



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**



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



**NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE  
AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2,  
DEL PROGRAMA DE DIABETES EN EL HOSPITAL I  
ESSALUD - NUEVO CHIMBOTE, 2014.**

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

**TESISTAS:**

Bach. Enf. COTRINA HUACCHA, Sumiko Janeth  
Bach. Enf. GOICOHEA CASTILLO, Cynthia Lizbet

**ASESORA:**

Ms. ROSAS GUZMÁN, Inés Concepción

**NUEVO CHIMBOTE - PERÚ  
2015**

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



REVISADO Y Vo Bo de:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'I. Rosas', is positioned above a horizontal line. The signature is fluid and cursive.

Ms. Rosas Guzmán, Inés Concepción

**ASESORA**

# UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



## JURADO EVALUADOR

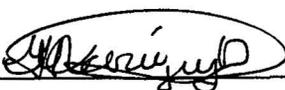
Revisado y Vo. Bo. de:



---

Dr. Ponce Loza, Juan Miguel

**PRESIDENTE**



---

Ms. Rodríguez Barreto, Yolanda

**SECRETARIA**



---

Ms. Rosas Guzmán, Inés Concepción

**INTEGRANTE**

## **DEDICATORIA**

*Al Dios Todopoderoso, por darme vida, fortaleza, guiar mis pasos para seguir adelante y a quien pido su bendición en mi vida personal y profesional.*

### **A mi madre:**

*Todo lo que soy o espero ser, se lo debo a su inmenso cariño, a sus sacrificios y desvelos. Por tenerme paciencia y ayudarme siempre a salir adelante hasta conseguir mis metas.*

### **A mi Padre:**

*Con amor, por su ayuda incondicional, su comprensión y cariño que cada día me brinda.*

### **A mi Hermana:**

*Porque a pesar de su corta edad, me brinda su apoyo incondicional, momentos de alegría, por saber escucharme, comprenderme y darme fuerzas de aliento para seguir adelante.*

***Sumiko***

## **DEDICATORIA**

*A DIOS, por brindarme tantas oportunidades y razones para vivir a través de esta gran aventura llamada Vida, por ser mi razón para existir y para levantarme todos los días de mi existencia sintiendo su presencia protectora en mí, a través de su amor infinito.*

*A mis padres por el gran amor y apoyo ilimitado e incondicional, por tener siempre la fortaleza de salir adelante sin importar los obstáculos, por haberme formado como una persona de bien y por haberme apoyado en todo momento, por sus sabios consejos y por la motivación constante que me ha permitido seguir adelante y formarme profesionalmente, por haberme dado una carrera para el futuro y por creer en mí.*

*A mi abuela LEONOR por guiarme siempre por el buen camino, por sus consejos, por su apoyo incondicional, por depositar su confianza en mí y por alentarme a seguir luchando por mis objetivos.*

*A mis hermanos; por su inmenso cariño, por darme cada día momentos de alegría y aliento permanente para culminar mis metas.*

*Cynthia*

## **AGRADECIMIENTO**

A nuestra querida casa de estudios Universidad Nacional del Santa, por albergarnos estos años decisivos de nuestras vidas, en cuyas aulas quedan el recuerdo del empeño, sacrificio y deseo de superación para forjamos un futuro como profesionales de enfermería con calidad.

A todos nuestros queridos docentes, quienes nos orientaron los valores, y conocimientos que constituyen el crecimiento de nuestra formación académica y personal motivando en nosotros la vocación de servicio hacia los demás en forma humanística y reflexiva

En especial a nuestra asesora Mg. Inés Rosas Guzmán, por su apoyo y, aportes valiosos, que fueron fundamentales para el desarrollo de la presente investigación.

*Sumiko y Cynthia*

## ÍNDICE GENERAL

Pág.

**RESUMEN**

**ABSTRAC**

<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>12</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>38</b>
<b>III. MATERIAL Y MÉTODO</b>	<b>47</b>
<b>IV. RESULTADO Y DISCUSIÓN</b>	
<b>4.1. RESULTADOS</b>	<b>56</b>
<b>4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN</b>	<b>62</b>
<b>V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
<b>5.1. CONCLUSIONES</b>	<b>68</b>
<b>5.2. RECOMENDACIONES</b>	<b>69</b>
<b>VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>70</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>84</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

**TABLA N° 01:**

**56**

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL I ESSALUD. NUEVO CHIMBOTE, 2014.

**TABLA N° 02:**

**58**

NIVEL DE AUTOCUIDADO EN LOS ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL I ESSALUD. NUEVO CHIMBOTE, 2014.

**TABLA N° 03:**

**60**

NIVEL DE AUTOCUIDADO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL I ESSALUD. NUEVO CHIMBOTE, 2014.

## ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

**FIGURA N° 01:**

**57**

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL I ESSALUD. NUEVO CHIMBOTE, 2014.

**FIGURA N° 02:**

**59**

NIVEL DE AUTOCUIDADO EN LOS ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL I ESSALUD. NUEVO CHIMBOTE, 2014

**FIGURA N° 03:**

**61**

NIVEL DE AUTOCUIDADO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL I ESSALUD. NUEVO CHIMBOTE, 2014

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, con el objetivo general de conocer la relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de autocuidado en los adultos con Diabetes Mellitus tipo 2, del Programa de Diabetes en el Hospital I EsSalud - Nuevo Chimbote, 2014.

La población estuvo conformada por 50 adultos con Diabetes Mellitus tipo 2, del Hospital I EsSalud de Nuevo Chimbote. Para la recolección de datos se utilizó: test de nivel de conocimiento en paciente con diabetes tipo 2 y, test sobre nivel de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2, las conclusiones a las que se llegó fueron:

La mayoría de los adultos presentan mayor nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus (96.0%), seguido con mínima proporción de menor nivel de conocimientos tipo 2 (4.0%).

Existe una proporción significativa de un nivel adecuado de autocuidado que tienen los adultos con diabetes mellitus tipo 2 (84.0%), seguido con mínima proporción de nivel inadecuado de autocuidado (16.0%).

El tener menor nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 se constituye en riesgo muy elevado para presentar inadecuado nivel de autocuidado (OR=5.9), asimismo, el nivel de autocuidado se correlaciona positiva y moderadamente con el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 ( $r=0.40$ ), es decir a mayor nivel de conocimiento mejora el nivel de autocuidado en los adultos.

Palabras claves: Autocuidado; conocimiento; diabetes mellitus; enfermería.

## ABSTRACT

This research is descriptive , with the overall aim of establishing the relationship between the level of knowledge and level of self-care in adults with Type 2 Diabetes Mellitus , Diabetes Program at the Hospital I EsSalud - Nuevo Chimbote, 2014 .

The population is made up of 50 adults with Type 2 Diabetes Mellitus, I EsSalud Hospital of Nuevo Chimbote. For data collection was used: test level of self-care in patients with type 2 diabetes and test on level of knowledge in adults with diabetes mellitus type 2. Conclusions:

Most adults have more knowledge about diabetes mellitus (96.0 %) , followed with a low proportion of lower level of knowledge type 2 (4.0 %).

A significant proportion of an adequate level of self that adults with type 2 diabetes mellitus (84.0 %), followed with a low proportion of inadequate level of self-care (16.0%).

Having lower level of knowledge about type 2 diabetes mellitus constitutes very high risk to present inadequate level of self-care ( OR = 5.9) , also the level of self-care and moderately correlated positively with the level of knowledge about diabetes mellitus type 2 (  $r = 0.40$  ), ie a higher level of knowledge improves the level of self-care in adults.

Key words: Self-care; knowledge; diabetes mellitus; nursing.

## I. INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus constituye un desorden metabólico resultado de una deficiencia en la secreción de insulina, en la efectividad de la acción de la insulina o de ambas. Esto conlleva a hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas (1).

La Diabetes Mellitus tipo 2 constituye un problema creciente de salud pública evidenciado por el incremento de su prevalencia en el mundo. De hecho, se estima que hoy en día existen más de 143 millones de individuos con este padecimiento, y muchos de ellos aún no lo saben. Esto se debe, explica la Federación Internacional de Diabetes (FID), a que un número creciente de personas en el mundo no ha tomado conciencia sobre la enfermedad, aunado a otros factores complejos e interrelacionados que tienen que ver además con los cambios socioeconómicos y la industrialización de los países en vías de desarrollo. La diabetes es una enfermedad crónica que exige un seguimiento y control estrecho. Está asociada a un incremento del riesgo de muerte prematura principalmente por enfermedades cardiovasculares. De no controlarse adecuadamente, puede ocasionar una alta morbimortalidad que se asocia directamente con complicaciones cardiovasculares (infarto de miocardio, accidentes cerebrovasculares), renales (nefropatía diabética, insuficiencia renal), neurológicas (neuropatía diabética), visuales (retinopatía diabética), entre otras, donde las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de padecer ceguera, insuficiencia renal y amputaciones de miembros inferiores (2).

Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) en el año 2010 especifica datos importantes que en el mundo hay más de 220 millones de personas con diabetes. 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. En el año 2010, se han registrado 55.4 millones de personas con Diabetes que viven en América, de los cuales 18 millones están en América Central y Sur y 37.4 millones en Norte América y El Caribe. "En el Perú, Diabetes Mellitus, es una enfermedad que afecta a casi 2 millones de personas y es la décimo quinta causa de mortalidad en el Perú, según informes de la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud del año 2003" (3).

Actualmente las prevalencias más elevadas de diabetes corresponden a las ciudades de Bogotá (8,1%) y Ciudad de México (8,9%). En el Perú, según Ministerio de Salud (MINSA) de la Oficina General de Estadística e Informática - 2012, se encontró casos de Diabetes Mellitus, donde un 51% (Diabetes Mellitus tipo 2), 45% (Diabetes no especificada), 2% (Diabetes Mellitus tipo 1) y 2% (otras Diabetes Mellitus no Especificada), siendo en primer lugar el departamento de Lima (59,664 casos), Callao (14,250 casos), siguiendo La Libertad, Piura, Lambayeque y Loreto ocupando los 5 primeros puestos de casos de Diabetes Mellitus. Y el departamento de Ancash ocupa el octavo lugar de Diabetes Mellitus con 2,862 casos (4).

Según la Encuesta Nacional de Salud 2010, en México la prevalencia general fue de 7.5% en la población mayor de 20 años, y ocupó el décimo segundo lugar como causa de enfermedad en el país, con 287,180 casos nuevos. Las recomendaciones

de los últimos años de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) resaltan, entre los objetivos principales, la educación temprana del enfermo y su familia mediante el cumplimiento de un programa estandarizado, además de establecer estrictos criterios de control glucémico basados en las cifras de hemoglobina glucosilada, en los valores deseables del control de la presión arterial, del perfil lipídico y el cese del tabaquismo (5).

La Organización Mundial de la salud, en su informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles (ENT) 2011, constituye la principal causa de muerte a nivel mundial, ya que provocan más defunciones que todas las demás causas juntas, y afectan más a las poblaciones de ingresos bajos y medios. Si bien dichas enfermedades han alcanzado proporciones de epidemia, podrían reducirse de manera significativa combatiendo los factores de riesgo y aplicando la detección precoz y los tratamientos oportunos, con lo que se salvarían millones de vidas y se evitarían sufrimientos indecibles (6).

La carga de mortalidad de la diabetes está aumentando en todo el mundo, de los 57 millones de muertes que tuvieron lugar en el mundo en 2008, 36 millones, es decir el 63%, se debió a ENT, especialmente enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas. Con el aumento del impacto de las ENT y el envejecimiento de la población, se prevé que el número de muertes por ENT en el mundo seguirá creciendo cada año, y que en el 2030 superarán a las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales como principal causa de defunción, el mayor crecimiento se producirá en regiones de ingresos bajos y medios (6).

El impacto socioeconómico que tienen las ENT, donde incluye a la diabetes Mellitus, amenazan los progresos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. La pobreza está estrechamente relacionada con las ENT. Se prevé que el rápido aumento de estas enfermedades será un obstáculo para las iniciativas de reducción de la pobreza en los países de ingresos bajos, en particular porque dispararán los gastos familiares por atención sanitaria. Las personas vulnerables y socialmente desfavorecidas enferman más y mueren antes que las personas de mayor posición social, sobre todo porque corren un mayor riesgo de exposición a productos nocivos, como el tabaco o alimentos poco saludables, y tienen un acceso limitado a los servicios de salud. En los entornos con pocos recursos, los costos de la atención sanitaria para las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas pueden agotar rápidamente los recursos de las familias y abocarlas a la pobreza. Los costos desorbitados de las ENT, en particular el a menudo prolongado y oneroso tratamiento y la desaparición del sostén de familia, están empujando a unos millones de personas a la pobreza cada año, sofocando el desarrollo. En muchos países, el uso nocivo del alcohol y el consumo de alimentos malsanos se dan tanto en los grupos de ingresos altos como en los de ingresos bajos. Sin embargo, los primeros pueden acceder a servicios y productos que los protegen de los riesgos más importantes, mientras que los grupos de ingresos bajos no suelen poder permitirse esos productos y servicios (6).

El Plan Mundial contra la Diabetes fue lanzado en 2011, un año hito en el que los líderes mundiales se han reunido en el cuartel general de la ONU de Nueva York para acordar actuaciones contra la diabetes y el resto de enfermedades no

contagiosas orientados a invertir la tendencia de la Epidemia como: la *Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles*, que fue aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2000. Lo que se requiere ahora es una acción intensiva en cada uno de los tres objetivos de la estrategia: la cartografía de la epidemia de ENT y de sus causas, la reducción de los principales factores de riesgo mediante actividades de promoción de la salud y de prevención primaria, y el fortalecimiento de la atención sanitaria para las personas ya afectadas por ENT. La década transcurrida desde la aprobación de la estrategia ha sido testigo de importantes avances de política e iniciativas estratégicas que suponen un apoyo adicional para los Estados Miembros en su lucha contra la epidemia de ENT. Los hitos más destacables son los siguientes: la adopción del *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT)* por la Asamblea Mundial de la Salud en 2003; la *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud*, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2004; el *Plan de Acción 2008-2013 de la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles*, aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2008; la *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2010 (7).

