



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

**TESIS**

**“CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO EN  
EL CENTRO DE SALUD CONO SUR – JULIACA 2015”.  
PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN  
ENFERMERIA**

**PRESENTADA POR  
TICONA CCARI REYNA**

**ASESORA:  
MG. IDALIA MARIA CONDOR CRISOSTOMO**

**JULIACA - PERU, 2018**

**“CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO EN  
EL CENTRO DE SALUD CONO SUR – JULIACA 2015”.  
PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN  
ENFERMERIA**

## RESUMEN

**Objetivo** fue es el de identificar las capacidades de autocuidado del paciente diabético del centro de salud cono sur - juliaca 2015.

**Material y Método** esta investigación tiene un enfoque cuantitativo , diseño descriptivo prospectivo, tuvo una población de 30 pacientes adultos diabéticos , para el cual se aplicó una encuesta de recolección de datos con una validez de 0.8 y confiabilidad de 0.8 al alfa de Crombach.

**Resultados** el 36.7 % de los pacientes tienen edades comprendidas entre los 41 a 45 años, el 36.7 % indican que el tipo de alimentos que debe consumir el paciente diabético son harinas, liquidos, carnes rojas, menestras; el 43.3% de los pacientes diabéticos encuestados reciben como tratamiento la insulina, el 50% de los pacientes diabéticos encuestados se controlan los niveles de glucosa 1 vez cada 2 semanas, el 50% de los pacientes diabéticos encuestados realizan ejercicio 2 veces por semana, el 70% de los pacientes diabéticos realizan su cuidado de pies 1 vez por semana, el 60% señala que realizan el corte de uñas de forma recta, el 80% utilizan zapato ligero y transpirable, el 53.3% de la población indica que no visita al oftalmólogo.

**Conclusión** la capacidad de autocuidado de los pacientes diabéticos es inadecuada con respecto a su alimentación, la capacidad de autocuidado de los pacientes diabéticos del Centro de Salud Cono Sur es adecuada con respecto a su actividad física ya que la mayoría si practican ejercicio, la capacidad de autocuidado de los pacientes diabéticos del Centro de Salud Cono Sur es adecuada con respecto a tratamiento ya que la mayoría si conocen que tratamiento reciben , pero mediante lo que es control de nivel de glucosa es inadecuada porque no lo realizan con la frecuencia correcta.

**PALABRAS CLAVES** Adulto, Capacidad de Autocuidado, Diabetes

## ABSTRACT

**Objective** was to identify the self-care capabilities of the diabetic patient at the cono sur - juliaca Center 2015.

**Material and Method** This research has a quantitative approach, prospective descriptive design, had a population of 30 adult diabetic patients, for which applied a survey of data collection with a validity of 0.8 and reliability of 0.8 to Crombach's alpha.

**Results** 36.7% of patients are aged between 41 to 45 years, 36.7% indicate that the type of food should be consumed the diabetic patient are flours, liquids, red meats, vegetable stew; 43.3% of diabetic patients surveyed receive insulin treatment, 50% of diabetic patients surveyed control glucose levels once every 2 weeks, 50% of diabetic patients surveyed perform exercise twice a week, the 70% of diabetic patients perform their foot care once a week, 60% indicate that they cut their nails straight, 80% use light and breathable shoes, 53.3% of the population indicates that they do not visit the ophthalmologist.

**Conclusion** The self-care capacity of diabetic patients is inadequate with respect to their diet, the self-care capacity of diabetic patients of del center of Cono Sur is adequate with respect to their physical activity since most of them practice exercise, the self-care capacity of the patients. diabetic patients center of Cono Sur is adequate with respect to treatment since most of them do know what treatment they receive, but by what is glucose level control is inadequate because they do not perform it with the correct frequency.

**KEYWORDS** Adult, Self-care capacity, 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
1.2.1. Problema General	3
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación del estudio	4
1.5. Limitaciones de la investigación	4

### **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes del estudio	5
2.2. Base teórica	12
2.3. Definición de términos	37
2.4. Variables	38
2.4.1. Definición conceptual de la variable	38
2.4.2. Definición operacional de la variable	38
2.4.3. Operacionalización de la variable	39

<b>CAPITULO III: METODOLOGIA</b>	
3.1. Tipo y nivel de investigación	40
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	40
3.3. Población y muestra	40
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	41
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	41
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	41
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	42
<b>CAPÍTULO V: DISCUSION</b>	49
<b>CONCLUSIONES</b>	56
<b>RECOMENDACIONES</b>	57
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	58
<b>ANEXOS</b>	
Matriz	
Instrumento	

## **INTRODUCCION**

Diferentes definiciones de autocuidado son dadas en contextos culturales y sociales específicos. En los países del continente Americano, el autocuidado se refiere a las acciones que las personas adoptan en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal; éste es definido como prácticas realizadas por las personas y familias mediante las cuales son promovidos comportamientos positivos de salud, en la prevención de enfermedades y en el tratamiento de los síntomas.

La habilidad para desempeñar el autocuidado es desarrollada durante el curso de la vida diaria, por medio de un proceso espontáneo de aprendizaje, en el período de la madurez de la curiosidad intelectual, con la instrucción y supervisión de otros y mediante la experiencia de medidas de autocuidado.

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Organización mundial de la salud (OMS) La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos. En 2014, el 8,5% de los adultos (18 años o mayores) tenía diabetes. En 2014 fallecieron 1,6 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes y los niveles altos de glucemia fueron la causa de otros 2,2 millones de muertes en 2012; también se estima que un número tan alto como 183 millones de personas no están conscientes de que tienen diabetes, la OMS prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030” (1)

A nivel mundial, en el año 2013, la diabetes mellitus fue la tercera causa de muerte en mujeres de 65 y más años y la quinta en hombres de ese mismo grupo etario (2)



En el Perú, El Ministerio de Salud contabilizó 113,962 nuevos casos, de los cuales el 49.9% correspondía a personas de entre 30 a 59 años. El 45.58% es población mayor de 60 años, que es el grupo donde usualmente se reportaban más casos. (3)

Se explicó que la causa principal del aumento de casos de diabetes es la mala alimentación. "Un estudio del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición del Instituto Nacional de Salud demostró que el 90% de la población utiliza frituras en la preparación de los alimentos y un 60% consume comida rápida con alto contenido de azúcar y grasa"

Dentro del conocimiento de autocuidado que deben tener los pacientes diabéticos se encuentran: el cuidado dietético, la práctica de ejercicio, control de la glucosa, cuidado farmacológico, visitas al oftalmólogo, cuidado de los pies y cuidados generales. Como consecuencia del incumplimiento de estos cuidados se puede presentar complicaciones tales como la retinopatía, nefropatía, pie diabético, entre otros.

Este conocimiento de autocuidado se traduce en capacidades de autocuidado que se ofrece, la capacidad de autocuidado se define como la percepción de la participación sobre sus necesidades para que la persona cuide de su salud de una manera adecuada. la teoría de enfermería de Dorothea Orem afirma que "La práctica de autocuidado ante situaciones de enfermedad 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 autocuidado del paciente diabético está influenciado por muchos factores que actúan directa e indirectamente sobre su autocuidado, favoreciendo o limitándolo, entre ellos tenemos los factores sociales y culturales como los conocimientos acerca de la enfermedad, grado de instrucción, apoyo familiar, ingreso económico y ocupación.

La enfermera, dentro de sus acciones preventivo promocionales cumple un rol muy importante en el cuidado del paciente diabético ya que realiza una serie de acciones, dirigidas a los diferentes factores que favorecen o limitan el autocuidado 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 así a disminuir las altas tasas de morbimortalidad de la diabetes

## **1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuáles son las capacidades de autocuidado del paciente diabético en el Centro de Salud Cono Sur - Juliaca 2015?

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

### **1.3.1 Objetivo general**

Identificar las capacidades de autocuidado del paciente diabético en el Centro de Salud Cono Sur - Juliaca 2015

### **1.3.2 Objetivos específicos**

Identificar la capacidad de autocuidado del paciente diabéticos con respecto al manejo del tratamiento en el Centro de Salud Cono Sur - Juliaca 2015

- Identificar la capacidad de autocuidado del paciente diabético con respecto a la alimentación en el Centro de Salud Cono Sur - Juliaca 2015
- Identificar la capacidad de autocuidado del paciente diabético con respecto a la actividad física en el Centro de Salud Cono Sur - Juliaca 2015

- Identificar la capacidad de autocuidado del paciente diabético con respecto al cuidado de pies y oftalmológico en el Centro de Salud Cono Sur - Juliaca 2015

#### **1.4 JUSTIFICACION**

La diabetes es una enfermedad crónica que tiene una alta incidencia y prevalencia en la población adulta, por lo que se requiere que la persona con diabetes desarrolle capacidades de autocuidado que le permitan cuidar de su salud, como es la adherencia al tratamiento, alimentación saludable, actividad física, entre otras.

Los resultados de esta investigación permitirán a los gestores del Centro de Salud Cono Sur , tener información objetiva acerca de las capacidades de autocuidado de los adultos con diabetes y permitirles programar estrategias para fortalecer estas capacidades de autocuidado del paciente diabético que asistan al Centro de Salud Cono Sur, a fin de ver si existan resultados favorables.

#### **1.5 LIMITACIONES**

- La primera limitación corresponde a la población de estudio, ya que la muestra solamente es de los adultos del Centro de Salud Cono Sur, por lo que sus resultados no podrán ser extrapolados a otras circunstancias.
- La segunda limitación corresponde a que no se abordaron el resto de factores que la literatura señala que tienen relación con la diabetes como son: Control de glucosa, Cuidados de los pies, Cuidados oftalmológicos, Cuidados generales.

