

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE
AREQUIPA
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE
ENFERMERÍA**



**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II. PROGRAMA
DIABETES MELLITUS HOSPITAL ESSALUD – I LA MERCED JUNIO –
AGOSTO 2015.**

Tesis presentada por la Maestra:

**Mg. Collachagua Huancaya, Judith
Zussel**

Para optar el Grado Académico de:

Doctora en Ciencias: Enfermería

Asesora:

**Dra. Angles Machicao, Gloria
Ludgarda**

Arequipa – Perú

2016

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRAC	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
B. OBJETIVOS	15
C. HIPÓTESIS	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
A. ANTECEDENTES	16
B. BASE TEÓRICA	20
C. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	49
D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	49
E. ALCANCES Y LIMITACIONES	52
CAPÍTULO III: MARCO OPERACIONAL	
A. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	53
B. POBLACIÓN Y MUESTRA	54
C. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN	55
D. MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	55
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
A. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	57
B. DISCUSIÓN	68
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
A. CONCLUSIONES	72
B. RECOMENDACIONES	72
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
TABLA Nº 1	DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO II – HOSPITAL ESSALUD I –JUNIO – AGOSTO 2015	57
TABLA Nº 2	NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL HOSPITAL ESSALUD I LA MERCED – JUNIO - AGOSTO 2015	60
TABLA Nº 3	PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON DM II DEL HOSPITAL ESSALUD I LA MERCED JUNIO – AGOSTO 2015	62
TABLA Nº 4	PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO II SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO HOSPITAL ESSALUD I LA MERCED –JUNIO – AGOSTO 2015	64
TABLA Nº 5	PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO POR SUBCATEGORIA DEL AUTOCUIDADO HOSPITAL ESSALUD I LA MERCED – JUNIO – AGOSTO 2015	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N° 1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO II – HOSPITAL ESSALUD I LA MERCED JUNIO – AGOSTO 2015	58
GRÁFICO N° 2 NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO II HOSPITAL ESSALUD I LA MERCED – JUNIO- AGOSTO 2015	61
GRÁFICO N° 3 PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON DM II HOSPITAL ESSALUD I LA MERCED - JUNIO – AGOSTO 2015	63
GRÁFICO N° 4 PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO II SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO. HOSPITAL ESSALUD I LA MERCED – JUNIO – AGOSTO 2015	65
GRÁFICO N° 5 PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO POR SUBCATEGORIA DEL AUTOCUIDADO HOSPITAL ESSALUD I LA MERCED – JUNIO – AGOSTO 2015	67

RESUMEN

El presente estudio, llevó como título “NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II PROGRAMA DIABETES MELLITUS HOSPITAL ESSALUD I LA MERCED JUNIO – AGOSTO 2015.” El objetivo fue: Determinar el nivel de conocimiento y su relación con la práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2 Hospital Essalud I la Merced – Junio - Agosto 2015.

La investigación fue de tipo analítica, prospectiva, transversal con enfoque cuantitativo, con un nivel correlacional; la población en estudio estuvo constituida por 164 pacientes adultos con diabetes mellitus tipo II que acuden al Programa de Diabetes, en un Hospital de la Merced - Essalud, entre los meses junio - agosto del 2015. La muestra seleccionada estuvo constituida por 150 pacientes.

Para la recolección de la información se utilizaron dos instrumentos: el primero está compuesto de 10 ítems que mide el nivel de conocimiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y el segundo está orientado hacia la práctica de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, el mismo que consta de 5 subcategorías, con un total de 27 ítems.

Como principales resultados podemos mencionar que de los 150 adultos con diabetes mellitus 2, el 73.3% tienen entre 40 a 60 años, son de sexo femenino el 52%, el grado de instrucción predominante es secundario con 42.7 y con respecto a la ocupación del paciente el 48% son empleados. Así mismo el nivel de conocimientos en los pacientes con diabetes mellitus es bueno en el 55.3% y respecto a la práctica de autocuidado se observa que es buena en el 70.7%; se determinó que la subcategoría control médico constituye la subcategoría de mayor interés en los pacientes. Concluyéndose que existe relación altamente significativa entre el nivel de conocimiento y práctica de autocuidado.

Palabras clave: Conocimiento, autocuidado, pacientes, diabetes mellitus tipo II.

ABSTRAC

The present study, have the title "LEVEL OF KNOWLEDGE AND PRACTICE OF SELF patients with diabetes mellitus type II. PROGRAM diabetes mellitus ESSALUD HOSPITAL - II LA MERCED. June - August 2015 ". The objective was: To determine the level of knowledge and its relationship to the practice of self-care in adults with diabetes mellitus type 2 Hospital Essalud - I La Merced June-August 2015.

The research was analytical, prospective, cross-sectional quantitative approach with a correlational level; the study population consisted of 164 adult patients with type 2 diabetes mellitus attending the Diabetes Program, in a hospital in La Merced - Essalud, between the months of June - August 2015. The sample consisted of 150 patients.

To collect the information two instruments were used, the first is composed of 10 items which measures the level of knowledge of patients with diabetes mellitus type 2 and the second is oriented toward practical self-care of patients with diabetes mellitus type II, it consists of 5 subcategories, a total of 27 items.

The main results we mention that of the 150 adults with diabetes mellitus II, 73.3% are between 40-60 years are female 52%, the level of instruction is predominantly secondary to 42.7 and with respect to the patient's occupation 48% are employed. Likewise, the level of knowledge in patients with diabetes mellitus is good at 55.3% and compared to the practice of self-care is seen to be good at 70.7%; it was determined that the medical supervision subcategory subcategory is of interest in patients. Concluding that there is highly significant relationship between the level of knowledge and practice self-care.

Keywords: knowledge, self-care, patients, diabetes mellitus type II.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo II es una enfermedad crónica que representa una de las principales causas de morbilidad, mortalidad e invalidez por las dificultades que enfrenta el usuario con diabetes para llevar a cabo su tratamiento, control y prevención de complicaciones. Se expresa como un trastorno metabólico de etiología múltiple caracterizado por hiperglucemia debida a alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas, a consecuencia de defectos en la secreción o acción de la insulina. La insulina es una hormona producida por el páncreas, que regula la cantidad de azúcar (glucosa) en la sangre.

Según la Organización Mundial de la Salud la diabetes de tipo II, también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta representa el 90% de los casos mundiales. Se estima que el 6 % de la población mundial padece diabetes y que aproximadamente la mitad de esta proporción no lo sabe. Este desconocimiento es debido a la demora del diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2, que supone el 80-90 % de todos los usuarios con diabetes, tiene lugar unos ocho años después del inicio de la misma, lo que ocasiona que en el momento del diagnóstico ya estén presentes signos clínicos de las complicaciones de esta enfermedad.

La prevalencia es mayor en los países desarrollados que en los países en vías de desarrollo, las más altas del mundo se observan en el medio oriente, la prevalencia global es de 5.7%, para el año 2025 se espera 8.1%; en Uruguay se encuentra la prevalencia más alta con un 8.1%.

El manejo se podría facilitar si junto con el tratamiento se logra un adecuado autocuidado en la prevención de complicaciones, actitud que mejora el control de la enfermedad retrasando la aparición de limitaciones físicas. Los usuarios con diabetes tienen conocimientos insuficientes sobre su autocuidado. Los aspectos sobre los que más conoce son el ejercicio y la alimentación, no así el cuidado de sus pies y lo relacionado

al tratamiento farmacológico. El autocuidado, para enfermería, constituye un enfoque particular hacia la práctica clínica que pone énfasis primordialmente en la capacidad del usuario de lograr y mantener su salud. Se podría decir que la educación es parte fundamental del autocuidado en enfermería, ya que mediante ella informamos, motivamos y fortalecemos los conocimientos obtenidos por los usuarios y la familia en cada consulta. Esto origina la efectividad de sus intervenciones, mediante la aceptación de su enfermedad y cumplimiento de su autocuidado para mantener en equilibrio su salud.

La presente investigación es de tipo analítico, de nivel relacional, con enfoque cuantitativo, se realizó con el propósito de determinar la relación entre el nivel de conocimientos y la práctica de autocuidado en los pacientes con diabetes mellitus tipo II, que asisten al programa Diabetes Mellitus del Hospital Essalud - I La Merced junio - agosto 2015. La muestra estuvo representada por 150 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Se utilizaron 2 instrumentos, el primero está compuesto de 10 ítems que mide el nivel de conocimiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo II. (ANEXO N°1). El segundo, está orientado hacia práctica de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, el mismo que consta de 5 subcategorías, con un total de 27 ítems. (ANEXO N °2).

Los datos obtenidos fueron sistematizados usando el SPSS Statistics 20 I ogrado obtener los siguientes resultados:

- El nivel de conocimientos de los pacientes con diabetes mellitus tipo II que asisten al Programa Diabetes Mellitus Hospital Essalud - I La Merced es de regular a alta.
- La edad promedio de los pacientes con diabetes mellitus tipo II que acuden al programa es de 40 a 60 años, con grado de instrucción secundario, se observa predominio del sexo femenino, de ocupación

empleado.

- La complicación que más preocupa a los pacientes con diabetes Mellitus tipo II que acuden al programa es amputación y problemas de los pies.
- La relación entre el nivel de conocimientos y el autocuidado de paciente con diabetes mellitus II es alta.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus tipo II es una enfermedad crónica que reviste especial importancia no sólo por constituir las primeras causas de morbilidad, sino por las dificultades que enfrenta el paciente diabético para llevar a cabo el tratamiento; control metabólico y prevención de múltiples complicaciones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) calcula que el número de personas con diabetes mellitus en el mundo es de 171 millones y pronostica que aumentará a 366 millones en el año 2030.

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

población con diabetes son Brasil (4,5 millones), seguido de Argentina (1,4 millones), Colombia, Perú y Venezuela. La mortalidad a los 10 años es del 39 al 68 %. La diabetes es la primera causa de insuficiencia renal; en los países occidentales este trastorno afecta a 4 de cada 10 mil personas y cerca de 40% de las personas con diabetes insulino dependientes. Una de las cuatro causas mayores de ceguera en Estados Unidos es la retinopatía diabética, primera causa de ceguera en pacientes entre 20 y 70 años de edad.

Según la Asociación Americana de Diabetes (*American Diabetes Association*) (ADA) y la Federación Internacional de Diabetes (FID) en el 2011 reportaron 366 millones de personas que tienen diabetes; para el 2030, esta cifra habrá aumentado hasta alcanzar los 552 millones; asimismo 183 millones (que equivalen al 50%) de personas están sin diagnosticar y ha causado 4,6 millones de muertes en el 2011. (3)

Según el estudio PERUDIAB 2012 realizado en 1677 hogares a nivel nacional, representativo de más de 10 millones de adultos mayores de 25 años, ha encontrado una prevalencia de 7 % de diabetes mellitus y 23 % de hiperglucemia de ayuno / (prediabetes). (2)

A nivel nacional, la diabetes mellitus afecta a más de un millón de peruanos y menos de la mitad han sido diagnosticados, siendo las mujeres quienes encabezan la lista de afectados con un total de 27 453 casos registrados, mientras que los varones suman 14 148; asimismo Piura y Lima son los más afectados (2,5%). Esta situación también se ve de manera concreta en el Hospital - I Essalud – La Merced, donde según la oficina de estadística e informática durante enero a diciembre del 2014, se han registrado 269 casos de diabetes respectivamente, identificados en el programa de diabetes. (4)(5)

Existen dos factores que predisponen el desarrollo de diabetes: uno de

ellos es la herencia, el segundo factor asociado es la obesidad, ya que el 80% de las personas con diabetes mellitus tipo 2 están excedidas de peso, que en una persona con índice de masa corporal normal constituye un 5%, mientras que en una con sobrepeso condiciona a un 50% de desarrollar diabetes. (6) (7)

Considerando a la prevención importante por ser la piedra angular del autocuidado, es fundamental enfatizar estas consideraciones para contribuir a la concientización del usuario y así poder afrontar su enfermedad disminuyendo las complicaciones diabéticas. Después de esta información estadística, cabe mencionar que las complicaciones diabéticas implican un problema relevante en la calidad de vida del usuario y que el autocuidado está limitado a centrarse básicamente en aspectos del tratamiento, descuidando el aspecto preventivo. La participación de la enfermera en la educación es indispensable para que el usuario diagnosticado con diabetes mellitus sea capaz de participar activamente en su autocuidado. Es necesaria para el mantenimiento de la vida y la salud. Gracias a la presencia de la enfermera las personas adquieren un mayor conocimiento para prevenir las complicaciones diabéticas.

Por todo lo antes mencionado y durante la labor diaria me he visto motivada por investigar sobre el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado en los adultos con diabetes, formulando la siguiente interrogante:

¿En qué medida el nivel de conocimiento se relaciona con la práctica de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus Tipo II del programa diabetes mellitus del Hospital Essalud - I La Merced junio - agosto 2015?

B. OBJETIVOS

1. GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento y su relación con la práctica de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II programa diabetes mellitus Hospital Essalud I La Merced junio - agosto 2015.

2. OBJETIVO ESPECÍFICO

- a. Caracterizar en el aspecto socio demográfico de los pacientes con diabetes mellitus Tipo II.
- b. Identificar el nivel de conocimiento de los pacientes con diabetes mellitus II.
- c. Identificar la práctica de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo II en las subcategorías de control médico, dieta, ejercicios, cuidados de los pies, control oftalmológico.
- d. Identificar la relación existente entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado.

