2.2.5.1 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.

#### **2.2.5.2 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

### **2.2.5.3 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

#### **2.2.5.4 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.

#### **2.2.5.5 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.

#### **2.2.6. El autocuidado en paciente diabético**

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece debido a que el páncreas no fabrica la cantidad de insulina que el cuerpo humano necesita, o bien la fábrica de una calidad inferior. La insulina, una hormona producida por el páncreas, es la principal sustancia responsable del mantenimiento de los valores adecuados de azúcar en sangre. Permite que la glucosa sea transportada al

interior de las células, de modo que éstas produzcan energía o almacenen la glucosa hasta que su utilización sea necesaria.

**La Diabetes tipo 2**, se presenta generalmente en edades más avanzadas y son unas diez veces más frecuentes que la anterior. Por regla general, se da la circunstancia de que también la sufren o la han sufrido otras personas de la familia. Según qué defecto de los dos predomine, al paciente se le habrá de tratar con pastillas antidiabéticas o con insulina (o con una combinación de ambas).

Este grupo forma la gran mayoría de pacientes diabéticos. Suele iniciarse a partir de los 40 años, presentando un importante historial familiar de diabetes. Suele ser obesos. El riesgo de presentar diabetes tipo II aumenta con la edad. Las mujeres tienen un riesgo mayor, independientemente de la edad.

Las complicaciones de la diabetes son numerosas y muchas de ellas pueden ser graves: infarto, problemas visuales, ceguera, accidente vascular cerebral, neuropatías, amputaciones, enfermedades renales. Por lo que el autocuidado representa una parte fundamental en la consecución de los objetivos del tratamiento integral de la Diabetes Mellitus.

### **Cuidados de un paciente diabético**

1. La base es la dieta, el consumo de alimentos altos en carbohidratos y azúcares pueden aumentar los niveles de azúcar en la sangre, nada de refrescos embotellados, bebidas alcohólicas (ni una sola copa).
2. Checar los niveles de glucosa en la sangre diariamente, porque puede suceder lo contrario, bajar el azúcar inesperadamente y caer en coma diabético, en caso de

malestar por baja de azúcar, lo más recomendable (si esta conciente), es darle un plátano o una manzana, ayudan a controlar la baja de azúcar.

3. El ejercicio diario ayuda a mantener la motivación y a evitar la depresión, a centrar la atención en su físico y a verse bien, les ayuda a mantener la autoestima y el gusto por la vida, una caminata diaria de 20 minutos puede ser suficiente.

El medicamento debe tomarse conforme fue prescrito por el médico, en los horarios establecidos y no debe faltar. Cuando sube demasiado el azúcar en la sangre, el licuado de nopal crudo con xoconostle ayuda a disminuir la glucosa en la sangre.

4. Lo más importante es el cuidado de los pies, sus pies son como bebés, hay que evitar a toda costa las heridas o las uñas enterradas, si pueden acudir con especialistas a que les practiquen el pedicure, es lo mejor, deben usar calzado cómodo, como de guantes, porque este es uno de los problemas más comunes en los diabéticos, el trastorno conocido como "pie diabético", que genera amputaciones.
5. Atención constante (cada 6 meses) de la vista, la glucosa puede afectar la retina, así que para evitar cualquier susto hay que acudir al oftalmólogo.
6. Espero haberte servido de ayuda.

**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.

Este tratamiento requiere que el paciente realice las siguientes actividades: auto monitorear la glucemia, administrar la insulina e hipoglucemiantes orales, llevar un régimen alimenticio, hacer actividad física, cuidar los pies y seguir las prácticas de autocuidado.

### **2.2.7. Teóricas que dan sustento a la Investigación**

**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 usuarios y con ello también tener en cuenta el nivel de instrucción.<sup>12</sup>

#### **Dorothea Orem “Teoría General de la Enfermería”**

La Teoría General de la Enfermería de Dorotea Orem, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería.