## CAPITULO II: MARCO TEORICO

### 2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

#### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

**ZANETTI Maria Lúcia.** Realizo un estudio titulado Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México – 2007. 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. 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 ( $r=0,124$ ;  $p<0,05$ ) y una correlación negativa con la religión ( $r_s=-0,435$ ;  $p<0,05$ ) y tiempo de evolución de la enfermedad ( $r=-0,667$ ;  $p<0,05$ ) Participaron 251 personas que ingresaron en un hospital de urgencia en México, en 2007. Se empleó un estudio descriptivo y transversal. Se obtuvieron las siguientes conclusiones

“Se concluye que la mayoría de las personas con diabetes mellitus tipo 2 presentó una capacidad de autocuidado regular. La capacidad

de autocuidado está vinculada a múltiples variables, que merecen atención de los profesionales de salud cuando se realiza la proposición de programas de educación” .<sup>7</sup>

**ABARCA Gutiérrez María Leticia.** Realizó un estudio titulado “Apoyo Educativo de Enfermería en el Autocuidado del Paciente Diabético Acapulco -2012 “ .Este estudio tuvo por objetivo determinar la influencia del apoyo educativo de enfermería en la capacidad de Autocuidado (CAC) del diabético. Los resultados fueron el 100% de los pacientes terminó el periodo de sesiones educativas. Con respecto a las características del grupo, prevaleció el sexo masculino con 52%; la mayor proporción de pacientes están en intervalos de 60 y 79 años y entre 40 y 59 años de edad con 47% y 45% respectivamente. Se utilizó la escala de CAC. Se midió inicialmente la CAC, se implementó el programa de apoyo educativo de enfermería, al concluirlo se valoró la CAC, utilizando t pareada para determinar la significancia entre la pre prueba y pos prueba. Se obtuvieron las siguientes conclusiones:

“Se concluye que la intervención educativa con enfoque constructivista basada en la teoría y la práctica del autocuidado realizada en grupos de iguales, apoyada por el sistema de enfermería, logra conjuntar potencialidades del equipo multidisciplinario con un impacto positivo en la prevención de complicaciones y mejora el control de las personas diabéticas. La educación diabetológica de toda la vida debe ser el rol principal de enfermería que permita lograr que las personas logren la capacidad de ser autoresponsables y proactivas en la atención de la cronicidad.”<sup>8</sup>

**GALINDO Martínez Mireya Gricelia.**Realizo un estudio titulado “Efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado del paciente hospitalizado con diabetes tipo 2 México

2014 ".Este estudio tuvo como objetivo escribir el efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado del paciente hospitalizado con diabetes tipo 2 en el Hospital General de Tecomán, Colima, México. Método: Resultados: los factores socioculturales tuvieron un leve efecto positivo en la capacidad de autocuidado (RM = 1,10; IC 95 %: 0,26-4,74) en pacientes hospitalizados con diabetes tipo 2. Conclusiones: los factores socioculturales: experiencias vitales, experiencias laborales, religión, costumbres y tradiciones, prácticas curativas y ritos, señalados en la Teoría General del Déficit de Autocuidado, muestran un efecto positivo sobre la capacidad de autocuidado de las personas con diabetes tipo 2 estudio transversal, observacional. Se trabajó con 68 pacientes hospitalizados con diabetes tipo 2; se utilizó un instrumento que midió el efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado. Se obtuvieron las siguientes conclusiones:

“Que los factores socioculturales: experiencias vitales, experiencias laborales, religión, costumbres y tradiciones, prácticas curativas y ritos, señalados en la Teoría General del Déficit de Autocuidado, muestran un efecto positivo sobre la capacidad de autocuidado de las personas con diabetes tipo 2” .<sup>9</sup>

**LOPEZ Costa Marta Miriam.** Realizo un estudio titulado “Autocuidado en Diabetes Mellitus”.Este estudio tuvo como objetivo asignar la literatura científica nacional e internacional sobre el autocuidado para las personas con diabetes mellitus. Los resultados fueron que los estudios se centran en los últimos cinco años; Son publicados principalmente en revistas internacionales, destacando The Diabetes Educator Journal. En cuanto a los nacionales, 20 (23,4%) trabajos están distribuidos en revistas de investigación en enfermería; 51 (67,1%) autores son enfermeros y 53 (69,7%) son médicos; 78 (91,8%) estudios son artículos originales, 55 (64,7%)

transversales, 60 (80,0%) cuantitativos, 37 (43,5%) están en Inglés; 51 (64,6%) se realizaron en ambulatorios y 55 (64,7%) con personas con diabetes tipo 2; el instrumento más utilizado fue el genérico, 26 (34,2%); seguido del Summary of Diabetes Self-care activities, 24 (31,6%); el tema más discutido fue el efecto de la educación en el autocuidado, 13 (15,3%); el país con mayor número de estudios fue Brasil, con 33 (39,1%). Se obtuvieron las siguientes conclusiones:

“Las investigaciones sobre el autocuidado de la DM son lideradas por enfermeras, con especial atención a la enseñanza. Se hace hincapié en la falta de estudios analíticos y experimentales que muestran la necesidad de estudios con este tipo de corte de manera que las hipótesis que han surgido en los estudios de observación puedan ser probadas y así avanzar en la investigación, contribuyendo a la adherencia para el auto-cuidado.”<sup>10</sup>

### **2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES**

**ESQUIVEL Quiñe Ana María.** Realizó un estudio titulado “ Factores sociodemográficos y capacidad de autocuidado del paciente adulto con hipertensión y diabetes Trujillo – 2014”. Este estudio tuvo como objetivo establecer la influencia de los factores sociodemográficos de edad, sexo, grado de instrucción, tiempo que permanece la enfermedad y la Capacidad de Autocuidado en pacientes adultos hipertensos y/o diabéticos que acuden al establecimiento de Salud Pesqueda III MINSA,2014. Los resultados obtenidos de la encuesta mostraron la edad según el autocuidado de la población estudiada esta fue mayor de 55 años, siendo el nivel de autocuidado bueno en 80% y en menor de 36 años con un nivel de autocuidado deficiente. Predominando el sexo femenino en un 71% con un nivel autocuidado bueno. Aplicando la prueba estadística  $p < 0,005$ . Se utilizó como técnica la entrevista estructurada y como instrumento un cuestionario para medir el autocuidado en cuya estructura se consideró. El

instrumento consta de 34 ítems de respuestas cerrada. El presente estudio es de tipo descriptivo, correlacional de corte transversa. La población para este estudio estuvo constituida por una muestra de 20 pacientes. Se obtuvieron las siguientes conclusiones:

“ Se concluye que hay una relación muy significativa entre la edad y el nivel de autocuidado. La población en estudio presentó un grado de instrucción de secundaria completa en el 25%, con un nivel bueno de autocuidado y con un 20% con grado superior lo que refleja un nivel de autocuidado bueno. Es decir, existe una correlación significativa entre el grado de instrucción y el autocuidado. Siendo  $p < 0,005$ .”<sup>11</sup>

**ARIAS Bramón Milagros del Pilar, - RAMÍREZ Gutiérrez Sandra Susana** . Realizaron un estudio titulado “Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 zona urbana, distrito de Pachacámac – 2013”. Este estudio tuvo por objetivo determinar la relación del apoyo familiar y las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 zona urbana, distrito de Pachacámac – 2013. El resultado fue De los 48 familiares cuidadores 45,8% tienen más de 60 años de edad, 70,8% sexo femenino siendo la hija la que prevalece en el cuidado. De los 48 adultos mayores 60,4% tienen entre 60 a 69 años, 60,4% son de sexo femenino. El apoyo familiar es adecuado en el 64,6%. Según dimensiones predominó el apoyo instrumental con 66,7%. Las prácticas de autocuidado son regulares en 52,1%. Según dimensiones resultaron regulares en control médico, dieta, ejercicios, cuidado de los pies y control oftalmológico Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional en una población muestra de 48 adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 y 48 familiares cuidadores. Para la recolección de datos se utilizó dos instrumentos, la técnica será para ambos fue la encuesta. Un instrumento para



evaluar el apoyo familiar y el otro para evaluar el autocuidado. La confiabilidad del instrumento se logró mediante una muestra piloto seleccionando a la unidad de análisis con características similares a la muestra del estudio. Se obtuvieron las siguientes conclusiones:

“Se encontró dominio del sexo femenino tanto en el familiar cuidador y el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2. Se identificó que el familiar cuidador es la hija. El apoyo familiar resultó adecuado con ventaja en el apoyo instrumental. En cuanto a las prácticas de autocuidado resultaron regulares y según dimensiones regulares en el control médico, cuidado de los pies, dieta, ejercicios y control oftalmológico. Estas variables no se encuentran relacionadas, son independientes entre sí”<sup>12</sup>

**BALCÁZAR Ochoa, Mayra.** Realizo un estudio titulado “Capacidades y actividades en el autocuidado del paciente con pie diabético en el Hospital Alberto Sabogal Callao- julio - diciembre 2014”. Con el objetivo de determinar las capacidades y actividades del autocuidado en el paciente con pie diabético. El resultado fue 35 por ciento fueron mujeres y 65 por ciento varones, la edad promedio fue 65 años a más; 53,3 por ciento presentó instrucción secundaria completa; las capacidades y actividades fueron inadecuadas en un 68,3 por ciento; las capacidades, según sus dimensiones, fueron inadecuadas: destreza en un 58 por ciento; habilidades aprendidas en 61,7 por ciento; memoria y aprendizaje 75 por ciento, y sensación 60 por ciento. El método utilizado fue estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, la población estuvo conformada por 60 pacientes que se encontraban hospitalizados por presentar pie diabético; se empleó como instrumento el cuestionario sobre capacidades y actividades de autocuidado del paciente con pie diabético. Se obtuvo la siguiente conclusión:

“Las capacidades y actividades de autocuidado en un paciente con pie diabético son inadecuadas.”<sup>13</sup>

**HIDALGO Carpio, Eva Victoria** quien realizó un estudio titulado como “Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Octubre – diciembre 2005”. Tiene como objetivo identificar las medidas de autocuidado que refieren realizar los pacientes diabéticos, así como los factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista e instrumento el cuestionario, el cual fue aplicado a una muestra de 100 pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Los resultados que se obtuvieron demuestran que la mayoría de pacientes diabéticos realiza las medidas de autocuidado, tales como alimentación, ya que consumen diariamente verduras y frutas e ínter diariamente carnes y harinas. Asimismo la mayoría realiza el cuidado de sus pies y ejercicios, siendo frecuente las caminatas; respecto al cuidado de la vista, la mayoría visita al oftalmólogo para diagnosticar precozmente complicaciones. Entre los factores socioculturales que limitan el cumplimiento del autocuidado se encuentran: económico, enfermedad y ocupación; encontrándose con mayor incidencia el factor económico. Entre los factores socioculturales que favorecen se encuentran: el apoyo familiar, por cuanto la familia cumple un rol muy importante apoyando al paciente diabético en su autocuidado, y personales que es caracterizado por la responsabilidad que muestran los pacientes en participar en su autocuidado debido a que

son responsables de las medidas de autocuidado que deben realizar. Se obtuvo la siguiente conclusión:

“Las capacidades y actividades de autocuidado en un paciente con pie diabético son adecuadas.”<sup>14</sup>

## **2.2 BASE TEORICA**

### **2.2.1 Paciente Diabético**

El paciente diabético tiene una alteración del metabolismo de hidratos de carbono con tendencia a la hiperglucemia en ayunas y peligrosos picos de glucosa en sangre. La glucosa es el principal combustible de las células de nuestro cuerpo, el cuerpo utiliza el combustible mediante el proceso del glucolisis y el ciclo de Krebs con la intención de producir energía a partir de los vínculos de los hidratos de carbono.

Pero el problema del paciente diabético es que el no conseguir un buen uso de los hidratos de carbono, debido a que falta o no tiene la llave que le permite usar, esta llave que abre los mecanismos de la utilización de la glucosa para penetrar en la célula, es una hormona producida por el páncreas y precisa de los islotes pancreáticos.