Los datos y cifras estadísticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en marzo 2013, informa que las enfermedades no transmisibles (ENT) matan a más de 36 millones de personas cada año. Casi el 80% de las defunciones por ENT -29 millones- se producen en los países de ingresos bajos y medios. Más de 9 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en

personas menores de 60 años de edad; el 90% de estas muertes «prematuras» ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las defunciones por ENT, 17,3 millones cada año, seguidas del cáncer (7,6 millones), las enfermedades respiratorias (4,2 millones), y la diabetes (1,3 millones). Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de alrededor del 80% de las muertes por ENT. Además, comparten cuatro factores de riesgo: el consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas. Los factores de riesgo atribuibles para la diabetes tenemos las comportamentales modificables que son el consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas malsanas y el uso nocivo del alcohol aumentan el riesgo de la mayoría de las ENT o las causan directamente. El tabaco se cobra casi 6 millones de vidas cada año (más de 600 000 por la exposición al humo ajeno), y se prevé que esa cifra habrá aumentado hasta 8 millones en 2030. Aproximadamente 3,2 millones de defunciones anuales pueden atribuirse a una actividad física insuficiente. Aproximadamente 1,7 millones de muertes son atribuibles a un bajo consumo de frutas y verduras. La mitad de los 2,3 millones de muertes anuales por uso nocivo del alcohol se deben a ENT. En cuanto a los factores de riesgo metabólicos/fisiológicos propician cuatro cambios claves que aumentan el riesgo de ENT: hipertensión arterial, sobrepeso/obesidad, hiperglucemia (niveles elevados de glucosa en sangre) e hiperlipidemia (niveles altos de lípidos en la sangre) (8).

En términos de muertes atribuibles, el principal factor de riesgo de ENT a nivel mundial es el aumento de la presión arterial (a lo que se atribuyen el 16,5% de las defunciones a nivel mundial (1), seguido por el consumo de tabaco (9%), el aumento

de la glucosa sanguínea (6%), la inactividad física (6%), y el sobrepeso y la obesidad (5%). En los países de ingresos bajos y medios se está observando un rápido incremento del número de niños con sobrepeso (8).

Por eso la OMS considera que la educación sanitaria es la parte fundamental en el tratamiento de la diabetes y la única eficaz para el control de la enfermedad y la prevención de sus complicaciones. Educar al paciente es habilitarlo con los conocimientos y destrezas necesarios para afrontar las exigencias del tratamiento, así como promover en él las motivaciones y los sentimientos de seguridad y responsabilidad para cuidar diariamente de su control, sin afectar su autoestima y bienestar general, a fin de responsabilizarlas por su salud y ayudarlas a aprender a convivir mejor con la enfermedad, modificar o mantener los hábitos saludables, estimular la autoconfianza para sentirse mejor cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad (9).

Históricamente, la Enfermería es una disciplina que tiene como uno de sus objetivos la educación de las personas para el autocuidado. El autocuidado es la función reguladora que los individuos utilizan deliberadamente para mantención de los requisitos vitales, del desarrollo y funcionamiento integral, que es desarrollada durante el curso de la vida diaria, por medio de un proceso espontáneo de aprendizaje, en el período de la madurez de la curiosidad intelectual, con la instrucción y supervisión de otros y mediante la experiencia de medidas de autocuidado. También es considerado como parte del estilo de vida de las personas, el cual es comprendido como estándares de conducta que se reflejan en la forma de interactuar de los individuos con su medio social. Este concepto de estilo de vida es

amplio y envuelve los estándares que surgen de la selección de opciones disponibles que tienen las personas, según las circunstancias sociales y económicas, y las facilidades con que ellas pueden elegir otras alternativas. Así, la elección de un estilo de vida saludable implica en acciones de autocuidado concreto, tales como la automedicación, el autotratamiento, el apoyo social y el cuidado en situaciones de enfermedad en el ambiente de la persona (10).

El apoyo educativo debe estar enfocado en el paciente diabético y la familia, el cual tiene que ser de manera permanente y estar al alcance en todos los servicios de salud, por medio de programas educativos sobre la enfermedad que permitan la incorporación y aceptación de su padecimiento para lograr un aumento de las habilidades y destrezas de autocuidado, así mismo mejorar su estilo y calidad de vida. Cuando el paciente diabético obtiene conocimiento de su enfermedad y sobre todo de cómo debe cuidarse, adquiere capacidad para seguir indicaciones médicas, siendo esto importante para evitar complicaciones de la Diabetes Mellitus (11).

La educación de enfermería en el autocuidado del paciente Diabético, en la actualidad, es una prioridad mundial que alcanza, con más o menos éxito a todos los países. La educación es esencial para los pacientes diabéticos y constituye un derecho recogido en la Declaración de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (Declaración de Helsinki. Boletín de la Asociación Médica Mundial; 2000)". El paciente diabético tiene derecho de obtener una serie de conocimientos sobre la enfermedad, las prácticas de autocuidado que debe implementar a un nuevo estilo de vida y sobre todo cambio de actitud para enfrentar todo lo que conlleva dicha enfermedad dirigido por el equipo multidisciplinario de la institución donde es

atendida la necesidad que presenta. "En el caso de Diabetes Mellitus tipo 2 la educación e intervención temprana contribuyen a reducir las complicaciones." La Diabetes Mellitus tiene como consecuencia una serie de complicaciones tanto agudas como crónicas que afectan directamente la salud del paciente, pero que pueden reducirse en un alto porcentaje a través de la educación e intervenciones oportunas por parte del equipo de salud. "Por lo tanto, en cuanto el diabético sabe su diagnóstico se debe iniciar la educación sobre el autocuidado: basado en el autoanálisis de niveles de glucosa en sangre y orina, cuidado de los pies, higiene, tratamientos dietético y farmacológico" (12).

El equipo multidisciplinario de un servicio de salud tiene la responsabilidad de aportar todo lo anterior a la población diabética, principalmente el personal de enfermería tomando como base la promoción de la salud por medio de programas educativos que enfocados a la Diabetes Mellitus, así mismo educar minuciosamente sobre las prácticas de autocuidado para prevenir ciertas complicaciones inherentes a la enfermedad, y que a través de la gama de conocimientos y el desarrollo de habilidades y destrezas se logre mantener una calidad de vida en general, por lo que refleja que el profesional de enfermería tiene un papel relevante para que el paciente se adhiera a dicho tratamiento (13).

### **En el Ámbito Internacional se reportan las siguientes investigaciones:**

En España, Gonzáles, M. y Otros (2005), estudió: "Efectividad de un programa de educación grupal estructurada en personas con diabetes mellitus tipo 2" teniendo como objetivo evaluar la efectividad de la educación grupal estructurada como

complemento de la educación individual recibida en las consultas de enfermería, sobre los conocimientos adquiridos de la enfermedad y la mejora en el control metabólico. En sus resultados, se observó que 15 casos (20,5%) estaban controlados solamente con dieta y ejercicios, el 53,4% tomaba además antidiabéticos orales, el 21,9% se inyectaba insulina, y el 4,1% estaba en tratamiento con insulina y antidiabéticos orales. Asistieron a todos los talleres del curso el 72,6% de las personas diabéticas citadas. La evolución de las cifras de control metabólico de la hemoglobina glucosilada (HbA1c), obtenidas anteriormente al curso (T1), a los 6 meses posteriores (T2) y al año (T3), muestra diferencias estadísticas significativas:

En el análisis de la varianza realizado se observan diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) entre T1 y T2 y entre T1 y T3, pero no entre T2 y T3. Los resultados obtenidos en las encuestas muestran que tanto la asistencia de los talleres como el nivel de satisfacción por parte de los participantes fueron muy altos (72,6%). También mejoraron los conocimientos respecto a su enfermedad, aunque de manera no significativa (14).

En São Paulo, Larcher, M. (2006); en su estudio titulado "El Conocimiento sobre Diabetes Mellitus en el Proceso de Autocuidado", tuvo como objetivo verificar el conocimiento de las personas con Diabetes Mellitus en relación con la enfermedad, causas y complicaciones subsecuentes, destacando su importancia en el autocuidado. Los datos fueron recolectados en 84 personas por medio de entrevista y analizados mediante estadística descriptiva. Se concluye que en el estudio fueron señalados aspectos que dificultan el proceso de aprendizaje, tales como edad (media de  $53,3 \pm 13$  años), tiempo de la enfermedad (media de  $12,9 \pm 9$  años) y bajo nivel

de escolaridad (58% tenía educación primaria incompleta), condiciones que pueden limitar la incorporación de informaciones en esa población y, consecuentemente, comprometer la prevención y diagnóstico precoz, además de la predisposición para las complicaciones. En el estudio también fueron señalados otros aspectos que interfieren en el proceso de aprendizaje tales como los factores biopsicosociales y el acceso a los servicios de salud. En relación al conocimiento sobre "que es diabetes" y "cuales sus causas", se verificó que apenas 24 (28,6%) personas de la población estudiada se incluyeron en la categoría correcta y otras 24 (28,6%) se incluyeron en la categoría errada o no sabían. Considerando respuestas múltiples, 71% de la población estudiada fue diagnosticada sin presentar los síntomas clásicos de la diabetes y, 64% ya había sido hospitalizada por alguna complicación aguda o crónica, tales como hiperglucemia (63,0%), coma (14,8%), hipoglucemia (13,0%) y problemas en los pies 11.0%) (15).

En Brasil, Luchetti, F. y otros, (2007); en su estudio titulado "Conocimiento y Actitudes: Componentes para la Educación en diabetes Brasil", realizado en un centro de investigación y extensión universitaria brasileño, en el período de marzo a noviembre de 2007, tuvo como objetivo verificar conocimientos y actitudes de personas con Diabetes Mellitus que participaban de un programa de educación en el autocuidado en diabetes. Como método se usó una muestra constituida por 82 adultos con Diabetes Mellitus. Para recolección de los datos fueron utilizadas versiones portuguesas de los cuestionarios Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN-A) y Diabetes Attitude Questionnaire (ATT-19). Los resultados mostraron que 78,05% tuvieron puntajes superiores a 8 en relación al conocimiento en diabetes,

indicando conocimiento y comprensión acerca de la enfermedad. En cuanto a la actitud, los puntajes variaron entre 25 y 71 puntos, sugiriendo dificultad en el enfrentamiento de la enfermedad. Se concluye que, a pesar que los participantes obtuvieron un buen puntaje en el conocimiento, todavía así no modificaron la actitud para el enfrentamiento más adecuado de la enfermedad (16).

En México, Baca, B. y otros (2008); en su estudio titulado: "Nivel de Conocimientos del Diabético sobre su Autocuidado", se realizó con el objetivo de identificar el nivel de conocimiento que el usuario diabético tiene sobre su autocuidado. Se aplicó una encuesta 94 diabéticos hospitalizados en los servicios de medicina interna y cirugía del Hospital General Regional N° 1 de Culiacán Sinaloa, se incluyeron diabéticos de 20 y más años de edad, con más de 72 horas de hospitalización en el servicio. El resultado de la población estudiada se encontró que el 56% son del sexo masculino, con un promedio de 60 años de edad con una desviación estándar de + - 12,36. Por lo que el nivel de conocimiento del diabético sobre su auto cuidado fue insuficiente en un 79%, ya que la población participante de este estudio fue relativamente en la edad adulto mayor por lo que se le atribuye un grupo vulnerable a las enfermedades crónico degenerativas. Referente al nivel de conocimientos sobre su autocuidado fue insuficiente, lo que se atribuye al grado de escolaridad que osciló primaria y un alto porcentaje analfabeta. Predominó la diabetes tipo 2 en el 98%, referente al tiempo de evolución del padecimiento se encontró que existe predominio con más de 10 años de evolución. Llama la atención que de los usuarios entrevistados una gran parte tiene conocimiento suficiente sobre ejercicio y alimentación, pero no tiene suficiente

conocimiento con el cuidado de los pies y lo relacionado con el tratamiento farmacológico siendo un porcentaje muy bajo (12).

En México, Baquedano, I. y otros (2010); en su estudio titulado "Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un Servicio de Urgencia", este estudio tuvo por objetivos determinar la capacidad de autocuidado de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 y relacionar esa capacidad con algunas variables sociodemográficas y clínicas. Participaron 251 personas que ingresaron en un hospital de urgencia en México, en 2010. Los datos fueron obtenidos mediante una entrevista domiciliaria dirigida, utilizándose un Cuestionario y Escala de Capacidad de Autocuidado. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva y correlacional. Los resultados mostraron que 83 (33,5%) sujetos presentaron buena capacidad de autocuidado y 168 (66,5%) capacidad regular. Se obtuvo una correlación directamente proporcional entre capacidad de autocuidado y años de estudio ( $r=0,124$ ;  $p<0,05$ ) y una correlación negativa con la religión ( $r=-0,435$ ;  $p<0,05$ ) y tiempo de evolución de la enfermedad ( $r=-0,667$ ;  $p<0,05$ ). Se concluyó que la mayoría de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 presentó una capacidad de autocuidado regular (10).

En Guatemala, Hernández, D. (2011); en su estudio titulado "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", este estudio describe las actitudes en relación a su autocuidado en los pacientes. Participaron 96 pacientes diabéticos de 40 a 60 años que asistieron a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Amatitlán. Los hallazgos de la investigación evidencian que existe un 96% de pacientes diabéticos que no poseen los conocimientos necesarios

de autocuidado de la Diabetes Mellitus reflejando que una gran población diabética está expuesta a sufrir complicaciones agudas o crónicas inherentes a la enfermedad debido al desconocimiento de la misma. Dentro de las actitudes sobre autocuidado se establece que existe un 83% de pacientes diabéticos que presentan una actitud no favorable ante la enfermedad. Por lo que la actitud positiva del paciente diabético es muy importante e indispensable porque facilita la adopción de prácticas saludables y el cumplimiento del tratamiento prescrito. En relación a las prácticas de los pacientes diabéticos 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 un estilo de vida saludable (11).