C. HIPÓTESIS

H1: A mayor nivel de conocimiento mejor práctica de autocuidado en el paciente con diabetes mellitus tipo II.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES

BACA, B. (2010) México, encontró en su estudio “Nivel de conocimientos del diabético sobre su autocuidado”, en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna y cirugía del Hospital General Regional No. 1 de Culiacán Sinaloa, que de 94 pacientes diabéticos hospitalizados el 56% eran del sexo masculino, con un promedio de 60 años de edad con una desviación estándar de $+ - 12.36$, y que el nivel de conocimiento del diabético sobre su autocuidado fue insuficiente en un 79 %. (8)

MAQUI, D. y VARGAS, C. (2010). Perú - Trujillo. Determinaron que, de un total de 128 pacientes en su estudio sobre el conocimiento y autocuidado en adultos diabéticos del Hospital Belén de Trujillo, de los que tuvieron un nivel de conocimiento deficiente, el 60.3% tuvo autocuidado regular y el 39.7% autocuidado bueno. De los pacientes con nivel regular de conocimientos, el 42.1% tuvo autocuidado

regular y un 57.9% autocuidado bueno; y con nivel bueno de conocimientos, el 25% tuvo autocuidado regular y el 75% restante su nivel de autocuidado fue bueno. (9)

HERNÁNDEZ, D. (2011) Guatemala, en su estudio realizado sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado de los pacientes diabéticos de 40 a 60 años que asisten a la consulta externa del Hospital Nacional de Amatlán encontró que el 4% de pacientes diabéticos de 40 a 60 años entrevistados conoce la definición de la diabetes mellitus mientras que el 96% no posee dicho conocimiento. Así mismo es preocupante que un 27% desconoce los alimentos que no puede consumir una persona diabética. Y un 51% desconoce los ejercicios físicos que debe realizar. La carencia de este conocimiento vuelve a este grupo de pacientes en un grupo de riesgo para sufrir complicaciones agudas o crónicas inherentes a la enfermedad.

El 83% de pacientes encuestados demuestra una actitud no favorable para realizar los cuidados necesarios de la piel, pies y uñas diariamente, resaltando entre las respuestas desinterés, falta de tiempo y desconocimiento así mismo existe un 59% de pacientes que no se interesa por utilizar el calzado adecuado para una persona diabética, un 44% de pacientes encuestados se esfuerza por cumplir con las citas establecidas para su chequeo médico control de glicemia. Convirtiéndose en una población expuesta a sufrir complicaciones como, por ejemplo: pie diabético, hiperglucemia e hipoglucemia y hasta la muerte. (10)

COMPEÁN, I. (2010) México, al analizar las conductas de autocuidado y su relación con indicadores de salud, representados por el control de la glucemia, perfil de lípidos, IMC, circunferencia de cintura y porcentaje de grasa corporal, en una muestra aleatoria de 98 adultos registrados en una clínica de primer nivel de atención en una zona urbana de Nuevo León México, se obtuvo que los adultos con

diabetes tipo 2 tienen un autocuidado general bajo en la alimentación, ejercicio y monitoreo de glucosa, un control pobre de la glucemia y una alta prevalencia de obesidad/ sobrepeso. A las mejores conductas de autocuidado generales les correspondió mejores indicadores de salud, como mejor hemoglobina glucosilada, IMC bajo y menos grasa corporal, esto influenciado por el género. En el caso los factores del autocuidado, un mejor control de la dieta significó un menor porcentaje de grasa corporal, influenciado por el género y por haber comprendido los conceptos sobre diabetes. (11)

MÉNDEZ, C. y MONTERO, F. (2012). Perú – Trujillo, encontraron que un porcentaje de 54.9 % de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Belén de Trujillo, presentó un nivel de autocuidado bueno, un porcentaje de 38.5% presentó un nivel de autocuidado regular y porcentaje de 6.6% nivel de autocuidado malo. (7)

HERRERA, A.; ANDRADE, Y.; HERNÁNDEZ, O. (2012) Colombia-Cartagena. Obtuvieron que, al valorar la capacidad de agencia de autocuidado, el 73,8 % de los pacientes obtuvieron una calificación muy buena, por lo tanto, el apoyo social recibido por los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y las prácticas de higiene personal y del entorno, el conocimiento y la adherencia a la dieta, permiten a los pacientes una buena capacidad de agencia de autocuidado. Predominó el sexo femenino (68,4 %); la unión libre (59,1 %); escolaridad (50,6 % con básica primaria); bajos ingresos económicos (menos de un salario mínimo mensual vigente, 34,7 %). Concluyendo que el apoyo social recibido por los pacientes con diabetes Mellitus Tipo 2 y las prácticas de higiene personal y del entorno, el conocimiento y la adherencia a la dieta, permiten a los pacientes una buena capacidad de agencia de autocuidado. (12)

MALCA, G. y QUILCATE, P. (2012) Guadalupe. Al estudiar acerca de factores demográficos y la práctica de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus en el Hospital Tomás La Fora de

Guadalupe, encontraron que el mayor porcentaje (55%) de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentó un nivel de autocuidado bueno, un porcentaje de (37%) presentó un nivel de autocuidado regular y un porcentaje de (8%) presentó un nivel de autocuidado malo. (13)

ALAYO, I. y HORNA, J. (2013) Perú – Trujillo, al determinar el nivel de conocimiento y su relación con la práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2, en el Hospital I Florencia de Mora - Essalud, observó que el 88.1% tiene un nivel de conocimiento bueno, el 11.9% regular y el 0% deficiente; un 85.7% tienen práctica de autocuidado bueno, el 14.3% regular y un 0% malo. Concluyendo que existe relación altamente significativa entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado. (14)

CONTRERAS, A.; HERNÁNDEZ, C.; CASTRO, M.; NAVARRO, L. (2013) Colombia, observaron que con respecto a la capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa en Sincelejo, Colombia el 81.48% de los pacientes con diabetes Mellitus asumen labores del hogar y trabajos informales. El 88.89% se ubicó en la categoría de regular capacidad de autocuidado, con predominio de esta en cada una de las dimensiones con medias aritméticas entre 2.70 a 3.33, y se encontraron marcadas deficiencia en los aspectos de actividad y descanso, bienestar personal y modificación de hábitos alimenticios, es decir se evidenciaron dificultades en los aspectos relacionados con apoyo social, bienestar personal, ejercicios, soporte educativo, consumo de alimentos afrontamiento de situaciones problemáticas; por ello es necesario implementar modelos de atención integral que permitan mejorar la interacción del personal de salud con los pacientes y fortalecer la capacidad de autocuidado.(15)

Estas cifras son alarmantes debido a los inadecuados estilos de vida de las personas, que conllevan a desarrollar la enfermedad, El

desconocimiento de la práctica del cuidado de sí mismo es la causa principal para que el paciente con diabetes demuestre una actitud negativa ante las complicaciones inherentes a la enfermedad. En el paciente con diabetes el cambio de los estilos de vida es muy importante porque ayuda a controlar la enfermedad. Siendo el autocuidado una estrategia para las personas con la finalidad de obtener una mejor calidad de vida.

B. BASE TEÓRICA

ENFOQUE ETIMOLÓGICO

El término diabetes mellitus tiene su origen en dos palabras griegas. Diabétes, que deriva del verbo diabaíno que significa *caminar o que transita o que pasa*. Fue utilizado por primera vez por Thomas Willis en 1674, haciendo referencia a la excesiva expulsión de orina que experimenta el diabético. Mellitus, por su parte, significa miel y se refiere a cierto sabor dulzón que presenta la orina de la persona que padece esta enfermedad.

ENFOQUE FENOMENOLÓGICO

Según un sondeo se puede evidenciar que a través de la experiencia por parte de los pacientes con DM 2 se manifiesta que:

- Temen por las complicaciones que pueden tener. Como en Heidegger el aproximarse de lo nocivo se aproxima dentro de la proximidad, los pacientes se encuentran más próximos de las complicaciones de la enfermedad que los no diabéticos.
- Culpan a sus familiares por haber sido un legado la enfermedad.
- Son vigilados por sus familiares en cuanto a su dieta y la toma de medicamentos. En Heidegger, es el existir angustiado que permite

al humano oír la voz de la conciencia.

- Sus familiares logran aceptar la enfermedad.

A partir de las experiencias vividas, intentamos desvelar el modo de ser de los que discursaron utilizando el pensamiento de Martín Heidegger expreso en la obra Ser y Tiempo. Este pensador llama deóntico, lo que puede ser aprehendido de forma inmediata y, como tal, se constituye en una comprensión vaga y común. De esta forma, no permite acceder al modo de ser de aquel que discursa, pues este acceso sólo acontecerá por la aprehensión de lo ontológico, o sea, de lo que está velado en lo óntico.

El descubrimiento del modo de ser de los pacientes con diabéticos permite la comprensión de sus experiencias vividas. No obstante, esta comprensión nunca será plena, pues en cuanto concreta, histórica y relativa a la existencia, es siempre inagotable.

ENFOQUE EPIDEMIOLÓGICO

La prevalencia global de la diabetes mellitus (DM) está aumentando rápidamente como resultado del envejecimiento de la población, la urbanización y los cambios asociados al estilo de vida. Permanece como una causa importante de morbilidad y mortalidad prematura en todo el mundo. En el año 2012, la Federación Internacional de Diabetes (IFD, por sus siglas en inglés estimó que más de 371 millones de personas vivían con dicha enfermedad y que 4.8 millones de personas mueren a causa de la misma. Por otro lado, a nivel mundial se estima que para el año 2030 el número de personas diabéticas se incremente a 439 millones, lo que representa el 7.7% de la población adulta (de 20 a 79 años de edad) del mundo.

Desde el inicio de la vigilancia epidemiológica de diabetes al I semestre de 2013 se han registrado 5001 casos de diabetes, en 16 hospitales (seis de ellos en Lima) y en una clínica privada de Lima.

Entre enero y junio de 2013, se han registrado 928 casos, esto representa el 18,6 % de los casos registrados desde el inicio del piloto y el 24,2 % de los casos registrados el año 2012.

ASPECTOS GENERALES

Según la fisiología de la diabetes mellitus, la insulina es secretada por las células beta, uno de los cuatro tipos de células de los islotes de Langerhans del páncreas; es una hormona anabólica o de almacenamiento, que tiene los siguientes efectos: transporta y metaboliza la glucosa para la obtención de energía, estimula el almacenamiento de glucosa en hígado y músculos (en forma de glucógeno) ya que el hígado libera glucosa estimulando el almacenamiento de la grasa dietaría en el tejido adiposo y acelera el transporte de aminoácidos (derivados de las proteínas dietarías) a las células y con las comidas, la secreción de insulina aumenta y hace que la glucosa pase de la circulación a músculos, hígado y adipocitos. (5) (25)

En cuanto al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, la dieta y el ejercicio no son del todo suficientes para regular los niveles elevados de glicemia, por lo cual requieren ser tratados con hipoglucemiantes orales, cuyo objetivo es disminuir los niveles de glucosa en sangre; así mismo es importante que el paciente tenga el compromiso de su autocuidado mediante el control periódico de su glicemia con aparatos especiales y/o análisis de laboratorio; así los valores normales de glucosa en sangre se estiman como normales entre 70 a 100 mg/dl. (1) (4)

Actualmente la diabetes es imposible de curar por lo que debe reconocerse la importancia de un control y cuidados generales sostenidos durante toda la vida; por consiguiente, es necesario un tratamiento especial; los pacientes tienen que aprender a equilibrar una variedad de factores en el que deben de incorporar, a su estilo

personal de vida, muchas medidas preventivas para evitar su progresión y complicaciones a corto o largo plazo. (4) (22)

La duración de la enfermedad y el mal control del metabolismo influyen directamente en la aparición de complicaciones, un 20 – 30 % de los pacientes con diabetes mellitus que conocen su enfermedad no cumplen ningún tipo de tratamiento y el 68% de los casos se diagnostican de forma casual, generalmente a consecuencia de manifestaciones clínicas de alguna complicación crónica, las cuales son: microvasculares como: retinopatía, nefropatía, neuropatía y en las macrovasculares tenemos: aterosclerosis, arteriopatía coronaria y pie diabético.(10)

El desconocimiento de las prácticas del cuidado de sí mismo es la causa principal para que el paciente con diabetes demuestre una actitud negativa ante las complicaciones inherentes a la enfermedad. En el paciente con diabetes el cambio de los estilos de vida es muy importante porque ayuda a controlar la enfermedad. (19)

El estilo de vida en la actualidad se ve como una determinante de la salud y se refiere al conjunto de patrones de conducta escogidas a partir de las alternativas que están disponibles a la persona y caracterizan su forma de vivir, el estilo de vida es un producto de la historia del individuo. Es decir, un aprendizaje de su medio familiar y social. (26)

La persona con diabetes mellitus debe ser consciente y estar muy informada sobre esta enfermedad. El conocimiento y la información son recursos poderosos, son un buen punto de partida para el desenvolvimiento humano, se requiere convertir este conocimiento en una convicción, que sea defendido, practicado y se asuma con toda responsabilidad. (5) (16)

El aprender significa tener conocimiento de algo, así tenemos a

Kaplan (1964), quien dice que “El conocimiento es una información esencial, adquirida de diferentes maneras, que se espera que sea una reflexión exhaustiva de la realidad, que se incorpora y se usa para dirigir las acciones de una persona”. (19)

Asimismo, Piaget (2001), en su teoría plantea que el conocimiento es el resultado de la interacción entre el sujeto y la realidad que lo rodea. Al actuar sobre la realidad se la incorpora, la asimila y la modifica, pero al mismo tiempo se modifica el mismo, pues aumenta su conocimiento y las anticipaciones que pueda hacer y su conducta se va enriqueciendo constantemente. Esto supone que el sujeto es siempre activo en la formación del conocimiento y que no se limita a recoger o reflejar lo que está en el exterior. El conocimiento es siempre una construcción que el sujeto realiza partiendo de los elementos de que dispone. (24) (33)

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

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

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

recibir educación, enseñanza y orientación. (19)

En ese sentido un nivel elevado de conocimiento sobre la salud, permite una mayor capacidad para entender y procesar el material relacionado con el cuidado de la salud y los servicios necesarios para tomar decisiones adecuadas sobre el cuidado de ésta. Mientras que las personas con un nivel bajo o deficiente de conocimiento sobre salud tendrán más dificultades para desenvolverse en su vida cotidiana. (7)

Por lo tanto, los pacientes con diabetes, se ven en la necesidad de valorar no solo el conocimiento sino también el autocuidado, ya que deben de ser capaces de utilizar un sistema de autocuidado, en donde los conocimientos que obtuvieron acerca de su enfermedad puedan ser aplicados en beneficio de su propio autocuidado, ya sea controlando su salud y/o previniendo las complicaciones. (6)

Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus constituye un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por niveles elevados de glucosa en la sangre (hiperglucemia) ocasionados por defectos de secreción o la acción de la insulina, o ambas.