- La intuición espontánea de Orem la condujo a su formalización inicial y subsecuente expresión inductiva de un concepto general de Enfermería. Aquella generalización hizo posible

después razonamientos deductivos sobre la enfermería. Orem cree que la vinculación con otras enfermeras a lo largo de los años le proporcionó muchas experiencias de aprendizaje, y considera que sus trabajos con estudiantes graduados, y de colaboración con colegas, fueron esfuerzos valiosos. Si bien no reconoce a nadie como influencia, principal, sí cita los trabajos de muchas otras enfermeras en términos de su contribución a la Enfermería.<sup>12</sup>

- **Asunción del modelo:** Presupone que el individuo tiende a la normalidad. El paciente tiene capacidad, quiere participar en el autocuidado. Si se lleva a la práctica la Teoría de Orem deben seguirse los siguientes pasos:

### **1. Primer paso**

Implica el examen de los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.

Abarca la recogida de datos acerca de estas áreas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente. El análisis de los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.

### **2. Segundo paso**

Implica el diseño y la planificación. Se centra en capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud

### **3. Tercer paso**



Supone poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador. Se lleva a cabo por la enfermería y el cliente juntos.<sup>12</sup>

### 2.3. DEFINICIÓN 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.
- **Autocuidado:** Se refiere a las prácticas cotidianas y decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión,
- **Paciente Diabético:** Persona que asiste a consultorio externos con diagnóstico de Diabetes Mellitus.
- **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.
- **Fármacos:** Tiene como objetivo controlar la glicemia y evitar las complicaciones que 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.

## 2.4. HIPOTESIS

H<sup>a</sup> El conocimiento sobre autocuidado frente a la enfermedad Diabetes Mellitus tipo II del adulto mayor en el hospital nacional María Auxiliadora San Juan de Miraflores, Lima 2013, es de nivel alto.

H<sup>o</sup> El conocimiento sobre autocuidado frente a la enfermedad Diabetes Mellitus tipo II del adulto mayor en el Hospital Nacional María Auxiliadora San Juan de Miraflores, Lima 2013, es de nivel bajo.

## 2.5. VARIABLES

Conocimiento sobre auto cuidado frente a la enfermedad diabetes Mellitus tipo II del adulto mayor.

### 2.5.1. Definición conceptual de variable

## Conocimiento sobre autocuidado

La enfermera aplica las acciones preventivas promocionales como educación accesibilidad a los servicios de salud y sus creencias por medio de información.

### 2.5.1. Definición operacional de variable

#### Conocimiento sobre autocuidado:

La variable fue medible de manera cuantitativa ya que se consideró la siguiente valoración.

Alto

Medio

Bajo

### 2.5.3. Definición operacional de la variable

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	DEFINICION OPERACIONAL	INDICACORES
Nivel de conocimientos de Autocuidado del paciente diabético	El autocuidado es la expresión de bienestar que experimentan los adultos sobre los cuidados que se brinda durante su hospitalización o hogar Y	Alimentación	las acciones tales como cuidados de los pies ,de la vista, ejercicios, cuidado dietético y farmacológico que permitan al paciente	- Variedad - frecuencia - cantidad - consumo de carbohidratos - consumo de grasas - consumo de proteínas

	<p>farmacológico; que los pacientes diagnosticados con diabetes tipo II refieren realizar para mejorar su salud</p>	<p>Ejercicios</p>	<p>diabético mantener su salud, bienestar y que será medido a través de una entrevista y que será medido en niveles altos, medio y bajo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caminatas</li> <li>- Carreras,</li> <li>- Natación,</li> <li>- gimnasio</li> </ul>
		<p>Conductas de riesgo</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicológicos</li> <li>- Sociales</li> </ul>

### CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

### **3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación es:

**De tipo no experimental:** Porque no se manipularán las variables de estudio.

**De nivel descriptivo:** Ya que está orientada al a describir una situación y/o un hecho en este caso el nivel de Conocimiento sobre autocuidado en pacientes con diabetes tipo II.

**De corte transversal:** Porque el estudio se desarrollará en un determinado tiempo.

### **3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN**

El Hospital María Auxiliadora, está ubicado en Av. Miguel Iglesias 968, en el Cono Sur de Lima, distrito de San Juan de Miraflores. Es una institución asistencial de Tercer Nivel que funciona como único centro hospitalario de referencia del Cono Sur de Lima Metropolitana, brindando Atención Integral Básica en los servicios de salud a la población de distritos urbano, marginal y rural.

### **3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **La Población**

Estuvo conformado por 35 pacientes adultos mayores diabéticos que asisten al programa de diabetes mellitus II del hospital María Auxiliadora en el turno de la mañana.