En Brasil, Pereira, D. y otros, (2012); en su estudio titulado "Efectos de intervención educativa sobre el conocimiento de la enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus", el objetivo de esta investigación fue evaluar el efecto de acción educativa sobre el conocimiento de la enfermedad en pacientes portadores de diabetes tipo 2. Fue realizado un ensayo clínico aleatorizados con 62 pacientes registrados en servicio de referencia en tratamiento de la hipertensión arterial en 2010. Los datos fueron obtenidos a través de un cuestionario aplicado a los grupos de Intervención y Control, al inicio y al final del estudio. El Grupo de intervención participó de actividades educativas grupales, utilizando la metodología problematizadora. Los resultados muestran un aumento significativo del conocimiento sobre la diabetes en pacientes del Grupo de intervención, en todas las cuestiones ( $p < 0,05$ ). En el Grupo control, algunas alteraciones observadas, fueron mucho menores cuando comparadas al Grupo de intervención. Se concluye que fue posible elevar los

conocimientos sobre la enfermedad por medio de realización de actividades educativas (17).

**En el Ámbito Nacional, se reportan los siguientes estudios relacionados al tema:**

En Lima, Hajar, A. (2008) estudió "Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión", en una muestra de 75 personas, se concluyó que la mayoría presentan un nivel de conocimientos medio (48%) referido, principalmente, a definición de la diabetes, forma de diagnóstico, y si reconocen los niveles normales de glucosa. Los aspectos de nivel bajo (34.7%) está dado que en su mayoría no identifican los signos y síntomas como poliuria, polidipsia y polifagia; las complicaciones que pueden presentarse como el coma diabético; y un significativo porcentaje (17.3%) presentan un nivel alto referido a que consideran que la diabetes es una enfermedad que se puede curar, los tipos de diabetes, lo cual los predispone a complicaciones derivadas de la enfermedad. En relación al nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos acerca de los cuidados en el hogar tenemos que de los 75 pacientes que respondieron el instrumento (100%), 46 (61.3%) presentan un nivel medio, 16 (21.3%) un nivel bajo y 13 (17.3%) un nivel alto de conocimientos (18).

En Trujillo, Ayay, R. (2008); en su estudio de investigación denominado: "Nivel de información sobre diabetes Mellitus y calidad de autocuidado en pacientes adultos del programa de control de diabetes. Hospital I EsSalud. Chepén", se concluyó que del total de 44 pacientes en estudio el mayor porcentaje (84,1%), presentan un nivel

de información buena, el (15,9%), un nivel de información regular sobre diabetes Mellitus. Es de resaltar que no se encontró ningún caso de baja o nulo nivel de información sobre diabetes Mellitus en pacientes adultos. Por lo tanto las personas que necesitan más información son los pacientes crónicos, ellos tienen derecho a recibir información, a fin de que estén en probabilidades de participar en su propio cuidado (19).

En Trujillo, Ventura, E y Flores E, (2008); en su estudio titulado: “Efectividad del Modelo de Cuidado de Enfermería sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en el Nivel de conocimientos y autocuidado del paciente diabético del consultorio externo de medicina interna Hospital Tomás La Fora – Guadalupe”, con el propósito de mejorar el nivel conocimiento y práctica de autocuidado, contribuyendo a un buen control de la enfermedad, desarrollo de las mismas y por ende de la calidad de vida. El universo estuvo constituido por 150 pacientes diabéticos, promedio anual de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al consultorio externo, se seleccionó una muestra de 40 pacientes. La recolección de datos se realizó con la aplicación de un pre – test de dos encuestas; una de ellas sobre el nivel de conocimiento de autocuidado de los pacientes diabéticos; posteriormente se aplicó el Modelo de Cuidado de Enfermería de Diabetes Mellitus (MCEDM) tipo 2, que incluyen las dimensiones del régimen alimentario, actividad física – descanso, higiene y cuidado de la piel – boca y pies, soledad y participación social y el tratamiento con hipoglicemiantes orales e insulina; elaborado por los autores y basado en la teoría de autocuidado de D. Orem: Sistema de Apoyo Educativo, donde se obtuvo como resultado que el Modelo de Cuidado de enfermería de Diabetes

Mellitus (MCEDM), es efectivo porque logró incrementar el nivel de conocimiento de autocuidado en todas las dimensiones de los pacientes diabéticos en estudio, como lograr incrementar el nivel de conocimiento de autocuidado del régimen alimentario de los pacientes diabéticos, lográndose pasar del nivel deficiente al nivel regular, también en las dimensiones de actividad física – descanso, higiene y cuidado de piel, boca y pies, de soledad y participación social y del tratamiento con hipoglicemiantes orales e insulina de los pacientes diabéticos, lográndose pasar del nivel deficiente al nivel bueno (20).

En Lima, Cabrera, R. y Otros (2009); en su estudio denominado: “Nivel de conocimientos sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chincha-EsSalud”, se realizó en el programa de diabetes mellitus, que atiende a un promedio de 880 usuarios anualmente, cuyas edades fluctúan entre los 40 a 70 años de edad. La población estuvo constituida por 810 usuarios, varones y mujeres, la muestra conformada por 243 usuarios con diagnóstico de diabetes mellitus, seleccionada de manera aleatoria. Del total de usuarios encuestados, el 54,7% presentó un nivel de conocimiento medio sobre el autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas, mientras que el 30,0% presentó un nivel de conocimientos bajo y el 15,3% tuvo un nivel de conocimientos alto. Por otro lado se mostró que el 23,3% de los usuarios que tienen grado de instrucción primaria tiene un nivel de conocimiento bajo y el 22,5%, un conocimiento medio. En el grado de educación secundaria, se evidenció que el 54,8% de los usuarios encuestados tuvo un conocimiento bajo y 42,8% un conocimiento medio. En lo que respecta al grado de educación superior, el 34,6% tuvo un conocimiento

medio mientras que el 21,9% presentó un conocimiento bajo. En relación con el nivel de conocimiento presentado por pacientes que padecen la enfermedad hace 10 años, el 76,7% presentó un nivel de conocimiento bajo y el 67,0% un conocimiento medio; mientras que de los usuarios que padecen entre 11 y 20 años de enfermedad, el 27,0% presentó un conocimiento medio (21).

En Trujillo, Bardales, D y Quispe J, (2009); en su estudio titulado: "Factores Biosocioculturales y Nivel de información sobre Diabetes Mellitus Tipo II en pacientes del Programa de Diabetes Mellitus del Policlínico de EsSalud de Pacasmayo, se realizó con el objetivo determinar la relación que existe entre los factores biosocioculturales y nivel de información sobre Diabetes Mellitus Tipo II, la muestra estuvo constituido por 100 pacientes con diagnóstico de diabetes Mellitus tipo II, inscritos en el programa de Diabetes Mellitus a quienes se les aplicó un instrumento formato – encuesta. La información obtenida fue procesada en tablas estadísticas de acuerdo a los objetivos propuestos. Para el análisis estadístico y para medir la relación entre las variables se utilizó la prueba de independencia de criterios Chi Cuadrado ( $X^2$ ), encontrándose los siguientes resultados, que la edad de los pacientes en estudio es mayormente adultos maduros 52% (51 a 60 años), seguido de un a 40% de adultos mayores (61 años a más), 61% son mujeres, 39% son hombres, 44% tienen educación primaria, 34% secundaria, 15% sin instrucción, 7% superior, 71% le diagnosticaron la enfermedad hace más de 5 años, 29% de 0 a 5 años. También el 43% de los pacientes que padecen Diabetes Mellitus Tipo II, tuvieron un nivel de información regular, 33% tienen un nivel de información deficiente, 24% tienen un nivel de información bueno. Y por último de los factores

biosocioculturales, el factor nivel de instrucción tiene relación altamente significativa con el nivel de información sobre Diabetes Mellitus Tipo II (22).

En Lima, Tello, M. (2011) en su estudio titulado "Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las medidas Preventivas de la Diabetes Mellitus tipo 2 en los trabajadores Mayores de 35 años de los centros de aplicación: Productos Unión y editorial imprenta unión de la Universidad Peruana Unión" se halló que el nivel de conocimientos sobre las medidas preventivas de la diabetes Mellitus tipo 2, en los trabajadores mayores de 35 años, en su mayoría bueno (51.3%), aunque existe también un 3.8% de la población presentó conocimientos malo; las actitudes frente a las medidas preventivas, son favorables (53.8%), sólo un 1.3% presentó actitud desfavorable. Referente al nivel de prácticas sobre las medidas preventivas de la diabetes Mellitus tipo 2, que presentan los trabajadores mayores de 35 años en su mayoría fue regular (37.5%), muy malo (3.8%), y malo (25%) (23).

En Trujillo, Rodas, E. y Saldarriaga, D. (2012), en su informe de investigación titulado "Conocimientos y prácticas de autocuidado relacionado con la calidad de vida en adultos con diabetes mellitus. Chepén 2012", realizado en pacientes del programa de Diabetes Mellitus del Hospital de Apoyo Chepén, con el objetivo de determinar la relación entre conocimientos y prácticas de autocuidado con la calidad de vida de los adultos con Diabetes Mellitus, llegando a las siguientes conclusiones: El nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus fue predominantemente regular con un 44.23%, deficiente con un 36.54%, mientras que un 19.23% que presentó un nivel de conocimientos bueno; el nivel de prácticas de autocuidado en los adultos fue predominantemente regular con un 50%, adecuado con un 33.7% mientras que un

16.30% presento un nivel de prácticas deficiente; el nivel de calidad de vida en los adultos fue predominantemente adecuado en un 63.43% y un 36.54% fue deficiente y el nivel de conocimientos y las prácticas de autocuidado no guardan relación significativa con la calidad de vida del paciente adulto con diabetes (24).

**En el Ámbito Local, se reportan los siguientes estudios relacionados al tema:**

En Nuevo Chimbote, Rosas, I y otros (2004), en su informe de investigación titulado "Prácticas de Autocuidado y su relación con Factores Biosociales en personas adultas que presentan Diabetes Mellitus, Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Chimbote, 2003", se realizó este estudio para medir la relación de las Prácticas de Autocuidado y su relación con Factores Biosociales en adultos con Diabetes Mellitus del Programa Diabetes Mellitus del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, MINSA, Nuevo Chimbote, con una muestra de 90 personas; obtuvo como resultado que la mayoría (48.40%) de las personas tienen regular prácticas de autocuidado. El 56.67% fue de sexo femenino y el 43.33% de sexo masculino. Respecto a la edad el 75.55% fueron adultos maduros y el 34.45% fueron adultos mayores. Referente al grado de instrucción el 34.45% tuvieron educación secundaria, el 32.22% primaria, 28.89% superior y 4.44% sin instrucción. Y por último los factores biosociales: sexo, grado de instrucción no tienen significancia estadística con las prácticas de autocuidado; pero la edad si tiene significancia estadística con las prácticas de autocuidado (25).

En Nuevo Chimbote, Marín, R y Reyes, E, (2005), en su estudio titulado: "Nivel de Autocuidado y su relación con la presencia de Complicaciones en el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2, Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, se realizó con el

objetivo de conocer la relación que existe entre el nivel de autocuidado y la presencia de Complicaciones en el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2, que asistieron al programa de diabetes del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, la recolección de datos se efectuó en el programa de diabetes y en visitas domiciliarias, se aplicó los siguientes instrumentos, la encuesta sobre el nivel de autocuidado y la visita de cotejo para determinar la presencia de complicaciones, se llegó a las siguientes conclusiones; que el 55,9% de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 presentaron complicaciones, siendo las más frecuentes la hipertensión arterial (40,8%), dislipidemias (33,8%), nefropatías (11,3%), neuropatía diabética (9,9%) y rinopatía diabética (4,2%). Los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón con Autocuidado deficiente y regular presentaron complicaciones en un 91,7% y un 60,6% respectivamente; a diferencia de los pacientes con nivel de autocuidado bueno, quienes no presentaron complicaciones representados con un 61,4%. El nivel de autocuidado según dimensión régimen dietético y cumplimiento con el tratamiento guardaron relación altamente significativa con la presencia de complicaciones en el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 ( $p>0,05$ ). Sin embargo la dimensión higiene y cuidado de la piel, boca y pies constituye un riesgos elevado ( $OR=2,6$ ) para la presencia de complicaciones en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 (26).

En Chimbote, López, J y De la Cruz, E. (2008); en su estudio titulado: "Nivel de Autocuidado y los Factores Personales y Socioeconómicos del usuario con Diabetes Mellitus tipo 2, del Consultorio Externo de Endocrinología Hospital "La Caleta", se realizó con el objetivo de conocer la relación entre el autocuidado y los factores

personales y socioeconómicos, con una muestra de 86 usuarios con Diabetes Mellitus tipo 2, se obtuvo como resultado que existe una proporción significativa de usuarios con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital "La Caleta", con nivel de autocuidado inadecuado (58,1%); es decir 6 de cada 10 usuarios con Diabetes Mellitus tipo 2 tienen un inadecuado nivel de autocuidado. También existe una relación estadística significativa entre el nivel de Autocuidado y algunos factores personales, como: antecedentes familiar ( $p=0.0451$ ), y los usuarios de sexo masculino ( $OR=2$ ), sin antecedente familiar ( $OR=2.5$ ) y sin pareja ( $OR=1.3$ ) se constituyen en riesgo para presentar autocuidado inadecuado. Y por último existe una relación estadística significativa entre el nivel de Autocuidado y el factor socioeconómico, como: nivel socioeconómico ( $p=0.0011$ ) y nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus ( $p=0.0285$ ); asimismo, a mayor nivel socioeconómico ( $r=0.23$ ) y a mayor nivel de conocimiento ( $r=0.31$ ), mejora la tendencia del nivel de autocuidado del usuario con Diabetes Mellitus tipo 2 (27).

En Chimbote, Alvarado, E y Villanueva, R, (2009); en su estudio titulado: "Autocuidado y Nivel de Información en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2, Hospital III EsSalud", se realizó con el objetivo de conocer la relación entre el autocuidado y el nivel de información en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2, estuvo constituida por 196 adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos durante los meses de Marzo y Abril del 2009 a quienes se les aplicó los instrumentos el Test de Autocuidado sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y el Test de información sobre Diabetes Mellitus tipo 2, se llegó a las siguientes conclusiones; los adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital III de EsSalud, tienen un nivel de autocuidado regular (84.2 %), los adultos

con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital III de EsSalud, tienen un nivel de información bajo (56,6%) y mediano (39,3%), y existe una relación estadística significativa ( $p=0,0002$ ) entre el Autocuidado y el Nivel de Información en Adultos con Diabetes Mellitus del Hospital III de EsSalud (28).