Fisiología y fisiopatología de la diabetes

La insulina es secretada por las células beta, uno de los cuatro tipos de células de los islotes de Langerhans del páncreas. La insulina es una hormona anabólica o de almacenamiento. Con las comidas, la secreción de insulina aumenta y hace que la glucosa pase de la circulación a músculos, hígado y adipocitos. En estas células la insulina tiene los siguientes efectos: transporta y metaboliza la glucosa para la obtención de energía, estimula el almacenamiento de glucosa en el hígado y músculos (glucógeno), indica al hígado que deje de liberar glucosa, estimula el almacenamiento de la grasa

dietaría en el tejido adipocito, acelera el transporte de aminoácidos (proteínas dietarias) a las células.

Clasificación

Hay varios tipos de diabetes mellitus que difieren en cuanto a causa, curso clínico, y tratamiento. Las principales son las siguientes:

- Tipo 1.
- Tipo 2.
- Diabetes mellitus gestacional.
- Diabetes mellitus relacionadas con otros padecimientos o síndromes.

Diabetes Mellitus tipo II

Es un trastorno metabólico caracterizado por la deficiencia relativa de la producción de insulina, así como menor acción y mayor resistencia a la misma.

Antes se denominaba diabetes no insulino dependiente, del adulto o tipo 2. La resistencia insulínica es la disminución de la sensibilidad de los tejidos a la insulina. En condiciones normales, la insulina se fija a los receptores especiales de la superficie de la célula e inicia una serie de reacciones implicadas en el metabolismo de la glucosa. En la diabetes tipo 2, tales reacciones intracelulares disminuyen y la insulina es menos efectiva para estimular la captación por los tejidos y para regular la liberación de glucosa por el hígado. No se conoce el mecanismo exacto que conduce a la resistencia a la insulina y a la secreción deficiente de ésta en la diabetes tipo 2, aunque se cree que factores genéticos son parte de este proceso. (22)

Diagnóstico de la diabetes mellitus tipo II

Para el diagnóstico de la diabetes mellitus se puede utilizar cualquiera de los siguientes criterios:

- Síntomas de diabetes más una glucemia casual medida en plasma venoso sea igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l). Casual se define como cualquier hora del día sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida. Los síntomas clásicos de diabetes incluyen poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso.
- Glucemia en ayuna medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 126 mg/dl (7 mmol/l). En ayunas se define como un periodo sin ingesta calórica de por lo menos ocho horas.
- Glucemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l) dos horas después de una carga de glucosa durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG). (23)

Manifestaciones clínicas de la diabetes mellitus tipo II

- Poliuria (incremento de la micción).
- Polidipsia (incremento de la sed) resultado de la pérdida excesiva de líquidos relacionada con la diuresis osmótica.
- Polifagia (incremento del apetito) como resultado del estado catabólico inducido por la deficiencia de insulina y la degradación de proteínas y grasas.
- Fatiga.
- Debilidad.
- Cambios visuales repentinos.

- Hormigueo o parestesias en manos y pies.

Tratamiento de la diabetes mellitus tipo II

- Tratamiento no farmacológico. El tratamiento no farmacológico comprende tres aspectos básicos: plan de alimentación, ejercicio físico y hábitos saludables.
- Tratamiento con antidiabéticos orales. Se debe iniciar tratamiento farmacológico con antidiabéticos en toda persona con diabetes tipo 2 que no haya alcanzado las metas de buen control glucémico con los cambios terapéuticos en el estilo de vida.
- Insulinoterapia. Toda persona con diabetes mellitus tipo 2 requiere insulina para el manejo de la descompensación metabólica severa causada por enfermedad intercurrente. Se entiende por enfermedad intercurrente toda patología aguda que presenta la persona con diabetes y que no sea causada por su problema base. Usualmente este paciente se encuentra clínicamente inestable requiere manejo intrahospitalario.

Complicaciones agudas severas de la diabetes mellitus tipo 2:

Las complicaciones agudas de la diabetes se refieren a la hipoglucemia y a la hiperglucemia o síndrome hipoglucémico hiperosmolar no cetosico.

Hipoglucemia.

La hipoglucemia (concentración anormalmente baja de glucosa en sangre) se presenta cuando los niveles de glucosa en sangre son menores de 50 a 60 mg/ml (2.7 a 3.3 mmol/L).

- La hipoglucemia severa en la persona con diabetes mellitus tipo 2 es más frecuente cuando se busca un control un control estricto

de la glucemia, sobre todo en los que reciben sulfonilurias o se aplican insulina.

- El aumento en la frecuencia de hipoglucemias puede indicar el comienzo o empeoramiento de una falla renal que tiende a prolongar la vida media de la insulina circulante.
- Hay situaciones que aumentan el riesgo de hipoglucemia en la persona con diabetes mellitus tipo 2.
- Retrasar u omitir una comida.
- Beber alcohol en exceso o sin ingerir alimentos simultáneamente.
- Hacer ejercicio intenso sin haber ingerido una colación apropiada.
- Equivocarse en la dosis del hipoglucemiante como le puede ocurrir a personas de edad avanzada que olvidan si ya tomaron la medicina o que no ven bien la dosis de la insulina, etc.

Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo II:

Las categorías generales de las complicaciones crónicas de la diabetes son enfermedad macrovascular, enfermedad microvascular, neuropatía diabética, pie diabético.

Complicaciones macrovasculares

Resultan de cambios en los vasos sanguíneos medianos a grandes cuyas paredes se engruesan, esclerosan y ocluyen por placas; a la larga, el flujo de sangre se bloquea. La arteriopatía coronaria, la enfermedad cerebro vascular y la enfermedad vascular periférica son los tres tipos principales de complicaciones macrovasculares más frecuentes en la población de diabéticos.

Complicaciones microvasculares

Se caracteriza por engrosamiento de las membranas basales de los capilares que rodean a las células capilares endoteliales. Dos áreas afectadas por estos cambios son la retina y el riñón entre las enfermedades que se presentan:

Retinopatía diabética

Es causada por cambios en los pequeños vasos sanguíneos de la retina, sino es diagnosticada a tiempo puede llegar a la ceguera; se pueden presentar signos como microaneurismas, hemorragias introretinianas.

Nefropatía diabética

Poco después de que se inicia la diabetes, aumenta el índice de filtración glomerular. La composición molecular de la membrana basal de los capilares renales (glomérulos) tiene estructuras que sirven como un filtro selectivo o semipermeable, esta membrana se engruesa como resultado de la hiperglucemia crónica y se vuelve permeable, con lo que se pierden proteínas plasmáticas en la orina. Si hay hiperglucemia, el mecanismo de acción renal se ve sometido a esfuerzo adicional, aumenta la presión de los vasos sanguíneos renales y esto sirve como estímulo para la aparición de nefropatía.

Neuropatía diabética

Abarca el grupo de enfermedades que afectan a todos los tipos de nervios tales como periféricos, autónomos y centrales. Puede haber engrosamiento de la membrana basal capilar y cierre de los capilares, también desmielinización nerviosa.

- Polineuropatía o neuropatía periférica: Afecta las extremidades inferiores; entre los síntomas iniciales que presentan son parestesias (sensación de hormigueo o prurito) y sensación de

quemadura en la noche, al progresar la neuropatía los pies se vuelven insensibles.

- Neuropatía autónoma: La neuropatía del sistema nervioso autónomo produce una amplia gama de disfunciones que afectan casi todo órgano y sistema del organismo. Tres manifestaciones de la neuropatía autonómica están relacionadas con los sistemas cardiovascular, gastrointestinal y renal.

Pie diabético

El síndrome de pie diabético es definido por la OMS como la ulceración, infección y/o gangrena del pie asociado a neuropatía diabética y diferentes grados de enfermedad arterial periférica siendo el resultado de la interacción compleja de diferentes factores. El pie diabético a su vez se constituye en el principal factor de riesgo para la amputación de la extremidad.

Etiopatogenia

En el pie diabético intervienen varios factores: polineuropatía, enfermedad vascular periférica y déficits inmunológicos. La polineuropatía está implicada en el 80% de las úlceras. El déficit sensorial hace que el pie sea insensible ante estímulos dolorosos y propensos a lesionarse. La afectación autonómica provoca una pérdida de sudoración, volviendo los pies más secos y con tendencia al hiperqueratosis. La neuropatía motora provoca atrofia muscular y adelgazamiento de la almohadilla grasa que está bajo los metatarsianos. Se producen deformidades de los dedos y de los pies, provocando zonas de alta presión donde inicialmente se origina hiperqueratosis, y si los factores locales siguen incidiendo, terminará por aparecer una úlcera. Las úlceras neuropáticas tienen una localización predominante plantar. (24)

Factores de riesgo para el pie diabético

Se produce como consecuencia de la asociación de uno o más de los siguientes componentes:

- Neuropatía periférica.
- Infección, enfermedad vascular periférica.
- Trauma.
- Alteraciones de la biomecánica del pie.

Síntomas y Signos

Según la clasificación de los grados de severidad del pie diabético de acuerdo con la escala de Wagner:

- Grado 0: Pie en riesgo por presencia de enfermedad vascular periférica, neuropatía, deformidades ortopédicas, pérdida de la visión, nefropatía, edad avanzada.
- Grado 1. Úlcera superficial.
- Grado 2. Úlcera profunda que llega a tendón, ligamento, articulaciones y /o hueso.
- Grado 3. Infección localizada: celulitis, absceso, osteomielitis.
- Grado 4. Gangrena local.
- Grado 5. Gangrena extensa.

Prácticas de autocuidado en el paciente diabético tipo II:

El paciente diabético debe realizar diversos cuidados tales como cumplir con su cuidado farmacológico, dietético, ejercicios, higiénicos

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

Educación al paciente diabético

Tiene por objetivo brindar conocimientos y destrezas que permiten al paciente diabético participar en su autocuidado colaborando de esa manera permanentemente con el equipo de salud que lo atiende. La educación se puede impartir de manera individual o en grupo. La educación individual se inicia en la primera consulta, se le debe explicar al paciente cuales son las características de la enfermedad que le aqueja, las pautas alimentarias y medicamentosas, se hablará acerca de la importancia del autocuidado, el peligro de los pies, cuidado de los ojos, control de la presión arterial ventajas del ejercicio físico; debe ser permanente en todas las consultas que asiste el paciente. También en la consulta se debe enfatizar el aspecto emocional del paciente respecto de su enfermedad ya que este se ve muy afectado. (16)

Control Médico

Anualmente debe realizarse una anamnesis, una exploración física completa y una determinación analítica, para valorar la existencia de complicaciones. Cada seis meses o un año, debe realizarse una valoración de los objetivos de control y del plan terapéutico y adaptarlo si es preciso. La periodicidad de las actividades a realizar con el paciente diabético semestral y anualmente es: peso, índice de masa corporal, control de los signos vitales, control de hemoglobina glucosilada y anualmente perfil lipídico, análisis de creatinina, evaluación de fondo de ojo, exploración de los pies, electrocardiograma. Las visitas se programarán en función del grado

de control metabólico, las necesidades del proceso educativo y el tiempo de evolución de la diabetes. Tras el diagnóstico, cada dos semanas hasta ajustar el tratamiento y desarrollar el programa básico de educación. La insulinización requiere una frecuencia diaria de visitas durante la primera semana. Después del primer año de diagnóstico, en diabéticos estables o sin cambios en el tratamiento, se efectuarán las visitas con la siguiente frecuencia: Una o dos visitas médicas al año; tres o cuatro visitas de enfermería al año, que incluyan intervención educativa. (16)

Cuidado dietético

Tiene por objetivo mantener el nivel de la glucosa normal, o lo más cerca de lo normal durante todo el día. Mantener el nivel de colesterol, triglicéridos y lípidos, sobre todo el nivel de LDL (lipoproteína de baja densidad) dentro de los límites normales ya que la elevación de los lípidos constituye factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. Mantener el peso corporal, el llamado “peso ideal”.

El plan de alimentación del diabético debe enfocarse en el porcentaje de calorías provenientes de carbohidratos, proteínas y grasas. Debe ser personalizado y adaptado a las condiciones de vida del paciente. Cada individuo debe recibir instrucciones dietéticas de acuerdo con su edad, sexo, estado metabólico, situación biológica (embarazo, etcétera), actividad física, enfermedades intercurrentes, hábitos socioculturales, situación económica y disponibilidad de los alimentos en su lugar de origen.

Debe ser fraccionado. Los alimentos se distribuirán en cinco a seis porciones diarias de la siguiente forma: desayuno, colación o merienda, almuerzo, colación o merienda, comida o cena y colación nocturna (ésta última para pacientes que se aplican insulina en la noche). Con el fraccionamiento mejora la adherencia a la dieta, se reducen los picos glucémicos postprandiales, y resulta especialmente

útil en los pacientes en insulinoterapia.

La sal deberá consumirse en cantidad moderada (seis a ocho gramos) y sólo restringirse cuando existan enfermedades concomitantes (hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal)

No es recomendable el uso habitual de bebidas alcohólicas (precaución).

Cuando se consuman, deben siempre ir acompañadas de algún alimento, ya que el exceso de alcohol puede producir hipoglucemia en personas que utilizan hipoglucemiantes orales o insulina. Está contraindicado en personas con hipertrigliceridemia. Las infusiones como café, té, aromáticas y mate no tienen valor calórico intrínseco y pueden consumirse libremente. Los jugos tienen un valor calórico considerable y su consumo se debe tener en cuenta para no exceder los requerimientos nutricionales diarios.

Es preferible que se consuma la fruta completa en lugar del jugo (recomendación D). Los jugos pueden tomarse como sobremesa, pero nunca para calmar la sed. La sed indica generalmente deshidratación cuya principal causa en una persona con diabetes es hiperglucemia. En estos casos se debe preferir el agua. Las bebidas energéticas contienen.

