



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD**

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN
PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES TIPO II DEL
“HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIÉRREZ” ICA – 2017**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

PISCONTE BENDEZÚ, MARÍA ANTONIA

ASESOR:

LIC. NORMA PASTOR RAMIREZ

ICA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

Dios Por permitirme llegar hasta este momento tan importante y brindarme salud para lograr uno de mis objetivos, además de su infinita bondad y amor que me ha brindado.

A mis padres por siempre brindarme su apoyo en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su infinito amor y comprensión.

AGRADECIMIENTO

Dios por haberme protegido durante el largo camino y darme fuerzas para superar todos los obstáculos y dificultades que se presentador durante mi vida.

Mis padres por sus esfuerzos he logrado culminar mis estudios a todas las personas cercanas que me apoyaron y aconsejaron.

A Lic. Norma Pastor, asesora de esta tesis me ha orientado apoyado y corregido en mi labor científica con mucho interés.

En su totalidad agradezco a todos que me brindaron su apoyo directa e indirectamente en la realización de esta tesis.

RESUMEN

Objetivo: Determinar relación entre conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes del programa de diabetes tipo II del “Hospital Félix Torrealva Gutiérrez” Ica – 2017

Material y métodos: Estudio no experimental pues se tomaron los datos tal como se presentan en su medio natural, Transversal pues se tomaron medidas de las variables una sola vez, prospectiva pues las variables fueron tomadas en tiempo actual, y analítica pues el estudio tiene dos variables. Muestra de 128 pacientes del programa de diabetes (tipo II) del “Hospital Félix Torrealva Gutiérrez” Ica – 2017.

Resultados: Los pacientes del programa de diabetes tipo II del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez el 40.6% tiene conocimientos bajos sobre diabetes tipo II, el 33.6% tienen nivel medio y el 25.8% tiene nivel alto. Los pacientes del programa de diabetes tipo II del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, 44.5% practica en grado inadecuado el autocuidado de diabetes tipo 2, el 32.0% lo hace en grado regular y el 23.4% lo practica en grado adecuado. Existe una buena correlación con 73.7% en el caso de prácticas inadecuadas con nivel bajo de conocimientos, 68.3% entre prácticas de autocuidado regular con nivel medio de conocimientos y 70% en el caso de autocuidado adecuado con nivel alto de conocimientos. Y en forma global se encuentra 61.2% de correlación (r Pearson= 0.612) con valores significativos, así; a mayor nivel de conocimientos sobre diabetes tipo II las prácticas de autocuidado de diabetes tipo II son adecuados.

Conclusiones: Los pacientes del programa de diabetes tipo II del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez en su mayoría tienen nivel bajo de conocimientos sobre su enfermedad, y prácticas inadecuadas sobre su autocuidado, Existe correlación entre conocimientos y prácticas de autocuidado en un 61.2%.

Palabra clave: Conocimientos, prácticas autocuidado diabetes tipo II.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between knowledge and self-care practices in patients of the type 2 diabetes program of the "Hospital Félix Torrealva Gutiérrez" Ica - 2017

Material and methods: Non-experimental study since the data were taken as presented in the natural environment, Transversal because measurements were taken once, prospective as the variables were taken in current time, and analytical because the study has two Variables. Sample of 128 patients of the diabetes program (type 2) of the "Hospital Félix Torrealva Gutiérrez" Ica - 2017.

Results: Patients in the type 2 diabetes program at the Hospital Félix Torrealva Gutiérrez 40.6% have low knowledge on type 2 diabetes, 33.6% have an average level and 25.8% have a high level. Patients in the type 2 diabetes program of the Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, 44.5% practice inadequately self-care of type 2 diabetes, 32.0% do so in a regular grade and 23.4% practice it to an adequate degree. There is a good correlation with 73.7% in the case of inadequate practices with a low level of knowledge, 68.3% between regular self-care practices with an average level of knowledge and 70% in the case of adequate self-care with a high level of knowledge. And globally we found 61.2% correlation (r Pearson = 0.612) with significant values, thus; At a higher level of knowledge about type 2 diabetes self-care practices of type 2 diabetes are adequate.

Conclusions: Patients in the FELIX Torrealva Gutiérrez Hospital type 2 diabetes program have a low level of knowledge about their disease and inadequate self-care practices. There is a correlation between knowledge and self-care practices in 61.2%.

Key word: Knowledge, self-care practices type 2 diabetes

	ÍNDICE	Pág.
DEDICATORIA		ii
AGRADECIMIENTO		iii
RESUMEN		iv
ABSTRACT		v
ÍNDICE GENERAL		vi
ÍNDICE DE TABLAS		ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS		x
INTRODUCCIÓN		xi
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN		
1.1. Planteamiento del problema		1
1.2. Formulación del problema		3
1.2.1. Problema general		3
1.2.2. Problemas específicos		3
1.3. Objetivos		4
1.3.1. Objetivo general		4
1.3.2. Objetivo específico		4
1.4. Justificación de estudio		4
1.5. Limitaciones de la investigación		5

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación	6
2.2. Bases teóricas	13
2.3. Definición de términos básicos	33
2.4. Hipótesis de la investigación	36
2.5. Variables	37
2.5.1. Definición conceptual de la variable	37
2.5.2. Definición operacional de la variable	37
2.5.3. Operacionalización de la variable	38

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y nivel de investigación	39
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	39
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

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	
-Matriz de consistencia	63
-Modelo de instrumento	64
-Juicio de expertos	69

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

1	PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES TIPO II DEL “HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIÉRREZ” ICA – 2017 SEGÚN EDAD	43
2	PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES TIPO II DEL “HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIÉRREZ” ICA – 2017 SEGÚN SEXO	44
3	PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES TIPO II DEL “HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIÉRREZ” ICA – 2017 SEGÚN ESTADO CIVIL	45
4	PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES TIPO II DEL “HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIÉRREZ” ICA – 2017 SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN	46
5	PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES TIPO II DEL “HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIÉRREZ” ICA – 2017 SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD	47
6	PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES TIPO II DEL “HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIÉRREZ” ICA – 2017 SEGÚN CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES TIPO II	48
7	PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES TIPO II DEL “HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIÉRREZ” ICA – 2017 SEGÚN PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE DIABETES TIPO II	49
8	CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES TIPO II DEL “HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIÉRREZ” ICA – 2017	50

	ÍNDICE DE GRÁFICOS	Pág.
1	PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES TIPO II HOSPITAL FTG SEGÚN EDAD	43
2	PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES TIPO II HOSPITAL FTG SEGÚN SEXO	44
3	PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES TIPO II HOSPITAL FTG SEGÚN ESTADO CIVIL	45
4	PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES TIPO II HOSPITAL FTG SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN	46
5	PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES TIPO II HOSPITAL FTG SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD	47
6	PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES TIPO II HOSPITAL FTG SEGÚN CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES TIPO II	48
7	PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES TIPO II HOSPITAL FTG SEGÚN PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE DIABETES TIPO II	49
8	CORRELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES TIPO 2 Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE DIABETES TIPO II	51

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo II (DMT2)^x constituye un grave problema de salud pública. En Latinoamérica se ha documentado un incremento alarmante de este padecimiento con un descontrol metabólico. Sólo el 16,3% de los adultos con DMT2 con previo diagnóstico tienen control glicémico adecuado.¹

Un manejo adecuado de la diabetes, requiere cambios permanentes en el estilo de vida, para ello se requiere que el paciente y los miembros de la familia reciban educación para adquirir conocimientos y comprensión de la historia natural de la enfermedad; lo que permitirá que se desarrolle habilidades para un manejo adecuado de la diabetes a través del logro del control metabólico y prevención de complicaciones.¹

La intervención de la familia es eficaz para mejorar el conocimiento y control glicémico de las personas con diabetes ya que el manejo efectivo de la enfermedad depende de la capacidad, habilidad del paciente y su red apoyo familiar para aprender y aplicar los conocimientos adquiridos.

Durante la vida se tienen cambios cuantitativos (estatura, peso) y cualitativos (carácter estructural u organizacional: inteligencia, memoria) que ocurren en el ser humano, desde su concepción hasta su muerte lo que se conoce como desarrollo humano, lo que determina que en cada etapa de la vida los estilos de vida son diferentes.

El personal de enfermería juega aquí un rol predominante, pues debe liderar la promoción de la salud muy importante, en este grupo de pacientes pues se necesita un buen cuidado y autocuidado de la salud del paciente pues está, en constante riesgo de presentar complicaciones muy frecuentemente limitantes o en algunos casos mortales.

El estudio se desarrolló bajo las normas, de la escuela profesional de enfermería de la Universidad Alas Peruanas filial Ica que consta de cinco capítulos que abordan el problema de una manera completa.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus es actualmente una de las enfermedades crónicas, no transmisibles más comunes en las sociedades contemporáneas de todo el mundo, una de las cinco primeras causas de muerte en la mayoría de los países desarrollados y un fenómeno epidemiológico cada vez más recurrente en muchas naciones en desarrollo o recientemente industrializadas.

A nivel mundial, la diabetes es una enfermedad crónica no transmisibles de mayor prevalencia; según la OMS, “todos los años mueren en el mundo 3.2 millones de personas por causas directamente relacionadas con la diabetes.

La prevalencia mundial de la diabetes en adultos (mayores de 18 años) ha aumentado del 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014.

La diabetes mellitus constituye uno de los mayores retos de la salud pública del siglo XXI, que afecta la calidad de vida de las personas, dado que el tipo de tratamiento al que se someten es de por vida, además de las complicaciones que genera la enfermedad.¹

Su prevalencia continúa en ascenso en el mundo, como resultado de una serie de factores socioculturales, entre los que sobresalen una mayor longevidad de la población, el progresivo incremento de la obesidad y el sedentarismo entre otros.

El número estimado de adultos que viven con diabetes se ha elevado a 366 millones, lo cual representa el 8,3 % de la población mundial adulta. Se calcula que esta cifra aumentará hasta alcanzar los 552 millones de personas para 2030 o, lo que es lo mismo, el 9,9 % de los adultos, lo cual equivale a aproximadamente a tres nuevos casos de diabetes cada diez segundos.²

En América Latina la situación es grave ya que hay 13,3 millones de enfermos y se calcula que habrá 33 millones en el 2030” La OMS considera adultos mayores a las personas de más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados. El número de personas que sufren diabetes en las Américas podría subir de 55 millones en 2000 a 83 millones en 2030, lo que representa un incremento del 50% en las personas que padecen esta enfermedad, según la Federación Internacional de Diabetes. Estudios a nivel nacional muestran que la prevalencia de la diabetes aumenta en todas las edades, y podría estar alcanzando proporciones epidémicas en la región.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) considera que la diabetes es una prioridad de salud y coopera con los Estados Miembros en las estrategias de prevención y control de la enfermedad.

La prevalencia de la diabetes ha aumentado con mayor rapidez en los países de ingresos medianos y bajos.²

Actualmente **en el Perú** se encuentra entre los cinco países con mayor número de casos, siendo antecedido por Brasil, México, Argentina y

Colombia. A nivel nacional, la diabetes mellitus afecta a más de un millón de peruanos y menos de la mitad han sido diagnosticados, siendo las mujeres quienes encabezan la lista de afectados con un total de 27, 453 casos registrados, mientras que los varones suman 14,148; asimismo Piura y Lima son los más afectados (2,5%).

Al respecto, informes de la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud indican que la diabetes es la décima quinta causa de mortalidad en el país.³

Sobre esta realidad se impone la intervención de enfermería que muchas veces por la continua rotación del personal se ve dificultad de cumplir adecuadamente las metas y es menester crear conciencia en el paciente a fin de que asuma su rol de auto cuidarse, por lo que se diseña esta investigación con el propósito de determinar el grado de conocimientos sobre su enfermedad de los pacientes diabéticos a si mismo medir el grado de autocuidado que practican y poder a partir estos datos trazar metas para mejorar estos indicadores.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Existe relación entre conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes del programa de diabetes tipo II del “Hospital Félix Torrealva Gutiérrez” Ica – 2017?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es el grado de conocimientos sobre la diabetes en pacientes del programa de diabetes tipo II del “Hospital Félix Torrealva Gutiérrez” Ica – 2017?

¿En qué medida practican el autocuidado los pacientes del programa de diabetes tipo II del “Hospital Félix Torrealva Gutiérrez” Ica – 2017?

1.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.3.1. OBJETIVOS GENERAL

Determinar relación entre conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes del programa de diabetes tipo II del “Hospital Félix Torrealva Gutiérrez” Ica – 2017

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Precisar el grado de conocimientos sobre la diabetes en pacientes del programa de diabetes tipos II del “Hospital Félix Torrealva Gutiérrez” Ica – 2017

Indicar en qué medida practican el autocuidado los pacientes del programa de diabetes tipo II del “Hospital Félix Torrealva Gutiérrez” Ica – 2017

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Una de las enfermedades que en las últimas décadas ha proliferado en los seres humanos, desgastando paulatinamente su salud, es la diabetes Mellitus.

Se encuentra dentro de las enfermedades crónicas degenerativas, la diabetes mellitus es una de la más frecuente que trae como consecuencia múltiples complicaciones debidas, en su gran mayoría, al desconocimiento, mala información o poca importancia que los pacientes

conceden a la enfermedad, sobre todo ésta última pues continúan con estilos de vida arraigadas, muchas de ellas dañinas para su salud.

