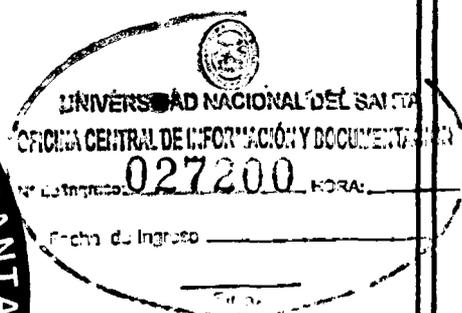




UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**FACTORES BIOLÓGICOS, SOCIALES Y CULTURALES RELACIONADOS
CON EL NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE
DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL ADULTO MADURO.**

AA. HH. ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE, 2014

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

TESISTAS:

**ARMIJO VILLEGAS, Fiorella Sthefanny
FLORES VELASQUEZ, Junior Jeanpierre**

ASESORA:

Mg. FALLA JUAREZ, Luz

**NUEVO CHIMBOTE - PERÚ
2015**

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



REVISADO Y Vº "B" DE:

Ms. FALLA JUAREZ, Luz

ASESORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



REVISADO Y Vº Bº DE:

Ms. Rodríguez Barreto, Yolanda

PRESIDENTA

Ms. Melgarejo Valverde, Esperanza

SECRETARIA

Ms. Falla Juárez, Luz

INTEGRANTE

DEDICATORIA

A Dios, que me ha guiado y dado fortaleza para seguir adelante. Por haberme permitido llegar hasta este punto, haberme dado salud para lograr mis objetivos.

A mis padres, quienes con su ejemplo, amor, confianza y apoyo constante forjaron en mí la meta, la proyección de seguir adelante.

A mis hermanos, por su ayuda incondicional, por sus consejos y su confianza depositada en mí; porque siempre me ayudaron a seguir adelante cada día para poder cumplir mis metas trazadas.

Fiorella Sthefanny Armijo Villegas

DEDICATORIA

A mi padre Dios por ser quien me dió la vida, la fuerza y el valor cada día para cumplir mis metas y anhelos, por no abandonarme en los momentos más difíciles, por ser la luz que alumbra mi camino, mi guía en todo momento.

A mis queridos padres Segundo y Flor, porque con su inmenso amor, sus sabios consejos, su estricta enseñanza, su noble sacrificio me enseñaron a valorar la vida, brindándome su apoyo incondicional para hacer posible mi formación profesional, sembrando en mí, un espíritu de superación y de valor para salir adelante.

A mis hermanos, por ser importantes en mi vida, por su cariño, comprensión, apoyo incondicional, por darme cada día momentos de alegría y aliento permanente para culminar mis metas.

Junior Jeanpierre Flores Velasquez

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por protegernos durante todo nuestro camino y darnos fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de nuestras vidas.

A nuestra querida alma mater Universidad Nacional del Santa, en especial a la Escuela Académica de enfermería por habernos cobijado en sus aulas durante todo este tiempo, casa hacedora de nuestro aprendizaje.

A nuestras(os) docentes, por su apoyo incondicional, sus enseñanzas y valores, que nos transmitieron durante nuestra formación profesional.

A la Ms. Luz Falla Juárez, asesora de nuestra tesis, por su valiosa guía y asesoramiento a la realización de la misma.

A los adultos maduros del AA.HH. Esperanza Baja, quienes formaron parte del trabajo de Investigación, ya que con su colaboración contribuyeron a la realización del mismo.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

***Armijo Villegas Fiorella Sthefanny
Flores Velásquez Junior Jeanpierre***

INDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN	13
II. MARCO TEÓRICO	26
III. MATERIALES Y MÉTODOS	39
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	52
4.1. RESULTADOS	52
4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	64
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	75
5.1. CONCLUSIONES	75
5.2. RECOMENDACIONES	76
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
TABLA N° 01	NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL ADULTO MADURO. AA. HH ESPERANZA BAJA. CHIMBOTE, 2014.	52
TABLA N° 02	FACTORES BIOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL ADULTO MADURO. AA. HH ESPERANZA BAJA. CHIMBOTE, 2014.	54
TABLA N° 03	FACTORES SOCIALES RELACIONADOS CON EL NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL ADULTO MADURO. AA. HH ESPERANZA BAJA. CHIMBOTE, 2014.	58
TABLA N° 04	FACTORES CULTURALES RELACIONADOS CON EL NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL ADULTO MADURO. AA. HH ESPERANZA BAJA. CHIMBOTE, 2014.	61

ÍNDICE DE FIGURAS

		Pág.
FIGURA N° 01	NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS EN EL ADULTO MADURO DEL AA. HH. ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE, 2014.	53
FIGURA N° 02A	FACTOR BIOLÓGICO: EDAD RELACIONADO CON NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL ADULTO MADURO DEL AA. HH. ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE, 2014.	55
FIGURA N° 02B	FACTOR BIOLÓGICO: SEXO RELACIONADO CON NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL ADULTO MADURO DEL AA. HH. ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE, 2014	56
FIGURA N° 02C	FACTOR BIOLÓGICO: ANTECEDENTES FAMILIARES RELACIONADO CON NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL ADULTO MADURO DEL AA. HH. ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE, 2014.	57

- FIGURA N° 03A** NIVEL SOCIOECONÓMICO RELACIONADO 59
CON NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA
PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2
EN EL ADULTO MADURO DEL A.A. H.H.
ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE, 2014.
- FIGURA N° 03B** APOYO SOCIAL PERCIBIDO RELACIONADO 60
CON NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA
PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2
EN EL ADULTO MADURO DEL AA. HH.
ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE, 2014.
- FIGURA N° 04A** FACTOR CULTURAL: NIVEL DE INFORMACION 62
RELACIONADO CON NIVEL DE
AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE
DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL ADULTO
MADURO DEL AA. HH. ESPERANZA BAJA,
CHIMBOTE, 2014.
- FIGURA N°04B** FACTOR CULTURAL: CREENCIAS SOBRE LA 63
DIABETES MELLITUS RELACIONADO CON
NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA
PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO
2 EN EL ADULTO MADURO DEL AA. HH.
ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE, 2014.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, tiene como objetivo conocer los factores biológicos, sociales y culturales relacionados con el nivel de autocuidado para la prevención de diabetes mellitus tipo 2 en el adulto maduro en el AA. HH. Esperanza Baja, Chimbote, 2014. Basado en el modelo de autocuidado de Dorothea Orem. La muestra poblacional estuvo constituida por 102 adultos maduros, de 35 a 60 años de edad. Para la recolección de datos se utilizó como instrumentos, el cuestionario de factores biológicos, aspecto socioeconómico, test de apoyo social percibido, test de información y cuestionario de creencias sobre la diabetes mellitus. El procesamiento y análisis estadístico se realizó mediante el SPSS 20. Llegando a lo siguiente: Existe un nivel de autocuidado regular (51,0%). En factores biológicos: Edad y sexo guardan relación significativa con el nivel de autocuidado ($p < 0.05$) y antecedentes familiares no guardan relación significativa ($p > 0.05$). En factores sociales: Nivel socioeconómico guarda relación significativa con el nivel de autocuidado ($p < 0.05$) y apoyo social percibido, no guarda relación significativa con el nivel de autocuidado ($p > 0.05$). En factor cultural: Nivel de información existe una relación significativa con el nivel de autocuidado ($p < 0.05$) para la prevención de diabetes mellitus en el adulto maduro; y creencias sobre diabetes mellitus existe una relación significativa con el nivel de autocuidado regular ($p < 0.05$) para la prevención de diabetes mellitus en el adulto maduro.

Palabras claves: Factor, biológico, social, cultural, autocuidado.

ABSTRACT

The present research is correlational descriptive cross-sectional aims to determine the biological, social and cultural factors related to the level of self-care for the prevention of Type 2 Diabetes Mellitus in the mature adult in the AA. HH. Esperanza Baja, Chimbote 2014. Based on the model of Dorothea Orem self-care. The sample population consisted of 102 mature adults, 35-60 years of age. For data collection was used as instruments, the questionnaire of biological, socio-economic aspect, perceived social support test and test on diabetes mellitus. Processing and statistical analysis was performed using SPSS 20. Therefore it was concluded: That there is a higher rate of self-regulating (51.0%). In biological factors: age and sex saved significant relationship with the level of self-care ($p < 0.05$) and family history bear no significant relationship ($p > 0.05$). In the social, socioeconomic level saves significant relationship with the level of self-care ($p < 0.05$) and perceived social support, has no significant relationship ($p > 0.05$). Cultural factor, the level of information there is a significant relationship with the level of self-care ($p < 0.05$) for the prevention of diabetes mellitus in the mature adult; and beliefs about diabetes mellitus there is a significant relationship with the level of regulating self-care ($p < 0.05$) in the mature adult.

Keywords: Factors, biological, social, cultural, self-care.

I. INTRODUCCIÓN

Uno de los cambios sociales más importantes de los últimos cien años en nuestro país y el mundo es el incremento de la expectativa de vida en la población, aumento de esperanza de vida al nacer, y disminución de los índices de mortalidad general, ocasionando un lento pero importante cambio en la estructura demográfica, lo que afecta diversos aspectos sociales, económicos, políticos, laborales y de salud. Al respecto, el incremento de la población adulta madura (35 – 60 años de edad), asociado a su proceso de envejecimiento normal, urbanización y cambios radicales en sus estilos de vida, constituyen actualmente un proceso de transición epidemiológica en donde las infecciones como mayor causa de enfermedad y muerte de los 50 años está siendo sustituida por nuevas enfermedades crónico-degenerativas, dentro de ellas la diabetes mellitus (1) (2).

Una serie de factores y circunstancias se relacionan con la diabetes mellitus tipo 2; a diferencia de la diabetes mellitus tipo 1 o la gestacional, ésta es la interrelación de factores, todos prevenibles, modificando estilos de vida, excepto la herencia (3).

El Ministerio de Salud del Perú ha establecido en los Lineamientos de Política del sector 2007 – 2020, el objetivo de vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, priorizando el control de las enfermedades crónico degenerativas, como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad isquémica del miocardio y accidente cerebrovascular (4).

Diversos estudios estiman una prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 entre 7% y 8%; estas cifras están en un rango promedio a nivel internacional, pero son sumamente altas en comparación a una población en un país, lo que está reflejando un fenómeno de transición epidemiológica importante, por tanto debe ser considerada una enfermedad crónica susceptible de vigilancia epidemiológica y de la implementación de un programa nacional que permita su prevención primaria y secundaria (5).

La prevención primaria, se considera como la prevención de mayor importancia en cuanto al no desarrollo de la enfermedad, evitando que se presente clínica y sintomatológicamente, logrando avanzar hacia alteraciones que posteriormente puedan llevar a lesiones irreversibles (6).

Pellergrini considera que los tres pilares fundamentales en la prevención de la diabetes mellitus tipo 2 son: cuidado de la salud general, donde todas las personas deben ejecutar su propio autocuidado, tratando de mejorar su calidad de vida, con una actitud alegre y de plenitud, cambiando tensiones y estrés por momentos de tranquilidad; una dieta adecuada, realizando un régimen diario de alimentación balanceada permitiendo ingerir la cantidad adecuada de energía para el organismo y una actividad física regular, lo que estimula el funcionamiento de las glándulas, fundamentalmente de los músculos que utilizan como combustible la glucosa y los ácidos grasos, de esta manera se disminuye la cantidad de glucosa circulante en la sangre, además ayuda a quemar calorías y controlar el peso (7).

Es fundamental comprender que la prevención primaria de la diabetes mellitus tipo 2 está orientada a evitar la enfermedad en poblaciones

susceptibles, lo que se obtiene modificando conductas en base a su propio autocuidado, llevando a cabo medidas dietéticas, ejercicio adecuado, cambio de hábitos perjudiciales para la salud y actitudes que son necesarias, no sólo para prevenir el desarrollo de la enfermedad, sino lograr que la persona mejore su calidad de vida y se pueda desarrollar desde un ámbito psicológico y social adecuado para llevar una vida placentera y feliz (8).

El autocuidado como medida preventiva para la diabetes mellitus tipo 2 en el adulto, es una estrategia efectiva; sin embargo, se ve influenciada por múltiples factores como la edad, sexo, el nivel socioeconómico, la creencias, estado de salud, el medio ambiente familiar y social; los cuales conducen a las prácticas de autocuidado bueno, regular o deficiente (9).

En el ámbito internacional se encontraron los siguientes trabajos relacionados con las variables de estudio:

En Estados Unidos, Reese, S. y Owen, P. (2000), en su investigación "Factores Conductuales de Riesgo, relacionado a los niveles de prácticas preventivas de atención en Diabetes Mellitus"; realizada en una población americana mayor de 18 años, reportaron que sólo el 30% de personas encuestadas, reciben atención preventiva, logrando minimizar sus complicaciones diabéticas. Las características relacionadas a la atención de prácticas preventivas fueron la escolaridad y la afiliación a un seguro de salud, lo cual indica que un mejor estado socioeconómico y una mayor facilidad de acceso al cuidado de la salud, tienen un efecto positivo en la recepción de las medidas preventivas (10).

En México, Guadalupe, E. y López, M. (2008), en su estudio "Factores de riesgo de Diabetes Mellitus Tipo 2", reportaron el siguiente resultado: La mayoría de las personas se encuentran en alto riesgo (73%) de tener diabetes mellitus tipo 2 con predominio en el sexo femenino. Aún cuando la edad de mayor riesgo es la población mayor de 45 años, en este estudio el grupo de 30 a 39 años que constituye el 100% presentó alto riesgo de desarrollar la enfermedad. La media de edad fue de 40.5 años. Aproximadamente la mitad no cuenta con el servicio de seguridad social. El 43 % de los participantes tiene sobre peso y obesidad. La circunferencia de cintura en la mayoría de los participantes (70%) rebasa los límites normales, en las mujeres se acentúa más. El 70% de los participantes refieren tener antecedentes familiares de diabetes (11).

En México, Baca, B. (2008), en su estudio "Nivel de conocimientos del diabético sobre su autocuidado". Hospitalizados en los servicios de medicina interna y cirugía del Hospital General Regional de Culiacán Sinaloa. Nivel de conocimiento sobre su autocuidado fue insuficiente en un 79 % (12).

En Guatemala, Hernández, F. (2011), en su investigación "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", se encontró que un 96% de pacientes diabéticos no poseen conocimientos necesarios de autocuidado. Dentro de las actitudes sobre autocuidado se establece que existe un 83% de pacientes que no presentan una actitud favorable ante la enfermedad. En relación a las prácticas refleja que un 92% demuestran la deficiencia de prácticas de autocuidado que la enfermedad

requiere para contribuir a mantener una mejor calidad de vida, a través de estilos de vida saludable (13).

En el ámbito nacional se encontraron los siguientes trabajos relacionados con las variables de estudio:

En Lima, Álvarez, M. (2000), en su estudio sobre "Influencia de algunos factores socioculturales y nivel de conocimiento en el autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente del Hospital Cayetano Heredia, Noviembre – Diciembre 2000". Las conclusiones más significativas a las que llegó fueron: Existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimientos y el grado de autocuidado, donde se observa que a mayor nivel de conocimiento mayor grado de autocuidado. El grado de instrucción que predomina en su estudio es primaria con 51.76%, existiendo influencia significativa entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento, ya que el grado de instrucción influye en la capacidad del paciente en comprender su enfermedad. El grado de autocuidado no es dependiente de la ocupación del paciente, puesto que depende de sí mismo y de la importancia que le da a su autocuidado" (14).