Consecuencias de la diabetes, con el tiempo, la diabetes puede dañar del corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios. Los adultos con diabetes también tienen riesgo 1 o 3 veces mayor de sufrir infartó del miocardio, y accidentes cerebrovasculares.

Por otro lado, la neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementa el riesgo de úlceras de los pies, infección y en última instancia la amputación, al igual que la retinopatía diabética es una de las causas importantes de ceguera y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de

la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. El 2.6% de los casos mundiales de ceguera es consecuencia de diabetes. (14)

La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal, los riñones son filtros que limpian la sangre, si estos se encuentran dañados, los desechos y los líquidos se acumulan en la sangre en lugar de salir del organismo. El daño renal ocasionado por la diabetes se denomina nefropatía diabética. Comienza a ocurrir mucho antes de que aparezcan los síntomas. Las personas con diabetes deben someterse a pruebas periódicas para detectarla. Las pruebas incluyen un examen de orina y un análisis de sangre para ver qué tan bien los riñones están funcionando. (15)

### **Diabetes Mellitus**

Los cuatro síntomas del paciente diabético son: Aumento de la sed, orinar frecuentemente, tener mucha hambre, pérdida de peso sin motivo aparente.

Los principales signos de alarma en la diabetes son: Mareos, zumbidos, disminución auditiva.

Entre los órganos que suelen ser afectados a causa de las complicaciones, se encuentran los riñones, los nervios, los ojos, pies, el corazón y los vasos sanguíneos, mismas que pueden representar una expectativa de vida menor.

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. Estas complicaciones agravan la enfermedad y disminuyen la esperanza de vida de las personas afectadas por esta enfermedad. La mayoría de las complicaciones ligadas a la diabetes

pueden ser evitadas, disminuidas o retrasadas si la diabetes es detectada y tratada precoz y correctamente.

Medidas higiénico-dietéticas generales, que en algunos casos pueden ser suficientes para lograr el control adecuado de las cifras de glucosa en sangre, y en otros casos, permitir que las dosis de insulina o antidiabéticos orales sean menores.

La dieta o alimentación saludable de una persona diabética es básicamente la dieta equilibrada y sana que debería seguir cualquier persona. La diferencia es que quien padece la diabetes debe seguirla siempre, sin saltársela y teniendo en cuenta algunas limitaciones.

La práctica de ejercicio físico moderado y diario provoca un descenso de la glucosa en sangre al ser utilizada por el músculo como fuente de energía por lo que mejora el control glucémico y resulta beneficioso para disminuir la presión arterial, el colesterol y controlar el peso.

Cuidado con los ojos. Para prevenir o tratar estas complicaciones (ceguera) deben ser revisados por un oftalmólogo una vez al año.

Cuidado con los pies. Hay que revisarlos todos los días, mantener una buena higiene y seguir los consejos del equipo sanitario, una simple herida puede dar lugar a grandes complicaciones (pie diabético).

Todo diabético debe aprender a conocer y controlar su enfermedad autoanalizándose en casa, pero no tendrá valor alguno si, al mismo tiempo, no realiza correctamente el tratamiento prescrito. Es importante el monitoreo de glucosa ya que determina el nivel de este azúcar en sangre, el llevar una vida relajada y tranquila (apoyo

emocional). El estrés puede contribuir a la elevación de las cifras de presión arterial y glucosa en sangre y aumentar el riesgo de infarto.

Un consumo excesivo de alcohol se asocia a una mayor incidencia de hipertensión y en el diabético su uso está desaconsejado por la cantidad de calorías “vacías” (que no tienen valor nutritivo) que aporta. Además, pueden favorecer la aparición de hipoglucemias nocturnas. El tabaco aumenta de forma considerable el daño que sobre los vasos ejercen la hipertensión y fundamentalmente la diabetes, agravándolo y acelerándolo de forma muy importante. Cada cigarro que fuma un diabético equivale a 6 en una persona sana en cuanto al riesgo vascular se refiere.(16)

### **2.2.2 Autocuidado**

Orem (17) define al autocuidado 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 autocuidado 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 “autocuidados” 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.

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.

Como primer sistema tenemos el 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”. Como segundo sistema tenemos el 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, 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 Factores socioculturales asociados al conocimiento de autocuidado del paciente diabético**

Sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, y que hacen referencia a aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. La casi totalidad de estos factores pueden modificarse.

La investigación empírica muestra que los aspectos culturales pueden ser un factor positivo de cambio o pueden ser un obstáculo a alcanzar la salud. También el hablar de determinantes de salud supone hablar de “un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones”.

Ningún ser vivo, animal o vegetal, vive aislado en el ambiente en que habita. En consecuencia, el hombre está colocado en medio de una trama infinita de factores que, en diversa medida, gravitan sobre su salud. Una diferencia, sin embargo, es que el hombre, gracias al desarrollo de la cultura y la acumulación del conocimiento, es capaz de modificar el medio ambiente mucho más que el resto de los seres vivos. En el complejo dinámico del contacto del hombre con la naturaleza se encuentran una primera aproximación a las explicaciones y causas determinantes de los problemas de salud.

El social comprende las interacciones entre la gente. Esto incluye también el hacinamiento, calidad de vivienda, condiciones de trabajo, seguridad física y social, afecto, comunicación, asistencia médica, trabajo, progreso, distribución de la riqueza, entre otros. El factor cultural representa aquellos patrones de cultura en un tiempo y lugar dado. La autora 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, conocimientos, entre otros, dichos factores favorecen o limitan el cumplimiento del autocuidado” (18)

### **Los Factores Sociales**

Los factores sociales, más que los genéticos, son los responsables de las enormes diferencias en la salud y expectativa de vida en todo el mundo

Marmot agrega “Confiamos demasiado en las intervenciones médicas para aumentar la esperanza de vida”. “Cuando se piensa en salud, se hace solo desde el punto de vista de la atención sanitaria”. “Tenemos que prestar más atención a las condiciones que provocan las enfermedades”. Una de las claves es la educación, el acceso a la vivienda y una buena alimentación

Kozier afirma que “Los factores sociales están relacionados directamente con la salud, morbilidad y mortalidad. Son variables que influyen sobre el estado de salud de la persona y sobre sus creencias y conductas o prácticas saludables. Encontramos aquí la ocupación, el ingreso económico, estado civil, y apoyo familiar”(19)

#### **Estado civil:**

Es la situación de las personas físicas, determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. Así mismo es la relación en que se hallan las personas en el agrupamiento social, respecto a los demás miembros del mismo agrupamiento. Por su parte Rosette menciona que “El estado civil tiene mucha relación con las actividades que pueda realizar una persona, ya que una persona soltera tiene mayor disponibilidad de tiempo que una persona casada. Mientras que una persona casada tiene una serie de

responsabilidades en su hogar. Se puede clasificar en soltera, casada, conviviente, viuda y divorciada” (20).

**Situación laboral:**

Definido en dos términos; empleo y desempleo el cual consiste en que la población con empleo está compuesta por personas mayores de una edad especificada que aportan su trabajo para producir bienes y servicios, es decir trabajan. Cuando se calcula con respecto a un período de referencia corto (de una semana o un día), este concepto engloba a todas las personas que trabajaron para obtener una remuneración, beneficio o ganancia familiar durante ese período. Incluye también a todas las personas que en ese período se ausentaron temporalmente de su empleo o empresa por diversos motivos: personas que durante el período de referencia estuvieron enfermas, de vacaciones, con permiso por maternidad, en huelga o despedidas temporalmente. Por su parte la población desempleada está compuesta por personas mayores de una edad especificada que no aportan su trabajo para producir bienes y servicios, pese a encontrarse disponibles, es decir no trabajan. Cuando se calcula con respecto a un período de referencia corto, este concepto engloba a todas las personas que no tienen empleo y que durante el período de referencia habrían aceptado un empleo adecuado o puesto en marcha una empresa si se les hubiese presentado la oportunidad, y que en el pasado reciente buscaron activamente formas de encontrar empleo o poner en marcha una empresa.

La adición de la población con empleo y la población desempleada medidas en un período de referencia corto constituye la fuerza de trabajo, también denominada población corrientemente activa. Otra forma de medir la población económicamente activa es la

denominada “población habitualmente activa”, que se calcula con respecto a un período de referencia largo, por ejemplo, un año.

En todas estas definiciones se alude a las personas “mayores de una edad especificada”, categoría que se denomina también “población en edad de trabajar”. El límite de edad mínima usado para definir la población en edad de trabajar debe ser fijado por cada país, en función de sus circunstancias nacionales, como la edad de escolaridad obligatoria, la edad mínima de admisión en el empleo y las proporciones del trabajo infantil. Las series de empleo y desempleo son piezas fundamentales para el desarrollo del bienestar de los hogares.

La situación laboral puede favorecer o limitar el conocimiento del autocuidado y por ende el cumplimiento de éste. Llegando a un análisis profundo sobre la situación laboral de una persona, nos encontramos en una controversia, ya que, como se puede ver en un paciente que tiene la enfermedad de la diabetes es necesario un ingreso económico adecuado para que pueda suplir con todos los gastos a la que conlleva esta enfermedad así como para cumplir con un autocuidado adecuado y oportuno, y para alcanzar ello es necesario que esté empleado; sin embargo se puede ver también que un paciente desempleado dispondrá de mayor tiempo para poder conocer su enfermedad y cuidados a realizar asimismo cumplirlos; a ello se suma la disponibilidad económica que muchas veces será el factor principal; para no tener en cuenta o no cumplir con el autocuidado pese a disponer del tiempo.

### **Ingreso económico:**

Son fuentes de ingresos económicos, sueldos, salarios, dividendos, ingreso por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás.

El dinero que recibe la familia de un trabajo es con el fin de satisfacer necesidades y problemas, además está relacionado con la ocupación de las personas. Entonces es posible que las personas con bajos ingresos económicos no puedan realizar sus exámenes médicos, conocer más sobre su autocuidado y realizar actividades que mejoren su calidad de vida, ya que no pueden costearlos.

