UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CARACTERÍSTICAS SOCIALES, DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS RELACIONADAS AL AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL PROGRAMA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DEL CENTRO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, 2022

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Bach. Enf. VALERIA VASQUEZ TORRES

Bach. Enf. LIZ BRIGITH BOCANEGRA MUÑOZ

PUCALLPA - PERÙ

2022

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE GRADOS Y TÍTULOS

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS MODALIDAD VIRTUAL

En Pucallpa, a los **quince (15)** días del mes de **Agosto de 2022**, siendo las **11:00** horas y de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunió el Jurado Calificador, conformado por los siguientes docentes:

PRESIDENTE : Dra. Yolanda Gladys Santos Villegas.
MIEMBRO : Dra. Rolinda Falcón Riva Agüero.
MIEMBRO : Lic. Enf. Aida Natividad Paredes Pérez.

Para proceder a la Sustentación Pública de la Tesis titulada:

"CARACTERÍSTICAS SOCIALES, DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS RELACIONADAS AL AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL PROGRAMA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DEL CENTRO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, 2022"

Presentado por las **Bachilleres en Enfermería**:

LIZ BRIGITH BOCANEGRA MUÑOZ

VALERIA VASQUEZ TORRES

Teniendo en calidad de Asesor a: **Dra. Gaby Luz Panduro Salas (0000-0002-3119-4392) (DNI 00046203)**

Finalizada la Sustentación de la misma, se procedió a realizar la evaluación respectiva, llegando a la siguiente conclusión:
La Tesis ha sido: APROBADA por MAYORÍA.

Quedando las Graduadas expeditas para que se les otorgue el Título Profesional de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**

Siendo las ...12:45.... horas del mismo día se dio por concluido al acto académico.

Pucallpa, **quince (15)** de **Agosto** de **2022**

Dra. Yolanda Gladys Santos Villegas.
PRESIDENTE

Dra. Rolinda Falcón Riva Agüero.
MIEMBRO

Lic. Enf. Aida Natividad Paredes Pérez.
MIEMBRO

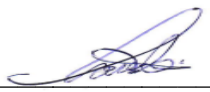
La presente tesis titulada **"CARACTERÍSTICAS SOCIALES, DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS RELACIONADAS AL AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL PROGRAMA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DEL CENTRO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, 2022**", fue aprobada por el jurado calificador conformado por:



Dra. Yolanda Gladys Santos Villegas
Presidente



Dra. Rolinda Falcon Riva Agüero
Miembro



Mg. Aida Natividad Paredes Pérez
Miembro

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
DIRECCION GENERAL DE PRODUCCION INTELECTUAL

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION

SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND

Nº V/0407-2022

La **Dirección de Producción Intelectual**, hace constar por la presente, que el Informe final de tesis**, titulado:**

"CARACTERÍSTICAS SOCIALES, DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS RELACIONADAS AL AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL PROGRAMA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DEL CENTRO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, 2022".

Autor(es)	:	**VASQUEZ TORRES, VALERIA** **BOCANEGRA MUÑOZ, LIZ BRIGITH**
Facultad	:	CIENCIAS DE A SALUD
Escuela	:	ENFERMERÍA
Asesor(a)	:	Dra. PANDURO SALAS, GABY LUZ

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio URKUND, dicho documento presenta un **porcentaje de similitud de 9%.**

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND, el cual indica que no se debe superar el 10%. Se declara, que el trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de similitud, por lo que SI se aprueba su originalidad.

En señal de conformidad y verificación se firma y se sella la presente constancia.

FECHA 15/07/2022

Mg. JOSÉ MANUEL CÁRDENAS BERNAOLA
Director de Producción Intelectual

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

REPOSITORIO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

Yo, Valeña Vasquez Torres

Autor de la TESIS titulada:

"Características sociales, demográficas y clínicas relacionadas al autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibes del Centro de Salud 9 de octubre, 2022"

Sustentada el año: 2022

Con la asesoría de: Dra. Gaby Luz Panduro Salas

En la Facultad de: Ciencias de la Salud

Carrera Profesional de: Enfermería.

Autorizo la publicación:

PARCIAL ☐ Significa que se publicará en el repositorio institucional solo La caratula, la dedicatoria y el resumen de la tesis. Esta opción solo es válida marcar **si su tesis o documento presenta material patentable**, para ello deberá presentar el trámite de CATI y/o INDECOPI cuando se lo solicite la DGPI UNU.

TOTAL ☒ Significa que todo el contenido de la tesis y/o documento será publicada en el repositorio institucional.

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali **licencia no exclusiva** para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la **tesis es una creación de mi autoría** y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali y del Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 15 / 08 / 2022

Email: Vale.122220@gmail.com

Firma:

Teléfono: 920168453

DNI: 61917673

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

REPOSITORIO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

Yo, Liz Brigith Bocanegra Muñoz
Autor de la TESIS titulada:
"Características sociales, demográficas y clínicas relacionadas al autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Programa de Enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de octubre, 2022"
Sustentada el año: 2022
Con la asesoría de: Dra. Gaby Luz Panduro Salas
En la Facultad de: Ciencias de la Salud
Carrera Profesional de: Enfermería

Autorizo la publicación:

PARCIAL [ ] Significa que se publicará en el repositorio institucional solo La caratula, la dedicatoria y el resumen de la tesis. Esta opción solo es válida marcar **si su tesis o documento presenta material patentable**, para ello deberá presentar el trámite de CATI y/o INDECOPI cuando se lo solicite la DGPI UNU.

TOTAL [X] Significa que todo el contenido de la tesis y/o documento será publicada en el repositorio institucional.

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali **licencia no exclusiva** para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la **tesis es una creación de mi autoría** y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali y del Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 15 / 08 / 2022

Email: lizbocanegramunoz11@gmail.com Firma:

Teléfono: 948429393 DNI: 75965031

DEDICATORIA

A mis padres, por ser ejemplo de superación y ser el motivo para esforzarme y superarme continuamente en mi vida personal y profesional y a mis hermanos por el amor y calidez que me brindan

Valeria

A Dariel, mi hijo por ser el motivo para esforzarme y superarme continuamente; a mi madre Rita por su paciencia y amor, sin ella no habría logrado culminar la investigación.

Liz Brigith

AGRADECIMIENTO

A las autoridades de la Universidad Nacional de Ucayali, nuestra alma mater por ser el lugar donde adquirimos conocimientos y enseñanzas para desempeñarnos profesionalmente

A los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería por sus enseñanzas y por brindarnos sus conocimientos.

A la Dra, Gaby Panduro Salas, asesora de la presente tesis, por brindarnos orientación, durante todas las etapas del estudio de investigación.

Al jurado evaluador por su contribución durante el desarrollo del estudio hasta la presentación del informe final.

A los pacientes del Programa de Enfermedades no Transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, por brindarnos su tiempo y sinceridad para responder los instrumento de investigación.

INDICE

DEDICATORIA v

AGRADECIMIENTO viii

INDICE DE TABLAS xii

RESUMEN xiii

ABSTRACT xiv

INTRODUCCIÓN xv

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema 18

1.2. Formulación del problema 23

1.2.1. Problema general 23

1.2.2. Problemas específicos 23

1.3. Justificación 24

1.4. Objetivos 26

1.4.1. Objetivo general 26

1.4.2. Objetivos específicos 26

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes del problema 27

2.1.1. Internacional 27

2.1.2. Nacional 28

2.1.3. Local 32

2.2. Marco teórico conceptual 34

2.2.1 Diabetes mellitus tipo 2 34

a) Signos y síntomas de la diabetes tipo 2 34

b) Diagnóstico 35

c) Tratamiento 35

d) Complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 36

2.2.2 Características sociodemográficas y clínicas asociadas a la diabetes mellitus tipo 2 36

a) Características sociales 37

b) Características demográficas 38

c) Características clínicas 39

2.2.3 Autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 42

2.2.4 Teoría de enfermería 46

2.3. Definición de términos básicos 48

2.4. Hipótesis, variables y operacionalización de variables 49

2.4.1. Hipótesis 49

a) Hipótesis general 49

b) Hipótesis especificas 49

2.4.2. Variables 51

2.4.3. Operacionalización de variables 52

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.

3.1. Método de la investigación 53

3.2. Población y muestra 54

3.2.1. Población 54

3.2.2. Muestra 54

3.3. Técnica e instrumento de recolección de datos 56

3.3.1. Técnica. 56

3.3.2. Instrumento 56

3.3.3. Validez y confiablidad de los instrumentos.....57

3.4. Procedimiento de recolección de datos.....58

3.5 Tratamiento de datos.....59

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados 60

4.1.1. Características sociales 60

4.1.2. Características demográficas.....63

4.1.3. Características clínicas 65

4.2. Discusión 69

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.....73

5.2. Recomendaciones.....75

REFERECIA BIBLIOGRAFÍA.....77

ANEXOS..... **Error! Bookmark not defined.**

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociales y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022.....60

Tabla 2. Características demográficas y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022.....63

Tabla 3. Características clínicas y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022.....65

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar las características sociales, demográficas y clínicas relacionadas al autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022. El estudio fue de diseño no experimental, de tipo transversal y de nivel descriptivo correlacional, la muestra lo constituyeron 100 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que pertenecen al programa de enfermedades no transmisible del Centro de Salud 9 de Octubre, como técnica se utilizó la encuesta y la observación y como instrumento se utilizó el cuestionario. Resultados: El 73% de pacientes diabéticos presentaron un autocuidado regular, dentro de las características sociales; el 42% tenía como ocupación independiente (p > 0.770), el 42% tenía un ingreso < S/ 930 (p > 0.590), el 45% tenía secundaria (p > 0.940) y el 35% vive con sus hijos (p > 0.099). Características demográficas; el 70% de paciente tenía más de 40 años (p > 0.216), el 59% es femenino (p > 0.246) y el 48% es casado (p > 0.803). Características clínicas; el 42% tenía padres diabéticos (p > 0.195), el 47% tenía entre 6 – 10 años la enfermedad (p > 0.849), el 47% utiliza pastilla para su tratamiento (p > 0.679), el 66% no presentaron complicaciones (p > 0.356) y el 51% de pacientes presentaron hipertensión arterial (p > 0.859). Conclusión: el autocuidado de los pacientes es regular, las características sociales, demográficas y clínicas no se relacionaron estadísticamente con el autocuidado.

Palabras clave: Características sociales, demográficas, clínica, diabetes mellitus, autocuidado

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the social, demographic and clinical characteristics related to self-care in patients with type 2 diabetes mellitus in the non-communicable diseases program of the health center October 9, 2022. The study was a non-experimental, cross-sectional design. and correlational descriptive level, the sample was made up of 100 patients with type 2 diabetes mellitus who belong to the non-communicable disease program of the 9 de Octubre Health Center, as a technique they used the survey and observation and as an instrument they used the questionnaire. Results: 73% of diabetic patients presented regular self-care, within the social characteristics; 42% have an independent occupation ($p > 0.770$), 42% had an income < S/ 930 ($p > 0.590$), 45% had secondary education ($p > 0.940$) and 35% live with their children ($p > 0.099$). Demographic characteristics; 70% of patients are over 40 years old ($p > 0.216$), 59% are female ($p > 0.246$) and 48% are married ($p > 0.803$). Clinical features; 42% had diabetic parents ($p > 0.195$), 47% had the disease between 6-10 years ($p > 0.849$), 47% used pills for their treatment ($p > 0.679$), 66% had no complications ($p > 0.356$) and 51% of patients had high blood pressure ($p > 0.859$). Conclusion: self-care of patients is regular, social, demographic and clinical characteristics were not related to self-care.

Keywords: Social, demographic, clinical characteristics, diabetes mellitus, self-care

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 ha aumentado considerablemente en todo el mundo (1) , de acuerdo a la Federación Internacional de Diabetes (FID), existen 537 millones de adultos entre 18 – 99 años que viven con diabetes mellitus, 32 millones se encuentran en América del Sur y Central (2). Por lo que es considerado uno de los mayores problema de salud pública del siglo XXI no solamente por la alta incidencia sino también, por la muerte que causa en la mayoría de los países (2).

En la actualidad más de la mitad de los pacientes diabéticos tienen estilos de vida poco saludables, más aún no cumplen con las recomendaciones del personal de salud para el cuidado de su salud; cumplir con una dieta establecida, realizar actividad física o recreación realizar un control metabólico de manera periódica y sobre todo tiene conocimiento insuficiente sobre su enfermedad (3).

Se entiende por autocuidado a las prácticas que realiza la persona para el cuidado, mantenimiento y en beneficio de su salud y bienestar, en relación a las indicaciones recomendadas por el personal de salud, ateniendo al contexto social, cultural y económico en el que viven (4). El autocuidado en las personas con diabetes mellitus es un aspecto importante que ayuda a la personas a mejorar y desarrollar habilidades esenciales para el tratamiento, para mejorar y mantener la calidad de vida

de la persona, así como prevenir comorbilidades o complicaciones relacionadas a la enfermedad (5).