Es un trastorno que en la actualidad se controla mas no tiene curación, que puede presentarse de forma tácita, es decir, sin o con sintomatología clínica, como el aumento de la sed y la poliuria; además, los tipos de esta enfermedad, se presentan generalmente a diferentes edades; por esto y por otros factores, es que considero de gran trascendencia hacer un minucioso estudio en una de las clases de diabetes Mellitus, como la tipo II, en cuanto a su mayor probabilidad de padecerla por medio de una base genética que tiene más fuerza que la diabetes Mellitus tipo I, pero también depende más de los factores ambientales, como un descontrol en la ingestión de alimentos que aumentan la glucosa en sangre.

Es de suma importancia que la enfermera actúe corrigiendo y/o reforzando dichos conocimientos previos, a través de la elaboración de estrategias y/o planes o programas de educación al paciente y familia sobre los cuidados a tener en el hogar a fin de contribuir a prevenir las complicaciones y favorecer la adopción de conductas saludables y cambio en sus estilos de vida para mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Es de considerar que los pacientes que sufren diabetes, tienen un perfil diferente caracterizado por una depresión por la limitación, que le pone su enfermedad por lo que se tomarán las medidas a fin de poder asegurar la colaboración de los pacientes.

Los resultados solo son de utilidad para el ámbito de estudio, es decir para los pacientes del programa de diabetes del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes internacionales

Mendoza L. (2016). Estrategia educativa y capacidad de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo II. Objetivo: Determinar la estrategia educativa y la capacidad de autocuidado de la persona con Diabetes Mellitus (DM). Materiales: estudio descriptivo, longitudinal, participaron pacientes con DM tipo 2 de la Comunidad Cañada de Bustos, se aplicó la Escala de capacidad de autocuidado y un cuestionario sobre conocimientos. Resultados: participaron 36 pacientes, 28(77.7%) de la comunidad Cañada de Bustos y 8(22.2%) del Capulín, rango de edad 26-63 años, con una buena (58.3%) capacidad de autocuidado. Discusión: La DM es un problema de salud pública a nivel mundial, la implementación de técnicas educativas son una herramienta a favor de la salud general y oral para mejorar la calidad de vida. Conclusión: Es necesaria la implementación de campañas educativas debido a que los pacientes no tienen conocimiento respecto a las complicaciones que puede generar la enfermedad y que pueden poner en riesgo su vida.⁶

Cruz P. (2014). Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de México. Aunque esta enfermedad se presenta en ambos géneros, la prevalencia es más elevada en mujeres. Se realizó un estudio de diseño transversal con una muestra no probabilística de 239 personas de dos comunidades del Estado de México, a quienes previo consentimiento informado se aplicó un cuestionario para analizar el género como factor de riesgo para el autocuidado en diabetes mellitus tipo 2. Resultados: Las mujeres presentaron mayor número de factores no clínicos para aceptar acciones de autocuidado y prevenir complicaciones en la diabetes mellitus 2. Factores como su historia cultural, sus creencias, menor satisfacción en su calidad de vida y percepción de menor apoyo social contribuyen a una falta de autocuidado y favorecen el desarrollo de complicaciones.⁴

Contreras, A; Hernández, C; Castro, M; Navarro, L. (2013). Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia, el estudio tuvo como objetivo determinar la capacidad de autocuidado de los pacientes diabéticos, que asisten a la consulta externa de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, en Sincelejo (Colombia). Métodos: El diseño fue descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 27 pacientes, seleccionada mediante muestreo aleatorio simple. Se aplicó la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado que contempla cuatro categorías: muy baja, baja, regular y buena capacidad de autocuidado. Resultados: la edad de los pacientes osciló entre 45 a 75 años; el 81.48% asume labores del hogar y trabajos informales. El 88.89% se ubicó en la categoría regular capacidad de autocuidado, con predominio de esta en cada una de las dimensiones, con medias aritméticas entre 2.70 a 3.33, y se encontraron marcadas deficiencias en los aspectos de actividad y descanso, bienestar personal y modificación de hábitos alimenticios. Conclusiones:

Se evidenciaron dificultades en los aspectos relacionados con apoyo social, bienestar personal, ejercicios, soporte educativo, consumo de alimentos y afrontamiento de situaciones problemáticas; por ello es necesario implementar modelos de atención integral que permitan mejorar la interacción del personal de salud con los pacientes y fortalecer la capacidad de autocuidado.⁵

Amores V. (2013) en el estudio: conocimiento de autocuidado en pacientes diabéticos tipo II. México-Refiere los pacientes con diabetes mellitus tipo II si tienen conocimiento de autocuidado, al observar que la mayor parte de la muestra tiene conocimiento de autocuidado regular de la DM2 considerando estos resultados, se concluye que los pacientes estudiados no tienen los conocimientos satisfactorios para realizar su propio autocuidado poniendo en riesgo su salud.⁸

Herrera A. (2012). Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena, Colombia. Objetivo: Identificar la capacidad de agencia de autocuidado de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, inscritos en los programas de control de diabetes en 19 UPAS de Cartagena. Metodología: Diseño descriptivo con abordaje cuantitativo, en una muestra de 225 adultos de ambos sexo, seleccionados en forma aleatoria. La capacidad de agencia de autocuidado se identificó con la escala de Valoración de las capacidades de autocuidado, desarrollada por Isenberg y Ever-est, traducida al español por gallegos y adaptada por la Universidad Nacional de Colombia. Resultados: Predominó el sexo femenino (68,4%); la unión libre (59,1%); escolaridad (50,6 % con básica primaria); bajos ingresos económicos (menos de un salario mínimo mensual vigente, (34,7%).Al valorar la capacidad de agencia de autocuidado, el 73,8% de los pacientes obtuvo una calificación de muy buena (76-100%).valorar los aspectos comprendidos en la escala se encontró que más del 50% de las personas siempre sacan tiempo para

ellos, piden explicación sobre su salud, examinan su cuerpo para ver si hay cambios y conservan un ambiente limpio. Conclusiones: El apoyo social recibido por los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y las prácticas de higiene personal y del entorno, el conocimiento y la adherencia a la dieta, permiten a los pacientes una buena capacidad de agencia de autocuidado.⁷

2.1.2. Antecedentes nacionales

Calderón A. (2016). Nivel de conocimientos y aptitudes sobre complicaciones crónicas de la diabetes mellitus 2, Hospital Nacional PNP. Luis N. Sáenz, 2016. Objetivo: Determinar la relación entre conocimientos y aptitudes en pacientes diabéticos sobre las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus 2 en el Servicio de Endocrinología del Hospital Nacional PNP Luis N. Suárez el 2016. Finalidad: Conocer la situación actual para proponer acciones preventivas de intervención educativa. Métodos y materiales: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y correlacional. Se encuestaron a 110 pacientes diabéticos con un cuestionario para valorar los conocimientos (10 ítems con respuesta de selección múltiple) y otro para las aptitudes (tipo Lickert modificado). Resultados: La edad media fue 49.85 ± 6.97 años, 74.5% sexo femenino, 75.5% con tiempo de enfermedad entre 1-5 años, 67.3% con buena adherencia al tratamiento farmacológico. El nivel de conocimientos fue: alto 28.2%, medio 49.1% y bajo 22.7%; y las aptitudes fueron: favorables 23.6%, desfavorables 58.2% e indiferentes 18.2%. No existe relación entre conocimientos y aptitudes ($p=0.247$). Sólo se encontró asociación estadística entre conocimiento y tratamiento farmacológico ($p<0.05$). Conclusiones y recomendaciones: Los pacientes diabéticos tienen un nivel de conocimiento medio sobre sus complicaciones crónicas y sus aptitudes fueron predominantemente desfavorables. Es necesario realizar estrategias educativas para mejorar los conocimientos y las aptitudes de los diabéticos.¹³

Tello N. (2014) -Conocimiento del paciente sobre las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 y autocuidado en el servicio de endocrinología del hospital María Auxiliadora - 2012. Lima. El Objetivo fue determinar los conocimientos del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2 sobre las Complicaciones y Autocuidado en el servicio de Endocrinología del Hospital María Auxiliadora. - 2012”. Material y Método. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra fue obtenida mediante el muestreo de proporciones para población finita conformada por 49 pacientes. Resultados. Del 100% (49); sobre las complicaciones 51% (25) no conocen y 49% (24) conocen y acerca del autocuidado 55% (27) conocen y 45% (22) no conocen. Conclusiones. El mayor porcentaje de los conocimientos del paciente sobre las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2, no conocen cuando afecta a los ojos y al riñón, mientras que en el autocuidado el mayor porcentaje conocen la importancia de tomar sus medicamentos en el horario indicado y la importancia de practicar algún deporte.¹⁰

Denegri, A. (2014). Prácticas y conocimientos sobre autocuidado en la prevención de complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud Conde de la Vega; Lima. El objetivo de este artículo es dar a conocer la experiencia de la aplicación del modelo de Orem en un grupo comunitario de pacientes hipertensos, a través del proceso de enfermería. Conclusiones: La teoría aporta el sustento teórico que orienta los cuidados que enfermería entrega y el proceso de enfermería constituye la herramienta que permite entregar estos cuidados a través de un método de planificación sistemático y racional. ¹¹

Alayo, I. Horna, J. (2013). Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 Hospital I ESSALUD. Florencia de Mora Trujillo 2013. Este estudio de investigación es de tipo descriptivo - correlacional, se realizó durante los meses de Marzo – Agosto del 2013 en

el Hospital I Florencia de Mora Essalud Trujillo en el Programa de Diabetes, con el propósito de determinar el nivel de conocimiento y su relación con la práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2. Participaron 84 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se aplicaron 2 instrumentos: El primer cuestionario orientado hacia el nivel de conocimiento y el segundo hacia la práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2. Se observó que el 88.1% tiene un nivel de conocimiento bueno, el 11.9% regular y el 0% deficiente; un 85.7% tienen práctica de autocuidado bueno, el 14.3% regular y un 0% malo. Concluyendo que existe relación altamente significativa entre el Nivel de Conocimiento y Práctica de Autocuidado en Adultos con Diabetes Mellitus tipo 2.⁹

Arias, M. Ramírez, S. (2013). Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 zona urbana, distrito de Pachacamac. Lima. 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. Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional en una población muestra de 48 adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 y 48 familiares cuidadores. Un instrumento para evaluar el apoyo familiar y el otro para evaluar el autocuidado. Resultados: 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%. 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.¹²

2.1.3. Antecedentes Locales o Regionales

Illescas, Y. (2017) Factores de riesgo para prevenir la diabetes mellitus tipo II en pacientes ambulatorios atendidos en el Hospital Regional de Ica marzo 2017. Objetivo: Determinar los factores de riesgo para prevenir la diabetes mellitus tipo II en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica marzo 2017. Metodología: Estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, sobre una muestra de 120 pacientes que acudieron al hospital Regional de Ica, a quienes se les aplicó el test de Identificación de Factores de Riesgo para Prevenir Diabetes Mellitus Tipo II (IFARIPDB), de la Estrategia Sanitaria de Enfermedades NO Transmisibles del hospital Regional de Ica. Resultados: El 16.7% de los pacientes son menores de 45 años, 23.3% de 45 a 54 años, 40% de 55 a 64 años y 20% más de 64 años. El 30.8% de los pacientes presentan sobre peso y el 69.2% eran normales. El 36.7% de los pacientes presentan vida sedentaria y el 63.3% presentan vida no sedentaria. El 45% de los pacientes consume frutas diariamente y el 55% consume frutas no diariamente. El 20.8% de los pacientes presenta hipertensión arterial y el 79.2% no presenta hipertensión arterial. El 16.7% de los pacientes presentaron glicemia alta alguna vez, el 36.7% nunca lo presentó y el 46.7% no sabe. El 19.2% de los pacientes presentaron triglicéridos alto, el 34.2% nunca lo presentó y el 46.7% no sabe. El 27.5% de los pacientes presenta antecedente familiar de diabetes mellitus y el 72.5% no presenta antecedente familiar de diabetes mellitus. Conclusión: El 32.5% de los pacientes presentan riesgo bajo, el 28.3% riesgo ligeramente elevado, el 20% riesgo moderado, el 12.5% riesgo alto y el 6.7% riesgo muy alto para diabetes mellitus tipo II.¹⁴

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. CONOCIMIENTO

La persona con diabetes mellitus debe ser consciente y estar muy informada sobre esta enfermedad. El conocimiento y la información son recursos poderosos, son un buen punto de partida para el desenvolvimiento humano, se requiere convertir este conocimiento en una convicción, que sea defendido, practicado y se asuma con toda responsabilidad.

El aprender significa tener conocimiento de algo, así tenemos a Kaplan, quien dice que “El conocimiento es una información esencial, adquirida de diferentes maneras, que se espera que sea una reflexión exhaustiva de la realidad, que se incorpora y se usa para dirigir las acciones de una persona”.¹⁵

Asimismo, Piaget, en su teoría plantea que el conocimiento es el resultado de la interacción entre el sujeto y la realidad que lo rodea. Al actuar sobre la realidad se la incorpora, la asimila y la modifica, pero al mismo tiempo se modifica el mismo, pues aumenta su conocimiento y las anticipaciones que pueda hacer y su conducta se va enriqueciendo constantemente. Esto supone que el sujeto es siempre activo en la formación del conocimiento y que no se limita a recoger o reflejar lo que está en el exterior. El conocimiento es siempre una construcción que el sujeto realiza partiendo de los elementos de que dispone.

El conocimiento entonces es todo un proceso mental basado en la elaboración de ideas a partir de una fuente de información, que puede ser un libro, la televisión, algún afiche, etc.

