

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

**“CONOCIMIENTO Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO SOBRE  
DIABETES MELLITUS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DE  
LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, AREQUIPA - 2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN  
ENFERMERÍA**

**BACHILLER: NILIPU PERALTA, VÍCTOR**

**AREQUIPA – PERÚ**

**2017**

**“CONOCIMIENTO Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO SOBRE  
DIABETES MELLITUS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DE  
LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, AREQUIPA - 2015”**

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar la relación que existe entre el conocimiento y capacidad de autocuidado sobre diabetes mellitus en estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa, Marzo – Mayo, 2015. Es una investigación descriptiva transversal correlacional, se trabajó con una muestra de 390 estudiantes, para el recojo de la información se utilizó un Cuestionario de alternativa múltiple de 18 ítems, organizado por las dimensiones: Conocimiento científico, conocimiento empírico. La validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,801); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de (0,901). La prueba de Hipótesis se realizó mediante el estadístico R de Pearson con un valor de 0,953 y un nivel de significancia de valor  $p < 0,05$ .

## CONCLUSIONES:

Los estudiantes de enfermería que tienen un nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus de nivel regular tienen capacidad de autocuidado de nivel Medio, los que tienen un nivel de conocimiento Bueno tienen una capacidad de autocuidado Alto y los que tienen un nivel de Conocimiento Deficiente tienen una capacidad de autocuidado Bajo. Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables.

**PALABRAS CLAVES:** *Conocimiento, capacidad de autocuidado, diabetes mellitus, estudiantes de enfermería, conocimiento científico, conocimiento empírico.*

## **ABSTRACT**

The objective of this study was to determine the relationship between knowledge and self - care capacity on diabetes mellitus in nursing students from Alas Peruanas University, Arequipa, March - May, 2015. It is a cross - sectional descriptive cross - sectional study. A sample of 390 students, for the collection of the information was used a Questionnaire of multiple alternative of 18 items, organized by the dimensions: Scientific knowledge, empirical knowledge. The validity of the instrument was made by means of the concordance test of the expert judgment obtaining a value of (0,801); Reliability was performed using the Cronbach's alpha with a value of (0.901). The Hypothesis test was performed using the Pearson R statistic with a value of 0.953 and a significance level of p value <0.05.

### **CONCLUSIONS:**

Nursing students who have a level of knowledge about regular diabetes mellitus have medium level self-care ability, those with a good level of knowledge have a high self-care ability and those with a level of poor knowledge have a capacity Self - care. These results indicate that there is a relationship between both variables.

**KEY WORDS:** *Knowledge, capacity for self-care, diabetes mellitus, nursing students, scientific knowledge, empirical knowledge.*

## INDICE

	Pág.
<b>RESUMEN</b>	i
<b>ABSTRAC</b>	ii
<b>ÍNDICE</b>	iii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	v
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	2
1.2.1. Problema General	2
1.2.2. Problemas Específicos	3
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación del estudio	3
1.5. Limitaciones de la investigación	4
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes del estudio	5
2.2. Base teórica	10
2.3. Definición de términos	48
2.4. Hipótesis	48
2.5. Variables	49
2.5.1. Definición conceptual de la variable	49
2.5.2. Definición operacional de la variable	49
2.5.3. Operacionalización de la variable	50

<b>CAPITULO III: METODOLOGIA</b>	
3.1. Tipo y nivel de investigación	51
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	51
3.3. Población y muestra	52
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	53
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	53
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	53
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	55
<b>CAPÍTULO V: DISCUSION</b>	60
<b>CONCLUSIONES</b>	63
<b>RECOMENDACIONES</b>	65
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	66
<b>ANEXOS</b>	
Matriz	
Instrumento	

## INTRODUCCIÓN

Existen muchas enfermedades que al pasar los años han evolucionado, haciéndose más crónicas, de inicio silencioso y progresivo, una de ellas es la Diabetes Mellitus, la cual se ha visto beneficiada por los nuevos estilos de vida como el sedentarismo, alimentación, estrés, contaminación ambiental, entre otras. Por otro lado se conoce que la Diabetes Mellitus es conocida como un trastorno metabólico, esta enfermedad posee diversos factores que la desencadenan, siendo una de las características el alto nivel de azúcar en la sangre, limitando la vida del paciente, sin embargo con los cuidados adecuados y un régimen terapéutico se logra obtener una mejor calidad de vida.

En el Perú esta enfermedad afecta a más de un millón de peruanos y menos de la mitad de ellos han sido diagnosticados, nuestra población es vulnerable de adquirir esta enfermedad por los malos hábitos que han adquirido, elevando la tasa de morbilidad, obteniendo estadísticas negativas en el área de la Salud, generando consecuencias altísimas para las familias, sociedad y el gobierno, quien debería destinar mayor dinero en prevención para que allí una disminución en gastos por tratamientos y atenciones médicas, las cuales son casi imposibles de conseguir ante tanta demanda. El personal de enfermería juega un papel muy importante en la educación de los pacientes, reforzando, corrigiendo y ampliando su conocimiento, con la finalidad de elaborar estrategias y planes, que acompañados con programas de educación y prevención, logrando que el paciente tenga una mejor calidad de vida.

Por lo antes mencionado el presente proyecto de investigación, determina la relación que existe entre el conocimiento y el autocuidado preventivo sobre diabetes mellitus en los estudiantes de la escuela de enfermería, ya que son ellos, quienes se encargan de realizar diversas campañas de prevención.

## **CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

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

En la actualidad existen alrededor de 17 millones de personas en el mundo que padecen la enfermedad de Diabetes Mellitus, según la Organización Mundial de la Salud, para el 2030 esta cifra se duplicaría. En nuestro país la prevalencia de diabetes es del 1% al 8% de la población en general, siendo Piura y Lima los más afectados, existe una necesidad insatisfecha frente a la promoción y prevención de autocuidados frente a enfermedades crónicas como esta.

Toda persona que adquiere esta enfermedad y quienes ya la padecen, tienen altos riesgos de presentar complicaciones al no ser controlada adecuadamente, exponiendo su vida, donde muchos casos pueden llegar a ser inválidos, perder parte de sus extremidades, sintiéndose una carga para su familia y la sociedad, por tal motivo los pacientes diabéticos deben realizar una serie de actividades y tomar medidas de autocuidado para mantener su salud y evitar las complicaciones.



Por ello el personal de enfermería cumple una importante misión; al brindarle la información respectiva sobre diabetes mellitus, que factores causan complicaciones, medidas preventivas, nuevos hábitos alimenticios, estilos de vida, etc.; todo ello con la finalidad de generar en ellos consciencia sobre el autocuidado preventivo, logrando continuar con su vida con la mayor naturalidad posible, teniendo la calidad de vida que todo ser humano merece.

## **1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA**

### **1.2.1 PROBLEMA GENERAL**

¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento y capacidad de autocuidado sobre diabetes mellitus en estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa, Marzo – Mayo, 2015?

### **1.2.2 PROBLEMAS ESPECIFICOS:**

¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento y capacidad de autocuidado sobre diabetes mellitus en estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa, Marzo – Mayo, 2015, Según las siguientes dimensiones: Conocimiento científico en relación a la alimentación y control médico?

¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento y capacidad de autocuidado sobre diabetes mellitus en estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa, Marzo – Mayo, 2015, Según las siguientes dimensiones: Conocimiento empírico en relación al ejercicio físico e higiene?

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

#### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la relación que existe entre el conocimiento y capacidad de autocuidado sobre diabetes mellitus en estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa, Marzo – Mayo, 2015.

#### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Identificar la relación que existe entre el conocimiento y capacidad de autocuidado sobre diabetes mellitus en estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa, Marzo – Mayo, 2015, Según las siguientes dimensiones: Conocimiento científico en relación a la alimentación y control médico.

Identificar la relación que existe entre el conocimiento y capacidad de autocuidado sobre diabetes mellitus en estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa, Marzo – Mayo, 2015, Según las siguientes dimensiones: Conocimiento empírico en relación al ejercicio físico e higiene.

### **1.4. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO**

El proyecto de investigación es de suma importancia, ya que permite realizar un análisis crítico de la realidad, que busca alternativas de solución para contribuir al desarrollo de programas, estrategias y políticas que puedan afrontar esta problemática,, tomando en conocimiento que la diabetes mellitus sigue cobrando más vidas sin distinguir en edades, géneros ni cultura. Esta investigación será de gran aporte a los profesionales de enfermería, ya que ellos son quienes proporcionan información, ejecutan y promueven las campañas de prevención sobre el autocuidado con la

finalidad de contrarrestar la propagación de enfermedades crónicas y logrando que los pacientes que la padecen puedan desarrollar su vida lo más natural posible, con la calidad de vida que merecen.

Este proyecto de investigación se realiza con la finalidad de contribuir al bienestar familiar, social y gubernamental de nuestro país, inspirando a otros para lograr una réplica a nivel nacional, esta información también podrá ser considerada para contrastar datos en futuros proyectos de investigación para alumnos de enfermería, profesionales del sector salud y autoridades de las localidades, etc.

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

- Poco tiempo para aplicar el cuestionario, ya que en algunos casos no disponían de tiempo para realizar las encuestas.
- La distancia desde mi centro laboral hasta el lugar de la investigación.
- La falta de cooperación de algunos estudiantes.

## **CAPITULO II: MARCO TEORICO**

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

#### **2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

**MENESES RAMIREZ, Constantina** Realizo la investigación titulada “Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos sobre diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de medicina familiar”, México - 2012, el cual tuvo como objetivo el determinar el grado de conocimientos sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes diabéticos de una Unidad de Medicina Familiar. Este trabajo es un estudio transversal observacional y descriptivo a 150 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acudieron a consulta en el periodo de octubre a diciembre del 2012 en la unidad de medicina familiar número 61 de Córdoba Veracruz. Mediante la utilización de una encuesta de evaluación que consta de 38 ítems que exploraron conocimientos teóricos sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y que cumplieron con los criterios de selección. Para el análisis estadístico

se utilizó el programa SPSS 18. Llegando a la conclusión de que el nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 en los 150 sujetos de nuestro estudio de la unidad de medicina familiar No. 61 de Córdoba Veracruz es bajo; no intervino el sexo, la edad, ocupación, escolaridad ni tiempo de diagnóstico solamente 3 pacientes que representan el 2% obtuvieron un nivel aceptable de conocimientos en base a la forma de calificación de Campo y colaboradores, autores que validaron el cuestionario en español. En base a los resultados se debe reflexionar la forma de calificación del instrumento en futuros estudios.<sup>(1)</sup>

**MUÑOS CHACHA, Gabriela Noemí,** Realizo un estudio titulado “Intervención de enfermería en el rol educativo utilizando el método de autocuidado a los familiares de niños que padecen diabetes mellitus en el área de medicina 3 del hospital Francisco y Caza Bustamante”, Ecuador - 2015, el cual es una investigación de tipo descriptivo y prospectivo con un enfoque cualitativo. La muestra de este estudio estuvo constituida por 30 padres de familia. Los datos se recopilaron mediante el uso del instrumento Cuestionario sobre Conocimientos que tienen los Padres de los pacientes con diabetes, y su comportamiento. Se obtuvieron los siguientes resultados: El 80% de los padres encuestados, solo posee el grado académico de segundo nivel, el 6.6% tiene primaria. El estrato social que predominó fue el de pobreza, con un 80%. El 40% de los niños que padecen diabetes tipo 1 y que estaban asilados en el área de medicina 3, correspondieron a niños entre 4-6 años, seguido del 33.3% que tienen entre 7-9 años y 26.6% de 10-12 años de edad. El 83.3% monitorea su glicemia una vez al día. El 63.3% acude al control médico cada dos o tres meses. En cuanto lo que respecta a si estos padres de familia recibieron la orientación educativa, el 63.30%

manifiesta que la ha recibido y que le ha quedado claro en los absolutos. El 60% de los padres refieren que sus hijos si realizan actividad física vigorosa al menos 3 veces a la semana. El 60% de los padres se sienten comprometidas por el bienestar de sus hijos. La orientación a las medidas preventivas y de estilo de vida fue prodigada 50% por el médico y 50% por la enfermera. El 100% conoce que la diabetes mellitus tipo 1 es una enfermedad para toda la vida, el 83.4% conocen que las complicaciones pueden ser evitadas con un buen tratamiento, el 100% refiere conocer la técnica de administración de la insulina. Luego de la charla educativa por método directo y demostrativo se obtuvo el 100% de comprensión del tema. <sup>(2)</sup>