En ese sentido existen características sociales; como el nivel económico bajo, la escolaridad de preferencia el nivel más bajo (6), entre las características demográficas; encontramos la edad que es un predictor de la diabetes mellitus y la prevalencia es significativa cuando está es mayor (2), el sexo como ser femenino, y entre las características clínicas; los antecedentes familiares, las comorbilidades como la obesidad y la hipertensión entre otros, que presentan los pacientes diabéticos y que en cierta medida son predisponente para realizar prácticas de autocuidado ya sea buena o mala (7). Así mismo se ha encontrado que los niveles menores de glicemia en pacientes con diabetes mellitus se debe a una buena capacidad de autocuidado (8).

El objetivo del estudio fue determinar las características sociales, demográficas y clínicas relacionadas al autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud 9 de octubre 2022

El estudio está distribuido por 5 capítulos; en el Capítulo I Planteamiento de problema, se aborda el problema de investigación, se plantea los problemas y objetivos de investigación y la justificación; en el Capítulo II Marco Teórico, se consigna los antecedentes del estudio, las bases teóricas y la definición de términos básicos; en el Capítulo III Metodología de la investigación, se detallan el tipo nivel, la población,

muestra, técnica e instrumento así como el análisis de datos, en el Capítulo IV Resultados y discusión, se realiza el análisis de los resultados y se realiza la discusión y finalmente en el Capítulo V Conclusiones y recomendaciones, se arriban a las conclusión y recomendaciones del estudio.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus es una catástrofe social mundial, la cifra actual de personas que viven con esta enfermedad es casi de 500 millones con una proyección a aumentar para el 2045 a 629 millones que representa un 48% de la población. La diabetes mellitus tipo 2 es la forma más frecuente de diabetes y representa el 90% del total de casos de dicha afección. Los países de ingresos bajos y medios soportan casi el 80% de la carga de diabetes. Los factores demográficos como la rápida urbanización, las dietas poco saludables y los estilos de vida cada vez más sedentarios han dado lugar a mayores índices de obesidad y por lo tanto a la diabetes, siendo aún mayor en muchos países que no cuentan con los recursos adecuados para proporcionar atención sanitaria primaria o preventiva a sus pobladores (2).

La Federación Internacional de Diabetes (2), en su publicación del

año 2017, presenta el número de personas con diabetes entre las edades de 20 a 79 años en todo el mundo, por región y sus proyecciones para el 2045. En América del Norte y el Caribe de 46 millones con una tendencia a aumentar en un 35% de casos (62 millones), en Oriente medio y Norte de África 39 millones con una tendencia a aumentar en un 110% (82 millones).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (9), el número de individuos con diabetes mellitus tipo 2 se ha incrementado sustancialmente a 422 millones en el 2014 de una base de 108 millones en el año 1980. Su prevalencia ha tenido un crecimiento exponencial y rápido sobre todo en los países de ingresos medianos y bajos. Asimismo, indica que la diabetes en el 2012 fue la causa básica de 1.5 millones de defunciones y que a la hiperglucemia le atribuyeron unos 2.2 millones de defunciones y la mitad de estos sucedieron antes de que cumplan 70 años. También estiman que la diabetes se convertirá en la séptima causa de muertes en el año 2030.

En el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (10), informó que a nivel nacional, en el año 2015, el 2.9% del total de la población de 15 y más años reportó tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud, teniendo en cuenta que 74 de cada 100 personas con diagnóstico de diabetes recibieron tratamiento en los últimos doce meses de dicho año. La costa es la región con mayor población que presenta diabetes, el 4.0% de esta reportó tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud, siendo la zona urbana donde se registra mayor incidencia de esta enfermedad (4.1%) y en el área rural solo el 2.7%. Le siguen las regiones de la selva con 1.9%, la zona

urbana registra el 2.7% y rural el 1.1%, en tanto que la sierra figura con 1.6%, el área urbana 2.5% y rural con 1.0%.

A nivel de región, en el 2016, los mayores porcentajes de personas de 15 y más diagnosticadas con diabetes y que accedieron a un tratamiento médico, residen en la Provincia Constitucional del Callao (20,6%), Provincia de Lima (20.4%), Piura (19.6%), Tumbes (19.5%), Loreto (19.4%), Ica (19.4%); y los menores porcentajes se ubican en Ucayali (11.0%), Madre de Dios (13.7%) y Huánuco (13.8%) (11).

Existen características que son condiciones de la persona diabética que afectan, la calidad de cuidados que requieren y la capacidad de autocuidado del paciente, tanto en su aspecto social, demográfico y clínico. Además se requiere precisar que toda acción de autocuidado debe ser razonada e intencionada para ser realizada y contar con los recursos requeridos para lograrlo (12).

Así mismo, se estima que en el Perú el 80% de habitantes tienen o han tenido alguna vez estilos de vida no saludables, el 50% de estas personas tienen escaso o bajo nivel socioeconómico. Informes recientes demuestran que de cada mil habitantes solo 10 practican actividad física diaria, el 10% de peruanos consumen alimentación balanceada y nutritiva diariamente, mientras que el 90% restante no lo hace y que el 70% de esta población consumen algún tipo de sustancia nociva periódicamente, lo cual demuestra la escasez de los estilos de vida saludable en nuestra población (12).

En Ucayali, se reportó que de 572 pacientes que fueron atendidos en tres hospitales, el 83.87% mostraron autocuidados inadecuados como el 77.8% que no llevó un control glucémico adecuado, siendo evidente que aquellos que tenían adecuado conocimiento, llevaban un control estricto y buena adherencia a los otros cuidados (13).

Según Orem E (14) “El autocuidado ante situaciones de enfermedad es muy variable de una persona a otra, puesto que depende de la influencia cultural de los grupos sociales, lo que predispone la falta de control y manejo de la enfermedad y la prevención de complicaciones”.

El cumplimiento de las medidas de autocuidado del paciente diabético está influenciado por muchos factores que actúan directa e indirectamente sobre su autocuidado, favoreciéndolo o limitándolo, entre ellos tenemos los factores sociales y culturales como los de conocimiento acerca de la enfermedad, grado de instrucción, ingreso económico, apoyo familiar y ocupación. El profesional de enfermería dentro de sus funciones asistenciales de tratamiento y actividades de promoción y prevención son pilares fundamentales en el manejo interdisciplinario de la terapéutica del paciente diabético con un abordaje sobre aquellos elementos que benefician o limitan el propio cuidado del paciente para la prevención de las complicaciones, la intervención educativa es una herramienta que origina estilos saludables, mejora la calidad de vida y reduce las altas prevalencias de morbilidad y mortalidad de la diabetes mellitus tipo 2 (14).

En el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de

Salud 9 de Octubre, durante la realización de las prácticas preprofesionales se recopiló información de los pacientes, los mismos que refirieron; olvidarse de tomar el medicamento y solo toman o se administran insulina cuando se sienten mal, incluso repiten las dosis administradas porque se olvidaron, otros pacientes dijeron que se olvidan qué alimentos están prohibidos y no saben cuál le hacen subir el azúcar y tampoco sabían que tomar agua sola es bueno para la salud. Así mismo, aludieron que se olvidaron en acudir a su cita, en casos porque se cansan mucho de ir a su cita o se sientes cansados, porque sienten sus pies adormecidos y muchos indicaron que tienen poca sensibilidad. Por otro lado, manifestaron que no les enseñaron sobre su enfermedad e incluso a cómo cuidar su pies.

Por lo anteriormente expuesto, es de importancia realizar el presente estudio de investigación que tiene como propósito conocer las características sociales, demográficas y clínicas asociadas al nivel de autocuidado en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, para lo cual se formula la siguiente interrogante.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

- ¿Cuáles son las características sociales, demográficas y clínicas relacionadas al autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud 9 de octubre, 2022?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuáles son las características sociales que se relacionan con el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud 9 de octubre, 2022?
- ¿Cuáles son las características demográficas que se relacionan con el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud 9 de octubre, 2022?
- ¿Cuáles son las características clínicas que se relacionan con el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud 9 de octubre, 2022?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 constituye un problema de salud pública por su magnitud y complicaciones para el grupo vulnerable y una de las medidas para prevenir la rápida aparición de complicaciones, es la realización de las acciones de autocuidado (15).

Se considera de gran relevancia realizar el estudio de investigación en donde la enfermera contribuye en el autocuidado del paciente diabético, desarrollando actividades de promoción y prevención, lo cual permitirá disminuir la morbimortalidad de los pacientes diabéticos y por ende mejorar la calidad de vida de estos.

La investigación se justifica, por la importancia del autocuidado en las personas con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de octubre, siendo esta enfermedad cada días mas prevalente, tomando en cuenta que este problema de salud puede ser controlado evitando posibles complicaciones. Los resultados del estudio permitirán conocer las características que actúan a favor o limitan el autocuidado del paciente con diabetes mellitus tipo 2, y así recomendar medidas o acciones educativas para mejorar el autocuidado en la población estudiada.

Así también, los resultados del estudio de investigación serán

relevantes porque otorgará al profesional de enfermería información sobre los pacientes atendidos en los establecimiento de salud de primer nivel de atención, cuyo propósito es orientarlos en su autocuidado conociendo las características que influyen en el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico, permitiendo reforzar las acciones de promoción y prevención así como ciertas medidas educativas, que permitan tomar conciencia tanto a los pacientes y sus familias para lograr conductas saludables, con el propósito de prevenir posibles complicaciones y mejorar su calidad de vida.

Además, el estudio se justifica por su aporte al conocimiento de enfermería en la línea de investigación de la salud pública permitiendo su aplicación en la docencia universitaria, sirviendo de base para futuras investigaciones con enfoques cuantitativa o cualitativa.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

- Determinar las características sociales, demográficas y clínicas relacionadas al autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud 9 de octubre, 2022

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociales que se relacionan con el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud 9 de octubre, 2022.

- Identificar las características demográficas que se relacionan con el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud 9 de octubre, 2022.

- Identificar las características clínicas que se relacionan con el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud 9 de octubre, 2022.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

2.1.1. Internacional

Pousa M (16), realizó una investigación titulada: Nivel de conocimiento de autocuidado en el paciente diabético tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar N°. 8 de Aguascalientes, México 2017". Sus resultados muestran un puntaje medio de 16,43 puntos de un total de 25, sobre el conocimiento de autocuidado. Además, lograron demostrar que el tiempo de evolución de la patología tiene significancia estadística (p = 0.001) con el nivel de conocimiento de tratamiento de la enfermedad. Concluyó que el nivel de conocimiento no es adecuado sobre medidas de autocuidado en los usuarios con diabetes tipo 2 afiliados a la UMF 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

Rojas M (17), realizó una investigación titulada: Características sociodemográficas, clínicas y de estilos de vida de los pacientes con

diagnóstico de diabetes mellitus, que asisten a control de crónicos en el Hospital San Francisco E.S.E de la ciudad de Ibagué - Colombia los días 5, 6, 7 y 8 de julio de 2016. Los resultados obtenidos fueron: el 55.56% son adultos mayores, edad promedio de 62 años. Un 77.7% son de sexo femenino. El 51.85% tienen pareja, el 81% pacientes provienen de las zonas urbanas. El 66.7% de los pacientes tienen estudios primarios. Y como principal ocupación con un 77.8% es el hogar. En cuanto al estilo de vida el 55.6% presentan estilo de vida inadecuado, mientras que el 44.4% presentan adecuado estilo de vida. Los pacientes presentaron el mayor puntaje en el dominio de consumo de tabaco con un 100% y consumo de alcohol con un 90.6% y un puntaje menor en los dominios información acerca de diabetes con un 32.5% y emociones con un 56.6%.

Soler Y y otros (18), realizaron una investigación titulada: Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, Cuba - 2016. Sus resultados muestran que el 45.5% de los pacientes tiene un bajo nivel de conocimiento sobre la DM-2 y un 36.4% nivel medio; el 90.9% presentan ausencia de autocuidado, y sólo un 9% ostentan de capacidad de autocuidado; concluyendo que los pacientes tienen bajo nivel de conocimientos sobre DM y no muestran medidas de autocuidado.

2.1.2. Nacional

Ríos LY (19),en su estudio de Investigación titulada: Autocuidado,

factores sociodemográficos y clínicos en personas con diabetes mellitus tipo 2 del Programa de Diabetes Centro de Salud Progreso, Chimbote 2018, tuvieron los siguientes resultados: El 29% presentaron un buen nivel de autocuidado y el 71% regular autocuidado. Entre los factores sociodemográficos predominó el sexo femenino, los mayores de 60 años, con ocupación independiente, el 46% de instrucción secundaria y el 52% son convivientes. Entre los factores clínicos el 77% presentó tiempo de enfermedad de 1 a 10 años, el 38% recibió insulina, el 53% no presentó complicaciones, el 79% presión arterial normal y el 58% presentaron un Índice de Masa Corporal normal. Concluyó que entre los factores sociodemográficos en relación con el autocuidado, solo la ocupación presentó significancia estadística $p < 0.05$, de los factores clínicos las dimensiones presión arterial, presencia de complicaciones por la diabetes y el IMC.