En Trujillo, Azabache, L. y Bustamante, J. (2000), estudiaron el "Autocuidado en pacientes del programa de control de diabetes y su relación con algunos factores biosocioculturales, Centro Médico de Moche – ESSALUD", obteniendo los siguientes resultados: La mayoría de los pacientes entrevistados (60.87%) tienen regular calidad de autocuidado y solo una minoría (39.13%) tiene una buena calidad de autocuidado. Los factores biosocioculturales sexo y edad no tiene significancia estadística con la calidad

de autocuidado, y los factores grado de instrucción, tiempo de enfermedad y nivel de información, tiene relación estadística significativa con la calidad de autocuidado (15).

En Chepén, Bardales, E. y Millones, V. (2001) investigaron sobre "Relación entre apoyo social recibido y el nivel de autocuidado del adulto mayor diabético del Hospital de apoyo I - ESSALUD - Chepén, tiene un nivel de autocuidado bueno (55.6%) y un nivel de autocuidado regular (44.4%), asimismo reciben un alto apoyo social (55.8%), seguido de un apoyo social mediano (47.2%), por lo tanto existe una relación altamente significativa entre el apoyo social recibido y el nivel de autocuidado del adulto mayor diabético (16).

En Lima, Hidalgo, E. (2005), en su estudio "Medidas de autocuidado y Factores socioculturales que favorecen o limitan el cumplimiento de asistencia al Programa de Diabetes Mellitus. Hospital 2 de Mayo". Se obtuvo como resultado que entre los factores socioculturales que limitan el cumplimiento del autocuidado del paciente diabético se consideran: la enfermedad, así como la ocupación, siendo mayor el factor económico, ya que la mayoría de los pacientes presenta un ingreso económico bajo, motivo por el cual no les alcanza para solventar algunas de las medidas de autocuidado (17).

En Trujillo, Valera, A. y Vargas, C. (2008), en su investigación "Estilo de vida promotor de salud, nivel de información y nivel de autocuidado en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2. Hospital Belén de Trujillo, encontraron que el mayor porcentaje (84.1%) presentó un nivel de autocuidado regular y un menor porcentaje (15.9%) tuvo nivel de autocuidado bueno. No se encontró pacientes con nivel de autocuidado malo (18).

En Trujillo, Ayay, R. (2008), investigó el Nivel de información sobre diabetes mellitus y nivel de autocuidado en pacientes adultos del programa de Control del Hospital I Es Salud – Chepén; se encontró que de 44 pacientes con diabetes mellitus el 86.4% presentó buen nivel de autocuidado y el 13.6% presentó regular nivel de autocuidado (19).

En Trujillo, Méndez, C. y Montero, F. (2012), en su trabajo de investigación “Prácticas de autocuidado y su relación con el nivel de información sobre diabetes mellitus y el apoyo familiar percibido por adultos diabéticos. Hospital Belén de Trujillo”, encontraron que (54.9 %) de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentaron un nivel de autocuidado bueno, el (38.5%) presentó un nivel de autocuidado regular y el (6.6%) nivel de autocuidado malo (20).

En el ámbito local se encontraron los siguientes trabajos relacionados con las variables de estudio:

En Nuevo Chimbote, Cordero, K. y Chang, N. (2007) investigaron “Nivel de información de los pacientes que pertenecen al programa de obesidad y diabetes sobre su enfermedad y autocuidado del Hospital Regional EGB”, cuyos resultados evidencian que el nivel de información sobre la enfermedad de pacientes del programa de obesidad y diabetes del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón es de regular a bueno, con un porcentaje de 59.2% y 28.2% respectivamente; asimismo el nivel de mejoramiento sobre el autocuidado es de regular a deficiente con un porcentaje de 68.9% y 20.45% respectivamente, por lo tanto existe una asociación altamente significativa ($p < 0.00009$) con una correlación moderada directa positiva ($r=0.46$) (21).

En Chimbote, Córdova, J. y Graus S. (2001), investigaron “Algunos factores biológicos y sociales relacionados al nivel de autocuidado del paciente diabético del Hospital II, ESSALUD”, donde encontraron que el nivel de autocuidado de los pacientes que asisten al programa de diabetes están ubicadas en la escala regular a bueno con 83.9% y 15.6% respectivamente, asimismo no se encontró relación estadística significativa entre algunos factores biológicos como la edad, sexo y tiempo de enfermedad con el nivel de autocuidado de los pacientes diabéticos, más si existe relación estadística altamente significativa con el nivel de autocuidado de los pacientes diabéticos, más si existe relación estadística altamente significativa con el nivel socioeconómico y el nivel de información sobre su enfermedad. Ambos presentan un nivel de autocuidado regular (22).

En Nuevo Chimbote, Cerna, A. y Reyes, E. (2007), en su estudio sobre “Nivel de conocimiento y estilo de vida de las personas diabéticas. Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote”, reportando los siguientes resultados: El 71% de las personas diabéticas presentan un nivel de conocimiento regular, el 73% de personas diabéticas presentan un estilo de vida inadecuado (23).

La diabetes mellitus tipo 2, representa un problema de salud pública, constituyéndose en una de las principales causas de invalidez y mortalidad prematura. Se clasifica en dos tipos principales: tipo 1 que aparece con mayor frecuencia durante la infancia o adolescencia y tipo 2 que aparece con mayor frecuencia después de los 40 años, representando alrededor del 90% de todos los casos de diabetes (24).

En el mundo existen aproximadamente 220 millones de personas con Diabetes, esperando a que la cifra supere los 300 millones para el año 2025, representando en los países en vías de desarrollo un incremento del 170% de los casos y en los países desarrollados un aumento del 42%. Se calcula que en 2005 fallecieron por diabetes 1,1 millones de personas. Cerca del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. Casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años, y un 55% a mujeres (25).

La prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en el Perú se estima en un 5.5 %. La magnitud de la misma esta en aumento, debido al incremento de diversos factores que ponen en riesgo la salud poblacional (26).

La prevención de diabetes en el adulto, es definitivamente una de las acciones de interés fundamental para los equipos de salud en el mundo y, para las personas con posibilidad de desarrollar la enfermedad, pudiendo afirmar que la prevención de la diabetes mellitus es la acción más importante que se puede considerar en contra de esta enfermedad (27).

Los datos estadísticos de la Red Pacífico Norte informaron que en el año 2013 hubo una población de 1704 casos de diabetes mellitus 2, entre ellos había 1161 mujeres y 543 varones (28).

En Chimbote, en el Hospital La Caleta, en los años 2012 y 2013 asistieron por consultorios externos 376 y 372 personas; por emergencia fueron atendidos 136 y 195 personas con diabetes mellitus, respectivamente. Observando el incremento de esta enfermedad en la ciudad (29).

De acuerdo con los datos estadísticos de la Red Pacífico Norte, el AA.HH Esperanza Baja presenta una población de 730 personas adultas maduras de las cuales un alto porcentaje de ellas padecen de diabetes mellitus tipo 2 y que presentan factores de riesgo (obesidad, problemas relacionados con la dieta, antecedentes familiares) que predisponen a esta enfermedad. Por ello la investigación fue aplicada a esta comunidad para mejorar la conducta hacia estilos de vida saludables (28).

Ante el marco descrito, nos hemos motivado a realizar el presente estudio de investigación planteando la siguiente interrogante:

¿Existe relación entre los factores biológicos, sociales y culturales con el nivel de autocuidado para la prevención de diabetes mellitus tipo 2 en el adulto maduro en el AA. HH. Esperanza Baja, Chimbote 2014?

1.1. OBJETIVOS:

1.1.1. OBJETIVO GENERAL:

Conocer los factores biológicos, sociales y culturales relacionados con el nivel de autocuidado para la prevención de diabetes mellitus tipo 2 en el adulto maduro en el AA.HH Esperanza Baja, Chimbote 2014.

1.1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar el nivel de autocuidado para la prevención de diabetes mellitus tipo 2 en el adulto maduro en el AA. HH. Esperanza Baja, Chimbote 2014.
- Determinar la relación entre los factores biológicos con el nivel de autocuidado para la prevención de diabetes mellitus tipo 2 en el adulto maduro en el AA. HH. Esperanza Baja, Chimbote 2014.
- Determinar la relación entre los factores sociales con el nivel de autocuidado para la prevención de diabetes mellitus tipo 2 en el adulto maduro en el AA. HH. Esperanza Baja, Chimbote 2014.

- Determinar la relación entre los factores culturales con el nivel de autocuidado para la prevención de diabetes mellitus tipo 2 en el adulto maduro en el AA. HH. Esperanza Baja, Chimbote 2014.

1.2. HIPÓTESIS:

- ⌘ **Ha:** Si existe relación entre los factores biológicos, sociales y culturales relacionados con el nivel de autocuidado para la prevención de diabetes mellitus tipo 2 en el adulto maduro en el AA. HH Esperanza Baja, Chimbote 2014.
- ⌘ **Ho:** No existe relación entre los factores biológicos, sociales y culturales relacionados con el nivel de autocuidado para la prevención de diabetes mellitus tipo 2 en el adulto maduro en el AA. HH Esperanza Baja, Chimbote 2014.

1.3. IMPORTANCIA

El estudio de los factores biológicos, sociales y culturales relacionados con el nivel de autocuidado para la prevención de diabetes mellitus tipo 2 en el adulto maduro es importante para la profesión de enfermería porque nos permite promover la prevención de factores condicionantes a la enfermedad, practicando medidas saludables, mejorando la calidad de vida de las personas.

El estudio de los factores biológicos, sociales y culturales son importantes para los pobladores del AA. HH Esperanza Baja, ya que permitirá identificar oportunamente aquellos factores de riesgo para su salud, impulsando a adoptar medidas preventivas y de autocuidado en la mejora de su calidad de vida.

Para el profesional de Enfermería, la presente investigación tiene gran importancia por ser responsable en el manejo de programas, es necesario que conozcan el comportamiento de los factores estudiados, elementos contribuyentes para mantener la salud a través del autocuidado, a partir de ellos plantear alternativas de solución y modelos de atención individualizados para mejorar la calidad de vida de las personas.

II. MARCO TEORICO:

La presente investigación se basa en el modelo de autocuidado de Dorothea Orem por las conceptualizaciones de autocuidado y propone tres teorías relacionadas: La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería (30).

En el informe se considera la teoría del autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería.

En la teoría del autocuidado, Orem, lo ha definido como una actividad del individuo, aprendida por este y orientada hacia un objetivo; es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar (30).

Orem, completa el concepto "auto" como totalidad de un individuo, incluyendo no solo sus necesidades físicas, sino también psicológicas y espirituales; y el concepto "cuidado" como la totalidad de actividades que un individuo inicia por mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal (31).

El autocuidado se inicia voluntaria e intencionalmente por el individuo, es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y sus habilidades en la toma de decisiones para su propio beneficio, el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Orem, define la palabra "agente" a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio autocuidado se les considera "Agentes de autocuidado", y cuando el individuo que proporciona cuidados a otros para satisfacer sus necesidades de autocuidado se le denomina "Agente de autocuidado dependiente" (30) (31).

Orem, considera en su modelo tres requisitos: los universales, los relativos al desarrollo y, el de las alteraciones de la salud. Estos requisitos son esenciales para el autocuidado pues son la expresión de los objetivos que se han de alcanzar, de los resultados que se desea obtener, son los medios para llevar a cabo las acciones que constituyen el autocuidado (31).

Los Requisitos Universales del Autocuidado:

Son comunes a todo ser humano, se dan durante todas las etapas de su ciclo vital, adoptadas a la edad, estado de desarrollo, factores ambientales y otros. Estos requisitos son esenciales para todas las personas, en todas las etapas del desarrollo, y especialmente en las personas adultas debido a sus cambios físicos, psicológicos y sociales que ocurren en su proceso de envejecimiento, cada uno de ellos es importante para el funcionamiento humano (32).

Estos requisitos son: la conservación del aire, del agua, de alimentos y eliminación; equilibrio entre actividad y descanso, entre la soledad y la interacción social; prevención de peligros para la vida y promoción de la actividad humana (32).

El mantenimiento de aire, agua y alimentos suficientes y la provisión de cuidados para la eliminación son fundamentales para nuestros procesos vitales; los problemas que ocurren en estas áreas podrían conducir a estados potencialmente peligrosos para la vida. En los adultos de hace necesario reforzar los buenos hábitos alimentarios para conservar la salud y evitar enfermedades en el futuro (33).

La ingesta de vitaminas y minerales siguen siendo las mismas, pero puede haber una deficiencia nutricional o dieta insuficiente. En el caso de mujeres (menopausia) y ancianos necesitan ingerir mayores cantidades de calcio y vitamina D a fin de prevenir la osteoporosis. Asimismo se deben incluir en su dieta diaria 2 a 3 litros de líquidos (33).

Un trastorno nutricional común en los adultos es la obesidad, la cual es causante de múltiples afecciones cardiovasculares (arterioesclerosis, hipertensión). La aparición de la diabetes en el adulto principalmente se debe a la inadecuada dieta recibida.

Uno de los cambios más importantes que se deben seguir para lograr una vida ausente de diabetes, es la alimentación; tanto médicos como nutricionistas coinciden, que la mejor dieta para la prevención es la dieta baja en grasas y azúcares, alta en fibra. Esta perfectamente comprobado que la dieta alta en fibra ayuda por mecanismos físicos, al arrastre y expulsión por medio de las heces fecales de gran parte de la grasa ingerida en los alimentos y también de los azúcares (34).

El equilibrio entre la actividad y el reposo, es importante para evitar problemas de agotamiento, fatiga o estrés potencialmente lesivos.

Los cambios en el régimen de vida del adulto pueden llevarlo a una falta de ejercicio y sueño adecuado. Muchos adultos pueden no incluir el ejercicio en su estilo de vida, sin embargo es fundamental tener en cuenta la importancia de equilibrar el reposo y sueño con la actividad física para mantener el funcionamiento óptimo del cuerpo (35).

Cuando se habla de ejercicio, no se refiere a una actividad extenuante, sino en efectuarlo regular y de manera moderada.

El ejercicio también es un factor clave para la prevención de la diabetes en el adulto, porque: aumenta la sensibilidad a la insulina; eleva las defensas del organismo; elimina sustancias tóxicas mediante el sudor; incrementa el recambio de oxígeno a nivel de tejidos con la elevación de las pulsaciones y el trabajo cardíaco; mejora la absorción y eliminación de sustancias nutritivas o de desecho a nivel intestinal (36).

Al igual que el ejercicio físico, las personas adultas necesitan más descanso durante el día. El reposo es sinónimo de descanso o relajación, e implica la liberación de tensión emocional y molestias físicas. El reposo en las personas adultas se consigue mediante sus periodos de sueño o a través del cambio de sus actividades (37).

El apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.). (38).

La persona adulta madura necesita establecer una relación estrecha con una o más personas con quienes pueda compartir sus pensamientos y sentimientos más íntimos, y que la acepten como es.

Las personas adultas suelen sentirse solas y aprecian mucho la simple posibilidad de hablar con otros. Muchos logran esa intimidad con su pareja, otros pueden tener varios buenos amigos en quienes confían para recibir apoyo emocional (38).

Una persona que no tiene con quien compartir sus pensamientos íntimos, experimentan un sentimiento de soledad o aislamiento profundo, puede sentirse inútil y que carece de cualidades positivas; conllevando a un proceso de estrés. Durante esta etapa, las relaciones de un adulto mayor con otras personas (familias, amigos) son importantes en el desarrollo de autoestima; busca en ellos consejo y apoyo a medida que trata de establecer su estilo de vida personal (39).