Es recomendable el consumo de alimentos ricos en fibra soluble. Dietas con alto contenido de fibra especialmente soluble (50 g/día) mejoran el control glucémico, reducen la hiperinsulinemia y reducen los niveles de lípidos.

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

La mayor ingesta de carbohidratos complejos tales como pan integral, cereales, arroz y pastas; porque se digieren más rápido que otros

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

Ejercicio físico

En 1991 la Asociación Norteamericana de diabetes reconoció al ejercicio físico como parte importante en el tratamiento de la diabetes mellitus. El ejercicio es importante para el tratamiento de la diabetes debido a que disminuye los niveles de glucosa en sangre, así como los factores de riesgo cardiovascular. El ejercicio logra disminuir la glucemia al aumentar la captación de glucosa por los músculos y mejorar la utilización de la insulina.

El ejercicio es planeado, estructurado y repetitivo. Debe cumplir con las siguientes metas:

- A corto plazo, cambiar el hábito sedentario, mediante caminatas diarias al ritmo del paciente.
- A mediano plazo, la frecuencia mínima deberá ser tres veces por

semana en días alternos, con una duración mínima de 30 minutos cada vez.

- A largo plazo, aumento en frecuencia e intensidad, conservando las etapas de calentamiento, mantenimiento y enfriamiento. Se recomienda el ejercicio aeróbico (caminar, trotar, nadar, ciclismo, etc.

Efectos generales del ejercicio

- Hiper respiración (oxigenación).
- Aumento de la función cardiovascular.
- Aumento del flujo circulatorio macro y micro vascular.
- Mejora el perfil de lípidos disminuyendo los triglicéridos y el colesterol (LDL).
- Aumenta el gasto energético.
- Sensación de bienestar general.
- Control de peso.
- Mejora la presión arterial.

Efectos endocrinológicos

- Disminución de los niveles de insulina.
- Disminución de los niveles de glucosa por un consumo extraordinario de glucosa por el tejido muscular.
- Aumento de la proteína ligadora del factor de crecimiento insulínico.
- Mejora la sensibilidad de los tejidos a la insulina.

El ejercicio intenso o el deporte competitivo requieren de medidas preventivas, así:

- Evaluación del estado cardiovascular en pacientes mayores de 30 años o con diabetes de más de diez años de evolución (hay riesgos mayores en caso de existir retinopatía, neuropatía autonómica y otras).
- Las personas insulino requirentes, por el riesgo de hipoglucemia, deben consumir una colación rica en carbohidratos complejos antes de iniciar el deporte y tener a su disposición una bebida azucarada.

Eventualmente el médico indicará un ajuste de la dosis de insulina.

- No se recomiendan los ejercicios de alto riesgo donde el paciente no puede recibir auxilio de inmediato.
- Debe hacerse énfasis en la revisión de los pies antes de cada actividad física.
- Está contraindicado la actividad física en pacientes descompensados.

Cuidado de los pies

Incluye aseo adecuado, secado, lubricación Brunner (17), menciona que también se deben revisar los pies diariamente en busca de cualquier signo de enrojecimiento, ampollas, fisuras, callosidades, úlceras; se puede utilizar un espejo para revisar la planta de los pies o pedir a un miembro de la familia que lo haga. No andar descalzo, ni siquiera en casa. Si se tiene la piel seca, se debe untar crema lubricante después de lavarse los pies y secarlos. No se debe poner crema lubricante entre los dedos de los pies. Se debe cortar las uñas de los pies una vez por semana, cuando estén suaves después del baño, el corte de uñas debe ser recta siguiendo el contorno del dedo y

procurando que no queden demasiado cortas. No cortar las orillas porque podría cortarse la piel. Si las esquinas quedan filosas, pueden causar una herida que puede infectarse. Limarse las uñas con una lima de cartón. Siempre use zapatos o pantuflas. No ande descalzo, ni siquiera en casa.

Cuidado Oftalmológico

Se debe consultar frecuentemente al oftalmólogo, porque permite el diagnóstico precoz de retinopatía. Mínimo una vez cada año, se debe hacer el examen de los ojos aun cuando no se tenga problemas de la vista, para detectar lo antes posible las complicaciones y tratarlas inmediatamente y evitar problemas graves . (16)

Autocuidado de la diabetes mellitus

Teniendo en cuenta que el autocuidado es la aplicación ideal de una base de conocimientos para elevar la calidad de vida de las personas, se cita a Dorotea Orem en su Teoría del Autocuidado; en la cual se plantean los requisitos fundamentales para mantener un óptimo estado de salud. El Autocuidado, como concepto básico de ésta teoría, es una actividad aprendida por todos los individuos durante la vida, con el fin de controlar los factores que afectan el propio desarrollo. (25) (26)

El autocuidado significa cuidarse uno mismo a través de las acciones que se realizan en beneficio de la propia salud. Enfermería enfoca holísticamente al ser humano para los cuidados de la salud, y vela por la recuperación, rehabilitación, prevención de las enfermedades de todos los usuarios, familia y comunidad, a través de la promoción utilizando como herramienta principal la educación en salud. (27)

El ser humano debe estar en la capacidad de comprender la

importancia del autocuidado para el mantenimiento de su salud, él es quien elige si desea autocuidarse y tomar las respectivas decisiones para realizar acciones que contribuyan al bienestar consigo mismo, con los otros y con su entorno. (29)

Según Orem, “la práctica de autocuidado ante situaciones de enfermedad se hace muy variable de una persona a otra, puesto que dependerá de muchas influencias, como el nivel de información de los grupos sociales, lo que predispone a la falta de control en el manejo de la enfermedad y poco interés en la prevención de posibles complicaciones”. (26) (29)

En enfermería el concepto de autocuidado fue introducido por medio de la teoría de déficit de autocuidado de Orem; para esta autora, los humanos se distinguen de otros seres vivos por su capacidad de reflexión sobre sí mismos y sobre su ambiente. De este modo, define el autocuidado como la práctica de actividades que los individuos realizan personalmente a favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar. Además, evalúa la capacidad del paciente con relación al mantenimiento de la salud y la forma de enfrentar la enfermedad y sus secuelas. El profesional, haciendo uso de la educación, incrementa los comportamientos de autocuidado y motiva al paciente a asumir su propia responsabilidad en este aspecto. (8)

El personal de enfermería con la población de pacientes con diabetes, tiene énfasis en el autocuidado enfocando a la prevención de complicaciones y manejo de la enfermedad, y en donde el reto del autocuidado es tomar decisiones y seleccionar opciones con relación a temas como, dieta, descanso, actividad física, síntomas, la medicación, monitoreo, decisiones sobre dónde y cómo buscar ayuda entre otras. Esto se hace indispensable e importante porque el paciente adquiere la habilidad de cómo cuidarse y de cómo hacerlo, contribuyendo a mejorar el estado de salud de sí mismo a través de identificar la necesidades que requieren buscar atención médica

periódicamente favoreciendo a disminuir los ingresos hospitalarios a causa de las complicaciones de la enfermedad el cual altera los siguientes factores: laboral, social, familiar y económico, así mismo al incremento de la mortalidad. (10)

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

Para el autocuidado del paciente con diabetes es necesario que se ponga en práctica un cuidado holístico basados en los 4 pilares que sustenta la Asociación Americana de Diabetes (ADA) los cuales son: Educación diabetológica, dietoterapia, terapéutica medicamentosa y ejercicio físico; así mismo es necesario educar en el cuidado exhaustivo de los pies. (1)

Como primer pilar tenemos a la educación diabetológica que es la base fundamental del tratamiento. Debe ser una responsabilidad compartida por todo el equipo de salud. Es imprescindible, tanto para el paciente como también para su familia. Sus objetivos fundamentales son aportar información, proporcionar conocimientos prácticos y, sobretodo, modificar el comportamiento. Este último es el objetivo más importante; sin embargo, la información y los conocimientos prácticos carecen de utilidad si no se traducen en acciones y se integran a los hábitos personales. (1)

Como segundo pilar la dietoterapia, la dieta es fundamental en el tratamiento de la diabetes, ya que muchos pacientes pueden controlar su enfermedad exclusivamente con dieta, sin necesidad de medicación. Los que no responden solamente a la dietoterapia, deben continuar con un plan especial de alimentación, más la medicación

necesaria (como hipoglucemiantes orales o insulina). La prescripción dietética debe traducirse en la realización de un plan de alimentación que sea aceptable para el paciente, que contemple sus necesidades y que se adecue lo mejor posible a su ocupación, actividad física, características étnicas, culturales, económicas, y sociales, donde se fundamentan sus hábitos de consumo. (1)

En la prescripción dietética se debe considerar lo siguiente:

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

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

Como cuarto y último pilar es el ejercicio físico, incrementa el consumo de glucosa por parte de los músculos, aumenta la sensibilidad de la insulina, permitiendo que el organismo haga una mejor utilización de la glucosa, disminuyendo la resistencia a la insulina. Por este motivo, es un método eficaz y económico para disminuir los requerimientos terapéuticos habituales (insulina o hipoglucemiantes) además, retarda la aparición de complicaciones, especialmente las cardiovasculares. Es fundamental que toda

actividad física indicada al paciente diabético sea adecuada a la edad y al grado de control metabólico de la enfermedad. (1)

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

Otro cuidado holístico que se debe de tener en cuenta para el paciente con diabetes es la estricta higiene y los cuidados de los pies, ya que reducen el riesgo de amputaciones. Los pies deben lavarse diariamente con agua tibia y jabón, secar bien los pies en especial las zonas interdigitales, porque la humedad favorece el desarrollo de micosis (hongos). Además, es importante educar al paciente en la búsqueda de zonas resacas, fisuras de la piel, callosidades o cualquier tipo de lesión, las uñas deben cortarse en forma recta, los zapatos deben ser blandos y cómodos, no deben terminar en punta; esto ayudara a reducir el riesgo de presentar el pie diabético. (30) (31)

Los datos presentados de incidencia, prevalencia y mortalidad de la diabetes, ponen en alerta al personal de salud y a las personas que la padecen. Se debe reconocer la importancia de un buen control y la promoción del cuidado; la teoría de autocuidado de Dorotea Orem, aplicada por la enfermera, es de gran ayuda para el paciente con diabetes, utilizando el sistema educativo para obtener el autocuidado, lograr fortalecer su independencia, optimizar sus habilidades y participar en la toma de decisiones de modo continuo, controlado, eficaz y útil para el mantenimiento de la salud. (32)

Es necesario que los pacientes con diabetes internalicen el papel

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

Teoría del déficit del autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem

A principios de la década del 70, Dorotea Elizabeth Orem formuló los supuestos básicos de su teoría general denominada “Teoría del déficit de autocuidado”, considera su teoría como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas:

- Teoría del autocuidado, en ella se explica y describe el autocuidado. Lo define como “una actividad aprendida por la persona a lo largo de su vida y orientada hacia un objetivo”. Es, por tanto, una conducta ante la vida dirigida hacia uno mismo en beneficio de la salud y el bienestar.

Existen varias clases de autocuidados: los que se derivan de las necesidades básicas y de crecimiento del individuo (alimento, descanso, oxígeno, etc.), los asociados al proceso de desarrollo (niñez, embarazo, vejez, etc. Y los derivados de las desviaciones del estado de salud.

- Teoría del déficit del autocuidado, describe y explica las razones por las que la enfermería puede ayudar a las personas. El déficit de autocuidado se da cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, incapacitándola para el autocuidado continuo. La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que avala la necesidad de los cuidados de enfermería.

- Teoría de los sistemas de enfermería, describe y explica las relaciones que es necesario establecer y mantener para que se dé la enfermería.

Un sistema de enfermería es un complejo método de acciones realizadas por las enfermeras determinadas por las demandas de autocuidado terapéutico del paciente. (18)

- La teoría de Orem considera al paciente como una unidad que se puede contemplar desde un punto de vista biológico, social y simbólico. La persona se contempla como un agente, con la capacidad potencial de satisfacer sus propias necesidades de autocuidado con el fin de mantener su vida, salud bienestar. Los autocuidados pueden ser: universales (aspectos fundamentales de la vida, dirigidos las necesidades vitales), asociados al proceso de desarrollo (según la edad de la persona) y los derivados de las desviaciones del estado de salud proceso de la enfermedad, tratamiento y diagnóstico médico. (19)

Promoción del autocuidado del profesional de enfermería

El autocuidado, para enfermería, constituye un enfoque particular hacia la práctica clínica que pone énfasis primordialmente en la capacidad del usuario de lograr y mantener su salud. El autocuidado aun cuando está íntimamente vinculado con los conocimientos aprendidos, es una conducta que aparece súbitamente en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividades en beneficio de su vida, salud y bienestar. (20)

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

requisitos vitales, del desarrollo y funcionamiento integral.

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

El autocuidado también es considerado como parte del estilo de vida de las personas, el cual es comprendido como estándares de conducta que se reflejan en la forma de interactuar de los individuos con su medio social. Así, la elección de un estilo de vida saludable implica en acciones de autocuidado concreto, tales como la automedicación, el autotratamiento, el apoyo social y el cuidado en situaciones de enfermedad en el ambiente de la persona. La Organización Mundial de la Salud recomienda la educación para el autocuidado con la finalidad de prevenir y tratar las enfermedades crónicas. La educación para el autocuidado de personas con problemas crónicos de salud debe promover el soporte para el desarrollo de las habilidades de autocuidado, a fin de responsabilizarlas por su salud y ayudarlas a aprender a convivir mejor con la enfermedad, modificar o mantener los hábitos saludables, estimular la autoconfianza para sentirse mejor cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad. El autocuidado es una estrategia eficaz para la reducción de los costos de la salud, colaborando para la reducción del número de admisiones hospitalarias y de las consultas de urgencia, uso racional de los medicamentos y mejor relación entre el profesional de salud y el paciente. (21)

Relación de la Teoría del déficit del autocuidado con la investigación

Orem considera al paciente como una unidad que se puede

contemplar desde un punto de vista biológico, social y simbólico. Según el déficit de autocuidado es una expresión que expone la relación de la capacidad de acción de una persona y sus necesidades de autocuidado. El déficit de autocuidado es un concepto abstracto que, al ser expresado en términos de limitaciones de acción orienta a la selección de métodos de ayuda y de comprensión del papel que tiene el paciente en la labor que tiene de autocuidado. (16)

El rol de la enfermera está orientado para ayudar a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de su autocuidado de acuerdo a su enfermedad, o de apoyo-educación, ayudando a los adultos mayores con diabetes mellitus 2 para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, ayudarlos a aprender a convivir mejor con la enfermedad, modificar o mantener los hábitos saludables, estimular la autoconfianza para sentirse mejor cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad.