Esquivel A (20), realizó una investigación titulada: Factores sociodemográficos y capacidad de autocuidado del paciente adulto con hipertensión y diabetes, Trujillo - 2017. Sus resultados mostraron que el 75% de los usuarios ostentan de una capacidad de autocuidado buena y 25% deficiente. Lograron demostrar relación entre los factores demográficos, sociales y la capacidad de agencia de autocuidado. Concluyó: La permanencia de la hipertensión y/o diabetes es de 8 a más años con un nivel de autocuidado bueno en un 40%. Existe una relación significativa entre el tiempo que dura la enfermedad y el nivel de capacidad de autocuidado.

Cuya C y Hurtado P (8), en su investigación titulada: Autocuidado y su relación con los valores de glicemia en pacientes diabéticos atendidos en el Hospital Villa Salud, Lima 2017. Sus resultados fueron que la media de la edad de los pacientes diabéticos de la muestra es de 58 años, el 52.3% son mujeres y el 47.7% hombres. El 54.5% tiene un nivel regular de autocuidado, el 31.8% baja y solo el 11.4% buen autocuidado. Concluyeron: Existe relación estadística, que establece que a mayor capacidad de autocuidado menor nivel de glicemia tienen los pacientes o viceversa.

Contreras GT (21), en su investigación titulada: Calidad de vida y autocuidado en los pacientes del programa de diabetes mellitus del Hospital Hipólito Unane de Tacna, 2017. Sus resultados fueron: El 77.1% de pacientes tuvo nivel de autocuidado bajo con presencia de complicaciones que mostró asociación entre ambas variables. El 63.6% de los pacientes fueron de sexo femenino, el 46.6% fueron mayores de 60 años, el 34.1% refirió ser casado(a) y un 25% convivientes; el 36.4% cuenta con grado de instrucción primaria y el 39.8% no tiene ocupación. En las características clínicas, el 58% están en etapas iniciales de la enfermedad, el 6.8% de ellos refieren recibir una dieta y régimen de ejercicios y el 75% se encuentran con un IMC por encima del normal. Concluyó que el 77.1% de pacientes tuvieron un nivel de autocuidado bajo con calidad de vida alta, la presencia de complicaciones mostró asociación entre ambas variables, lo que permite inferir que el nivel de autocuidado guarda relación con la presencia o no de complicaciones.

Carrillo EY (22), en su investigación titulada: Conocimiento, actitudes

y prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Hospital de Tingo María-2016, tuvo como resultados que la edad promedio de los pacientes con diabetes mellitus fue de 56 años, con predominio del sexo masculino 52.0% (26). Mayoritariamente el 48.0% (24) alcanzo el nivel primario. El 54.0% (32) no tiene conocimientos sobre autocuidado. El 84.0% (42) tiene actitudes positivas frente al autocuidado de su enfermedad y el 52.0% (26) de los pacientes con diabetes mellitus no tiene prácticas adecuadas en relación a su autocuidado. Concluyó que no existe relación entre el nivel de conocimiento sobre autocuidado y las actitudes y prácticas en los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Hospital de Tingo María.

Apaza Y y Huaraya M (23), realizaron un estudio de investigación titulada: Capacidad de autocuidado y la calidad de vida en personas con diabetes mellitus tipo 2 en los consultorios externos de endocrinología del Hospital Honorio Delgado, Arequipa - 2016. Sus resultados mostraron que el 58.6% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 mostraron muy buena capacidad de autocuidado, el 39.1% buena y el 2.3% baja capacidad para desarrollar medidas de autocuidado. Asimismo, en cuanto a la calidad de vida, el 57.5% de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tuvieron una peor calidad de vida y el 42.5% mejor calidad. Concluyeron que la calidad de vida será mejor cuando adopten medidas de autocuidado para evitar complicaciones.

Fernández JD (24), en su investigación titulada: Capacidad de autocuidado y la calidad de vida en personas con diabetes mellitus tipo 2

en los consultorios externos de endocrinología del Hospital Honorio Delgado, Cajamarca – 2016. Sus resultados fueron: el 48.5% tuvo entre 40 y 59 años; el 60.6% fueron varones; el 69.7% con grado de instrucción superior; el 57.6% no tienen ocupación; el 45% casados. Los estilos de vida en el 72.7% son poco saludables y en el 27.3% no saludable. Respecto a los estilos de vida y factores sociodemográficos, el 87.5% tuvo edades de 40 a 59 años con estilo de vida poco saludable; el 28.6% estilos de vida no saludables; el 76.9% de mujeres tienen estilos de vida no saludable y el 30% de varones no son saludables. El 83.3% tiene instrucción primaria y estilo de vida poco saludables, el 69.2 % de los que tiene nivel superior es no saludable. El 87.5% son independientes y tienen un estilo de vida poco saludable; el 100% de convivientes tienen estilos de vida poco saludables y el 33.3% de los viudos su estilo de vida es no saludable.

2.1.3. Local

Cava AA (25), en su trabajo de investigación titulada: Adherencia Terapéutica en Diabetes Mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa en el periodo 2017. Obtuvo que no existe relación entre comorbilidades y la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos del. Hospital Regional de Pucallpa y EsSalud, no existe relación entre el consumo de medicamentos de comorbilidades y la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos del Hospital Regional de Pucallpa y EsSalud, Existe relación entre el tiempo de diagnóstico con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus 2 del Hospital Regional de Pucallpa y EsSalud, no existe relación

entre el entre grado de instrucción con la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos del Hospital Regional de Pucallpa y EsSalud, no existe relación entre el nivel económico y la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos del Hospital Regional de Pucallpa y EsSalud.

Silva CC (26), en su investigación titulada: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre diabetes mellitus tipo 2 de los pacientes de los Hospitales de Coronel Portillo, 2017, encontró que: El promedio de edad de los pacientes fue de 46.7 años. El 50.9 % fue de sexo femenino, el 44.9% son convivientes, el 37.7% tuvo grado de instrucción universitario, el tiempo de enfermedad fue de 4.9 ± 4.86 años, el 70.8% usan antidiabéticos orales, el 83.7% refieren tener un tratamiento regular. Las comorbilidades el 22.5% reporto hipertensión arterial. De las actividades de autocuidado, el 58.3% revelaron que reciben “Alimentación saludable semanal”, el 67.5% ”Dieta saludable semanal” y el 50.6% “Consumo de frutas y/o verduras” la mayoría presentó comportamiento de autocuidado adecuado. Concluyó que el nivel de conocimientos de la diabetes fue inadecuado. Los pacientes le dan mayor importancia a la “valoración del control estricto” y menor importancia a la “necesidad de entrenamiento especial “Las prácticas de autocuidado.

2.2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.2.1 Diabetes Mellitus tipo 2

La diabetes se caracteriza por un desorden metabólico, lo cual es causada por la defectuosa producción de la insulina o su mala absorción. Por lo general circula en la sangre alguna proporción de insulina cuya, fuente primordial es la absorción de los comestibles en el sistema gastrointestinal y la síntesis de glucosa en el hígado desde otros compuestos que pertenecen a las sustancias alimenticias (27).

Por tanto, la diabetes mellitus tipo 2 es la más recurrente forma de diabetes, ya que, en esta patología, la producción de insulina no es suficiente para mantener los niveles normales de glucosa en sangre. Este tipo de diabetes con frecuencia se manifiesta en personas que sobrepasan los 45 años (28).

a) Signos y síntomas de la diabetes tipo 2

La mayoría de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, permanecen asintomáticos durante un tiempo. Como resultado, es posible que la enfermedad no se diagnostique hasta varios años después de su inicio, cuando ya han aparecido algunas complicaciones (29).

Entre los signos y síntomas más comunes de la diabetes mellitus tipo 2 se tiene lo siguiente (30):

- Visión disminuida.

- Cansancio.
- Náuseas.
- Polidipsia.
- Poliuria.
- Pérdida de peso.
- Disfunción eréctil.
- Piel seca.
- Picazón en la piel y en los genitales.

b) Diagnóstico

Para el diagnóstico definitivo de diabetes mellitus tipo 2, se usa la determinación de glucosa en plasma o suero, en ayunas. Las glicemias normales son <100 mg/dl. Glicemia ≥ 200 mg/dl en cualquier momento, asociadas a las sintomatologías ya establecidas por los médicos, afirman la presencia de la diabetes (31).

c) Tratamiento

El tratamiento de la diabetes está apoyado en los siguientes ejes fundamentales (31):

- Educación.
- Nutrición.
- Actividad física.
- Medicamentos.

d) Complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2

Las complicaciones que muestran la diabetes mellitus tipo 2 se muestran por la falta de conocimiento de la patología o por la actitud negativa de los pacientes, hacia el autocuidado (32).

En consecuencia, la diabetes no tratada o mal tratada aumenta el riesgo de complicaciones graves exponiéndoles a un riesgo casi dos veces mayor de muerte prematura. Pueden provocar daños a largo plazo en varios órganos del cuerpo tales como enfermedades cardiovasculares, neuropatía (pie diabético), nefropatía o enfermedades oculares que acaban en retinopatía y ceguera. Por otra parte, si se logra controlar la diabetes adecuadamente, estas graves complicaciones se pueden retrasar o prevenir (10).

2.2.2 Características sociales, demográficas y clínicas asociadas a la diabetes mellitus tipo 2.

La diabetes mellitus tipo 2 aumenta rápidamente en los países en desarrollo, debido a la transición demográfica y a los cambios en los estilos de vida de la población (33).

La diabetes mellitus tipo 2, es producto de la interacción con factores sociales y demográficos como: Ocupación, ingreso económico, grado de instrucción, con quién vive, edad, género, estado civil.

a) Características sociales

Conjunto de normas que se asocian al comportamiento de las personas de una sociedad, que sirven para distinguir a alguien o algo de sus semejantes (33). Se clasifica en los siguientes indicadores:

Ocupación

Se define como la actividad que realiza la persona, dedicándole tiempo y esfuerzo en su desarrollo, pueden ser remuneradas o no, igualmente éstas requieren de determinados conocimientos especializados, formación, vocación de servicio y organización propia o regulada por un marco institucional. Estas actividades pueden realizarse dentro o fuera del hogar, donde la exposición a riesgos en la ocupación como la carga mental, jornada de trabajo, contenido de la tarea, relaciones interpersonales, entre otros por periodos prolongados en años está asociados al síndrome metabólico, así como a la falta de autocuidados en la diabetes mellitus tipo 2 (34).

Ingreso económico

La diabetes mellitus trae un gran impacto económico para las naciones. El costo del paciente diabético está relacionado principalmente con una alta frecuencia de complicaciones agudas y crónicas, que son causas de hospitalización, incapacidades, menos productividad laboral y muerte prematura (35).

Grado de instrucción

El grado de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. El grado de instrucción, intercede como medio de desarrollo en el potencial intelectual de cada persona, así como en la formación de su personalidad, debido a que cada vez que escala diferentes niveles de instrucción, le ayudará a comprender en mayor grado la educación sanitaria y por ende cumplir con más responsabilidad las medidas pertinentes para el cuidado de su salud (36).

Persona con quien vive

Las personas con quien vive el paciente con diabetes mellitus tipo 2, determinan el apoyo familiar que pueda recibir, siendo muy importante para la práctica de una buena alimentación y ejercicios en la familia y en sociedad. En consecuencia, la familia es la mayor fuente de apoyo para el paciente con diabetes mellitus por lo que es necesario conocer de quien recibe el apoyo para su tratamiento y así poder reforzar las relaciones familiares (37).

b) Características demográficas

La edad

Permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. La noción de edad brinda la posibilidad, de

fraccionar la vida humana en diferentes periodos temporales como la infancia, hasta llegar a la tercera edad. Se considera mayor riesgo en las personas mayores de 45 años, la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 es directamente proporcional al incremento de la edad cronológica (38).

Género

Un estudio señala que los hombres con diabetes tipo 2 son más activos que las mujeres, pero también son ellos los que tienen una alimentación inadecuada mayor que las mujeres (39).

Estado civil

El estado civil tiene relación con las actividades que pueda desempeñar una persona, la disponibilidad de tiempo es diferente entre un soltero(a) y un casado(a), este último suele tener menor tiempo que el primero debido a una serie de responsabilidades en su hogar y el trabajo (40).

c) Características clínicas

Antecedentes familiares

Los antecedentes familiares de diabetes mellitus, constituye un riesgo de diabetes, entre dos a tres veces, principalmente en aquellos de primer grado de consanguinidad (padre o madre) y si ambos padres presentan la condición el riesgo es de cinco a seis veces más de desarrollar

la enfermedad (41).