Según Kozier “La higiene, los hábitos alimentarios y la propensión a buscar asesoramiento sanitario y seguir los regímenes terapéuticos, varía entre los grupos con ingresos altos y aquellos con bajos ingresos”(21)

Proasa afirma que “Del ingreso económico dependerá el nivel y forma de vida (psíquica, biológica, etc.) porque el individuo, familia y comunidad tienen necesidades cuya satisfacción está en base al esfuerzo económico, tal es así que un ingreso económico bajo, no permitirá que se asigne algo para la recreación, y limitará la cantidad de bienes y servicios que pueda adquirir para satisfacer necesidades de alimentación, protección de la salud para hacer frente a las diferentes enfermedades”(22)

Para definir la línea de pobreza del país es necesario saber por medio del Instituto Nacional de Estadística e Informática a cuánto asciende la canasta básica familiar, que es un conjunto de “bienes” y “servicios” esenciales para satisfacer las necesidades básicas para el bienestar de todos los miembros de la familia, tales como los alimentos, el vestuario, la salud, la educación, la recreación, entre otros; los cuales son adquiridos de forma habitual por una familia cuyas características en cuanto al número de personas que la componen y sus condiciones económicas, se acercan al promedio de

las características de la demás familias. Así una familia es pobre cuando su nivel de ingreso o consumo está por debajo de un nivel que le permita satisfacer sus necesidades básicas. (23)

Según Renán Quispe, jefe del INEI, la nueva canasta familiar ha sido valorizada en S/. 2,112, un aumento de 26% (S/. 434) respecto a los S/. 1,678 que eran considerados para la canasta con año base 1994. Quispe aclaró que este valor de la canasta familiar es muy diferente al que se toma como referencia para medir niveles de pobreza y que actualmente es de S/. 1,292.(24)

**Familia:**

La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos, es la célula social básica, ya que en toda sociedad es posible identificar una unidad que se denomina familia; es por lo tanto un componente esencial de la estructura social más amplia(25)

.Este grupo social es el más importante para el hombre, y es considerado un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, ya que influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto. De igual manera las experiencias emocionales con los alimentos y la exposición a la educación nutricional contribuyen a formar sus hábitos dietéticos, siendo, en alguna medida un producto de su cultura y de su grupo social. Esto constituye una unidad básica de la atención médica y de la salud, que presenta patrones característicos de la morbilidad, la respuesta a los síntomas y a la utilización de los servicios médicos.

Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: del tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas

sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo que influye en el enfermo el tipo de familia está determinado de acuerdo a los miembros que integran su hogar:

Ante el diagnóstico de un trastorno como la Diabetes, con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada. El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas formas y a veces nuevos papeles. Con esos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a su vez al familiar enfermo (26).

Además de la ingesta de medicamentos se requieren otras medidas de control, primordialmente el ajuste de la alimentación, una actividad física adecuada, vigilancia y aseo adecuado de los pies. Dichas medidas deben ser cumplidas a lo largo de su vida y efectuadas en el hogar fuera del campo de la atención médica. Esta situación exige un apoyo importante del grupo familiar que lo auxilie en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas. La familia es un apoyo importante para el paciente diabético, puesto que, la descompensación metabólica del paciente, estaría relacionada a una “falta o insuficiente apoyo por parte de su grupo familiar”, ya sea, limitando u obstaculizando el adecuado control y tratamiento de la enfermedad.

Para Colliere “La familia es un elemento participante del cuidado en el hogar y son la mayor fuente de apoyo para el paciente por lo que es necesario conocer de quien recibe el apoyo social y psicológico

para su tratamiento y así poder reforzar las relaciones familiares” (27)

La familia es un recurso de apoyo para la persona diabética, en diferentes etapas de su desarrollo. Su adecuada participación favorece la salud y calidad de vida del paciente. En la etapa adulta se ha observado que los cambios en el estado de ánimo e irritabilidad que se relaciona con la hipoglucemia, afecta a los otros miembros de la familia y su relación con el paciente diabético. Las necesidades de autocuidado de los padres que padecen diabetes, pueden contraponerse o entrar en conflicto con los planes o deseos del resto de la familia.

En las relaciones familiares y en todo hogar se dan ciertas adecuaciones, todos pasan dificultades que ya de paso se afrontan con mayor éxito cuando existe la participación y colaboración de la familia. El apoyo debe darse en todas las actividades por ejemplo contribuir a planear, preparar e informar sobre la dieta que debe tener el paciente diabético, ayudar al cumplimiento de las indicaciones del médico, brindar apoyo emocional y económico.

### **Los Factores Culturales**

Están constituidos por la cultura, la que es entendida por Leninger como “El conjunto de creencias, conocimientos y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos dentro de un grupo determinado, que orientan sus razonamientos, decisiones y acciones según modos de acción predeterminados” (28)

En una cultura, se pueden mover diferentes criterios, dentro de cada contexto social pueden ser importante unos valores más que otros. La adaptación a la cultura y a los valores de una determinada sociedad dependerá de las circunstancias socioeconómicas y

personales de cada individuo o grupo social. La propia percepción del paciente sobre su salud debe tenerse en cuenta también en la relación cultura - salud es compleja y constituye todo un reto para las sociedades.

Las interacciones culturales influyen en cómo percibe, experimenta y afronta la persona su salud y enfermedad; cada cultura tiene sus ideas acerca de la salud y a menudo son transmitidas de padres a hijos. Conocer la cultura de la enfermedad coadyuva a obtener elementos de juicio para estructurar servicios de atención más integrales, comprensivos, con mayor calidad técnica y humana. Principalmente ante el reto que plantea el adecuado autocuidado dentro de la complejidad del manejo de la DM.

**Grado de Instrucción:**

Es el nivel educacional que una persona tiene; como inicial, primaria, secundaria y superior. Las personas con un nivel de educación alto conocen más sobre su enfermedad y autocuidado, y tienden a pedir ayuda cuando la necesitan, mientras que una persona con un nivel de enseñanza bajo conoce poco o no conoce.

A continuación la escolaridad en el individuo, interviene como medio de desarrollo en el potencial intelectual, así como en la formación de su personalidad, puesto que cada vez que escala diferentes niveles de escolaridad hasta llegar al nivel superior, le permitirá entender y aceptar el mayor grado de educación sanitaria y cumplir con más responsabilidad las medidas pertinentes para el cuidado de su salud.

**Procedencia:**

Este concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona. La procedencia también es el punto de partida u origen



de una persona. Una forma de clasificar la procedencia para nuestro estudio vendría a ser: Costa, sierra, selva.

El Perú ha sido foco de una Poderosa Irradiación Cultural y Política en el ámbito Andino desde muchos siglos antes de que irrumpieran en él los Conquistadores Españoles. Su capital es Lima, El Perú en marco turístico posee gran Diversidad Biológicas, Danzas, Costumbres, Arte Cultural, Paisajes. Entonces el tipo de procedencia de una persona es de gran importancia para este estudio ya que la información para enriquecer el conocimiento de cada persona esta mayormente centralizada en la parte costa, muchas veces dejando de lado lo que es la parte sierra y selva, a las cuales se les limita con el acceso a diferentes tipos de información, ya sean por medios de comunicación (radio, Tv, internet, etc.).

### **Creencias:**

Las creencias son una forma de conocimiento integrado, interiorizado a partir de las costumbres. A medida que se repiten y se asientan las costumbres, da lugar a la unión del grupo que cree que tal o cual forma de hacer es buena y por lo tanto deseable; o mala y por consiguiente no deseable.

Cualquier creencia es un hábito, costumbre a la que se une un grupo y, a través de él, las personas que lo integran. Todas las creencias se basan en los conceptos de bien y de mal, a partir de la interpretación simbólica de una forma de hacer las cosas que da lugar a una forma de ser en un universo determinado.

Tanto las costumbres como las creencias se elaboran a partir de los medios de vida, y de hecho son tributarias de las características del espacio, del territorio donde vive el grupo.

Las costumbres al igual que las creencias que derivan de ella, afectan fundamental e inicialmente a todos los grandes aspectos que aseguran el mantenimiento de la vida. Por ello, encuentran sus orígenes en principio en las practicas relativas a la alimentación y al cuerpo: esfuerzo físico, sueño, ritos de purificación, masajes, cuidados estéticos, formas de vestir, etc. Las practicas relativas a la alimentación y al cuerpo son el punto de partida de todas las costumbres y de todas las creencias, constituyen las costumbres mas ancestrales del mundo y siempre están subyacentes a las formas de expresión del proceso salud-enfermedad.

Para Kleinman y colaboradores “Conocer acerca de qué creencias tienen los pacientes respecto a su enfermedad, tal como cuál cree que la causa o cuándo se inició y cuáles son las prácticas que realiza, ayuda a que el personal de salud refuerce las creencias prácticas de salud positivas y a disminuir las negativas”. Los valores se basan en el reconocimiento de las costumbres que los distintos grupos consideran que hay que mantener en un medio dado. (29)

### **Conocimientos:**

Son hechos, información y conocimientos adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un tema.

El Conocimiento está unido a la práctica del autocuidado, por lo que este interviene en él; las personas actúan y se cuidan de acuerdo a sus conocimientos. Por otra parte el conocimiento Científico como consecuencia directa del conocimiento ordinario y el razonamiento especulativo, tiene una relación directa con las necesidades e inquietudes primordiales del hombre.

#### **2.2.4 Conocimiento de autocuidado del paciente diabético.**

El conocimiento de autocuidado es el conocer a un conjunto de decisiones, acciones y estrategias que asume una persona para mantener y mejorar su estado de salud, para prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de la enfermedad.

Colliere (30) 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.

Los Conocimientos determinan en gran medida la adopción de prácticas saludables, pues permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud; sin embargo, estas determinaciones no dependen exclusivamente de la educación y la información, en vista de que hay variados factores internos y externos que intervienen.

En consecuencia el objetivo de la labor de la enfermera es facilitar conocimiento al enfermo y a su familia para que enfrente con eficacia dichas situaciones. Con la meta de alcanzar la auto dirección de su cuidado. Es por ello que la profesión de enfermería busca reducir y/o solucionar los problemas del mismo, proporcionando cuidados a las personas que lo requieran con el fin de reincorporarlos de una manera efectiva a la sociedad.

**Cuidado dietético:**

La dieta de un diabético tiene sólo pequeñas diferencias con la que debe seguir una persona sana. Por lo tanto, debe referirse, más que a dieta, a alimentos para el diabético y la debe derivar de las preparaciones habituales de su familia.

La dieta de un diabético tiene por objetivo: mantener el nivel de la glucosa normal, o lo más cerca de lo normal durante todo el día. Así mismo 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, el 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.

El comer alimentos variados: frutas frescas, verdura, pescado, carne, huevos. A 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.(31)

El consumo de grasas de origen animal debe de reducir 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. Cuando son digeridos, las proteínas se usan para los procesos de reparación del cuerpo. Algunas proteínas también pueden usarse para producción de energía. 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.

El repartir la alimentación diaria en al menos 4 a 5 comidas, ayuda a mantener el equilibrio de los niveles de glucosa en sangre. Esto también depende del tratamiento que reciba el paciente diabético.

Es importante consumir alimentos en un horario determinado, para evitar complicaciones como la hipoglucemia. El líquido es esencial para la vida. Todas las bebidas apropiadas son sin azúcar ni alcohol. El cuerpo humano necesita agua para llevar a cabo todas las funciones. Los requerimientos de agua para una persona con diabetes es la misma que para el resto de la población, es decir, alrededor de 1,5 L o 2 L de agua al día. (32)

### **Práctica de Ejercicio**

Es el conjunto de acciones motoras musculoesqueléticas realizadas con una frecuencia apropiada.