La prevención de peligros para la vida, es esencial si la persona tiene que sobrevivir, a la vez que es un prerrequisito para el desarrollo humano. Parte del desarrollo humano necesita que la persona aprenda a reconocer que situaciones son potencialmente peligrosas y que sea capaz de apartarse de tales entornos (40).

Las personas adultas deben ser conscientes a los problemas de salud que se hallan expuestos. Los cambios físicos (celulares, tisulares, orgánicos, y funcionales) que ocurren durante su proceso de envejecimiento, sus estilos de vida, entre otros, han hecho que las enfermedades crónicas – degenerativas como la diabetes, hallan

venido incrementando en forma notable, sin embargo esta enfermedad se puede evitar, realizando acciones de autocuidado dirigidos a eliminar o reducir los factores de riesgo como son pérdida de peso, dieta, ejercicios, el estrés, entre otros así mismo, la buena higiene personal es importante para la salud en general de una persona, permitiendo conservar la piel y apéndices, dientes, boca limpia y en buen estado (41).

La educación para la salud, juega un rol primordial como estrategia para estimular, promover el autocuidado y la prevención de los problemas de salud (42).

Estos requisitos de autocuidado universal son tareas esenciales que la persona debe ser capaz de realizar para cuidar de sí mismo, y no deben considerarse aisladamente ya que interactúan entre sí.

La teoría de los sistemas de enfermería: El propósito de esta teoría es describir y explicar las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero. La teoría afirma que la enfermería es una acción humana sobre la salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Los sistemas se forman cuando los enfermeros usan sus habilidades, con el fin de prescribir, diseñar, proveer cuidados de enfermería a las personas (43).

Orem enfatiza que las acciones de enfermería se organizan en tres sistemas: El sistema de compensación total, el sistema de compensación parcial y el sistema de apoyo educativo.

En esta investigación se considera el sistema de apoyo educativo ya que individuo está en capacidad de autocuidarse, pero requiere orientación. Las acciones que emprenden las enfermeras ayudan a las personas a mejorar sus capacidades para involucrarse en su autocuidado y para alcanzar sus propios requisitos de autocuidado, de manera terapéutica (44).

El papel de enfermería es, entonces, desarrollar el conocimiento necesario para ayudar a los individuos y las familias a iniciar y mantener conductas que lleven a reducir los riesgos de enfermar o de sufrir complicaciones que tengan enormes implicaciones individuales y sociales en las personas y sus familias y que se traducen en costos imposibles de satisfacer para toda la sociedad (45).

Las personas adultas normalmente tienen cuidado en la satisfacción de sus necesidades de salud, están interesados en mantener su salud y prevenir la aceleración de proceso de envejecimiento, debido a ello realizan actividades de autocuidado (especialmente los de autocuidado universal y del desarrollo) para conservar su salud y lograr su desarrollo óptimo (46).

Las actividades de autocuidado se aprenden conforme la persona madura, adquieren información sobre el autocuidado por medio de las experiencias de su vida cotidiana, las situaciones que afectan su salud, y por la experiencia transmitida (47).

La atención de enfermería en el nivel de prevención primaria, está orientada a mejorar los estilos de vida de las personas que incluya los

factores biológicos (edad, sexo, antecedentes familiares), factores sociales (Nivel socioeconómico, apoyo social) y factores culturales (nivel de información).

Factor biológico: Se halla relacionado con el ciclo de vida de la persona y su salud. Orem se refiere a desviaciones específicas de la salud, por ejemplo: daños, enfermedades u otros desórdenes, al igual que el estado general de salud. Está incluido como un factor de condicionamiento básico, que como la edad, género, estado de desarrollo, y condiciones de vida, pueden influenciar en el autocuidado.

La edad, se relaciona considerablemente con la percepción por parte de la persona sobre su estado de salud. Este factor, está muy relacionado con las características del comportamiento de una persona, la cual influye en las actividades de autocuidado. Conforme la persona va adquiriendo madurez es capaz de contribuir a su propia vida, salud y bienestar a través de medidas de autocuidado, desarrollándose mecanismos de defensa y modo de enfrentamiento hacia una enfermedad, cualquier problema general o particular (48).

El sexo, es otro de los factores que se asocia con las prácticas de autocuidado, aún en nuestro medio cultural en donde el sexo femenino realiza un mejor autocuidado, probablemente porque las mujeres se preocupan más por su apariencia física y salud. Por ejemplo, la madre de familia con frecuencia no se enferma cuando los hijos o esposo tienen que guardar reposo por salud. Sin embargo, el cumplir con su responsabilidad de autocuidado puede entrar en conflicto con su papel

de ama de casa, esposa y otras, por ello es posible que su autocuidado no pueda llevarse a cabo óptimamente hasta que haya atendido las responsabilidades que también asume, descuida su apariencia personal y sus prácticas de autocuidado (48).

Los antecedentes familiares, de algunas enfermedades puede influir significativamente en el autocuidado de las personas, por ejemplo una persona que haya tenido una familiar con alguna enfermedad crónica, conocerá mejor como cuidarse para prevenir la enfermedad o sus complicaciones en comparación a otro que no tuvo esta experiencia.

Las personas con antecedentes familiares presentan avidez por conocer y practicar medidas sanitarias efectivas para proteger su salud, tienen un fuerte entusiasmo y necesidad de seguir ciertas prácticas de autocuidado, y con frecuencia buscan información para ampliar sus conocimientos previos o simplemente mejoran sus actividades de autocuidado en salud evitando los factores que produjeron la enfermedad en sus familiares (49) (55).

Factor social: Se halla relacionado ya que vincula a la persona con su entorno social; para el estudio se define con el nivel socioeconómico, y apoyo social; esto influirá en el cuidado de la persona.

El nivel socioeconómico, es considerado como otro factor relacionado en el nivel de autocuidado de una persona, cada grupo socioeconómico es diferente, por lo tanto también es diferente su exposición a procesos de riesgo que provocan la aparición de enfermedades y formas de muertes específicas así como su acceso a

procesos beneficiosos que contribuyan a optimizar sus actividades de autocuidado (50).

La educación es el indicador socioeconómico más importante por guardar estrecha relación con las prácticas de autocuidado. Las personas con posiciones socioeconómicas más elevadas y aquellas bien educadas, suelen identificar mucho más pronto los signos y síntomas de la enfermedad que las posiciones socioeconómicas más bajas, las mismas que inclinan menos a buscar ayuda de un profesional de salud (50).

El apoyo social, incluye factores como la presencia de vínculos sociales estrechos y el reconocimiento de la disponibilidad que otras personas tengan para ayudar. Así mismo tiene el objetivo de contribuir a la satisfacción de necesidades de afecto, estima, identidad y protección; así como el alivio de tensiones y esfuerzos a los que está sometido (51).

El apoyo social está integrada por 4 componentes que le da un carácter amplio y complejo: apoyo emocional, instrumental, informativo y apoyo voluntario. El apoyo emocional es mayormente dado por la familia y amigos apoyando en la satisfacción de necesidades tanto de índole biológica como de carácter afectivo influyendo en la prevención de empatía, cuidado, amor y confianza.

El apoyo informativo consiste en ayudar al individuo a que se ayude así mismo facilitándose la información necesaria, pues cuanto más informado con respecto a las enfermedades y su manejo de cuidado

será capaz de anticiparles y hacerle frente. La información a la familia y personas cercanas al paciente son de importancia (51).

El Factor Cultural: también se halla relacionado con las actividades de autocuidado de las personas.

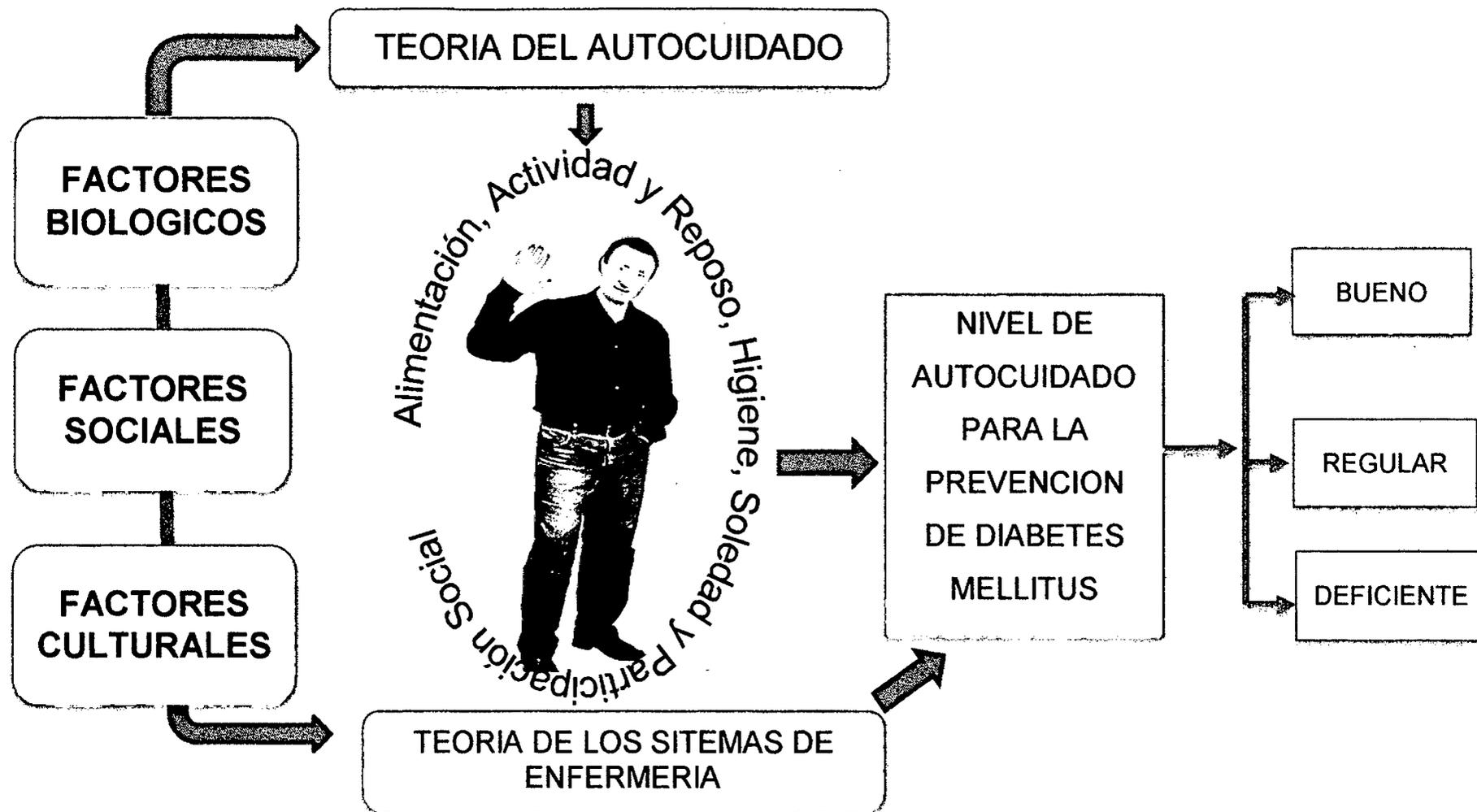
Al respecto Orem refiere que las actividades de autocuidado no son innatas sino que son, aprendidos, de acuerdo a un patrón cultural lo que afectará su decisión y acción a desarrollar como parte de su cuidado.

Enfermería cumple un rol importante de un adecuado nivel de autocuidado de las personas, así mismo en la detección precoz de enfermedades como la diabetes evitando también la aparición de complicaciones y disminuir el riesgo de presentar la enfermedad. Es aquí, donde la enfermera en su rol educativo adquiere un papel fundamental, pues busca entregar a las personas en riesgo, habilidades necesarias para su autocuidado, por ello, conocer la capacidad de autocuidado del adulto vulnerable de enfermar, contribuirá para adaptar las estrategias a su condición (52).

El nivel de información de las personas sobre determinada enfermedad, es otro factor importante que se relaciona con el nivel de autocuidado especialmente en la población en riesgo, permitiéndoles participar en forma activa y directa en la detección de los factores que les favorece o precipita con determinadas enfermedades. Así mismo, con un mayor nivel de información se refuerza las acciones que conllevan a conductas sustentadas en valores como la autoestima,

autorespeto, el autocuidado y el reconocimiento pleno de que son capaces de mejorar su calidad de vida.

Informando a las personas sobre determinadas enfermedades, se pretende mejorar en ellos, sus facultades intelectuales, habilidades y destrezas, para que tomen sus propias decisiones y fijen sus objetivos de acuerdo a las circunstancias teniendo en cuenta sus características personales (edad, sexo, grado de instrucción creencias, etc.) (53).



ESQUEMA DEL MODELO DE DOROTHEA OREM ADAPTADO A LA PRESENTE INVESTIGACION

III. MATERIALES Y METODOS

3.1. MÉTODO DE ESTUDIO:

Según la naturaleza del problema, el presente estudio es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal:

- **Descriptivo Correlacional:** Porque se conoció la relación existente entre los factores biológicos, sociales y culturales los con el nivel de autocuidado para la prevención de Diabetes Mellitus tipo 2 en el adulto maduro.
- **De corte transversal:** Porque se obtuvo la información en un momento dado, sobre los factores biológicos, sociales y culturales relacionados con el nivel de autocuidado para la prevención de Diabetes Mellitus tipo 2 en el adulto maduro, procediéndose a su descripción y análisis.

3.2. DISEÑO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal. Porque el objeto fue conocer, identificar y determinar la relación entre los factores biológicos, sociales y culturales relacionados con el nivel de autocuidado para la prevención de Diabetes Mellitus tipo 2 en el adulto maduro, que corresponde al siguiente esquema.

A

O

X

DONDE:

A: Adulto maduro

O: Nivel de autocuidado para la prevención de Diabetes Mellitus tipo 2.

X: Factores biológicos, sociales y culturales.

3.3. UNIVERSO MUESTRAL O POBLACION

A. Unidad de análisis

La población de estudio estuvo conformada por 730 adultos maduros que viven en el AA. HH Esperanza Baja, Chimbote.

B. Marco muestral

Constituido por los adultos maduros que cumplan los criterios de inclusión.

C. Criterios de inclusión

- Adulto maduro de 35 a 60 años de edad que no estén diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2.
- Que este orientado en tiempo, espacio y persona.
- Que acepte voluntariamente participar en el estudio.

E. Diseño muestral:

Se trabajó aplicando la fórmula de muestreo aleatorio simple para obtener una muestra de toda la población. De la cual obtuvimos un resultado de 102 personas (Anexo N° 1).

F. Aspectos éticos

En el presente estudio de investigación se consideraron los siguientes aspectos éticos, normados por la Comisión de Ética de la Universidad del Santa:

- **Autonomía:** Se sustenta en el respeto a la dignidad de las personas que son sujetos de investigación, deben participar de forma voluntaria y disponer de información adecuada. La investigación garantizó el pleno respeto a los derechos y libertades fundamentales en particular si se encuentran en situaciones de especial vulnerabilidad; por tanto en el presente estudio de investigación se respetó la decisión de los adultos maduros del AA. HH. Esperanza Baja de aceptar o rechazar su participación en el mismo, brindando su consentimiento informado (Anexo N° 02) luego de una información completa sobre los objetivos del estudio de investigación.