Tiempo de la enfermedad

Transcurre desde la fecha del diagnóstico, hasta que la enfermedad empieza a empeorar o expandirse a otras partes del cuerpo, según el tiempo de duración se habla de enfermedad aguda (3 meses) y crónica (mayor a 6 meses). Según el tiempo que dure la enfermedad se consumen más recursos en salud entrelazándose con la pobreza, dificultando así la atención a la salud (33).

Tratamiento

El tratamiento es un conjunto de medios utilizados para aliviar o curar una enfermedad llegando a la esencia de aquello que se desconoce y transformar algo, de uso habitual en el ámbito de la medicina donde suele usarse como sinónimo de terapia. En la diabetes mellitus tipo 2, debe ser de régimen personalizado debido a la variabilidad de los mecanismos patogénicos como las respuestas variables a la dieta y a los medicamentos (42).

Complicaciones

La consecuencia de no controlarse adecuadamente, debido a que cualquier tipo de diabetes puede acabar generando complicaciones que afectan a distintas partes del organismo produciendo hospitalizaciones frecuentes y muerte prematura. La mayoría de las personas con diabetes

no es consciente de tener complicaciones diabéticas, sin embargo, éstas pueden detectarse en sus primeras etapas (41).

Enfermedades relacionadas a la diabetes mellitus tipo 2

Hipertensión arterial: El control de la presión arterial permite a las personas con diabetes y al profesional de la salud conocer cuán cerca se encuentra de su presión ideal, en la mayoría de las guías actuales se propone que mantengan su presión arterial por debajo de 130/80 mmHg. El control puede realizarse durante las visitas al médico o al programa de diabetes, logrando así prevenir la aparición de la presión arterial alta a través de la práctica en estilos de vida saludables (41).

Obesidad: Es importante vigilar el peso como estrategia importante para prevenir otras complicaciones y enfermedades. El índice de masa corporal o IMC es una de las maneras de saber que se tiene un peso saludable o no. Este se calcula dividiendo los kilogramos de peso por el cuadrado de la estatura en metros (IMC = peso [kg]/ estatura2 [m2]) (43).

Enfermedad de la tiroides: La hormona tiroidea es la responsable de regular muchas de las funciones en el cuerpo. Esta hormona se produce en la glándula tiroides, localizada en el cuello. Cuando la producción de esta hormona disminuye se produce una condición llamada hipotiroidismo y cuando aumenta hipertiroidismo. En estas dos condiciones pueden presentarse síntomas digestivos, del corazón, de la piel, variaciones en el estado de ánimo, en el peso entre otros (43).

Dislipidemia: Cuando hay un aumento de las grasas en la sangre puede tratarse de una dislipidemia, es decir hay un aumento de las grasas malas (LDL) y una disminución de las grasas buenas (HDL) en la sangre. Esto puede originar otro tipo de enfermedades, especialmente en el corazón y en los vasos sanguíneos. Como parte importante del control de la diabetes, es fundamental hacer pruebas, para conocer cuáles son los valores de estas grasas en la sangre. Los alimentos que consumas, así como la actividad física que realices juegan un papel decisivo para la prevención de la dislipidemia y de enfermedades en el corazón y en los vasos sanguíneos (43).

2.2.3 Autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

El autocuidado es la medida que cada persona adopta para proteger su bienestar físico, mental y social; debido a que las personas son capaces de cuidar de su salud de esta manera previenen enfermedades, satisfacen necesidades físicas y psicológicas (44).

En cuanto al autocuidado en la persona con diabetes mellitus tipo 2, se basa en: alimentación, actividad física, tratamiento, control de glucosa, asistir a los controles y cuidados físicos.

Alimentación

La alimentación debe ser siempre y a todas las edades equilibrada, ya que no es bueno comer solo de una cosa, por muy sana que esta sea.

Ningún alimento contiene todos los nutrientes necesarios para el cuerpo humano, por lo que se tiene que hacer una dieta variada. Generalmente se aconseja hacerlo en al menos tres momentos importantes: el desayuno, la comida y la cena, el comer con otras personas es un buen soporte para mantener la nutrición de los mayores (45).

Actividad física

Beneficiosa es la relación entre la diabetes mellitus tipo 2 y la práctica de actividades físicas, debido a que incrementa la tolerancia a la glucosa logrando una rápida y mejor utilización de ésta, disminuye la glucosa plasmática, aumenta la sensibilidad de la insulina, protege el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular, descenso de la presión arterial e hipercolesterolemia y pérdida de peso. Los aeróbicos de intensidad moderada y realizados en forma continua son preferibles (41).

Se recomienda a las personas con diabetes mellitus tipo 2 la práctica de actividad física al menos por 150 minutos distribuidos entre 3 a 5 días por semana con intensidad física moderada y aeróbica en un 50% a 70% del ritmo cardíaco máximo (41).

Tratamiento

En cuanto al autocuidado en el tratamiento farmacológico, la metformina es de inicial elección para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, en los pacientes recién diagnosticados con muchos síntomas, glucemias o hemoglobina glucosilada muy elevadas, se inicia con insulina,

con o sin otros fármacos. Por la naturaleza progresiva de este tipo de diabetes, el tratamiento con insulina es el indicado en la evolución para muchos de estos pacientes (41).

El incumplimiento en el tratamiento farmacológico puede presentarse por causas como: olvidos, desconocimiento y desmotivación, que puede estar relacionado al entorno del paciente y a las características de la enfermedad por ser crónica (41).

Control de glucosa

Se considera que el autocontrol de la glucosa o automonitoreo en sangre capilar utilizando el glucómetro para su lectura es el método ideal, su resultado se puede diferenciar de la glucemia medida en el laboratorio. Recomienda hacer glucometrías diarias y en diferentes horas del día. Es útil para conocer el comportamiento de la glucemia en horas de la tarde y la noche, cuando el paciente no tiene acceso fácil al laboratorio (38).

Asistir a los controles

La asistencia de las personas con diabetes mellitus tipo 2, al programa de diabetes, se programará en función del estado del paciente, del tiempo desde el diagnóstico y de su responsabilidad para el control metabólico y con el tratamiento prescrito, para ello incluye: Toma de peso, medir talla en su primer control, medir presión arterial, toma de glicemia capilar, educación al paciente, etc. La frecuencia de los controles dependerá de la respuesta del o la paciente al tratamiento y a su evolución,

en dicho control recibe la siguiente atención: Examen físico, pruebas de laboratorio, prescripción de tratamiento farmacológico y no farmacológico, se indica interconsulta con otros profesionales según su necesidad, etc. El número de controles durante el primer año es de 3 a 4 controles y a partir del segundo año mínimo tres controles (42).

Cuidados físicos

Una persona con diabetes debe tener un estricto cuidado de sus pies en su vida cotidiana como: inspeccionar los pies a diario, revisar las uñas, vigilar los cambios de temperatura y del color de la piel, lavar los pies todos los días no más de 10 minutos, no cortar sino limar las uñas, etc. También es importante la reducción de factores de riesgo como el tabaquismo, la hiperglucemia, la hipertensión, la dislipidemia y el sedentarismo (46).

Así también, se debe tener el autocuidado de los ojos que depende de la actitud y cuidado propio del paciente. Las personas con diabetes por largo tiempo corren gran riesgo de desarrollar retinopatía diabética siendo causa frecuente de ceguera entre los adultos. Los pacientes diabéticos deben estar al tanto del riesgo de desarrollar trastornos oculares y de asistir al oftalmólogo durante el primer año un control y a partir del segundo año a criterio médico. El mejor cuidado contra la progresión de la retinopatía diabética es un examen completo de los ojos a cargo del médico oftalmólogo (42).

2.2.4 Teoría de enfermería

a. Teoría del autocuidado de Dorotea E Orem

Orem D.E (47) plantea que el autocuidado es la práctica de las actividades que los individuos maduros o que están en proceso de maduración inician y llevan a cabo independiente por uno mismo y para sí mismo en determinados periodos con el propósito de mantener un funcionamiento sano y continuar con el desarrollo personal y el bienestar a través de la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.

Las acciones asimiladas e intencionadas que componen el autocuidado buscan satisfacer los requisitos de autocuidado. Existen según la teoría 3 tipos de requisitos de autocuidado. Los universales, los del desarrollo y los derivados de las desviaciones de la salud. Para esta investigación se analizarán lo concerniente a las desviaciones de salud, que se determinan para las personas que están enfermas, con formas específicas de trastornos patológicos y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico, tal como es la diabetes mellitus tipo 2. Las características de la desviación de salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencia de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de los estados patológicos y viven mientras ellos duran (la diabetes mellitus tipo 2 requiere de una especial atención en cuanto al autocuidado y cuidado ya que es una enfermedad crónica con la cual el paciente tiene

que aprender a vivir y evitar sus múltiples complicaciones asociadas a la enfermedad, tales como las patologías cardiovasculares y otras como la retinopatía diabética) (47).

Existe categorías de requisitos:

- Los pacientes necesitan continuar buscando atención medica con regularidad.

- Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos que producen malestar o deterioro.

- Cumplir con el tratamiento farmacológico y no farmacológico, los análisis y las medidas de rehabilitación indicados por el médico con el propósito corregir la enfermedad y prevenir las complicaciones

- Modificar el auto concepto para aceptarse como ser humano con un estado de salud particular y necesitado de cuidado de la salud

- Aprender a vivir con los efectos de la patología, las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal continuo (47).

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Autocuidado:** Es la actitud y aptitud para realizar de forma voluntaria y sistemática actividades dirigidas a conservar la salud y prevenir enfermedades

- **Características clínicas:** Son las relaciones entre los signos y síntomas que se presentan en una determinada enfermedad.

- **Características demográficas:** Son informaciones generales sobre grupos de personas. Dependiendo de la finalidad, los datos pueden incluir atributos como la edad, el sexo y el lugar de residencia.

- **Características sociales:** Son rasgos de la persona que se construye y se desarrolla a lo largo de toda la vida. A través del proceso de socialización, los niños, adultos y personas mayores adquirimos creencias, valores y conductas que varían en función de su adecuación a contextos culturales específicos.

- **Diabetes:** Es una enfermedad en la que los niveles de glucosa (azúcar) de la sangre están muy altos. La glucosa proviene de los alimentos que consume.

- **Pacientes:** Son persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica**.**
- **Programa de enfermedades no transmisibles**: Es un conjunto de acciones implementadas por el gobierno con el objetivo de mejorar las

condiciones sanitarias de la población que padece enfermedades o afecciones de larga duración como la diabetes, hipertensión, entre otros.

2.4. HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

2.4.1. Hipótesis

a) Hipótesis General

- Hi: Existe relación entre las características sociales, demográficas y clínicas y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022.

- H0: No existe relación entre las características sociales, demográficas y clínicas y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022.

b) Hipótesis Especificas

- H_i: Existe relación significativa entre las características sociales y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022.

- $H_{0:}$ No existe relación significativa entre las características sociales y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus

tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022.

- H_i: Existe relación significativa entre las características demográficas y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022.

- $H_{0:}$ No existe relación significativa entre las características demográficas y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022.

- H_i: Existe relación significativa entre las características clínicas y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022.

- $H_{0:}$ No existe relación significativa entre las características clínicas y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022.

2.4.2. Variables

V_1 = Características sociodemográficas

V_2 = Autocuidado

2.4.3. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	VALOR FINAL
Características sociodemográficas y clínicas	Es el conjunto de rasgos que están presentes en la persona sujeta a estudio y que guardan relación entre sí, tomando aquellas que puedan ser medibles.	Sociales	Ocupación	Cualitativa	a) Ama de casa b) Independiente c) Empleado(a) d) No trabaja
			Ingreso económico	Cualitativa	a) < 930 b) 930 c) >930
			Grado de instrucción	Cualitativa	a) Primaria b) Secundaria c) Superior
			Persona con quien vive	Cualitativa	a) Esposo(a) e Hijos(as) b) Esposo(a) c) Hijos(as) d) Solo(a)
		Demográficas	Grupo etario	Cuantitativa	a) De 20 a 29 años b) De 30 a 39 años c) De 40 a 49 años d) De 50 a 59 años e) De 60 a más años
			Género	Cualitativa	a) Masculino b) Femenino
			Estado civil	Cualitativa	a) Soltero (a) b) Casado(a) c) Divorciado(a) d) Viudo(a)
		Clínicas	Antecedentes familiares	Cualitativa	a) Mamá b) Papá c) Mamá y papá d) Abuelos d) Ninguno
			Tiempo de la enfermedad	Cuantitativa	a) De 1 a 5 años b) de 6 a 10 años c)Mayor de 10 años
			Tratamiento	Cualitativa	a) Pastillas b) Insulinas c) Insulinas y pastillas d) Ninguno
			Complicaciones	Cualitativa	a) Si b) No
			Enfermedades relacionadas a la diabetes	Cualitativa	a) Hipertensión arterial b) Obesidad c) Enfermedad de la tiroides d) Dislipidemia
Autocuidado	Consiste en la práctica de las actividades que las personas maduran, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano.	Autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2	Alimentación Actividad física Tratamiento Control de la glucosa Asistir a los controles Cuidados físicos	Cualitativa	a) Bueno: 52 a 76 puntos b) Regular: 26 a 51 puntos c) Malo: 0 a 25 puntos

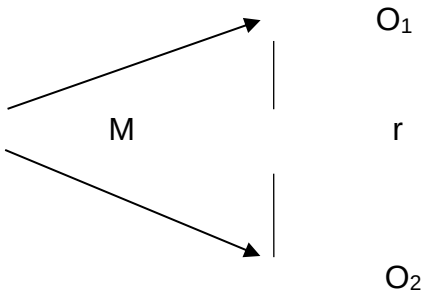
CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.