Joslin señaló “Que los elementos claves en el tratamiento de la diabetes son el ejercicio, la dieta y la insulina. En 1991 la Asociación Norteamericana de Diabetes reconoció al ejercicio físico como parte importante en el tratamiento de esta enfermedad” . Los ejercicios en el paciente diabético tienen como objetivo contribuir a controlar los síntomas, estos se deben realizar todos los días en promedio de 30 minutos. También estos ejercicios se pueden realizar en 20-60 minutos. Con una frecuencia de 4-6 días a la semana, pero es mejor todos los días.(33)

Es muy importante que, previo al inicio de un plan de ejercicio físico, la persona reciba las instrucciones pertinentes a fin de evitar un súbito descenso en la glucemia. En cualquier caso, es recomendable que las sesiones de ejercicio se realicen en compañía de un familiar.

Es mejor realizar cualquier tipo de ejercicio aeróbico (más de 20 minutos). No se aconseja deportes de riesgo como escalada, submarinismo, vuelo sin motor, paracaidismo, etc. Mejor ejercicios que utilicen varios grupos musculares (caminar, correr, nadar, ciclismo, esquí de fondo, bailar, patinar, remar, etc.)

Ejercicios recomendados Baile, Caminata, Correr o Trotar, Gimnasia de mantenimiento.

Un efecto general es la Híper respiración (oxigenación), aumento de la función cardiovascular, aumento del flujo circulatorio macro y micro vascular, mejora el perfil de lípidos disminuyendo los triglicéridos y el colesterol (LDL), aumenta el gasto energético, control de peso, mejora la presión arterial

Un efecto endocrinólogo Disminución de los niveles de insulina, disminución de los niveles de glucosa por un consumo extraordinario de glucosa por el tejido muscular, aumento de la proteína ligadora del factor de crecimiento insulínico , mejora la sensibilidad de los tejidos a la insulina. (34)

### **Cuidado farmacológico**

Tiene como objetivo controlar la glicemia y evitar las complicaciones. Los medicamentos para controlar los niveles de glucosa son un complemento del tratamiento para las personas con diabetes. La base de su control es la dieta y el ejercicio. Ningún medicamento logra un control de la glucosa si no hay cambios en el estilo de vida.

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(34). 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 hipoglucemiantes orales.(35)

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. También se usan los agentes hipoglucémicos orales, estos son eficaces en pacientes con diabetes tipo 2 que no pueden ser tratados con dieta solamente.

### **Control de glucosa**

Controlar la glucosa en sangre y tener un registro escrito constituye lo que se llama monitoreo; debido a la naturaleza de la diabetes y sus complicaciones a corto y largo plazo, es importante el monitoreo del nivel de glucosa (azúcar) en sangre. De hecho, un programa de "monitoreo de glucosa" es una parte esencial de cualquier plan de tratamiento de la diabetes.

La frecuencia de las mediciones de la glicemia debe determinarse en consulta con el médico de asistencia y otros especialistas del equipo de atención al diabético. Los pacientes con un control metabólico estable pueden realizar la medición una vez al día, en diferentes horas o antes de cada comida principal y al acostarse, dos veces a la semana. Los pacientes con un control metabólico inestable (por enfermedad aguda, cambio en sus actividades habituales o en su estilo de vida), y aquéllos con síntomas inesperados de hipoglicemia o hiperglicemia, se recomiendan efectuar mediciones más frecuentes. Los diabéticos que requieren múltiples dosis (tres o más)



deben también monitorear sus valores de glicemia más frecuentemente (36)

El monitoreo del nivel de glucosa en sangre indica la forma en que el cuerpo está respondiendo a ciertos alimentos, actividades y medicamentos y ayuda a tener un mejor manejo del plan de alimentación y ejercicio. Con la información que se obtiene a través del monitoreo, tanto el paciente y el médico pueden:

Identificar las tendencias en los niveles de glucosa, identificar los factores que pueden provocar altos o bajos niveles de glucosa, evaluar los efectos de los alimentos, la actividad física y los medicamentos en la diabetes ,identificar los cambios que se necesitan en el plan de tratamiento, confirmar si los síntomas que se tiene son el resultado de bajas o altas de glucosa en la sangre o si se trata de algo que no guardan relación con la diabetes.

### **Cuidado de los pies**

Debido a deficiencias circulatorias y nerviosas, las lesiones en los pies de las personas diabéticas con frecuencia se infectan y presentan dificultades para sanar. Los pies de las personas que padecen diabetes deben recibir especial atención.

Revisar diariamente los pies en busca de enrojecimiento, heridas o lesiones; cambios de coloración en los dedos, callosidades, uñas enterradas y deformaciones. Aseo diario de los pies utilizando jabón neutro y agua tibia; secar con una toalla de tela suavemente, especialmente los espacios interdigitales. Evitar la humedad. Lubricar con crema inerte o aceite de almendras dulces dando un masaje del talón a los dedos.

Cortar las uñas en línea recta, cuidando de no rebasar el borde del dedo para evitar que la uña se entierre. La frecuencia con la que

deben cortarse las uñas varía según la persona; los diabéticos deben cortárselas una vez a la semana, y así aprovechar para revisarse los pies.

Limpiar uña por uña para evitar la humedad y alisarlas con una lima. No caminar sin zapatos ni siquiera dentro de casa. No usar bolsas de agua caliente o cojines eléctricos para calentar los pies.

Utilizar zapatos cómodos, ligeros, no transpirables y sobretodo que no sean ajustados, revisar diariamente los zapatos, en busca de objetos extraños, puntos salientes, duros o asperezas que pudieran lesionar la piel.

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 (37)

### **Cuidado oftalmológico**

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 de esta manera evitar problemas más graves posteriormente. Pedir al oftalmólogo que lo examine para ver si tiene cataratas o glaucoma.(38)

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 oftalmológicas.

“Especialistas advierten que el 15.9% de los casos de ceguera detectados tienen como causa principal a la retinopatía diabética, por lo que sugirieron una revisión anual en diabéticos para evitar esta complicación, el dato es confirmado por diversos estudios realizados en América Latina”.

### **Cuidados generales**

Uno de los cuidados generales que debe tener un paciente diabético es el aseo debe ser adecuado (Baño no más de 5 minutos), cuidadoso (mojar y frotar las diferentes áreas de la piel) y fisiológico (no usar jabones de tocador ni antisépticos).

Es conveniente salir del agua antes de que la piel se arrugue, incluso, llegue a agrietarse. La vestimenta debe de ser ligera, suelta, no ajustada, cómoda, y adecuada a la estación. Use ropa interior de algodón puro. El algodón permite que el aire circule mejor entre la ropa y la piel. Si va a la playa, deberá usar sandalias para caminar sobre la arena caliente (recuerde que puede no sentir la temperatura aun cuando sus pies se estén quemando).

Reduzca o elimine el consumo de cafeína, cigarrillos y alcohol. Disminuir el consumo de cafeína puede ayudar a las personas diabéticas a mantener su nivel de azúcar en sangre dentro de

parámetros normales. El fumar interfiere con la regulación y los efectos de la insulina y aumenta los niveles de glucosa en la sangre.

El diabético que fuma, aumenta sus probabilidades de desarrollar complicaciones comparado con el que no lo hace. El fumar aumenta hasta un 40% el riesgo de desarrollar nefropatía diabética y hasta un 50% más el riesgo de presentar un infarto cerebral.(39) El alcohol puede incrementar la acción de la insulina o de algunos medicamentos haciendo que baje demasiado la glucosa.

Así el abuso del alcohol (tres copas al día o más) puede ocasionar un deterioro en el control de la glucosa que puede llevar al desarrollo de complicaciones (disfunción sexual, y la pérdida de sensibilidad en los pies que lleva a amputaciones, o infartos y embolias).(40)

Según Sansón (41), 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.

### **2.3. DEFINICION DE TERMINOS**

**AUTOCUIDADO:** Se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma.(42)

**DIABETES:** Enfermedad crónica e irreversible del metabolismo en la que se produce un exceso de glucosa o azúcar en la sangre y en la orina; es debida a una disminución de la secreción de la hormona insulina o a una deficiencia de su acción.(43)

**ACTIVIDAD FISICA:** Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.(44)

**CONOCIMIENTO DEL AUTOCUIDADO:** El conocimiento de autocuidado es el conocer a un conjunto de decisiones, acciones y estrategias que asume una persona para mantener y mejorar su estado de salud, para prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de la enfermedad.(45)

**PROMOCIÓN DE LA SALUD:** Consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, por lo tanto es la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.(46)

**PACIENTE DIABÉTICO:** Es aquella persona que padece de la enfermedad de la diabetes que consiste en la elevación de la glucosa en sangre.(47)

## **2.4 VARIABLES**

### **2.4.1 DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE**

**CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO:** Conducta de autocuidado que permite satisfacer las necesidades de salud de la persona.

### **2.4.2 DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE**

**CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO:** Son las competencias de autocuidado del paciente diabético respecto a cuidado dietético , farmacológico, práctica de ejercicio

### 2.5.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

VARIABLE	DIMENSIÓN DE LA VARIABLE	INDICADORES
Capacidad autocuidado	de Conocimiento Cuidado dietético Cuidado farmacológico Practica de Ejercicios Cuidados de los pies Cuidados oftalmológicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Concepto</li> <li>-Complicaciones</li> <li>-Cuidados básicos</li>   <li>-Frecuencia</li>   <li>-Tipo</li> <li>-Control de glucosa</li>   <li>-Tipo</li> <li>-Frecuencia</li>   <li>-Frecuencia</li> <li>-Tiempo</li> <li>-Corte de uñas (forma y frecuencia)</li> <li>-Tipo de calzado.</li>   <li>-Frecuencia</li> </ul>

## **CAPITULO III: METODOLOGIA**

### **3.1 TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACION**

El presente proyecto de investigación es de enfoque cuantitativo porque utilizará estadísticas para presentar los resultados.

Es de nivel aplicativo de diseño descriptivo porque sus resultados se utilizarán para implementar programas que ayuden a la capacidad de autocuidado del paciente diabético, para que así pueda una mejora.

### **3.2 DESCRIPCION DEL AMBITO DE LA INVESTIGACION**

El centro de salud Cono Sur es de clasificación con Camas de Internamiento de categoría I-4 con dirección en la Av. Manuel Nuñez Butron 134 Puno - San Roman - Juliaca de la DISA Puno Red San Roma Microred Cono Sur Unidad Ejecutora Salud San Roman

### **3.3 POBLACION Y MUESTRA**

La población la conforman de 40 pacientes diabéticos que asistan al centro de salud Cono Sur

#### **Criterios de inclusión**

- Pacientes que tengan Diabetes Mellitus
- Pacientes que pertenezcan a la jurisdicción del establecimiento de salud
- Pacientes que sepan leer y escribir

- Pacientes que acepten voluntariamente que sean parte del estudio, previo consentimiento informado.