- **Anonimato y confidencialidad:** La privacidad de la identificación de la persona, garantizó que la información sea accesible solamente para aquellos, autorizados a tener acceso. En el presente estudio sólo tuvieron acceso a los resultados los investigadores y los participantes del estudio, luego de conocer los resultados.
- **Beneficencia y no maleficencia:** Se debe asegurar el bienestar de las personas que participan en la investigación. La conducta del investigador debe responder a no causar daño, disminuir los posibles efectos adversos y maximizar los beneficios. Además durante la investigación no se les expuso a experiencias desagradables que provoquen daños graves o permanentes.
- **Justicia:** Se reconoce que la equidad y la justicia otorgan a todas las personas que participan en la investigación derecho a acceder a sus resultados. Todos los adultos maduros que participaron del estudio de investigación recibieron un trato igualitario en consideración y respeto, sin diferencias entre ellos.
- **Integridad científica:** Se entiende por integridad científica a la acción honesta y veraz en el uso y conservación de los datos que sirven de base a una investigación, así como en el análisis y comunicación de los resultados que se obtendrán en la presente investigación.

- **Responsabilidad:** El investigador tiene una responsabilidad social científica. Es deber y responsabilidad personal del investigador considerar cuidadosamente las consecuencias que la realización y la difusión de su investigación implican para los participantes y para la sociedad en general.

3.4. DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

A. VARIABLE INDEPENDIENTE:

❖ FACTORES BIOLÓGICOS:

Conjunto de indicadores que representan las principales características anatomofisiológicas de los adultos, que pueden relacionarse o no con el autocuidado de la prevención de Diabetes Mellitus tipo 2.

- **EDAD:**

Definición conceptual:

El adulto maduro (35 a 60 años) es el sujeto completamente desarrollado, que ha alcanzado la capacidad intelectual y la estabilidad emocional y psicológica propias de una persona madura.

Definición operacional:

Mediante la escala nominal:

Adulto Maduro

✓ De 35 a 44 Años.

✓ 45 a 60 años.

• **SEXO:**

Definición conceptual:

Caracterización anatómo fisiológico que diferencian al hombre de la mujer.

Definición operacional:

Mediante la escala nominal.

✓ Masculino.

✓ Femenino

• **ANTECEDENTE FAMILIAR:**

Definición conceptual:

Familiar de hasta tercera línea de consanguinidad (padre, abuelos, hermanos) que padeció de diabetes.

Definición operacional:

Mediante la escala nominal:

✓ Con antecedentes

✓ Sin antecedentes

❖ **FACTORES SOCIALES:**

Conjunto de indicadores que miden el nivel de vida de los adultos maduros y pueden asociarse positiva o negativamente con el autocuidado para la prevención de diabetes.

• **NIVEL SOCIOECONÓMICO:**

Definición conceptual:

Son las características sociales y económicas de los adultos maduros. Para efectos de estudio y se utilizó los datos de ocupación, características de la vivienda, grado de instrucción y saneamiento. Los indicadores antes mencionados tienen un puntaje cuya suma nos indica la clase a la cual pertenece.

Definición operacional:

Se operacionalizó mediante la escala ordinal.

- ✓ **BAJO SUPERIOR:** Aquel nivel socioeconómico que pertenece un puntaje de 37 a 50
- ✓ **BAJO MEDIO:** Aquel nivel socioeconómico que obtenga un puntaje de 25 a 36
- ✓ **BAJO BAJO:** Aquel nivel socioeconómico que obtenga un puntaje de 0 a 24.

- **APOYO SOCIAL PERCIBIDO:**

Definición conceptual:

Es la satisfacción de necesidades individuales de afecto, pertenencia, y seguridad que son satisfechas por personas significativas constituidas ya sea por familiares, amigos y/o grupos profesionales de ayuda y de asistencia mutua.

Definición operacional:

Se operacionalizó en la escala ordinal, en base a la suma de puntaje según la escala a intervalos.

- Apoyo social suficiente: 18 – 24 pts.
- Apoyo social insuficiente: 0 – 17 pts.

- ❖ **FACTORES CULTURALES:**

Conjunto de indicadores relacionados al nivel aprendizaje y conocimiento de los adultos maduros que pueden relacionarse positiva o negativamente con el autocuidado para la prevención de diabetes mellitus.

- **NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE DIABETES:**

Definición conceptual:

Grado de información adquirido por el adulto sobre diabetes mellitus.

Definición operacional:

Se midió en la escala de medición ordinal:

- Nivel de información alto: De 27 a 34 pts.
- Nivel de información mediano: De 15 a 26 pts.
- Nivel de información bajo: 0 a 14 pts.

• **CREENCIAS SOBRE LA DIABETES MELLITUS:**

Definición conceptual:

Conjunto de preposiciones sobre la diabetes mellitus.

Definición operacional:

Se midió en la escala de medición nominal.

- ✓ Inadecuado
- ✓ Adecuado

B. VARIABLE DEPENDIENTE:

NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE DIABETES:

Definición conceptual:

Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas sobre sí mismas, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y en funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Definición operacional: (Córdova, J y Graus S. 2001).

Se midió mediante la escala ordinal. Se consideró tres niveles.

NIVEL	PUNTAJE
Bueno	50 – 72
Regular	25 – 49
Deficiente	0 – 24

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el presente trabajo de investigación se utilizó la técnica de la encuesta, los datos se recolectaron empleando los siguientes instrumentos:

A. CUESTIONARIO DE FACTORES BIOLÓGICOS (ANEXO N° 03)

Instrumento realizado por los investigadores, está orientado en el aspecto biológico. Considera 3 ítems: edad, sexo y antecedentes de diabetes de algún familiar.

B. CUESTIONARIO DE FACTORES SOCIALES

- **Aspecto socioeconómico (Anexo N° 4)**

Instrumento basado en Dr. Orestes Botto, para medir el nivel socio-económico. Se categoriza en: Bajo superior (37 a 50 puntos), Bajo medio (25 a 36 puntos) y, Bajo bajo (0 a 24 puntos), la misma que incluye 4 partes (sub-indicadores): Educación, ocupación, vivienda y saneamiento.

- **Test de Apoyo Social Percibido (Anexo N° 5)**

Instrumento con el objetivo de recolectar datos sobre el apoyo que reciben las personas de sus familiares, amigos, profesionales e instituciones con las que se relaciona (24).

Está organizado en 12 ítems, y se le asignó el siguiente puntaje:

SIEMPRE = 2 puntos

A VECES = 1 punto

NUNCA = 0 punto

Se categoriza en: apoyo social suficiente (18 – 24 puntos) y apoyo social insuficiente (0 – 17 puntos)

C. CUESTIONARIO DE FACTORES CULTURALES:

- **Test de Nivel de Información sobre la Diabetes Mellitus (Anexo N° 6)**

Instrumento basado en Azabache, L y Bustamante, Y. Los datos están relacionados con el nivel de información sobre la enfermedad, tratamiento, complicaciones y cuidados generales, están organizados en 34 ítems, asignándose un punto a la respuesta (SI) y ninguno a la respuesta (NO) (24).

Se categorizó en: nivel de información alto (27 – 34 puntos), nivel de información mediano (15 – 26 puntos) y nivel de información bajo (0 – 14 puntos).

- **Creencias sobre la Diabetes Mellitus (Anexo N° 8)**

Instrumento que contiene preposiciones determinadas según las creencias que se tiene sobre la enfermedad de diabetes mellitus, está organizado por 6 preposiciones, asignándose un punto a la respuesta (adecuada) y ninguno a la respuesta (Inadecuado).

D. TEST DE NIVEL DE AUTOCUIDADO: (ANEXO N° 07)

Es un instrumento basado en Brunner y Long: conteniendo 34 ítems acerca de las habilidades y aptitudes de la persona sobre el autocuidado.

Las respuestas se calificaron de acuerdo a la siguiente escala:

SIEMPRE	=	2 puntos
A VECES	=	1 punto
NUNCA	=	0 punto

De acuerdo al puntaje obtenido sobre el nivel de autocuidado se calificó en forma general, según definición operacional. Se categorizo en: nivel de autocuidado bueno (50 – 72 puntos), regular (25 – 49 puntos) y deficiente (0 – 24 puntos).

3.6. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

- Se coordinó con la directiva del AA. HH Esperanza Baja, para la autorización y apoyo en el desarrollo de la presente investigación.
- Se informó mediante medios de comunicación masiva, a la población en estudio sobre la realización del trabajo de investigación a fin de obtener facilidades para la aplicación de los instrumentos.
- La aplicación de los instrumentos se realizó a cada adulto maduro, lo cual tomó un tiempo de 10 minutos aproximadamente, previo a ello se explicó las instrucciones correspondientes al llenado de los instrumentos.

3.7. TECNICA DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

El procesamiento y análisis estadístico se realizó en el SOFTWARE Especializado en Estadística y Epidemiología: SPSS 20; en sus 2 niveles; previa codificación de los datos obtenidos:

Estadística descriptiva:

- Tabulados y presentados en distribuciones de frecuencias y contingencias.

Estadística Diferencial no paramétrica o analítica:

- Prueba de Independencia de criterios (Chi Cuadrado)

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

TABLA N° 1: NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS EN EL ADULTO MADURO DEL AA. HH. ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE, 2014.

NIVEL DE AUTOCUIDADO	fi	hi
BUENO	10	9,8
REGULAR	63	61,8
DEFICIENTE	29	28,4
TOTAL	102	100.0

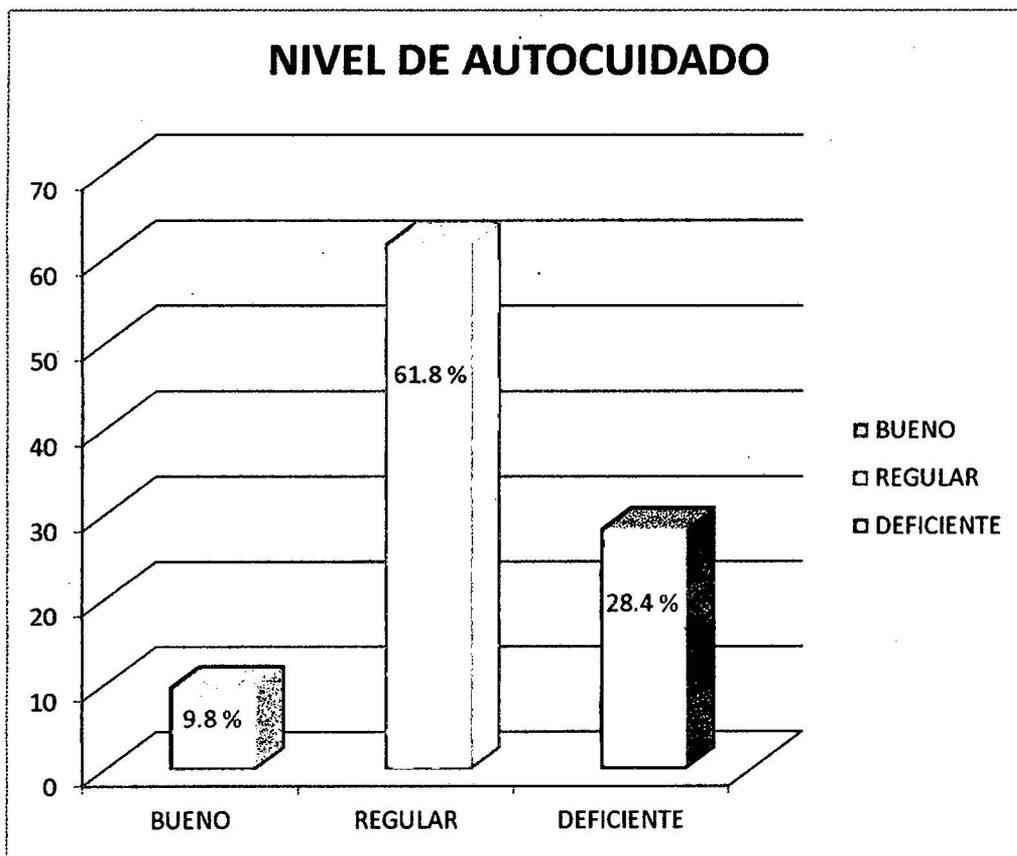


FIGURA N° 1: NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS EN EL ADULTO MADURO DEL AA. HH. ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE, 2014.

TABLA N° 2: FACTORES BIOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL ADULTO MADURO EN EL AA. HH. ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE 2014.

FACTORES BIOLÓGICOS	NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2							
	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL	
	fi	hi	fi	hi	fi	hi	fi	hi
TOTAL	10	9.8	63	61.8	29	28.4	102	100
EDAD								
35 - 44	7	17.1	22	61.7	12	21.2	41	40.2
45 - 60	3	4.9	41	48.8	17	46.3	61	59.8
	$X^2 = 4.441$	$GL = 2$	$p = 0.0001$	$p < \alpha$	ALT. SIG.			
SEXO								
Masculino	4	8.3	25	64.1	19	27.6	48	47.1
Femenino	6	11.1	38	70.4	10	18.5	54	52.9
	$X^2 = 5.542$	$GL = 2$	$p = 0.005$	$p < \alpha$	SIG			
ANTECEDENTES FAMILIARES								
Con antecedentes	1	4.0	16	64.0	8	32.0	25	24.5
Sin antecedentes	9	11.7	47	61.0	21	27.3	77	75.5
	$X^2 = 1.313$	$GL = 2$	$p = 0.519$	$p > \alpha$	NO SIG.			

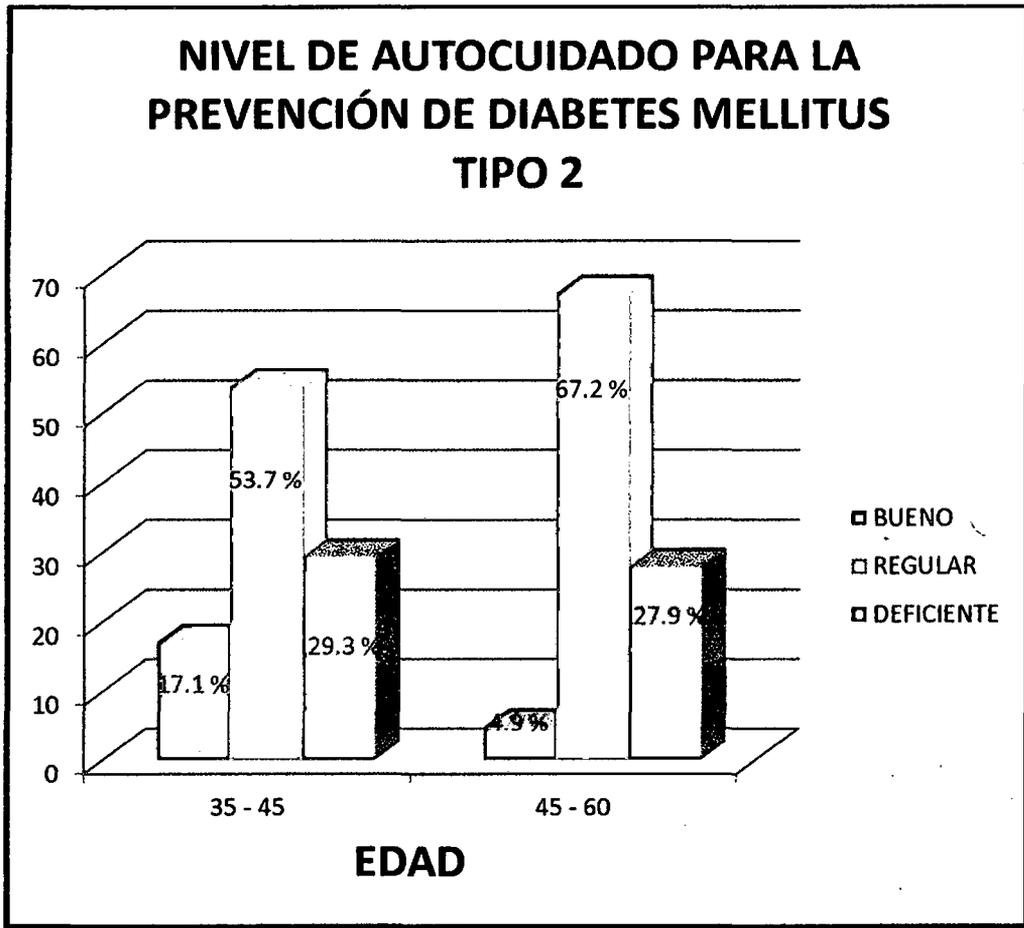


FIGURA Nº 2A: FACTOR BIOLÓGICO: EDAD RELACIONADO CON NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL ADULTO MADURO DEL AA. HH. ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE, 2014.