3.1. MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

Para desarrollar la presente investigación, se utilizó el diseño no experimental porque se observó y se midió las variables sin manipularlas, es decir sin modificar tal como se encontró en su medio natural. Es de tipo transversal porque la información se obtuvo en un tiempo determinado y se midió una sola vez; prospectivo, porque la información se registró según ocurrió los hechos. De nivel descriptivo correlacional porque se estableció la relación entre las variables de estudio (48).

Esquema:



Donde:

M: Muestra: pacientes

O_1: Variable 1 (Características sociales, demográficas y clínicas)

O_2: Variable 2 (Autocuidado).

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. Población

La población estuvo constituida por 244 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 registrados en el padrón nominal del programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de octubre, 2022

3.2.2. Muestra

La obtención de la muestra se realizó a través de la siguiente fórmula (48):

Donde:

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

N: Tamaño de la población (244).

Z: Nivel de confianza (1.96).

E: Máximo error permitido (0.05).

p: Proporción de la población a medir y que tiene característica de interés (0.5).

q: Proporción de la población que no tiene característica de interés (0.5).

n: Tamaño de muestra.

Reemplazando:

$$n = \frac{(244)(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(244-1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{234.34}{0.61 + 0.96}$$

$$n = \frac{234.34}{1.57}$$

$$n = 149.3$$

$$n = 149$$

El tamaño muestral fue de 149 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022. La selección de la muestra se realizó mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, además se tuvo en cuenta lo siguiente:

Criterio de inclusión:

- Mayores de 18 años
- De ambos sexos.
- Diagnóstico médico de Diabetes mellitus tipo II

- Atendidos en el Centro de Salud 9 de Octubre
- Capacidad cognitiva y oral articulada
- Participación libre y voluntaria en la investigación

Criterio de exclusión:

- Menores de 18 años
- Pacientes que no deseen participar en la investigación

En función a los criterios de inclusión y exclusión la muestra quedo conformada 100 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. Técnica.

La técnica que se utilizó en el estudio de investigación para la recolección de datos fue la encuesta y la observación, ya que permitió obtener datos de manera rápida y eficaz observando el fenómeno de estudio (48).

3.3.2. Instrumento

El instrumento que se utilizó fue el cuestionario, el cual sirvió para medir las características sociales demográficas y clínicas asociadas al nivel de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de

enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022 y contiene 52 ítems con respuestas politómicas, dividiéndose de la siguiente manera: Características sociales con 4 ítems, demográficas con 3 ítems y clínicas con 5 ítems; a su vez la variable autocuidado consta de 38 ítems en donde las respuestas serán desde la percepción, “Nunca”, “Algunas veces” y “Siempre”, siendo las puntuaciones (Ver anexo 01):

a) Bueno: 52 a 76 puntos
b) Regular: 26 a 51 puntos
c) Malo: 0 a 25 puntos

3.3.3. Validez y confiablidad de los instrumentos

El instrumento fue validado por 3 profesionales de reconocida trayectoria en área de estudio, la validez del instrumento autocuidado ascendió a 0.76, siendo este valor válido.

La confiabilidad del instrumento se estableció a través de una prueba piloto en 30 pacientes con diabetes del Centro de Salud de San Fernando, está se determinó a través del Alfa de Cronbach por ser politómicas, la confiabilidad del autocuidado fue de $\alpha \geq 0.80$, siendo un instrumento confiable (Ver anexo 02).

3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para recolectar los datos de las dos variables de estudio se realizó los siguientes procedimientos:

1. Se solicitó permiso al gerente del Centro de Salud 9 de Octubre para la aplicación definitiva del instrumento.

2. Se coordinó con el jefe del programa de enfermedades no transmisibles para la explicar sobre el objetivo del estudio.

3. Se informó a las(os) pacientes sobre el objetivo de la investigación y que la encuesta será anónima y confidencial, el cual se solicitó su participación y aceptación voluntaria en la investigación, mediante una firma en el consentimiento informado (Ver anexo 3).

4. La aplicación del cuestionario se realizó entre los meses de enero y febrero del presente año durante el turno de mañana el mismo que tuvo una duración aproximada de 30 minutos por cada paciente y fue hasta completar el número de elementos del estudio.

3.5 TRATAMIENTO DE DATOS

Los datos se procesaron en el programa SPSS versión 26, los datos fueron incluidas de manera alfanumérica, a cada opción se le dio código, para conocer el autocuidado en los pacientes se sumó los ítems de cada dimensión, para obtener un valor final. Para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva a través de ello se determinó la frecuencia y porcentaje. Previo al uso de la estadística inferencial se utilizó la prueba de normalidad, donde la distribución fue normal (Ver anexo 4), por lo que se utilizó la prueba de Chi cuadrado para la prueba de hipótesis. La información se expresó en tablas de doble entradas.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

4.1.1. Características sociales

Tabla 1. Características sociales y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022

Características sociales	Autocuidado						Total		*P*
	Bueno*		Regular***		Malo***				
	N	%	N	%	n	%	N	%	
Ocupación									
Ama de casa	3	3	13	13.0	0	0	16	16.0	
Independiente	11	11.0	31	31.0	0	0	42	42.0	0.770
Empleado	7	7.0	15	15.0	1	1.0	23	23.0	
No trabaja	5	5	14	14.0	0	0.0	19	19.0	
Total	**26**	**26.0**	**73**	**73.0**	**1**	**1.0**	**100**	**100.0**	
Ingreso económico									
< S/ 930	9	9.0	33	33.0	0	0.0	42	42.0	
S/ 930	5	5.0	12	12.0	0	0.0	17	17.0	0.590
> S/ 930	12	12.0	28	28.0	1	1.0	41	41.0	
Total	**26**	**26.0**	**73**	**73.0**	**1**	**1.0**	**100**	**100.0**	
Grado de instrucción									
Sin instrucción	1	1.0	5	5.0	0	0.0	6	6.0	
Primaria	4	4.0	20	20.0	0	0.0	24	24.0	0.940
Secundaria	12	12.0	32	32.0	1	1.0	45	45.0	
Superior	9	9.0	16	16.0	0	0.0	25	25.0	
Total	**26**	**26.0**	**73**	**73.0**	**1**	**1.0**	**100**	**100.0**	
Persona con la que vive									
Esposa (o)	6	6.0	26	26.0	0	0.0	32	32.0	
Esposa (o) e Hijos	5	5.0	13	13.0	1	1.0	19	19.0	
Hijos	10	10.0	25	25.0	0	0.0	35	35.0	0,099
Solo	4	4.0	2	2.0	0	0.0	6	6.0	
Otros (hermano, tío)	1	1.0	7	7.0	0	0.0	8	8.0	
Total	**26**	**26.0**	**73**	**73.0**	**1**	**1.0**	**100**	**100.0**	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022

* Bueno = 52 - 76 puntos
** Regular = 26 - 51 puntos
*** Malo = 0 – 25 puntos

En la tabla 1, se observa las características sociales que se relacionan con el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud 9 de Octubre 2022, el 73% de pacientes refirieron prácticas de autocuidado regular, el 26% prácticas de autocuidado bueno y un mínimo porcentaje tiene prácticas de autocuidado malo. Referente a la ocupación el 42% de pacientes diabéticos es independiente y 23% es empelado. Al cruzar con la variable autocuidado el 31% de pacientes con ocupación independiente realizaban prácticas de autocuidado regular. Al realizar el análisis bivariado entre ocupación y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, a través de la prueba no paramétrica de Chi – cuadrado se encontró que no existe relación estadísticamente significativa (p = 0,770), entre ambas variables, por lo que se rechaza la hipótesis planteada (Ver anexo 05).

Respecto al ingreso económico, el 42% y 41% de pacientes tienen un ingreso menor a S/ 930 y mayor de S/ 930 respectivamente, la mayoría de los pacientes con un ingreso menor a S/ 930 presentaron prácticas de autocuidado regular (33%), solamente un 12% de pacientes con un ingreso mayor de S/ 930 presenta autocuidado bueno. Al realizar el análisis bivariado entre ingreso económico y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, a través de la prueba no paramétrica de Chi – cuadrado se encontró que no existe relación estadísticamente significativa (p = 0.590), entre ambas variables, por lo que se rechaza la hipótesis planteada (Ver anexo 06).

Respecto al grado de instrucción, el 45% de pacientes tienen

secundaria y el 25% tiene estudios superiores, el 32% de pacientes que tienen secundaria presentaron prácticas de autocuidado regular y solo el 12% de pacientes que tienen secundaria realizaron prácticas de autocuidado bueno. Al realizar el análisis bivariado entre grado de instrucción y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, a través de la prueba no paramétrica de Chi – cuadrado se encontró que no existe relación estadísticamente significativa (p = 0.940), entre ambas variables, por lo que se rechaza la hipótesis planteada (Ver anexo 07).

Finalmente, el ítem persona con la que vive, el 35% de pacientes diabéticos vive con sus hijos y un 32% vive con su esposa (o). El autocuidado regular prevaleció en los pacientes que viven con su esposa (o) seguidamente de los pacientes que viven con sus hijos en un 26% y 25% respectivamente. Solamente un 10% de pacientes que viven con sus hijos presentaron un autocuidado bueno. Al realizar el análisis bivariado entre persona con la que vive y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, a través de la prueba no paramétrica de Chi – cuadrado se encontró que no existe relación estadísticamente significativa (p = 0.099), entre ambas variables, por lo que se rechaza la hipótesis planteada (Ver anexo 08).

4.1.2. Características demográficas

Tabla 2. Características demográficas y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022

Características demográficas	Autocuidado						Total		*P*
	Alto*		Regular***		Bajo***				
	N	%	N	%	n	%	n	%	
Grupo etario									
20 – 29 años	5	5.0	5	5.0	0	0.0	10	10.0	0.216
30 – 39 años	6	6.0	14	14.0	0	0.0	20	20.0	
40 – 49 años	4	4.0	22	22.0	0	0.0	26	26.0	
50 – 59 años	8	8.0	14	14.0	1	1.0	23	23.0	
60 años a más	3	3.0	18	18.0	0	0.0	21	21.0	
Total	**26**	**26.0**	**73**	**73.0**	**1**	**1.0**	**100**	**100.0**	
Género									
Masculino	8	8.0	32	32.0	1	1.0	41	41.0	0.246
Femenino	18	18.0	41	41.0	0	0.0	59	59.0	
Total	**26**	**26.0**	**73**	**73.0**	**1**	**1.0**	**100**	**100.0**	
Estado civil									
Soltero (a)	8	8.0	15	15.0	0	0.0	23	23.0	0.803
Casado (a)	10	10.0	37	37.0	1	1.0	48	48.0	
Divorciado (a)	2	2.0	8	8.0	0	0.0	10	10.0	
Viudo (a)	6	6.0	13	13.0	0	0.0	19	19.0	
Total	**26**	**26.0**	**73**	**73.0**	**1**	**1.0**	**100**	**100.0**	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022

* Bueno = 52 - 76 puntos
** Regular = 26 - 51 puntos
*** Malo = 0 – 25 puntos

En la tabla 2, se observa las características demográficas que se relacionan con el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud 9 de Octubre 2022, respecto al grupo etario; el 22% de pacientes tenía entre 40 – 49 años, el 18% tenía de 60 años a más y un 14% equitativamente tenían entre 30 – 39 años y 50 – 59 años, todos estos grupos refirieron prácticas de autocuidado regular y solamente el 8% de pacientes de 50 – 59 años refirieron prácticas de autocuidado alto. Al realizar el análisis bivariado entre grupo etario y autocuidado en pacientes

con diabetes mellitus tipo 2, a través de la prueba no paramétrica de Chi – cuadrado se encontró que no existe relación estadísticamente significativa (p = 0,216), entre ambas variables, por lo que se rechaza la hipótesis planteada (Ver anexo 09).