#### **La Muestra**

Fue de manera no probabilística e intencional ya que se consideró a 35 pacientes adultos mayores que aceptaron participar de la investigación teniendo, los siguientes criterios:

**Criterios de inclusión:**

- Paciente que acuda al programa de diabetes mellitus.
- Que tenga el diagnóstico médico de Diabetes Mellitus II.
- Edad comprendida entre 65 a más años de edad.
- Que acepte participar en el estudio.

**Criterios de exclusión:**

- Paciente que no acuda al programa de diabetes mellitus.
- Que tenga menos de 65 años.
- Que no acepten participar en el estudio.

**3.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION 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 dará la validación de los instrumentos realizados para poder aplicarlos.

**3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

Se realizó las coordinaciones con la Escuela Profesional de Enfermería para solicitar a autorización correspondiente para la realización de la investigación. Se repartió los cuestionarios explicando la intención del estudio y asegurando el anonimato de las respuestas para garantizar la confiabilidad de las respuestas.

## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS**

**TABLA N° 1**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LOS PACIENTES**

<b>GRUPO DE EDAD</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
----------------------	----------	----------

65 a 70 años	20	57
71 a 75 años	9	26
76 a 80 años	6	17
Total	35	100

**Interpretación:** Se observa que el 57%(20) de los pacientes tienen 65 a 70 años, el 26%(9) tienen 71 a 75 años y el 17%(6) tienen 76 a 80 años.

**TABLA N° 2**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN GÉNERO DE LOS PACIENTES**

GENERO	N	%
--------	---	---

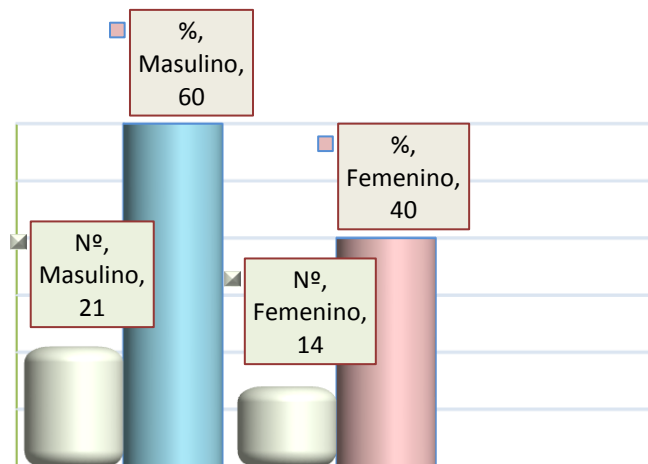


Masculino	21	60
Femenino	14	40
Total	35	100

**Interpretación:** Se observa que el 60%(21) de los pacientes son de género masculino, el 40%(14) son de género femenino.

## GRAFICO N° 2

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN GÉNERO DE LOS PACIENTES



**TABLA N° 3**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTO CUIDADO FRENTE A LA ENFERMEDAD DIABETES MELLITUS TIPO II DEL ADULTO MAYOR EN**

**EL HOSPITAL NACIONAL MARÍA AUXILIADORA SAN JUAN DE  
MIRAFLORES, LIMA 2013**

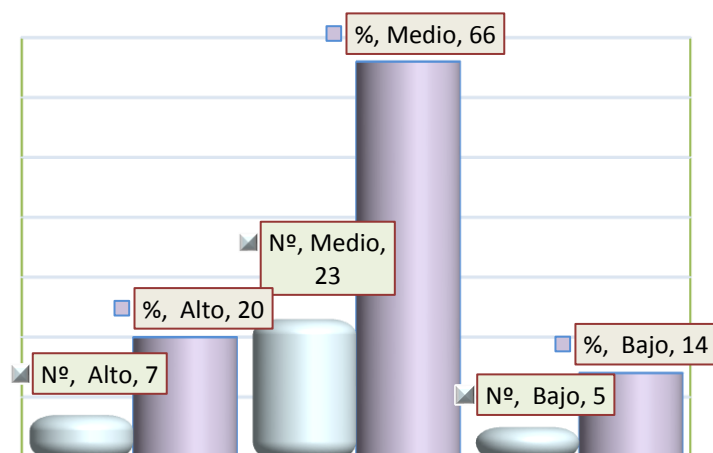
Nivel	N	
	N	%
Alto	7	20
Medio	23	66
Bajo	5	14
Total	35	100

**Interpretación:** Se observa que el 66%(23) de los pacientes tienen nivel medio de conocimiento sobre autocuidado frente a la enfermedad, el 20%(7) tienen un nivel alto y el 14%(5) tienen un nivel bajo.