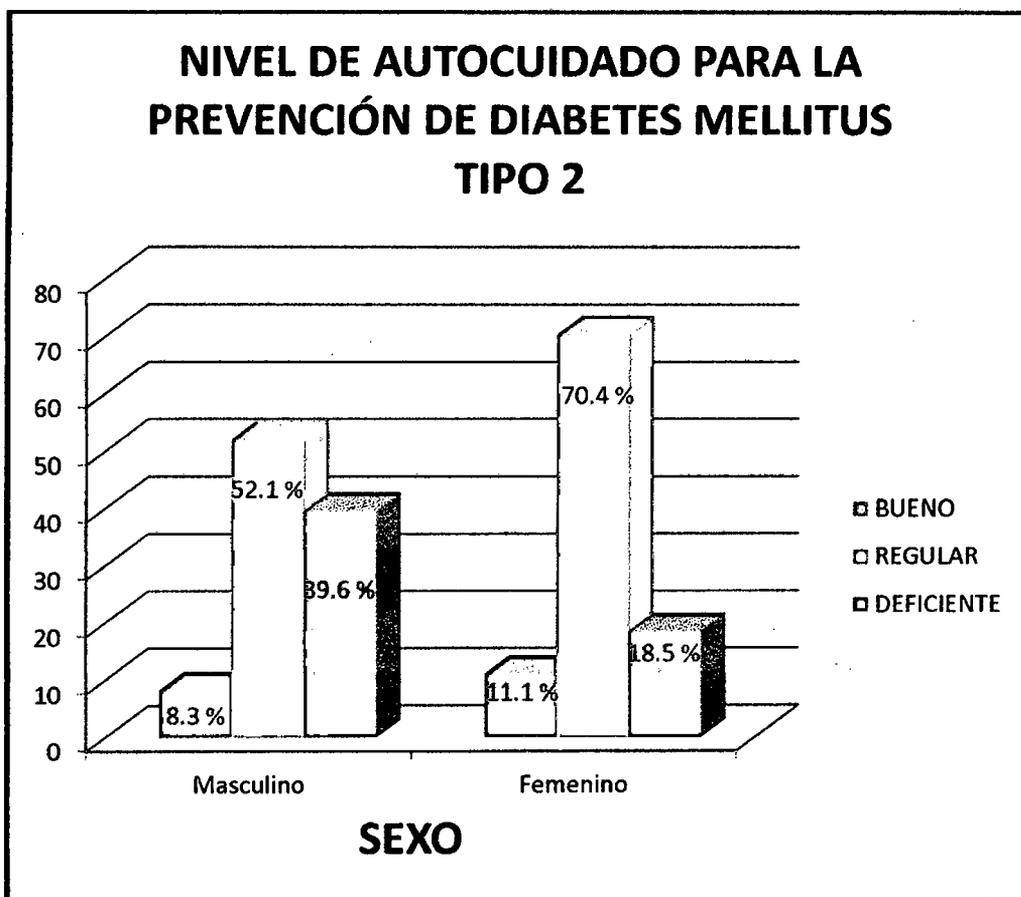


FIGURA N° 2B: FACTOR BIOLÓGICO: SEXO RELACIONADO CON NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL ADULTO MADURO DEL AA. HH. ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE, 2014.

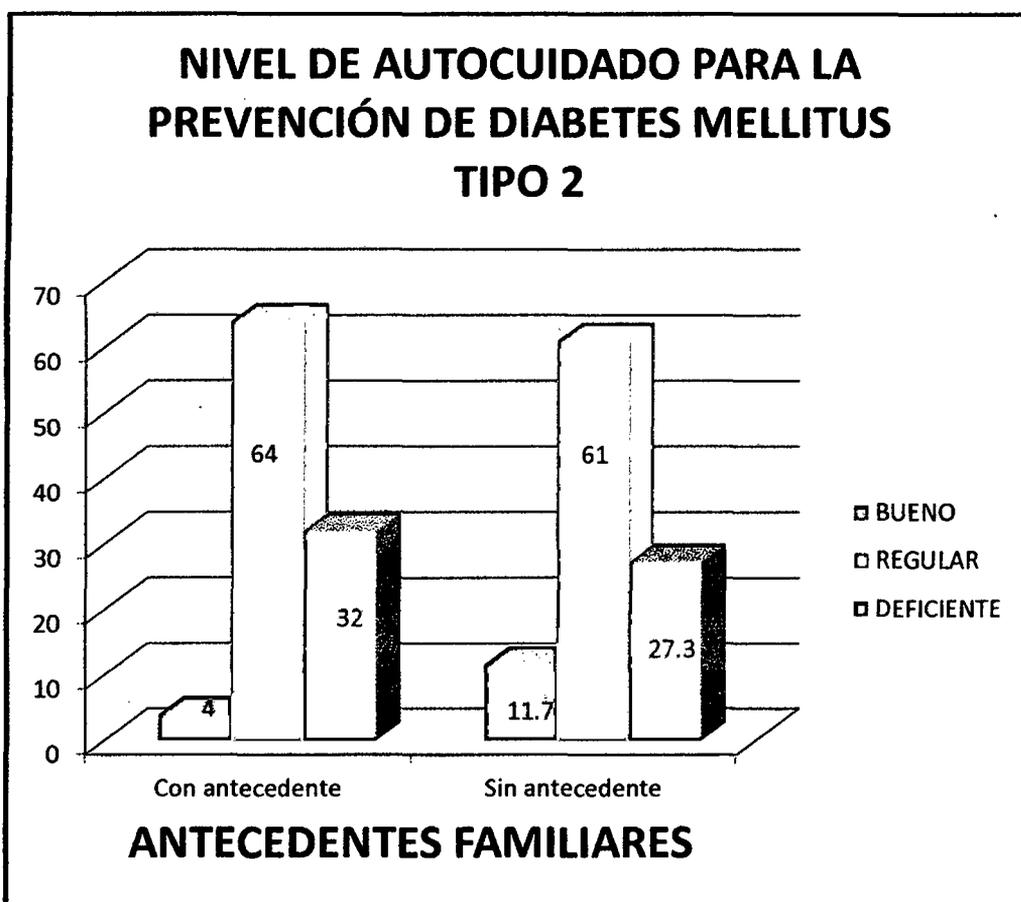


FIGURA Nº 2C: FACTOR BIOLÓGICO: ANTECEDENTES FAMILIARES RELACIONADO CON NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL ADULTO MADURO DEL AA. HH. ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE, 2014.

TABLA N° 3: FACTORES SOCIALES Y NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL ADULTO MADURO EN EL AA.HH. ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE 2014.

FACTORES SOCIALES	NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2							
	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL	
	fi	hi	fi	hi	fi	hi	fi	hi
TOTAL	10	9.8	63	61.8	29	28.4	102	100
NIVEL SOCIOECONÓMICO								
Bajo superior	3	75	1	25	0	0	4	3.9
Bajo medio	7	9.9	50	70.4	14	19.7	71	69.6
Bajo bajo	0	0	12	44.4	15	55.6	27	26.5
	X² = 33.058	GL= 4	p= 0.000	p < α	SIG.			
APOYO SOCIAL PERCIBIDO								
Suficiente	0	0	2	40	3	60	5	4.9
Insuficiente	10	10.3	61	62.9	26	26.8	97	95.1
	X² = 2.762	GL= 2	p= 0.251	p > α	NO SIG.			

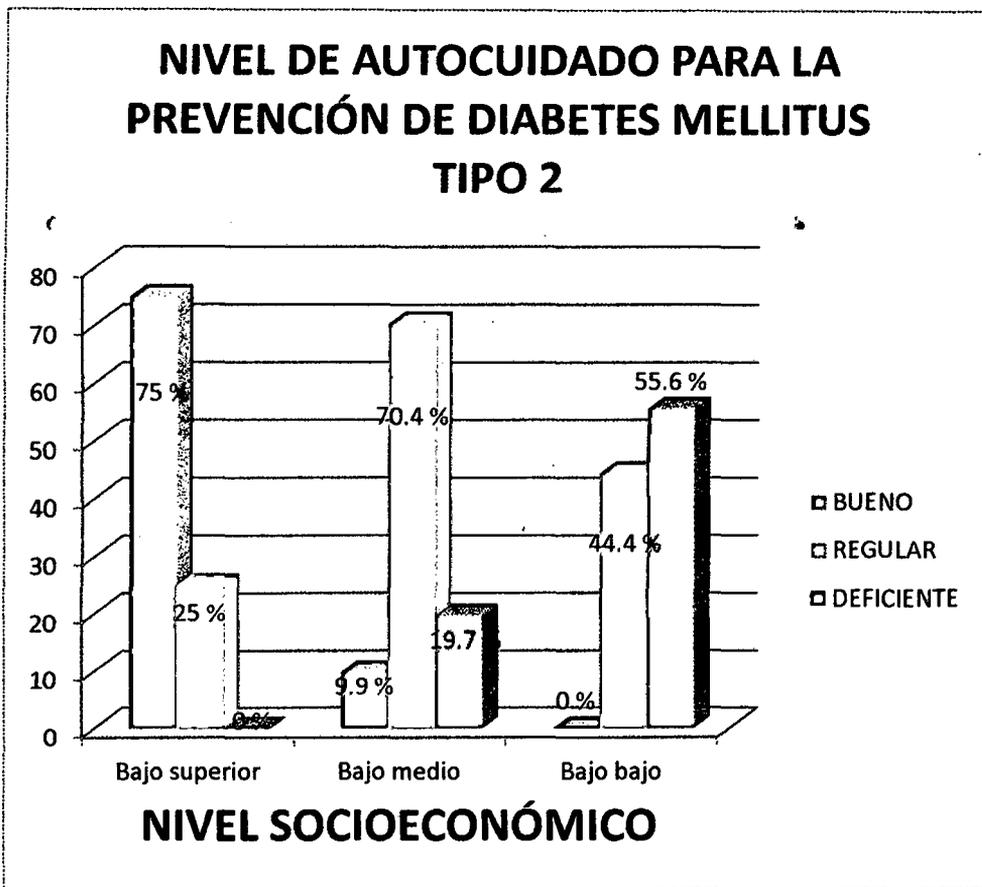


FIGURA Nº 3A: NIVEL SOCIOECONÓMICO Y NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL ADULTO MADURO DEL A.A. H.H. ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE, 2014.

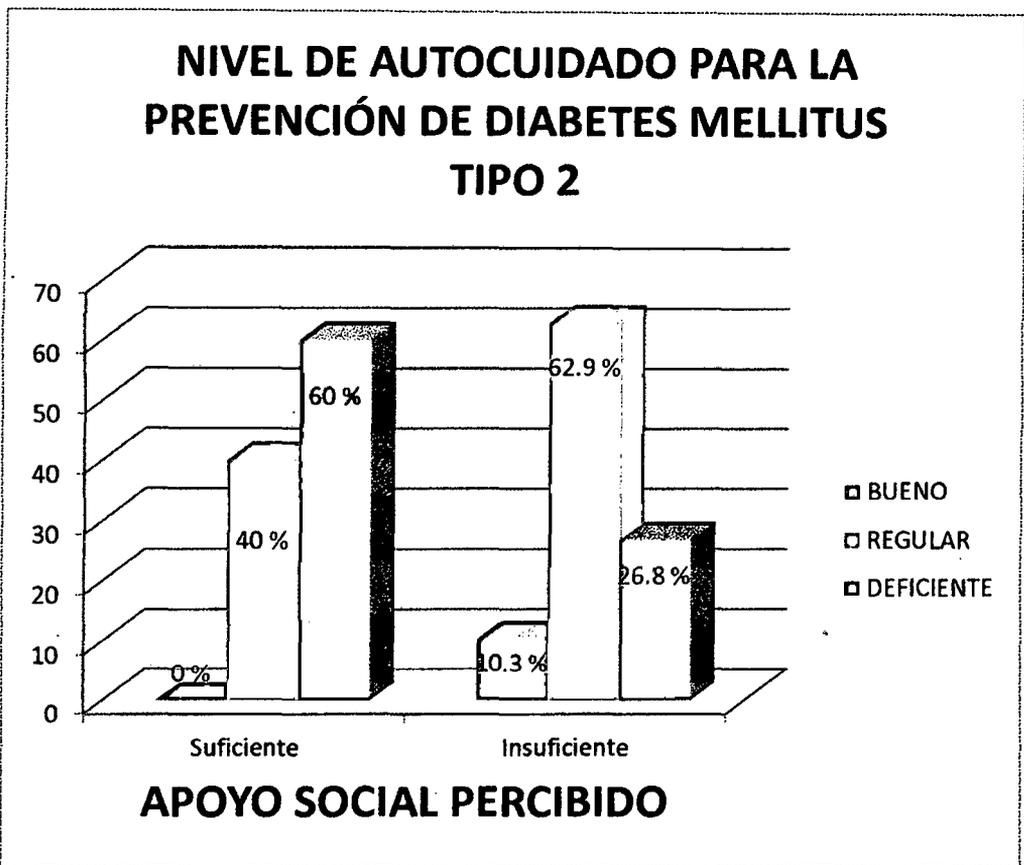


FIGURA N° 3B: APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL ADULTO MADURO DEL AA. HH. ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE, 2014.

TABLA N° 4: FACTOR CULTURAL: NIVEL DE INFORMACIÓN RELACIONADOS CON EL NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL ADULTO MADURO EN EL AA. HH. ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE 2014.

FACTORES CULTURALES	NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2							
	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL	
	fi	hi	fi	hi	fi	hi	fi	hi
TOTAL	10	9.8	63	61.8	29	28.4	102	100

NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE DIABETES

Alto	3	21.4	11	78.6	0	0	14	13.7
Mediano	7	10.3	45	66.2	16	23.5	68	66.7
Bajo	0	0	7	35	13	65	20	19.6

$X^2 = 21.043$ GL= 4 p= 0.000 p < α SIG.