Respecto al género, el 59% fue femenino y 49% masculino, 41% del género femenino realizaron prácticas de autocuidado regular, así mismo el 18% realizaron prácticas de autocuidado bueno. Al realizar el análisis bivariado entre género y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, a través de la prueba no paramétrica de Chi – cuadrado se encontró que no existe no existe relación estadísticamente significativa (p = 0,246), entre ambas variables, por lo que se rechaza la hipótesis planteada (Ver anexo 10).

Finalmente, en el estado civil encontramos que la mayoría de los pacientes están casados (48%) y solteros (23%), el 37% de pacientes casados y el 15% de solteros refirieron prácticas de autocuidado regular, así mismo, un 10% de pacientes casados refirieron prácticas de autocuidado alto. Al realizar el análisis bivariado entre estado civil y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, a través de la prueba no paramétrica de Chi – cuadrado se encontró que no existe relación estadísticamente significativa (p = 0,803), entre ambas variables, por lo que se rechaza la hipótesis planteada (Ver anexo 11).

4.1.3. Características clínicas

Tabla 3. Características clínicas y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022

Características clínicas	Autocuidado						Total		*P*
	Alto*		Regular** *		Bajo***				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Antecedentes familiares									
Mamá	3	3	13	13.0	0	0	16	16.0	0,195
Papá	11	11.0	31	31.0	0	0	42	42.0	
Mamá y papá	7	7.0	15	15.0	1	1.0	23	23.0	
Abuelos	4	4.0	8	8.0	0	0.0	12	12.0	
Ninguno	6	6.0	23	23.0	0	0.0	29	29.0	
	5	5	14	14.0	0	0.0	19	19.0	
Total	**26**	**26.0**	**73**	**73.0**	**1**	**1.0**	**100**	**100.0**	
Tiempo de enfermedad									
1 – 5 años	6	6.0	20	20.0	0	0.0	26	26.0	0,849
6 – 10 años	13	13.0	33	33.0	1	0.0	47	47.0	
Más de 10 años	7	7.0	20	20.0	0	0.0	27	27.0	
Total	**26**	**26.0**	**73**	**73.0**	**1**	**1.0**	**100**	**100.0**	
Tratamiento									
Pastillas	13	13.0	34	34.0	0	0.0	47	47.0	0,679
Insulina	7	7.0	17	17.0	1	1.0	25	25.0	
Insulina y pastillas	5	5.0	15	15.0	0	0.0	20	20.0	
Ninguno	1	1.0	7	7.0	0	0.	8.0	8.0	
Total	**26**	**26.0**	**73**	**73.0**	**1**	**1.0**	**100**	**100.0**	
Complicaciones									
Si	8	8.0	25	25.0	1	1.0	34	34.0	0,356
No	18	18.0	48	48.0	0	0.0	66	66.0	
Total	**26**	**26.0**	**73**	**73.0**	**1**	**1.0**	**100**	**100.0**	
Presencia de enfermedades									
Hipertensión arterial	12	12.0	38	38.0	1	1.0	51	51.0	0,859
Obesidad	6	6.0	12	12.0	0	0.0	18	18.0	
Hiperlipidemia	2	2.0	10	10.0	0	0.0	12	12.0	
Enfermedad de la tiroides	3	3.0	3	3.0	0	0.0	6	6.0	
Otros (glaucoma, pie diabético)	3	3.0	10	10.0	0	0.0	13	13.0	
Total	**26**	**26.0**	**73**	**73.0**	**1**	**1.0**	**100**	**100.0**	

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022

* Bueno = 52 - 76 puntos
** Regular = 26 - 51 puntos
*** Malo = 0 – 25 puntos

En la tabla 3, se observa las características clínicas que se relacionan con el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud 9 de Octubre 2022, respecto a los antecedentes familiares, el 42% indico que su papá presento diabetes y el 29% indico que no tiene antecedentes familiares, al cruzar con la variable autocuidado, el 31% de pacientes con padre diabético y 23% de paciente que no tenían antecedentes familiar, realizaron prácticas de autocuidado regular. No obstante, el 11% pacientes con padre diabético realizaron prácticas de autocuidado alto. Al realizar el análisis bivariado entre antecedentes familiares y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, a través de la prueba no paramétrica de Chi – cuadrado se encontró que no existe relación estadísticamente significativa (p = 0,195), entre ambas variables, por lo que se rechaza la hipótesis planteada (Ver anexo 12).

Respecto al tiempo de enfermedad, el 47% indico que tiene entre 6 – 10 años la enfermedad y el 27% tiene más de 10 años, al cruzar con la variable autocuidado, el 33% de pacientes con 6 – 10 años con diabetes refirieron prácticas de regular, así mismo este mismo grupo registro un mayor porcentaje de pacientes con prácticas autocuidado bueno (13%). Al realizar el análisis bivariado entre tiempo de enfermedad y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, a través de la prueba no paramétrica de Chi – cuadrado se encontró que no existe relación estadísticamente significativa (p = 0,849), entre ambas variables, por lo que se rechaza la hipótesis planteada (Ver anexo 13).

Referente al tratamiento, el 47% de pacientes utilizan pastilla para tratar su enfermedad y el 25% insulina. Al cruzar con la variable autocuidado el 34% de pacientes que utilizan pastillas y el 17% que utilizan insulina, sus prácticas de autocuidado fue regular. Al realizar el análisis bivariado entre tratamiento y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, a través de la prueba no paramétrica de Chi – cuadrado se encontró que no existe relación estadísticamente significativa (p = 0,679), entre ambas variables, por lo que se rechaza la hipótesis planteada (Ver anexo 14).

Con relación a las complicación el 66% de pacientes indico que no presentó ninguna complicación y el 34% si presento alguna complicación, al cruzar la variable con el autocuidado, el 48% de pacientes que no tuvieron complicaciones realizaron prácticas de autocuidado regular, así mismo este grupo registro un mayor porcentaje de pacientes que realizaron prácticas de autocuidado alto (18%). Al realizar el análisis bivariado entre complicación y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, a través de la prueba no paramétrica de Chi – cuadrado se encontró que no existe relación estadísticamente significativa (p = 0,356), entre ambas variables, por lo que se rechaza la hipótesis planteada (Ver anexo 15).

Finalmente, en la presencia de enfermedades, el 51% de pacientes además de tener diabetes presentaron hipertensión arterial y el 18% presentaron obesidad, al cruzar con la variable autocuidado el 38% de

pacientes con hipertensión arterial refirieron prácticas de autocuidado regular y el 12% de ese mismo grupo registro prácticas de autocuidado alto. Al realizar el análisis bivariado entre presencia de enfermedades y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, a través de la prueba no paramétrica de Chi – cuadrado se encontró que no existe relación estadísticamente significativa (p = 0,356), entre ambas variables, por lo que se rechaza la hipótesis planteada (Ver anexo 16).

4.2. DISCUSIÓN

En la actualidad la diabetes mellitus es considerado un problema de salud pública no solo por la incidencia y prevalencia sino por las morbilidades producto de las complicaciones que genera, los gastos elevados que genera para el control, así como para el tratamiento y por el impacto que biopsicosocial en las personas afectas (49). El objetivo del estudio fue determinar las características sociales, demográficas y clínicas relacionadas al autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un programa de enfermedades no transmisibles del centro de salud 9 de octubre.

En el presente estudio los pacientes diabéticos que pertenecen a un programa de enfermedades no transmisible realizaron prácticas de autocuidado regular, este resultado es similar a lo encontrado por Ríos LY (19), y Cuya et al (8). Sin embargo, en muchos estudios se encontró que el autocuidado que tiene los pacientes diabéticos es bajo (16) (18) (21) (22), no obstante son pocos estudios donde el autocuidado fue bueno (20) e incluso muy bueno (23). Esto se debe al contexto del estudio, así como las principales características sociales, demográficas y cultural de los pacientes diabéticos (7).

Dentro de las características sociales encontramos que la ocupación de los pacientes diabéticos en su mayoría es independiente (19) y presentan un autocuidado regular (p = 0,651), en otros estudios los pacientes diabéticos se dedican a su hogar (17) e incluso no tiene

ocupación alguna (21) (24). Las revisiones sistemáticas han concluido que los ingresos socioeconómicos bajos se asocian a la incidencia de la diabetes mellitus tanto de países de ingreso altos medios y bajos (50), situación distinta al presente estudio donde los pacientes diabéticos percibieron un ingreso económico superior al ingreso básico y realizaron prácticas de autocuidado regular (p = 0.674). Respecto al grado de instrucción los pacientes en su mayoría tienen secundaria y realizaron prácticas de autocuidado regular (p = 0.686), situación similar encontramos en el estudio de Ríos LY (19), por otro lado, el grado de instrucción que presentaron los pacientes fue primaria (17) (21) (22), no obstante en el estudio de Fernández JD (24) y Silva CC (26), el grado de instrucción de los pacientes diabéticos fue universitario. La mayoría de los pacientes diabéticos viven con algún pariente cercano o de primera línea (hijos (as) o esposa (o)) y el autocuidado que alcanzo fue regular, situación similar encontramos en el estudio de Rojas M (17) donde los pacientes diabéticos viven con su pareja.

Respecto a las características demográficas, en el estudio los pacientes diabéticos tienen entre 40 – 60 años y el autocuidado fue regular (p = 0,216), este resultado guarda relación con el estudio Silva CC (26), donde el promedio de la edad de los pacientes fue 46.7 años y 56 años en el estudio de Fernández JD (24), por otro lado, en otros estudios la edad de los pacientes fue mayor de 60 años (19) (8) (22), de ello puede inferirse que la edad promedio de inicio de la diabetes es 40 años, un periodo insidioso que limita las buenas prácticas de autocuidado en los pacientes debido al comportamiento arraigados que tenemos sobre la salud (51). En

cuanto al género, los pacientes diabéticos en su mayoría fueron femenino y el autocuidado fue regular (p = 0,246), de modo semejante en diversos estudios el género femenino se mostró con mayor frecuencia (19), (8) (21) (26), por otra parte en otros estudios el género masculino prevaleció (22) (24) (26). Con relación al estado civil, los pacientes diabéticos son casados (as), y estos realizaron prácticas de autocuidado regular (p = 0.803), este resultado es similar a lo encontrado por Contreras GT (21) y Fernández JD (24) donde los pacientes son casados, sin embargo, en el estudio de Ríos LY (19) y Silva CC (26), los pacientes son convivientes.

Concerniente a las características clínicas, en lo que respecta a los antecedentes familiares, los pacientes manifestaron que su papá presentó diabetes mellitus, el autocuidado fue regular (p = 0,195). Con respecto al tiempo de enfermedad, en el estudio de Esquivel A (20), encontró que existe relación significativa entre el tiempo de la enfermedad y la capacidad de autocuidado, en el presente estudio los pacientes que padecen la enfermedad entre 6 – 10 años y el autocuidado fue regular (p = 0,849), periodo de tiempo similar encontrado en el estudio de Ríos LY (19), donde el tiempo de enfermedad fue 1 a 10 años, no obstante en el estudio de Contreras GT (21), el tiempo de enfermedad fue corta 4.9 ± 4.86 años. Referente al tratamiento, los pacientes utilizan las pastillas para tratar su enfermedad y un grupo reducido la insulina, el autocuidado en los pacientes que utilizan las pastilla es regular (p = 0,679), del mismo modo en el estudio de Silva CC (26) el tratamiento que recibe los paciente fueron antidiabéticos orales, no obstante en el estudio de Ríos LY (19), la insulina fue medicamento de preferencia. La presencia de complicaciones respecto a

una enfermedad depende del autocuidado que tiene el pacientes (21), en cuanto a las complicaciones, la mayoría de los pacientes no presentaron complicaciones respecto a su enfermedad y el autocuidado en estos paciente fue regular (p = 0,356), este resultado es similar a lo encontrado por Ríos LY (19) donde los pacientes no presentaron complicaciones. Finalmente, en lo que refiere a la presencia de enfermedades o comorbilidad, los pacientes aparte de presentar diabetes mellitus tienen hipertensión arterial y el autocuidado fue regular (p = 0,356), resultado similar encontramos en el estudio de Silva CC (26), donde la comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial. Esto nos indica que, con un autocuidado regular, el pronóstico para mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos es limitada y la posibilidad de presentar otras enfermedades como la insuficiencia renal crónica, que es muy frecuente en estos pacientes en un futuro lejano es muy certero (1).

Por consiguiente, las características independientemente que presentan los pacientes diabéticos permiten interpretar, explicar y reconocer en ciertas medidas las prácticas de autocuidado que tienen cada persona, Orem D.E indica que el autocuidado es un proceso que consta de un determinado periodo, esencial para el mantenimiento, buen funcionamiento y desarrollo personal (47).

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- El autocuidado en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre es regular.