Con los resultados encontrados en dicha investigación se podría plantearse acciones en enfermería, con lo que se integra a la teoría de los sistemas de enfermería planteados por Orem, que pueden estar preparados para personas individuales, dentro de una unidad de cuidados dependientes, para grupos cuyos miembros tienen demanda de cuidados terapéuticos con componentes semejantes o presentan complicaciones semejantes que les impiden comprometerse en un autocuidado o cuidado dependiente.

MODELO DE ENFERMERÍA

Dorothea no tuvo un autor que influyera en su modelo, pero si se sintió inspirada por otras teóricas de enfermería como son: Nightingale, Peplau, Rogers entre otras.

Orem define el objetivo de la enfermería como: Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por si mismo acciones de autocuidado para

conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: Actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para desarrollo. El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud.

Los cuidados enfermeros representan un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos porque está centrado sobre las personas que no poseen la capacidad para ejercer el autocuidado, completando así el déficit de autocuidado causado por el desequilibrio entre salud y enfermedad (Orem, 1993).

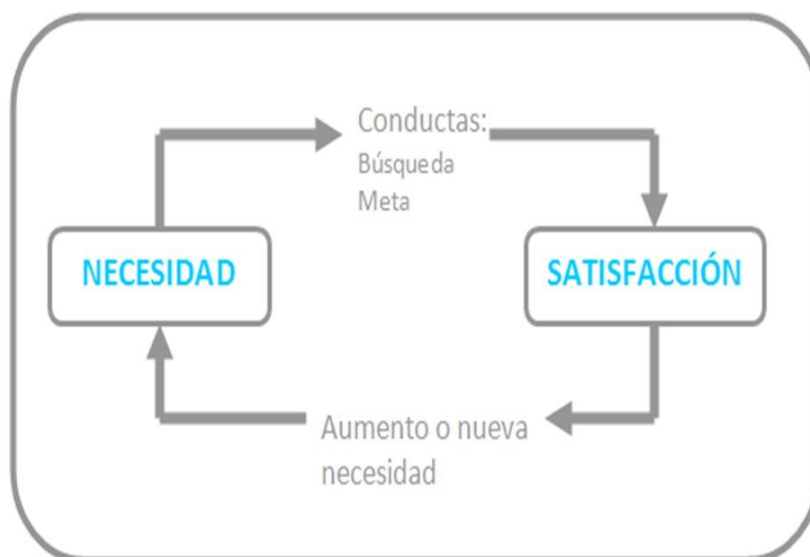
El *rol de la enfermera*, pues, consiste en persuadir a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de sus autocuidados utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar. Para ello el profesional de enfermería se vale de tres modos de actuación: sistema de intervención totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de asistencia/enseñanza según la capacidad y la voluntad de las personas.

Dorothea Orem, demostró interés e inclusión en todas y cada una de las funciones en las que existe participación activa de enfermería como lo son asistenciales, administrativas, docentes y de investigación. (Fig. 1)

Lo que le favoreció para conceptualizar un modelo teórico que hasta nuestros días ayuda a brindar un cuidado integral al usuario de los servicios de salud, basándose en el autocuidado.



Fig. 1. Individuo capaz de satisfacer los requisitos de autocuidado con ayuda de la



C. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

VD - PRINCIPAL: Práctica de autocuidado

VI - SECUNDARIA: Nivel de conocimientos

D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

1. NIVEL DE CONOCIMIENTO

Definición conceptual

El conocimiento es una información esencial, adquirida de diferentes maneras, que se espera que sea una reflexión exhaustiva de la realidad, y que se incorpora y se usa para dirigir las acciones de una persona. (10)

Definición Operacional

Esta variable se mide a través del instrumento elaborada por Alayo y Horna (2013) (ANEXO 1).

Señalando como respuesta:

Respuesta correcta: 1 punto

Respuesta Incorrecta: 0 punto

De acuerdo al puntaje total obtenido, el nivel de conocimiento se clasificó en:

- Nivel de conocimientos deficiente: 0 – 3 puntos.
- Nivel de conocimientos regular: 4 – 7 puntos.
- Nivel de conocimientos bueno: 8 – 10 puntos.

2. PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO

Definición conceptual

Son acciones que se realizan en beneficio de la propia salud, significa cuidarse uno mismo. Es una actividad aprendida por los individuos durante toda la vida, con el fin de controlar los factores que afectan el propio desarrollo. (10) (26)

Definición Operacional

En el presente se cuantificó de acuerdo al test elaborado por

Fernández adaptada por Milagros del Pilar Arias Bramón, Sandra Susana Ramírez Gutiérrez, consta de 27 ítems el cual se dividen en cinco partes este es un cuestionario que cuenta con tres respuestas de tipo Likert.

- Siempre: 3 puntos
- A veces: 2 puntos
- Nunca: 1 punto.

De acuerdo al puntaje total obtenido, la práctica de autocuidado se clasificó en:

Práctica de Autocuidado

- Bueno: 62-80 puntos Práctica de Autocuidado
- Regular: 46-61 puntos Práctica de Autocuidado
- Deficiente: 27-45 puntos

3. CALIDAD DE VIDA

Es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. (4)

4. DIABETES MELLITUS TIPO II

Llamada anteriormente diabetes no insulino dependiente o del adulto, tiene su origen en la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina, lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso o la inactividad física. (33)

5. PACIENTE DIABÉTICO

Aquel individuo en el que su organismo no dispone de suficiente

acción de una hormona, la insulina, por un período más o menos largo de tiempo y que muchas veces es permanente. Por lo tanto, es un individuo que ha perdido en mayor o menor grado su capacidad de utilizar apropiadamente, en cantidad y oportunidad, los nutrientes indispensables para una correcta función orgánica. (31)

6. PROGRAMA HTA/DIABETES

Brinda prestaciones de salud especializada, mediante la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de las complicaciones secundarias de la Diabetes e Hipertensión. (34)

7. ESTADO DE SALUD

Es la percepción que tiene el paciente sobre salud.

8. TRATAMIENTO COMBINADO

Consta con más de un tratamiento que puede incluir dieta, ejercicio, medicamento oral y/o insulina.

E. ALCANCES Y LIMITACIONES

Los resultados podrán sólo ser generalizados a la población en estudio.

No hubo limitaciones para la realización de la investigación.

CAPÍTULO III

MARCO OPERACIONAL

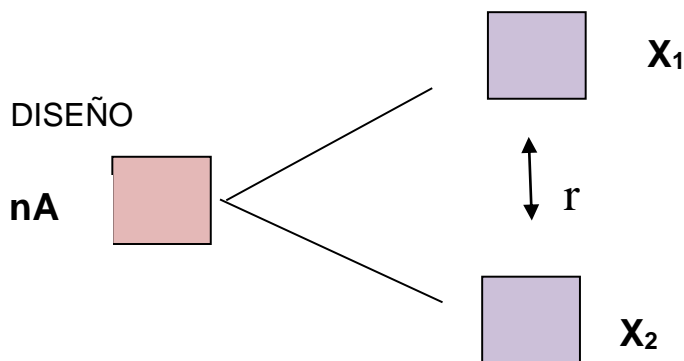
A. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Analítico, prospectivo, transversal con enfoque cuantitativo

NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Correlacional



nA: Pacientes adultos con diabetes mellitus tipo II.

X1: Nivel de conocimiento.

X2: Práctica de autocuidado.

PROCEDIMIENTO

- Previa autorización de las autoridades respectivas, se realiza la recolección de los datos.
- Aplicar el instrumento sobre el nivel de conocimientos de los pacientes de 7am a 1pm a los pacientes que asisten al programa de diabetes mellitus en un lapso de tiempo de 20 min, en la sala de espera después de recibir atención en el programa.
- Aplicar el instrumento sobre la práctica de autocuidado desde las

12md hasta la 2pm. en un lapso de 30 minutos en la sala de espera después del horario de trabajo.

- Se procesa la información en el programa SPSS22.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA

1. POBLACIÓN

Estuvo constituido por 150 pacientes adultos con diabetes mellitus tipo II que acuden al programa de diabetes, en el Hospital Essalud - I La Merced, entre los meses junio - agosto del 2015.

Criterios de selección:

Criterios de Inclusión:

- Paciente de sexo femenino y masculino.
- Paciente con seguro de Essalud y tenga diagnóstico de diabetes mellitus tipo II.

Criterios de Exclusión:

- Paciente adulto que no aceptan participación voluntaria en el estudio.
- Paciente adulto con diabetes que presentan complicaciones y/o otras enfermedades crónicas.

3. MUESTRA

Estuvo constituida por 150 pacientes adultos con diabetes mellitus tipo II que cumplieron con los criterios de inclusión y que acuden al programa de diabetes de un Hospital de La Merced – Essalud.

D. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN

Tratar la diabetes es de vital importancia por la carga de enfermedad en términos de discapacidad y mortalidad prematura que ocasiona.

Se estima que alrededor de 171 millones de personas en el mundo viven con diabetes y que este número ascenderá a 300 millones en el 2030. En las Américas el estimado de personas con Diabetes ascendió a 13,3 millones en el 2000 y para el 2030 ha sido proyectado en 32,9 millones (1). La prevalencia de diabetes en las Américas varía entre 10 y 15 %, en el Perú esta se estima en 5,5 %. La magnitud de la misma está en aumento, debido al incremento de factores como la obesidad, el sobrepeso, el sedentarismo y los hábitos inadecuados de alimentación.

El Ministerio de salud ha establecido en los lineamientos de política del sector 2007-2020, en el objetivo 2, la vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, y en el objetivo sanitario N° 7, el control de las enfermedades crónico degenerativas, priorizando diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial, enfermedad isquémica del miocardio y accidente cerebrovascular, como una prioridad.

E. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El procedimiento de recolección de información en la presente investigación estuvo basado en la aplicación de 2 instrumentos, el primero está compuesto de 10 ítems que mide el Nivel de Conocimiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. (ANEXO N° 1)

El segundo, está orientado hacia práctica de autocuidado de los

pacientes con diabetes mellitus tipo II, el mismo que consta de 5 subcategorías, con un total de 27 ítems. (ANEXO N ° 2).

CONFIABILIDAD

La confiabilidad de los instrumentos se obtuvo a través del coeficiente ALFA DE CROMBACH, por medio de la aplicación de una prueba piloto a 20 pacientes con diabetes con las mismas características de los sujetos, obteniendo una Confiabilidad para el nivel de conocimiento de 0.81 y para la práctica de autocuidado una confiabilidad de 0.76.

Valores considerados satisfactorios determinando que ambos instrumentos son confiables para su aplicación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N° 1

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO II H OSP. ESSALUD – I LA MERCED JUNIO – AGOSTO 2015

ASP. SOCIODEMOGRAFIA		N°	%
EDAD	<40 AÑOS	11	7.3
	40-60 AÑOS	110	73.3
	> 61 AÑOS	29	19.3
SEXO	MASCULINO	72	48.0
	FEMENINO	78	52.0
GRADO DE INSTRUCCIÓN	ANALFABETO(A)	10	6.7
	PRIMARIO	23	15.3
	SECUNDARIO	64	42.7
	SUPERIOR	53	35.3
OCUPACION	INDEPENDIENTE	30	20.0
	EMPLEADO	72	48.0
	SU CASA	48	32.0

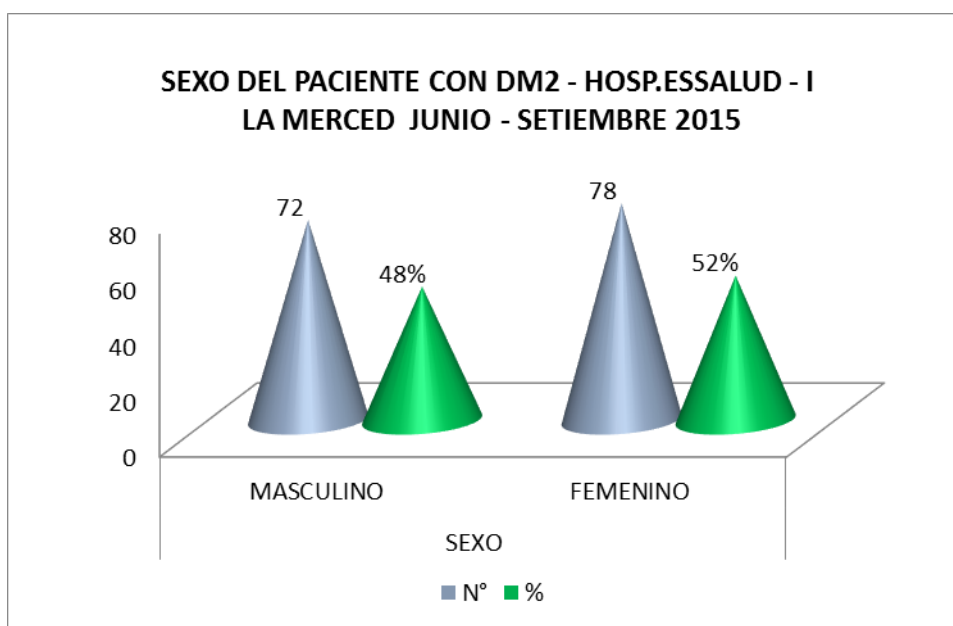
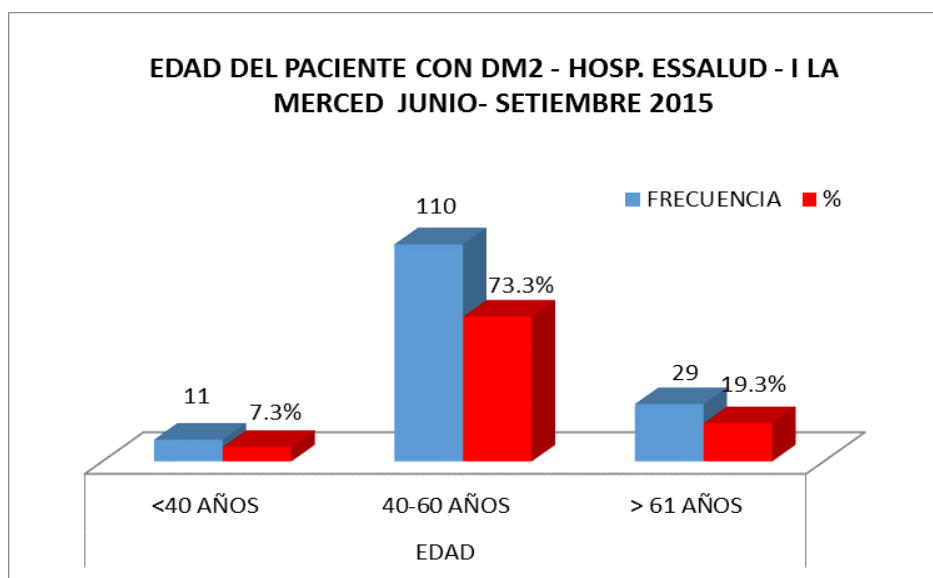
Fuente: Consultorios externos – Programa de enfermedades crónicas no transmisibles – Hospital Essalud - I La Merced – 2015.