**APONTE GARZON, Luz; HERNANDEZ PAES, Ruth,** realizaron un estudio titulado “Conocimiento de los profesionales de enfermería sobre Diabetes Mellitus Tipo II” Colombia - 2010, Con el propósito de identificar las necesidades de conocimiento en diabetes mellitus tipo 2 de los enfermeros del área clínica y comunitaria del municipio de Villavicencio (Meta) se desarrolló una investigación de diseño observacional, descriptivo transversal. Los enfermeros fueron seleccionados del área clínica y comunitaria de diferentes instituciones de salud por medio de muestreo por conveniencia (n=30) y se les aplicó un instrumento de valoración de conocimientos. La valoración de conocimientos reporta limitaciones importantes en los conocimientos sobre el tema de diabetes mellitus tipo 2. La relación entre nivel de conocimientos y tiempo de experiencia laboral fue examinada por medio de prueba de Fisher para cada una de las áreas clínica y comunitaria (p=0,46 y 0,60 respectivamente). Se desarrolló un componente cualitativo para conocer las características de la educación que los profesionales de

enfermería impartían a las personas con diabetes y las limitaciones percibidas por los profesionales en el cuidado, este componente se adelantó por medio de entrevistas semi-estructuradas (n=10) y se realizó análisis de contenido por medio de la identificación de segmentos con patrones específicos y codificación para identificación de categorías de análisis. Las categorías identificadas fueron la sobrecarga laboral, el desempeño de funciones no profesionales, la delegación de funciones de cuidado y educación a personal no profesional, la necesidad de educación continuada, los recursos insuficientes en los programas de promoción y prevención, y la necesidad de apoyo técnico y de trabajo interdisciplinario, entre otras. <sup>(3)</sup>

## **2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES**

**ROBINET SERRANO, Alissin Lisset**, Realizo un estudio titulado “Nivel de conocimiento y adherencia terapéutica en adultos con Diabetes Mellitus Tipo II, en el Hospital Luis Albrecht” Trujillo – 2015, el cual tuvo por objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la adherencia terapéutica de 150 pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital I Albrecht de Trujillo. El diseño empleado fue descriptivo correlacional de corte transversal. La recolección de datos se realizó mediante instrumentos validados que midieron el nivel de conocimiento y la adherencia terapéutica; obteniendo datos que fueron analizados y procesados para determinar frecuencias, asociaciones y correlación entre las variables estudiadas. Se encontró que el 53.3% de pacientes tuvieron nivel medio de conocimiento y el 46.7% nivel alto; asimismo el 83.3% de pacientes con diabetes mellitus obtuvieron un grado medio de adherencia terapéutica, 15.3% grado alto y solo 1.3% tuvieron grado

bajo. Se concluye que existe mayor adherencia terapéutica en el grupo con alto nivel de conocimiento que tuvo medio, no existiendo correlación significativa, existiendo diferencia significativa entre los grupos.<sup>(4)</sup>

**VALENCIA PORTUGUEZ., Flavia; ORE RODRIGUEZ, María; OBANDO ZEGARRA, Roxana,** Realizaron el estudio titulado “Conocimiento sobre autocuidado y su relación con las características sociodemográficas – morbilidad en pacientes con diabetes del Hospital Daniel Alcides Carrión” Lima - 2010. Objetivo. Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre autocuidado del paciente con Diabetes Mellitus y algunas sociodemográficas y de morbilidad Hospital Nacional Daniel en el Alcides Carrión características consultorio de endocrinología del Febrero-Abril 2010. Materiales y Métodos. Es de enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo, correlacional, diseño transversal, prospectivo. La muestra estuvo constituida por 150 pacientes con Diabetes Mellitus, elegidos por muestreo no probabilístico, que acudieron al consultorio externo de endocrinología durante los meses de Marzo - Abril del 2010. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. El cuestionario fue sometido al juicio de expertos para determinar la validez y para determinar la confiabilidad se realizó la prueba estadística del coeficiente de Alfa de Crombach 0.753. Resultado. El 53.3 % presento un nivel de conocimiento bajo tanto en la dimensión conocimiento sobre su enfermedad como en la dimensión conocimiento en la alimentación. Se halló relación significativa entre grado de instrucción y nivel de conocimiento <sup>(5)</sup>

**CABRERA MORÓN, Rommy; MOTTA-QUIJANDRÍA, Irma; RODRÍGUEZ ROBLADILLO, Cynthia; VELÁSQUEZ CARRANZA, Doris;** Realizaron el estudio titulado “Nivel de conocimiento sobre



autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chincha – EsSalud - 2009” Chincha - 2009. Objetivo: determinar el nivel de conocimientos sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas, en usuarios del Policlínico Chincha – EsSalud. Material y método: estudio descriptivo de corte transversal, incluyó a 243 usuarios que pertenecían al programa de diabetes mellitus. Se realizó en el mes de junio de 2009. La técnica usada fue una encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado de 24 preguntas, previa firma del consentimiento informado. Para determinar la validez y confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto utilizando la prueba de correlación Biserual puntual y Kuder Richardson respectivamente, luego de que el Comité de Ética aprobó el proyecto de investigación. Resultados: se encontró que del total de pacientes que asistían al programa de diabetes, el 54,7% presentó conocimiento medio, el 30,0 % conocimiento bajo y 15,3 % conocimiento alto; con respecto al autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas. Conclusiones: se evidenció que los pacientes del programa de diabetes presentaron un nivel de conocimiento medio sobre el autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas. <sup>(6)</sup>

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1 CONOCIMIENTO**

El conocimiento es el conjunto de ideas, conceptos, enunciados, que pueden ser claros, precisos, fundados, vago e inexacto; el cual puede ser clasificado en conocimiento vulgar, llamándose así a todas las representaciones que el común de los hombres se hace en su vida cotidiana por el simple hecho de existir, de relacionarse con el

mundo; y el conocimiento científico que es racional, analítico, sistemático y verificable a través de la experiencia. <sup>(7)</sup>

El conocer es un hecho primario, espontáneo e instintivo, y por ello no puede ser definido estrictamente. Se podría describir como un ponerse en contacto con el ser, con el mundo y con el yo; también podríamos decir que es un proceso en el que están vinculados estrechamente las operaciones y procedimientos mentales, subjetivos, con las operaciones y formas de actividad objetivas prácticas, aplicadas a los objetos. <sup>(8)</sup>

El conocimiento no se recibe pasivamente ni por medio de los sentidos o la comunicación, sino que es construido activamente por el sujeto cognoscente. La función de la cognición es adaptativa y sirve para organizar el mundo experiencial del sujeto pero no para descubrir una realidad ontológica objetiva.

Desde la perspectiva constructivista el conocimiento equivale a un mapa de senderos de acciones y pensamientos que, en el momento de la experiencia, se han convertido en viables. Lo que interesa es que encajen lo suficiente como para asegurar esta viabilidad. En ese sentido, el conocimiento equivale a una función de supervivencia y no a una descripción del mundo exterior. <sup>(9)</sup>

### **Elementos del Conocimiento Sujeto:**

#### **Sujeto:**

Sujeto del conocimiento es el individuo conocedor. En él se encuentran los estados del espíritu en el que se envuelven o entran la ignorancia, duda, opinión y certeza. Este se presenta como el

punto de que pende por decirlo así, la verdad del conocimiento humano. Su función consiste en aprehender el objeto, esta aprehensión se presenta como una salida del sujeto fuera de su propia esfera, una invasión en la esfera del objeto y una captura de las propiedades de éste. <sup>(10)</sup>

### Objeto:

Es aquello a lo que se dirige la conciencia, ya sea de una manera cognoscitiva, ya sea volitiva. Es lo que se percibe, imagina, concibe o piensa. Su función es ser aprehensible y aprehendido por el sujeto. Los objetos pueden ser reales o irreales; llamamos real todo lo que nos es dado en la experiencia externa o interna o se infiere algo de ella. Los objetos irreales se presentan, por el contrario, como meramente pensados. <sup>(11)</sup>

### Medio:

Generalmente hay ausencia de medios especiales, los instrumentos de trabajo son a la vez medios, del conocimiento de la realidad. <sup>(12)</sup>

Los medios del conocimiento son:

- La Experiencia interna: Consiste en darnos cuenta en damos cuenta lo que existe en nuestra interioridad. Esta experiencia constituye una certeza primaria: en nuestro interior ocurre realmente lo que experimentamos.
- La Experiencia externa: Es todo conocimiento o experiencia que obtenemos por nuestros sentidos.
- La Razón: Esta se sirve de los sentidos, elabora los datos recibidos por ellos los generaliza y los abstrae, transformando la experiencia

sensible y singular en conocimientos que valen en cualquier lugar y tiempo.

- La Autoridad: Muchísimos conocimientos que poseemos nos llegan a través de la comunicación de personas que saben mucho sobre el tema, estas personas tienen autoridad científica y lo que divulgan o enseñan merece toda nuestra adhesión.

#### Imagen:

Constituye el instrumento mediante el cual la conciencia cognoscente aprehende su objeto. También es la interpretación que le damos al conocimiento consecuente de la realidad. <sup>(13)</sup>.

### **Dimensiones de Conocimiento**

#### Cotidiano:

El conocimiento común cotidiano, también conocido como empírico espontáneo, se obtiene básicamente por la práctica que el hombre realiza diariamente, lo cual ha permitido a la humanidad acumular valiosas y variadas experiencias a lo largo de su historia. <sup>(14)</sup>

- Tiene lugar en las experiencias cotidianas.
- Es y ha sido respuesta a necesidades vitales.
- Ofrece resultados prácticos y útiles.
- Se transmite de generación en generación.

#### Técnico:

La experiencia hizo el conocimiento técnico. Se origina, cuando de muchas nociones experimentadas se obtiene una respuesta universal circunscrita a objetivos semejantes. <sup>(15)</sup>

### Empírico:

También llamado vulgar, es el conocimiento popular, obtenido por azar, luego de innúmeras tentativas. Es ametódico y asistemático. El conocimiento común o popular está basado fundamentalmente en la experiencia, puede ser verdadero, falso o probable. <sup>(16)</sup>

Sus características:

- Es asistemático porque carece de métodos y técnicas.
- Es superficial porque se forma con lo aparente.
- Es sensitivo porque es percibido por los sentidos.
- Es poco preciso porque es ingenuo e intuitivo.

### Científico:

Va más allá de lo empírico, por medio de él, trascendido el fenómeno, se conocen las causas y las leyes que lo rigen. <sup>(17)</sup>

Sus características:

- Es cierto porque sabe explicar los motivos de su certeza.
- Es general, la ciencia partiendo de lo individual, busca en él lo que tiene en común con los demás de la misma especie.
- Es metódico, sistemático su objetivo es encontrar y reproducir el encadenamiento de los hechos, lo alcanza por medio del conocimiento de las leyes y principios. Por eso la ciencia constituye un sistema.

### 2.2.2 DIABETES MELLITUS

Según la American Diabetes Association (ADA), en su informe emitido en 1997 definió a la diabetes mellitus (DM) como un síndrome clínico dentro del cual se engloban diferentes entidades nosológicas. Este nuevo concepto de enfermedad diabética fue ratificado por la Organización Mundial de la Salud en 1998. <sup>(18)</sup> También la American Diabetes Association la define como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia, resultante de la alteración de la secreción de insulina, la acción de la insulina, o ambas. <sup>(19)</sup>

Así mismo Manuel Hurtado de Mendoza (1840) ofrece en su diccionario:

Se designa con este nombre una enfermedad caracterizada por un aumento considerable y alteración manifiesta en la secreción de orina, acompañada de sed viva y enflaquecimiento progresivo.

De acuerdo con Luis Martín Abreu describe la diabetes como una entidad clínica ocasionada por un defecto en la acción de la insulina en la cual existe frecuentemente glicosuria e hiperglucemia; como trastorno en el metabolismo de los hidratos de carbono, de las proteínas y de las grasas; es una enfermedad hereditaria con carácter recesivo. Bioquímicamente, según Michael C. Sheppard y Jayne A. Franklyn, la diabetes es una enfermedad que consiste de una carencia de insulina, que actúa sobre los tejidos, brindando como resultado anormalidades de los hidratos de carbono, proteínas y grasas del metabolismo. Se caracteriza por una elevada concentración de glucosa en sangre. Esto resulta en los síntomas clásicos de sed, poliuria e hiperglucemia. Existen cambios bioquímicos de gran importancia, tales como la pérdida de peso, acetonuria, y acidosis.