CREENCIAS SOBRE LA DIABETES

Adecuado	3	5.4	43	76.8	10	17.9	56	54.9
Inadecuado	7	15.2	20	43.5	19	41.3	46	45.1

$X^2 = 11.924$ GL= 2 p= 0.003 p < α SIG

NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

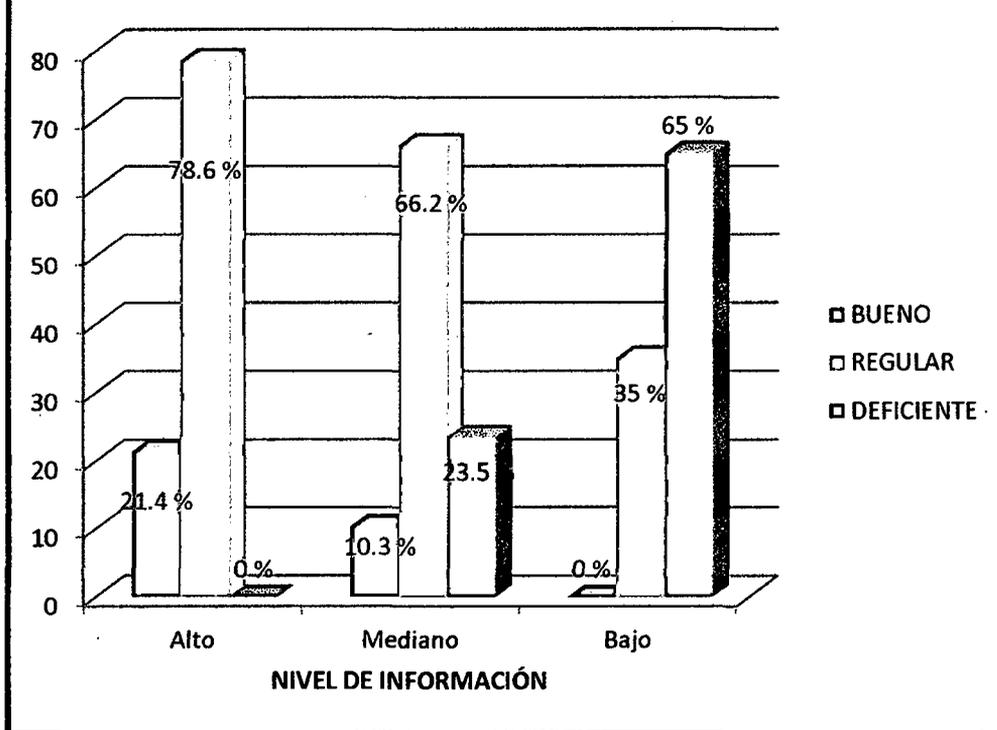


FIGURA Nº 4A: FACTOR CULTURAL: NIVEL DE INFORMACIÓN Y NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL ADULTO MADURO DEL AA. HH. ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE, 2014.

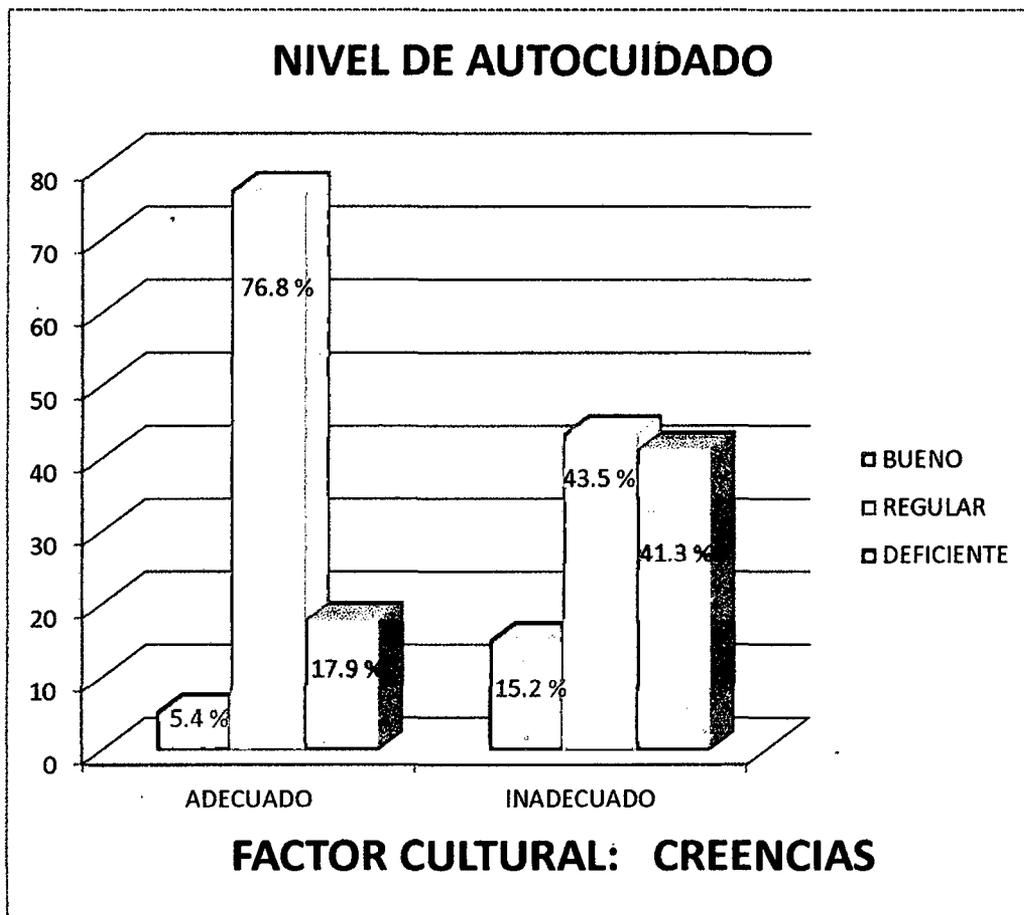


FIGURA N° 4B: FACTOR CULTURAL: CREENCIAS Y NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL ADULTO MADURO DEL AA. HH. ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE, 2014.

4.2. ANALISIS Y DISCUSION

TABLA N° 1: Sobre el nivel de autocuidado para la prevención de Diabetes mellitus tipo 2 en el adulto maduro del AA.HH Esperanza Baja, Chimbote, 2014, se observa una mayor proporción del nivel de autocuidado regular 61,8% seguido de un nivel de autocuidado deficiente 28,4 % y solo el 9,8 % representan un nivel de autocuidado bueno para la prevención de Diabetes mellitus.

Estos resultados se asemejan con Azabache, L. y Bustamante, J. (2000), en su investigación obtuvieron que la mayoría de los pacientes entrevistados (60.8%) tienen regular calidad de autocuidado (15).

Los resultados obtenidos probablemente se deben por tratar con personas adultas aparentemente sanas quienes presentan un regular autocuidado; sin embargo, su edad le predispone adquirir enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, debido a sus estilos de vida llevado a lo largo de los años (25)(55).

El autocuidado es la totalidad de actividades que las personas inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar, y cobra mayor importancia en las personas adultas a fin de modificar sus estilos de vida perjudiciales para su salud como son principalmente los hábitos dietéticos y el ejercicio (31).

La forma en que las personas consideren la salud y enfermedad determina en gran parte las medidas que tomen para su autocuidado. Así mismo, el

autocuidado se logra mediante acciones y decisiones que toma un individuo para promover su salud, para este fin, los sistemas de apoyo informal y los servicios médicos formales (enfermería), juegan un rol importante e influyen directamente en las prácticas de autocuidado de las personas (27).

La profesión de enfermería tiene como pilar filosófico, el conocimiento del poder ilimitado de aprendizaje del ser humano, independientemente de su edad, por lo que a través de la educación para la salud, buscan que las personas adultas incorporen a su vida diaria conductas de salud física, social, mental y espiritual que favorezcan su bienestar a través del autocuidado (44).

TABLA N° 2: Sobre factores biológicos como edad, sexo y antecedente familiar, relacionados con el nivel de autocuidado para la prevención de diabetes mellitus tipo 2 en el adulto maduro del AA.HH Esperanza Baja, Chimbote, 2014.

Respecto a la edad, se observa una mayor población de estudio del grupo etáreo de los 45 a 60 años de edad con 59,8%. En el que prevalece un nivel de autocuidado regular y deficiente, con el 48,8% y 46,3% respectivamente. En el grupo etáreo de los 35 a 44 años prevalece un nivel de autocuidado regular con el 61,7%.

Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, existe una relación altamente significativa entre el nivel de autocuidado en diabetes y la edad ($p < 0,0001$).

Estos resultados difieren con Azabache, L. y Bustamante, J. (2000) quienes en su estudio no encontraron relación estadística significativa entre la edad y el nivel de autocuidado de diabetes en el adulto (15).

Los resultados encontrados en el estudio se pueden explicar porque la edad está estrechamente relacionado con las características del comportamiento de la persona, es así que los adultos del grupo etáreo de 35 a 44 años se caracterizan por la plena vigencia de las capacidades físicas e intelectuales y madurez emocional, situaciones que favorecen su participación eficaz en el cuidado de su salud. En cambio los adultos del grupo etáreo de 45 a 60 años experimentan cierto grado de deterioro progresivo de sus capacidades que determina la pérdida de habilidad en realizar algunas acciones de autocuidado, también progresivamente van perdiendo su responsabilidad para con la familia y la sociedad, situaciones que determinan la poca motivación por la vida, lo que redundará negativamente en la decisión y acciones a desarrollar como parte de su autocuidado (40) (43).

Sobre el sexo; en la población de estudio prevalece el sexo femenino con 52,9%, respecto al masculino con 47,1%. En ambos sexos existe una tendencia similar en los niveles de autocuidado, siendo relativamente mayor en los adultos del sexo femenino que en los del sexo masculino, para un nivel de autocuidado regular, con el 70,4% y 64,1% respectivamente.

Ante la prueba estadística de Chi cuadrado, existe una asociación estadística significativa entre el nivel de autocuidado en diabetes y el sexo ($p < 0.05$).

Los resultados encontrados por Guadalupe, E. y López, M. (2008) obtuvieron que edad, sexo y antecedente familiar se relacionan significativamente con el nivel de autocuidado; sin embargo, la tendencia es diferente debido a que se halló que los hombres realizan mejor autocuidado que las mujeres (11).

Estos resultados se debe probablemente a que las mujeres al desempeñar diversos roles en la sociedad tanto como esposas, madre y/o trabajadora se ven sujetas a que ellas mismas se juzguen; preocupándose por su apariencia física y personal, a esto se agrega la habilidad que tienen para cuidar a otros como así mismas, es por ello, que no dejan de lado las medidas preventivas de salud, lo cual se refleja en la realización de mejores prácticas de autocuidado. En caso de los hombres por la sobrecarga de roles familiares, laborales y sociales que desempeñan descuidan su apariencia física y muchas veces su salud, además esto se agrega a que ellos no están sujetos a ser juzgados por la sociedad tanto como los del sexo femenino, reflejándose esto en la realización de regulares a malas prácticas de autocuidado (27) (43).

Respecto a antecedentes familiares, se observa que en la población de estudio, existe alta proporción de adultos sin antecedentes con 75,5%. Entre los adultos con antecedentes y sin antecedentes familiares con diabetes, existe una tendencia similar en los niveles de autocuidado para la

prevención de diabetes, siendo relativamente mayor para un nivel de autocuidado regular en los adultos con antecedentes con el 54,0 % respecto de los adultos sin antecedentes familiares con el 61,0%.

Ante la prueba estadística del Chi Cuadrado, no existe asociación estadística significativa entre el nivel de autocuidado en diabetes y antecedentes familiares con diabetes ($p>0.0519$).

Estos resultados se deben probablemente a que la población en estudio no recibe una adecuada información sobre la enfermedad.

TABLA N° 3: Sobre factores sociales como nivel socioeconómico y apoyo social relacionados con el nivel de autocuidado para la prevención de diabetes mellitus tipo 2 del AA. HH. Esperanza Baja, Chimbote, 2014. Se observa los siguientes resultados:

Respecto al nivel socioeconómico, se observa una prevalencia en la población de estudio del nivel bajo medio con el 69,6%, seguido del nivel bajo bajo con el 26,5% y, el nivel bajo superior con el 3.9%. Entre los adultos de nivel bajo superior, presentan mayor porcentaje para un nivel de Autocuidado bueno con el 75.0%. A diferencia de los adultos de nivel bajo medio que presenta mayor porcentaje para un nivel de autocuidado regular con 70,4% y los adultos del nivel bajo que presenta mayor porcentaje para un nivel de autocuidado deficiente con 55.6%.

Ante la prueba estadística del Chi Cuadrado, existe una asociación estadística altamente significativa entre el nivel de autocuidado para la prevención de diabetes y el nivel socioeconómico ($p<0.0000$).

Los resultados se asemejan a los reportados por Alarcón, S (2003) "Algunos factores relacionados a la capacidad de autocuidado de los pacientes que pertenecen al programa de especialidades diabéticas" quienes encontraron que la capacidad de autocuidado está relacionada muy significativamente con el ingreso económico (54).

Esto se debe a que el nivel socioeconómico es el que determina los medios disponibles para superar las necesidades de los problemas generados por cualquier enfermedad. Una persona con nivel socioeconómico bajo se verá limitado en satisfacer sus necesidades primordiales y problemas de salud que se le pueda presentar, disminuyendo progresivamente su capacidad de autocuidado. Sin embargo, las personas con niveles socioeconómicos más elevados suelen satisfacer sus necesidades básicas permitiendo identificar mucho más pronto los signos y síntomas de la enfermedad y posibilidad de acceder a la ayuda de un profesional de salud (38) (39).

Respecto al apoyo social percibido, el 95,1% de la población en estudio presenta un apoyo social percibido insuficiente, prevaleciendo el nivel de autocuidado regular con 62,9%, seguido de un nivel de autocuidado deficiente con 26,8% y, solo el 10,3% para un nivel de autocuidado bueno.

El no encontrar significancia estadística entre el apoyo social percibido y las prácticas de Autocuidado tal vez se deba a la intervención de otros factores como es el predominio de adultos maduros encuestados, quienes tienen fuerza y vigor para auto cuidarse y ser menos dependientes de otros.

Al respecto, Orem considera que las personas adultas son conscientes de su experiencia y de los acontecimientos que le ocurren en situaciones de enfermedad por tanto son capaces de llegar a ser agentes responsables de su propio Autocuidado. Sin embargo existe la tendencia que las personas con apoyo social insuficiente presenten prácticas de autocuidado regular y deficiente, tal vez debido a que los adultos como todo ser humano necesita satisfacer sus necesidades emocionales básicas como el sentirse amado, valorado y útil, la interacción social con sus semejantes que aseguren su bienestar psicosocial y fortalezca su autoestima, por lo que el apoyo social puede tener efectos favorables en la salud y por tanto en las prácticas de autocuidado (26) (55).

El aislamiento físico y emocional es un factor de alto riesgo que afecta adversamente a la salud y el bienestar de las personas de mayor edad, mientras que el apoyo social (emocional y material), promueve directamente la salud, amortiguando el efecto del estrés y consiguiendo un ajuste psicosocial (32).

TABLA N° 4: Sobre factores culturales como nivel de información creencias sobre la diabetes relacionados con el nivel de autocuidado para la prevención de diabetes mellitus tipo 2 del AA. HH. Esperanza Baja, Chimbote, 2014. Se observa los siguientes resultados:

Sobre el nivel de información, prevalece el nivel de información mediano con 66,7%, seguido del nivel de información bajo y alto, con el 19,6% y 13,7% respectivamente. Los adultos con nivel de autocuidado regular 78,6% con un nivel de información alto y 66,2% con un nivel de información

mediano; a diferencia de los adultos con el nivel de información bajo, quienes presentan mayor porcentaje para un nivel de autocuidado deficiente 65%.

Ante la prueba estadística del Chi Cuadrado, existe una asociación estadística altamente significativa entre el nivel de autocuidado para la prevención de diabetes y el nivel de información ($p < 0.000$).

Córdova, J. y Graus S. (2001), investigaron "Algunos factores biológicos y sociales relacionados al nivel de autocuidado del paciente diabético del Hospital II, ESSALUD" donde se encontró alta significancia estadística entre el nivel de información y el nivel de autocuidado (22).

Estos resultados también se asemejan con Álvarez, M. (2000), en su estudio encontraron que existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimientos y el grado de autocuidado, donde se observa que a mayor nivel de conocimiento mayor grado de autocuidado (14).