Por otro lado, el conocimiento es la habilidad que tiene el ser humano de adquirir información a través de la vida y utilizarlo en determinado momento o situación que se presente.¹⁵

Como resultado, la evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes con diabetes contribuye en el ejercicio de la profesión de enfermería para que a través de dicha evaluación se otorgue enseñanza y consejos eficaces para los cuidados que son indispensables y fundamentales para mejorar la calidad de vida, sobre todo cuando ya se ha indagado en lo que el paciente conoce sobre la diabetes mellitus, tratamiento, habilidad en el autocuidado sobre la alimentación, ejercicios, higiene, cuidado de los pies y uñas, para evitar las complicaciones de la enfermedad. Asimismo proporcionar apoyo emocional para que el paciente esté motivado al recibir educación, enseñanza y orientación.

En ese sentido un nivel elevado de conocimiento sobre la salud, permite una mayor capacidad para entender y procesar el material relacionado con el cuidado de la salud y los servicios necesarios para tomar decisiones adecuadas sobre el cuidado de ésta. Mientras que las personas con un nivel bajo o deficiente de conocimiento sobre salud tendrán más dificultades para desenvolverse en su vida cotidiana.

Por lo tanto, los pacientes con diabetes, se ven en la necesidad de valorar no solo el conocimiento sino también el autocuidado, ya que deben de ser capaces de utilizar un sistema de autocuidado, en donde los conocimientos que obtuvieron acerca de su enfermedad puedan ser aplicados en beneficio de su propio autocuidado, ya sea controlando su salud y/o previniendo las complicaciones.¹⁶

2.2.2. AUTOCUIDADO

Definición:

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

Entre las prácticas para el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos.

Cualquier cosa que una persona pueda aprender, conduce a cambios en uno de los tres campos siguientes del comportamiento: cognitivo, afectivo y psicomotor; todo aprendizaje equivale a obtener el desarrollo de una forma de comportamiento, bien sea porque surjan o cambien los comportamientos, los afectos o las destrezas psicomotoras en la persona.

En 1982, la OMS definió el autocuidado como las actividades de salud no organizadas y a las decisiones de la salud tomadas por individuos, familia, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo, etc.; comprende la automedicación, el auto tratamiento, el respaldo social en la enfermedad,

los primeros auxilios en un “entorno natural”, es decir, en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas.¹⁷

La teoría del autocuidado de Dorothea Orem, define el autocuidado como 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 sí 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 factores modificables que ayudan a evitar la aparición enfermedades crónicas son: El control de peso, la actividad física practicada de manera regular, la reducción del consumo de alcohol y sal, la ingesta adecuada de potasio y una alimentación idónea. De otra manera, podemos dividir el autocuidado en dos unidades; la primera de ellas en el autocuidado colectivo y la otra el individual. Cada uno de ellos nos lleva por diferentes caminos, pero son un mismo fin u objetivo.

- Autocuidado colectivo El cuidado entre todos es denominado autocuidado colectivo, se refiere a las acciones que son planeadas y desarrolladas en cooperación, entre los miembros de una comunidad, familia o grupo, quienes se procuran un medio físico y social afectivo y solidario.
- Autocuidado individual Está conformado por todas aquellas medidas adoptadas por uno mismo, como gestor de su autocuidado.¹⁸

Teoría de déficit de autocuidado

La teoría del déficit de autocuidado desarrolla las razones por las cuales una persona puede beneficiarse de la agencia de enfermería, mientras sus acciones están limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios, lo que les hace total o parcialmente incapaces de descubrir sus requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el

cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo. Déficit de autocuidado es por tanto la falta o una capacidad no adecuada del individuo para realizar todas las actividades necesarias que garanticen un funcionamiento (pro) saludable. Con el fin de ayudar a definir la magnitud de la responsabilidad de enfermería, las funciones y acciones de pacientes y enfermeros, Orem diseñó la teoría de los sistemas de enfermería, la más general de sus teorías, que incluyen todos los términos esenciales, manejados en la teoría del autocuidado y del déficit del autocuidado.

Las necesidades humanas se manifiestan a través de conductas, las cuales son la expresión de dichas necesidades. Estas necesidades se encuentran presente a lo largo de nuestra vida y van desde las necesidades fisiológicas básicas (para mantener la homeostasis) hasta la autorrealización que representa a necesidades y deseos más elevados.

Para mantener estas necesidades en equilibrio y poder desarrollarnos nace el autocuidado.

El Autocuidado etimológicamente se presenta conformado de dos palabras: Auto Del que significa "propio" o "por uno mismo", y cuidado que significa "pensamiento". Tenemos entonces el cuidado propio, cuidado por uno mismo literalmente. El concepto de autocuidado es un constructo conceptual muy utilizado en la disciplina de Enfermería.

El autocuidado es una forma propia de cuidarse a sí mismo por supuesto literalmente, el autocuidado es una forma de cuidado a sí mismo.

Dorotea Orem Logró conceptualizar la Teoría General de Enfermería la cual se constituye a su vez de 3 subteorías, estas son:

- Teoría del Autocuidado
- Teoría del Déficit de Autocuidado
- Teoría de los Sistemas de Enfermería

"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 sí 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".¹⁸

Tres requisitos de autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.¹⁸

Teoría de los sistemas de enfermería

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Concepto de salud

La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.¹⁹

Concepto de enfermería

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.^{18, 20}

Programa de diabetes

- La Diabetes Mellitus es susceptible de prevenir actuando sobre factores de riesgo bien definidos.
- Si no es posible su prevención hay que tener en cuenta que el diagnóstico clínico de la DM (particularmente la DM tipo II (90% de los casos-), se hace entre 4-7 años después de la existencia de algún grado de hiperglicemia no diagnosticada, por lo que es posible de

detectar precozmente durante esa etapa “silente” y ejecutar medidas de control de los individuos en la comunidad.

- Una parte sustancial del control de la DM recae en la responsabilidad del paciente entrenado para su propio cuidado.
- Programa Nacional de Diabetes, puede prevenir o retrasar el desarrollo de complicaciones.
- Un programa de atención integral al diabético bien diseñado puede producir importantes reducciones en la morbilidad, discapacidades y mortalidad prematura.
- Un programa de atención al diabético no opera aisladamente. Sus acciones se potencian con el adiestramiento, la integración de servicios a todos los niveles del Sistema de Salud, especialmente en estrecha interacción con otros programas de prevención y tratamiento de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.²¹

2.2.3. DIABETES MELLITUS

Determinantes sociales de la salud

A partir de la Segunda Guerra Mundial, la mortalidad por enfermedades crónicas empezó a sobrepasar a la producida por las enfermedades infecciosas agudas en los países desarrollados. Al intentar entender y controlar este nuevo tipo de problema de salud, los expertos se enfrentaron con circunstancias desconocidas, que requerían nuevos

planteamientos respecto a su etiología. Universalmente, incorporaron la noción de factores de riesgo personales para enfermedades específicas (ejercicio u obesidad y el riesgo de diabetes), o ambientales (falta de agua potable e infecciones intestinales).²²

La OMS define a los determinantes como un "conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones", también se ha considerado a los determinantes como "las características sociales en que la vida se desarrolla".

Los determinantes sociales de la salud comprenden los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud.

En la actualidad, los casos de diabetes en el mundo se han elevado considerablemente, y en ellos intervienen diversos factores sociales, culturales y económicos, que influyen en el estilo de vida de las personas. Para revertir esta tendencia se hace necesario superar limitantes, tales como la creencia entre la población (que se hizo costumbre) de que el hecho de ser rollizo es sinónimo de ser saludable.²³

Un factor que está llamando a revertir el aumento de personas con diabetes, es la promoción del ejercicio entre la población infantil y juvenil como una práctica social cotidiana. El ejercicio debe incorporarse en las vidas de los muchachos y muchachas en las comunidades latinas.

La causalidad de la diabetes mellitus se encuentra conformada por un conjunto de elementos relacionados entre sí, que llevan a identificar al padecimiento como una enfermedad que invade la vida de la persona en sus diversas esferas. En consecuencia, por un lado, de una serie de elementos predisponentes presentes en las personas originados por ciertas condiciones de su vida, que facilitan la entrada de la enfermedad y su posterior desarrollo, como son la "debilidad" o "la herencia".

Por otra parte, son ocasionadas por el estilo de vida, como es la alimentación insuficiente o inadecuada, la población considera además los estados emocionales alterados y las impresiones fuertes (sustos, corajes y otros). Como consecuencia de los estilos de vida erróneamente enfocados por la población, se incrementan considerablemente los casos y afectan la calidad de vida de las personas que la padecen.

La experiencia del padecimiento no queda limitada a la persona enferma sino que se extiende a su red social más cercana que es la familia, si se asume que la familia es un sistema queda claro que la experiencia de cada uno de sus miembros afecta al sistema familiar y a su vez este afecta a cada uno de sus integrantes. La familia comparte la experiencia de un padecimiento crónico el cual es fuente de conflictos y desequilibrios al generar un clima de tensión, preocupación e incertidumbre por la presencia de los signos y síntomas y sus repercusiones en las actividades del enfermo, por la necesidad de cambiar patrones de conducta, por el temor a las complicaciones que vendrán, por el incremento de los gastos y

La reducción de ingresos, más aún cuando el principal proveedor de recursos es el enfermo.²⁴

En etapas tempranas del padecimiento, el apoyo familiar tiene una repercusión directa sobre la aceptación de la enfermedad y el desarrollo de conductas que le permitan un control adecuado. Procurar una relación estrecha con los familiares, coadyuva al bienestar emocional y físico de los enfermos.

Es evidente que el apoyo familiar repercute en la enfermedad, su evolución y desenlace; se considera elemento fundamental para desarrollar conductas de salud y autocuidado, así como en la adhesión del enfermo al tratamiento médico. La diabetes es una de las primeras causas de mortalidad en la mayor parte de los países. Cuando se analiza objetivamente el estado de la lucha antidiabética en Latinoamérica, puede observarse condiciones insuficientes de prevención, asistencia, educación y sobre todo de organización eficiente.

Resulta oportuno que los profesionales de la salud participen más allá del acto de distribuir gratuitamente los insumos, glucómetros y medicamentos de forma regular para todos los usuarios con diabetes mellitus.

Tomar en cuenta las particularidades de la salud en esta población vulnerable, de manera que no solo se persiga la satisfacción y el manejo adecuado de los costos en la producción de los servicios, sino que obligadamente se busque la mejora en la calidad de vida de los pacientes y en muchos casos evitar que estos enfermen y mueran innecesariamente.²⁵

2.2.4. ROL DE ENFERMERÍA

Históricamente, la Enfermería es una disciplina que tiene como uno de sus objetivos la educación de las personas para el autocuidado. El autocuidado es definido como una función reguladora que los individuos utilizan deliberadamente para manutención de los requisitos vitales, del desarrollo y funcionamiento integral.

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.

Es importante considerar el componente emocional de los pacientes, debido a que algunos niegan la gravedad de su enfermedad e ignoran la necesidad de auto-cuidarse y descuidan el régimen dietético, la medicación, el control de peso y cuidados personales. Otros se vuelven agresivos y pueden exteriorizar su agresividad rechazando el tratamiento o bien la interiorizan deprimiéndose; muchos desarrollan dependencias psicológicas y necesitan que otros cuiden de ellos, sin adoptar un papel activo en su propio cuidado. Todas estas reacciones pueden interferir en el manejo de los niveles de glicemia, provocando graves complicaciones de salud, incluyendo la muerte.

“Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”. La enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando

déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.²⁶

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado, supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse.

- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas
- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.

- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo en cuanto a la higiene que debe realizar.

El personal de enfermería con la población de pacientes con diabetes, tiene énfasis en el autocuidado enfocando a la prevención de complicaciones y manejo de la enfermedad, y en donde el reto del autocuidado es tomar decisiones y seleccionar opciones con relación a temas como, dieta, descanso, actividad física, síntomas, la medicación, monitoreo, decisiones sobre dónde y cómo buscar ayuda entre otras. Esto se hace indispensable e importante porque el paciente adquiere la habilidad de cómo cuidarse y de cómo hacerlo, contribuyendo a mejorar el estado de salud de sí mismo a través de identificar las necesidades que requieren buscar atención médica periódicamente favoreciendo a disminuir los ingresos hospitalarios a causa de las complicaciones de la enfermedad el cual altera los siguientes factores: laboral, social, familiar y económico, así mismo al incremento de la mortalidad.

Además, la enfermera, como educadora, vela por el bienestar físico, psíquico y social de los seres humanos a través de la identificación de los problemas de salud que los afectan y la resolución rápida y oportuna de ellos mediante acciones asistenciales, educativas y preventivas para contribuir, de esta forma, a mantener óptimas condiciones de salud.²⁷

Para el autocuidado del paciente con diabetes es necesario que se ponga en práctica un cuidado holístico basados en los 4 pilares que sustenta la Asociación Americana de Diabetes (ADA) los cuales son: Educación diabetológica, dietoterapia, terapéutica medicamentosa y ejercicio físico; así mismo es necesario educar en el cuidado exhaustivo de los pies.

Como primer pilar tenemos a la educación diabetológica que es la base fundamental del tratamiento. Debe ser una responsabilidad compartida por todo el equipo de salud. Es imprescindible, tanto para el paciente como también para su familia. Sus objetivos fundamentales son aportar información, proporcionar conocimientos prácticos y, sobretodo, modificar el comportamiento. Este último es el objetivo más importante; sin embargo, la información y los conocimientos prácticos carecen de utilidad si no se traducen en acciones y se integran a los hábitos personales.