#### **Criterios de exclusión**

- Pacientes que no tengan diabetes mellitus
- Pacientes que no pertenezcan a la jurisdicción del establecimiento de salud
- Pacientes que no sepan leer ni escribir

### **3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica que se utilizará será la entrevista y como instrumento se utilizara el cuestionario. El cuestionario consta de 19 preguntas con alternativas múltiples y dicotómicas estos medirán la variable capacidad de autocuidado del paciente diabético .El ítem que evaluara el conocimiento se encuentra desde 7-9 , el ítem que evaluara el cuidado dietético está presente en la 10 , el ítem que evaluara el cuidado farmacológico se encuentra desde 11-12 , el ítem que evaluara la práctica de ejercicio se encuentra desde la 13-14 , el ítem que evaluará cuidado oftalmológico se encuentra en 15 , el ítem que evaluara el cuidado de pies se encuentra desde 16-19

El valor final de la variable, será si la capacidad de autocuidado está presente o ausente.

### **3.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

Para el trabajo el instrumento de recolección de datos tiene una validez y confiabilidad de 0.81 al alfa de crombach, este instrumento servirá de base para la elaboración de este proyecto por lo que se cambiaron ciertas preguntas.

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

Para la recolección de datos se buscara la aprobación, a través de una carta de presentación de la dirección de la escuela de enfermería de la Universidad Alas Peruanas , dirigida al director del Centro de Salud quien dará la aprobación y permiso correspondiente. Se aplicara el instrumento en un horario y la aplicación del instrumento durará 10 min.



## CAPITULO IV: RESULTADOS

### TABLA 1

#### PERFIL SOCIAL DEL ADULTO DIABETICO QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD CONO SUR - JULIACA 2015

PERFIL	f	%
<b>EDAD</b>		
30-35 años	8	26.7
36-40 años	1	3.3
41-45 años	11	36.7
46- a más	10	33.3
Totales	30	100
<b>SEXO</b>		
Femenino	23	76.7
Masculino	7	23.3
Totales	30	100
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltero		
Casado	9	30.0
Viudo	8	26.7
Conviviente	8	26.7
Totales	5	16.7
	30	100
<b>GRADO DE INSTRUCCION</b>		
Analfabeto		
Primaria	4	13.3
Secundaria	18	60.0
Superior	7	23.3
Totales	1	3.3
	30	100
<b>CONDICION LABORAL</b>		
Obrero		
Independiente	4	13.3
Ama de casa	8	26.7
No labora	8	26.7
Totales	10	33.3
	30	100
<b>TIEMPO DE ENFERMEDAD</b>		
1 a 2 años		
3 a 4 años		
5 a 6 años	15	50.5
Totales	14	46.7

El 36.7% de los pacientes diabéticos que acuden al Centro de Salud Cono Sur tienen edades comprendidas entre los 41-45 años de edad, el 76% son de sexo femenino, existe predominación de estado civil solteros, el 60% tienen grado de instrucción primaria, el 33.3% son de condicional no labora, el 50.5% tienen 1 a 2 años según el tiempo de la enfermedad.

**TABLA 2**

**TIPO DE ALIMENTO QUE EL PACIENTES DIABETICOS REQUIERE CONSUMIR  
“CENTRO DE SALUD CONO SUR - JULIACA 2015”**

Alimentación	f	%
<b>TIPO DE ALIMENTO</b>		
Carnes blancas, verduras, líquidos, menestras	10	33.3
Harinas, líquidos, carnes rojas, menestras	11	36.7
Menestras, harinas, líquidos, verduras	7	23.3
Verduras, Carnes blancas, harinas	2	6.7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

El 36.7% de la población encuestada indican el tipo de alimento que deben consumir el paciente diabético es de harinas, líquidos, carnes rojas, menestras, seguido el 33.3% que señala que deben de consumir carnes blancas, verduras, líquidos, menestras. Solo el 6.7% afirma que debe de consumir verduras, carnes blancas, harinas.

**TABLA 3****CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTES DIABETICOS RESPECTO AL TRATAMIENTO CENTRO DE SALUD CONO SUR - JULIACA 2015**

---

Tratamiento	f	%
<b>TRATAMIENTO</b>		
	5	16.7
Hipoglucemiantes orales	13	43.3
Insulina	12	40.0
No sabe	30	100.0
Total		
<b>FRECUENCIA DE NIVELES DE GLUCOSA</b>		
1 vez a la semana	-	-
2 veces al mes	10	33.3
1 vez cada 2 meses	15	50.0
No se controla	5	16.7
Total	30	100.0

---

EL 43.3% de los pacientes diabéticos encuestados reciben como tratamiento la insulina, el 40% de no sabe que tratamiento recibe, el 50% de los pacientes diabéticos encuestados se controlan los niveles de glucosa 1 vez cada 2 meses, el 16.7% no se controla sus niveles de glucosa.

**TABLA 4**

**CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTES DIABETICOS RESPECTO A SU PRACTICA DE EJERCICIOS CENTRO DE SALUD CONO SUR - JULIACA 2015**

Ejercicio	f	%
<b>FRECUENCIA</b>		
Diario	1	5
Interdiario	1	3.3
2 veces por semana	13	3.3
1 vez al mes	15	43.3
Total	30	50.0
<b>TIPO</b>		
Caminata	13	43.3
Corre	1	3.3
Baila	3	10.0
Otros	13	43.3
Total	30	100.0

EL 50% de los pacientes diabéticos encuestados realizan ejercicio 2 veces por semana, seguido por el 43.3% de los pacientes diabéticos encuestados realizan ejercicio 1 vez al mes, El 43.3% de los pacientes diabéticos practican caminata como tipo de ejercicio

**TABLA 5**

**CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO RESPECTO AL CUIDADO DE PIES CENTRO DE SALUD CONO SUR - JULIACA 2015**

Cuidado de pies	f	%
<b>FRECUENCIA</b>		
	1	3.3
Diario	4	13.3
Interdiario	21	70.0
1 vez por semana	4	13.3
Dos veces por semana	30	100.0
Total		
<b>CORTE DE UÑAS PIES</b>		
	18	60.0
En forma recta	2	6.7
En forma ovalada	10	33.3
Cualquier forma	30	100.0
Total		
<b>TIEMPO</b>		
	1	3.3
1 vez por semana	26	86.7
2 veces por semana	3	10.0
1 vez al mes	30	100.0
Total		
<b>TIPO DE CALZADO</b>		
	1	3.3
	24	80.0
Sandalias con tiras	5	16.7
Zapato ligero y transpirable	30	100.0
Cualquier tipo de calzado		
Total		

El 70% de los pacientes diabéticos realizan su cuidado de pies 1 vez por semana, el 60% señala que realizan el corte de uñas de forma recta, seguido de 33.3% que indican que realizan el corte de uñas de cualquier forma. El 86,7% realizan el cuidado de sus pies 2 veces por semana, el 80% utilizan zapato ligero y transpirable, seguido de 16,7% que utilizan cualquier tipo de calzado

**TABLA 6**

**CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO RESPECTO AL CUIDADO OFTALMOLOGICO CENTRO DE SALUD CONO SUR - JULIACA 2015**

Cuidado Oftalmologico	f	%
FRECUENCIA		
Mensual	3	10.0
Una vez al año	9	30.0
No lo visita	16	53.3
Dos veces al año	2	6.7
Total	30	100.0

El 53.3% de la población indica que no visita al oftalmólogo, seguida del 30% que visita 1 vez al año mientras que el 6.7% de la población visita el oftalmólogo 2 veces al año.

## CAPITULO V: DISCUSION

Con relación al objetivo específico de identificar la capacidad de autocuidado del paciente diabético con respecto a la alimentación los resultados nos permiten observar El 36.7% de la población encuestada indican el tipo de alimento que deben consumir el paciente diabético es de harinas, líquidos, carnes rojas, menestras, seguido el 33.3% que señala que deben de consumir carnes blancas, verduras, líquidos, menestras. Solo el 6.7% afirma que debe de consumir verduras, carnes blancas, harinas.

Los resultados no son semejantes a los hallados por HIDALGO Carpio, Eva Victoria quien realizó un estudio titulado como “Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Octubre – diciembre 2005” ya que de 100 pacientes encuestados (100%), un 86% y 87% consumen a diario verduras y frutas, respectivamente y el 69% y 62% consume de manera interdiaria harina y carne respectivamente, mientras que solo el 14% consume harina una vez a la semana y el 19% consume carne diariamente.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos y confrontando con la teoría y literatura podemos deducir que en general la mayoría de los pacientes diabéticos que acuden al Centro de Salud Cono Sur desconocen el tipo de alimento que debe de consumir el paciente diabético. Necesitamos señalar el riesgo que tiene los pacientes que intervinieron en este trabajo de investigación dado que la mayoría desconoce el tipo de alimento que deben consumir.

Según la OMS La diabetes es una de las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor prevalencia y mortalidad. También se estima que un número tan alto como 183 millones de personas no están conscientes de que tienen diabetes.



Dorothea Orem define al autocuidado como “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 autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Ello depende de las creencias, costumbres y prácticas (alimentación , ejercicio,etc ) que tiene el individuo.

Con relación al objetivo específico identificar la capacidad de autocuidado del paciente diabéticos con respecto al manejo del tratamiento los resultados obtenidos fueron que el 43.3% de los pacientes diabéticos encuestados reciben como tratamiento la insulina, seguido del 40% de no sabe que tratamiento recibe, el 50% de los pacientes diabéticos encuestados se controlan los niveles de glucosa 1 vez cada 2 meses, el 16.7% no se controla sus niveles de glucosa.

Estos resultados son semejantes a los hallados por HIDALGO Carpio, Eva Victoria quien realizó un estudio titulado como “Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Octubre – diciembre 2005”, que de acuerdo a un total de 100 pacientes (100%), el 69% tienen tratamiento con insulina, el 21% reciben hipogluemiantes,10% desconocen el tratamiento que reciben.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos y confrontando con la teoría y literatura podemos deducir que en general la mayoría de los pacientes diabéticos que acuden al Centro de Salud Cono Sur no tienen un adecuado control de su glucosa dado que 50% de los pacientes encuestados controlan su nivel de glucosa 1 vez cada 2 meses, pero el 43.3% conocen el tratamiento que reciben. Necesitamos señalar que el control de glucosa en sangre es importante para una persona diabético ya que, a largo plazo, la falta de control de la diabetes puede dañar los vasos que proveen de sangre a varios órganos vitales, como el corazón,

los riñones, los ojos y los nervios. Esto significa que la gente que padece diabetes también puede tener problemas de corazón, ataque súbito, problemas renales, de visión y del sistema nervioso.

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 hipoglucemiantes 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.