En Nuevo Chimbote, según la Oficina de Estadística del Hospital Eleazar Guzmán Barrón (2012), existe 117 casos de Diabetes Mellitus (E10-E-14) siendo un 1.5%, divididos entre el sexo masculino y sexo femenino, 36 y 81 casos respectivamente, constituyendo como los principales grupos de causas de morbilidad registrada en hospitalización siendo el más prevalente en el sexo femenino. La Morbilidad hospitalaria por grupo de edad según CIE 10, existen casos entre 12-17<sup>a</sup> (1 caso), 18-29<sup>a</sup> (6 casos), 30-59<sup>a</sup> (54 casos), 60-79<sup>a</sup> (49 casos) y de 80<sup>a</sup> a más (7 casos), siendo el más prevalente entre las edades de 30-59 años y los 60-79 años (29).

Frente a lo descrito y por ser la profesión de enfermería el pilar de la promoción y prevención de daños a la salud, se plantea el siguiente problema:

**¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y nivel de autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2, del Programa de Diabetes en el Hospital I EsSalud - Nuevo Chimbote, 2014?**

## **1.1. OBJETIVOS**

### **1.1.1. OBJETIVO GENERAL:**

- Conocer la relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de autocuidado en los adultos con Diabetes Mellitus tipo 2, del Programa de Diabetes en el Hospital I EsSalud - Nuevo Chimbote, 2014.

### **1.1.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS:**

- Identificar el nivel de conocimiento en los adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 en el Hospital I EsSalud. Nuevo Chimbote, 2014.
- Identificar el nivel de autocuidado que tienen los adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 en el Hospital I EsSalud. Nuevo Chimbote, 2014.
- Determinar la relación entre el nivel conocimiento y el nivel de autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 en el Hospital I EsSalud. Nuevo Chimbote, 2014.

## **1.2. HIPÓTESIS:**

**Ho:** El nivel de autocuidado no se relaciona significativamente con el nivel de conocimiento en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 en el Hospital I EsSalud. Nuevo Chimbote, 2014.

**Hi:** El nivel de autocuidado se relaciona significativamente con el nivel de conocimiento en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 en el Hospital I EsSalud. Nuevo Chimbote, 2014.

El presente trabajo de investigación "Nivel de conocimiento y su relación con el nivel de autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2, del Programa de Diabetes en el Hospital I EsSalud - Nuevo Chimbote, 2014", es de suma importancia, ya que a través de los resultados encontrados se conocerá la relación entre el autocuidado y el nivel de conocimientos en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2, de EsSalud. Y de esta manera promover un autocuidado ya que el manejo de la Diabetes Mellitus en gran parte depende de la capacidad del paciente para el autocuidado en su vida cotidiana, por lo que el autocuidado es la base de la pirámide de la atención primaria. Si el autocuidado desapareciera tan sólo por un día, no cabe duda que los sistemas de atención en salud, aun los más sofisticados, se verían sobrepasados y colapsarían. Es evidente, entonces, que las instituciones de salud tienen un importante rol que cumplir en el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades de autocuidado de sus consultantes; como también, el nivel de conocimientos del paciente siempre se considera un elemento esencial para conservar la salud y la vida y/o enfrentar las consecuencias de dicha enfermedad y teniendo en cuenta que la

Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad que tiene un alto índice de prevalencia en el ámbito internacional, nacional y local, es de competencia del profesional de enfermería, enfatizar los esfuerzos en el campo de la investigación, de manera que se pueda establecer niveles de riesgo, permitiendo la concentración de los recursos de salud en aquellos grupos más vulnerables ya que la relación entre prevalencia e incidencia varía de una enfermedad a otra, donde la Diabetes Mellitus tipo 2 es de alta prevalencia por ser una enfermedad crónica.

## II. MARCO TEÓRICO

El presente trabajo de investigación se sustenta en la "Teoría de Sistemas" de Ludwing Von Bertalanffy (30)

La teoría de Sistemas se ocupa de los cambios producidos por las interacciones entre distintos factores variables de una situación. En los seres humanos se producen continuamente interacciones entre estos y el medio ambiente, esta teoría brinda la forma de comprender las muchas influencias que afectan por completo a la persona, y el posible efecto del cambio producido en algunas de las partes del todo (31).

Sistema se define como un todo constituido por partes interrelacionadas en donde las partes tienen una función y el sistema como un todo, otra función. Así el modelo de sistemas, considera al sistema como un todo altamente dependiente del medio exterior y puede perturbarse por carencias o excesos. El éxito del sistema radica en su capacidad para ajustarse a un medio constantemente cambiante (30) (31).

El sistema se caracteriza por tener sus límites, su supervivencia, una jerarquía (suprasistemas y subsistemas) y por ser abierto; ya que existe un intercambio continuo de materia, energía e información. Con esta teoría se puede comprender la forma en que diversos factores afectan a una persona y el posible efecto del cambio producido en algunas partes sobre el todo, además es un modelo para observar la interacción del hombre con el medio ambiente. (32)

Los elementos o componentes que conforman el sistema son: entrada, proceso, salida, retroalimentación y ambiente (31).

**ENTRADA,** son los ingresos del sistema que pueden ser recursos materiales, humanos o información y constituyen la fuerza de arranque que suministra sistema sus necesidades operativas (33).

Para efectos de la investigación este componente se encuentra representado por el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus.

El nivel de conocimiento es el conjunto de información adquirida y acumulada que poseen las personas con diabetes mellitus tipo II sobre su enfermedad, el cual puede influir positiva o negativamente en el nivel de autocuidado (34).

El conocimiento, de las personas sobre determinada enfermedad, es un factor importante que se relaciona con el 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 (35).

Bajo esta circunstancia, el paciente diabético tiene las siguientes demandas adicionales del cuidado de la salud; buscar y asegurar la ayuda médica apropiada ser consciente de los efectos del estado patológico; realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y medicamento prescritas; ser conscientes de los efectos molestos y negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas, aprender a vivir con los efectos de la alteración de la salud, así como las medidas diagnósticas y terapéutica, en un estilo de vida que promueva el desarrollo personal (35)(36).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) acepta que la educación diabetológica tiene la misma importancia que el tratamiento farmacológico y no farmacológico, y destaca la idea de que los programas de educación con mayores probabilidades de éxito son los que responsabilizan al diabético de su propio cuidado. Habilitar y responsabilizar al diabético significa enseñarle a tomar de decisiones mejor orientadas en cuanto a la asistencia y el tratamiento de su enfermedad (37).

El control de la diabetes mellitus significa eliminar los síntomas, evitar las complicaciones agudas y disminuir la incidencia y progresión de las complicaciones crónicas microvasculares. La base del tratamiento del diabético es la **dieta**, el plan de alimentación es el pilar fundamental del tratamiento de la diabetes. No es posible controlar los signos, síntomas y consecuencias de la enfermedad sin una adecuada alimentación. Las calorías deben de ser suficientes para mantener un peso ideal y una actividad adecuada en los adultos. El aporte calórico debe ser el siguiente: proteínas del 15 % al 20%, carbohidratos de 55% a 65% y grasas menos del 30%. La cantidad de carbohidratos es individual, y depende del impacto de estos en la glucosa sanguínea y los niveles de lípidos y en los patrones individuales de la alimentación (38)

El **ejercicio físico**, es la segunda modalidad del tratamiento para la diabetes mellitus. La glucosa puede entrar en las células musculares activas sin la acción de la insulina y puede entonces ser oxidada a dióxido de carbono y agua en la mayoría de los diabéticos. Por lo tanto, el ejercicio tiene una acción hipoglicemiante (39). Las personas con diabetes mellitus se benefician del ejercicio regular durante 30 minutos

de 3 a 4 veces por semana. Los resultados del ejercicio son la mejoría en la tolerancia a la glucosa, de la sensibilidad a la insulina y pérdida de peso. Además el ejercicio aeróbico mejora la función cardiovascular y los perfiles lipídicos (40)

Otra de las medidas terapéuticas para evitar consecuencias desagradables es, la **higiene y cuidado de la piel**, ya que el diabético, está más propenso a las infecciones que las demás personas y esta susceptibilidad es causada por la circulación disminuida, el aumento de la concentración de glucosa, anomalías en la respuesta inmunológica (39). El cuidado minucioso de la piel es imprescindible porque la hiperglucemia genera resequedad de la piel y suele deprimir la fagocitosis leucocítica, lo cual disminuye la resistencia a las infecciones. Los pies de los diabéticos están propensos a una insuficiencia vascular, neuropatía notable e infecciones secundarias a un trauma. Todo diabético deberá cuidar sus pies en forma meticulosa, ya que la sensibilidad esta disminuida: lavarse los pies diariamente con agua tibia y jabón, secarlos bien, en especial entre los dedos buscando callosidades y enrojecimiento, cambiarse diariamente los calcetines, medias que sean suaves, limpias y sin rigurosidad, evitar caminar con los pies descalzos para no sufrir algún traumatismo o lesiones en la piel (38) (39).

El **tratamiento farmacológico**, incluye la aplicación y uso de insulina e hipoglucemiantes orales que son 2 clases de agentes cuya función es disminuir los niveles de glucosa, ambas sustancias disminuyen los niveles de glicemia, la función la ejercen por mecanismos diferentes. Por lo tanto los cuidados de enfermería se deben centrar en el entendimiento, tanto del normal funcionamiento de la insulina

endógena como de los efectos metabólicos de los agentes hipoglucemiantes mencionados (41)

Respecto a las complicaciones, la frecuencia, la gravedad y progresión de las complicaciones agudas y crónicas, están relacionados con el grado de hiperglicemia, los trastornos metabólicos asociados, la duración de la enfermedad, la exposición a otros factores de riesgo y el ambiente genético. Entre las complicaciones agudas tenemos el coma hiperosmolar, la cetoacidosis diabética y la hipoglucemia. Entre las complicaciones crónicas más relevantes tenemos: riesgo para desarrollar cataratas, retinopatía, glaucoma y es la principal causa de la ceguera adquirida en los adultos; incrementa 17 veces el riesgo de desarrollar daño renal, incrementa 2 veces el riesgo de cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral e hipertensión arterial; se incrementa la probabilidad de insuficiencia vascular periférica, que a su vez condiciona pie diabético; riesgo de neuropatía autonómica en los sistemas cardiovascular, digestivo y genitourinario; y en piel y mucosas favorece infecciones oportunistas piógenas y micóticas crónicas. (41)

**Cuidados generales**, deben estar enfocados en evitar todo tipo de infecciones ya que pueden agravarse rápidamente; realizar su higiene corporal diaria, acudir a su control médico puntualmente, someterse a un examen completo oftalmológico, cardiovascular, renal y neurológico anualmente (39)(42).

**PROCESO**, es el fenómeno en donde se producen los cambios y se convierten las entradas en salidas o resultados. El sistema transforma, crea y organiza, asimilando

la información, el cual ingresa a través de un proceso que da como resultado la reorganización del ingreso para ello cada sistema modifica su entrada (33).

En la presente investigación este elemento está constituido por la persona con diabetes mellitus que asiste al programa de Diabetes Mellitus del Hospital I EsSalud de Nuevo Chimbote; quien percibe, organiza e interpreta el conocimiento sobre diabetes mellitus, que el profesional de enfermería le imparte.

El profesional de enfermería brinda un servicio esencial en el cuidado de la salud y ofrece a través de un proceso interpersonal entre la persona con diabetes mellitus, por medio del cual identifica y resuelve problemas en su salud, mediante actividades preventivos promocionales dirigidos a mejorar el autocuidado del adulto diabético (43)

**SALIDA**, es el resultado que se obtiene después de procesar las entradas. Los resultados de un proceso son las salidas, las cuales deben ser coherentes con los objetivos del sistema. Al liberar energía, información o materia del medio ambiente durante el proceso se obtiene el producto o salida que en el presente estudio viene a ser el autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo 2 (33)

Orem, define el autocuidado como las actividades que las personas aprenden y realizan en su propio beneficio y de forma deliberada para mantener la vida, la salud y el bienestar (36)

Las actividades de autocuidado se aprenden conforme la persona madura, así se tiene que todas las personas 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 de generación en generación; debido a ella, las actividades de autocuidado están condicionados por muchos factores, biológicos, sociales y culturales. (44)

Para que una persona maneje su condición de diabético debe tener la capacidad de controlar los aspectos físicos de su propio cuidado y de la enfermedad; así mismo deberá tener las capacidades cognitivas apropiadas y oportunas para ser capaz de dominar su alteración y así prevenir o reducir al mínimo la aparición de problemas agregados a la diabetes mellitus tipo II. La enfermedad crónica, o la experimentación de un trauma emocional pueden requerir que la persona emprenda nuevas medidas para cuidar de sí misma o solicitar ayuda de otros. (36)(45)