Finalmente se puede deducir que la diabetes es una enfermedad crónica la cual es producida por el déficit o mal funcionamiento de la producción de la insulina la cual es producida por el páncreas.

## **A. TIPOS DE DIABETES**

### **a. DIABETES TIPO 1:**

Según la OMS la define como la producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. <sup>(20)</sup>

Además de ello se puede referir que la diabetes mellitus tipo 1 se debe a la destrucción de las células  $\beta$  del páncreas ocasionando un déficit total de la insulina. Representa entre el 5 – 10% de los casos. Entre sus principales manifestaciones clínicas suelen ocurrir alrededor de la pubertad, cuando la función se ha perdido en alto grado y la insulino terapia es necesaria para que el paciente sobreviva.

### **b. DIABETES TIPO 2:**

Representa el 90 a 95 % de las personas con DM. Se caracteriza por la presencia de resistencia a la acción periférica de la insulina, secreción defectuosa de la insulina o ambas. En el momento del diagnóstico puede existir una combinación de ambas alteraciones.

Mientras el páncreas mantiene una secreción de insulina suficiente para vencer la resistencia de la insulina, el diabético tipo2 se mantiene en situación funcional en la cual no es insulino dependiente debido a que el páncreas se retracta a la secreción de la insulina para controlar la glucemia, convirtiéndose en un diabético insulino dependiente.

Aunque el diagnóstico se realiza normalmente en la edad adulta (más de 40 años), cada vez la edad para diagnosticarla es mucho menor dándose casos en la adolescencia y más ocasionalmente en niños con obesidad abdominal importante y/o gran resistencia a la insulina. En conclusión, podemos decir que la diabetes tipo 1 y 2 se relacionan en cuanto a la presencia de una baja calidad de la insulina o su ausencia en el individuo para que se originen tales circunstancias.

**c. DIABETES GESTACIONAL:** Es la alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo, esta traduce una insuficiente adaptación a la insulina resistencia que se produce en la gestante.

Es la complicación más frecuente del embarazo y su frecuencia es variable según los distintos estudios, poblaciones y criterios diagnósticos utilizados. Su importancia radica en que aumenta el riesgo de diversas complicaciones obstétricas como ser el sufrimiento fetal, entre otros.

A diferencia de los otros tipos de diabetes, no es causada por la carencia de la insulina, sino por los efectos bloqueadores de las otras hormonales en la insulina producida, una condición denominada resistencia a la insulina, que se origina generalmente a partir de las 20 semanas de gestación. Con ello podemos concluir que la diabetes gestacional predomina en aquellas mujeres que tiene diabetes mellitus como antecedente genético o pueden desarrollarlo durante el embarazo.

## **B. SIGNOS Y SINTOMAS**

- Poliuria (aumento de la frecuencia urinaria y de la cantidad)
- Polidipsia (sed exagerada)
- Polifagia (exceso de apetito)



- Infecciones recurrentes (cutáneas, urinarias, etc.)
- Pérdida de peso o aumento de peso
- Prurito
- Sequedad de la boca
- Alteración visual
- Fatiga.

Además de los síntomas anteriores, la diabetes puede manifestar otros síntomas como: <sup>(21)</sup>

- Sensación de cansancio importante, que no se puede explicar por otras razones.
- Pérdida de peso inexplicada: Síntoma frecuente cuando aparece la diabetes tipo 1 por primera vez, o cuando se descompensa una persona con diabetes previamente controlada.
- Infecciones repetidas en algunas zonas del organismo (por ejemplo, infecciones vaginales repetidas en las mujeres).
- Mala cicatrización de las heridas.
- Pérdida de conocimiento o coma diabético, es una forma de aparición por primera vez de la diabetes tipo 1 y que implica un ingreso hospitalario.
- Hormigueos y calambres en pies.
- Visión borrosa.

Con todo lo expresado podemos concluir que los síntomas que más predominan para la detección de la diabetes mellitus son la poliuria, polidipsia y la polifagia.

## C. COMPLICACIONES DE LA DIABETES <sup>(22)</sup>

### a. Complicaciones agudas:

- **Hipoglucemia:** Es la reducción en el nivel de glucosa sanguínea capaz de inducir confusión, irritabilidad, alucinaciones, y, en casos graves, coma y muerte. Además de sudoración, palpitaciones, temblor y ansiedad.
- **Cetoacidosis diabética:** Se presenta cuando el cuerpo no puede usar a la glucosa como fuente de energía, debido a la ausencia parcial o total de la insulina por ende utilizara como principal fuente de energía a las grasas las cuales ocasionan como subproducto llamados cetonas.

Esta se origina por infecciones, estrés emocional, traumatismos, tratamiento de corticoides, enfermedades graves y descompensación de la DM por tratamiento inadecuado de fármacos, dieta y ejercicio.

Además de ello se caracteriza por hiperglicemia, deshidratación, desequilibrio electrolítico y acidosis metabólica. Pero tiene como principales manifestaciones clínicas a la deshidratación, la hiperventilación y la halitosis cetónica.

Con ello se llega a la conclusión de que la cetoacidosis diabética es una complicación que genera acumulación de depósitos de grasas las cuales son originadas por el estrés emocional, por un tratamiento inadecuado de fármacos, una dieta ineficaz y falta de ejercicio.

## **b. Complicaciones crónicas:**

- **Nefropatía:** Es un síndrome que se caracteriza por la presencia de microalbuminuria, caída persistente de la filtración glomerular y elevación de la presión arterial.

Además de ello, se puede referir que, cuando se tiene la diabetes mellitus los riñones no funcionarían correctamente puesto que estos son los responsables de ayudar a mantener un adecuado nivel de agua y también a la eliminación de toxinas a través del proceso de filtración.

Otros cambios significativos de la nefropatía diabética son la arterioesclerosis y la piel nefritis.

Con todo esto podemos concluir que la nefropatía diabetes es una de las complicaciones de la diabetes mellitus, pero a su vez es la que origina la mayor tasa de mortalidad y morbilidad por esta enfermedad.

- **Retinopatía:** Son las lesiones producidas por el depósito de glucosa unido a proteínas en la membrana basal de los capilares de la retina.

Esta se origina con el engrosamiento de la membrana basal más adelante evoluciona hacia una dilatación de los capilares que recibe el nombre de microaneurismas. Si no se controla bien ocasionará el aumento de las membranas basales en grosor y con ello permite el paso de sustancias que existen en la sangre como proteínas o grasas se desparararían por la retina, dando lugar a los llamados exudados duros, pero si sigue su proceso de evolución generará hemorragias en la retina y terminará con la obstrucción de los capilares.

Las principales causas que lo origina son:

- Duración de la Enfermedad
- Mal control metabólico (Hiperglicemia)
- Hipertensión Arterial
- Hiperlipidemia considerando niveles de colesterol y triglicéridos.
- Desconocimiento de la enfermedad.
- Otras causas son la micro albuminuria, anemia, tabaquismo o embarazo.

Con ello se puede referir de que la retinopatía diabética es una complicación de la diabetes es originado por la acumulación de glucosa en la membrana de la retina originando vasos sanguíneos débiles los cuales pueden producir hemorragia en ella.

- **Neuropatía:** Es una alteración que afecta a los nervios que se encuentra distribuidos por el cuerpo humano y están conectados hacia la medula espinal con los músculos, piel, vasos sanguíneos y el resto de los órganos, por lo que puede afectar a cualquier parte del cuerpo.

Estos nervios afectados pueden enviar mensajes equivocados al cerebro.

Tiene como principales causas son:

- **Causas metabólicas:** Como resultado de una elevada concentración de glucosa en sangre, niveles inadecuados de insulina y grasas, acumulación de sustancias tóxicas para los nervios.
- **Causas ambientales:** Uso del alcohol y del tabaco.

Con todo esto podemos referir que la neuropatía diabética se caracteriza por alteraciones a nivel del sistema nervioso originando mensajes equivocados.

- **Complicaciones cardiovasculares:** Entre las complicaciones más características de la diabetes son:

- **Enfermedad coronaria:** Ocurre cuando las arterias que suministran la sangre al músculo cardíaco se endurecen y se estrechan hecho que es ocasionado por la acumulación de colesterol y otros en la capa interna de las paredes de la arteria. Esta acumulación se llama arterioesclerosis. A medida que esta avanza, fluye menos sangre a través de las arterias causando que el músculo cardíaco no reciba la sangre o el oxígeno que necesita conduciendo al dolor en el pecho (angina) o a un infarto debido a que un coágulo interrumpe el suministro de sangre al corazón, causando un daño cardíaco permanente lo cual puede debilitar al músculo cardíaco y contribuir a la presencia de insuficiencia cardiaca y arritmias.

La diabetes es el único factor de riesgo importante que aumenta el riesgo para la enfermedad coronaria. Otros factores que incluyen son: Fumar, colesterol elevado, bajo LDH, sobrepeso, presión arterial aumentada, edad, ser hombre y tener antecedentes familiares de enfermedad coronaria.

Concluimos que la insuficiencia cardiaca se caracteriza por el endurecimiento de las arterias coronarias lo cual origina falta de oxígeno o sangre a esta zona manifestado por dolor en el pecho en el individuo.

- **Insuficiencia cardíaca:** Es la situación en la cual el corazón no puede bombear la cantidad de sangre que el cuerpo necesita. Puede afectar uno o ambos lados del corazón.

El debilitamiento de la capacidad de bombeo del corazón ocasiona:

- ❖ Acumulación de sangre y líquidos en los pulmones
- ❖ Acumulación de líquido en los pies, los tobillos y las piernas llamada edema
- ❖ Cansancio y falta de aire

Las causas más comunes de insuficiencia cardíaca son la enfermedad arterial coronaria, presión arterial alta y diabetes.

Los doctores diagnostican un fallo cardíaco haciendo un examen físico y del corazón. El tratamiento incluye tratar la causa subyacente de la insuficiencia cardíaca, medicinas y trasplante del corazón si los demás tratamientos fallan.

Finalmente se concluye que la insuficiencia cardíaca es parte de las complicaciones cardiovasculares que se caracteriza por el bombeo inadecuado del corazón.

- **Cardiomiopatía:** Es el nombre que se usa para llamar a las enfermedades del músculo cardíaco. Estas enfermedades aumentan el tamaño del corazón o lo hacen más grueso y rígido que lo normal. En raros casos, el tejido cicatrizante reemplaza el tejido muscular.

Algunas personas con cardiomiopatía tienen vidas largas y sanas, pero algunas de ellas no se dan cuenta de que la tienen.

Los infartos, la hipertensión arterial, algunas infecciones y otras enfermedades también pueden causar cardiomiopatía. Algunos tipos de cardiomiopatía son hereditarios. A pesar de eso, en muchas personas se desconoce la causa. El tratamiento puede incluir medicinas, cirugía, otros procedimientos médicos y cambios en el estilo de vida.

En conclusión, la cardiomiopatía se caracteriza por el aumento del tamaño del corazón lo cual origina complicaciones serias, pero además puede ser originado por múltiples factores

**D. FACTORES DE RIESGO:** Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir de enfermedad o lesión. <sup>(23)</sup>

**a. FACTORES NO MODIFICABLES:** Son todas aquellas características que las personas no pueden alterar nunca por más que se esfuercen. Entre estos factores tenemos a los antecedentes familiares de diabetes, la edad y la raza.

**b. FACTORES MODIFICABLES:** Son todos aquellos factores que se pueden modificar y a su vez contribuyen a disminuir el riesgo de desarrollar la diabetes y otras enfermedades adicionales, como las cardiovasculares. Entre estos factores cabe mencionar al sobrepeso, la obesidad y el sedentarismo.

**E. MEDIDAS PREVENIBLES:** <sup>(24)</sup>

**a. Alimentación saludable:** Según la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (**GREP-AEDN**) define a la alimentación saludable como aquella que permite alcanzar y mantener un funcionamiento óptimo del

organismo, conservar o restablecer la salud, disminuir el riesgo de padecer enfermedades, asegurar la reproducción, la gestación y la lactancia, y que promueve un crecimiento y desarrollo óptimos. Debe ser satisfactoria, suficiente, completa, equilibrada, armónica, segura, adaptada, sostenible y asequible.