**GRAFICO N° 3**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTO CUIDADO FRENTE A LA  
ENFERMEDAD DIABETES MELLITUS TIPO II DEL ADULTO MAYOR EN**

**EL HOSPITAL NACIONAL MARÍA AUXILIADORA SAN JUAN DE  
MIRAFLORES, LIMA 2013**



**TABLA N° 4**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN  
ALIMENTACIÓN FRENTE A LA ENFERMEDAD DE LA DIABETES**

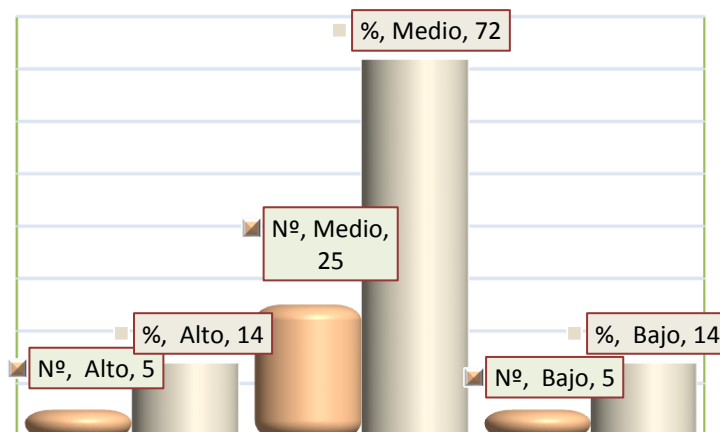
**MELLITUS TIPO II DEL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL NACIONAL  
MARÍA AUXILIADORA SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA 2013**

Nivel	N		%
Alto	5		14
Medio	25		72
Bajo	5		14
Total	35		100

**Interpretación:** Se observa que el 72%(25) de los pacientes tienen un nivel medio sobre autocuidado en la dimensión alimentación frente a la enfermedad de la diabetes mellitus, el 14%(5) tienen un nivel alto y el 14%(5) tienen un nivel bajo.

**GRAFICO N° 4**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN FRENTE A LA ENFERMEDAD DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II DEL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL NACIONAL MARÍA AUXILIADORA SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA 2013**



**TABLA N° 5**

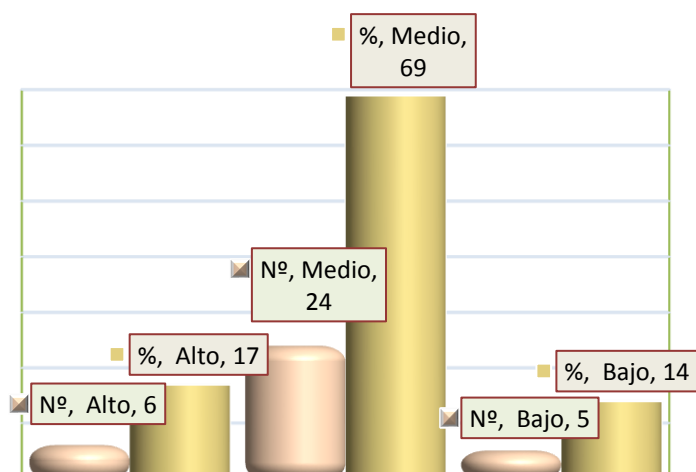
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN  
ACTIVIDAD FÍSICA FRENTE A LA ENFERMEDAD DIABETES MELLITUS  
TIPO II DEL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL NACIONAL MARÍA  
AUXILIADORA SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA 2013**

<b>Nivel</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Alto	6	17
Medio	24	69
Bajo	5	14
Total	35	100

**Interpretación:** Se observa que el 69%(24) de los pacientes tienen un nivel medio de conocimientos en la dimensión actividad física frente a la enfermedad, el 17%(6) tienen un nivel alto y el 14%(5) tienen un nivel bajo.