Como segundo pilar la dietoterapia, la dieta es fundamental en el tratamiento de la diabetes, ya que muchos pacientes pueden controlar su enfermedad exclusivamente con dieta, sin necesidad de medicación. Los que no responden solamente a la dietoterapia, deben continuar con un plan especial de alimentación, más la medicación necesaria (como hipoglucemiantes orales o insulina). La prescripción dietética debe traducirse en la realización de un plan de alimentación que sea aceptable para el paciente, que contemple sus necesidades y que se adecue lo mejor posible a su ocupación, actividad física, características étnicas, culturales, económicas, y sociales, donde se fundamentan sus hábitos de consumo.²⁸

En la prescripción dietética se debe considerar lo siguiente:

Consumo de Hidratos de carbono un 50-60% del valor calórico total (30 a 45 gramos por día), Proteínas: de 0,8 a 1 gramos/kilogramo de peso. Grasas: es aconsejable no obtener de ésta más del 30% de la energía, Fibra: se recomienda que la dieta tenga unos 40 gramos de fibra por día. Este valor calórico total tiene por finalidad normalizar el peso, teniendo en cuenta la edad, situación biológica y actividad muscular.

La terapéutica medicamentosa, no todos los pacientes necesitan medicación para el tratamiento de la diabetes, pero si lo requieren estas pueden ser: Hipoglucemiantes orales: intentan contrarrestar las fallas producidas por el mecanismo hormonal y otro es la Insulina: su administración está indicada en aquellos pacientes con diabetes tipo 1 o en los de tipo 2, que presentan enfermedades intercurrentes con posibilidades de una descompensación o en situaciones de emergencia.

El ejercicio físico, incrementa el consumo de glucosa por parte de los músculos. Aumenta la sensibilidad de la insulina, permitiendo que el organismo haga una mejor utilización de la glucosa, disminuyendo la resistencia a la insulina. Por este motivo, es un método eficaz y económico para disminuir los requerimientos terapéuticos habituales (insulina o hipoglucemiantes) además, retarda la aparición de complicaciones, especialmente las cardiovasculares. Es fundamental que toda actividad física indicada al paciente diabético sea adecuada a la edad y al grado de control metabólico de la enfermedad.

Así mismo, debemos tener en cuenta la higiene y cuidado de los pies, ya que es importante porque permite mantener la integridad de la piel y la prevención de todo tipo de lesiones, asimismo evita el desarrollo de infecciones, porque la diabetes genera alteraciones nerviosas, produciendo menor sensibilidad en los miembros inferiores, la circulación sanguínea también se ve comprometida, toda lesión tarda en curar por la disminución de aporte de oxígeno y nutrientes.

Otro cuidado holístico que se debe de tener en cuenta para el paciente con diabetes es la estricta higiene y los cuidados de los pies, ya que reducen el riesgo de amputaciones. Los pies deben lavarse diariamente con agua tibia

y jabón, secar bien los pies en especial las zonas interdigitales, porque la humedad favorece el desarrollo de micosis (hongos).

Además, es importante educar al paciente en la búsqueda de zonas reseca, fisuras de la piel, callosidades o cualquier tipo de lesión, las uñas deben cortarse en forma recta, los zapatos deben ser blandos y cómodos, no deben terminar en punta; esto ayudara a reducir el riesgo de presentar el pie diabético.

Es necesario que los pacientes con diabetes internalicen el papel importante que deben cumplir en su autocuidado respecto al tratamiento, su nivel de conocimiento debe ampliarse y actualizarse de forma continua ya que la diabetes es una enfermedad de toda la vida. Si el paciente alcanza la aceptación, el resultado será que el paciente estará preparado y dispuesto a aceptar la responsabilidad de su autocuidado.²⁹

Las áreas más importantes que debe cuidar una persona con diabetes

Entre los puntos más importantes que una persona que padece diabetes debe conocer y llevar a cabo se encuentran:

1. La dieta
2. El programa de ejercicios
3. La forma de tomar los medicamentos adecuadamente
4. Aprender a resolver problemas frecuentes
5. Lograr un control de los niveles de glucosa
6. Prevenir complicaciones crónicas

Cuidando estos aspectos, se puede mejorar la calidad de vida y conservarla durante muchos años.³⁰

Consideraciones importantes respecto a los medicamentos en las personas con diabetes

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. Para obtener todos los beneficios de sus medicamentos tome en cuenta lo siguiente:

- Tome sus medicamentos en el horario establecido y en la cantidad.
- Establezca un horario para tomar sus medicamentos y forme un hábito.
- Lleve consigo una lista de los medicamentos que toma y sus horarios por si debe tomarlos fuera de casa o referirlos a un médico.
- Pregunte a su médico todas sus dudas sobre el medicamento
- No tome medicamentos ni remedios que no le han sido indicados por un profesional de la salud.

El autocuidado también es considerado como parte del estilo de vida de las personas, el cual es comprendido como estándares de conducta que se reflejan en la forma de interactuar de los individuos con su medio social. El concepto de estilo de vida es amplio y envuelve los estándares que surgen de la selección de opciones disponibles que tienen las personas, según las circunstancias sociales y económicas, y las facilidades con que ellas pueden elegir otras alternativas. Así, la elección de un estilo de vida saludable implica en acciones de autocuidado concreto, tales como la automedicación, el auto tratamiento, el apoyo social y el cuidado en situaciones de enfermedad en el ambiente de la persona.³¹

La educación para el autocuidado de personas con problemas crónicos de salud debe promover el soporte para el desarrollo de las habilidades

de autocuidado, a fin de responsabilizarlas por su salud y ayudarlas a aprender a convivir mejor con la enfermedad, modificar o mantener los hábitos saludables, estimular la autoconfianza para sentirse mejor cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad.

El autocuidado es una estrategia eficaz para la reducción de los costos de la salud, colaborando para la reducción del número de admisiones hospitalarias y de las consultas de urgencia, uso racional de los medicamentos y mejor relación entre el profesional de salud y el paciente.

En ese contexto, el autocuidado en salud es definido como las medidas que cada persona, de forma individual, toma para proteger su bienestar físico, mental y social.

El autocuidado tiene como fundamento la creencia que el hombre es capaz de cuidar de su salud y comprende una serie de acciones para mantener la salud física y mental, prevenir enfermedades, satisfacer las necesidades físicas y psicológicas, recorrer a la consulta médica o automedicarse.³²

Al considerar que las personas con diabetes mellitus presentan una condición crónica de salud, que exige cuidados permanentes para manutención de su calidad de vida y control metabólico, se percibe la necesidad de desarrollar habilidades de autocuidado para el manejo de la enfermedad. En particular para las personas con diabetes mellitus tipo 2, cuya prevalencia está asociada al estilo de vida; introducir cambios

en los hábitos diarios puede constituir estrategia efectiva en la prevención de la enfermedad.

Cabe al equipo multiprofesional de la salud ayudar a la persona con diabetes a desarrollar habilidades de autocuidado para el manejo de la enfermedad, a fin de que mantenga un adecuado control metabólico, de modo a prevenir o retardar las complicaciones crónicas provenientes de la enfermedad.

La presencia del profesional es particularmente importante, cuando ocurren situaciones en que la persona tiene dificultad, para responsabilizarse por el cuidado de sí misma. Así, para una actuación efectiva el profesional necesita conocer las variables relacionadas al autocuidado. Algunos estudios han abordado esas cuestiones, investigando las variables relacionadas al acceso a la información y conocimiento, satisfacción con los servicios de salud y, apoyo familiar, entre otros factores psicosociales relevantes.³²

2.2.5. DOROTEA OREM

La aplicación de la teoría del autocuidado propuesto por Orem en los pacientes con diabetes mellitus tipo II adquiere gran importancia en estos pacientes pues el tratamiento y control de su enfermedad es por el resto de su vida, así mismo es una terapia que depende mucho de lo que el paciente realice por lo tanto es de suma importancia producir conciencia en base a impartir conocimientos a los pacientes que sufren esta enfermedad a que en base a parámetros tengan un estilo de vida acorde con su enfermedad y además de un tratamiento responsable del manejo de su medicación, así como de la prevención de las complicaciones o del tratamiento oportuno de

los mismo. Todo ello aunado a controles periódico de su enfermedad en los profesionales competentes.³³

Por lo tanto, la enfermera es de vital importancia pues son pacientes que necesitan de un seguimiento muy de cerca que es la enfermera en su condición de personal de salud la que debe dirigir dicho control, en base a pacientes que no presenten un autocuidado correcto.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

DIABETES MELLITUS: Desorden metabólico de múltiples etiologías, que se caracteriza por hiperglucemia crónica con alteraciones de los hidratos de carbono, metabolismo de las grasas y proteínas, como resultado de defectos en la secreción de insulina, la acción de la insulina, o ambas cosas a la vez.

PIE DIABÉTICO.- El pie diabético es la infección y destrucción de tejidos profundos asociado con alteraciones neurológicas y varios grados de enfermedad vascular periférica en la extremidad inferior.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES.- Se suele entenderse como, hechos o información adquiridos por un ser vivo a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad que bien puede tratarse de la diabetes.

CUIDADO PERSONAL.- El cuidado personal comprender las habilidades relacionadas con el aseo, la comida, el vestido, la higiene y el aspecto personal

DIETA BALANCEADA.- Una dieta para una persona con diabetes debe proporcionar suficientes calorías para alcanzar y mantener el peso corporal deseado.

COMPLICACIONES DE LA DIABETES.- Son daños a corto plazo (aguda) o a largo plazo (crónica) que afectan los vasos sanguíneos micro vasculares o macro vasculares de las personas con diabetes, como: (aguda) hipoglucemia, hiperglucemia, cetoacidosis diabética, coma hiperosmolar no cetósico; (crónica) deficiencias visuales, nefropatía diabética, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares y neuropatía diabética.

ULCERACIÓN DE LOS PIES.- Una herida con pérdida superficial de tejido debido al trauma y puede ulcerarse si ocurre una infección. Es posible que una ulceración de los pies pase inadvertida en personas que tienen neuropatía diabética, debido a la pérdida de sensación, incapacidad de sentir dolor o adormecimiento.

VIGILANCIA.- Es el control periódico que se tienen sobre los pacientes sobre una determinada enfermedad. Es indispensable que al paciente se le dé seguimiento regular, por sus familiares, médicos, enfermeras, para comprobar su evolución contribuyendo en la mejoría del estado de salud, el apoyo por parte de sus familiares es básico ya que también están inmersos en su vida.

EDUCACIÓN.- Es el plan educativo que se basa en, proporcionar información al paciente, acerca de, la enfermedad sus complicaciones, el

autocuidado que deben mantener para asegurar la consecución del régimen de vida que deben mantener, razón por lo cual se han formado clubes de personas diabéticas en distintas entidades de salud que sirven como apoyo de información.

EJERCICIO.- Es la rutina de ejercicios que es primordial para mantener el peso adecuado y el bienestar del organismo, el mejor ejercicio es caminar se puede comenzar con una rutina de 15 minutos por día, tiempo que se lo puede aumentar de acuerdo a la capacidad física del individuo. También es recomendable nadar, andar en bicicleta, aeróbicos en fin existen muchas formas de hacer ejercicio.

AUTOCAUIDADO.- Conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior.

2.4. HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Existe relación entre conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes del programa de diabetes tipo II – “Hospital Félix Torrealva Gutiérrez” Ica – 2017.

2.5. VARIABLES

Variable dependiente

Prácticas de autocuidado

Variable independiente

Conocimientos sobre diabetes mellitus tipo II

2.5.1. Definición conceptual de la variable

Prácticas de autocuidado.- Conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior.

Conocimientos sobre diabetes mellitus tipo II.- Conjunto de datos o noticias relacionados sobre la diabetes mellitus tipo II

2.5.2. Definición operacional de la variable

Prácticas de autocuidado.- Acciones intencionadas que realiza la persona para evitar enfermedades.

Conocimientos sobre diabetes mellitus tipo II.- Datos sobre diabetes mellitus tipo 2 que tiene la persona.

2.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ÍNDICE	INSTRUMENTO	FUENTE
Variable dependiente Prácticas de autocuidado	Conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior.	Acciones tendientes a evitar o controlar complicaciones de la diabetes mellitus tipo II	-Cuidados de la alimentación -Cuidados en la medicación -Controles periódicos -Cuidado corporales	Grado de prácticas	Cuestionario	Paciente diabético
Variable independiente Conocimientos sobre diabetes mellitus tipo II	Conjunto de datos o noticias relacionados sobre la diabetes mellitus tipo II que dispone una persona	Nivel de conocimientos sobre la diabetes mellitus tipo II	-Sobre la enfermedad -Sobre los cuidados -Sobre complicaciones	Nivel de conocimiento	Cuestionario	Paciente diabético

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

TIPO DE INVESTIGACIÓN

No experimental pues se tomaron los datos tal como se presentan en su medio natural, Transversal pues se tomaron medidas de las variables una sola vez, prospectiva pues las variables fueron tomadas en tiempo actual, y analítica pues el estudio tiene dos variables.

NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Relacional pues el análisis es bivariado.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO

La ejecución se llevará a cabo en el hospital “Félix Torrealva Gutiérrez” ubicado en el departamento de Ica.

3.3. POBLACIÓN

Pacientes diabéticos atendidos en el programa de diabetes (tipo II) del “Hospital Félix Torrealva Gutiérrez” Ica – 2017 que son 1682 pacientes que acuden a controles.

MUESTRA

El estudio se realizó en una muestra, el tamaño se determina utilizando la fórmula para estudio de proporciones con población finita.

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

Donde:

n	=	Tamaño de muestra
N	=	Población 1682
Z	=	Nivel de confianza (95% = 1.96)
E	=	Error permitido (5%)
p	=	0.1 proporción de pacientes que presentan autocuidado adecuado
q	=	1-p = 0.9
n	=	128

Criterios de inclusión:

Paciente con diabetes mellitus tipo II

Paciente que desea colaborar con el estudio

Criterios de exclusión:

Paciente que no desea colaborar con el estudio

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. TÉCNICA

Previo consentimiento del paciente se procedió a explicar el motivo de la investigación y las instrucciones del cuestionario a fin de poder tener

La máxima colaboración del paciente. La encuesta fue realizada por el propio investigador.