**b. EJERCICIO FISICO:** El ejercicio físico practicado con regularidad es un elemento esencial para el mantenimiento de unas condiciones óptimas de la salud sin restricción de edad, sexo o características étnicas.

Numerosos estudios han demostrado que el ejercicio físico practicado con regularidad ejerce un efecto preventivo en diversas enfermedades y es hoy una herramienta terapéutica para el tratamiento de las afecciones más prevalentes en los países desarrollados, como la diabetes mellitus tipo 2, el síndrome metabólico o las afecciones cardiovasculares.

Durante muchos siglos, el ejercicio ha estado desterrado por la sociedad en general y por la medicina en particular. Quien tenía salud era quien vivía bien sin esforzarse mucho. En la actualidad su importancia ha dado un giro en los países desarrollados y se considera todo lo contrario. Una justificación de esta paradoja y de la razón de las ventajas de las actividades físicas la proporciona la moderna “medicina darwiniana o evolutivo.”

Finalmente podemos referir que el ejercicio es un elemento vital para la prevención de la diabetes mellitus.



### **a. Definición:**

Para definir el concepto de ejercicio físico debemos de entender primero a, la actividad física. De acuerdo con el Colegio Americano de Medicina del Deporte la actividad física es cualquier conducta que consista en movimientos corporales producidos por la contracción de los músculos esqueléticos y que produzcan aumentos sustanciales en el gasto de energía del cuerpo.

Pero según a la organización mundial de la salud no se puede confundir indicar que la "actividad física" con el "ejercicio" ya que este último es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas.

Con ello se puede concluir que el ejercicio físico es cualquier tipo de actividad física de carácter recreativo que favorece a la salud del individuo o grupos de individuos que lo practiquen.

### **b. Tipos de ejercicios**

Existen dos tipos fundamentales de ejercicio física

- **El ejercicio aeróbico o el ejercicio cardiovascular:** Ejercicio mejora el consumo de oxígeno por el organismo. En este tipo de ejercicio el oxígeno es empleado para el metabolismo del cuerpo.

Además de ello, emplean una intensidad moderada durante amplios periodos de tiempo la cual varia el ritmo cardiaco entre un 50 % al 80 %.

Las principales ventajas de realizar del regularmente ejercicio aeróbico son:

- El músculo del corazón se refuerza y se hace más grande, mejorando su eficacia de bombeo y reduciendo el ritmo cardiaco en reposo.
- Aumenta el número de glóbulos rojos en el cuerpo, para facilitar el transporte de oxígeno.
- Mejora la respiración
- Estimula el crecimiento de pequeños vasos sanguíneos en el músculo ayudando a que el cuerpo sea más eficiente a la hora de entregar el oxígeno al músculo, mejorar la circulación general y a reducir la tensión arterial y en eliminar residuos metabólicos del músculo como el ácido láctico.
- Pérdida de peso
- Menor número de enfermedades debido a que con el empleo del ejercicio aeróbico se reduce el peso corporal y así mismo la aparición de problemas cardíacos, hipertensión, diabetes y algunos tipos de cáncer. Además, el ejercicio aeróbico en el que se ejercitan los músculos, como caminar, puede reducir el riesgo de osteoporosis y sus complicaciones.
- Ayude a activar el sistema inmunológico.
- Mejora la salud mental: El ejercicio aeróbico realizado regularmente libera endorfinas, los analgésicos naturales de nuestro cuerpo. Las endorfinas también reducen el estrés, la depresión y la ansiedad.

- Aumenta la resistencia: El ejercicio puede hacernos sentir cansados a corto plazo, por ejemplo, durante y justo después de realizar el ejercicio, pero a largo plazo aumenta la resistencia y reduce la fatiga.
- **Ejercicio anaeróbico:** Mejora la potencia y aumenta la masa muscular. Los músculos entrenados con ejercicios anaeróbicos se desarrollan de manera diferente, funcionan mejor en los ejercicios de corta duración y de alta intensidad, que duran hasta aproximadamente 2 minutos.

La forma más común de realizarlos es el ejercicio en el que se ejerce fuerza la cual consiste en utilizar la resistencia a la contracción muscular para obtener la fuerza, la resistencia anaeróbica y el tamaño de los músculos. Hay muchos métodos diferentes de entrenamiento de fuerza, siendo los más comunes el ejercicio de resistencia y el ejercicio con peso.

Si se realiza correctamente, el entrenamiento de fuerza puede proporcionar ventajas significativas y mejorar la salud y el bienestar aumentando la fuerza, la dureza y la resistencia del hueso, del músculo, de los tendones y de los ligamentos. Pero también mejoran el funcionamiento de las articulaciones, reduce la probabilidad de que se produzcan heridas como resultado de músculos débiles, mejora la función cardíaca y eleva el HDL colesterol (el bueno).

En conclusión, podemos referir que el tipo de ejercicio más adecuado para prevenir y tratar a la diabetes y del resto de las enfermedades metabólicas relacionadas con el síndrome metabólico, es la práctica de ejercicio aeróbico.

### **c. Beneficios del ejercicio físico**

Los sistemas beneficiados por el ejercicio físico son el sistema cardiovascular y el aparato respiratorio los cuales son los encargados de llevar al musculo el oxígeno, los sustratos energéticos necesarios y ayudar a eliminar los productos de desecho. El ejercicio físico produce una adaptación beneficiosa en la anatomía como en la función del corazón, de las arterias y de los pulmones. Puesto que aumenta la capacidad de las arterias para conducir la sangre, mejora la presión arterial y previene la enfermedad vascular coronaria o periférica; actuando también en la elasticidad y la contractilidad cardiacas y por eso se emplea en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca.

En el aparato respiratorio, el ejercicio físico favorece en la fortaleza de los músculos respiratorios permitiendo aumentar el volumen pulmonar reclutable, es decir que hace trabajar a secciones de los pulmones que no están trabajando adecuadamente. Ya que el ejercicio físico requiere un gasto energético, uno de los efectos beneficiosos del ejercicio físico se ejerce sobre el metabolismo de las grasas y de la glucosa. Es de destacar que la práctica habitual de ejercicio físico es la única medida no farmacológica capaz de elevar los niveles de colesterol.

Además de estos principales beneficios que ofrece se pueden mencionar los siguientes:

- ❖ Ayuda a reducir los triglicéridos
- ❖ Favorecen a elevar los niveles de colesterol HDL, el colesterol «bueno».
- ❖ Favorece a un mayor depósito de calcio en los huesos del cuerpo
- ❖ Mejora la capacidad para aprovechar la energía

Con todo ello podemos concluir que el ejercicio origina múltiples beneficios en la salud principalmente en el sistema circulatorio y respiratorio.

### **2.2.3 FACTORES SOCIOCULTURALES Y AUTOCUIDADO DEL PACIENTE**

Norabuena <sup>(25)</sup>, define factores como “todas situaciones o circunstancias que de algún modo modifican o influyen en el cumplimiento del autocuidado de los pacientes diabéticos” Entre ellos tenemos: Los Factores Sociales, Kozier <sup>(26)</sup>, afirma que están relacionados directamente con la salud, morbilidad y mortalidad. Son variables que influyen sobre el estado de salud de la persona y sobre sus creencias y conductas o prácticas saludables.

Encontramos aquí la ocupación, el ingreso económico, estado civil, y apoyo familiar. En relación a la ocupación, es el tipo de actividad laboral que ejecuta la persona. Buchweitz menciona a Kleinman quien hace referencia que las personas en el sector profesional realizan para su salud autotratamiento o automedicación, reciben consejos o tratamientos de recomendados, consultan con otros grupos que tienen una experiencia específica; este tratamiento incluye tratamiento farmacológico. En este sector la mayor parte de situaciones de salud es identificada y tratada.

Mientras que las personas no profesionales recurren a curanderos populares y/o medicina alternativa. Dentro de este grupo se encuentran: obreros, independientes, empleados, amas de casa. Por

lo que el trabajo puede favorecer o limitar el cumplimiento del autocuidado.

Respecto al ingreso económico, Alarcón <sup>(27)</sup> menciona, que es el dinero que recibe la familia de un trabajo con el fin de satisfacer necesidades y problemas, además está relacionado con la ocupación de las personas. Los ingresos se pueden clasificar en más y menos del sueldo mínimo vital. Es posible que las personas con bajos ingresos económicos no puedan realizar sus exámenes médicos, alimentarse adecuadamente y realizar actividades que mejoren su calidad de vida, ya que no pueden costearlos.

Según Kozier <sup>(28)</sup> “la higiene, los hábitos alimentarios y la propensión a buscar asesoramiento sanitario y seguir los regímenes terapéuticos, varía entre los grupos con ingresos altos y aquellos con bajos ingresos”. Proasa afirma que del ingreso económico dependerá el nivel y forma de vida (psíquica, biológica, etc.) porque el individuo, familia y comunidad tienen necesidades cuya satisfacción está en base al esfuerzo económico, tal es así que un ingreso económico bajo, no permitirá que se asigne algo para la recreación, y limitará la cantidad de bienes y servicios que pueda adquirir para satisfacer necesidades de alimentación, protección de la salud para hacer frente a las diferentes enfermedades. Estado civil, Rosette menciona que tiene mucha relación con las actividades que pueda realizar una persona, ya que una persona soltera tiene mayor disponibilidad de tiempo que una persona casada.

Mientras que una persona casada tiene una serie de responsabilidades en su hogar. Se puede clasificar en soltera, casada, viuda, divorciada y conviviente. Apoyo familiar, la familia es

muy importante en la sociedad. Para Colliere, “la familia es un elemento participante del cuidado en el hogar y son la mayor fuente de apoyo para el paciente por lo que es necesario conocer de quien recibe el apoyo social y psicológico para su tratamiento y así poder reforzar las relaciones familiares”; la familia es un recurso de apoyo para la persona diabética, en diferentes etapas de su desarrollo. Su adecuada participación favorece la salud y calidad de vida del paciente. En la etapa adulta se ha observado que los cambios en el estado de ánimo e irritabilidad que se relaciona con la hipoglucemia, afecta a los otros miembros de la familia y su relación con el paciente diabético.

Las necesidades de autocuidado de los padres que padecen diabetes, pueden contraponerse o entrar en conflicto con los planes o deseos del resto de la familia.

Glasgow encontró que la ausencia de interacciones negativas es más importante que la presencia de interacciones positivas. En forma general, la familia orientada hacia determinados objetivos, sin rigidez ni estricto control, bajos niveles de conflicto, crítica y tensión, se relaciona con un mejor control metabólico en el individuo enfermo.

Las interacciones culturales influyen también en cómo percibe, experimenta y afronta la persona su salud y enfermedad; cada cultura tiene sus ideas acerca de la salud y a menudo son transmitidas de padres a hijos.

**Factores Culturales**, están constituidos por la cultura, la que es entendida por Leininger, como el conjunto de creencias,

conocimientos y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos dentro de un grupo determinado, que orientan sus razonamientos, decisiones y acciones según modos de acción predeterminados. Alarcón menciona que el Conocimiento está ligado a la práctica del autocuidado, por lo que este influye en el cumplimiento del autocuidado; las personas van actuar y a cuidarse de acuerdo a sus conocimientos. <sup>(29)</sup>

Existen varios tipos de conocimientos: Conocimiento Empírico, que se adquiere directamente en la práctica social; es transmitido de generación en generación e involucran aspectos referentes a la organización social, usos, costumbres, creencias y técnicas de trabajo. También tenemos el Conocimiento Científico, que surge como una consecuencia directa del conocimiento ordinario y el razonamiento especulativo, tiene una relación directa con las necesidades e inquietudes primordiales del hombre.

Grado de Instrucción, es el nivel educacional que una persona tiene; como primaria, secundaria y superior. Según Dugas “Las personas con un nivel de educación superior conocen más sobre su enfermedad y tienden a pedir ayuda cuando la necesitan, mientras que una persona con educación primaria conoce poco o no conoce de su enfermedad”.

Whittaker considera que la instrucción o escolaridad en el individuo, interviene como medio de desarrollo en el potencial intelectual, así como en la formación de su personalidad, puesto que cada vez que escala diferentes niveles de escolaridad hasta llegar al nivel superior, le permitirá entender y aceptar el mayor grado de



educación sanitaria y cumplir con más responsabilidad las medidas pertinentes para el cuidado de su salud.

