



**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**AUTOCAUIDADO, FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y
CLÍNICOS EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES CENTRO DE
SALUD PROGRESO, CHIMBOTE 2018**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA**

AUTORA:

LOURDES YAHAIRA RIOS CUEVA

ASESORA:

DRA. ENF. NÉLIDA CANTUARIAS NORIEGA

CHIMBOTE – PERÚ

2019

JURADO EVALUADOR DE LA TESIS

DRA. MARÍA ELENA URQUIAGA ALVA
PRESIDENTE

MGTR. FANNY ROCÍO ÑIQUE TAPIA
MIEMBRO

MGTR. SUSANA ELIZABETH CABANILLAS DE LA CRUZ
MIEMBRO

DRA. NÉLIDA CANTUARIAS NORIEGA
ASESORA

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios Padre, creador
de mi vida, mi amigo
incondicional, fuerza insuperable
que fortalece día a día mi existir.

A toda mi familia, tesoro invaluable
concedido por Dios, que sin ser
perfecta me brinda el apoyo y amor
incondicional a pesar de sus
limitaciones.

A la Universidad Católica los Ángeles
de Chimbote, por darme la oportunidad
de desarrollarme profesionalmente e
instruirme a través de la Dra, Nélida
Cantuarias Noriega, en el interesante
mundo de la investigación científica
aplicado a Enfermería.

DEDICATORIA

A mi esposo Cesar Enrique
Moreno Porras, por su amor
manifestado en la paciencia y
comprensión sobre todo en las
dificultades e inconvenientes que
se presentaron.

A mis padres Víctor, Santana y
Alejandrina, por el amor que me
demuestran y profesan a través
de su apoyo, escucha y consejos.

RESUMEN

El objetivo general de la presente investigación es; determinar el nivel de autocuidado en relación con los factores sociodemográficos y clínicos de las personas con diabetes mellitus tipo 2 del Programa de Diabetes del Centro de Salud Progreso, el estudio es descriptivo correlacional de corte transversal, no experimental. La población lo conforman 66 personas con diabetes mellitus tipo 2. Los resultados muestran que el 29% presentaron un buen nivel de autocuidado, el 71% un regular autocuidado y un 0% un autocuidado deficiente. Entre los factores sociodemográficos predomina el sexo femenino, los mayores de 60 años de edad, 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% tienen tratamiento pastillas e insulina, el 98% ningún hábito tóxico, el 53% no presentan complicaciones, el 79% presión arterial normal y el 58% presentaron un Índice de Masa Corporal normal. Aplicando la prueba de X^2 , entre los factores sociodemográficos en relación con el autocuidado, solo la ocupación presentó significancia estadística $p < 0.05$ y los factores clínicos en relación con el autocuidado presentaron significancia estadística $p < 0.05$ las dimensiones presión arterial, presencia de complicaciones por la diabetes y el IMC.

Palabras clave: Autocuidado, diabetes mellitus 2, factores clínicos y factores sociodemográficos.

ABSTRACT

The general objective of this research is to determine the level of self-care in relation to the sociodemographic and clinical factors of people with diabetes mellitus type 2 Diabetes Program Progreso Health Center, the study is descriptive correlational cross-section, not experimental. The population consists of 66 people with diabetes mellitus type 2. The results show that 29% had a good level of self-care, 71% a regular self-care and 0% poor self-care. Among the sociodemographic factors, women predominate, those over 60 years of age, with independent occupation, 46% of secondary education and 52% are cohabitants. Among the clinical factors 77% had sick time from 1 to 10 years, 38% had pills and insulin treatment, 98% had no toxic habit, 53% had no complications, 79% had normal blood pressure and 58% had a normal BMI. . Applying the X² test, among the sociodemographic factors in relation to self-care, only the occupation had statistical significance $p < 0.05$ and the clinical factors in relation to self-care had statistical significance $p < 0.05$ the blood pressure dimensions, presence of complications due to diabetes and the Body Mass Index.