**GRAFICO N° 5**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN  
ACTIVIDAD FÍSICA FRENTE A LA ENFERMEDAD DIABETES MELLITUS  
TIPO II DEL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL NACIONAL MARÍA  
AUXILIADORA SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA 2013**



**TABLA N° 6**



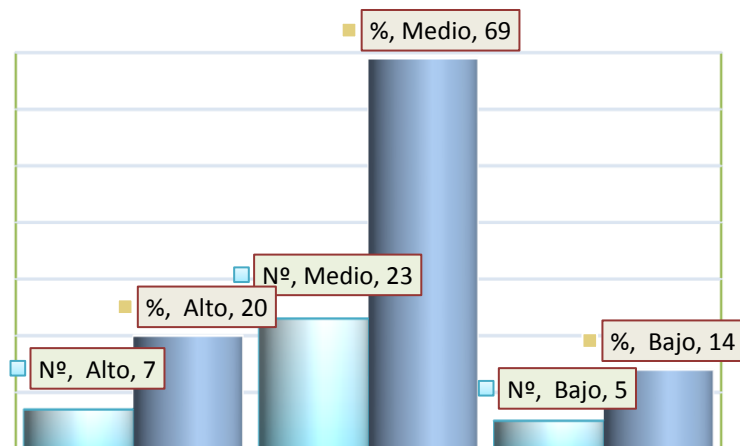
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN  
CONDUCTA DE RIESGO FRENTE A LA ENFERMEDAD DIABETES  
MELLITUS TIPO II DEL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL NACIONAL  
MARÍA AUXILIADORA SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA 2013**

<b>Nivel</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Alto	7	20
Medio	23	66
Bajo	5	14
Total	35	100

**Interpretación:** Se observa que el 66%(23) de los pacientes tienen un nivel medio de conocimientos en la dimensión conducta de riesgo frente a su enfermedad, el 20%(7) tienen un nivel alto y el 14%(5) tienen un nivel bajo.

**GRAFICO N° 6**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN  
CONDUCTA DE RIESGO FRENTE A LA ENFERMEDAD DIABETES  
MELLITUS TIPO II DEL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL NACIONAL  
MARÍA AUXILIADORA SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA 2013**



## **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN**

Predomina un nivel medio de conocimiento sobre auto cuidado frente a la enfermedad diabetes Mellitus tipo II en el adulto mayor atendidos en el hospital nacional María Auxiliadora San Juan de Miraflores. Las edades están entre 71 a 75 años y un mínimo porcentaje de ellos tienen 76 a 80 años. Asimismo el mayor número de pacientes de la muestra de estudio fueron de género masculino.

El nivel de conocimiento sobre autocuidado en las dimensiones alimentación, actividad física y conducta de riesgo frente 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 Matos Palacios publicado en 2009 al observar que el 59% de los pacientes con padecimiento de la diabetes aprendieron a convivir con la enfermedad de tal manera que tienen un conocimiento medio de autocuidado frente a la diabetes mellitus tipo 2. Esto indica que la información impartida por el modelo de atención para la salud de la persona con DM2 ha informado al paciente sobre la enfermedad en aspectos tradicionales.

Otro estudio realizado por Fernández Bravo Miran. Señala lo inconsistente sin base y sustento puede ser la información que tienen los pacientes ya que fue un estudio que se realizó en una muestra de 100 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la unidad de medicina familiar número 61 de Córdoba Veracruz, en el cual es importante mencionar que en general el conocimiento

es bajo en todos los sujetos estudiados, no encontrándose relación con otras variables como: edad, estado civil, ocupación, escolaridad, ingreso económico ni tiempo de diagnóstico.

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 mayor porcentaje de pacientes tienen entre 71 a 75 años y un mínimo porcentaje de ellos tienen 76 a 80 años. Asimismo el mayor número de pacientes de la muestra de estudio fueron de género masculino
- El conocimiento sobre auto cuidado frente a la enfermedad diabetes Mellitus tipo II del adulto mayor es predominantemente de nivel medio.
- Los conocimientos sobre autocuidado en la dimensión alimentación, frente a la enfermedad diabetes mellitus es de nivel medio, con tendencia de ser de nivel alto y solo hay un mínimo porcentaje con un nivel bajo.
- En las dimensiones actividad física, nivel medio en los conocimientos sobre autocuidado en las dimensiones actividad física y conducta de riesgo y un mínimo porcentaje de los pacientes tienen un nivel bajo.