3.4.2. INSTRUMENTOS

Se empleó dos cuestionarios: La primera que cuenta con preguntas cerradas con alternativas con una sola respuesta que midió el grado de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo II. El segundo tomó datos referente a las prácticas de autocuidado que el paciente presenta.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez del instrumento se realizó a través del juicio de 3 expertos.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

La información fue procesada en el programa estadístico SPSS v23 donde después de tabular los datos son presentados en tablas y gráficos para su respectivo análisis.

PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS:

La encuesta es voluntaria indicando que es además anónima y cuyos resultados fueron exclusivamente para la investigación. Si el paciente responde la encuesta se da por aceptada su participación en el estudio.

**CAPITULO IV:
RESULTADOS**

TABLA N° 1

PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES TIPO II DEL “HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIÉRREZ” ICA – 2017 SEGÚN EDAD

Edad	Frecuencia absoluta	Porcentaje
30 a 44 años	22	17.2%
45 a 59 años	63	49.2%
60 a 75 años	43	33.6%
Total	128	100.0%

Fuente: HFTG

Comentario.- Los pacientes del programa de diabetes tipo II del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez se distribuyen de la siguiente manera: de 30 a 44 años el 17.2% (22), de 45 a 59 años el 49.2% (63) y de 60 a 75 años el 33.6% (43).

GRÁFICO N° 01

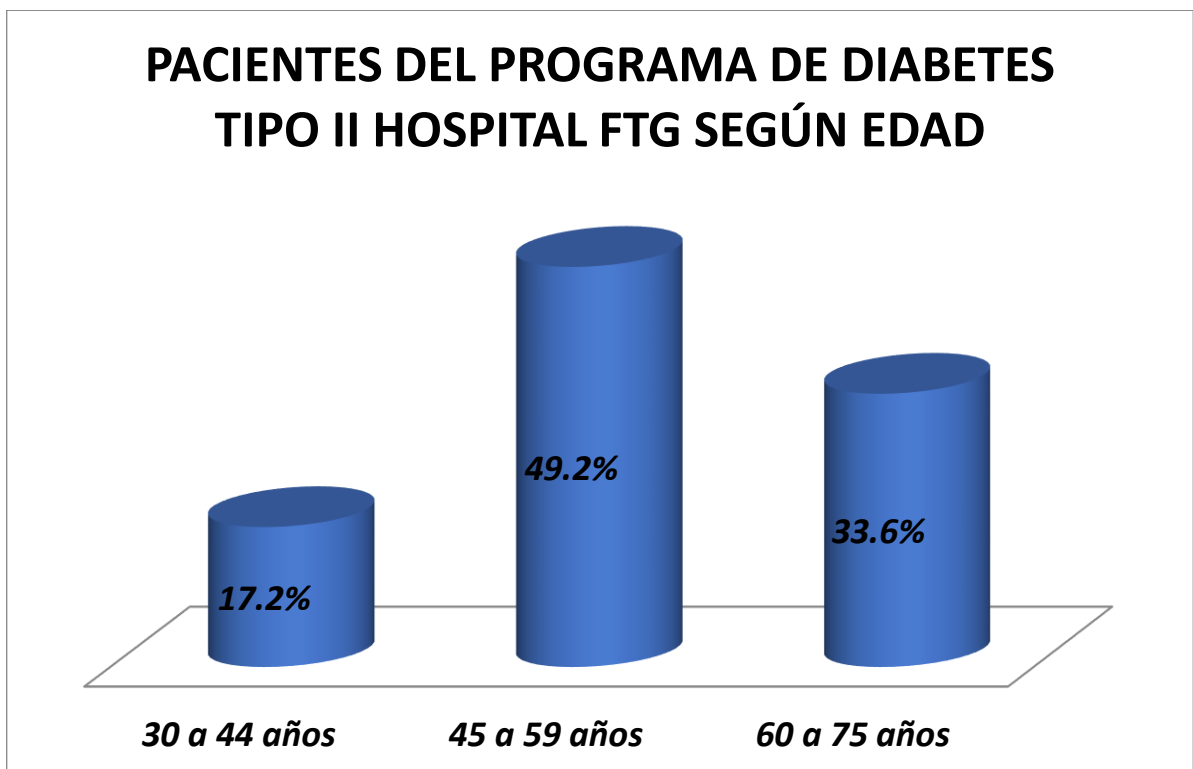


TABLA N° 2

PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES TIPO II DEL “HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIÉRREZ” ICA – 2017 SEGÚN SEXO

Sexo	Frecuencia absoluta	Porcentaje
MASCULINO	76	59.4%
FEMENINO	52	40.6%
Total	128	100.0%

Fuente: HFTG

Comentario.- Los pacientes del programa de diabetes tipo II del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez se distribuyen de la siguiente manera: Masculinos 59.4% (76), y femeninos 40.6% (52).

GRÁFICO N° 02

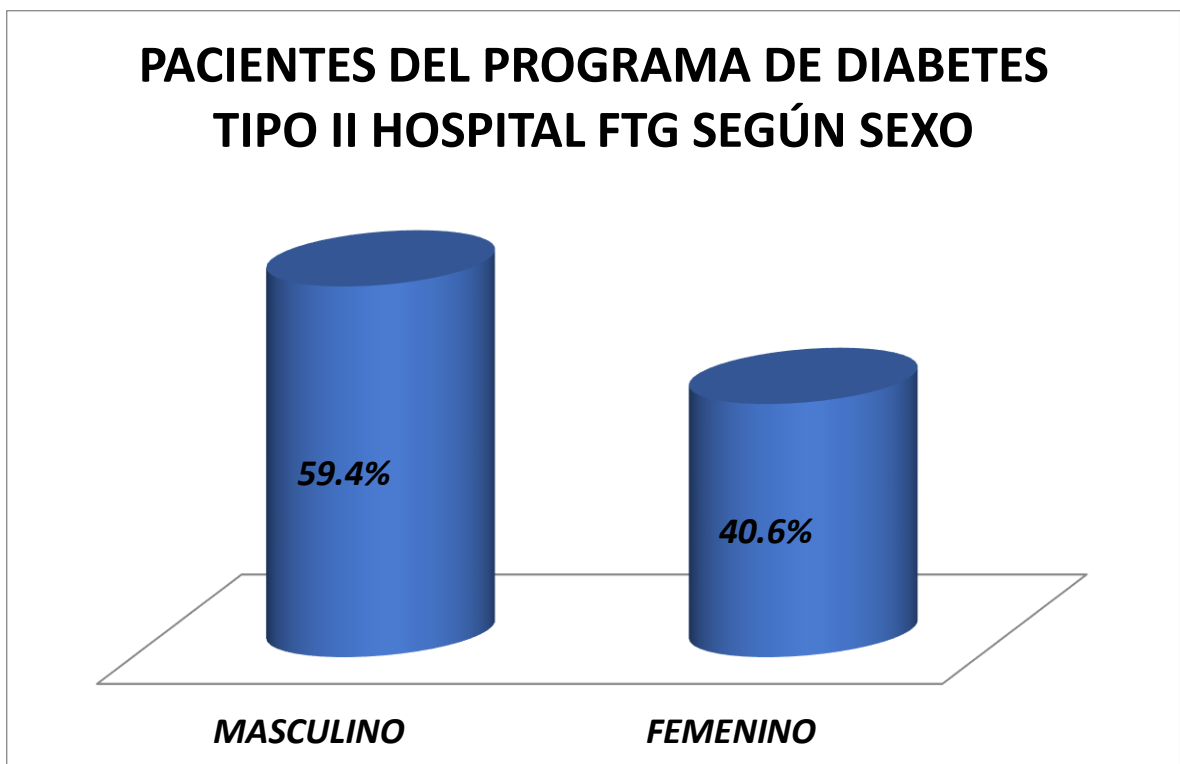


TABLA N° 3

PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES TIPO II DEL “HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIÉRREZ” ICA – 2017 SEGÚN ESTADO CIVIL

Estado civil	Frecuencia absoluta	Porcentaje
SOLTERO	22	17.2%
CASADO O CONV	54	42.2%
SEPARADO	31	24.2%
VIUDO	21	16.4%
Total	128	100.0%

Fuente: HFTG

Comentario.- Los pacientes del programa de diabetes tipo II del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez se distribuyen de la siguiente manera: Solteros 17.2% (22), casados o convivientes 42.2% (54), separados o divorciados 24.2% (31), viudos 16.4% (21).

GRÁFICO N° 03

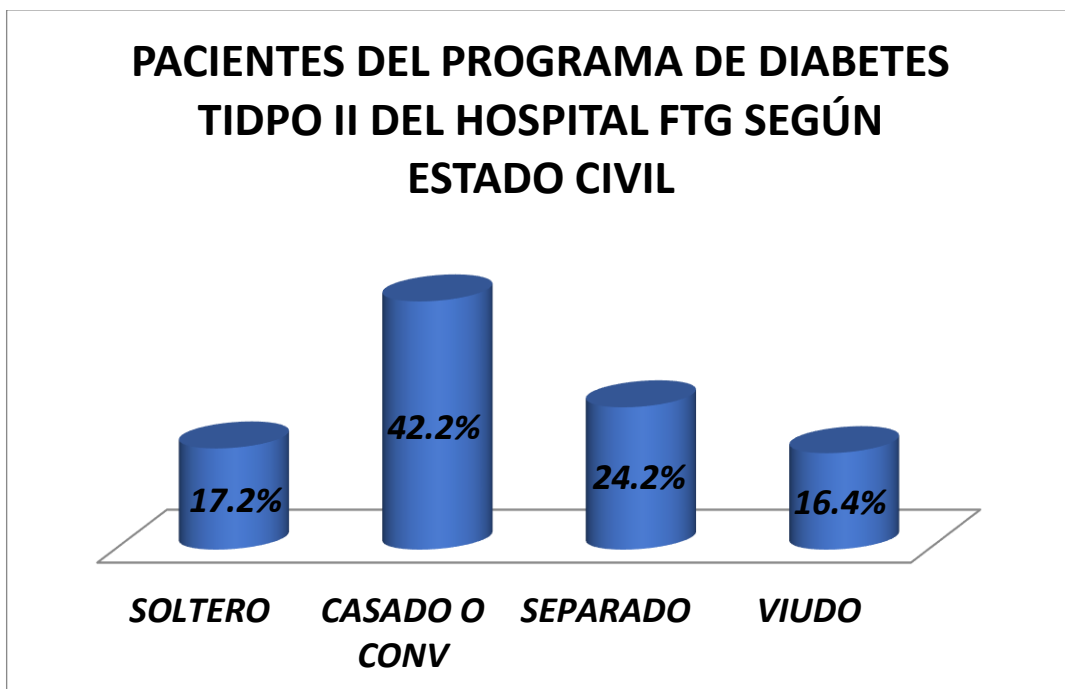


TABLA N° 4

PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES TIPO II DEL “HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIÉRREZ” ICA – 2017 SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN

Grado de instrucción	Frecuencia absoluta	Porcentaje
PRIMARIA	23	18.0%
SECUNDARIA	55	43.0%
SUPERIOR	50	39.0%
Total	128	100.0%

Fuente: HFTG

Comentario.- Los pacientes del programa de diabetes tipo II del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez se distribuyen de la siguiente manera: Primaria 18% (23), secundaria 43% (55), superior 39% (50).

GRÁFICO N° 04

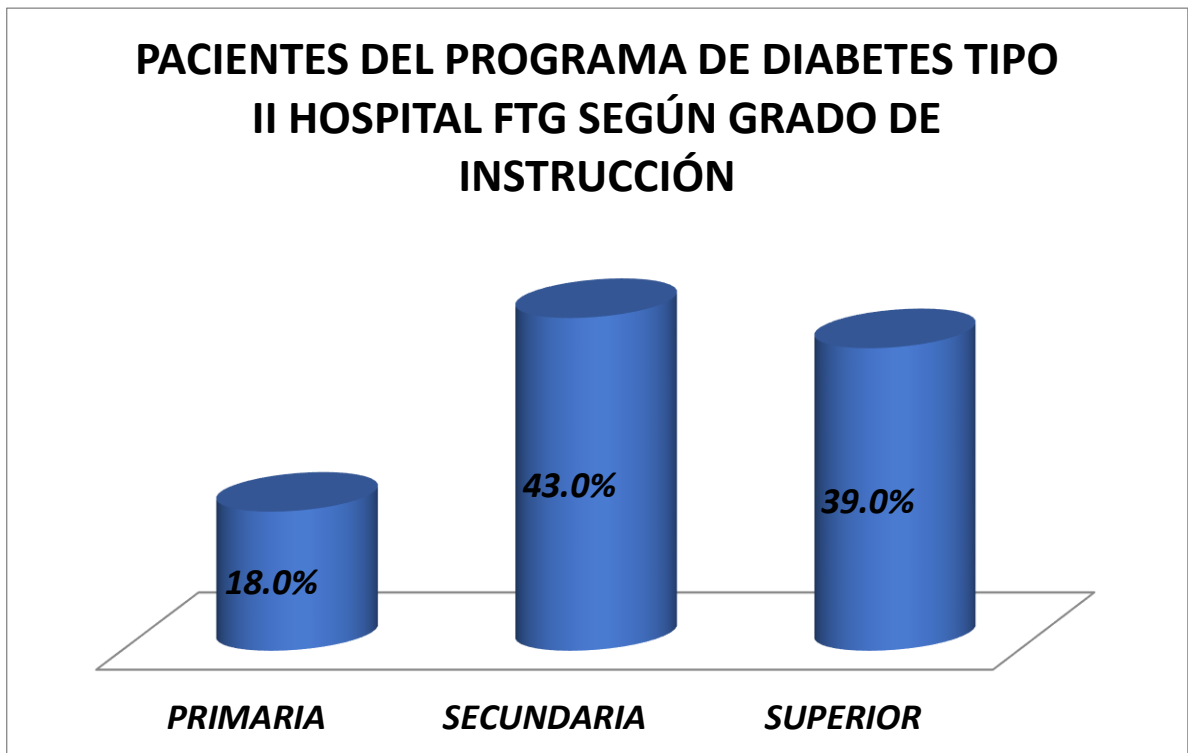


TABLA N° 5

PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES TIPO II DEL “HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIÉRREZ” ICA – 2017 SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD

Tiempo de enfermedad	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Menos de 10 años	28	21.9%
10 a 20 años	63	49.2%
Más de 20 años	37	28.9%
Total	128	100.0%

Fuente: HFTG

Comentario.- Los pacientes del programa de diabetes tipo II del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez se distribuyen de la siguiente manera: Menos de 10 años de tiempo de enfermedad 21.9% (28), 49.2% (63) y 28.9% (37).