También se usan los agentes hipoglucémicos orales, estos son eficaces en pacientes con diabetes tipo 2 que no pueden ser tratados con dieta solamente

Con relación al objetivo específico de identificar la capacidad de autocuidado del paciente diabético con respecto a la práctica de ejercicio los resultados nos permiten afirmar que el 50% de los pacientes diabéticos encuestados realizan ejercicio 2 veces por semana, seguido por el 43.3% de los pacientes diabéticos encuestados realizan ejercicio 1 vez al mes, El 43.3% de los pacientes diabéticos practican caminata como tipo de ejercicio y el otro 43.3% practican otro tipo de ejercicio.

Estos resultados son semejantes a los hallados por HIDALGO Carpio, Eva Victoria quien realizó un estudio titulado como “Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Octubre – diciembre 2005”, que de acuerdo a un total de

100 pacientes (100%), el 69% realiza ejercicios, De los 69 pacientes que realizan ejercicios el 89.9% (62), realiza caminatas; el 4.3% (3) realiza otros ejercicios como Tai Chi y gimnasia.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos y confrontando con la teoría y literatura podemos deducir que en general más del 50 % de los pacientes diabéticos que acuden al Centro de Salud Cono Sur desconocen los beneficios de la práctica de ejercicio; ya que el paciente diabético requiere mantener un peso adecuado mediante una dieta y actividad física dado que la diabetes tiene repercusión en sistema cardiovascular.

Joslin diabetes center señaló “Que los elementos claves en el tratamiento de la diabetes son el ejercicio, la dieta y la insulina. En 1991 la Asociación Norteamericana de Diabetes reconoció al ejercicio físico como parte importante en el tratamiento de esta enfermedad” . Los ejercicios en el paciente diabético tienen como objetivo contribuir a controlar los síntomas, estos se deben realizar todos los días en promedio de 30 minutos. También estos ejercicios se pueden realizar en 20-60 minutos. Con una frecuencia de 4-6 días a la semana, pero es mejor todos los días

Con relación al objetivo específico identificar la capacidad de autocuidado del paciente diabéticos con respecto al cuidado de sus pies los resultados obtenidos fueron que el 70% de los pacientes diabéticos realizan su cuidado de pies 1 vez por semana, el 60% señala que realizan el corte de uñas de forma recta, seguido de 33.3% que indican que realizan el corte de uñas de cualquier forma. El 86,7% realizan el cuidado de sus pies 2 veces por semana, el 80% utilizan zapato ligero y transpirable, seguido de 16,7% que utilizan cualquier tipo de calzado.

Los resultados no son semejantes a los hallados por HIDALGO Carpio, Eva Victoria quien realizó un estudio titulado como “Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan

su cumplimiento en los pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Octubre – diciembre 2005”, ya que en este se observa que la mayoría de pacientes, el 54% lo realiza diariamente, mientras que el 32% interdiariamente y solo el 21% los lava una vez a la semana. Respecto a la revisión de los pies, el 41% revisa de manera interdiaria; mientras que el 21% no lo revisa. Cabe mencionar que a pesar que el 97% considera que es importante cuidarse los pies cuando se es diabético, Se infiere que la mayoría de pacientes cuida sus pies diariamente, lo que incluye; también la mayoría realiza el lavado de los pies diariamente, asimismo encontramos, que entre otros cuidados que debe realizar el paciente diabético con sus pies están: el no usar zapatos apretados porque favorece la formación de ampollas, 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.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos y confrontando con la teoría y literatura podemos deducir que en general el 70% de los pacientes diabéticos que acuden al Centro de Salud Cono Sur tienen un adecuado cuidado de sus pies conociendo la forma correcta del corte de la uña, el tipo de calzado que deben utilizar. Tenemos que saber que la circulación de la sangre en las extremidades inferiores disminuye con la edad, reduciéndose aún más por efecto de la diabetes. Dado que también se pierde sensibilidad y existe una mayor propensión a las infecciones en los pies de las personas con diabetes, el cuidado fundamental que se debe tener en los pies es tenerlos limpios, cuidar al máximo de no hacerse heridas, rozaduras o irritaciones, que los pies no estén muy secos y prevenir deformaciones, todo ello encaminado a prevenir infecciones.

Brunner manual de enfermería medico quirúrgico 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.

Con relación al objetivo específico identificar la capacidad de autocuidado del paciente diabéticos con respecto al cuidado oftalmológico, los resultados obtenidos fueron que el 53.3% de la población indica que no visita al oftalmólogo, seguida del 30% que visita 1 vez al año mientras que el 6.7% de la población visita el oftalmólogo 2 veces al año.

Los resultados no son semejantes a los hallados por HIDALGO Carpio, Eva Victoria quien realizó un estudio titulado como “Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Octubre – diciembre 2005”, ya que de un total de 100 pacientes (100%), vemos que el mayor porcentaje, 66%, realiza su control oftalmológico, de los cuales el 38% visita al oftalmólogo una vez al año; mientras que el 34% no lo visita, también se observa que el 15% lo visita mensualmente y el 13% dos veces al año. Por otro lado, es conveniente mencionar que el 100% de los pacientes considera importante cuidarse la vista cuando se es diabético, pero sólo el 66% realiza su control oftalmológico.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos y confrontando con la teoría y literatura podemos deducir que en general el 53.3% de los pacientes diabéticos que acuden al Centro de Salud Cono Sur indica que no visita al oftalmólogo. Se necesita resaltar que todo paciente diabético para el cuidado de su vista debe consultar frecuentemente al oftalmólogo, mínimo una vez cada año, aun cuando no se tenga problemas de la vista; y debe pedir al oftalmólogo que lo examine para ver si tiene cataratas o glaucoma, ya que es la mejor forma de preservar la visión y permite el diagnóstico precoz de complicaciones.

Se infiere que gran parte de los pacientes visita al oftalmólogo, lo que contribuiría a la detección precoz de complicaciones de la vista, esto nos indicaría que los

pacientes diabéticos tienen conciencia del autocuidado que deben realizar, lo que favorecería como menciona Orem a mantener su salud, bienestar y hacer frente a las complicaciones de la enfermedad

Marie Françoise Collière 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. La teoría de Orem manifiesta que enfermería, como un servicio humano, se ocupa de ofrecer un conocimiento especializado a las personas que requieren un positivo autocuidado.

## CONCLUSIONES

La capacidad de autocuidado de los pacientes diabéticos que acuden al Centro de Salud Cono Sur es inadecuada con respecto a su alimentación dado que desconocen el tipo de alimento que debería consumir el paciente diabético.

La capacidad de autocuidado de los pacientes diabéticos que acuden al Centro de Salud Cono Sur con respecto a la práctica de ejercicio nos da que la mayoría desconocen los beneficios de la práctica de ejercicio.

La capacidad de autocuidado de los pacientes diabéticos que acuden al Centro de Salud Cono Sur es adecuada con respecto a tratamiento ya que la mayoría si conocen que tratamiento reciben, pero con respecto al control de nivel de glucosa es inadecuada porque no lo realizan con la frecuencia correcta.

La capacidad de autocuidado de los pacientes diabéticos que acuden al Centro de Salud Cono Sur tienen un adecuado cuidado de sus pies conociendo la forma correcta del corte de la uña, el tipo de calzado que deben utilizar.

La capacidad de autocuidado de los pacientes diabéticos que acuden al Centro de Salud Cono Sur no tienen un adecuado cuidado oftalmológico ya que más del 50% no visita al oftalmólogo.

## **RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda a los gestores del Centro de Salud Cono Sur fortalecer la promoción del autocuidado en los pacientes diabéticos, sabiendo que la diabetes es una de las enfermedades más prevalentes en la actualidad.
2. Se recomienda a los gestores del servicio de enfermería fortalecer la promoción del autocuidado en los pacientes diabéticos a través de talleres, campañas y sesiones educativas dado que las cifras de diabetes van en aumento y todo porque muchos de los pacientes desconocen la enfermedad y los cuidados que deben de seguir.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Centro de Prensa. Diabetes. OMS [en línea]. 2011. [fecha de acceso 20 de febrero de 2012]; N° 312 URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
2. Seclén S, Leey J, Villena A, Herrera B, Menacho J, Carrasco Al. Prevalencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y obesidad como factores de riesgo coronario y cerebrovascular en población adulta de la costa sierra y selva del Perú. Acta Med. Peru 1999; 17(1):8-12.
3. Marketwire. Diabetes avanza en el mundo: 3 casos cada 10 segundos. Nación.cl beta [en línea]. Bélgica. 2011. [fecha de acceso 15 de enero de 2012]; N° 1 URL disponible en: <http://www.lanacion.cl/noticias/site/artic/20111114/pags/20111114105006.html>.
4. OREM, Dorothea. Normas prácticas de Enfermería. España. Edit. Lave. 1990. Pág. 181
5. Amador MB, Márquez FG, Sabido AS. Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. Archivos de Medicina Familiar [en línea] 2.007[acceso 14 de Febrero de 2.011]; 9(2): 99 – 107. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/507/50711454006.pdf>
6. Suárez B. Conductas buscadoras de salud en Diabetes Mellitus: reforzamiento del autocuidado, usuarios de una institución hospitalaria. Bogotá D.C. Julio – Noviembre 2008. [acceso 4 de Julio de 2.011]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2008/DEFINITIVA/Tesis20.pdf>
7. BAQUEDANO, Irasema Romero; SANTOS, Manoel Antônio dos; MARTINS, Tatiane Aparecida and ZANETTI, Maria Lúcia. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2010, vol.18, n.6, pp.1195-1202. ISSN 1518-8345. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000600021>.
8. MARÍA LETICIA ABARCA GUTIÉRREZ\* MAXIMINA GIL NAVA\*\* AURORA ZAMORA MENDOZA- Apoyo Educativo de Enfermería en el Autocuidado del Paciente Diabético <http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-164.pdf>

9. Galindo-Martínez, M. G.; Rico-Herrera, L.; Padilla-Raygoza, N. (2014). Efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado del paciente hospitalizado con diabetes tipo 2. Vol. 14, No. 1, 7-19 - <http://www.redalyc.org/html/741/74130041002/>
10. Patrícia Simplício de Oliveira, Marta Miriam Lopes Costa, Josefa Danielma Lopes Ferreira, Carla Lidiane Jácome de Lima - Autocuidado en Diabetes Mellitus: estudio bibliométrico <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/249911>
11. Esquivel Quiñe, Ana María "Factores sociodemográficos y capacidad de autocuidado del paciente adulto con hipertensión y diabetes"  
Esquivel Quiñe, Ana María  
UI: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/8625>
12. Arias Bramon, Milagros Del pilar; Ramirez Gutierrez, Sandra Susana Apoyo familiar y Prácticas de Autocuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2 Zona Urbana, Distrito de Pachacámac URI: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/328>
13. Balcázar-Ochoa Mayra<sup>1,a</sup>, Escate-Ruíz Yessenia<sup>2,a</sup>, Choque-Díaz Cristina<sup>a</sup>, Velásquez-Carranza Doris<sup>3,b</sup> - Capacidades y actividades en el autocuidado del paciente con pie diabético URI: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/2529/2441>
14. <http://spazioinwind.libero.it/assicurazioneitaliano/diabetico.htm>
15. <https://medlineplus.gov/spanish/diabetickidneyproblems.html>
16. <https://www.bezzia.com/que-es-la-diabetes-y-cuales-son-sus-sintomas/>
17. OREM, Dorothea. "Normas prácticas de Enfermería". España. Edit. Lave.1990. Pág. 72