- Las características sociales que presentan los pacientes diabéticos con autocuidado regular fueron de ocupación independiente de ingreso menor de < S/ 930, con secundaria, y los pacientes que vive con sus hijos. Estas características sociales no se relacionan significativamente con el autocuidado.

- Dentro de las características demográficas, los pacientes diabéticos con autocuidado regular tienen entre 40 – 49 años, son femenino y son casados. Estas características demográficas no se relacionan significativamente con el autocuidado.

- Dentro de las características clínica de los pacientes diabéticos con autocuidado regular, encontramos como antecedentes familiar de la enfermedad tiene a su papá, el tiempo que tiene con la enfermedad es de 6 – 10 años, el tratamiento para su

enfermedad que utilizan son las pastillas, la mayoría no presentó complicaciones y como comorbilidades más frecuente presentaron hipertensión arterial. Estas características clínicas no se relacionan significativamente con el autocuidado.

5.2. RECOMENDACIONES

- Al director de la Dirección Regional de Salud de Ucayali, es necesario que realicen un análisis situación sobre los estilos de vida de la población y las características sociales demográficas y clínicas específicamente de los pacientes con diabetes mellitus, debido a que en el estudio se ha identificado que los pacientes tienen una corta edad y presentan otras comorbilidades. A fin de que generen estrategias que ayuden al aprendizaje de habilidades que le permitan percibir los beneficios de la adopción de estilos de vida saludables.

- Al director del Centro de Salud 9 de Octubre, es necesario que evalúen el conocimiento y las prácticas de autocuidado que tiene sus pacientes que pertenecen al programa de enfermedades no transmisible específicamente de diabetes mellitus, debido a que el autocuidado en el estudio es regular.

- A la enfermera(o) o encargada(o) del Programa de Enfermedades no Transmisible, específicamente a los pacientes que presentan Diabetes Mellitus, que elabore un plan donde la educación participativa sea el pilar para que desarrollen vínculos entre la teoría y práctica, que ayude a incrementar el sentimiento de autoeficacia, autocontrol y que favorezca el autocuidado, a fin de que puedan tomar decisiones para mejorar sus hábitos y por ende sus estilos de

vida, específicamente a los pacientes del género femenino, los que presentaron otras comorbilidades y complicaciones dentro del estudio.

- A la Facultad de medicina, Ciencias de la Salud y escuela de Psicología, deben priorizar estudios sobre la diabetes mellitus que contribuyan a mejorar el autocuidado de las personas, debido a que es considerado un problema de salud pública y por la alta incidencia que tiene es enfermedad.

REFERECIA BIBLIOGRAFÍA

1. Zheng Y, Ley SH, Hu FB. Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. Nat Rev Endocrinol. 2018; 14(2): p. 88 - 98.
2. Federation International Diabetes. IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Bélgica: Federation International Diabetes; 2021.
3. Pérez Rodríguez A, Barrios López Y, Monier Tornés A, Berenguer Gouarnalusses M, Martínez Fernández I. Repercusión social de la educación diabetológica en personas con diabetes mellitus. MEDISAN. 2009 Enero; 13(1): p. 2009.
4. Oren DE. Nursing: Concepts of practice. 5th ed. Louis S, editor.: Mosby-Year Book; 1995.
5. Rodrigues FF, Santos MA, Teixeira CRS, Gonela JT, Zanetti ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em individuos com diabetes mellitus. Acta paul enferm. 2012 Jan; 25(2): p. 284 - 90.
6. Buichia-Sombra G, Dórame-López A, Miranda-Félix , Castro-Juarez A, Esparza-Romero J. Prevalencia y factores asociados a diabetes mellitus tipo 2 en poblacion indígena de México: revisión sistematica. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2020; 58(3).
7. Shrivastava , Shrivastava , Ramasamy. Role of self-care in management of diabetes mellitus. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders. 2013; 12(14).
8. Cuya C, Hurtado P. Autocuidadony su relación con los valores de glicemia en pacientes diabéticos atendidos en el Hospital Villa Salud, marzo 2017.

Tesis de pregrado. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2017. http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1600/TITULO%20-%20%20Cuya%20Mendoza%2C%20Carmen.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia Mundial Sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Nota descriptiva. Perú:; 2017. www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs312/es/ - 39k.

10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. En el Perú 3 de cada 100 personas de 15 y más años reportan tener diabetes. Perú:; 2018. https://www.inei.gob.pe/./en-el-peru-3-de-cada-100-personas-de-15-y-mas-anos-rep.

11. Instituto Nacional de Estadística e informática. Enfermedades no transmisibles y transmisibles. Lima:; 2016.

12. Sillas D, Jordán L. Autocuidado, elemento esencial en la práctica de enfermería. ; 2011.

13. Vilchez J, Romani L, Reátegui S, Gómez E, Silva C. Factores asociados a la realización de actividades de autocuidado en pacientes diabéticos en tres hospitales de Ucayali. Pucallpa:; 2018.

14. Orem E. Normas Prácticas de Enfermería. Madrid:; 1983.

15. Hidalgo EV. Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al Programa de diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Octubre-diciembre 2005. Tesis de pregrado. Lima: Universidad

Nacional Mayor de San Marcos; 2005. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1017/hidalgo_ce.pdf;jsessionid=D3882629A0F9D961A958FE0580A91A90?sequence=1.

16. Pousa M. Nivel de conocimiento de autocuidado en el paciente diabético tipo 2 de la UMF N°. 8 de Aguascalientes. Tesis de posgrado. México: Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2017. http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1257/417363.pdf?sequence=1.

17. Rojas M. Características Sociodemográficas-Clínicas y de Estilos de vida de los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, que asisten a control de crónicos en el Hospital San Francisco E.S.S. de la Ciudad de Ibagué los días 5,6,7 y 8 de julio del 2016. Tesis de pregrado. Colombia: Universidad de Tolima; 2016. http://www.repository.ut.edu.co/browse?type=authour&value=Rojas+Mac%C3%A DAS%2C+Mayra+Alexandra.

18. Soler Y, Pérez E, López M, Quezada D. Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Cuba:; 2016. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300004&lng=es..

19. Rios LY. Autocuidado, factores sociodemográficos y clínicos en personas con diabetes mellitus tipo 2 del Programa de Diabetes Centro de Salud Progreso, Chimbote 2018. Tesis de posgrado. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2018. http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/10431/AUT

OCUIDADO_DIABETES_MELLITUS_RIOS_CUEVA_LOURDES_YAHAIRA.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

20. Esquivel A. Factores sociodemográficos y capacidad de autocuidado del paciente adulto con hipertensión y diabetes. Tesis de posgrado. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2017. http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8625/2E%20464.pdf?sequence=1.

21. Contreras GT. Calidad de vida y autocuidado en los pacientes del programa de diabetes mellitus del Hospital Hipólito Unane de Tacna, 2017. Tesis de pregrado. Tacna: Universidad Privada de Tacna; 2017. http://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/UPT/174/1/Contreras-S%C3%A1nchez-Gabriela.pdf.

22. Carrillo EY. Conocimiento, actitudes y prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Hospital de Tingo María-2016. Tesis de pregrado. Tingo María: Universidad de Huánuco; 2016. http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/574/T047_44295581_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

23. Apaza Y, Huaraya M. Capacidad de autocuidado y la calidad de vida en personas con diabetes mellitus tipo 2 en los consultorios externos de endocrinología del Hospital Honorio Delgado. Tesis de pregrado. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2016.

24. Fernández JD. Factores Sociodemográficos y Estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Centro Médico EsSalud - Chota, periodo enero-junio, 2016. Tesis de pregrado. Cajamarca:

Universidad Nacional de Cajamarca; 2016.

25. Cava AA. Aderencia terapeútica en diabetes mellitus tipo II en 2 Hospitales de Pucallpa en el periodo 2017. Tesis de pregrado. Pucallpa: Universidad Nacional de Ucayali; 2017.

26. Silva CC. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre diabetes mellitus tipo 2 de los pacientes de los Hospitales de Coronel Portillo, 2017. Tesis de pregrado. Pucallpa: Univrsidad Nacional de Ucayali; 2017. http://repositorio.unu.edu.pe/bitstream/handle/UNU/3846/000003410T.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

27. Exaltación N. Prácticas de estilos de vida en pacientes con diabetes tipo II, de la Estrategia Sanitaria daños no transmisibles de un establecimiento de Salud de Huánuco. Tesis de pregrado. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2016. http://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/120;jsessionid=F4D14F98ABA015908A2B7577B7919566.

28. Deza A. Efectividad del programa educativo para mejorar nivel de Conocimientos de la diabetes mellitus en pacientes diabéticos Tipo II del Hospital I Florencia de Mora Trujillo, 2015. Tesis de posgrado. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2015.

29. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Mundial sobre la Diabetes. Ginebra:; 2016. http://www.who.int www.who..

30. Merino J, Stiepovich J. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. ; 2012. http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v134n12/art01.pdf.

31. Asociación Latinoamericana de Diabetes. Diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo II. Cuautitlán Izcalli, Mexíco:; 2017. www.revistaalad.com.

32. Sociedad Venezolana de endocrinología y metabolismo. Venezuela:; 2018. http://www.svemonline.org/.

33. Otero L, Zanetti M, De Souza C. Características Sociodemográficas y Clínicas de una población diabética en el nivel primario de atención a la salud. Revista Enfermería. 2007.

34. Ministerio de Salud. R.M. N° 719-2015/MINSA. Guía Práctica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. Lima:; 2015.

35. Molena C. Factores de riesgo. Revista Latino americana Enfermagen. www.eerp.usp.br/rlaehttp://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es=11.pdf. .

36. Kosier B. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica España: Interamericana; 1998.

37. Colliere MF. Promover la Vida España: Mc Graw Hill; 1993.

38. Sociedad Peruana de Endocrinología. Guía Peruana de Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Primera ed. Lima-Perú: Mujica y Asociados S.A.C.; 2008.

39. Organización Mundial de la Salud (OMS). Adhesión a terapias a largo plazo: Evidencia para la acción. Organización Mundial de la Salud, 2003. ; 2003. http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf..

40. Rossete AP. Cuidados de enfermería tendencias y conceptos actuales Chile: Interamericana; 1980.

41. Fundación Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud. Guía de actualización en diabetes mellitus tipo 2. Barcelona:; 2017.

42. Organización Panamericana de la Salud. Guía para la Atención Integral de las personas con diabetes mellitus. Panamá:; 2009.

43. Aschner P. Guías Asociación Latinoamericana de Diabetes. Revista de la asociación latinoamericana de diabetes. 2006. https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/diabetes-complicaciones-enfermedadesasociadas.aspx.

44. Romero I, Dos Santos M, Martins T, Zaneti M. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia. México:; 2010. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_21.pdf3.

45. Dumont MM. Alimentación en el adulto mayor. Argentina:; 2009. http://www.nutrilinecenter.com/adultomayor.html..

46. Lázaro J, Snyder R, Ramón J. Ulceras de pie diabético: Prevención, cuidados y tratamiento. España:; 2014.

47. Orem DE. Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona:; 2010.

48. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Sexta ed. Interamericana , editor. México: McGraw-Hill; 2014.

49. Pinilla E, Barrera DP, Rubio C, Devia D. Actividades de prevención y factores de riesgos en diabetes mellitus y pie diabetico. Acta Médica Colombiana. 2014 Julio-Septiembre; 39(3).

50. Agardh E, Allebeck P, Hallqvist J, Moradi T, Sidorchuk A. Type 2 diabetes incidence and socio-economic position: a systematic review and meta-analysis. Int J Epidemiol. 2011; 40(3): p. 804-18.

51. Chourdakis , Kontogiannis , Malachas K, Pliakas T, Kritis. Self-Care Behaviors of Adults with Type 2 Diabetes Mellitus in Greece. Journal of Community Health. 2014 39;(972-979).

52. Herrera Añazco P, Atamari Anahui N, Flores Benites V. Número de nefrólogos, servicios de hemodiálisis y tendencia de la prevalencia de enfermedad renal crónica en el Ministerio de Salud de Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2019 Enero/Marzo; XXXVI(1).

53. Laura Huahuachampi M, Pérez Rojas HE. Apoyo social y adherencia terapéutica en personas con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Tesis para bachiller. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustin de Arequipa, Enfermería; 2016.

54. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. Sexta ed. Mexico: McGRAW-HILL; 2014.

55. Casas Anguita J, Repullo Labrador JR, Donado Campos J. La encuesta como técnica de investigación.Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. ELSEVIER. 2003 Mayo; XXXI(8).

56. Pascual R, Andreu B. Programa de educación sanitaria del paciente en hemodiálisis. Rev Soc Esp Enferm Nefrol. 1989.

57. Federación Internacional de Diabetes. Diabetes Atlas de la FID. Octava ed.; 2017.

ANEXOS

Anexo 01

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Enfermería

Código:

CUESTIONARIO

Características sociales, demográficas y clínicas relacionadas al autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de octubre, 2022.