De los 150 adultos con diabetes mellitus 2, 11 (7,3%) tienen menos de 40 años y 110 (73.3%) tienen entre 40 a 60 años. 150 adultos con diabetes mellitus 2, son de sexo femenino 78 (52%) y 72 (48%) de sexo masculino.

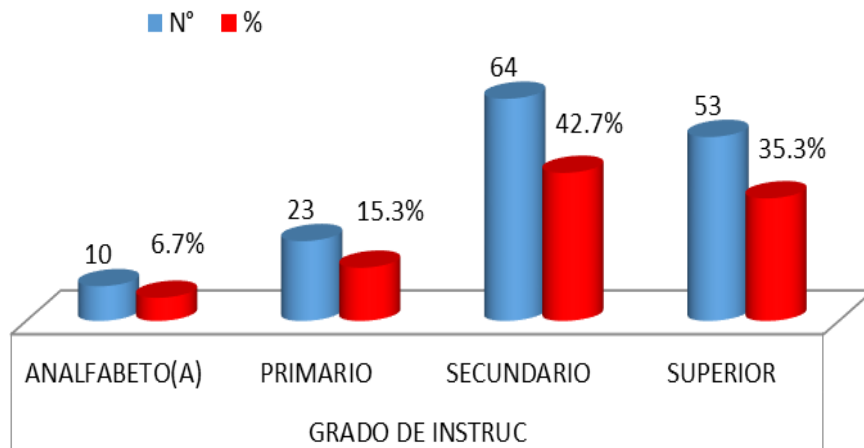
El grado de instrucción 10 (6.7%) son personas con ningún grado de instrucción y 64 (42.7%) son de nivel secundario y con respecto a la ocupación del paciente con DM2 30 (20%) son independientes y 72(48%) son empleados.

GRÁFICO N° 1

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO II – HOSP. ESSALUD I LA MERCED JUNIO – AGOSTO 2015



**GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PACIENTE CON DM2- HOSP. ESSALUD - I
LA MERCED JUNIO - SETIEMBRE 2015**



**OCUPACIÓN DEL PACIENTE CON DM2 - HOSP. ESSALUD - I LA
MERCED JUNIO - SETIEMBRE 2015**

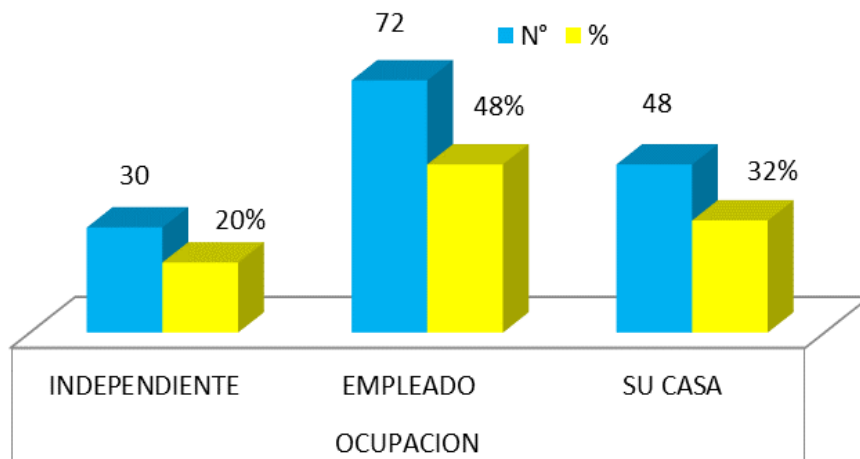


TABLA N° 2

**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO II DEL HOSPITAL ESSALUD - I LA MERCED JUNIO-
AGOSTO 2015**

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	N°	%
BUENA	83	55.3
REGULAR	52	34.7
MALA	15	10.0
TOTAL	150	100.0

Fuente: Consultorios externos – Programa de enfermedades crónicas no transmisibles – Hospital Essalud - I La Merced – 2015.

En la tabla N°2 se observa que el nivel de conocimientos en los pacientes con diabetes mellitus tipo II es bueno en el 55.3 % (83) y en el 15%(10) es malo.

GRÁFICO Nº 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL HOSPITAL ESSALUD - I LA MERCED JUNIO- AGOSTO 2015

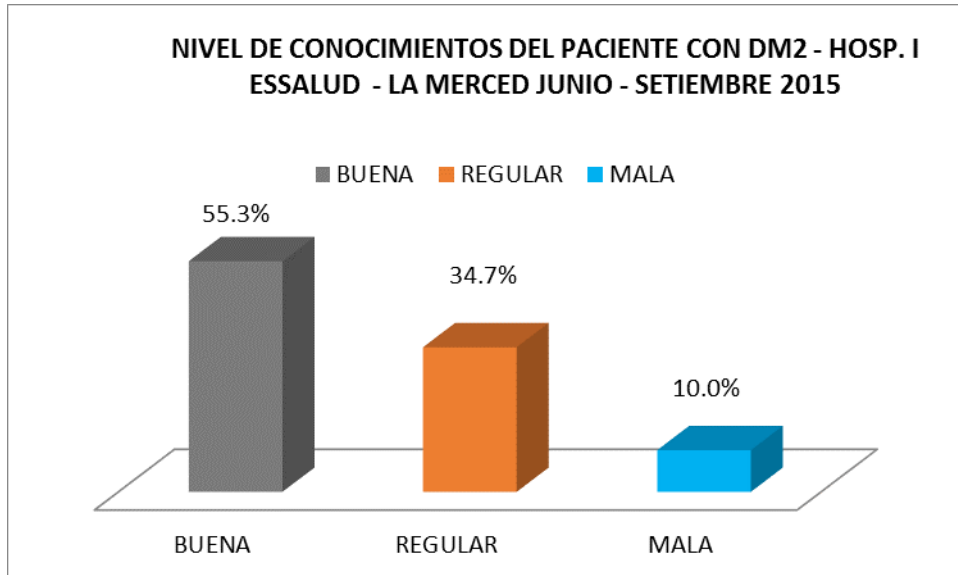


TABLA N° 3

**PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON DM II DEL
HOSPITAL ESSALUD - I LA MERCED JUNIO – AGOSTO 2015**

PRACTICA DE AUTOCUIDADO	N°	%
BUENA	91	60.7
REGULAR	45	30.0
DEFICIENTE	14	9.3
TOTAL	150	100.0

Fuente: Consultorios externos – Programa de enfermedades crónicas no transmisibles – Hospital Essalud - I La Merced – 2015.

La tabla N° 3 muestra que la práctica de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo II es buena constituyendo el 70.7% (91), deficiente en el 9.3% (14).

GRÁFICO N° 3

PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON DM II DEL HOSPITAL ESSALUD - I LA MERCED JUNIO – AGOSTO 2015

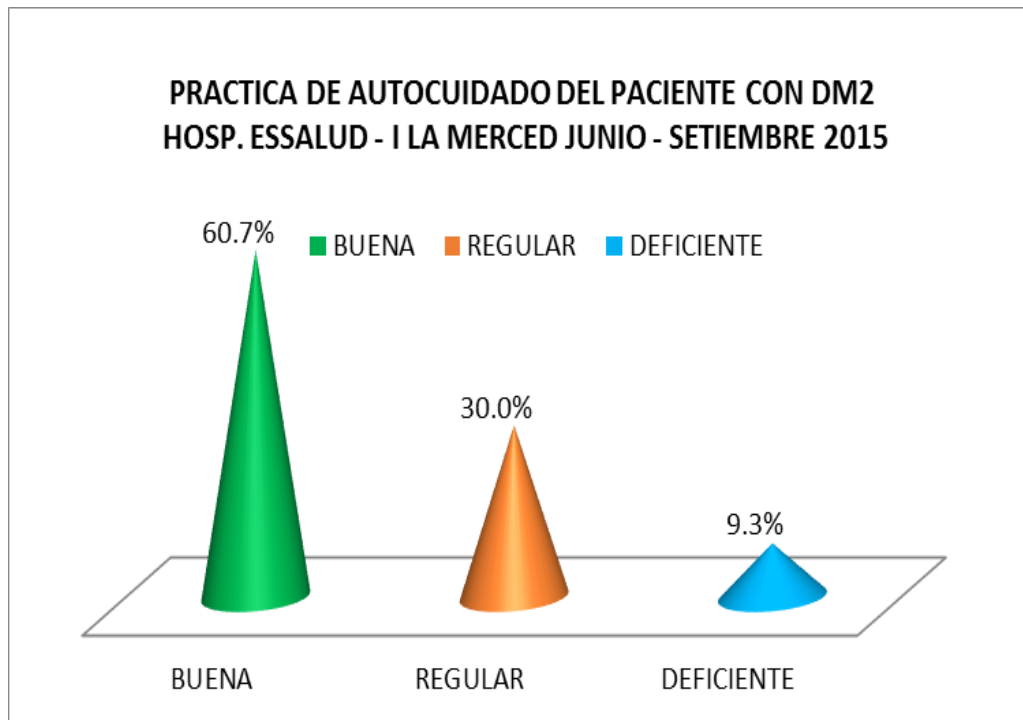


TABLA N° 4

PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO II SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO. HOSPITAL ESSALUD - I LA MERCED JUNIO – AGOSTO 2015

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	PRACTICA DE AUTOCUIDADO							
	BUENA		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
BUENA	54	59.3	27	60.0	2	14.3	83	55.3
REGULAR	28	18.7	14	9.3	10	6.7	52	34.7
DEFICIENTE	9	6.0	4	2.7	2	1.3	15	10.0
TOTAL	91	60.7	45	30.0	14	9.3	150	100.0

Fuente: Consultorios externos – Programa de enfermedades crónicas no transmisibles – Hospital Essalud - I La Merced – 2015.

En la tabla N° 04 se establece la relación entre la práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo II, según el nivel de conocimiento, en la cual se observa que del 55.3% de adultos con diabetes mellitus tipo II que tuvieron un nivel de conocimiento bueno, el 59.3% presentó una práctica de autocuidado buena y el 60% presentó una práctica de autocuidado regular; del 10% de adultos con diabetes mellitus tipo II que tuvieron un nivel de conocimiento deficiente, sólo un 6% presentó una práctica de autocuidado bueno, sin embargo el 9.3% presentó una práctica de autocuidado deficiente.

GRÁFICO N° 4

PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO II SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO HOSPITAL ESSALUD - I LA MERCED JUNIO – AGOSTO 2015

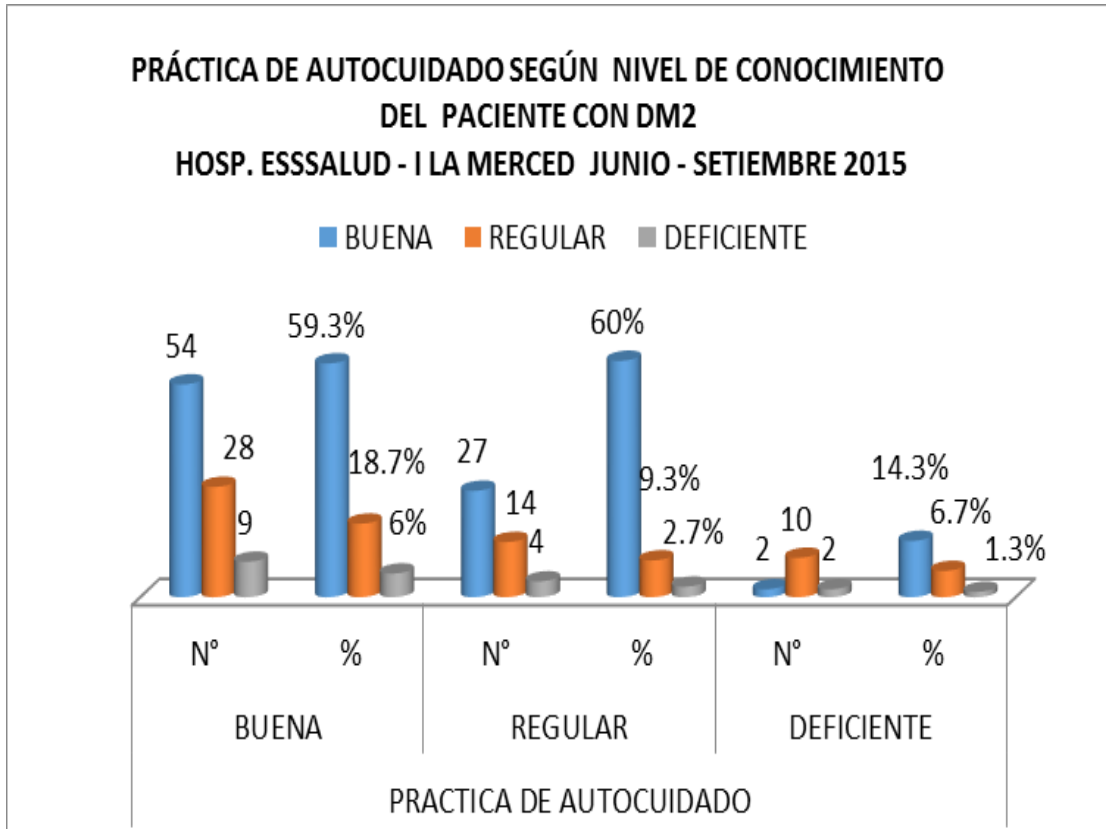


TABLA N° 5

**PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO POR SUBCATEGORIA DEL
AUTOCUIDADO HOSPITAL ESSALUD - I LA MERCED JUNIO –
AGOSTO 2015**