18. OSTIGUIN MELÉNDEZ, Rosa María. “Teoría General de Déficit de Autocuidado”. México. Ed. Manual Moderno. 2001. Pág 45
19. KOZIER, Bárbara. “Fundamentos de Enfermería”. España. Edit. Interamericana. Pág. 71
20. ROSETTE A. POLLETI. “Cuidados de Enfermería Tendencias y Conceptos Actuales”. 1980. Pág. 148
21. DUGAS, Beverly. “Tratado de Enfermería Práctica”. México. Edit. Interamericana. 1996. Pág 98
- PROASA. UPCH. “Sociología de la Medicina o la Teoría de las Palabras Estructura Social y enfermedad”. Perú. Edit. Proasa. Pág. 34
22. INEI Perú: Perfil de la Pobreza por departamentos, 2001-2010 pag 13
23. Perú: Costo de la canasta básica familiar se incrementó 26% [en línea]. Perú: Expreso tu diario de siempre; 2011. [fecha de acceso 1 de abril de 2012]; URL disponible en: <http://puntodevistaypropuesta.blogspot.com/2010/02/peru-costo-de-la-canasta-basica.html>
24. HIDALGO G. Carmen, Carrasco B Eduardo. Salud Familiar un modelo de Atención Integral en la AP
25. PASCUAL DE LA PISA, Beatriz. Abordaje familiar. SAMyC [en línea]. 2010. [fecha de acceso 10 de marzo de 2012]; URL disponible en: <http://www.grupodiabetessamfyc.cica.es/index.php/guia-clinica/guia-clinica/abordaje-familiar.html>
26. COLLIERE, Marie-Francoise. Promover la Vida. España. Editorial Mc Graw Hill. 1993. Pág 232-237.
27. opcit. DUGAS. Pág 97
28. opcit. COLLIERE. Pág 274 – 277

29. COLLIERE M. Promover la vida. España: McGraw-Hill/Interamericana; 1993.
30. <https://www.hola.com/salud/enciclopedia-salud/2010060545517/endocrinologia/generales/la-piramide-de-la-alimentacion-los-alimentos-basicos/>
31. DIETOTERAPIA - PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION Tratamiento /200. Cálculo de la dieta /200. Bibliografía /201. Capítulo 27
32. Cuidados del ejercicio en 1991 la Asociación Norteamericana de Diabetes reconoció al ejercicio físico como parte importante en el tratamiento de esta enfermedad- opcit. CALDERON VELAZCO, Rolando. Pág 69  
DOMINGO VALHONDO, Solano. Gestión del conocimiento: Cuidado endocrinólogo. Ediciones Díaz de Santos. España, 2010.  
<https://www.eurostemcell.org/es/diabetes-como-pueden-ayudar-las-celulas-madre>
33. VOS RC, VAN AVENDONK MJP, JANSEN H, GOUDSWAARD AN, VAN DEN DONK M, GORTER K, KERSSSEN A, RUTTEN GEHM Metabolic and Endocrine Disorders Group  
<http://www.cochrane.org/es/CD006992/combinaciones-de-insulina-e-hipoglucemiantes-orales-en-pacientes-con-diabetes-tipo-2-bajo>
34. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Consensus statement on selfmonitoring of blood glucose. Diabetes Care 1987: 10:95-9.
35. . opcit. BRUNNER- CUIDADOS DEL PIE DIABETICO Pág. 1094  
-Barría F: Diabetes mellitas: Una epidemia mundial. Arch. Chil. Oftalmol. 2008 65(1):63-66.
36. <http://kidshealth.org/es/teens/type2-esp.html>
37. CAUSAS DEL ALCOHOLISMO EN PACIENTES DIABETICOS  
<http://diabetesluchadiaria.blogspot.pe/2010/08/diabetes-y-alcoholismo.html>
38. SANSÓN ZAGONEL, Ivete Palmira. "Consulta de Enfermagem". Sao Paulo. 1992. Pág 42.

39. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención-[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000600004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004)
40. MACA ANDREA Diabetes y resistencia a la insulina de el 6 de Junio de 2014-  
<https://prezi.com/cpf1ih4mxuae/diabetes-y-resistencia-a-la-insulina/>
41. OMS <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
42. Orem D. Teoría de Autocuidado. Disponible en:  
<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/dorothea-orem.html>
43. OMS Diabetes mellitus”. Publicación Científica y Técnica N° 578 Washington. DC.2012.  
<http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>

# ANEXOS

## **ANEXOS**

### **CUESTIONARIO**

Estimado Paciente:

El presente cuestionario tiene como propósito recolectar información acerca de la capacidad de autocuidado que tiene el paciente diabético; para lo cual deberá responder en su totalidad marcando con un aspa (X) la alternativa que crea conveniente.

## **I. DATOS GENERALES:**

### 1. Edad

- a) 30-35 años
- b) 36-40 años
- c) 41-45 años
- d) 46 a más

### 2. Sexo:

- a) Femenino
- b) Masculino

### 3. Estado civil

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Viudo
- d) Conviviente

### 4. Grado de instrucción

- a) Analfabeto
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

### 5. Condición laboral

- a) Dependiente
- b) Independiente
- c) Ama de casa
- d) No labora

### 6. Tiempo de enfermedad

- a) 1 a 2 años
- b) 3 a 4 años

- c) 5 a 6 años
- d) 7 a más

## II.DATOS ESPECÍFICOS

7. ¿Cómo define usted la diabetes ?

- a) Elevación de proteínas en sangre.
- b) Elevación del azúcar (glucosa) en sangre.
- c) Elevación de lípidos en la sangre.
- d) Elevación de insulina en la sangre

8. Mencione que órganos se pueden complicar:

- a) Riñón, ojos, pies.
- b) Riñón, pies, cabeza.
- c) Pies, ojos, brazos.
- d) Pies, cabeza, ojos.

9. Indique que cuidados debe tener el paciente diabético:

- a) Cuidados de la vista, alimentación, pies.
- b) Cuidados de los pies, cabeza, alimentación.
- c) Cuidados de la alimentación, nariz, pies.
- d) Cuidados de la cabeza, nariz, ojos.

10. ¿Qué tipo de alimentos come usted con mayor frecuencia?

- a) Carnes blancas, verduras, líquidos, menestras.
- b) Harinas, líquidos, carnes blancas
- c) Menestras, harinas, líquidos, verduras
- d) Verduras, carnes blancas, harina

11. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico que usted recibe?

- a) Hipoglucemiantes orales
- b) Insulina
- c) No recibe tratamiento



d) No sabe

12. ¿Con que frecuencia se controla sus niveles de glucosa?

- a) 1 vez por semana
- b) 2 veces al mes
- c) 1 vez cada 2 meses
- d) No se controla

13. ¿Con que frecuencia realiza ejercicio?

- a) Diario
- b) Interdiario
- c) 2 veces por semana
- d) 1 vez al mes

14. ¿Qué tipo de ejercicio realiza ?

- a) Caminata
- b) Corre
- c) Baila
- d) Otros

15. ¿Con que frecuencia visita usted al oftalmólogo ?

- a) Mensual
- b) Una vez al año
- c) No lo visita
- d) Dos veces al año

16. ¿Con que frecuencia realiza el cuidado de pies?

- a) Diario
- b) Interdiario
- c) 1 vez por semana
- d) Dos veces por semana

17. ¿Cómo debe ser el corte de uñas de los pies?

- a) En forma recta
- b) En forma ovalada
- c) Al ras de la piel
- d) Cualquier forma

18. ¿Cada cuánto tiempo se debe realizar el corte de las uñas de los pie?

- a) Diario
- b) 1 vez por semana
- c) 2 veces por semana
- d) 1 vez al mes

19. ¿Qué tipo de calzado se debe utilizar?

- a) Sandalias con tiras
- b) Zapato de taco
- c) Zapato ligero y transpirables
- d) Cualquier tipo de calzado

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	MARCO TEÓRICO	METODOLOGIA
<p>¿Cuáles son las capacidades de autocuidado del paciente diabético en el Centro de Salud Cono Sur - Juliaca 2015?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b> Identificar las capacidades de autocuidado del paciente diabético en el Centro de Salud Cono Sur - Juliaca 2015</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificar la capacidad de autocuidado del paciente diabéticos con respecto al manejo del tratamiento</li> <li>-Identificar la capacidad de autocuidado del paciente diabético con respecto a la alimentación.</li> <li>-Identificar la capacidad de autocuidado del paciente diabético con respecto a la actividad física.</li> <li>-Identificar la capacidad de autocuidado del paciente diabético con respecto al cuidado de pies y oftalmológico.</li> </ul>	<p><b>ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN INTERNACIONAL:</b></p> <p>ZANETTI María Lucia. Realizo un estudio titulado Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México – 2007.</p> <p><b>NACIONAL:</b></p> <p>BALCÁZAR Ochoa, Mayra. Realizo un estudio titulado “Capacidades y actividades en el autocuidado del paciente con pie diabético en el Hospital Alberto Sabogal Callao- julio - diciembre 2014</p> <p>HIDALGO Carpio, Eva Victoria quien realizó un estudio titulado como “Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Octubre – diciembre 2005</p> <p><b>BASES TEÓRICAS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paciente Diabético</li> <li>2. Autocuidado</li> <li>3. Factores socioculturales asociados al conocimiento de Autocuidado del paciente diabético.</li> <li>4 Conocimiento de autocuidado del paciente diabético.</li> </ol> <p><b>OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE</b></p>	<p><b>TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</b></p> <p>El presente proyecto de investigación es de enfoque cuantitativo porque utilizará estadísticas para presentar los resultados. Es de nivel aplicativo de diseño descriptivo porque sus resultados se utilizarán para implementar programas que ayuden a la capacidad de autocuidado del paciente diabético, para que así pueda una mejora.</p> <p><b>POBLACION</b></p> <p>La población la conforman de 30 pacientes diabéticos que asistan al Centro de Salud Cono Sur - Juliaca 2015</p>

				<b>INSTRUMENTO</b>
		<b>VARIABLE</b>	<b>DIMENSION</b>	<b>INDICADORES</b>
		CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO	CONOCIMIENTO	Concepto -Complicaciones -Cuidados básicos
			CUIDADO DIETETICO	-Tipo -Frecuencia
			CUIDADO FARMACOLOGICO	-Tipo -control de glucosa
			PRACTICA DE EJERCICIO	-Tipo -Frecuencia
				<b>Validado</b>