Estos resultados responden a que el nivel de información proporciona o incrementa los conocimientos previos sobre diabetes mellitus en las personas, aumentando sus habilidades en la toma de decisiones sobre su autocuidado para prevenir la enfermedad y mejorar sus comportamientos en relación con la salud general (33).

El mejorar los conocimientos sobre aspectos de salud, control y disminución de los factores de riesgo de la enfermedad, se traduce en una población más saludable debido a la participación activa de las personas en su propio cuidado (44).

El predominio de un nivel de información mediano probablemente se deba a la poca accesibilidad y/o proyección social de los servicios de salud con que cuenta la comunidad, quienes son responsables de brindar información a la comunidad a través de programas educativos que estimulen y promuevan el autocuidado, como medida preventiva de la diabetes mellitus tipo II (42).

El enfermero debe de proporcionar una adecuada educación ya que ello implica un cambio de conducta de la persona, además exige hacer que las condiciones de vida de cada persona sean las favorables (34). No solo debe dar información a las personas mediante folletos, a esto se suma los programas educativos cuyo contenido abarque sobre aspectos generales de la enfermedad, especialmente la forma de prevenirla, complementando con dinámicas grupales a fin de lograr un mejor aprendizaje (51).

El autocuidado es una conducta que se aprende y surge de la combinación de experiencias cognoscitivas y sociales de la persona, puede convertirse por sí misma o con ayuda de otros en su propio agente de autocuidado, en tal sentido los integrantes del equipo de salud, en razón de su preparación y responsabilidad profesional están llamados a convertirse en agentes facilitadores de este proceso (34).

Respecto a creencias sobre la diabetes mellitus, el 54.9 % de la población en estudio presenta una creencia adecuada, prevaleciendo el nivel de autocuidado regular con 76.8 %, seguido de un nivel de autocuidado deficiente con 17.9% y solo el 5.4 % para un nivel de autocuidado bueno.

Se encontró significancia estadística entre las creencias sobre diabetes mellitus y las prácticas de autocuidado, un valor de ($p = 0.003$).

No se encontró estudios entre las variables del nivel de autocuidado para la prevención de diabetes en el adulto y su relación con el nivel cultural. Sin embargo, existe la explicación sobre el papel que tiene la cultura en el comportamiento humano como hecho importante en la forma de adoptar el autocuidado por parte de las personas.

Las creencias y prácticas culturales se hallan asociadas a prácticas sanitarias y acciones dirigidas al cuidado de la salud. El hombre, depende de su cultura para desarrollar cualidades humanas; así mismo establece las relaciones rutinarias y los ordenamientos sociales que contribuyen a resolver las necesidades vinculadas con el autocuidado y muchas funciones impresionables. Las creencias que se tiene sobre determinadas enfermedades, generan diferentes formas de actuar, asumiendo un papel no solo para la explicación de la enfermedad, sino también en sus procedimientos preventivos y curativos. (32) (35) (52)

En la relación autocuidado-cultura, De Roux plantea que los comportamientos están arraigados en creencias y tradiciones culturales, donde las personas no remplazan fácilmente creencias por conocimientos esta manejada por los conocimientos acumulados y por representaciones sociales, de los cuales hacen parte los mitos construidos alrededor del cuidado de la salud, es por ello, el lugar preponderante que estos ocupan como instrumentos explicativos de hechos que ocurren en ausencia de explicaciones de base científica, dificultando el deseo de modificar

prácticas y comportamientos relacionados con el cuidado de la salud. Por lo tanto la salud de las personas se compromete por la negligencia, ignorancia o por prácticas, ignorancia o por prácticas culturales que no previenen adecuadamente la enfermedad o que se tratan de forma inadecuada (40).

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Existe un mayor índice en el nivel de autocuidado regular (61,8%) para la prevención de diabetes, con tendencia a deficiente (28,4%), en el adulto maduro del AA. HH. Esperanza Baja, Chimbote, 2014.
- En los factores biológicos: la edad y el sexo guardan relación significativa con el nivel de autocuidado para la prevención de diabetes ($p < 0.05$). Los antecedentes familiares no guardan relación significativa con el nivel de autocuidado para la prevención de diabetes ($p > 0.05$).
- En los factores sociales, el nivel socioeconómico guarda relación significativa con el nivel de autocuidado para la prevención de Diabetes ($p < 0.05$), y el apoyo social percibido, no guarda relación significativa con el nivel de autocuidado para la prevención de Diabetes ($p > 0.05$).
- En los factores culturales, como el nivel de información relacionado con el nivel de autocuidado para la prevención de diabetes, prevalece el nivel de información regular (66,7%), existiendo una relación significativa con el nivel de autocuidado para la prevención de diabetes ($p < 0.05$) y las creencias sobre diabetes mellitus, prevalece una creencia adecuada (54.9 %) existiendo una relación significativa con el nivel de autocuidado regular ($p < 0.05$).

5.2. RECOMENDACIONES

- Considerar los resultados como parte de la justificación para la implementación de un programa de prevención y control de la Diabetes Mellitus coordinada entre el MINSA, FFAA, EsSALUD e Instituciones Privadas.
- Iniciar un programa de vigilancia epidemiológica, que registre la incidencia, prevalencia, mortalidad y factores de riesgo de la Diabetes Mellitus; especialmente este último a fin de brindar atención en el primer nivel de prevención.
- Realizar investigaciones, que delimiten las personas en riesgo de contraer Diabetes a fin de brindar estrategias preventivas-promocionales a través de actividades de autocuidado.
- Realización de trabajo multidisciplinario e intersectorial, especialmente con el sector Educación, a fin de afianzar las estrategias de enseñanza-aprendizaje hacia un nivel teórico-práctico, secuencial, continuo y permanente con el objetivo de que la persona sea agente de su propio autocuidado.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2000)
“Enfermería Gerontológica: conceptos de la práctica” serie
Paltex. Washington. USA. Revista de Enfermería. Fecha de
acceso el 20 de marzo del 2014. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100005.
2. ASOCIACION AMERICANA DE LA DIABETES (2001) Boletín
Epidemiológico “Diabetes en América” Vol. 22 N° 02.
3. MINISTERIO DE SALUD (2010) “Situación Mundial De La Diabetes
Mellitus”. Fecha de acceso: 5 de mayo de 2014. Disponible
en:<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/diabetes/datos.asp>
4. MINISTERIO DE SALUD (2010) “Lineamientos De Política Del
Sector”. Fecha de acceso: 5 de mayo de 2014. Disponible
en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/000_PNCS.pdf
5. RELVER, G. (2000) “La epidemiología de la diabetes mellitus” Edit.
Interamericana. México.

6. CENTRO DE PREVENCIÓN EN SALUD (2000) "La importancia de la prevención y detección precoz de la diabetes". Fecha de acceso: 28 de mayo de 2014. Disponible en: http://www.adu.org.uy/revista/oct_00/diabetes_una_enfermedad_que_va_en_aumento.htm.
7. PELLERGRINI, C. (2000). "Diabetes mellitus tipo 2. Guía de intervenciones en el primer nivel de atención". Fecha de acceso: 4 de abril del 2014. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18852es/s18852es.pdf>
8. BEARE, P. y MYERS, J. (2003) "El tratado de Enfermería Mosby" 1º ed. Edit. Harcourt Brace. México.
9. BRUNNER, L. y SUDDARTH, D. (2008) "Enfermería Médico Quirúrgica" 11º ed. Edit. Interamericana. México.
10. REESE, S. (2000). "Factores conductuales de riesgo relacionados a los niveles de prácticas preventivas de atención de diabetes mellitus". Fecha de acceso 20 de febrero del 2014. Tesis para optar Título de licenciada en Enfermería. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/sociedadesciendiabete/s1101lit-practicas.htm>

11. GUADALUPE, E. y LÓPEZ M. (2008) "Factores de riesgo de Diabetes Mellitus Tipo 2". Fecha de acceso: 15 de marzo del 2014. Tesis para optar Título de licenciada en Enfermería Disponible en:
<http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/1005/1/tesis-313.pdf>

12. BACA, B. (2008) "Nivel de Conocimientos del Diabético sobre su Autocuidado, Hospital General Regional de Culiacán Sinaloa". Fecha de acceso: 10 de junio del 2014. Tesis para optar Título de licenciada en Enfermería Disponible en:
<http://revistas.um.es/eglobal/article/ViewFile/14691>

13. HERNÁNDEZ, F. (2011) "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". Fecha de acceso: 10 de enero del 2014. Tesis para optar Título de licenciada en Enfermería. Fecha de acceso: 22 de junio. Disponible en:
<http://www.eneg.edu.gt/sites/default/files/tesis/Tesis%20Dora%20Hernandez.pdf>

14. ÁLVAREZ, M. (2000) "Influencia de algunos Factores Socioculturales y Nivel de Conocimiento en el autocuidado de los pacientes con Diabetes Mellitus no insulino dependiente del Hospital Cayetano Heredia. Lima". Fecha de acceso: 1 de mayo del

2014. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1017/1/hidalgo_ce.pdf
15. AZABACHE L, y BUSTAMENTE J. (2000) "Autocuidado referido de pacientes diabéticos en relación con algunos factores biosoculturales. Universidad Nacional De Trujillo". Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Fecha de acceso: 20 de abril del 2014. Disponible en: http://repositorio.edu.pe/bitstream/upaorep/228/1/COLLANTES_VIOLETA_AUTOCUIDADO_ADULTO_MAYOR.pdf.
16. BARDALES, E. y MILLONES, V. (2001) "Investigaron sobre relación entre apoyo social recibido y el nivel de autocuidado del adulto mayor diabético del Hospital de Apoyo I - ESSALUD – Chepén". Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa.
17. HIDALGO, E. (2005) "Medidas de autocuidado y factores socioculturales que favorecen o limitan el cumplimiento de asistencia al programa de diabetes mellitus. Hospital 2 de Mayo". Tesis para optar Titulo de licenciada en Enfermería. UNMSM de Lima. Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1017/1/hidalgo_ce.pdf

18. VALERA A, y VARGAS C. (2008) "Estilos de vida promotor de salud, nivel de información y nivel de autocuidado en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo II. HBT". Fecha de acceso: 17 de febrero del 2014. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo. Disponible en:
[http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/231/3/ALAY_o_isaura_autocuidado_adultos_diabetes\(introduccion\).pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/231/3/ALAY_o_isaura_autocuidado_adultos_diabetes(introduccion).pdf)

19. AYAY, R. (2008) "Nivel de información sobre diabetes mellitus y calidad de autocuidado en pacientes adultos del programa de control de diabetes del hospital Chepén. Universidad Nacional de Trujillo". Fecha de acceso: 18 de enero del 2014 Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Disponible en:
[http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/231/3/alayo_isaura_autocuidado_adultos_diabetes\(introduccion\).pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/231/3/alayo_isaura_autocuidado_adultos_diabetes(introduccion).pdf)

20. MÉNDEZ C, y MONTERO F. (2011) "Nivel de información y su relación con las prácticas de autocuidado y apoyo familiar percibido en adultos con diabetes mellitus tipo 2 del HBT". Fecha de acceso: 17 de febrero del 2014. Tesis para optar el

Título de Licenciada en enfermería. Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo. disponible en: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/231/3/alayo_isaura_autocuidado_adultos_diabetes\(introduccion\).pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/231/3/alayo_isaura_autocuidado_adultos_diabetes(introduccion).pdf)

21. CORDERO, K Y CHANG, N. (2007) "Nivel de información de los pacientes que pertenecen al programa de obesidad y diabetes sobre su enfermedad y autocuidado del Hospital Regional EGB". Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa.

22. CÓRDOVA, J. GRAUS, S (2001) "Algunos factores biológicos y sociales relacionados al nivel de autocuidado del paciente diabético del Hospital II, ESSALUD". Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa.

23. CERNA, A. y REYES, E. (2007) "Nivel de conocimiento y estilo de vida de las personas diabéticas. Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón". Nuevo Chimbote. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa.

24. CENTRO DE PREVENCIÓN EN SALUD (2000) "La Importancia de la prevención y detección precoz de la diabetes". Fecha de acceso 12 de febrero del 2014. Disponible en: http://www.adu.org.uy/revista/oct_00/diabetes_una_enfermedad_que_va_en_aumento.htm.
25. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2005). "Diabetes en el Mundo" Boletín epidemiológico. USA. Fecha de acceso: 25 de abril. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr61/es/>
26. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2004). "Diabetes América" Boletín epidemiológico. México. Fecha de acceso: 28 de mayo del 2014. Disponible en: [http://www.worlddiabetesfoundation.org/sites/default/files/GDM%20training%20material%20\(Spanish\).pdf](http://www.worlddiabetesfoundation.org/sites/default/files/GDM%20training%20material%20(Spanish).pdf)
27. MINISTERIO DE SALUD (2014). "Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus 2". Fecha de acceso: 8 de mayo de 2014. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/nota_completa.asp?nota=14060

28. RED PACIFICO NORTE (2013) "OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA"
Chimbote.
29. HOSPITAL DE APOYO LA CALETA (2013) "DEPARTAMENTO DE
EPIDEMIOLOGIA" Chimbote.
30. MARRINER, A. (2008) "Modelos y Teoría de Enfermería" 6ºed. Edit.
Bobbs - Mcrrill. México.
31. CABANAGH, S (2003) "Modelo de Orem: Aplicación práctica" Edit.
Científicas y Técnicas S.A. Barcelona-España.
32. ESPITIA, L. (2012) Asociación de los Factores Básicos
Condicionantes del autocuidado y la Capacidad de Agencia
de autocuidado en personas con obesidad del Hospital
Universitario la Samaritana. Fecha de acceso: 28 de agosto
del 2014. Disponible en:
[http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdea
poyo/embarazo/blanca/documentos/Fundamentacion_teorica
.PDF](http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdea
poyo/embarazo/blanca/documentos/Fundamentacion_teorica
.PDF)
33. BRUNNER, L y SUDDARTH, D. (2002) "Diabetes Mellitus, factores
de Riesgo de la Diabetes Mellitus". Enfermería Medico
Quirúrgica. 9na edición. Edit: McGraw – Hill Interamericana.
México.

34. OFICINA DE PROMOCION DE LA SALUD Y AUTOCUIDADO
(2011) "Educación para el autocuidado en salud" Vol. VIII
35. ASENSA, C. (2003) "El cuidado de la salud del adulto". Edit. Luren.
Lima-Perú
36. DEL CAMPO, A. (2000) "Factores de riesgo de la Diabetes Mellitus".
3º ed. Edit: Mc. Graw-Hill Interamericana. México.
37. DUGAS, B. (2000) "Tratado de Enfermería Practica" 4º ed. Edit.
Interamericana. México.
38. BARONA, N Y ALVAREZ, A (2011). "Sociedad y Salud" 3ºed. Edit.
Formas Precisas. Colombia.
39. GALLAR, M. (2006). Promoción de la salud y apoyo psicológico. 2º
Edición. Edit.: Publicación vértice S.L. España.
40. DE ROUX, Q. (2004) "La prevención de comportamientos de riesgo
y la promoción de estilos de vida saludables en el desarrollo
de la salud" Madrid-España.
41. KOZIER B. (2004) "Fundamentos de Enfermería". 7º ed. Editorial Mc
Graw – Hill – Interamericana, México.