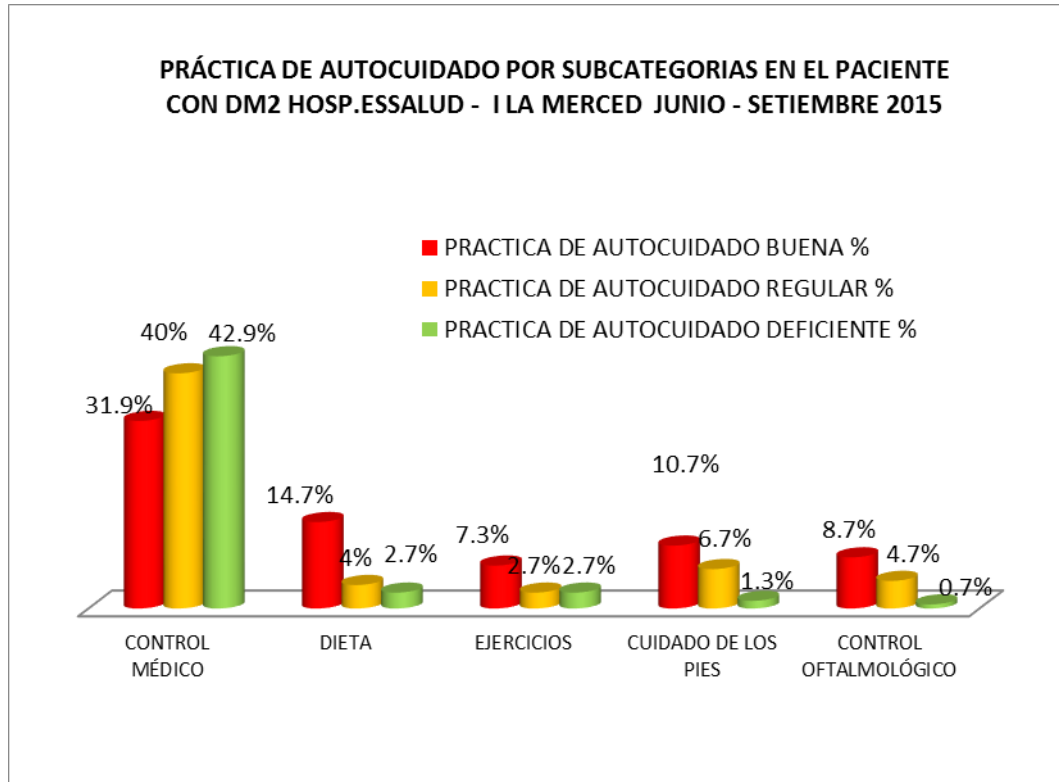
SUBCATEGORIAS DEL AUTOCUIDADO	PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO					
	BUENA		REGULAR		DEFICIENTE	
	N°	%	N°	%	N°	%
CONTROL MÉDICO	29	31.9	18	40.0	6	42.9
DIETA	22	14.7	6	4.0	4	2.7
EJERCICIOS	11	7.3	4	2.7	2	2.7
CUIDADO DE LOS PIES	16	10.7	10	6.7	1	1.3
CONTROL OFTALMOLÓGICO	13	8.7	7	4.7	1	0.7
TOTAL	91	60.7	45	30.0	14	9.3

Fuente: Consultorios externos – Programa de enfermedades crónicas no transmisibles – Hospital Essalud - I La Merced – 2015.

En la tabla N° 5 se observa que el control médico constituye la subcategoría de mayor interés en los pacientes con buena, regular y mala práctica de autocuidado mientras que el control oftalmológico como los ejercicios constituyen los de menos interés.

GRÁFICO Nº 5

PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO POR SUBCATEGORIA DEL AUTOCUIDADO HOSPITAL ESSALUD - I LA MERCED JUNIO – AGOSTO 2015



B. DISCUSIÓN

Después de haber concluido la tabulación de los datos presentados en cuadros y gráficos estadísticos, se presenta a continuación la discusión de los resultados.

En la tabla N° 2: Para el nivel de conocimiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. Los resultados mostraron que el 55.3% de adultos con diabetes tienen un nivel de conocimiento bueno y el 52% un nivel de conocimiento regular.

Baca Martínez (2008), en su estudio “Nivel de conocimientos del diabético sobre su autocuidado, donde se encuentra que el nivel de conocimiento es insuficiente, en un 79% (8); estos datos difieren con los resultados de la presente investigación.

En el estudio realizado por MAQUI y VARGAS (2009) sobre conocimientos y autocuidado en adultos diabéticos, determinaron que el 60.9% presentaron un nivel de conocimiento deficiente, el 29.7% un nivel de conocimiento regular y el 9.4% un nivel de conocimiento bueno. (9); Estos datos no presentan similitud con los resultados, pues el 55.3% de adultos con diabetes tienen un nivel de conocimiento bueno y el 34.7% un nivel de conocimiento regular y 10% con nivel de conocimiento deficiente.

El conocimiento y la información son recursos poderosos, son un buen punto de partida para el desenvolvimiento humano, se requiere convertir este conocimiento en una convicción, que sea defendido, practicado y se asuma con toda responsabilidad; un nivel elevado de conocimiento sobre la salud, permite una mayor capacidad para entender y procesar el material relacionado con el cuidado de la salud.

Por lo tanto, podemos resaltar la importancia de la información brindada por el equipo de salud al paciente con diabetes; para lograr

conocimiento sobre su enfermedad, lo cual contribuyen a mejorar la salud y calidad de vida.

En la tabla N° 3: Respecto a la práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo II, se encontró que el 60.7% de los pacientes con diabetes mellitus tienen práctica de autocuidado buena y un 30% tienen práctica de autocuidado regular.

Los resultados mismo son similares al estudio realizado por MENDEZ y MONTERO (2012) sobre prácticas de autocuidado y su relación con el nivel de información sobre diabetes mellitus y el apoyo familiar percibido por adultos diabéticos, quienes encontraron que el 54.9 % de pacientes con diabetes mellitus tipo II presentó un nivel de autocuidado bueno, el 38.5% presentó un nivel de autocuidado regular y el 6.6% presentó un nivel de autocuidado deficiente. (7)

También los resultados coinciden a los encontrados por MALCA y QUILCATE (2012) en su trabajo sobre factores demográficos y la práctica de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus. Hospital Tomás La Fora de Guadalupe, encontraron que el mayor porcentaje 55% de pacientes con diabetes mellitus tipo II presentó un nivel de autocuidado bueno, un 37% presentó un nivel de autocuidado regular y un 8% presentó un nivel de autocuidado malo. (13)

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

Por lo tanto, podemos concluir que existe buena práctica de autocuidado (60%), debido a que tomaron conciencia de la importancia educativa sobre el cuidado que debe de tener un paciente

con diabetes para evitar posibles complicaciones.

En la tabla N° 4: Al establecer la relación entre la práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo II, según el nivel de conocimiento. Hospital Essalud - I La Merced junio - agosto 2015, se observa que del 55.3% de adultos con diabetes mellitus tipo 2 que tuvieron un nivel de conocimiento bueno, el 59.3% presentó una práctica de autocuidado buena y el 60% presentó una práctica de autocuidado regular; del 10% de adultos con diabetes mellitus tipo 2 que tuvieron un nivel de conocimiento deficiente, sólo un 6% presentó una práctica de autocuidado bueno, sin embargo, el 9.3% presentó una práctica de autocuidado deficiente.

El estudio realizado por MAQUI y VARGAS (2010) sobre conocimientos y autocuidado en adultos diabéticos del Hospital Belén de Trujillo; donde se determinó que de los que tuvieron un nivel de conocimiento deficiente, el 60.3% tuvo un autocuidado regular y el 39.7% un autocuidado bueno; y en cuanto a los que tuvieron un nivel regular de conocimientos, el 42.1% tuvo un autocuidado regular y un 57.9% un autocuidado bueno; finalmente los que tuvieron un nivel bueno de conocimientos, el 25% tuvo autocuidado regular y el 75% restante su nivel de autocuidado fue bueno. (9); resultados que difieren a los resultados, pero existe relación entre el nivel de conocimiento y nivel de autocuidado.

Enfermería enfoca holísticamente al ser humano para los cuidados de la salud, y vela por la recuperación, rehabilitación, prevención de las enfermedades de todos los usuarios, familia y comunidad, a través de la promoción utilizando como herramienta principal la educación en salud.

El profesional, haciendo uso de la educación, incrementa los comportamientos de autocuidado y motiva al paciente a asumir su propia responsabilidad en este aspecto.

Así mismo, concluimos que cuando se mejora el nivel de conocimiento, se incrementa la frecuencia de pacientes con una práctica de autocuidado bueno, la prueba chi cuadrado corrobora lo anteriormente observado dado que el valor de p de la prueba estadística es menor que 0.05 ($p= 0.001$), es decir, existe relación significativa entre las variables estudiadas.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

De los resultados analizados en este estudio se obtuvieron las siguientes conclusiones:

PRIMERA: El nivel de conocimiento de los adultos con diabetes mellitus tipo II fue bueno con un 55.3%, regular en un 34.7 % y 10% con nivel de conocimiento deficiente.

SEGUNDA: En la práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo II fue bueno con un 60.7%, regular en un 30% y 9.3% paciente con práctica de autocuidado malo.

TERCERA: Se identificó que dentro de las subcategorías de la práctica de autocuidado la de mayor interés o de un buen cuidado es la de control médico y la de menos es la control oftalmológico y ejercicios.

CUARTA: Existe relación altamente significativa entre el nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo II Hospital Essalud I La Merced junio - agosto 2015.

B. RECOMENDACIONES

1. Continuar con la ejecución de programas integrales en las instituciones de salud tanto pública como privada que incluyan realizar talleres vivenciales, reuniones, capacitaciones y consejería, impartiendo educación a los adultos con diabetes

mellitus tipo II, a fin de seguir mejorando y contribuyendo con la calidad de vida.

2. Seguir realizando campañas de salud dirigidas a los adultos con diabetes, brindarles información sobre su enfermedad y como prevenir futuras complicaciones; logrando de esta manera que el paciente asuma la responsabilidad de su autocuidado y tenga un estilo de vida saludable.
3. Difundir y publicar los resultados del presente estudio para que sirva de base para definir las estrategias en el cuidado del adulto con diabetes mellitus tipo II y como pilar para futuras investigaciones en el área.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud diabetes mellitus en el Perú [página web de internet].España.[septiembre 2011;consultado 10 de mayo del 2012] Disponible en: http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es.
2. Ministerio de salud del Perú. Diabetes Mellitus en el Perú Ministerio de salud oficina de estadística e informática. [Consulta do 8 de mayo del 2012]

[Página web de internet] Disponible en:
[www.minsa.gob.pe/portal/03EstrategiasNacionales/06ESNNoTransmisible es/esnentdbts.asp-46k](http://www.minsa.gob.pe/portal/03EstrategiasNacionales/06ESNNoTransmisible/es/esnentdbts.asp-46k).
3. Federación Internacional Diabetes. La carga mundial. Bélgica 2011. [Enlínea] URL: [http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/lacargamundial?language =es](http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/lacargamundial?language=es). (Accesado el 05 de diciembre del 2012).
4. Hidalgo Eva. Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al programa de diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. [Tesis para optar el Titulo de Licenciada en Enfermería. Universidad Mayor de San Marcos de Lima; 2005. Pp. 10-12.]
5. Ministerio de Salud del Perú. Estrategias para el trabajo comunitario en salud integral. Minsa-Lima; 1998. Pp. 4-5.
6. Brunner Lilian y Suddarth Doris. Enfermería Médico Quirúrgica. 10º ed. Editorial Interamericana, México; 1998. Pp. 1028-1039, 1308-1313, 1648.
7. Méndez C, Montero F. Nivel de Información y su Relación con las Prácticas de Autocuidado y Apoyo Familiar Percibido en Adultos con

Diabetes Mellitus tipo 2 del HBT. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo; 2011. Pp. 5-6, 8,12- ANEXO 2.]

8. Baca B. Nivel de conocimientos del diabético sobre su autocuidado. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. México: Universidad Privada de México. Facultad de Enfermería, 2008. 70 p.
9. Maqui, D. y Vargas, C, Conocimientos y Autocuidado en Adultos Diabéticos del Hospital Belén de Trujillo - Perú (2010).(Tesis para optar el título de Lic. en enfermería)
10. Hernández Dora. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Autocuidado de los Pacientes Diabéticos de 40 a 60 Años que asisten a la consulta externa del Hospital Nacional de Amatitlán. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad de San Carlos de Guatemala; 2011. Pp. 14-15.]
11. Compeán et al. Conductas de Autocuidado e Indicadores de salud en Adultos con diabetes Mellitus tipo 2 Compeán I, Gallegos E, González J, Gómez M. Conductas de autocuidado e indicadores de salud en adultos con diabetes mellitus tipo 2.2010.Rev.
12. Latino – Am. Enfermagem Disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_03.pdf.
13. Herrera A, Andrade H, Hernández Manrique M, Faria C, Machado M. Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. Rev. av. Enferm. XXX .2012, vol.30, n.2, pp 39- 44.
14. .Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a03.pdf>
Herrera et al.7 investigaron sobre Personas con Diabetes Mellitus tipo 2 y su capacidad de Agencia de Autocuidado, Cartagena.