Key words: Self-care, diabetes mellitus 2, clinical factors and sociodemographic factors,

CONTENIDO

	Pag.
1. Título de la Investigación.....	i
2. Hoja de firma de jurado y asesor	ii
3. Hoja de agradecimiento.....	iii
4. Hoja de dedicatoria	iv
5. Resumen	v
6. Abstract	vi
7. Contenido	vii
8. Índice de tablas	viii
9. Índice de gráficos	ix
I. Introducción	1
II. Marco Teórico	8
2.1 Bases Conceptuales.....	8
2.2 Antecedentes.....	25
2.3 Bases Teóricas.....	31
2.4 Hipótesis.....	33
2.5 Variables.....	35
III. Metodología	36
3.1 Tipo y Diseño de la Investigación	36
3.2 Población o muestra	36
3.3 Definición y Operacionalización de las Variables y los indicadores.....	37
3.4 Técnicas e Instrumentos.....	46
3.5 Plan de Análisis.....	49
3.6 Matriz de Consistencia	50
3.7 Principios Éticos.....	51
IV. Resultados.....	53
4.1 Resultados.....	53
4.2 Análisis de resultados	70
V. Conclusiones y Recomendaciones	94
5.1 Conclusiones.....	94
5.2 Recomendaciones.....	95
Referencias Bibliográficas	97
Anexos.....	104

ÍNDICE DE TABLAS

	Pag
TABLA 1 NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES C. S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018	53
TABLA 2 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS POR DIMENSIONES DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES C. S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018.....	55
TABLA 3 FACTORES CLÍNICOS POR DIMENSIONES DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES C. S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018.....	61
TABLA 4 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS POR DIMENSIONES EN RELACIÓN CON EL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES C. S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018.....	66
TABLA 5 FACTORES CLÍNICOS POR DIMENSIONES EN RELACIÓN CON EL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES C.S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018.....	68

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pag.
GRÁFICO 1 NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL C. S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018	54
GRÁFICO 2 SEXO DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES C. S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018....	57
GRÁFICO 3 EDAD DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL C.S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018.....	57
GRÁFICO 4 NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL C.S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018.....	58
GRÁFICO 5 ESTADO CIVIL DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL C.S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018	58
GRÁFICO 6 OCUPACIÓN DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL C.S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018.....	59

GRÁFICO 7	CON QUIEN VIVE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL C.S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018	59
GRÁFICO 8	PARTICIPACIÓN EN GRUPOS DE APOYO EN LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL C.S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018.....	60
GRÁFICO 9	TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL C.S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018	62
GRÁFICO 10	TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL C.S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018	62
GRÁFICO 11	ANTECEDENTES FAMILIARES DE DIABETES, EN LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL C.S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018	63
GRÁFICO 12	HÁBITOS TÓXICOS EN LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL C.S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018	63

GRÁFICO 13	COMPLICACIONES DE DIABETES, EN LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL C.S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018.....	64
GRÁFICO 14	TIPO DE PRESIÓN ARTERIAL, EN LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL C.S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018.....	64
GRÁFICO 15	ÍNDICE DE MASA CORPORAL - IMC, EN LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL C.S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018.....	65

I. Introducción.

La diabetes mellitus no es sólo una crisis sanitaria, 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 (1).

Según la Federación Internacional de la Diabetes (1), en su última publicación del año 2017, presenta el número de personas con diabetes entre las edades de 20 a 79 años de edad 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).

En Europa 58 millones de casos con una tendencia a aumentar en un 16% (67 millones), en América del Sur y Central 26 millones con una proyección a aumentar en un 62% (42 millones), en África 16 millones de casos con una proyección a aumentar en un 156% (41 millones), en el Sudeste Asiático 82 millones de casos con una proyección a aumentar en

un 84% (151 millones) y en el Pacífico Occidental 159 millones con una proyección a aumentar en un 15% (183 millones) (1).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del país (2), informó que a nivel nacional, en el año 2015, el 2,9% del total de la población de 15 y más años de edad 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%.

En el Hospital Nacional 2 de mayo se reportó que en la ciudad de Lima, en el año 2017 registraron 3211 casos de diabetes mellitus (3). El número de pacientes con diabetes mellitus en el año 2017 del Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote, fueron 306 pacientes no complicados no controlados con tratamiento y 220 paciente diabético no complicado controlado con tratamiento, de los cuales el 97% tienen diabetes mellitus tipo2 y solo un 3% tienen el tipo 1 de diabetes (4).