Asimismo las Creencias, son una forma de conocimiento integrado, interiorizado a partir de las costumbres. Todos nosotros, modelados por el modo de vida de la madre durante la gestación, “adquirimos en la cuna todo un patrimonio de costumbres que van a impregnar y establecer la base de la personalidad”, es decir la forma de reaccionar ante el mundo exterior. Las costumbres representan en sí mismas y desde el principio de la humanidad todo un conjunto de formas de hacer que crean formas de ser enfocadas a asegurar la continuidad de la vida. Basadas en su origen, en tanteos, ensayos y errores se elaboran respecto de lo que se considera bueno o malo para que siga y continúe la vida del grupo en un medio de vida determinado, influidas por el espacio geográfico, el clima y los recursos.

A medida que se repiten y se asientan las costumbres, da lugar a la adhesión del grupo que cree que tal o cual forma de hacer es buena y por lo tanto deseable, o mala y por consiguiente no deseable. Son de hecho la base de los hábitos de pensamiento que se transformaran en creencias. Cualquier creencia es un hábito, costumbre a la que se adhiere un grupo y, a través de él, las personas que lo integran.

Todas las creencias se basan en los conceptos de bien y de mal, a partir de la interpretación simbólica de una forma de hacer las cosas que da lugar a una forma de ser en un universo determinado. Son el origen de todas las religiones, es decir de todo lo que relaciona al hombre con el universo que lo rodea, conciliándole con las fuerzas

de vida y de muerte presentes y respetos a las cuales se debe situar. Todo lo que no es considerado como bueno, es decir, saludable para la vida del grupo, está prohibido para proteger al grupo de todo o que le puede perjudicar y, por lo tanto, causar la muerte.

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

Estas prácticas son la base de la elaboración de todos los comportamientos y aptitudes, las otras costumbres y creencias se incorporan a este núcleo cultural de base, añadiéndose como una superestructura. Para Kleinman y colaboradores, conocer acerca de que creencias tiene los pacientes respecto a su enfermedad, tal como cuál cree que la causa o cuando se inició y cuáles son las prácticas que realiza, ayuda a que el personal de salud refuerce las creencias prácticas de salud positivas y a disminuir las negativas. Los valores están vinculados a las costumbres y las creencias, siendo el valor el grado importancia y estimación social que se

atribuye a tal o cual creencia, lo que hace que el grupo necesite protegerla y defenderla para así mantenerla. Los valores se basan en el reconocimiento de las costumbres que los distintos grupos consideran que hay que mantener en un medio dado.

#### **2.2.4 CAPACIDAD DEL AUTOCUIDADO**

Se conceptualiza como poseedora de un grupo de habilidades humanas para la acción deliberada: habilidad de atender situaciones específicas, comprender sus características y significado; percibir la necesidad de cambiar o regular comportamientos; adquirir conocimiento sobre los cursos de acción o regulación adecuados; decidir qué hacer, y la destreza de actuar para lograr el cambio o la regulación. <sup>(30)</sup>

Pero además de ello podemos incluir la definición de autocuidado la cual según la organización mundial de la salud (OMS) la define como todo aquello que las personas hacen por sí mismas con el propósito de restablecer y preservar la salud o prevenir y tratar las enfermedades. Por ende, este término abarca:

- La higiene (general y personal)
- La nutrición (tipo y calidad de la comida)
- El estilo de vida (actividades deportivas, tiempo libre, etc.)
- Los factores ambientales (condiciones de vida, costumbres sociales, etc.)
- Los factores socioeconómicos (nivel de ingreso, creencias culturales, etc.)
- Automedicación.

## **A. ALIMENTACION**

### **a. Objetivos principales:**

- Ayudar a controlar los niveles de azúcar en la sangre, evitando bajas y subidas drásticas o súbitas.
- Ayudar a controlar la cantidad y el tipo de grasa presente en la sangre, de modo que se eviten los problemas cardiovasculares tan comunes en las personas diabéticas.
- Proveer una alimentación óptima, que propenda a un mayor bienestar y una mejor salud.

### **b. Alimentos que se deben de evitar en exceso:**

Según la Asociación Americana de Diabetes recomienda que seguir la pirámide alimenticia del diabético la cual divide la comida en seis grupos. El primero es el más grande y está compuesto por panes y granos, el segundo está formado por vegetales, el tercero por frutas, el cuarto por proteínas y grasas, el quinto por leche y el sexto por aceites y dulces. Este grupo está restringido y por eso ocupa el último lugar en la lista.

A su vez Enrique Jacoby, ex viceministro de salud y uno de los principales propulsores de una iniciativa que restringe la comida chatarra, señaló a [elcomercio.pe](http://elcomercio.pe) que una persona debe considerar todos los alimentos para cubrir sus necesidades de energía, proteínas, vitaminas y minerales. Pese a eso, recalcó que “se debe controlar la cantidad, calidad, distribución y dosificación de los carbohidratos y las grasas”.

Por su parte, Fabiola Jiménez, de la Red Peruana de Alimentación y Nutrición, recomendó evitar los alimentos que tienen mucha azúcar: gaseosas, jugos de caja, yogur, frutas enlatadas, leche chocolatada, postres, etc. Muchos de estos se ven con demasiada frecuencia en las loncheras.

Para ello hay que tomar en cuenta lo siguiente:

- **Elegir alimentos saludables: Se debe** intentar comer alimentos que contengan un bajo contenido de grasas, pero con un alto contenido de otros nutrientes, como cereales y panes integrales, frutas, verduras, productos lácteos y proteínas magras (con poca grasa). Estos son alimentos que proveerán los nutrientes necesarios para crecer, pero también nos ayudarán a mantener un peso normal y saludable para prevenir la diabetes.
- **Restringe el consumo de comidas rápidas y refrescos con azúcar:** Ingerir gran cantidad de comidas rápidas, las cuales poseen abundantes cantidades de calorías, y bebidas con alto contenido de azúcar, como jugos, refrescos o té helado contribuye al aumento de peso ya que este es un factor de riesgo para conllevar a la Diabetes Mellitus.

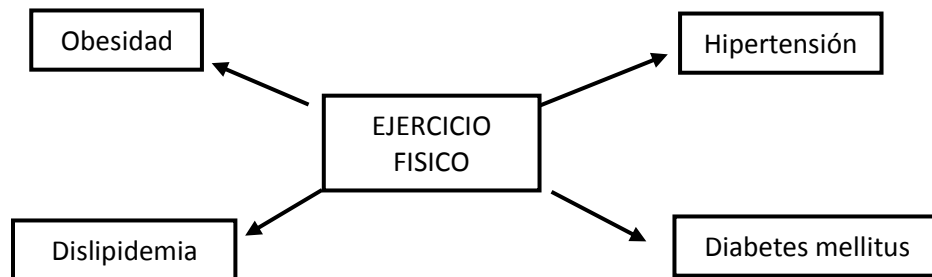
Con todo ello podemos concluir que los alimentos a disminuir su consumo se encuentran las comidas rápidas, el azúcar, pero a su vez debemos tener una alimentación equilibrada y saludable para mejorar nuestra calidad de vida

**B. EJERCICIO FISICO:** Existen evidencias de que el ejercicio físico ejerce unos importantes beneficios sobre la salud y de que los hábitos de vida sedentaria están asociados con un incremento de numerosas

enfermedades crónicas y una disminución de la longevidad. Además, existen datos acerca de que el ejercicio físico reduce el riesgo de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2, osteoporosis, obesidad, depresión, cáncer de mama, de colon y de páncreas.

Adicionalmente existen evidencias claras acerca del beneficio que la práctica de ejercicio físico tiene sobre diversos factores de riesgo cardiovascular. De esta manera, el ejercicio físico contribuye de una forma global a la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular y en particular a la disminución en la incidencia de cada uno de esos factores de riesgo sobre los que actúa.

A todo ello se suman los indudables beneficios psicológicos que la práctica del ejercicio físico implica y que puede contribuir a mejorar el cumplimiento terapéutico en determinadas patologías crónicas como la diabetes, lo que contribuye globalmente a una mejora en la calidad de vida de estos pacientes. Finalmente, no hay que olvidar los beneficios económicos que en concepto de gasto sanitario esto puede suponer.



## A. PILARES DE LA PRÁCTICA DEL EJERCICIO

**Tipo de actividad.** Las más aconsejables son las dinámicas, con la participación de grandes grupos musculares, y aeróbicas, es decir, sin

déficit de oxígeno (se puede mantener una charla mientras se realizan, como correr despacio, caminar, nadar, bicicleta, etc.).

**Intensidad de ejercicio:** debe ser individualizada para cada persona y ha de ser suficiente para proporcionar una mejora, pero sin cansar demasiado (50-60% del consumo máximo de oxígeno).

**Duración del ejercicio,** de 30 y 60 minutos, continua o intermitente.

**La frecuencia** debe ser de 3 a 5 días por semana.

**B. «Hay un ejercicio físico correcto y aconsejado para cada uno»**

Cualquier tipo de actividad física ha de estar relacionada con la edad, el sexo, la fisiología y los antecedentes patológicos. A los pacientes afectados de hipertensión arterial, cardiopatías, diabetes, estrés u osteoporosis, se debe prescribir actividad física regular y pautarla como agente terapéutico.

**C. HIGIENE:** La higiene personal es parte importante de la estrategia de autocuidado y manejo de la diabetes. Los dientes, la piel y los pies necesitan una atención diaria especial.

El cuidado de ellos en la forma correcta, con el control y ayuda del equipo de atención médica, es un factor clave para evitar las complicaciones.

**D. CONTROL MEDICO:** La consulta, en esta etapa de importantes cambios, puede ser un espacio de creciente confianza y seguridad tanto para los adolescentes como para sus padres.

Habitualmente la adolescencia comienza entre los 10 y los 12 años y dura hasta los 20 ó 22. Durante los primeros años, las consultas se programan

cada seis meses y a partir de la adolescencia media (entre los 13 y 14 años) se realiza un control anual que, por lo general, coincide con el pedido del apto físico para el colegio.

### **2.2.5 ROL DEL PACIENTE EN EL AUTOCUIDADO**

La prevención de las lesiones del pie en las personas con diabetes con factores de riesgo es fundamental para reducir su incidencia. La prevención primaria son las medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los agentes causales y factores de riesgo. <sup>(31)</sup>

Algunos estudios han evaluado los factores psicosociales y demuestran que la conducta de los pacientes no se ve influida por su clasificación en un grupo de riesgo, sino por la propia percepción del riesgo por parte del paciente. Por tanto si el paciente cree que una úlcera del pie puede terminar en amputación es más probable que siga las indicaciones de cómo reducir el riesgo.

La única medida que se ha mostrado eficaz en la prevención del pie diabético, es la educación permanente sobre higiene y revisión diaria de los pies, corte adecuado de las uñas, uso de zapatos adecuados, restricción de caminar descalzo, ejercicio físico para mejorar la circulación de los pies, importancia del control periódico de la glicemia, y factores de riesgo no modificables como son la edad avanzada y tiempo de la enfermedad.

El cuidado de los pies es muy importante para todas las personas con diabetes Mellitus tipo 2. Para eso es necesario:



- Examinar los pies todos los días: Para ver si hay presencia de cortes, llagas, manchas rojas, hinchazón o infección en las uñas. Pueden existir problemas en los pies sin sentir dolor.
- Mantener la higiene de los pies: El aseo debe efectuarse diariamente con agua tibia utilizando un jabón suave y enjuagándolo muy bien luego de cada lavado, no se debe remojar los pies debido a que la piel se reblandece facilitando que se produzcan grietas o pequeñas heridas entre los dedos y en las zonas con durezas.
- Mantener la piel suave y tersa, prevención de callos: Cuando aparecen callos, se tiene que evitar que se ulceren y posteriormente se infecten, por lo que es indispensable conocer la causa para tratarla, generalmente se debe a la presión o roce constante del calzado inadecuado o al modo incorrecto de caminar, para tratar los callos se debe usar crema humectante o vaselina en los pies no entre los dedos, ya que esto podría causar una infección. Está contraindicado el uso de removedor de callos o cortarlos.
- Cuidado de las uñas. Cortarse las uñas es una situación de riesgo para el diabético, debido a que el uso de instrumentos cortantes puede lesionar la piel, dejando una puerta de entrada para las infecciones. Las uñas deben limarse o cortarse en forma recta, cuidando de no dañar los dedos continuos para esto se usa tijera de punta roma.
- Zapatos y medias adecuadas: El zapato ideal es aquel que protege y cubre todo el pie, ajustándose en forma cómoda, con punta redonda, de manera que los dedos descansen en su posición natural. Debe ser de material blando. No caminar descalzo, es posible que no sienta dolor y no sepa que se ha hecho daño. Revise el interior de los zapatos antes de ponérselos. Asegúrese de que el forro esté liso y que no haya ningún objeto en ellos. Las medias tienen que ser de algodón y no muy gruesas, preferentemente sin costuras y holgados

en la parte superior, el uso de ligas o elásticos en las piernas impide la adecuada irrigación sanguínea.