15. Malca G, Quilcate P. Factores Demográficos y la Práctica de Autocuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus. Hospital Tomás La Fora - Guadalupe. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo; 2012. Pp. 23-25.]
16. Bach: Alayo Agreda, Isaura Yuliana, Bach: Horna Huancas, Janet Paola, nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2. hospital I Essalud. Florencia de mora. Trujillo 2013. tesis para optar el título profesional de: licenciada en enfermería Trujillo – Perú 2013 pág. – vii.
17. Astrid Contreras Orozco*; Adriana Contreras Machado**; Candelaria Hernández Bohórquez***; María Teresa Castro Balmaceda***; Linda Lucía Navarro Palmett*** Investigaciones Andina, vol. 15, núm. 26, 2013, pp. 667-678 Fundación Universitaria del Área Andina Pereira, Colombia Capacidad de autocuidado en pacientes diabético que asiste a consulta externa. Sincelejo, Colombia.
18. Hidalgo Carpio, E. Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo (tesis para optar el título de licenciada) Universidad Nacional de San Marcos. 2005.
19. Brunner L; Suddarth D. Enfermería Médico - Quirúrgico. México: Interamericana S.A: 10ª; 2004.
20. Marriner T, Raile A Modelos y teorías en enfermería. 4ta. Mosby. España.1999. Unidad tres Capitulo 14 Teoría del Déficit del autocuidado. 177- 178.
21. Instituto catalán de la salud. Ats/di de atención especializada. Sevilla. [base de internet] 2006; [consultado el 10 de agosto del 2012] Disponible en:<http://books.google.com.pe/books?id=YmsrTfafbrQC&pg=PA264&>

dq=teoria+de+Orem&hl=es&sa=X&ei=yCFXUuSOIiWi4APXp4DoDQ&ved=0CD0Q6AEwAw#v=onepage&q=teoria%20de%20Orem&f=false

22. Cabrera R, Motta I, Rodríguez C., Velásquez D. Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chincha 2009. Rev. enferm Herediana. 2010; 3(1):29-36 [consultado 12 de junio del 2012]. Disponible en: es.scribd.com/doc/95319691/diabets-cuidado-Chincha.
23. Romero B, Santos M, Martins T, *et al*. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México, Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2010,18(6), [9 pantallas]. [consultado 25 de abril 2012]. Disponible en: www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_21.pdf
24. Instituto catalán de la salud. Ats/di de atención especializada. Sevilla. [base de internet] 2006; [consultado el 10 de agosto del 2012] Disponible en:<http://books.google.com.pe/books?id=YmsrTfafbrQC&pg=PA264&dq=teoria+de+Orem&hl=es&sa=X&ei=yCFXUuSOIiWi4APXp4DoDQ&ved=0CD0Q6AEwAw#v=onepage&q=teoria%20de%20Orem&f=false>.
25. Organización Panamericana de la Salud. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2. Guanajuato/México,2008.Disponible en:http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:i4ZLe1hykHU:www.paho.org/mex/index.php?option%3Dcom_docman%26task%3Ddo_download%26gid%3D424%26Itemid%3D+&cd=1&hl=es419&ct=clnk&gl=pe Disponible.
26. Bravo J. Pie Diabético.Rev. Espec. en la nutrición Clín. del anciano, [serie de internet]. Julio 2011;[2]: (9-19).Disponible en: [http://www.freseniuskabi.es/nutricionenteral/pdf/infogeriatría/Infogeriatría_02 .pdf](http://www.freseniuskabi.es/nutricionenteral/pdf/infogeriatría/Infogeriatría_02.pdf)

27. Méndez C, Montero F. Nivel de Información y su Relación con las Prácticas de Autocuidado y Apoyo Familiar Percibido en Adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 del HBT. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo; 2011. Pp. 5-6, 8,12- ANEXO 2.]
28. Ventura E, Flores E. Efectividad del Modelo de Cuidado de Enfermería sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en el Nivel de Conocimiento y Autocuidado del paciente Diabético del Hospital Tomás La Fora - Guadalupe. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo; 2008. Pp. 6-8.]
29. Hernández Dora. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Autocuidado de los Pacientes Diabéticos de 40 a 60 Años que Asisten a la consulta externa del Hospital Nacional de Amatitlán. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad de San Carlos de Guatemala; 2011. Pp. 14-15.]
30. Marriner T. Modelos y Teorías en Enfermería. 6º ed. Editorial El Servier, Ámsterdam; 2007. Pp. 268 277.
31. Gonzales E. Conocimiento y Evolución de la humanidad. Editorial Ciencias Médicas, Habana; 2004. Pp. 93
32. Connell, Bare y COL. Enfermería Medicoquirúrgica. 10º ed. Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México; 2004. Pp. 53 – 55.
33. Kozier B. Fundamentos de Enfermería. 7º ed. Editorial Mc Graw – Hill – Interamericana, México; 2004.
34. Malca G, Quilcate P. Factores Demográficos y la Práctica de Autocuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus. Hospital Tomás La Fora - Guadalupe. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo; 2012. Pp. 23-25.]
35. Hoja Informática Nacional Sobre Diabetes 2005. Que es la Diabetes.

[En línea] URL: [http://www.\(dc.gov/diabetes/pubs/generalesp.htm](http://www.(dc.gov/diabetes/pubs/generalesp.htm).
(Accesado el 22 de diciembre del 2012).

36. López, Rey Y Col. Combatir la epidemia de diabetes mellitus tipo 2 en Latinoamérica. Vol. 23 num 02. Editorial el Sivier. Colombia. 2012. [En línea] URL: <http://www.elsevier.es/es/revistas/clinicaeinvestigacionarteriosclerosis-15/combatar-epidemiadiabetesmellitustipo2latinoamerica-90008630-revision-2011> (Accesado el 22 de diciembre del 2012).

ANEXOS

ANEXO N° 1

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN AGUSTIN AREQUIPA FACULTAD DE ENFERMERIA

INSTRUMENTO PARA VALORAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS.

Autoras: Alayo y Horna

INSTRUCCIONES: El presente cuestionario tiene como finalidad valorar el Nivel de Conocimientos sobre diabetes mellitus, es **ANÓNIMO**, se usará la información solo para fin de investigación, se le solicita responder con sinceridad las siguientes preguntas. Marque Ud. La respuesta que considere correcta. Gracias.

I. Datos generales

Edad: 40 – 49años

50 – 58años

59 – 4años

Sexo: Masculino

Femenino

Grado de instrucción: Analfabeto(a)

Primaria

Secundaria

Superior

Ocupación: Independiente

Empleado

Su casa

II. Nivel de conocimientos

1. Como define usted la Diabetes Mellitus:

- a. Es una enfermedad crónica caracterizado por niveles elevados de glucosa (azúcar) en la sangre.
- b. Es una enfermedad causada por una bacteria que se aloja en el estómago.

c. Es una enfermedad que se caracteriza por el consumo excesivo de alcohol, destruyendo el hígado.

2. Señale los factores de riesgo que conllevan a presentar la Diabetes Mellitus.

- a. La herencia.
- b. Obesidad.
- c. Estrés.

Son ciertas: a) Sólo b. b) a y c. c) a y b.

3. Reconozca los principales signos y síntomas de la diabetes:

- a. Sed excesiva.
- b. Pérdida de peso.
- c. Aumento del apetito.
- d. Excesiva producción de orina e. Todas las anteriores.

4. El tratamiento de una persona con Diabetes se basa en:

- a. Plan alimentario.
- b. Actividad física.
- c. Control de la glucosa.
- d. Tratamiento medicamentoso (hipoglucemiantes orales)
- e. Todas las anteriores.

5. Identifique usted los valores normales de glucosa en sangre son:

- a. 110 –120 mg/dl.
- b. 60 – 90 mg/dl.
- c. 70 – 100 mg/dl.
- d. Mayor de 110 mg/dl.

6. La dieta es importante para:

- a. Mantener el peso ideal.
- b. Disminuir la concentración de lípidos (grasas) en la sangre.
- c. Prevenir las variaciones de glucosa (azúcar) en la sangre.

Son ciertas: a) Sólo a. b) todas las anteriores. c) a y c.

7. Conoce usted los alimentos que deben limitarse:

- a. Grasas
- b. Verduras.
- c. Azúcar.
- d. Frutas.

Son ciertas: a) a y b. b) a y c c) c y d.

8. La higiene y el cuidado de los pies es importante porque:

- a. Sólo mejora la circulación.
- b. Mantiene la integridad de la piel, evita el desarrollo de infecciones y la prevención de lesiones.
- c. Ayuda e eliminar las impurezas de los pies.

9. El ejercicio ayuda a:

- a. Disminuir la glucosa (azúcar) en sangre, disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, favorecer la circulación sanguínea y el tono muscular.
- a. Sólo ayuda a bajar de peso.
- b. Aumentar el estrés.

10. Cuáles son los cuidados de los pies, para evitar el pie diabético.

- a. Los pies deberán lavarse diariamente con agua tibia y jabón.
- b. Secar bien los pies en la zona interdigital (entre los dedos).
- c. Las Uñas deben cortarse en forma recta (cuadradas).
- d. Zapatos deben ser blandos y cómodos.
- e. Todas las anteriores.

ANEXO N° 2

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA FACULTAD DE ENFERMERÍA

TEST PARA EVALUAR LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO AL PACIENTE ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO II

INSTRUCCIONES: A continuación, se formula ítems, para evaluar el nivel de autocuidado, se le solicita responder a todas las preguntas con sinceridad, es **ANÓNIMO**, se usará la información solo para mejorar su tratamiento.

MEDIDAS DE AUTOCUIDADO	CRITERIOS		
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
A.- Control médico			
1.-Por lo menos acude al médico dos veces al			
2.-Cumple con las indicaciones médicas			
3.-Lleva un control diario de glucosa o azúcar en sangre, o posee un hemoglucotest.			
4.-Toma sólo medicamentos prescritos por su médico.			
5.-Acude al médico ante algún cambio, dolencia o enfermedad			
B. DIETA			
7.- Sigue la dieta indicada por su médico			
8. Consume diariamente frutas recomendadas			
9. Consume diariamente verduras			
10. Consume diariamente de 6 a 8 vasos de agua al día.			
11. tiene horarios establecidos en cuanto a su alimentación			

12. Controla su peso			
13. Consume carbohidratos o dulces			
c. EJERCICIOS			
14. Tiene un programa de ejercicios de acuerdo a su enfermedad			
15. Realiza ejercicios diarios por lo menos 30 minutos: caminar, correr.			
16. Evita hacer ejercicios intensos en ayunas o si tiene niveles muy bajos de glucosa antes de empezar su rutina.			
D. CUIDADO DE LOS PIES			
17. Usa zapatos que le protejan la piel, no le causen lesión en la piel: ni ajustados ni flojos.			
18. Usa medias de algodón y/o medias que no sean ajustadas o tengan ligas.			
19. Revisa sus pies diariamente para evitar complicaciones			
20. Asiste al podólogo para eliminar callosidades, corte de uñas.			
21. Evita usar sandalias o andar descalzo.			
22. Utiliza cremas o jabones hidratantes para sus pies.			
23. Se seca los pies entre dedos.			
24. Mantiene las uñas cortas de forma recta.			
E. CONTROL OFTALMOLÓGICO			
25. Acude al oftalmólogo una vez al año.			
26. Utiliza los lentes en caso de prescripción médica.			
27. Mira la televisión a una distancia mínima de 2 metros.			

ANEXO N° 3

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO PRUEBA ALFA DE CRONBACH PARA VARIABLE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

VARIABLES	N	Alfa - Cronbach	Confiabilidad
General	27	0.763	Aceptable
Control médico	6	0.893	Aceptable
Dieta	7	0.662	Aceptable
Ejercicios	3	0.673	Aceptable
Cuidado de pies	8	0.652	Aceptable
Control oftalmológico	3	0.701	Aceptable

COEFICIENTE ALFA CROMBACH

$$\alpha = \frac{N}{(N-1) \left[1 - \frac{\sum s^2(Y_i)}{s_x^2} \right]}$$

Dónde:

N = número de ítems
 $\sum s^2(Y_i)$ = Sumatoria de la varianza de los ítems
 s_x^2 = Varianza de toda la dimensión

Una confiabilidad es buena cuando se acerca a 1 y es mayor que 0.7, por lo cual la confiabilidad del instrumento es **Aceptable**, tomando en cuenta las variables por cada dimensión.

DIMENSIONES DEL AUTOCUIDADO

Autocuidado	Deficiente	Regular	Bueno	X ± 0.75 DE
Control médico	< 7	7 - 11	> 11	9 ± 0.75 *3
Dieta	< 8	8 - 11	>11	10 ± 0.75 *2
Ejercicios	< 2	2 - 4	> 4	2.4 ± 0.75 *2
Cuidado de los pies	< 10	10 - 14	>14	12 ± 0.75 *2.5
Control oftalmológico	< 2	2 - 5	> 5	3,8 ± 0.75 *1,64

ANEXO N° 4

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN AGUSTIN AREQUIPA FACULTAD DE ENFERMERIA

Consentimiento Informado

Yo.....expreso mi consentimiento para participar de este estudio “Nivel de Conocimiento y Práctica de Autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II. Programa Diabetes Mellitus Hospital Essalud - I La Merced”, dado toda la información necesaria de lo que incluirá el mismo y que tuve la oportunidad de formular todas las preguntas necesarias para mi entendimiento, las cuales fueron respondidas con claridad donde además se me explico que el estudio a realizar no implica ningún tipo de riesgo. Dejo constancia que mi participación es voluntaria.

.....
PACIENTE

.....
LIC. JUDITH COLLACHAGUA HUANCAYA