GRÁFICO N° 05

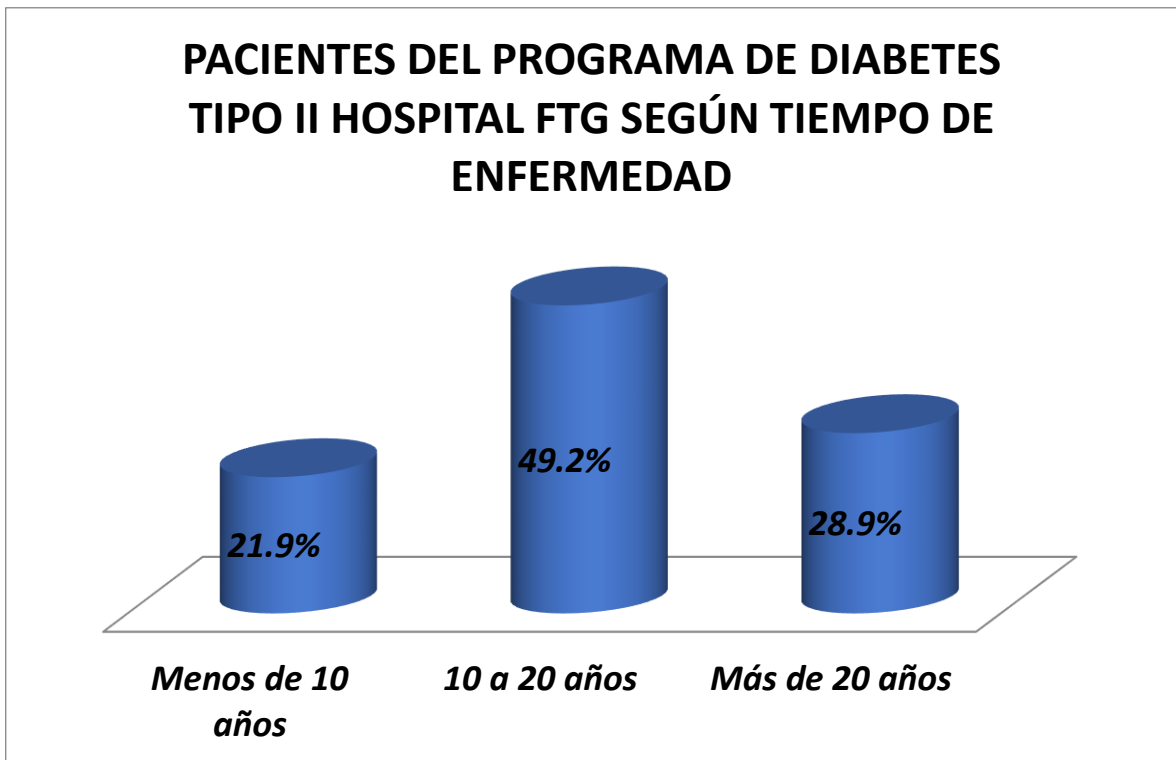


TABLA N° 6

PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES TIPO II DEL “HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIÉRREZ” ICA – 2017 SEGÚN CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES TIPO II

Conocimientos sobre diabetes tipo 2	Frecuencia absoluta	Porcentaje
BAJO	52	40.6%
MEDIO	43	33.6%
ALTO	33	25.8%
Total	128	100.0%

Fuente: HFTG

Comentario.- Los pacientes del programa de diabetes tipo II del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez se distribuyen de la siguiente manera: 40.6% tiene conocimientos bajos sobre diabetes tipo II, el 33.6% tienen nivel medio y el 25.8% tiene nivel alto.

GRÁFICO N° 06

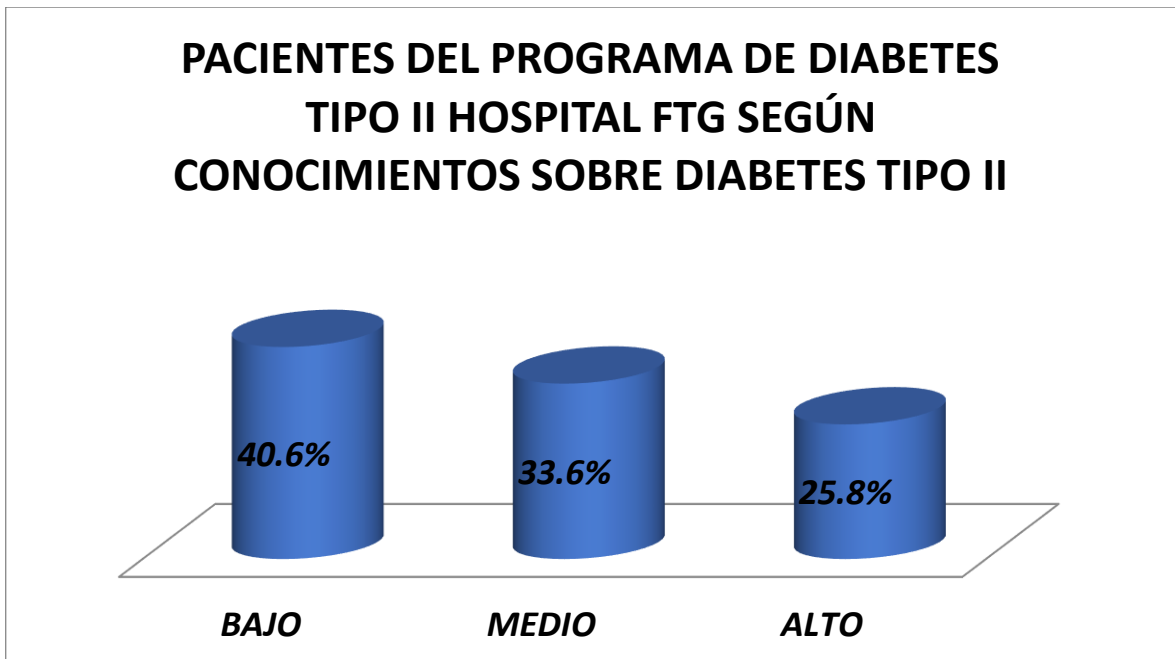


TABLA N° 7

PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES TIPO II DEL “HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIÉRREZ” ICA – 2017 SEGÚN PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE DIABETES TIPO II

Autocuidado sobre diabetes tipo 2	Frecuencia absoluta	Porcentaje
INADECUADO	57	44.5%
REGULAR	41	32.0%
ADECUADO	30	23.4%
Total	128	100.0%

Fuente: HFTG

Comentario.- Los pacientes del programa de diabetes tipo II del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez se distribuyen de la siguiente manera: 44.5% práctica en grado inadecuado el autocuidado de diabetes tipo II, el 32.0% lo hace en grado regular y el 23.4% lo practica en grado adecuado.

GRÁFICO N° 07

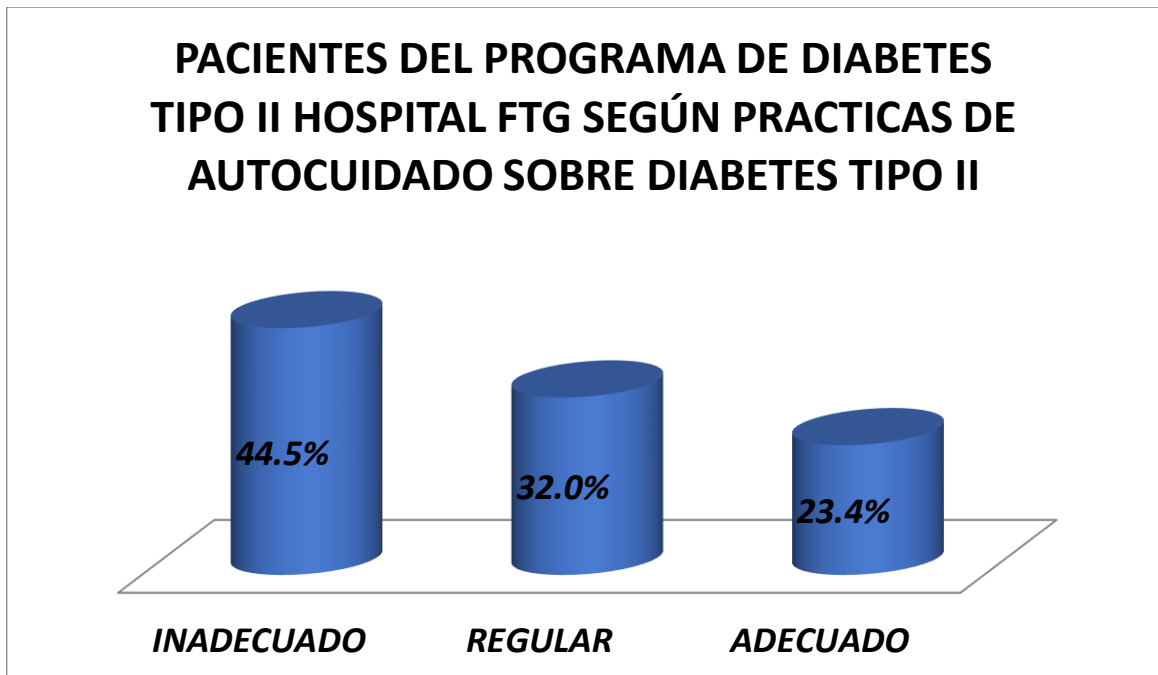


TABLA N° 8

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES DEL
PROGRAMA DE DIABETES TIPO II DEL “HOSPITAL FÉLIX TORREALVA
GUTIÉRREZ” ICA – 2017

CONOCIMIENTOS	PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO						Total	%
	INADEC.	%	REGUL.	%	ADEC.	%		
BAJO	42	73.7%	5	12.2%	5	16.7%	52	40.6%
MEDIO	11	19.3%	28	68.3%	4	13.3%	43	33.6%
ALTO	4	7.0%	8	19.5%	21	70.0%	33	25.8%
TOTAL	57	100%	41	100%	30	100.0%	128	100.0%

Fuente: HFTG

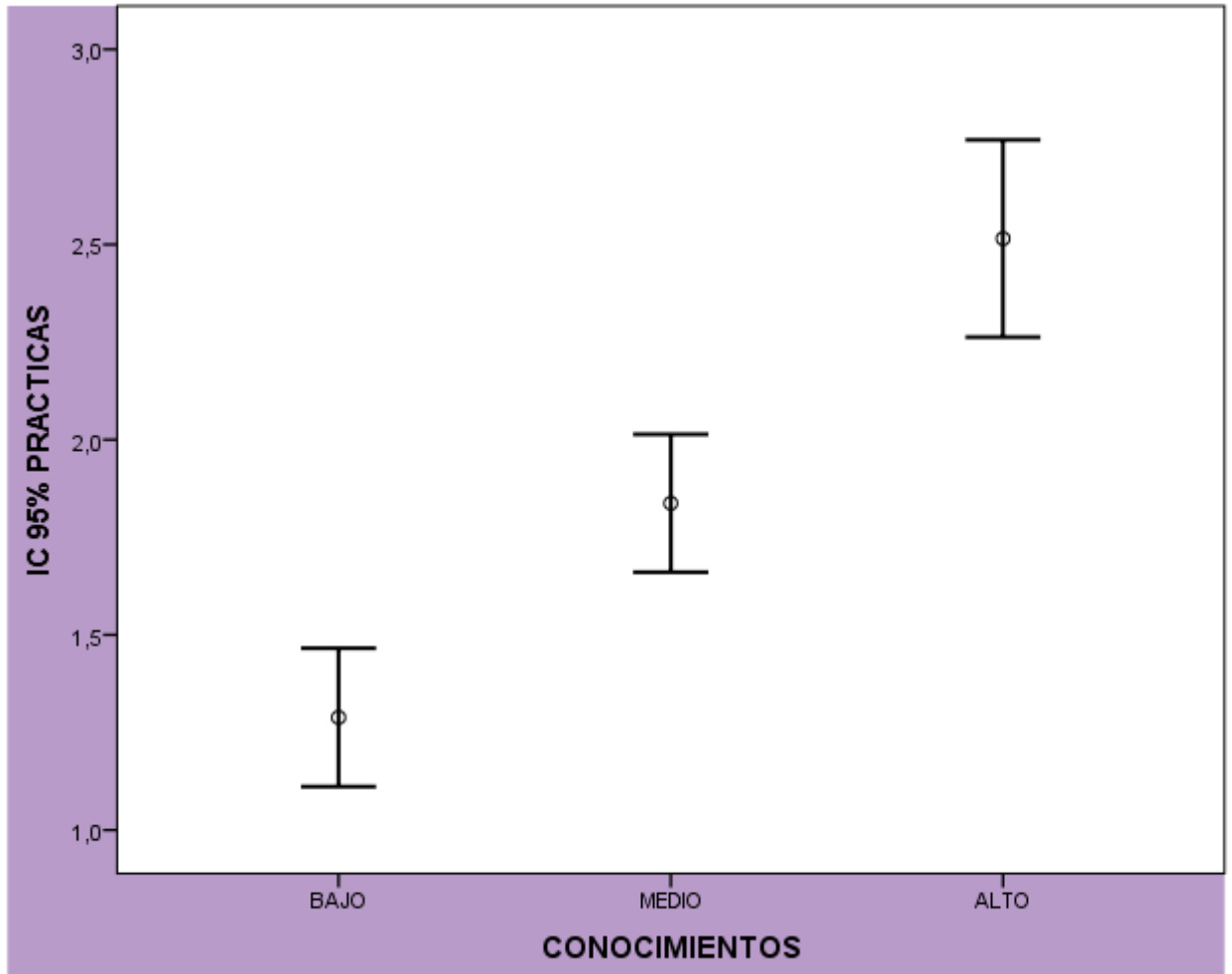
Comentario.- La tabla muestra una buena correlación con 73.7% en el caso de prácticas inadecuadas con nivel bajo de conocimientos, 68.3% entre prácticas de autocuidado regular con nivel medio de conocimientos y 70% en el caso de autocuidado adecuado con nivel alto de conocimientos. Y en forma global se encuentra 61.2% de correlación (r Pearson= 0.612) con valores significativos.