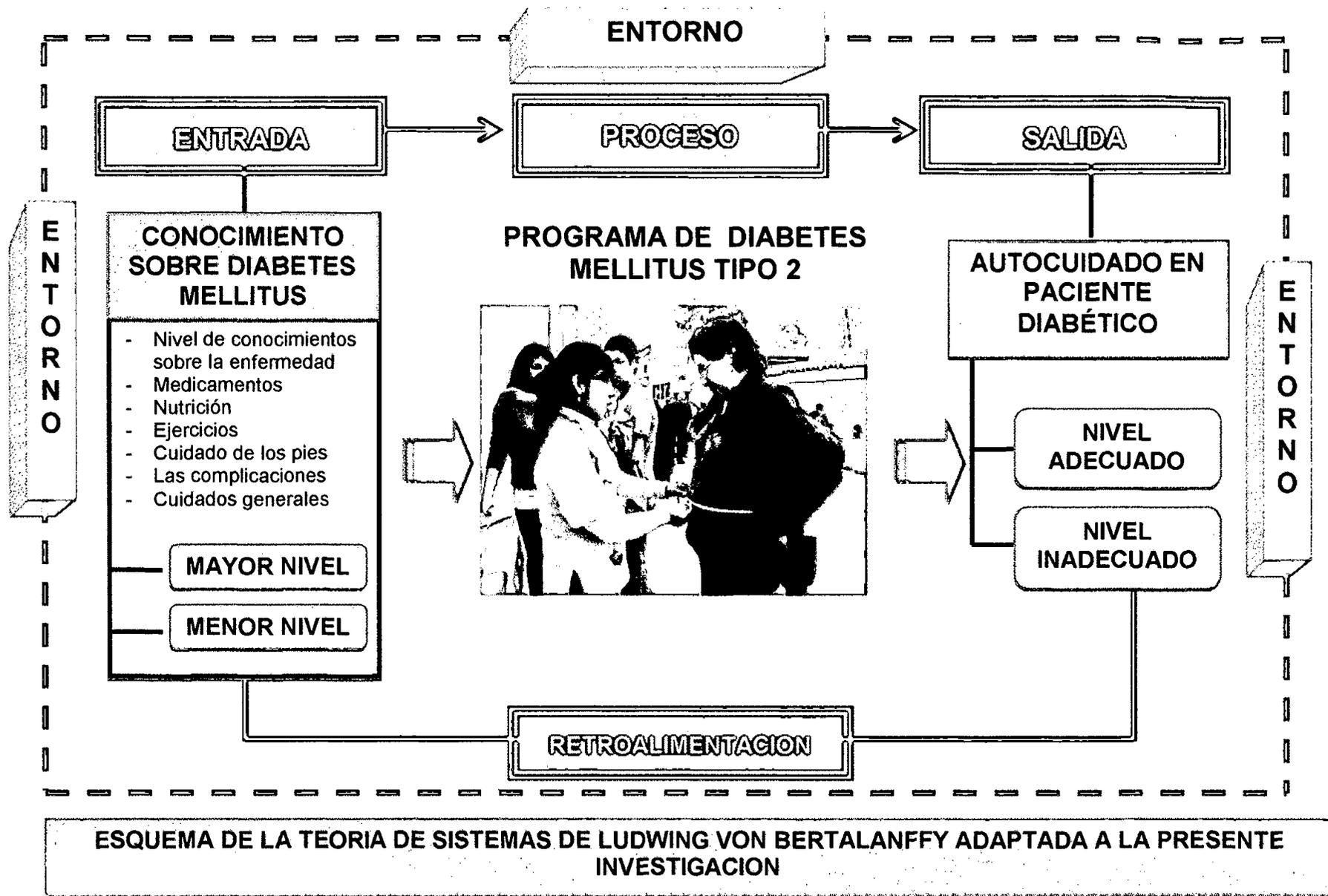
El profesional de enfermería cumple un rol fundamental en el autocuidado de la persona diabética y en el cambio hacia un mejor estilo de vida, considerándose que los estilos de vida son el conjunto de patrones de conducta, escogidos a partir de alternativas disponibles a las personas, de acuerdo a circunstancias socioeconómicas y las facilidades en las cuales puede escoger entre las distintas opciones. (36)(37)(39)

**RETROALIMENTACIÓN**, es el proceso mediante el cual el sistema recoge información referente al desarrollo del producto que se compara con el objetivo esperado. Esto se produce cuando las salidas vuelven a ingresar el sistema como recursos a información. Permite utilizar la información que se recibe sobre la calidad del producto, para mejorar parcial o totalmente el sistema. (33)

Para la presente investigación este elemento permite reforzar, identificar o modificar el nivel de conocimiento sobre la diabetes que se relaciona con el autocuidado del adulto con la finalidad de mantener el equilibrio del sistema.

**AMBIENTE**, es el conjunto de circunstancias y condiciones externas e internas que influyen en un sistema. Dado que el ambiente está cambiando continuamente, el proceso de adaptación del sistema es un proceso dinámico y sensible. (33)

Para efectos de la presente investigación el ambiente se encuentra constituido por el programa de Diabetes Mellitus del Hospital I EsSalud de Nuevo Chimbote.



### III. MATERIAL Y MÉTODO

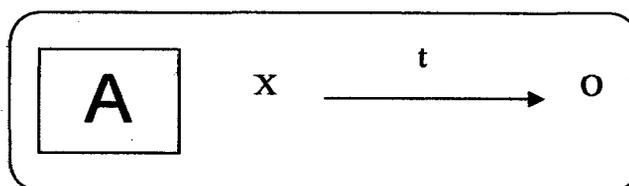
#### 3.1. MÉTODO DE ESTUDIO:

El presente trabajo de investigación es descriptivo correlacional y de corte transversal.

Es de tipo descriptivo, porque se describe las variables en estudio. Es correlacional, porque se determinó la relación entre dos variables. Es de corte transversal, porque en el presente trabajo las variables se midieron una sola vez procediéndose a su descripción y análisis.

#### 3.2. DISEÑO DE ESTUDIO:

El presente trabajo es de tipo descriptivo, de una sola casilla y correlacional, que corresponde al siguiente esquema.



Dónde:

A = Adultos con Diabetes Mellitus tipo 2, Hospital I EsSalud. Nuevo Chimbote

X = Nivel de autocuidado

O = Nivel de conocimiento

t = 2014

### **3.3. POBLACIÓN:**

La población estuvo conformada por 50 Adultos con Diabetes Mellitus tipo 2, Hospital I EsSalud de Nuevo Chimbote.

#### **a) Unidad de análisis:**

Adulto con Diabetes Mellitus tipo 2, Hospital I EsSalud de Nuevo Chimbote, que reunió los criterios de inclusión

#### **b) Marco muestral:**

Libro de registro y seguimiento de Adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 del Programa de Diabetes del Hospital I EsSalud - Nuevo Chimbote, atendidos durante los meses de Enero y Febrero del 2014.

#### **c) Criterios de inclusión:**

- Adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 de ambos sexos.
- Que no tengan otra enfermedad crónica.
- Que no padezcan de enfermedades que alteren el nivel de conciencia.
- Que acudan en forma regular al programa tanto al Control Médico y al Control de Enfermería.
- Que tengan tiempo con la enfermedad mínimo 6 meses.
- Inscritos en el programa con un tiempo mínimo de 6 meses.
- Que acepten y posibiliten la aplicación de los instrumentos.

#### **d) Diseño muestral:**

Se consideró 50 adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 del Programa de Diabetes Mellitus del Hospital I EsSalud; atendidos durante el mes de

Enero y Febrero 2014, por ser técnicamente representativa de la población factible.

**e) Criterios éticos:**

En el presente estudio de investigación se contempló los siguientes principios éticos a fin de conseguir la debida aceptación y cooperación de los pacientes Adultos con Diabetes Mellitus tipo 2:

- **PRINCIPIO DE BENEFICENCIA:** “Actuar en beneficio del otro”. El presente estudio de investigación proporcionará información a los futuros profesionales y personal de salud para contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de personas con Diabetes Mellitus tipo 2.
- **PRINCIPIO DE LA MALEFICENCIA:** “Ante todo, no hacer daño, no perjudicar”. En el presente estudio de investigación se tendrá en cuenta la discreción en los datos personales y la privacidad de los adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 del presente estudio.
- **PRINCIPIO DE RESPETO DE LA DIGNIDAD HUMANA:** comprende el derecho del sujeto a la autodeterminación, lo cual significa que respetará la decisión de los adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 a participar o no en la investigación.
- **PRINCIPIO DE AUTONOMIA:** Implica “El respeto hacia el autodeterminación de las personas”. En el presente estudio de investigación se respetará los datos a registrar, evitando modificaciones para obtener datos propios.

- **PRINCIPIO DE JUSTICIA:** comprende dos aspectos: el derecho a trato justo y equitativo, y el derecho a la privacidad.

En cuanto al derecho a un trato justo y equitativo, tanto durante la selección de los sujetos, como a lo largo del estudio cumpliendo con los requisitos establecidos.

El derecho a la privacidad, es decir la aplicación de cada instrumento será anónimo (en el cual sólo las investigadoras conocerán la identidad de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2) o a través de la confidencialidad ya que esta constituye una garantía de que la información que proporcionen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 no será divulgada a menos que cuente con su aprobación.

### **3.4. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:**

#### **3.4.1. VARIABLE INDEPENDIENTE:**

##### **A) NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO 2:**

- **Definición conceptual:**

Grado de información adquirido por el adulto sobre la enfermedad Diabetes Mellitus tipo 2, en cuanto a sus causas, complicaciones y medidas preventivas para disminuir o prevenir la diabetes (46).

- **Definición operacional:**

Mediante la Escala Ordinal.

- ▶ Mayor Nivel de conocimientos: Cuando el puntaje de las unidades de análisis es mayor de 37 puntos.
- ▶ Menor Nivel de conocimientos: Cuando el puntaje de las unidades de análisis es menor igual que 37 puntos.

### **3.4.2. VARIABLE DEPENDIENTE:**

#### **B) NIVEL DE AUTOCUIDADO EN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2:**

- **Definición conceptual:**

Es una actividad aprendida por las personas con diabetes mellitus tipo 2 y las actitudes frente a las medidas preventivas de la diabetes Mellitus tipo 2. El nivel de autocuidado abarcó las dimensiones, de régimen alimentario, actividad física, descanso, farmacoterapia, higiene y cuidado de la piel-boca y pies, soledad y participación social para un estilo de vida saludable (47).

- **Definición Operacional:**

Se midió en escala Ordinal

- ▶ Adecuado: Cuando el puntaje de las unidades de análisis es mayor de 50 puntos.
- ▶ Inadecuado: Cuando el puntaje de las unidades de análisis es menor igual que 50 puntos.

### **3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de datos se empleó la técnica de la encuesta, aplicando los siguientes instrumentos:

**A) TEST SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2:**

Instrumento validado por Chang N. y Cordero K. (48), adaptado por las autoras. Los datos relacionados con el nivel de conocimiento consta de 55 ítems, que están distribuidos de la siguiente manera:

- Nivel de conocimientos sobre la enfermedad (13 ítems)
- Medicamentos (6 ítems)
- Nutrición (7 ítems)
- Ejercicios (8 ítems)
- Cuidado de los pies (9 ítems)
- Las complicaciones (8 ítems)
- Cuidados generales (4 ítems)

La calificación del formato se realizó de la siguiente manera:

SI = 1 punto

NO = 0 punto

De acuerdo al puntaje obtenido se calificó de la siguiente manera:

- ▶ Mayor Nivel de conocimiento: Cuando el puntaje de las unidades de análisis es mayor de 37 puntos.
- ▶ Menor Nivel de conocimiento: Cuando el puntaje de las unidades de análisis es menor igual que 37 puntos.

**B) TEST DE NIVEL DE AUTOCUIDADO EN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2:**

Es un instrumento utilizado en otras investigaciones basado en Brunner y Long (49) y modificado por las autoras; conteniendo 37 ítems acerca de

las habilidades y aptitudes del paciente diabético en las siguientes dimensiones:

- Régimen Alimentario, diez ítems, (del 1 al 10).
- Actividad Física, descanso, con cinco ítems, (del 11 al 15).
- Higiene y cuidado de la piel, boca y pies, con diez ítems, (del 16 al 25).
- Soledad y la participación social, con doce ítems (del 26 al 37).

Las respuestas fueron calificadas de acuerdo a la siguiente escala:

SIEMPRE : 2 puntos

A VECES : 1 punto

NUNCA : 0 punto

Los ítems negativos de la dimensión de soledad (ítem 30, 31 y 32) se calificó de acuerdo a la siguiente escala:

SIEMPRE : 0 punto

A VECES : 1 punto

NUNCA : 2 puntos

De acuerdo al puntaje obtenido sobre el nivel de autocuidado se calificó de la siguiente manera:

▶ Adecuado: Cuando el puntaje de las unidades de análisis es mayor de 50 puntos.

▶ Inadecuado: Cuando el puntaje de las unidades de análisis es menor igual que 50 puntos.

### **3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

- Para la recolección de datos se solicitó el permiso correspondiente a la Directora de escuela de enfermería de la Universidad Nacional del Santa y del director del Hospital I EsSalud, para hacer de conocimiento el propósito de la presente investigación.
- Luego se coordinó con la jefa del Departamento de Enfermería de dicho Hospital para su autorización correspondiente en el Programa de Diabetes en el Hospital I EsSalud donde se identificó a los adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 que cumplan los criterios de inclusión, a dichos adultos se les informó los objetivos de la investigación, solicitándoles el permiso para la aplicación de los instrumentos, teniendo en cuenta los derechos de confidencialidad y libre participación.
- Los instrumentos fueron aplicados por las investigadoras a los pacientes que acuden al programa de Diabetes tanto al control de enfermería y al control médico, en un promedio de 30 minutos para cada adulto; los cuales llenaron y escribieron las respuestas de Test sobre nivel de conocimientos en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 y Test de nivel de autocuidado en paciente con Diabetes Mellitus tipo 2, previa orientación por las investigadoras y finalmente se le agradeció por su participación.
- Los datos se recolectaron en un promedio de dos meses como máximo.

### 3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

El procesamiento, interpretación y análisis de los datos se realizaron empleando el Software EPIINFO, previa codificación de los datos obtenidos.

**Nivel Descriptivo:** Los resultados se presentaron en tablas unidimensionales, y bidimensionales, media aritmética, desviación estándar, frecuencia relativa y simple.

**Nivel Analítico:** Se aplicó la prueba Estadística de independencia de Criterios Chi Cuadrado ( $X^2$ ), con un 5% de significancia y un 95% de confiabilidad, para determinar la relación entre las variables de estudio; el ODD RATIO (OR), para estimar el riesgo entre las exposiciones y la correlación de Pearson, para determinar la correlación entre las variables de estudio ( $r$ ).

Las figuras se elaboraron en el SOFTWARE HARVARD GRAPHIC según las variables en estudio.