## **RECOMENDACIONES**

- Se hará llegar los resultados de la investigación a la institución ya que nos muestra que los pacientes tienen conocimientos sobre su enfermedad y servirá de base para conocer el trabajo que realizan en beneficio de los usuarios.
- Debemos tomar en cuenta que la investigación nos permite reconocer las necesidades de nuevas estrategias para el reforzamiento o implementación de la instrucción en áreas específicas del conocimiento y así poder concientizar a los pacientes diabéticos en la prevención.
- Se recomienda que el profesional de enfermería brinde permanente orientación y con ello fomentar el autocuidado de la salud ya que depende de ellos la prevención de las complicaciones y cuidarse por sí mismos.
- Se recomienda considerar que existe un mínimo pero importante porcentaje de pacientes que tienen un nivel bajo de conocimiento, por ello es necesario continuar con nuestro rol docente en cada atención de la salud.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. 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](http://www.fisterra.com/salud/1infoconse/diabetes_mellitus.asp).
2. OMS. Diabetes Mellitus. Perú (en línea). España:  
[http://www.who.int/topics/diabetes\\_mellitus/es](http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es)
3. Alarcón Sanhueza, Silvia. Capacidad de Autocuidado del Paciente Diabético Crónico. (Tesis para optar el título profesional de enfermería). Chillán, Chile. 1993. Pág. 124
4. 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
5. ALDERÓN VELAZCO, Rolando. "Diabetes Mellitus en el Perú". Perú. Edit.UNMSM. 1996.Pág. 63 – 67
6. FID (Federación Internacional de Diabetes). ATLAS de la DIABETES de la FID 6ª edición Actualización 2014. FID 2014. Disponible en: [https://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014\\_ES.pdf](https://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_ES.pdf)
7. Gerencia Regional de Salud – Arequipa, Oficina de Epidemiología. Análisis de la Situación de Salud. Gerencia Regional de Salud Arequipa 2014. Disponible en:  
<http://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/ASIS/Asis2014/ASIS%202014.pdf>
8. OPS. Guía ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. OPS 2008. Disponible en: [www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/dia-guia-alad.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/dia-guia-alad.pdf)
9. ALVAREZ Rodrigo. Boletín de la escuela de medicina volumen 31 nº2. Retinopatía Diabética. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA. 2006. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/20062/retinopatia.pdf>

10. Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria. México D.F ; 1994:2-9

# **ANEXOS**



## ANEXO N° 01



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

#### CUESTIONARIO

##### Introducción:

Tenga Ud. buen día soy la enfermera Huaranga Usurin Kelly egresada de la Universidad Alas Peruanas.

Este presente cuestionario tiene como objetivo conocer los conocimientos que Ud. tiene sobre su autocuidado. Los resultados se utilizaran solo con fines de estudio, es decir anónimo y confidencial, esperando obtener sus respuestas con veracidad se le agradece su anticipadamente su valiosa participación

##### I. Instrucciones

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se le presentan, tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con una (X) la respuesta que estime verdadera u opcional

##### II. Datos Generales

###### 1. Edad

20 – 39 ( )

31 – 40 ( )

41 años a mas ( )

2. Género: Femenino ( )

Masculino ( )

**3. Estado civil**

Soltero (a) ( )

Casado (a) ( )

Viudo ( ) ( )

Conviviente ( )

Separado(a) ( )

4. Lugar de procedencia .....

5. Tiempo de enfermedad:.....

**III. Datos Específicos**

1. ¿Con qué frecuencia a la semana consume usted los siguientes alimentos?

Alimentos	Diario	Interdiario	Una vez a la semana
Carnes			
Verduras			
Menestras			
Frutas			
Harinas			

2. ¿Ud. come a sus horas?

a) si ( )

b) No ( )

**3. ¿Ud. consume alimentos que contengan harina?**

- a) Pan ( )
- b) Arroz ( )
- c) Cereales ( )
- d) Pastel ( )

**4. ¿Cuántas cucharadas de azúcar se echa en su taza o vaso?**

- a) 1 ( )
- b) 2 ( )
- c) 3 ( )
- d) 4 ( )
- e) 5 ( )

**5. ¿Ud. come las comidas bien cocidas?**

- a) Si ( )
- b) No ( )