El gráfico N° 08 muestra que a mayor nivel de conocimientos sobre diabetes tipo II las prácticas de autocuidado de diabetes tipo II es adecuado.

		PRÁCTICAS
CONOCIMIENTOS	Correlación de Pearson	0.612
	Sig. (bilateral)	0.000
	N	128

GRÁFICO N° 08

CORRELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES TIPO 2 Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE DIABETES TIPO II



CAPITULO V: DISCUSIÓN

La investigación empezó por conocer a la muestra estudiada según algunos parámetros sociodemográficos, así:

En la tabla N°01 se observa que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 son sobre todo pacientes comprendidos entre las edades de 45 a 59 años de edad que prácticamente son la mitad (49.2%). Explicable por que la diabetes tienen en mayoría el diagnóstico entre estas edades, seguida de edades superiores como son los de 60 a 75 años; como es sabido la diabetes tipo II tiene una manifestación más tardía en comparación a la diabetes tipo I que se manifiesta en edades tempranas.

En relación al sexo como se muestra en la tabla N° 2, la mayoría son de sexo masculino aunque no con una gran diferencia, los masculinos constituyen el 59.4% lo que se podría explicar porque una proporción de pacientes acuden a los hospitales solo cuando tienen alguna complicación y sobre todo son los masculinos. Cruz P.⁴ (2014) en su estudio indica que las mujeres presentaron mayor número de factores no clínicos para aceptar acciones de autocuidado y prevenir complicaciones en la diabetes mellitus II, factores como su historia cultural, sus creencias, menor satisfacción en su calidad de vida y percepción de menor apoyo social contribuyen a una falta de autocuidado y favorecen el desarrollo de complicaciones, que no se refleja en la investigación realizada por nosotros, ello se debería a las idiosincrasias, creencias y otros diferentes en cada región.

En relación al estado civil, la distribución se muestra en la tabla N° 3 no encontrándose características distintivas en relación a la diabetes, salvo que el 42.2% son de condición casado o conviviente, aunque no existe relación entre diabetes y estado civil.

Se evaluó también el grado de instrucción de los pacientes que se encuentran en el programa de diabetes mellitus tipo II, en la tabla N° 4; y no se encontró alguna predisposición por la condición instructiva, aunque el 43% presentan secundaria como nivel instructivo mayoritario.

También se evaluó el tiempo de enfermedad que presentan estos pacientes en la tabla N° 5, encontrándose que la mayoría se ubica en el tiempo entre 10 a 20 años de evolución de su enfermedad, como es sabido esta patología es crónica que requiere tratamiento de por vida, por lo que los pacientes tienen que acudir a recibir el tratamiento de esta enfermedad.

En la tabla N° 6 se muestra uno de los objetivos de la investigación que es determinar el nivel de conocimiento que tienen los pacientes sobre su enfermedad, encontrándose que la mayoría tienen nivel bajo de ellos, explicable por que no son informados adecuadamente sobre la diabetes mellitus tipo II atribuido a una pobre proyección social o dedicar un tiempo prudencial a fin de orientar permanentemente a los pacientes y a sus familiares sobre la enfermedad; el 33.6% tienen nivel medio de conocimiento que también no es un porcentaje satisfactorio, pues de acuerdo a la importancia de esta enfermedad y sobre todo por sus complicaciones es necesario que los pacientes tengan un nivel alto de conocimiento sobre ella, como lo presentan solo el 25.8% de los pacientes. Mendoza L.⁶ (2016), así lo demuestra en su estudio donde concluye en la necesidad de la implementación de campañas educativas debido a que los pacientes no tienen conocimiento respecto a las complicaciones que puede generar la enfermedad y que pueden poner en riesgo su vida. Amores V.⁸ (2013) encuentra niveles semejantes de autocuidado que nosotros, pues indica que la mayoría no tiene los conocimientos satisfactorios para realizar su propio autocuidado poniendo en riesgo su salud. Calderón A.¹³ (2016), en Hospital

Nacional PNP. Luis N. Sáenz, encuentra que el nivel de conocimiento medio sobre sus complicaciones crónicas fue predominantemente desfavorable, que contrasta con el nivel predominantemente bajo que encontramos en nuestro estudio, lo que revela los diferentes niveles de intervención que tienen las enfermedades según sus lugares de trabajo. Sin embargo Tello N.¹⁰ (2014) también encuentra que la mayoría de los pacientes desconoce sobre las complicaciones de su enfermedad.

En la tabla N° 7 se evalúa otro objetivo de la investigación que es, el grado de autocuidado que practican los pacientes, encontrándose que la mayoría 44.5% de ellos lo realizan en forma inadecuada, explicable en una medida con el nivel de conocimiento que presentan los mismos, la que será analizada en la próxima tabla, el 32% presenta prácticas de autocuidado regular y solo el 23.4% lo hace adecuadamente, reflejando el gran trabajo que se tienen a futuro con estos pacientes a fin de evitar que se compliquen. Contreras, A,⁵ en el 2013 encontró que en Colombia las prácticas de autocuidado de diabetes mellitus tipo 2 se da en nivel regular en el 88.89%, resultado diferente al nuestro debido a que las intervenciones de enfermería son de diferente intensidad en cada país. Arias, M. Ramírez, S¹². (2013), encuentra en el distrito de Pachacámac que el 52.1% de los pacientes estudiados tienen nivel regular de prácticas de autocuidado, diferente al nuestro pues se trata de realidades distintas así como el tiempo en que se desarrolló el estudio.

Finalmente en la tabla N° 8 se evalúa el objetivo principal de la investigación que es la relación que existiría entre el nivel de conocimientos con las prácticas de autocuidado, determinándose que ello se realiza en un 61.2% que es una buena correlación por lo que es de necesidad orientar adecuadamente a los pacientes sobre su enfermedad y a sus familias pues ello repercutirá en buena medida en sus prácticas de autocuidado, ello se puede observar en el gráfico N° 08. Herrera A.⁷ (2012), encuentra también una relación entre el apoyo social y los conocimientos con el autocuidado. Denegri, A.¹¹ (2014), en el Centro de Salud Conde de la Vega de Lima encuentra dicha relación entre la teoría y la práctica

de autocuidado. Se encontró un estudio realizado por Alayo, I. Horna, J.⁹ (2013), en Essalud de Trujillo donde demuestra la relación entre el nivel de conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad y las prácticas de autocuidado, pero la mayoría de sus pacientes tienen nivel alto de conocimiento y prácticas de autocuidado y 0% de nivel bajo de conocimientos y prácticas de autocuidado, lo que se debería a que los instrumentos utilizados para la investigación son diferentes a los utilizados por nosotros. Pero Illescas, Y.¹⁴ (2017) en su estudio en el Hospital Regional de Ica presenta resultados compatibles indirectamente con los nuestros, pues encontró que el 32.5% de los pacientes presentan riesgo bajo, el 28.3% riesgo ligeramente elevado, el 20% riesgo moderado, el 12.5% riesgo alto y el 6.7% riesgo muy alto para diabetes mellitus tipo II.

CONCLUSIONES

1. Los pacientes del programa de diabetes tipo II del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez el 40.6% tiene conocimientos bajos sobre diabetes tipo II, el 33.6% tienen nivel medio y el 25.8% tiene nivel alto.
2. Los pacientes del programa de diabetes tipo II del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, 44.5% practica en grado inadecuado el autocuidado de diabetes tipo II, el 32.0% lo hace en grado regular y el 23.4% lo practica en grado adecuado.
3. Existe una buena correlación con 73.7% en el caso de prácticas inadecuadas con nivel bajo de conocimientos, 68.3% entre prácticas de autocuidado regular con nivel medio de conocimientos y 70% en el caso de autocuidado adecuado con nivel alto de conocimientos. Y en forma global se encuentra 61.2% de correlación (r Pearson= 0.612) con valores significativos, así; a mayor nivel de conocimientos sobre diabetes tipo II las prácticas de autocuidado de diabetes tipo II son adecuados.

RECOMENDACIONES

1. Proporcionar información detallada a pacientes y familiares sobre la diabetes tipo II tanto a nivel institucional como extramural, dedicando el tiempo prudencial a cada paciente a fin de crear conciencia de su enfermedad, la que debe realizarse permanentemente, cada vez que se tenga contacto con el paciente. Realizar actividades extramuro para captar paciente diabéticos asintomáticos para incorporarles al programa y tener un mejor control de los mismos.
2. Concientizar a cada paciente sobre los riesgo de no practicar el autocuidado de sumo interés en estos pacientes pues las actividades cotidianas son de exclusividad de ellos mismo y tienen que tomar las medidas adecuadas para que no existan lesiones sobre todo de los pies, riñones, ojos, entre otros órganos, para ello el paciente debe ser monitorizado permanentemente por el personal de enfermería del programa a fin de que evalúe las actividades de autocuidado de los pacientes promoviendo siempre la capacitación de los mismos.
3. Conociendo la relación que existe entre conocimiento y prácticas de autocuidado, el personal de enfermería debe tener un mayor acercamiento a estos pacientes a fin de que siempre verifique la información que dispone el paciente; muchos de ellos cambian sus conceptos sobre su enfermedad con algunos mitos promovido por personas extrañas la que perjudicará su salud, por ello es importante la información al paciente y conocer que prácticas de autocuidado realiza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- OMS. World Health Organization (2016).

WHO/NMH/NVI/16.3. www.who.int/diabetes/global-report

2.- OMS. Informe mundial sobre la diabetes de la Organización Mundial de la Salud, OMS (2016). www.fundaciondiabetes.org/.../informe-mundial-sobre-la-diabetes-de-la-oms--resume...

3.- Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública Ministerio de Salud Lima – Perú 2016. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención R.M. N° 719-2015/MINSA

4.- Cruz P. (2014). Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de México Papeles de Población, vol. 20, núm. 80, abril-junio, 2014, pp. 119-144 Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México

5.- Contreras, A; Contreras, A; Hernández, C; Castro, M; Navarro, L. (2013). Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia Investigaciones Andina, vol. 15, núm. 26, 2013, pp. 667-678 Fundación Universitaria del Área Andina Pereira, Colombia

6.- Mendoza L. (2016). Estrategia educativa y capacidad de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo II. Vol. 2 no. 1, Verano de la Investigación Científica, 2016

7.- Herrera A. (2012). Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. AVANCES EN ENFERMERÍA VOL. XXX N. 2 mayo-agosto 2012

8.- Amores V. (2013) en el estudio: conocimiento de autocuidado en pacientes diabéticos tipo II. México

9.- Alayo, I. Horna, J. (2013). Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 Hospital I ESSALUD. Florencia de Mora Trujillo 2013.