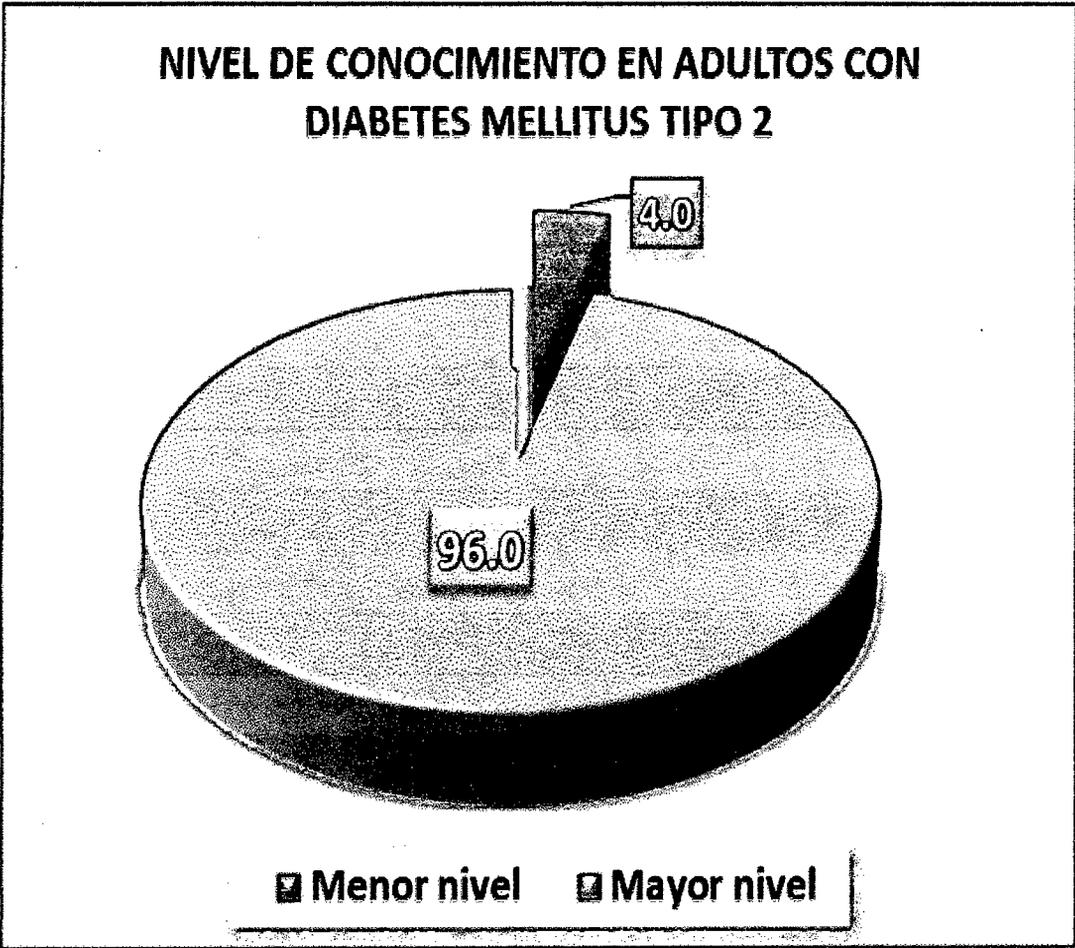
#### IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN :

##### 4.1. RESULTADOS:

**TABLA N° 01: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL I ESSALUD. NUEVO CHIMBOTE, 2014.**

<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO</b>	<b>fi</b>	<b>hi</b>
Menor nivel	2	4.0
Mayor nivel	48	96.0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

$\bar{x}_{\text{ptos conocim.}} = 44.76 \pm 5.6 \text{ ptos.}$



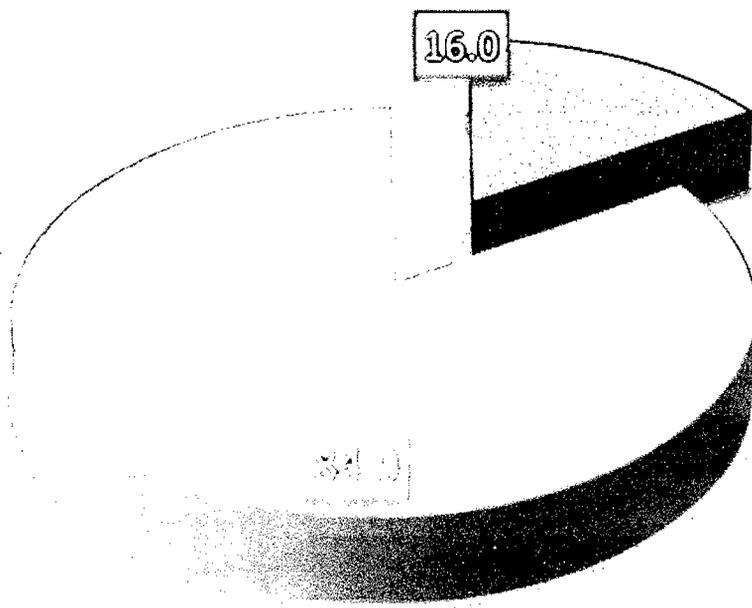
**FIGURA N° 01: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ADULTOS CON  
DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL I  
ESSALUD. NUEVO CHIMBOTE, 2014.**

**TABLA N° 02: NIVEL DE AUTOCUIDADO EN LOS ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL I EsSALUD. NUEVO CHIMBOTE, 2014.**

<b>NIVEL DE AUTOCUIDADO</b>	<b>fi</b>	<b>hi</b>
Nivel inadecuado	8	16.0
Nivel adecuado	42	84.0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

$\bar{x}_{\text{ptos autoc.}} = 56.10 \pm 6.7 \text{ ptos.}$

**NIVEL DE AUTOCUIDADO EN LOS ADULTOS  
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**



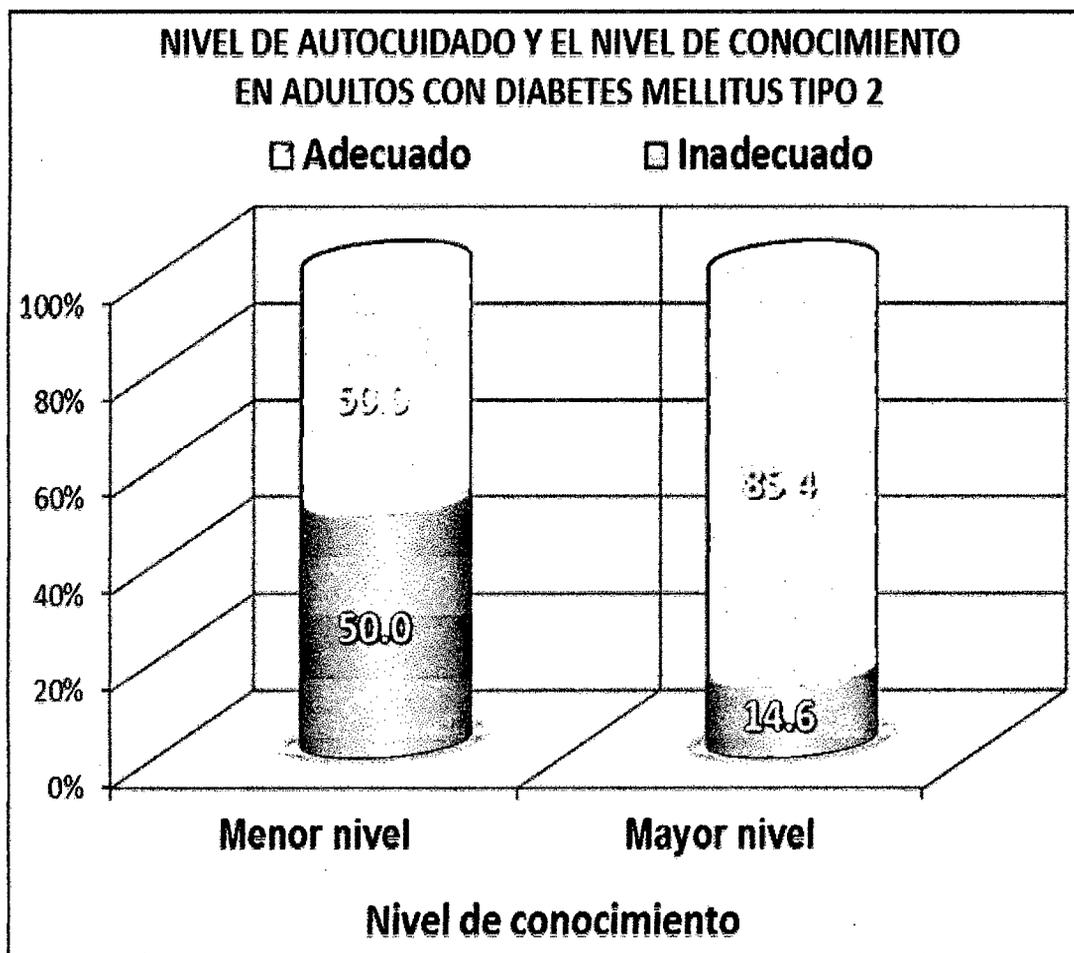
Nivel inadecuado     Nivel adecuado

**FIGURA N° 02: NIVEL DE AUTOCUIDADO EN LOS ADULTOS CON  
DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL I  
EsSALUD. NUEVO CHIMBOTE, 2014.**

**TABLA N° 03: NIVEL DE AUTOCUIDADO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL I EsSALUD. NUEVO CHIMBOTE, 2014.**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	NIVEL DE AUTOCUIDADO				TOTAL	
	Inadecuado		Adecuado		f <sub>i</sub>	h <sub>i</sub>
	f <sub>i</sub>	h <sub>i</sub>	f <sub>i</sub>	h <sub>i</sub>		
Menor nivel	1	50.0	1	50.0	2	4.0
Mayor nivel	7	14.6	41	85.4	48	96.0
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>16.0</b>	<b>42</b>	<b>84.0</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

$\bar{X}_{\text{conoci/regular auto.}} = 42.9 \pm 5.1$  ptos.     $\bar{X}_{\text{conoci/bueno auto}} = 58 \pm 5.3$  ptos.  
 $X^2 = 1.792$  gl=1    p = 0.181 No significativo  
 OR= 5.9 Riesgo muy elevado  
 r = 0.40 correlación moderada



**FIGURA N° 3:**                      **NIVEL DE CONOCIMIENTO Y EL NIVEL DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL I ESSALUD. NUEVO CHIMBOTE, 2014.**

## 4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN :

En la **Tabla N° 01**, sobre el nivel de conocimiento en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital I EsSalud. Nuevo Chimbote, 2014, se observa, que la mayoría de los adultos presentan mayor nivel de conocimientos (96.0%), seguido con mínima proporción de menor nivel de conocimientos (4.0%). El promedio de puntaje obtenido sobre conocimiento entre los adultos con diabetes mellitus tipo 2, fue de  $44.76 \pm 5.6$  pts.

Los resultados son similares con lo reportado por Luchetti, F. y otros (16), Ayay, R. (19), Tello, M. (23), quienes encontraron mayor nivel de conocimiento.

Los resultados difieren con lo reportado por Larcher, M. (15), Baca, B. y otros (12), Hernández, D. (11); Hajar, A. (18), Cabrera, R. y Otros (21), Bardales, D y Quispe J, (22), Rodas, E. y Saldarriaga, D. (24), Alvarado, E y Villanueva, R, (28), quienes encontraron menor nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus.

Los resultados del estudio mostraron mayor nivel de conocimiento sobre la diabetes, causas y complicaciones para el manejo de la enfermedad entre los adultos, que pueden estar relacionados con factores intrínsecos a las personas y al sistema de salud, facilitando el acceso a las informaciones esenciales, señalando a los profesionales la necesidad de fortalecer las estrategias para la atención de las personas con diabetes, considerando los factores biopsicosociales y los recursos existentes en la unidad de salud (23) (55).

El conocimiento es la habilidad que tiene el ser humano de adquirir información a través de la vida y utilizarlo en determinado momento o situación que se presente. El nivel de conocimiento de las personas sobre diabetes, es un factor importante que se relaciona con el nivel de autocuidado, permitiéndoles participar de forma activa y directa en el control de la enfermedad en sus etapas tempranas y en la prevención de complicaciones (16).

En la **Tabla N° 02**, sobre el nivel de autocuidado que tienen los adultos con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital I EsSalud. Nuevo Chimbote, 2014, se observa, que la mayoría de los adultos presentan un nivel adecuado de autocuidado (84.0%), seguido con mínima proporción de nivel inadecuado de autocuidado (16.0%). El promedio de puntaje obtenido sobre autocuidado entre los adultos con diabetes mellitus tipo 2, fue de  $56.10 \pm 6.7$  pts.

Los resultados difieren con lo reportado por Baquedano, I. y otros (10), Hernández, D. (11), Rodas, E. y Saldarriaga, D. (24), Rosas, I y otros (25), Marín, R. y Reyes, E. (26), López, J y De la Cruz, E. (27), Alvarado, E y Villanueva, R, (28), quienes encontraron inadecuado nivel de autocuidado sobre diabetes mellitus.

Los resultados encontrados nos permiten evidenciar que en el grupo de estudio existe un porcentaje significativo de personas con nivel adecuado de autocuidado. Esto refleja que los adultos, tienen la capacidad para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir con la enfermedad. 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 (36).

La capacidad de autocuidado está vinculada a múltiples variables, que merecen atención de los profesionales de salud cuando se realiza la proposición de programas de educación (36).

El autocuidado no debe considerarse como un conjunto de acciones rutinarias que las personas realizan sin pensar o tomar decisiones, se trata de 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 elegir un curso de acción apropiado (15)(43).

La forma en que la persona considera 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 una persona para promover la salud, para este fin, el profesional de la salud juega un rol importante e influye en las prácticas de autocuidado de las personas (43).

En este sentido las personas con diabetes mellitus pueden tener una idea o el conocimiento de las complicaciones de la diabetes mellitus pero no basta solo con conocer si no con tomar conciencia y aplicarlo en el estilo de vida, el autocuidado es la práctica, después de haberla considerado de las actividades que mantendrán la vida y la salud, y también promoverán el bienestar (11) (15).

Consideramos que la intervención sobre el componente educativo en el tratamiento del paciente con diabetes mellitus no es el único elemento con el

cual podemos prevenir la aparición del pie diabético, pero es un aspecto básico y fundamental para el control de su enfermedad y para crear habilidades en el paciente que le permitan lograr altos niveles de salud (20)(25).