- Mantenga activa la circulación de la sangre en los pies: Mueva los dedos de los pies durante 5 minutos, dos o tres veces al día. Mueva los tobillos dibujando un círculo en el aire. No cruce las piernas por períodos largos de tiempo. No use medias ajustadas, no fume, puesto que reduce el flujo de la sangre a los pies.

### **2.2.6 ROL DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN**

Es importante destacar que la diabetes es una enfermedad complicada, requiere de vigilancia constante, conocimiento de la enfermedad y del apoyo de varios especialistas en salud; sin embargo, la mayor parte del cuidado y control debe provenir del paciente mismo, ya que la diabetes descontrolada conlleva a complicaciones importantes. Las orientaciones con los cuidados para la prevención del pie diabético consisten en una herramienta imprescindible, y esta debe ser una práctica constante en la rutina de los profesionales de salud, en especial del profesional de enfermería.

El rol de Enfermería se basa en la promoción a través de la información que pueda hacer llegar a las personas en este sentido la enfermera es considerada como un “Sistema de apoyo-educativo” definido por Dorothea Orem, también autora de la teoría del autocuidado, donde expresa que “El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar”. “...el autocuidado es indispensable porque cuando se ausenta éste, la enfermedad y la muerte se pueden producir...”<sup>(32)</sup>.

La enfermería constituye un pilar básico en la educación para la prevención de complicaciones crónicas. El profesional de enfermería actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado. Utiliza infinidad de métodos y estrategias para educar a los pacientes; la enfermera diseñará su estrategia educativa y educará sobre la prevención del pie diabético; los factores de riesgo y su manejo; qué es el pie diabético, por qué es importante saber de pie diabético, cuándo está en riesgo predisponente al pie diabético, por qué se ulcera un pie, cómo cuidar la piel, qué calzado utilizar, qué plantillas ortopédicas requiere, qué ejercicios realizar para los pies.

De acuerdo con el panorama anterior, si el paciente asume medidas de cuidado pero necesita guía y soporte, es de vital importancia que enfermería proporcione educación en forma oportuna, clara y precisa, siendo consultora o facilitadora del conocimiento, a fin de propiciar un entorno que favorezca un diálogo que solucione los problemas o las inquietudes del paciente y su familia. El profesional de enfermería ha de ser innovador y actualizar la información periódicamente sobre la prevención del pie diabético, la identificación de signos de alarma de presencia de pie diabético, así como el manejo y tratamiento del pie diabético. Evaluar el riesgo de desarrollar pie diabético en las visitas de control, realizar inspección del pie y los tejidos blandos, valoración del calzado, exploración musculo esquelética, mayor vigilancia en pacientes de mayor edad (>70 años), con diabetes de larga evolución, con problemas de visión, fumadores, con problemas sociales o que vivan solos. La educación a corto plazo del paciente parece influir de manera positiva en el conocimiento acerca del cuidado de los pies y en el comportamiento de los pacientes.

Proporcionar educación sobre los cuidados del pie diabético, dentro de un programa educativo estructurado con múltiples componentes, con el objetivo de mejorar el conocimiento, fomentar el autocuidado y reducir el riesgo de complicaciones.

Llevar control de la glucemia capilar a través del registro, y promover el auto monitoreo de la glucosa capilar en todas las personas con diabetes. Recomendar a los pacientes con úlcera previa sin deformidades importantes utilizar calzado habitual (bien ajustado), mientras que los pacientes con deformidades en los pies pueden beneficiarse de calzado terapéutico.

Educación sobre cuidado diario y el uso de zapatos de piel flexible que calce bien al pie, transpirables y con un interior sin costuras. El tacón en mujeres no superior a 3 cm. Evitar andar descalzo tanto en casa como en espacios exteriores, playa, césped, etc.

Evaluar los factores de riesgo modificables asociados al desarrollo del pie diabético tales como: Enfermedad vascular periférica, neuropatía, deformidades en el pie, presión plantar elevada, callos plantares o tabaquismo.

## **2.2.7 TEORIA DE ENFERMERIA: MARTHA ROGERS**

### **Teoría de los seres humanos Unitarios**

Con la teoría de los Seres Humanos Unitarios, se ha logrado que la enfermería moderna tenga una visión más amplia de los seres humanos con su entorno y un Modo extrasensorial, sus actividades irán encaminadas hacia el mantenimiento y promoción de la Salud,

prevención de las enfermedades y rehabilitación de enfermos e incapacitados. Para ello se intervendrá sobre la totalidad del hombre, Grupo y entorno. <sup>(33)</sup>

El Objetivo del modelo es procurar y promover una interacción armónica entre el hombre y su entorno. Así, las enfermeras que sigan este modelo deben fortalecer la consciencia e integridad de los seres humanos, y dirigir o redirigir los patrones de interacción existentes entre el hombre y su entorno para conseguir el máximo potencial de Salud. "El hombre unitario y unidireccional" de Rogers.

Respecto a la Salud, Rogers la define como un valor establecido por la cultura de la persona, y por tanto sería un estado de «armonía» o bienestar; Así, el estado de Salud puede no ser ideal, pero constituir el máximo estado posible para una persona, por lo tanto el potencial de máxima Salud es variable, basándose en su concepción del hombre.

El modelo teórico se apoyaba en el conjunto de suposiciones que describen el proceso vital del hombre, el cual se caracteriza por ser unitario, abierto y unidireccional. <sup>(34)</sup>

Esta teoría aporta a la investigación del presente proyecto, ya que uno de sus objetivos es determinar la relación entre el conocimiento y capacidad de autocuidado.

### **2.2.8 TEORIA DE ENFERMERIA: MADELEINE LEININGER**

Madeleine Leininger es la fundadora de la enfermería transcultural y líder en la teoría de los cuidados a las personas y de la enfermería transcultural. Fue la primera enfermera profesional con preparación

universitaria en enfermería que obtuvo un doctorado en Antropología Cultural y Social. <sup>(35)</sup>

La teoría de Leininger se basa en las disciplinas de la antropología y de la enfermería. Ha definido la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad y el modo de conducta. El propósito de la teoría era describir las particularidades y las universalidades de los cuidados humanos según la visión del mundo, la estructura social y así poder descubrir formas de proporcionar cuidados culturalmente congruentes a personas de culturas diferentes o similares para mantener o recuperar su bienestar, salud o afrontamiento con la muerte de una manera culturalmente adecuada como se menciona.

El objetivo de la teoría es mejorar y proporcionar cuidados culturalmente congruentes a las personas que les sean beneficiosas, se adapten a ellas y sean útiles a las formas de vida saludables del cliente, la familia o el grupo cultural. La teoría de Leininger afirma que la cultura y el cuidado son medios más amplios y holísticos para conceptualizar y entender a las personas, este saber es imprescindible para la formación y las prácticas enfermeras. <sup>(36)</sup>

Considerando lo mencionado, se relaciona esta teoría con el tema a investigar, ya que busca determinar la relación entre el conocimiento y la capacidad de autocuidado sobre diabetes mellitus en los estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas en Arequipa – 2015.

## **2.3 DEFINICION DE TERMINOS**

### **CONOCIMIENTO:**

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

### **CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO**

Como todo aquello que las personas hacen por sí mismas con el propósito de restablecer y preservar la salud o prevenir y tratar las enfermedades. Por ende, este término abarca la higiene (general y personal), la nutrición (tipo y calidad de la comida), el estilo de vida (actividades deportivas, tiempo libre, etc.), los factores ambientales (condiciones de vida, costumbres sociales, etc.), los factores socioeconómicos (nivel de ingreso, creencias culturales, etc.) y automedicación.

### **DIABETES MELLITUS**

Enfermedad crónica que se caracteriza por presentar altos niveles de azúcar en sangre.

## **2.4 HIPOTESIS**

Hp. Existe relación entre el conocimiento y la capacidad de autocuidado sobre diabetes mellitus en estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa, Marzo – Mayo, 2015.

Ho. No existe relación entre el conocimiento y la capacidad de autocuidado sobre diabetes mellitus en estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa, Marzo – Mayo, 2015.

## **2.5 VARIABLES**

### **2.5.1 DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE**

#### **+ CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES MELLITUS**

Conjunto de ideas, conceptos y enunciados verdaderos o falsos, productos de la observación y experiencia del ser humano.

#### **+ CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO**

Son todas aquellas habilidades que poseen las personas hacen por sí mismas con el propósito de restablecer, preservar la salud o prevenir y tratar las enfermedades.

### **2.5.2 DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE**

#### **+ CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES MELLITUS**

Conjunto de ideas, conceptos y enunciados verdaderos o falsos, productos de la observación y experiencia del estudiante de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, según las dimensiones empírico y científico.

#### **+ CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO**

Son todas aquellas habilidades que poseen las personas hacen por sí mismas con el propósito de restablecer, preservar la salud o prevenir y tratar las enfermedades como la diabetes mellitus, según



las siguientes dimensiones: Alimentación, ejercicios físicos, higiene, control médico.

### 2.5.3 OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

Variable	Dimensiones	Indicadores
Conocimiento sobre Diabetes Mellitus	Empírico	Concepto de Diabetes Mellitus Tipos de Diabetes Mellitus
	Científico	Medidas preventivas. Signos y síntomas. Complicaciones.
Capacidad de autocuidado	Alimentación	Alimentación saludable
	Ejercicio físico	Practica de ejercicios
	Higiene	Frecuencia de limpieza personal
	Control medico	Asistencia medica

## **CAPITULO III: METODOLOGÍA**

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

La investigación es de tipo no experimental y nivel descriptivo – correlacional, Descriptivo porque pretende realizar la descripción del fenómeno de interés, en la investigación. Correlacional porque pretende determinar la relación de las variables en la investigación, de corte transversal y por número de variables es bivariable.

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

El presente proyecto de investigación se lleva a cabo la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, en la Ciudad de Arequipa, Departamento de Arequipa, actualmente ubicado en la Urb. Daniel Alcides Carrión G-14, Jose Luis Bustamante y Rivero, tiene 16 años de funcionamiento en la ciudad de Arequipa y cuenta con 5 facultades diferentes las cuales son ciencias empresariales, derecho y ciencias políticas, ingeniería y arquitectura, medicina humana y ciencias de la salud y ciencias

de la comunicación, educación y humanidades y 17 escuelas profesionales entre ellas la escuela académica profesional de enfermería.

### 3.3 POBLACION Y MUESTRA

La población de estudio es de 800 estudiantes de enfermería y la muestra utilizada fue por el método probabilístico estratificado se calculó con la fórmula para población finita cuyo resultado fue el siguiente

**Formula de Muestra  
Para población finita**

$$n = \frac{E.N.P.Q}{E^2(n-1) + EPQ}$$

$$n = \frac{1.96^2 * 800 * 50 * 50}{5^2 * 799 + 1.96 * 50 * 50}$$

$$n = 309$$

Criterio de Inclusión:

- + Estudiantes de enfermería de la Escuela de enfermería del Departamento de Arequipa.
- + Estudiantes de enfermería matriculados
- + Estudiantes de enfermería que deseen participar en la encuesta.

Criterio de Exclusión:

- + Estudiantes de enfermería de la Escuela de enfermería que no se encuentren en el Departamento de Arequipa.
- + Estudiantes de enfermería que no estén matriculados.
- + Estudiantes de enfermería que no deseen participar en la encuesta.

### 3.4 TECNICAS E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

El instrumento que se utiliza para la recolección de datos es la encuesta, como técnica la entrevista, que permite obtener información de fuente directa a través de ítems para identificar el conocimiento y capacidad de autocuidado sobre diabetes mellitus en los estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas.

Dicho instrumento consta de introducción, instrucciones, datos generales de los participantes y la sección de información específica que explora la relación entre las dos variables.