I. PRESENTACION:

Estimado(a) señor(a): Buen día le saluda la Bach. Enf. Valeria Vasquez Torres y Liz Brigith Bocanegra Muñoz, egresadas de la Universidad Nacional de Ucayali, Facultad Ciencias de la salud - Escuela Profesional de Enfermería.

II. INSTRUCCIONES:

Se presenta unas preguntas, las que deberá leer y marcar con una X la respuesta que considere adecuada. La información que brinde es de importancia para la investigación que pretendemos desarrollar. Muchas gracias.

III. CARACTERISTICAS ASOCIADAS A LA DIABETES MELLITUS:

DEMOGRAFICAS:

1. Edad: ……..

a) De 18 a 29 años b) De 30 a 39 años c) De 40 a 49 años

d) De 50 a 59 años e) De 60 a más años

2. Género:

a) Masculino b) Femenino

3. Estado civil:

a) Soltero (a) b) Casado(a) c) Divorciado(a) d) Viudo(a)

SOCIALES

1. Ocupación:

a) Ama de casa b) Independiente c) Empleado(a) d) No trabaja

2. Ingreso económico:

a) < 930 b) 930 c) >930

3. Grado de instrucción:

a) Sin instrucción b) Primaria c) Secundaria d) Superior

4. Persona con quien vive:

a) Esposo (a) b) Esposa (o) e Hijos(as) c) Hijos

d) Solo(a) d) Otros especifique: …….

CLÍNICAS

1. Antecedentes familiares con diabetes:

a) Mamá b) Papá c) Mamá y papá d) Abuelos e) Ningunos

2. Tiempo de la enfermedad:

a) De 1 a 5 años b) De 6 a 10 años c) Mayor de 10 años

3. Tratamiento de la diabetes:

a) Pastillas b) Insulinas c) Insulinas y pastillas d) Ninguno

4. Presencia de complicaciones de la diabetes:

a) Si b) No

5. Presencia de alguna de las siguientes enfermedades:

a) Hipertensión arterial b) Obesidad

c) Enfermedad de la tiroides d) Colesterol elevado

IV. AUTOCUIDADO DE LA DIABETES MELLITUS

N°.	Dimensiones	Nunca	A veces	Siempre
	Alimentación			
1	La diabetes le hizo cambiar el tipo y cantidad de comida que consume.	0	1	2
2	Cumple con la dieta indicada por el médico tratante.	0	1	2
3	Sigue la dieta indicada por el médico tratante.	0	1	2
4	Consume más de dos comidas completa al día.	0	1	2
5	Consume frutas y verduras diariamente.	0	1	2
6	Consume diariamente de 6 a 8 vasos de agua al día.	0	1	2
7	Tiene horarios establecidos en cuanto a su alimentación.	0	1	2
8	Consume en su plato la cuarta parte de pan, harinas, arroz, fideos	0	1	2
9	Evita el consumo de comida procesada y dulces como chocolates, caramelos, galletas, etc.	0	1	2

10	Come solo(a)	2	1	0
	Actividad física	**Nunca**	**A veces**	**Siempre**
11	Practica alguna actividad física acuerdo a la enfermedad recomendado por el médico.	0	1	2
12	El tiempo no le alcanza para realizar ejercicios.	2	1	0
13	Realiza por iniciativa propia las actividades físicas.	0	1	2
14	Realiza actividades físicas por lo menos tres veces por semana (caminar, bailar, etc).	0	1	2
15	Realiza actividades recreativas junto a los familiares y amigos.	0	1	2
16	Se siente cansado(a) sin energía para realizar actividades de la vida diaria.	2	1	0
17	Practica el taichí, yoga, etc u otros ejercicios de relajación.	0	1	2
18	Prefiere ver televisión, estar sentado en la mecedora o durmiendo.	0	1	2
	Tratamiento	**Nunca**	**A veces**	**Siempre**
19	Impiden seguir el tratamiento las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera de la casa.	2	1	0
20	Olvida de tomar los medicamentos indicados por el médico tratante.	2	1	0
21	Necesita que alguien le haga acordar que debe tomar los medicamentos.	2	1	0
22	Toma los medicamentos, solo cuando se siento mal.	2	1	0
23	Los medicamentos que consume para su enfermedad mejoran la salud.	0	1	2
24	Cuando mejoran los síntomas, suspende el tratamiento.	2	1	0
	Control de la glucosa	**Nunca**	**A veces**	**Siempre**
25	Se realiza el número de controles de la glucosa	0	1	2

	que le recomiendan.			
26	Cuando se encuentra mal y sospecha que tiene una baja de azúcar se hace un control de azúcar.	0	1	2
27	Lleva un registro personal de las cifras de la glucosa.	0	1	2
	Asistir a los controles	**Nunca**	**A veces**	**Siempre**
28	Asiste a los controles en la fecha, y hora indicada.	0	1	2
29	La distancias de la casa o trabajo al Programa de diabetes no le dificultan el cumplimiento de las citas.	0	1	2
30	Los días de lluvia no acude a los controles.	2	1	0
31	Acude al médico ante algún cambio, dolencia o enfermedad.	0	1	2
	Cuidados físicos	**Nunca**	**A veces**	**Siempre**
32	Revisa los pies diariamente para evitar complicaciones.	0	1	2
33	Usa zapatos y medias de algodón que protegen la piel no le causen lesiones.	0	1	2
34	Evita usar sandalias o andar descalzo.	0	1	2
35	Utiliza cremas o jabones hidratantes para sus pies.	0	1	2
36	Si se corta las uñas, lo hace de forma recta.	0	1	2
37	Acude al oftalmólogo por lo menos una vez al año.	0	1	2
38	Mira la televisión a una distancia mínima de 2 metros.	0	1	2

Anexo 02

Prueba de confiabilidad de la variable Autocuidado

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,800	38

Anexo 03

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

Código:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: ……con documento de identificación N°……., declaro voluntariamente que acepto participar en el estudio de investigación CARACTERÍSTICAS SOCIALES, DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS ASOCIADAS AL NIVEL DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL PROGRAMA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DEL CENTRO DE SALUD 9 DE OCTUBRE, 2022. Que tienen como objetivo determinar las características sociodemográficas y clínicas y el nivel de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Puesto que he sido informado de propósito y metodología del estudio de investigación. He comprendido la información y la solicitud de colaboración que me hace. También se me ha garantizado la confidencialidad de la información que yo pueda aportar, así como de mi identidad.

Por tanto, doy mi consentimiento para participar en la investigación y que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que lo desee.

Fecha: _____

_____

Firma del paciente

Anexo 04

Prueba de normalidad

Prueba de Kolmogórov-Smirnov para una muestra

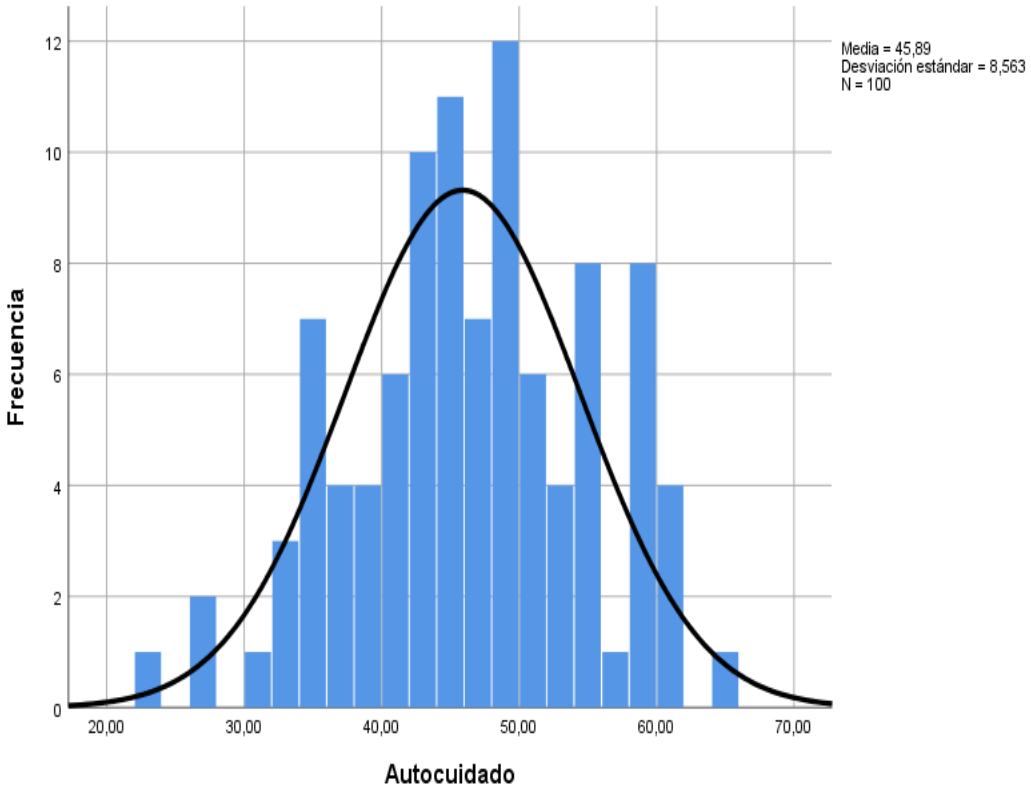
		Autocuidado
N		100
Parámetros normales[a,b]	Media	45,8900
	Desv. Desviación	8,56336
Máximas diferencias extremas	Absoluto	,059
	Positivo	,046
	Negativo	-,059
Estadístico de prueba		,059
Sig. asintótica(bilateral)		,200[c,d]

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

d. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.



Anexo 05

Tabla a. Prueba de hipótesis entre ocupación y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	82,680[a]	93	,770
Razón de verosimilitud	92,596	93	,492
Asociación lineal por lineal	,219	1	,639
N de casos válidos	100		

a. 128 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,16.

Anexo 06

Tabla b. Prueba de hipótesis entre ingreso económico y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	58,857[a]	62	,590
Razón de verosimilitud	66,592	62	,322
Asociación lineal por lineal	,671	1	,413
N de casos válidos	100		

a. 96 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,17.

Anexo 07

Tabla c. Prueba de hipótesis entre grado de instrucción y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	72,842[a]	93	,940
Razón de verosimilitud	78,854	93	,852
Asociación lineal por lineal	,949	1	,330
N de casos válidos	100		

a. 128 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,06.

Anexo 08

Tabla d. Prueba de hipótesis entre personas con la que vive y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	144,629[a]	124	,099
Razón de verosimilitud	137,151	124	,198
Asociación lineal por lineal	,003	1	,959
N de casos válidos	100		

a. 160 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,06.

Anexo 09

Tabla e. Prueba de hipótesis entre grupo etario y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,762[a]	8	,216
Razón de verosimilitud	10,291	8	,245
Asociación lineal por lineal	2,540	1	,111
N de casos válidos	100		

a. 6 casillas (40,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,10.

Anexo 10

Tabla f. Prueba de hipótesis entre género y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,807[a]	2	,246
Razón de verosimilitud	3,188	2	,203
Asociación lineal por lineal	2,083	1	,149
N de casos válidos	100		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,41.

Anexo 11

Tabla g. Prueba de hipótesis entre estado civil y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,047[a]	6	,803
Razón de verosimilitud	3,403	6	,757
Asociación lineal por lineal	,003	1	,957
N de casos válidos	100		

a. 6 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,10.

Anexo 12

Tabla h. Prueba de hipótesis entre antecedentes familiar y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,120[a]	8	,195
Razón de verosimilitud	7,789	8	,454
Asociación lineal por lineal	,001	1	,972
N de casos válidos	100		

a. 7 casillas (46,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,11.

Anexo 13

Tabla i. Prueba de hipótesis entre tiempo de enfermedad y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,372[a]	4	,849
Razón de verosimilitud	1,756	4	,780
Asociación lineal por lineal	,051	1	,822
N de casos válidos	100		

a. 3 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,26.

Anexo 14

Tabla j. Prueba de hipótesis entre tratamiento de la diabetes y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,986[a]	6	,679
Razón de verosimilitud	3,880	6	,693
Asociación lineal por lineal	,515	1	,473
N de casos válidos	100		

a. 5 casillas (41,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,08.

Anexo 15

Tabla k. Prueba de hipótesis entre complicaciones y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,064[a]	2	,356
Razón de verosimilitud	2,283	2	,319
Asociación lineal por lineal	,478	1	,489
N de casos válidos	100		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,34.

Anexo 16

Tabla l. Prueba de hipótesis entre presencia de enfermedades y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud 9 de Octubre, 2022

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,979[a]	8	,859
Razón de verosimilitud	4,163	8	,842
Asociación lineal por lineal	,005	1	,941
N de casos válidos	100		

a. 10 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,06.