En la **Tabla N° 03**, sobre el nivel de autocuidado y nivel de conocimiento en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital I EsSalud. Nuevo Chimbote, 2014, se observa, que entre los adultos con menor nivel de conocimientos el 50.0% tiene inadecuado nivel y 50.0% adecuado nivel de autocuidado. A diferencia, de los adultos con mayor nivel de conocimientos, en quienes prevalece un adecuado nivel de autocuidado (85.4%). Entre los adultos que presentan nivel adecuado de autocuidado, tienen en promedio  $58 \pm 5.3$  pts. de conocimiento, 15 pts. mas a los adultos que presentan un inadecuado nivel de autocuidado, que tienen un promedio de  $43 \pm 5.1$  pts.

Ante la prueba de independencia de criterios ( $\chi^2$  cuadrado), no existe una relación significativa entre el nivel de autocuidado y nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 ( $p=0.181$ ). Ante la prueba de riesgo, el tener menor nivel de conocimiento se constituye en riesgo muy elevado para presentar inadecuado nivel de autocuidado ( $OR=5.9$ ), es decir, existe 5.9 veces más riesgo que presenten nivel inadecuado de autocuidado si el adulto tiene un menor nivel de conocimiento. Asimismo, el nivel de autocuidado se correlaciona positiva y moderadamente con el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 ( $r=0.40$ ), es decir a mayor nivel de conocimiento mejora el nivel de autocuidado en los adultos.

El resultado es similar con lo reportado por López, J y De la Cruz, E. (27), respecto al riesgo y correlación entre el nivel de conocimiento y el nivel de autocuidado en los adultos con diabetes mellitus. Y difieren con lo reportado por Alvarado, E. y Villanueva, R. (28).

Por otro lado, existe un 50.0% de pacientes adultos diabéticos con menor nivel de conocimiento y con inadecuado autocuidado, lo cual indica que este grupo probablemente no ha recibido información al respecto y si han recibido no han internalizado los conceptos además de otros factores como: falta de interés, motivación y predisposición del cambio. Por lo tanto las personas que necesitan más información son los pacientes crónicos, ellos tienen derecho a recibir información, a fin de que estén en probabilidades de participar en su propio cuidado (36).

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, es decir a mayor nivel de conocimiento que tenga la persona mayor será el nivel de autocuidado que practique. 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 (45).

El profesional de enfermería debe proporcionar una adecuada educación ya que esto implica un cambio de conducta de la persona, una adecuada educación significa que no solo se debe dar información a las personas mediante folletos o exposiciones a esto se debe sumar programas

educativos con dinámicas grupales a fin de lograr un mejor aprendizaje (43) (53).

En tal sentido el autocuidado se constituye en una alternativa real y eficaz de la atención integral de las personas adultas, según Orem, considera al autocuidado como la capacidad de las personas para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir, siendo 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, no debe considerarse como un conjunto de acciones rutinarias que las personas realizan sin pensar o tomar decisiones, sino 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 elegir un curso de acción apropiado (47), lo que implica que las instituciones de salud deben capacitar a sus profesionales de salud para brindar mayor información respecto a la enfermedad, tratamiento farmacológico, dieta, ejercicios, cuidado de los pies, complicaciones y cuidados generales (35) (36).

## **V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES :**

### **5.1. CONCLUSIONES:**

1. La mayoría de los adultos presentan mayor nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus (96.0%), seguido con mínima proporción de menor nivel de conocimientos tipo 2 (4.0%).
2. Existe una proporción significativa de un nivel adecuado de autocuidado que tienen los adultos con diabetes mellitus tipo 2 (84.0%), seguido con mínima proporción de nivel inadecuado de autocuidado (16.0%).
3. El tener menor nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 se constituye en riesgo muy elevado para presentar inadecuado nivel de autocuidado (OR=5.9), asimismo, el nivel de autocuidado se correlaciona positiva y moderadamente con el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 ( $r=0.40$ ), es decir a mayor nivel de conocimiento mejora el nivel de autocuidado en los adultos.

## **5.2. RECOMENDACIONES:**

1. Intervenir en forma multisectorial y multidisciplinario en el manejo y control de la diabetes, en especial la capacitación y entrenamiento de los adultos en su autocuidado.
2. Que las instituciones de Salud y la Universidad Nacional del Santa a través de su Escuela de Enfermería, planifiquen, ejecuten y evalúen, proyectos de prevención, y de educación en autocuidado, con participación activa y organizada de los adultos con diabetes.
3. Que el profesional de enfermería continúe liderando en los programas de enfermedades no transmisibles, e intervengan considerando sus propias características sociales y culturales de los adultos.
4. La escuela Académica Profesional de Enfermería en sus diferentes cursos de Adulto, deben continuar elaborando y ejecutando Campañas de Promoción de la Salud enfocadas a mantener y/o aumentar el conocimiento sobre autocuidado, en los adultos con diabetes, con la finalidad de mejorar la calidad de vida del adulto y familia, disminuyendo la incidencia de complicaciones.

## **VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Ministerio de Salud (2012). "Vigilancia Epidemiológica De Diabetes en Hospitales Piloto". Fecha de Acceso: 12/07/2014. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletines/2012/52.pdf>
  
2. Instituto Nacional del Perú (2009). "Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública". Volumen 26. Perú-Lima.
  
3. Ministerio de la salud del Perú (2010). "Tomemos control de la Diabetes" Fecha de acceso: 21/06/2014. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/diabetes/datos.asp>
  
4. Ministerios De Salud Del Perú (2012). Oficina Central De Estadística E Informática Casos De Diabetes Mellitus Enero- Diciembre.2012. Fecha de Acceso: 14/07/2014. Disponible en: [Http://Www.App.Minsa.Gob.Pe/Bsc/Detalle\\_Indbsc.Asp?Lcind=10&Lcobj=3&Lcper=1&Lcfreg=11/4/2013](Http://Www.App.Minsa.Gob.Pe/Bsc/Detalle_Indbsc.Asp?Lcind=10&Lcobj=3&Lcper=1&Lcfreg=11/4/2013)

5. American Diabetes Association (2009). "Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care". Fecha de Acceso: 20/06/2013. Disponible en: [http://care.diabetesjournals.org/content/32/Supplement\\_1/S62.extract](http://care.diabetesjournals.org/content/32/Supplement_1/S62.extract)
  
6. Organización Mundial de la Salud (2011). Informe sobre la Situación Mundial de las Enfermedades No Transmisibles. Fecha de acceso: 04/05/14. Disponible en: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_summary\\_es.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf)
  
7. Federación internacional de diabetes (2011). "Plan Mundial contra la diabetes 2011-2021". Fecha de acceso: 04/05/14. Disponible en: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>
  
8. Organización Mundial de la Salud (2013). Datos y cifras sobre Enfermedades No Transmisibles. Fecha de acceso: 04/05/14. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

9. Fernández, A. y colab (2012). "Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2". Fecha de Acceso: 12/07/2014. Disponible en: [http://www.nietoeditores.com.mx/download/especialidades\\_mq/2012/abril\\_junio/emq%202.8%20estrategias.pdf](http://www.nietoeditores.com.mx/download/especialidades_mq/2012/abril_junio/emq%202.8%20estrategias.pdf)
10. Baquedano, I. y Otros. (2010). "Autocuidado De Personas Con Diabetes Mellitus Atendidas en un Servicio De Urgencia En México". Fecha de Acceso: 21/09/2014. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es\\_21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_21.pdf)
11. Hernández, D. (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". Universidad De San Carlos. Guatemala.
12. Baca, B., y Otros (2008). "Nivel De Conocimientos Del Diabético Sobre su Auto Cuidado" México.
13. Organización Panamericana de la salud (2007). "Guía Para La Atención De Las Personas Diabéticas Tipo 2 Costa Rica". Fecha de Acceso: 21/08/2014.

Disponible en:  
<http://www.binasss.sa.cr/libros/diabeticas07.pdf>

14. Gonzales, M (2005). Enfermería clínica. 4º Ed. Edit. Interamericana. México.

15. Larcher, M. (2006). "El Conocimiento Sobre Diabetes Mellitus en el Proceso de Autocuidado" Fecha de Acceso: 10/06/2014. Disponible en: [Www.Eerp.Usp.Br/Rlae](http://www.Eerp.Usp.Br/Rlae)

16. Luchetti, F. y Otros (2009). "Conocimiento y Actitudes: Componentes Para La Educación En Diabetes". Fecha de Acceso: 22/08/2014. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S010411692009000400006>

17. Pereira, D. (2012). "Efectos de intervención educativa sobre el conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus" Fecha de Acceso: 11/07/2014. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S010411692012000300008>.

18. Hajar, A. (2008). "Nivel de conocimientos sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chincha-EsSalud". Fecha de acceso: 02/08/2014. Disponible en: [http://www.cybertesis.edu.pe/bitstream/cybertesis/505/1/hajar\\_ra.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/bitstream/cybertesis/505/1/hajar_ra.pdf)
19. Ayay, R. (2008). "Nivel de información sobre diabetes Mellitus y calidad de autocuidado en pacientes adultos del programa de control de diabetes. Hospital I Essalud. Chepén". Tesis para optar el título de licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo. Perú.
20. Ventura, E. y Flores E. (2008). Efectividad del Modelo de Cuidado de Enfermería sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en el Nivel de conocimientos y autocuidado del paciente diabético del Hospital "Tomás La Fora – Guadalupe". Tesis Para Optar El Título Profesional de Licenciada en Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo – Perú.
21. Cabrera, R. y Otros (2009). "Nivel de conocimientos sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas

en usuarios del Policlínico Chincha-EsSalud". Fecha de acceso: 03/07/2014. Disponible en: [http://www.upch.edu.pe/faenf/images/stories/articulorevista3\\_1/autocuidado%203\\_4](http://www.upch.edu.pe/faenf/images/stories/articulorevista3_1/autocuidado%203_4)

22. Bardales, D. y Quispe, J. (2009). Factores Biosocioculturales y Nivel de información sobre Diabetes Mellitus Tipo II en pacientes del Programa de Diabetes Mellitus del Policlínico de EsSalud de Pacasmayo, Tesis Para Optar El Título Profesional de Licenciada en Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo – Perú.

23. Tello, M. (2011). "Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las medidas Preventivas de la Diabetes Mellitus tipo 2 en los trabajadores Mayores de 35 años de los centros de aplicación: Productos Unión y editorial imprenta unión de la Universidad Peruana Unión". Fecha de acceso: 10/102014. Disponible en: <http://papiros.upeu.edu.pe/bitstream/handle/123456789/109/CSS16Articulopdf?sequence=1>

24. Rodas, E. y Saldarriaga, D. (2012). "Conocimientos y prácticas de autocuidado relacionado con la calidad de vida en adultos con diabetes mellitus. Chepén 2012". Tesis para optar el título de licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo. Perú.
25. Rosas, I. y Colab (2004). "Prácticas de Autocuidado y su relación con Factores Biosociales en Personas Adultas que presentan Diabetes Mellitus. Hospital Eleazar Guzmán Barrón". Informe de investigación. Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote-Perú.
26. Marín, R. y Reyes, E. (2005). Nivel de Autocuidado y su relación con la presencia de Complicaciones en el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2. Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón. Tesis Para Optar El Título De Licenciada En Enfermería, Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote-Perú.
27. López, J. y De la Cruz, E. (2008). Relación entre el Autocuidado y los Factores Personales y Socioeconómicos del Usuario con Diabetes Mellitus tipo II.

Hospital "La Caleta". Tesis Para Optar El  
Título De Licenciada En Enfermería,  
Universidad Nacional del Santa. Nuevo  
Chimbote-Perú.

28. Alvarado, E. y Villanueva, R. (2009). Autocuidado y Nivel de Información  
en Adultos con Diabetes Mellitus tipo  
2.Hospital III EsSalud. Tesis Para Optar El  
Título De Licenciada En Enfermería,  
Universidad Nacional del Santa. Nuevo  
Chimbote-Perú.

29. Hospital Eleazar Guzmán Barrón (2012). Oficina Estadística e  
Informática. Morbilidad Hospitalaria del  
Resumen de tarjetas de hospitalización.

30. Marriner T. (2005). Modelos y teorías de enfermería – 6ta edición. Ed.  
Harcourt Brace Mosby. España.

31. Lozano, R. (2009) "Teoría de sistemas" Accesado el 15 de setiembre del  
2014. Disponible en:  
<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/dorothy-jhonson.html>

32. Chivenato, I. (2010). "Introducción a la Teoría General de la Administración". Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Editores S.A. de C.V. 5ta edición. Colombia.
33. Bertalanfy, L. (2011). "Teoría General de Sistemas". Accesado el 15 de Setiembre del 2014. Disponible en: [http://dspace.universia.net/bitstream/2024/967/1/Bertalanffy+Ludwig+Von+Teoria+General+De+Los+Sistemas+\(p1+-+146+Cv\).pdf](http://dspace.universia.net/bitstream/2024/967/1/Bertalanffy+Ludwig+Von+Teoria+General+De+Los+Sistemas+(p1+-+146+Cv).pdf)
34. Andreu, R. y Sieber S. (2000). La gestión integral del conocimiento y del aprendizaje. España. Accesado el 10 de octubre del 2013. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/3005443/GESTION-INTEGRAL-DEL-CONOCIMIENTO-Y-DEL-APRENDIZAJE>
35. García, R. y Suarez R. (2006). La educación de pacientes diabéticos. Editorial Ciencias Médicas. Cuba. Accesado el 10 de setiembre del 2014.
36. Orem, D. (1992). Normas prácticas de Enfermería. 1° ed. Edit. Piramida S.A. México.