Teniendo en cuenta los siguientes parámetros establecidos:

<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO</b>	
<b>BUENO</b>	<b>10 A 14</b>
<b>REGULAR</b>	<b>06 A 08</b>
<b>DEFICIENTE</b>	<b>00 A 04</b>

<b>CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO</b>	
<b>ALTO</b>	<b>25 a 39</b>
<b>MEDIO</b>	<b>11 a 25</b>
<b>BAJO</b>	<b>0 a 10</b>

### 3.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez del instrumento se verificó con el Juicio de Expertos que fue conformado por 4 Licenciadas en Enfermería con experiencia en el área de Prevención y e Investigación. Para establecer la confiabilidad se aplicó la prueba estadística de alfa de Cronbach.

### 3.6 PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para la recolección de datos se coordinó y realizó los trámites administrativos correspondientes con el Director de la escuela, mediante una carta de presentación de la autoridad máxima de la Escuela Profesional de Enfermería, posteriormente se determinó el día de la aplicación del instrumento, con el consentimiento informado se procede a dar las

indicaciones y entregar los instrumentos. El tiempo que demandó resolver el cuestionario fue aproximadamente de 15 a 20 minutos.

La recolección de datos se inició en el mes de Marzo a Mayo del 2016 durante los días de clases. Los datos se procesarán a través de una tabla Matriz y Hoja de Codificación utilizando para ello el programa estadístico SPSS versión 17.0 y el programa Excel 2013, para la presentación de datos en tablas y gráficos para su correspondiente análisis e interpretación.

## CAPITULO IV. RESULTADOS

TABLA 1

### CONOCIMIENTO Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO SOBRE DIABETES MELLITUS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, AREQUIPA, MARZO – MAYO, 2015.

Capacidad de Autocuidado	CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES MELLITUS							
	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	40	13%	28	9%	15	5%	83	27%
Medio	16	5%	133	43%	15	5%	164	53%
Bajo	6	2%	34	11%	22	7%	62	20%
<b>total</b>	<b>62</b>	<b>20%</b>	<b>195</b>	<b>63%</b>	<b>52</b>	<b>17%</b>	<b>309</b>	<b>100%</b>

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 1, los estudiantes de enfermería que tienen un nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus de nivel regular tienen capacidad de autocuidado de nivel Medio en un 43%(133), los que tienen un nivel de conocimiento Bueno tienen una capacidad de autocuidado Alto en un 13%(40) y los que tienen un nivel de Conocimiento Deficiente tienen una capacidad de autocuidado Bajo en un 7%(22). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables.

**TABLA 2**

**CONOCIMIENTO Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO SOBRE DIABETES MELLITUS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, AREQUIPA, MARZO – MAYO, 2015, SEGÚN LA DIMENSION: CONOCIMIENTO CIENTÍFICO**

Autoestima personal	CONOCIMIENTO CIENTIFICO						Total	
	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	39	13%	38	12%	6	2%	83	27%
<b>Medio</b>	<b>11</b>	<b>3%</b>	<b>129</b>	<b>42%</b>	<b>24</b>	<b>8%</b>	<b>164</b>	<b>53%</b>
Bajo	6	2%	18	6%	38	12%	62	20%
<b>total</b>	<b>56</b>	<b>18%</b>	<b>185</b>	<b>60%</b>	<b>68</b>	<b>22%</b>	<b>309</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 2, los estudiantes de enfermería que tienen un nivel de conocimiento científico sobre diabetes mellitus de nivel regular tienen capacidad de autocuidado de nivel Medio en un 42%(129), los que tienen un nivel de conocimiento científico Bueno tienen una capacidad de autocuidado Alto en un 13%(39) y los que tienen un nivel de Conocimiento científico Deficiente tienen una capacidad de autocuidado Bajo en un 12%(38). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables.

**TABLA 3**

**CONOCIMIENTO Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO SOBRE DIABETES MELLITUS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, AREQUIPA, MARZO – MAYO, 2015, SEGÚN LA DIMENSION: CONOCIMIENTO EMPÍRICO**

Autoestima personal	CONOCIMIENTO EMPIRICO						Total	
	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	41	13%	32	11%	10	3%	83	27%
<b>Medio</b>	26	9%	120	39%	18	5%	164	53%
<b>Bajo</b>	10	3%	49	15%	3	2%	62	20%
<b>total</b>	<b>77</b>	<b>25%</b>	<b>201</b>	<b>65%</b>	<b>31</b>	<b>10%</b>	<b>309</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 3, los estudiantes de enfermería que tienen un nivel de conocimiento empírico sobre diabetes mellitus de nivel regular tienen capacidad de autocuidado de nivel Medio en un 39%(120), los que tienen un nivel de conocimiento empírico Bueno tienen una capacidad de autocuidado Alto en un 13%(41) y los que tienen un nivel de Conocimiento empírico Deficiente tienen una capacidad de autocuidado Medio en un 5%(18). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables.



## PRUEBA DE HIPÓTESIS

### Prueba de la Hipótesis General:

Hp. Existe relación entre el conocimiento y la capacidad de autocuidado sobre diabetes mellitus en estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa, Marzo – Mayo, 2015.

Ho. No existe relación entre el conocimiento y la capacidad de autocuidado sobre diabetes mellitus en estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa, Marzo – Mayo, 2015.

Ha ≠ Ho

$\alpha=0,05$

Tabla 4: Prueba de Hipótesis General mediante la R de Pearson

		Conocimientos	Actitudes
Conocimientos	Correlación de Pearson	1	,953**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	309	309
Actitudes	Correlación de Pearson	,953**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	309	309

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Según los resultados presentados en la Tabla 4, aplicando la técnica del programa estadístico SPSS v.21, el valor de la R de Pearson obtenido fue de 0,953, lo cual nos indica que existe una relación significativa entre ambas variables: Conocimientos y capacidad de autocuidado sobre diabetes mellitus, con un nivel de significancia de valor  $p<0,05$ .

Siendo cierto que: Existe relación entre el conocimiento y la capacidad de autocuidado sobre diabetes mellitus en estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa, Marzo – Mayo, 2015.

## **DISCUSION DE RESULTADOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Los estudiantes de enfermería que tienen un nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus de nivel regular tienen capacidad de autocuidado de nivel Medio en un 43%(133), los que tienen un nivel de conocimiento Bueno tienen una capacidad de autocuidado Alto en un 13%(40) y los que tienen un nivel de Conocimiento Deficiente tienen una capacidad de autocuidado Bajo en un 7%(22). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables. Coincidiendo con MENESES (2012) Llegando a la conclusión de que el nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 en los 150 sujetos de nuestro estudio de la unidad de medicina familiar No. 61 de Córdoba Veracruz es bajo; no intervino el sexo, la edad, ocupación, escolaridad ni tiempo de diagnóstico solamente 3 pacientes que representan el 2% obtuvieron un nivel aceptable de conocimientos en base a la forma de calificación de Campo y colaboradores, autores que validaron el cuestionario en español. En base a los resultados se debe reflexionar la forma de calificación del instrumento en futuros estudios. Coincidiendo además con ROBINET (2015) encontró que el 53.3% de pacientes tuvieron nivel medio de conocimiento y el 46.7% nivel alto; asimismo el 83.3% de pacientes con diabetes mellitus obtuvieron un grado medio de adherencia terapéutica, 15.3% grado alto y solo 1.3% tuvieron grado bajo. Se concluye que existe mayor adherencia terapéutica en el grupo con alto nivel de conocimiento que tuvo medio, no existiendo correlación significativa, existiendo diferencia significativa entre los grupos.

### **OBJETIVO ESPECIFICO 1**

Los estudiantes de enfermería que tienen un nivel de conocimiento científico sobre diabetes mellitus de nivel regular tienen capacidad de autocuidado de nivel Medio en un 42%(129), los que tienen un nivel de conocimiento científico Bueno tienen

una capacidad de autocuidado Alto en un 13%(39) y los que tienen un nivel de Conocimiento científico Deficiente tienen una capacidad de autocuidado Bajo en un 12%(38). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables. Coincidiendo con MUÑOS (2015) Obtuvo los siguientes resultados: El 80% de los padres encuestados, solo posee el grado académico de segundo nivel, el 6.6% tiene primaria. El estrato social que predominó fue el de pobreza, con un 80%. El 40% de los niños que padecen diabetes tipo 1 y que estaban asilados en el área de medicina 3, correspondieron a niños entre 4-6 años, seguido del 33.3% que tienen entre 7-9 años y 26.6% de 10-12 años de edad. El 83.3% monitorea su glicemia una vez al día. El 63.3% acude al control médico cada dos o tres meses. En cuanto lo que respecta a si estos padres de familia recibieron la orientación educativa, el 63.30% manifiesta que la ha recibido y que le ha quedado claro en los absolutos. El 60% de los padres refieren que sus hijos si realizan actividad física vigorosa al menos 3 veces a la semana. El 60% de los padres se sienten comprometidas por el bienestar de sus hijos. La orientación a las medidas preventivas y de estilo de vida fue prodigada 50% por el médico y 50% por la enfermera. El 100% conoce que la diabetes mellitus tipo 1 es una enfermedad para toda la vida, el 83.4% conocen que las complicaciones pueden ser evitadas con un buen tratamiento, el 100% refiere conocer la técnica de administración de la insulina. Luego de la charla educativa por método directo y demostrativo se obtuvo el 100% de comprensión del tema. Coincidiendo además con VALENCIA, ORE y OBANDO (2010) Resultado. El 53.3 % presentó un nivel de conocimiento bajo tanto en la dimensión conocimiento sobre su enfermedad como en la dimensión conocimiento en la alimentación. Se halló relación significativa entre grado de instrucción y nivel de conocimiento.

## **OBJETIVO ESPECIFICO 2**

Los estudiantes de enfermería que tienen un nivel de conocimiento empírico sobre diabetes mellitus de nivel regular tienen capacidad de autocuidado de nivel Medio en un 39%(120), los que tienen un nivel de conocimiento empírico Bueno tienen

una capacidad de autocuidado Alto en un 13%(41) y los que tienen un nivel de Conocimiento empírico Deficiente tienen una capacidad de autocuidado Medio en un 5%(18). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables. Coincidiendo con APONTE y HERNANDEZ (2010) Las categorías identificadas fueron la sobrecarga laboral, el desempeño de funciones no profesionales, la delegación de funciones de cuidado y educación a personal no profesional, la necesidad de educación continuada, los recursos insuficientes en los programas de promoción y prevención, y la necesidad de apoyo técnico y de trabajo interdisciplinario, entre otras. Coincidiendo además con CABRERA y Otros (2009) Resultados: se encontró que del total de pacientes que asistían al programa de diabetes, el 54,7% presentó conocimiento medio, el 30,0 % conocimiento bajo y 15,3 % conocimiento alto; con respecto al autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas. Conclusiones: se evidenció que los pacientes del programa de diabetes presentaron un nivel de conocimiento medio sobre el autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas.

## **CONCLUSIONES**

### **PRIMERO**

Los estudiantes de enfermería que tienen un nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus de nivel regular tienen capacidad de autocuidado de nivel Medio, los que tienen un nivel de conocimiento Bueno tienen una capacidad de autocuidado Alto y los que tienen un nivel de Conocimiento Deficiente tienen una capacidad de autocuidado Bajo. Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables. Comprobado estadísticamente mediante la R de Pearson con un valor de 0,953 y un nivel de significancia de valor  $p < 0,05$ .

### **SEGUNDO**

Los estudiantes de enfermería que tienen un nivel de conocimiento científico sobre diabetes mellitus de nivel regular tienen capacidad de autocuidado de nivel Medio en un 42%(129), los que tienen un nivel de conocimiento científico Bueno tienen una capacidad de autocuidado Alto en un 13%(39) y los que tienen un nivel de Conocimiento científico Deficiente tienen una capacidad de autocuidado Bajo en un 12%(38). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables.

### **TERCERO**

Los estudiantes de enfermería que tienen un nivel de conocimiento empírico sobre diabetes mellitus de nivel regular tienen capacidad de autocuidado de nivel Medio en un 39%(120), los que tienen un nivel de conocimiento empírico Bueno tienen una capacidad de autocuidado Alto en un 13%(41) y los que tienen un nivel de Conocimiento empírico Deficiente tienen una capacidad de autocuidado Medio en

un 5%(18). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables.