42. COLLIERE, M. (2003) "Promover la vida" Edit. Interamericana. Madrid-España.
43. OREM D. (2009) "Normas Prácticas en Enfermería".1º ed. Edit. Pirámide. S.A. México.
44. PACE, A (2006). "El conocimiento sobre la diabetes mellitus en el proceso de autocuidado.; Brasil. Fecha de acceso: 25 de julio. Disponible en : <http://www.eerp.usp.br/rlae>
45. HOUGUE, C (1990) "Enfermería en salud comunitaria: un enfoque de sistemas" 2ºed. Edit. Interamericana. Washington.
46. ANZOLA, P. (2008) "Enfermería Gerontológica: conceptos para la práctica" Serie Paltex. Washington.
47. GAST, H. (2009) "Agencia de autocuidado: conceptualización y operacionalización". En: AdvanceNursingScience. Fecha de acceso: 20 de Octubre del 2014. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/727/72715416.pdf>.
48. ASOCIACION AMERICANA DE LA DIABETES (2001) Boletín Epidemiológico "Diabetes en America" Vol. 22.Nº2

49. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2005) "Diabetes Mellitus" Serie de Informes técnicos N°727. Ginebra-Suiza.
50. BREILH, K. (2005) Investigación de la salud en la sociedad. 5°ed. Editorial SyS. Bolivia.
51. GARCIA R, SUAREZ R.(2002). "La Educación de pacientes diabéticos". Editorial. Ciencias Médicas. Ciudad de la Habana. Cuba.
52. MENDIBURO A. (2000) "Cultura y Salud". 4°ed. Impreso en Talleres de la Universidad Nacional del Santa. Chimbote-Perú.
53. ASOCIACION DE DIABETICOS EN ESPAÑA. (2004) "Prevención es Intervención, el futuro de la Diabetes" Fecha de acceso: 22 de agosto del 2014. Disponible en: www.adezaragoza.org/diabetes/dia141999.htm
54. ALARCON, S (2003) "Algunos factores relacionados a la capacidad de autocuidado de los pacientes que pertenecen al programa de especialidades diabéticas". Tesis para optar título de licenciado en Enfermería. Cuba. Fecha de Acceso: 26 de julio del 2014. Disponible en: biblioteca.ucm.es/tesis/20001996/D/0/AD0042701.pdf

55. ABUID, J. (2008) "Consenso para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus y la intolerancia a la glucosa" Artículo especial. Volumen XVII N°1 Lima-Perú.
56. COLINAS C. (2000) "Prevención Primaria". México. Fecha de acceso: 3 de agosto. Disponible en: http://elpiedeldiabético.com/prevención_primaria.htm
57. BAB, S (2007) "Enfermería Gerontológico" 6°ed. Edit. Interamericana. México.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA

ANEXO N° 01
CALCULO DE LA MUESTRA

Conociendo la población 730 adultos maduros del AA. HH. Esperanza Baja - Chimbote, se aplicó la fórmula de muestreo para poblaciones finitas.

$$n = \frac{Z^2 pqN}{z^2 pq + (N - 1)e^2}$$

Donde:

n= Tamaño muestral

z = Multiplicador de confianza de la distribución normal para un nivel de confianza de 1.96

p = Proporción = 0,5

q = 0.5

e = Error máximo =0.09

N = Tamaño poblacional = 730

Resultado: n = 102,19

n= 102



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA
ANEXO N°2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es: **“FACTORES BIOLÓGICOS, SOCIALES Y CULTURALES RELACIONADOS CON EL NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE DIABETES MELLITUS 2 EN EL ADULTO MADURO. AA. HH. ESPERANZA BAJA, CHIMBOTE, 2014”** el propósito de este estudio es: Conocer la relación que existe entre los factores biológicos, sociales y culturales y el nivel de autocuidado para la prevención de diabetes en el adulto maduro, AA. HH. Esperanza Baja, Chimbote 2014. El presente proyecto investigación está siendo conducido por: Arnijo Villegas, Fiorella; Flores Velásquez, Junior; con la asesoría de la profesora: Falla Juárez, Luz de la Universidad Nacional del Santa.

Si accedo a participar en este estudio, deberé responder una entrevista (encuesta o lo que fuera pertinente), la que tomará 20 minutos de mi tiempo. Mi participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

En principio, las entrevistas o encuestas resueltas serán anónimas. Si la naturaleza del estudio requiriera su identificación, ello solo será posible si es que doy consentimiento expreso para proceder de esa manera.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, soy libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además puedo finalizar mi participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio. Si sintiera incomodidad, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Gracias por su participación.

Yo, _____ doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he comprendido la información y las explicaciones alcanzadas por el equipo investigador. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este consentimiento estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, y raza u origen étnico, podrían ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo comunicarme con:

Nombre del investigador:
Dirección:
Institución:
Teléfono:
Email:

Nombre del asesor:
Dirección:
Institución:
Teléfono:
Email:

Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación:

.....
Firma del participante y fecha

.....
Nombre del participante



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA

ANEXO N° 03

FACTORES BIOLÓGICOS

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan un conjunto de preguntas con la finalidad de obtener información sobre factores biológicos, que contribuirán al desarrollo de la presente investigación. Solicitamos a usted a responder con veracidad las siguientes preguntas.

A. ASPECTO BIOLÓGICO

- Edad:
 1. 35 a 44 años
 2. 45 a 64 años

- Sexo:
 1. Masculino
 2. Femenino

- Antecedente de Diabetes Mellitus en algún familiar:
 1. Con Antecedente
 2. Sin Antecedente



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA

ANEXO N° 04

ASPECTO SOCIOECONOMICO

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan un conjunto de alternativas con la finalidad de medir el nivel socioeconómico, que contribuirán al desarrollo de la presente investigación. Solicitamos a usted a marcar con un aspa "X" en la alternativa que le corresponda.

INDICADORES	ITEMS
EDUCACION	<input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Sin instrucción
OCUPACION	De la Mujer: <input type="checkbox"/> Profesional / comerciante <input type="checkbox"/> Independiente / empleada <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Obrera <input type="checkbox"/> Sin trabajo Del Jefe de la Familia <input type="checkbox"/> Profesional / comerciante <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Obrero <input type="checkbox"/> Sin trabajo
VIVIENDA	Paredes: <input type="checkbox"/> Material noble completo <input type="checkbox"/> Material noble incompleto <input type="checkbox"/> Adobe <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> estera / cartón

	<p>Techo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cemento <input type="checkbox"/> Eternit <input type="checkbox"/> Madera / adobe <input type="checkbox"/> Estera <p>Piso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acabado <input type="checkbox"/> Falso piso <input type="checkbox"/> Tierra <p>Nº de Personas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 02 personas por cuarto <input type="checkbox"/> 03 personas por cuarto <input type="checkbox"/> 04 personas por cuarto <input type="checkbox"/> 05 personas por cuarto
<p>SANEAMIENTO</p>	<p>Abastecimiento de agua</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> caño en casa (propio) <input type="checkbox"/> Pilón <input type="checkbox"/> Tanque de cemento con tapa <input type="checkbox"/> Tanque de cemento sin tapa <input type="checkbox"/> Cilindro / balde <p>Eliminación de Excretas</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Servicio higiénico propio <input type="checkbox"/> Servicio higiénico común <input type="checkbox"/> Letrina <input type="checkbox"/> Aire libre <p>Eliminación de basura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Camión recolector <input type="checkbox"/> Campo abierto y quema <input type="checkbox"/> Campo abierto <p>Alumbrado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Eléctrico <input type="checkbox"/> Lámpara Petromax <input type="checkbox"/> Lámpara de Kerosene <input type="checkbox"/> Vela / mechero



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA

ANEXO N° 05

TEST DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan un conjunto de alternativas con la finalidad de medir el apoyo social percibido, que contribuirán al desarrollo de la presente investigación. Solicitamos a usted a marcar con un aspa "X" en la alternativa que le corresponda.

INDICADORES	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. Apoyo emocional de parientes que no viven con usted.			
2. Apoyo emocional de amigos.			
3. Ayuda material de parientes (dinero, ropa, alimentos).			
4. Información de salud de profesionales de salud (medico, enfermera, asistente social).			
5. Ayuda material de instituciones (iglesia, junta vecinal, biblioteca): ropa, víveres.			
6. Atención médica, dental o enfermería u otra atención de salud.			
7. Información sobre temas de su interés por junta vecinal, templo, clubes de madre.			
8. Ayuda o remplazo en tareas del hogar por otra persona (lavar, planchar, etc.)			
9. Consejos de otras personas (profesor, sacerdote, pastor, amigo, etc.)			
10. Atención en campañas de Salud organizadas por la municipalidad.			
11. Cuidado en caso de enfermedad por otra persona.			
12. Participación en actividades de diversión y recreación.			



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA
ANEXO N° 06

TEST DEL NIVEL DE INFORMACION SOBRE DIABETES MELLITUS

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan un conjunto de alternativas con la finalidad de medir el nivel de información sobre Diabetes mellitus, que contribuirán al desarrollo de la presente investigación. Solicitamos a usted a marcar con un aspa "X" en la alternativa que le corresponda.

ENUNCIADOS	SI	NO
Sabe usted que la Diabetes Mellitus se caracteriza porque:		
1. Es una enfermedad crónica (largo plazo)		
2. Necesita tratamiento durante toda la vida.		
3. Hay un aumento de sed y apetito.		
4. Hay aumento en la cantidad y frecuencia para orinar.		
5. La glucosa (azúcar) en sangre está aumentada.		
6. Es de carácter hereditario.		
7. El sobrepeso es un factor de riesgo para adquirirla.		
8. La excesiva preocupación (estrés) puede contribuir para que aparezca la enfermedad.		
9. La hipertensión es otro factor de riesgo para la aparición de la Diabetes.		
10. Es de dos tipos: la tipo 1 dependiente de insulina y es más frecuente en jóvenes.		
11. La Diabetes tipo 2 no dependiente de insulina, es más frecuente en adultos.		
12. Se debe llevar una tarjeta de identificación que lo identifique como paciente de Diabetes Mellitus.		
Medicamentos que conoce usted:		
13. El nombre de los medicamentos que se recibe.		
14. Los medicamentos para la diabetes mal utilizados pueden producir desmayos, coma o la muerte.		
15. Tomar antidiabéticos con alcohol puede producir efectos indeseables.		
16. Los medicamentos por vía oral indicados para la Diabetes deben tomarse antes de ingerir los alimentos.		
Dieta, conoce usted que:		
17. La dieta debe consistir en carbohidratos complejos como: pan, cereales y		

alimentos con alto contenido de fibra.		
18. Los alimentos deben tomarse después de la aplicación de la insulina o medicamentos por vía oral.		
19. Las comidas equilibradas en horarios fijos ayudan a disminuir de peso.		
20. El alcohol debe evitarse del todo debido a que es un potente hipoglucemiante.		
Ejercicio, conoce usted que para las personas con Diabetes:		
21. El ejercicio es parte de su tratamiento y tiene acción hipoglucemiante.		
22. El ejercicio debe ser regular, durante 30 minutos. Y unas 3 a 4 veces por semana.		
23. El ejercicio mejora la función cardiovascular.		
24. Antes de iniciar un programa de ejercicios debe someterse a un examen cardiovascular completo.		
25. Debe llevar carbohidratos de fácil absorción (caramelos, azúcar) durante la sesión de ejercicios.		
26. Debe consultar con un profesional sobre los zapatos más adecuados para el programa de ejercicios planificados.		
27. Debe consumir una cantidad extra de carbohidrato antes, durante y después del ejercicio.		
Cuidado de los pies, usted conoce que la persona con Diabetes:		
28. Debe revisar diariamente los pies en busca de ampollas, callosidades, úlceras.		
29. Debe friccionar diariamente los pies con una loción humectante, excepto entre los dedos.		
30. Revisar la superficie interna de los zapatos en buscar de rugosidades u objetos extraños que pueda lesionar la piel.		
31. No debería ponerse los zapatos aplicando fuerza.		
32. Siempre debe usar medias y zapatos y cambiarse las medias por lo menos una vez al día.		
33. Debe utilizar medias de color blanco de preferencia, para poder observar si hay alguna secreción en el pie.		
34. Debe cortar las uñas de los pies en sentido horizontal, para evitar el crecimiento hacia adentro (uñeros).		



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA

ANEXO N° 07

**TEST DEL NIVEL DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCION DE
DIABETES**

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan un conjunto de alternativas con la finalidad de medir el nivel de autocuidado para la prevención de Diabetes mellitus, que contribuirán al desarrollo de la presente investigación. Solicitamos a usted a marcar con un aspa "X" en la alternativa que le corresponda.

ENUNCIADOS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
. Recibe orientación sobre los alimentos que debe consumir.			
. Consume sus alimentos con la cantidad adecuada, sin excesos.			
. Consume una vez por día verduras y legumbres.			
. Ingiere frutas de 2 a 4 veces al día.			
. Ingiere carnes sancochadas o al horno.			
. Retira en crudo la grasa de las carnes y la piel de las aves.			
. Evita el consumo excesivo de azúcares, pastelería y bebidas endulzadas.			
. Mantiene su peso corporal ideal en relación a su talla.			
. Se controla su peso periódicamente.			
. Lleva el registro de su peso.			
. Practica ejercicios: caminar, subir escaleras, entre otras.			
. Practica ejercicios por los menos después de una hora y media de haber ingerido sus alimentos.			
. Consume azúcar, caramelo o zumo de frutas cuando en periodos de ejercicios presenta sensación de hambre, sudoración fría, mareo, cansancio, desvanecimiento.			
. Descansa durante el día por lo menos 30 minutos.			

15. Su horario de sueño es de 6 a 8 horas al día			
16. Realiza baño corporal diariamente.			
17. Realiza el cepillado de sus dientes después de cada comida.			
18. Revisa diariamente sus pies en busca de callos, grietas, ampollas, enrojecimiento y anomalías de las uñas.			
19. Realiza lavado de sus pies diariamente con agua tibia, de preferencia por las noches.			
20. Hace el secado de sus pies con paño suave y seco entre los dedos.			
21. Utiliza medias blancas o de color claro.			
22. Corta las uñas de sus pies usando tijeras en forma horizontal, después de lavar los pies.			
23. Lima las puntas laterales de sus uñas.			
24. Si usted tiene callos en los pies, los ablanda con agua tibia antes de limarlo con lija suave.			
25. Usa zapatos no apretados y de cuero suave			
26. A su edad se considera una persona útil.			
27. Es capaz de tomar decisiones por sí mismo.			
28. Se siente satisfecho y acepta sus defectos.			
29. Evita estar tenso y preocupado.			
30. Le molesta la presencia de los demás.			
31. Se enoja por el mínimo motivo.			
32. Cuando esta triste y preocupado busca alguna forma de distracción.			
33. Participa de reuniones familiares.			
34. Participa en actividades deportivas, gimnasio y artísticas.			
35. Participa en las tareas del hogar: barrer, arreglar, cocinar, entre otras.			
36. Es miembro de algún club o asociación, participa en alguna institución religiosa.			



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA
ANEXO N° 08
CREENCIAS SOBRE LA DIABETES MELLITUS

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan un conjunto de preguntas con la finalidad de obtener información sobre las creencias sobre la Diabetes mellitus, que contribuirán al desarrollo de la presente investigación. Solicitamos a usted a responder con veracidad las siguientes preguntas.

1. ¿Comer demasiado dulce causa diabetes?
 - Si
 - No

2. ¿La miel de abeja es aceptable para quienes tienen diabetes por ser un azúcar natural?
 - Si
 - No

3. ¿Si los alimentos no contienen azúcar, los diabéticos pueden comerlo libremente?
 - Si
 - No

4. ¿Hacer ejercicios prolongados por 10 minutos es riesgoso para los diabéticos?
 - Si
 - No

5. ¿Usted considera que la diabetes se “contrae”?
 - Si
 - No

6. ¿Usted considera que la diabetes es hereditario?
 - Si
 - No