37. Organización Panamericana de la Salud (2007) The U.S. – Mexico border diabetes prevention and control Project. First report of result.
38. Guía Peruana de Diagnóstico, Control y Tratamiento De La Diabetes Mellitus Tipo II. (2008) Sociedad peruana de Endocrinología. Perú.
39. Organización Mundial De La Salud (2013). Día Mundial de la Diabetes Mellitus. Accesado el 19 de Setiembre del 2014. Disponible en: [http://www.paho.org/par/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1010:dia-mundial-de-la-diabetes&catid=690:par.04--epidemiologa-y-control-de-enfermedades&Itemid=258](http://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=1010:dia-mundial-de-la-diabetes&catid=690:par.04--epidemiologa-y-control-de-enfermedades&Itemid=258)
40. Sociedad Española de Diabetes (2006). Diabetes y Ejercicio. Grupo de trabajo de Diabetes y Ejercicio de la Sociedad Española de Diabetes. Ediciones Mayo. España. Accesado el 9 de setiembre del 2014. Disponible en: <http://www.sediabetes.org/gestor/upload/file/00000977archivo.pdf>

41. Alfaro, J., Simal A. y Botella F. (2006) Tratamiento de la Diabetes Mellitus. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. España. Accesado el 9 de Noviembre del 2014. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/mellitus.pdf>.
42. Revista de La Asociación Latinoamericana de Diabetes – ALAD (2011). Epidemiología de la diabetes tipo 2 en América Latina. Accesado el 24 de Noviembre del 2014. Disponible en: <http://www.alad-latinoamerica.org/phocadownload/guias%20alad.pdf>
43. Campos, C. (2000) Concepto de Autocuidado y el Profesional de la Salud en su Rol de Educador. Bol. EPA.
44. Cisneros, F. (2005). Teorías y modelos de enfermería. Universidad del Cauca - Colombia. Accesado el 15 de Noviembre del 2014. Disponible en: <http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermeria/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

45. Quintero M. (1994). El autocuidado. Accesado el 15 de Noviembre del 2014. Disponible en:<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%20%20anciano/autocuid.pdf>
46. García, R. y Suarez R. (1992). La educación de pacientes diabéticos. Editorial. Ciencias Médicas. Ciudad de la Habana. Cuba.
47. Orem, D. (1983). Normas Prácticas. 1° ed. Edit. Pirámide S.A. México.
48. Chang, N. y Cordero, K. (1997). Nivel de información de los pacientes que pertenecen al Programa de Obesidad y Diabetes, sobre su enfermedad y autocuidado, en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón Nuevo Chimbote. Tesis para optar el título de licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, Perú.
49. Brunner, L. y Suddarth, D.(2005). "Enfermería Medico Quirúrgica"; 10ª Edición, Volumen II, Editorial McGraw – Hill interamericana, México, D.F.

50. American Diabetes Association (2012). "Diagnóstico y clasificación de la Diabetes Mellitus II". Fecha de acceso: 04/06/13. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=74250>
51. Organización Panamericana de la Salud (2008). "Guías ALAD de diagnóstico control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2". Fecha de Acceso: 20/11/14. Disponible en: <http://www1.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/dia-guia-alad.pdf>
52. American Diabetes Association (2013). "Standards of Medical Care in Diabetes". Fecha de acceso: 04/12/14. Disponible en: [http://care.diabetesjournals.org/content/36/Supplement\\_1/S11.full](http://care.diabetesjournals.org/content/36/Supplement_1/S11.full)
53. Pontificia Universidad Católica de Chile (2013). "Fortalecimiento del cuidado en diabetes mellitus tipo 2". Fecha de Acceso: 12/12/2014. Disponible en: <http://www7.uc.cl/enfermeria/html/noticias/prcongreso/19447fortalecimiento%20autocuidado%20ops%20mayo%202006.pdf>

54. Polit, D. y Hungler, B. (1997). "Investigación Científica en Ciencias de la Salud". 4º Ed. Edit. Interamericana. México.

55. Norabuena, J. (1991). Capacidad de autocuidado de pacientes con Diabetes Mellitus tipo II y su relación con factores individuales y socioculturales en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería, Universidad Cayetano Heredia, Lima-Perú.

# **ANEXOS**

**ANEXO N° 01**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**TEST DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES**  
**MELLITUS TIPO 2**

**AUTORES:** Chang, N y Cordero K; adaptado por Cotrina, S. y Goicochea, C.

**INSTRUCCIÓN:** Estimados señores y señoras que se atienden en el Programa de Diabetes en el Hospital I EsSalud, el presente test tiene como propósito conocer el nivel de conocimiento que tiene el paciente con Diabetes mellitus sobre su enfermedad, leer detenidamente los siguientes enunciados y responder con total sinceridad. Este Test será anónimo reservando así su identificación.

ENUNCIADOS	SI	NO
<p><b>Sabe usted que la diabetes se caracteriza porque:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es una enfermedad crónica (largo plazo)</li> <li>2. Necesita tratamiento durante toda la vida.</li> <li>3. La glucosa (azúcar) en sangre está aumentada.</li> <li>4. Hay un aumento de sed y apetito.</li> <li>5. Hay aumento en la cantidad de orina y la frecuencia para orinar.</li> <li>6. Generalmente hay disminución de peso.</li> <li>7. Es de carácter hereditario.</li> <li>8. El sobrepeso es un factor de riesgo para adquirirla.</li> <li>9. La excesiva preocupación (estrés) puede contribuirse para que aparezca la enfermedad.</li> <li>10. La hipertensión es otro factor de riesgo para la aparición de diabetes.</li> </ol>		

11. Es de dos tipos: la tipo 1 dependiente de insulina y es más frecuente en jóvenes.

12. La tipo 2 no dependiente de insulina, es más frecuente en adultos.

13. Se debe llevar una tarjeta de identificación que lo identifique como paciente de Diabetes Mellitus.

**MEDICAMENTOS: conoce usted que:**

14. El nombre de medicamentos que recibe

15. Que es importante tomar sus medicamentos todos los días.

16. Los medicamentos para la diabetes mal utilizados pueden producir desmayos, como o la muerte.

17. Tomar antidiabéticos con alcohol puede producir efectos indeseables.

18. Estos medicamentos tienen contraindicaciones durante el embarazo.

19. Los medicamentos por vía oral indicados para la diabetes deben tomarse antes de ingerir sus alimentos.

**DIETA: conoce usted que:**

20. El aporte calórico que debe consumir para mantener su peso ideal.

21. Su dieta debe consistir en carbohidratos complejos como: pan, cereales, arroz y alimentos en alto contenido de fibra.

22. La distribución de calorías, los carbohidratos, las proteínas y las grasas para cada comida es muy importante.

23. EL control del peso es muy importante en personas dependientes de insulina.

24. Los alimentos deben tomarse después de la ingesta de los medicamentos para disminuir la glucosa.

25. Las comidas equilibradas en horarios fijos ayudan a disminuir de peso.

26.El alcohol debe ser evitado debido a que es un potente hipoglicemiante.

**EJERCICIO: conoce usted que para las personas con diabetes:**

27. El ejercicio es parte de su tratamiento y tiene acción hipoglicemiante.

28.El ejercicio debe ser regular, durante 30 minutos y unas 3 a 4 veces por semana.

29.El ejercicio mejora la función cardiovascular y concentración de lípidos (grasa) en sangre.

30.Cuando la glucosa está por encima de 250mg. El ejercicio intenso puede aumentar estos niveles.

31.Antes de iniciar un programa de ejercicios debe someterse a un examen cardiovascular completo.

32.Debe llevar carbohidratos de fácil absorción (caramelos, azúcar) durante la sesión de ejercicios.

33.Debe consultar con un profesional sobre los zapatos más adecuados para el programa de ejercicios planificados.

34.Debe consumir una cantidad extra de carbohidratos antes, durante y después del ejercicio.

**CUIDADO DE LOS PIES: conoce usted que la persona con diabetes:**

35.Debe revisarse diariamente los pies en busca de ampollas, callosidades, úlceras.

36.Debe friccionar suavemente los pies con una loción humectante, excepto entre los dedos.

37.Revisar la superficie interna de los zapatos en busca de rugosidades u objetos extraños que puedan lesionar tu piel.

38.Debe tener cuidado escrupuloso con los pies no mojarlos por periodos prolongados, no lavarlos con agua caliente, y secarlos bien todo entre los dedos.

39.No debe ponerse nunca los zapatos aplicando fuerza.

40.Debe comprarse los zapatos en la tarde cuando sus pies

estén un poco hinchados.

41. Cuando vaya a comprar zapatos debe usar medias deportivas y gruesas.

42. Siempre debe usar medias y zapatos, y cambiarse las medias por lo menos una vez al día.

43. Debe cortarse las uñas de los pies en sentido horizontal, para evitar el crecimiento hacia dentro (uñeros)

**COMPLICACIONES: conoce usted que la diabetes ataca a muchos órganos y puede presentar las siguientes complicaciones:**

44. Causa daño en los ojos llegando a producir ceguera.

45. Daño en los riñones, produciendo insuficiencia renal.

46. Problemas cardiovasculares como el infarto al miocardio.

47. Enfermedad cerebrovascular causando parálisis de la mitad del cuerpo.

48. Problemas en los vasos sanguíneos especialmente de los miembros inferiores, causando gangrena y por lo tanto amputación del miembro.

49. Daño en los nervios periféricos ocasionando hormigueo y pesantez en los miembros inferiores.

50. Las complicaciones agudas más frecuentes son la hipoglicemia y la hiperglicemia.

51. La hipoglicemia se manifiesta con: sensación de hambre, sudoración fría, desvanecimiento o desmayo.

**CUIDADOS GENERALES: sabe usted que las personas con diabetes deben tener cuidados especiales como:**

52. Evitar todo tipo de infecciones ya que pueden agravarse rápidamente.

53. Realizar su higiene corporal diaria.

54. Acudir a su control médico puntualmente.

55. Someterse a un examen completo oftalmológico, cardiovascular, renal y neurológico anualmente.

**ANEXO N° 02**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**TEST DEL NIVEL DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON**  
**DIABETES MELLITUS TIPO 2**

**AUTORES:** Norabuena, J; adaptado por Cotrina, S. y Goicochea, C.

**INSTRUCCIÓN:** Estimados señores y señoras que se atienden en el Programa de Diabetes en el Hospital I EsSalud, el presente test tiene como propósito conocer el nivel de autocuidado que tiene el paciente con Diabetes mellitus, leer detenidamente los siguientes enunciados y responder con total sinceridad. Este Test será anónimo reservando así su identificación.

**A. RÉGIMEN ALIMENTICIO**

	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
1. Los alimentos que consume es según indicación de un profesional de salud.	( )	( )	( )
2. Mide sus alimentos cocidos que consume.	( )	( )	( )
3. Consume una vez por día, verduras y legumbres.	( )	( )	( )
4. Ingiere frutas de 2 a 4 veces al día.	( )	( )	( )
5. Ingiere carnes sancochadas o al horno	( )	( )	( )
6. Retira en crudo la grasa de las carnes y piel de las aves.	( )	( )	( )
7. Evita carbohidratos (todo tipo de azúcares, Pastelería y bebidas endulzadas).	( )	( )	( )
8. Se controla su peso periódicamente.	( )	( )	( )
9. Mantiene su peso corporal ideal en relación a su talla.	( )	( )	( )
10. Lleva el registro de su peso.	( )	( )	( )

**B. ACTIVIDAD FÍSICA Y DESCANSO**

	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
11. Practica ejercicios de caminar, subir escaleras (gradas), entre otros.	( )	( )	( )
12. Practica ejercicios por lo menos después de una hora y media de haber ingerido alimentos.	( )	( )	( )

- |   |     |     |     |
|---|-----|-----|-----|
| 13. Consume alguna forma de carbohidratos, azúcar, caramelo o zumo de frutas cuando en periodos de ejercicios intensos presenta mareos, cansancio, desvanecimiento. | ( ) | ( ) | ( ) |
| 14. Descansa durante el día, por lo menos 30 minutos.   | ( ) | ( ) | ( ) |
| 15. Su horario de sueño es de 6 a 8 horas/ día.   | ( ) | ( ) | ( ) |

**C. HIGIENE Y CUIDADO DE LA PIEL-BOCA Y PIES**      **SIEMPRE**      **A VECES**      **NUNCA**

- |  |     |     |     |
|--|-----|-----|-----|
| 16. Realiza su 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 el lavado de sus pies diariamente con agua tibia, de preferencia por las noches.                   | ( ) | ( ) | ( ) |
| 20. Hace el secado de sus pies con paño suave.   | ( ) | ( ) | ( ) |
| 21. Emplea alguna crema para el cuidado de sus pies.   | ( ) | ( ) | ( ) |
| 22. Corta las uñas de sus pies usando tijeras en forma horizontal y después de lavar los pies.                 | ( ) | ( ) | ( ) |
| 23. Lima las puntas laterales de sus uñas.   | ( ) | ( ) | ( ) |
| 24. Si usted tiene callos en sus pies, los ablanda con agua tibia antes de limarlo con lija suave.             | ( ) | ( ) | ( ) |
| 25. Usa zapatos no apretados y de cuero suave.   | ( ) | ( ) | ( ) |

**D. EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA PARTICIPACIÓN SOCIAL**      **SIEMPRE**      **A VECES**      **NUNCA**

- |  |     |     |     |
|--|-----|-----|-----|
| 26. A su edad se considera una persona útil.   | ( ) | ( ) | ( ) |
| 27. Es capaz de tomar decisiones por sí mismo. | ( ) | ( ) | ( ) |
| 28. Se siente satisfecho y acepta defectos     | ( ) | ( ) | ( ) |
| 29. Evita estar tenso y preocupado.            | ( ) | ( ) | ( ) |
| 30. Le molesta la presencia de los demás.      | ( ) | ( ) | ( ) |
| 31. Se enoja por el mínimo motivo.             | ( ) | ( ) | ( ) |
| 32. Siente que nadie lo quiere ni entiende.    | ( ) | ( ) | ( ) |
| 33. Cuando está triste o preocupado busca      | ( ) | ( ) | ( ) |

alguna forma de distracción

- |   |     |     |     |
|---|-----|-----|-----|
| 34. Participa en reuniones familiares.  | ( ) | ( ) | ( ) |
| 35. Participa en actividades deportivas   | ( ) | ( ) | ( ) |
| 36. Participa en tareas del hogar, barrer,<br>Arreglar, cocinar, carpintería o jardinería | ( ) | ( ) | ( ) |
| 37. Es miembro de algún club o asociación<br>y/o participa en algún círculo religioso.    | ( ) | ( ) | ( ) |