## **RECOMENDACIONES**

Coordinar con la Oficina de Bienestar Universitario de la UAP, en la ejecución de programas educativo – preventivo – promocionales dirigidos a los estudiantes con diabetes mellitus, que implique una mejora en su calidad de vida.

Promover sesiones educativas con temas transversales acerca del autocuidado de los estudiantes con diabetes mellitus, mejorando sus conocimientos científicos sobre esta enfermedad.

Innovar un programa de diabetes mellitus de acuerdo a las necesidades de autocuidado reales de los estudiantes, teniendo presente los niveles de conocimientos empíricos estudiados.

Incentivar la formación de grupos de apoyo o club de Diabéticos, para afianzar los conocimientos de la enfermedad y prácticas de autocuidado del estudiante de enfermería con diabetes mellitus.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Meneses Ramírez, Constantina Realizo la investigación titulada “Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos sobre diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de medicina familiar”, México – 2012.
- (2) Muños Chacha, Gabriela Noemí, Realizo un estudio titulado “Intervención de enfermería en el rol educativo utilizando el método de autocuidado a los familiares de niños que padecen diabetes mellitus en el área de medicina 3 del hospital Francisco y Caza Bustamante”, Ecuador – 2015.
- (3) Aponte Garzón, Luz; Hernández Paes, Ruth, realizaron un estudio titulado “Conocimiento de los profesionales de enfermería sobre Diabetes Mellitus Tipo II” Colombia – 2010.
- (4) Robinet Serrano, Alissin Lisset, Realizo un estudio titulado “Nivel de conocimiento y adherencia terapéutica en adultos con Diabetes Mellitus Tipo II, en el Hospital Luis Albrecht” Trujillo – 2015.
- (5) Valencia Portugués., Flavia; Ore Rodríguez, María; Obando Zegarra, Roxana, Realizaron el estudio titulado “Conocimiento sobre autocuidado y su relación con las características sociodemográficas – morbilidad en pacientes con diabetes del Hospital Daniel Alcides Carrión” Lima - 2010.
- (6) Cabrera Morón, Rommy; Motta-Quijandría, Irma; Rodríguez Robladillo, Cynthia; Velásquez Carranza, Doris; Realizaron el estudio titulado “Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chincha – EsSalud - 2009”.
- (7)(8)(9)(10)(11)(12)(13) Educación En Sexualidad Para Jóvenes Y Adultos. Ana Bendezú G, Y Colaboradores. Asociación Perú-Mujer. Ministerio De Educación. 2002. Pps 82-27.
- (14)(15)(16)(17) Morris, Ch. Y Maisto, A. (1998). Psicología. (Pp. 586). México. Edición Pearson Educación.

- (18)(19) Doctora Isabel Villamayor de la Dirección de Salud y Asistencia Social.  
Disponible en: <http://www.uba.ar/extension/salud/difusion/nota17>.
- (20)(21)(22)(23)(24) Larraín M. diabetes mellitus, 2009, 43 diapositivas. Disponible en: <http://www.slideshare.net/melx410/diabetes-mellitus-1601354>
- (25)(26)DRA. MENESES RAMÍREZ CONSTANTINA, “Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos sobre diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de medicina familiar”, 2014, México [http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/TESIS\\_Tina.pdf](http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/TESIS_Tina.pdf)
- (27) Salazar Ruibal Rosa, capacidades y actividades del autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2, Nuevo León, 1995. Disponible en: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020114005.pdf>
- (28) Robinet Serrano Allison Lisset, nivel de conocimiento y adherencia terapéutica en adultos con diabetes mellitus TIPO 2, Venezuela, 2015. Disponible en: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1689/1/RE\\_ENFER\\_ADHERENCIA-TERAPEUTICA-DIABETES.MELLI\\_TESIS.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1689/1/RE_ENFER_ADHERENCIA-TERAPEUTICA-DIABETES.MELLI_TESIS.pdf)
- (29) Pérez J. Conocimiento empírico, 2012, 7 diapositivas. Disponible en: <http://es.slideshare.net/jupa1600/conocimiento-emprico-14907083>.
- (30) Michael C. Sheppard y Jayne A. Franklyn, clinical endocrinology and diabetes. Churchill Livingstone Londres, 1998. Pág. 154. Disponible en: [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lat/rocha\\_i\\_m/capitulo2.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lat/rocha_i_m/capitulo2.pdf)
- (31) Organización Mundial de la Salud, Diabetes. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- (32) Asociación Latinoamericana de Diabetes, Guía ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo2, pág. 8. Disponible en: <http://www.alad-latinoamerica.org/phocadownload/guias%20alad.p>
- (33)(34) Rol de enfermería. Un enfoque decisivo para el cambio (2005) <http://www.unap.pe/enfermeria/enfermeria05/resumen0612.html> Acceso el 19 de febrero del 2013.

(35)(36)Teoria Enfermeras, Marta Rogerts, Madeleine Leininger,  
[Http://Teoriasdeenfermeriauns.Blogspot.Pe/2012/06](http://Teoriasdeenfermeriauns.Blogspot.Pe/2012/06).

# ANEXOS

## ANEXOS

### ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

**TITULO: “CONOCIMIENTO Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO SOBRE DIABETES MELLITUS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, AREQUIPA - 2015”**

**BACHILLER: NILIPU PERALTA, Víctor**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	METODOLOGÍA
Toda persona que adquiere esta enfermedad y quienes ya la padecen, tienen altos riesgos de presentar complicaciones al no ser controlada adecuadamente, exponiendo su vida, donde muchos casos pueden llegar a ser inválidos, perder parte de sus extremidades, sintiéndose una carga para su	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b></p> <p>Determinar la relación que existe entre el conocimiento y capacidad de autocuidado sobre diabetes mellitus en estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa, Marzo</p>	<p><b>HIPOTESIS</b></p> <p>Hp. Existe relación entre el conocimiento y la capacidad de autocuidado sobre diabetes mellitus en estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa, Marzo – Mayo, 2015.</p>	Conocimiento sobre Diabetes Mellitus	<p>Empírico</p> <p>Científico</p>	<p>Concepto de Diabetes Mellitus</p> <p>Tipos de Diabetes Mellitus</p> <p>Medidas preventivas.</p> <p>Signos y síntomas.</p> <p>Complicaciones.</p>	<p>La investigación es de tipo no experimental y nivel descriptivo – correlacional, Descriptivo porque pretende realizar la descripción del fenómeno de interés, en la investigación. Correlacional porque pretende determinar la relación de las variables en la investigación, de corte transversal y por número de</p>

<p>familia y la sociedad, por tal motivo los pacientes diabéticos deben realizar una serie de actividades y tomar medidas de autocuidado para mantener su salud y evitar las complicaciones. Por ello el personal de enfermería cumple una importante misión; al brindarle la información respectiva sobre diabetes mellitus, que factores causan complicaciones, medidas preventivas, nuevos hábitos alimenticios, estilos de vida, etc.; todo ello con la</p>	<p>– Mayo, 2015.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>Identificar la relación que existe entre el conocimiento y capacidad de autocuidado sobre diabetes mellitus en estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa, Marzo – Mayo, 2015, Según las siguientes dimensiones: Conocimiento científico en relación a la alimentación y</p>	<p>Ho. No existe relación entre el conocimiento y la capacidad de autocuidado sobre diabetes mellitus en estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa, Marzo – Mayo, 2015.</p>	<p>Capacidad de autocuidado</p>	<p>Alimentación</p> <p>Ejercicio físico</p> <p>Higiene</p> <p>Control medico</p>	<p>Alimentación saludable</p> <p>Practica de ejercicios</p> <p>Frecuencia de limpieza personal</p> <p>Asistencia medica</p>	<p>variables es bivariable.</p>
---	---	---	---------------------------------	--	---	---------------------------------

<p>finalidad de generar en ellos consciencia sobre el autocuidado preventivo, logrando continuar con su vida con la mayor naturalidad posible, teniendo la calidad de vida que todo ser humano merece.</p>	<p>control médico.</p> <p>Identificar la relación que existe entre el conocimiento y capacidad de autocuidado sobre diabetes mellitus en estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa, Marzo – Mayo, 2015, Según las siguientes dimensiones: Conocimiento empírico en relación al ejercicio físico e higiene.</p>					
--	--	--	--	--	--	--

## ANEXO 2



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

### ENCUESTA

Buenos días, mi nombre es Nilipu Peralta, Víctor, soy estudiante de la Universidad Alas Peruanas, el presente proyecto de investigación titulado “Conocimiento y capacidad de autocuidado sobre diabetes mellitus en estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa - 2015”

#### **INSTRUCCIONES:**

Marcar con un aspa (X), la respuesta correcta según lo que Ud. crea por conveniente. Este cuestionario es anónimo; solicitamos que responda con veracidad y precisión estas preguntas, agradeciendo de antemano su sinceridad y colaboración.

#### **I. DATOS GENERALES:**

Nº de encuesta:.....

Ciclo/sección:.....

Sexo: (M) (F)      Edad:.....

**¿SE LE HA DIAGNOSTICADO DIABETES (TIPO 1 O TIPO 2) A ALGUNO DE SUS FAMILIARES ALLEGADOS U OTROS PARIENTES?**

- a. No
- b. Si: abuelos, tía, tío, primo hermano
- c. Si: padres, hermanos



**¿CUAL DE LOS SIGUIENTES HABITOS NO SALUDABLES PRACTIVAS?**

- a. Tabaco
- b. Alcohol
- c. a y b
- d. Ninguno

**CONOCIMIENTO SOBRE LA DIABETES MELLITUS**

**1. LA DIABETES ES:**

- a. Es una enfermedad donde aumenta la hemoglobina
- b. Es una enfermedad donde aumenta el colesterol en la sangre
- c. Es una enfermedad donde aumenta la azúcar en sangre

**2. LA DIABETES SE DEBE A UN MAL FUNCIONAMIENTO DE:**

- a. Cerebro
- b. Páncreas
- c. Músculo

**3. ¿CUÁNTOS TIPOS DE DIABETES CONOCE UD.?**

- a. 1
- b. 2
- c. 3
- d. no recuerda

**4. SE SOSPECHA LA PRESENCIA DE DIABETES CUANDO USTED PRESENTA:**

- a. Fiebre y vomito
- b. Diarrea y vomito
- c. Mucha sed, mucha hambre y orina frecuentemente

**5. DE LOS SIGUIENTES ORGANOS DEL CUERPO, SEÑALE CUALES CONSIDERA USTED QUE SE AFECTA MÁS EN UNA PERSONA CON DIABETES:**

- a. Ojos, corazón y riñón
- b. Hígado y bazo
- c. Columna vertebral e intestinos

**6. ¿SABE USTED QUÉ MIEBRO DE SU FAMILIA PARECIERON O PADECEN DIABETES?**

- a. De padres a hijos
- b. De abuelos a hijos y nietos
- c. De hermano a hermano

**7. ¿CUÁLES SON LAS MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR LA DIABETES MELLITUS?**

- a. Dieta, ejercicio, higiene
- b. Dieta, ejercicio, controles
- c. Dieta, ejercicio, controles, higiene

## ANEXO Nro. 2

### CUESTIONARIO Nro. 2 “CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO”

1. ¿CON QUÉ FRECUENCIA A LA SEMANA CONSUME USTED LOS SIGUIENTES ALIMENTOS?

ALIMENTOS	Diario	Interdiario	Una vez a la semana
Carnes	1	2	3
Verduras	3	2	1
Menestras	2	3	1
Frutas	3	2	1
Harinas	1	2	1

2. ¿CON QUÉ FRECUENCIA REALIZA USTED LOS SIGUIENTES EJERCICIOS?

EJERCICIOS	Diario	Interdiario	Una vez a la semana
Caminatas	3	2	1
Trote	3	2	1
Deportes	3	2	1
Bicicleta	3	2	1
Levantamiento de pesas	3	2	1
Baile	3	2	1

**3. ¿CON QUÉ FRECUENCIA ASISTE A SUS CHEQUEOS MÉDICOS EN AUSENCIA DE ENFERMEDAD?**

- a. Mensual
- b. Anual
- c. Solo cuando me siento mal

**4. CON TAL DE MANTENERME LIMPIO, ¿REALIZAS AJUSTES EN CUANTO A TU HIGIENE PERSONAL?**

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Nunca

**5. ¿CON QUE FRECUENCIA SE LAVA USTED LOS PIES?**

- a. Diario
- b. Intermedio
- c. Una vez a la semana
- d. Dos veces por semana