**6. ¿Ud. come golosinas, dulces?**

- a) Si ( )
- b) No ( )

**7. ¿Realiza usted ejercicio?**

- a) Si ( )
- b) No ( )

**8. ¿Con qué frecuencia realiza usted ejercicio?**

- a) Diario ( )
- b) Interdiario ( )
- c) Una vez a la semana ( )
- d) Dos veces a la semana ( )
- e) no realiza ( )

**9. ¿Cuántas horas realiza Ud. ejercicios?**

- a) 1 hr. ( )
- b) 2 hr. ( )
- c) + 3 hr. ( )

**10. ¿Cuándo Ud. realiza ejercicios se siente....**

- a) Bien ( )
- b) Mal ( )
- c) No siente nada ( )

**11. ¿Usted asiste a consejos de ayuda psicológica?**

- a) Si ( )
- b) No ( )

**12. ¿Usted siente el apoyo del entorno que lo rodea?**

- a) Si ( )
- b) No ( )

**13. ¿Ud. ha realizado alguna vez una práctica de curación con otra persona?**

- a) Si ( )
- b) No ( )

**14. ¿Si aparece una herida en cualquier parte de su cuerpo Ud. deberá:**

- a) Aplicar un antiséptico
- b) Limpiar la herida con agua y jabón
- c) acudir al médico.
- d) No sabe

**15. ¿Ud. echa algún medicamento a la herida?**

- a) Si ( )
- b) No ( )

**ANEXO N° 02**

**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

EL PROBLEMA	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	JUSTIFICACION	OBJETIVOS	MARCO TEORICO
<p><b>TITULO:</b> NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO FRENTE A LA ENFERMEDAD DIABETES MELLITUS TIPO II DEL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL NACIONAL MARÍA AUXILIADORA SAN JUAN DE MIRAFLORES 2013</p>	<p>¿CUÁL ES EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO FRENTE A LA ENFERMEDAD DIABETES MELLITUS TIPO II DEL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL NACIONAL MARÍA AUXILIADORA SAN JUAN DE MIRAFLORES 2013</p>	<p>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 morbimortalidad de</p>	<p><b>Objetivos Generales</b> Determinar el nivel de conocimiento sobre autocuidado frente a la enfermedad diabetes Mellitus tipo II del adulto mayor en el hospital nacional María Auxiliadora San Juan de Miraflores 2013</p> <p><b>Objetivos Específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificar el nivel de conocimiento sobre autocuidado en la dimensión alimentación frente a la enfermedad de la Diabetes Mellitus tipo II del adulto mayor en el Hospital Nacional María Auxiliadora San Juan de Miraflores, Lima 2013.</li> <li>✓ Identificar el nivel de conocimiento sobre autocuidado en la dimensión actividad física frente a la enfermedad Diabetes Mellitus tipo II del adulto</li> </ul>	<p>2.1 Antecedentes de estudio 2.1.1 Nacionales 2.1.2 Internacionales 2.2 Bases teóricas 2.2.1 Aspectos generales de la diabetes mellitus 2.2.1.1.- clasificación 2.2.1.1.1.- Diabetes mellitus tipo 1 auto inmune 2.2.1.1.2.- Diabetes mellitus tipo 2 2.2.1.1.3.- Diabetes mellitus gestacional 2.2.2.- Etimología 2.2.3.- Síntomas y signos de diabetes mellitus no tratada 2.2.4.- Diagnóstico 2.2.5.- Tratamiento Ejercicios</p>

		<p>los pacientes diabéticos y por ende mejorar la calidad de vida de los mismos.</p>	<p>mayor en el Hospital Nacional María Auxiliadora San Juan de Miraflores, Lima 2013.</p> <p>✓ Identificar el nivel de conocimiento sobre autocuidado en la dimensión conductas de riesgo frente a la enfermedad Diabetes Mellitus tipo II del adulto mayor en el Hospital Nacional María Auxiliadora San Juan de Miraflores, Lima 2013.</p>	<p>Nutrición Medicación 2.2.6.- El autocuidado en paciente diabético</p> <p>Definición de términos 2.3 Hipótesis 2.4 Variables 2.4.1. Hipótesis General 2.4.2. Hipótesis específicas 2.5 Variables</p> <p>Operacional de las variables</p>
--	--	--	--	--