10.- Tello N. (2014) -Conocimiento del paciente sobre las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 y autocuidado en el servicio de endocrinología del hospital María Auxiliadora - 2012. Lima

- 11.- Denegri, A. (2014). Prácticas y conocimientos sobre autocuidado en la prevención de complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud Conde de la Vega; Lima
- 12.- Arias, M. Ramírez, S. (2013). Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 zona urbana, distrito de Pachacamac. Lima
- 13.- Calderón A. (2016). Nivel de conocimientos y aptitudes sobre complicaciones crónicas de la diabetes mellitus 2, Hospital Nacional PNP. Luis N. Sáenz, 2016
- 14.- Illescas, Y. (2017) Factores de riesgo para prevenir la diabetes mellitus tipo II en pacientes ambulatorios atendidos en el Hospital Regional de Ica marzo 2017.
- 15.- Soler Y. (2016). Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev. Arch Med Camagüey Vol20(3)2016
- 16.- Casanova M, Trasancos M, Orraca O, Prats O, Gómez D. (2015). Nivel de conocimientos sobre la enfermedad en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. Rev Ciencias Médicas de Pinar del Río [Internet]. [citado 2 Oct 2015];15(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en:
<http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/764>
- 17.- Elizabeth A. Actividades de prevención y factores de riesgo en diabetes mellitus y pie diabético. Acta Med Colomb 2014; 39: 250-257
- 18.- Naranjo-Hernández Y, Concepción-Pacheco J. Importancia del autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus. Revista Finlay [revista en Internet]. 2016 [citado 2016 Oct 18]; 6(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en:
<http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/400>
- 19.- Gallo J, Ochoa J, Valparada J, Aristizabal D. (2013). Puntos de corte del perímetro de la cintura para identificar sujetos con resistencia a la insulina en una población colombiana. Acta Med Colomb 2013; 38: 118-26

- 20 Hernández-García O. El impacto de los programas de prevención de la diabetes en Mazatlán, Sinaloa; México. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, Universidad Autónoma de Sinaloa. 2012;1(3-4).
- 21.- Fernández A, Abdala T, Alvara E, Tenorio G, López E, Cruz S, et al. (2012). Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Esp Méd Quir* [Internet]. 2012 [citado 2 Oct 2015];17(2):[aprox. 6 p.].
- 22.- Ávila L. (2013). Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. *Rev. méd. Chile* vol.141 no.2 Santiago feb. 2013
- 23.- Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Diabetes Mellitus. Incidencia y tratamiento. *Bibliomed Suplemento* [Internet]. Oct 2015 [citado 27 Oct 2015]:[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2015/10/bibliomed-suplemento-octubre-2015.pdf>
- 24.- Domínguez P. (2015). Control Metabólico en Pacientes Diabéticos Tipo 2: grado de Control y nivel de Conocimientos (Estudio AZUER). *Rev Clin Med Fam* [Internet]. [citado 16 Oct 2015]; 4(1):[aprox. 10 p.].
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000100006&lng=es
- 25.- Conesa J, Conesa A. (2015). Diabetes mellitus. Fundamentos de la terapia dietética para su control metabólico [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015 [citado 15 Dic 2015]. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/libros/diabetes_mellitus/indice_p.htm
- 26.- López Tejera SO, Hernández Trimiño O, Betancourt Betancourt L, Blanco Perera B. Educación diabetológica realizada por el servicio de enfermería para el autocuidado del anciano diabético. *Medicentro* [Internet]. 2010 [citado 2 Oct 2015];14(3):[aprox. 10 p.].
- 27.- González R, Cardentey J, Casanova M. (2015). Intervención sobre educación nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Arch Med*

Camagüey [Internet]. 2015 [citado 14 Dic 2015];19(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/3782/2082>

28.- Grau J. (2015). Factores psicosociales en enfermedades crónicas: una revisión. La Habana: Editorial Academia; 2015.

29.- Villalba E. (2012). Mejora del autocuidado de pacientes diabéticos en zonas rurales de Panamá a través de tecnologías TIC. Disponible en:

oa.upm.es/14778/1/MIGUEL_VARGAS_LOMBARDO_2.pdf

30.- Matute B. (2016). Prácticas de autocuidado para evitar el pie diabético en pacientes del club de adultos mayores del Centro de Salud del Valle”2016

31.- Pousa M. (2016). Nivel de conocimiento de autocuidado en el paciente diabético tipo 2 de la UMF no. 8 de Aguascalientes

32.- Robles A. (2014). Autocuidado y factores condicionantes presentes en las personas con diabetes tipo 2 de una Colonia de Hermosillo, Sonora. UNISON / EPISTEMUS 17 / Año 8/ 2014/ pág.: 41-49

33.- Fernández M. (2016). Modelos y Teorías en Enfermería (III). Modelo de Dorothea Orem. Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería. Universidad de Cantabria.

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Variable	Problema general	Objetivo general	Objetivos específicos	Hipótesis	Instrumento	Fuente
<p>Variable dependiente</p> <p>Prácticas de autocuidado</p> <p>Variable independiente</p> <p>Conocimiento sobre diabetes mellitus tipo II</p>	<p>¿Existe relación entre conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes del programa de diabetes tipo II del “Hospital Félix Torrealva Gutiérrez” Ica – 2017?</p>	<p>Determinar relación entre conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes del programa de diabetes tipo II del “Hospital Félix Torrealva Gutiérrez” Ica – 2017</p>	<p>Precisar el grado de conocimientos sobre la diabetes en pacientes del programa de diabetes tipos II del “Hospital Félix Torrealva Gutiérrez” Ica – 2017</p> <p>Indicar la medida en que practican el autocuidado los pacientes del programa de diabetes tipo II del “Hospital Félix Torrealva Gutiérrez” Ica – 2017</p>	<p>Existe relación entre conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes del programa de diabetes tipo II – “Hospital Félix Torrealva Gutiérrez” Ica – 2017</p>	<p>Cuestionario</p>	<p>Paciente diabético</p>

ANEXO 2



Presentación Sr. (a). Buenos días, soy estudiante de Enfermería de la UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL ICA, estoy realizando un trabajo de investigación “Conocimientos sobre diabetes mellitus tipo II y prácticas de autocuidado que tienen y/o emplean los pacientes diabéticos sobre la enfermedad y sus cuidados con su persona, en el “Félix Torrealva Gutiérrez”; para lo cual solicito que respondan con total sinceridad, ya que los resultados de esta investigación servirán de referencia para la mejorar el servicio.

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

DATOS GENERALES:

Edad.....

Sexo.....

Estado civil.....

Grado de instrucción.....

Tiempo de enfermedad.....años.

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS

1. La Diabetes Mellitus es una:
 - a) **Enfermedad, caracterizado por un incremento en el nivel de azúcar en la sangre.**
 - b) Infección, caracterizado por un aumento de la temperatura.
 - c) Alergia, caracterizado por aumento en la micción.
 - d) Es una enfermedad pasajera.
2. Considera Ud. que la diabetes es una enfermedad que tiene cura:
 - a) Si con alimentos vegetarianos
 - b) Si con hiervas
 - c) **No tiene cura**
 - d) No sabe
3. Los principales signos y síntomas son:
 - a) Sed, sudoración, fiebre.
 - b) Hambre, fiebre, tos.
 - c) **Sed, hambre, necesidad frecuente de orinar.**
 - d) Necesidad frecuente de orinar, fiebre, sueño.
4. Cuáles son los valores normales de glucosa en sangre
 - a) 70 a 300 mg/dl
 - b) 200 a 600 mg/dl
 - c) **70 a 120 mg/dl**
 - d) 20 a 40 mg/dl
5. Con respecto a la diabetes marque lo que cree que es correcto:
 - a) **Es hereditaria**
 - b) Responde al tratamiento con yerbas
 - c) Solo debe manejarse con dieta
 - d) Debe hacerse reposo
6. ¿Qué cuidados se debe tener cuando se es 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

7. Las comidas deben ser:
- a) Normal en azúcar.
 - b) Bajo en azúcar.**
 - c) Alto en azúcar.
 - d) Nada de azúcar.
8. ¿Considera usted que es importante lavarse los pies con mayor cuidado cuando es diabético?
- a) Si por elimina microbios**
 - b) No porque el jabón daña la piel
 - c) No, porque el talco lo mantiene seco
 - d) No, porque produce hongos
9. ¿Qué órganos afecta con mayor frecuencia la diabetes?
- a) Pies, riñones, ojos**
 - b) Manos, hígado, bazo
 - c) Brazo, piernas, cuello
 - d) Glándula tiroides, corazón, estómago
10. Con respecto a la diabetes marque lo verdadero
- a) Produce anemia
 - b) Produce adelgazamiento severo
 - c) Puede llevarte al coma o sea a la inconciencia**
 - d) Siempre produce pérdida de extremidades

PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO

1. ¿Cuál es la dieta que se ajusta con mayor frecuencia a su vida cotidiana?
 - a) Bajo en sal, torta con regular frecuencia, fideos frecuentemente.
 - b) Panes con mermelada, fideos frecuentemente, gaseosas
 - c) Verduras, tostadas, pollo sancochado, frutas**
2. ¿Toma su medicación habitualmente en las horas establecidas?
 - a. Si**
 - b. Nunca
 - c. A veces
3. Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?
 - a. Si
 - b. No**
 - c. A veces
4. ¿Cuál es el parámetro que Usted usa para saber cuánto de azúcar en sangre tiene?
 - a) La orina se hace dulce
 - a) El aliento huele mal
 - b) El análisis de sangre muestra valores alto de glucosa**
5. Asiste en forma mensual para controlarse la glucosa
 - a. Si**
 - b. No
 - c. Lo realizo en mi casa
6. ¿Quién le ayuda a usted para que cuide sus pies?
 - a. Esposa
 - b. Asume su autocuidado**
 - c. Otros.....
7. Acude todos los meses a su control médico
 - a. Si**
 - b. No
 - c. Me controlo yo mismo

8. Qué tipo de zapatos utiliza:
 - a. **Anchos ()**
 - b. Ajustados ()
 - c. La de moda ()
9. Utiliza cremas humectantes para sus pies
 - a. **Si con frecuencia**
 - b. Nunca
 - c. Pocas veces
10. ¿Con qué frecuencia realiza usted ejercicio según sus posibilidades?
 - a. **Diario**
 - b. Una vez a la semana
 - c. Una vez al mes

ANEXO 3



ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS PERSONALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL INFORMANTE.....
- 1.2. GRADO ACADÉMICO.....
- 1.3. INSTITUCIÓN DONDE LABORA.....
- 1.4. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES TIPO II DEL "HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIÉRREZ" ICA – 2017
- 1.5. AUTOR DEL INSTRUMENTO: PISCONTE BENDEZÚ, MARÍA ANTONIA
- 1.6. LICENCIATURA
- 1.7. NOMBRE DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO II

II. ASPECTOS A EVALUAR: (Calificación Cuantitativa)

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS CUALITATIVOS CUANTITATIVOS	Deficiente (01-09)	Regular (10-13)	Bueno (14-16)	Muy Bueno (17-18)	Excelente (19-20)
		01	02	03	04	05
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					
2. OBJETIVIDAD	Está expresado con conductas observables					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y calidad					
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica del Instrumento					
5. SUFICIENCIA	Valora los aspectos en cantidad y calidad					
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos					
7. CONSISTENCIA	Basado en el aspecto teórico científico del tema de estudios					
8. COHERENCIA	Entre las hipótesis, dimensiones e indicadores					
9. METODOLOGÍA	Las estrategias responden al propósito del estudio					
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas para la investigación y construcción de teorías					
Sub Total						
Total						

VALORACIÓN CUANTITATIVA (total x 0.4).....

Leyenda: 01-13 Improcedente

VALORACIÓN CUALITATIVA.....

14-16 Aceptable con recomendación

VALORACIÓN DE APLICABILIDAD.....

17-20 Aceptable

Lugar y Fecha..... Firma del Experto

DNI.....

I. DATOS PERSONALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL INFORMANTE.....
- 1.2. GRADO ACADÉMICO.....
- 1.3. INSTITUCIÓN DONDE LABORA.....
- 1.4. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES TIPO II DEL “HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIÉRREZ” ICA – 2017
- 1.5. AUTOR DEL INSTRUMENTO: PISCONTE BENDEZÚ, MARÍA ANTONIA
- 1.6. LICENCIATURA
- 1.7. NOMBRE DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO SOBRE AUTOCUIDADO DE DIABETES MELLITUS TIPO II

II. ASPECTOS A EVALUAR: (Calificación Cuantitativa)

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS CUALITATIVOS CUANTITATIVOS	Deficiente (01-09)	Regular (10-13)	Bueno (14-16)	Muy Bueno (17-18)	Excelente (19-20)
		01	02	03	04	05
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					
2. OBJETIVIDAD	Está expresado con conductas observables					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y calidad					
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica del Instrumento					
5. SUFICIENCIA	Valora los aspectos en cantidad y calidad					
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos					
7. CONSISTENCIA	Basado en el aspecto teórico científico del tema de estudios					
8. COHERENCIA	Entre las hipótesis, dimensiones e indicadores					
9. METODOLOGÍA	Las estrategias responden al propósito del estudio					
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas para la investigación y construcción de teorías					
Sub Total						
Total						

VALORACIÓN CUANTITATIVA (total x 0.4).....

Leyenda: 01-13 Improcedente

VALORACIÓN CUALITATIVA.....

14-16 Aceptable con recomendación

VALORACIÓN DE APLICABILIDAD.....

17-20 Aceptable

Lugar y Fecha..... Firma del Experto

DNI.....

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS PERSONALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL INFORMANTE.....
- 1.2. GRADO ACADÉMICO.....
- 1.3. INSTITUCIÓN DONDE LABORA.....
- 1.4. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIABETES TIPO II DEL “HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIÉRREZ” ICA – 2017
- 1.5. AUTOR DEL INSTRUMENTO: PISCONTE BENDEZÚ, MARÍA ANTONIA
- 1.6. LICENCIATURA
- 1.7. NOMBRE DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO SOBRE AUTOCUIDADO DE DIABETES MELLITUS TIPO II

II. ASPECTOS A EVALUAR: (Calificación Cuantitativa)

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS CUALITATIVOS CUANTITATIVOS	Deficiente (01-09)	Regular (10-13)	Bueno (14-16)	Muy Bueno (17-18)	Excelente (19-20)
		01	02	03	04	05
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					
2. OBJETIVIDAD	Está expresado con conductas observables					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y calidad					
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica del Instrumento					
5. SUFICIENCIA	Valora los aspectos en cantidad y calidad					
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos					
7. CONSISTENCIA	Basado en el aspecto teórico científico del tema de estudios					
8. COHERENCIA	Entre las hipótesis, dimensiones e indicadores					
9. METODOLOGÍA	Las estrategias responden al propósito del estudio					
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas para la investigación y construcción de teorías					
Sub Total						
Total						

VALORACIÓN CUANTITATIVA (total x 0.4).....

Leyenda: 01-13 Improcedente

VALORACIÓN CUALITATIVA.....

14-16 Aceptable con recomendación

VALORACIÓN DE APLICABILIDAD.....

17-20 Aceptable

Lugar y Fecha..... Firma del Experto

DNI.....