Así también, la oficina de estadística del Hospital la Caleta (5), del distrito de Chimbote, en el Programa de Diabetes para el año 2017se registraron 400 pacientes con Diabetes, de los cuales 396 fueron del tipo 2 y solo 4 del tipo 1. En este primer semestre del año 2018 reportó 84 casos de diabetes tipo 1 y 153 casos de diabetes tipo 2. Por otro lado, la unidad de Estadística (6), del

Hospital III Essalud de Chimbote en el año 2017 presentó un total de 625 casos nuevos de personas con Diabetes.

La Unidad de Estadística del Centro de Salud Progreso (7), escenario donde se desarrolló la investigación, en el año 2017, el registro nominal de pacientes diabéticos, del Programa de Control de Diabetes reportó 118 personas diagnosticadas, de las cuales 95 con diabetes mellitus tipo2, 22 con Hipertensión más diabetes mellitus y 1 caso de diabetes mellitus tipo 1.

Por otro lado, existe evidencia que las personas con diabetes, atendidas en un establecimiento de salud, reciben educación terapéutica se preocupan por la disminución de su peso y la mejora de su calidad de vida. Los resultados de la glicemia mejoran cuando la educación terapéutica en diabetes mellitus se mantiene con un programa de seguimiento integral con contenido clínico y de habilidades, estrategias conductuales y emocionales que logren el empoderamiento del paciente en el manejo y control de este problema de salud (8).

Sin embargo, existen factores que son condiciones internas y externas de la persona diabética que afectan, la cantidad y calidad de cuidados que requieren y la capacidad de autocuidado, entre los que se encuentran: la edad, el sistema familiar, el género, patrón de vida, estado de salud (físico y psicológico), estado de desarrollo, además se requiere precisar que toda acción de autocuidado debe ser razonada e intencionada para ser realizada y contar con los recursos requeridos para ello (9).

Estos factores en el presente estudio fueron agrupados como sociodemográficos: Sexo, edad, años de estudio, estado civil, ocupación, con quién vive y participación en grupos de apoyo. Factores clínicos: Tiempo de

enfermedad, tratamiento de la diabetes, antecedentes familiares de diabetes, hábitos tóxicos, complicaciones de diabetes, presión arterial, perímetro abdominal e Índice de Masa Corporal (IMC). Además, cuando la persona presenta, un déficit en su autocuidado, se generan condiciones que propician la necesidad de cuidados de enfermería, donde se evalúan las capacidades de la persona diabética, para cubrir sus requerimientos y el potencial del paciente para desarrollar las habilidades necesarias para su autocuidado (10).

El Centro de Salud Progreso ubicado en el Pueblo Joven el Progreso de la ciudad de Chimbote, considerado funcionalmente Microred Progreso, de la Red de Salud Pacífico Norte de la DIRES Ancash del Ministerio de Salud, tiene una población adulta asignada por el INEI en el 2017, como Microred de salud 59, 120 y solo como centro de salud 19, 073. Cuenta con 2 consultorios de Medicina, 1 de odontología, 1 de nutrición, 1 de psicología, 2 de obstetricia, 1 sala de parto, 2 consultorios de enfermería y 1 sala de observación. Dentro de la estrategia sanitaria de control de enfermedades no transmisibles se encuentra, el Programa de control de Diabetes, el día martes es el único día designado para la atención, cuenta con una enfermera que es la responsable de la estrategia, un médico, además de una nutricionista y psicóloga, que alternan sus actividades para la atención de la persona con diabetes, a pesar de las limitaciones logísticas y de recursos humanos que existen (11).

Así mismo, las actividades que desarrolla enfermería en este centro de salud, están orientadas a la prevención de complicaciones e identificación de factores de riesgo con la finalidad de controlar la enfermedad promoviendo estilos de vida saludable. Entre las atenciones específicas que brinda a la persona con diabetes tenemos: Medida de presión arterial, control de glucemia,

medida de perímetro abdominal, control de peso, exploración de pies, piernas y boca, consejería en diversos temas. Las personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas, en su mayoría son mujeres de edad adulta, residen en pueblo joven, asentamiento humano, comité y urbanización, el estrato socio económico es de mediano a bajo, la actividad laboral que predomina es el comercio formal y ambulatorio, se encuentra expuesta al negocio informal de venta licor. La mayoría tienen un diagnóstico reciente y se ha observado en cuanto a la asistencia al programa un cumplimiento parcial en el 25% (11).

Por lo anteriormente expuesto, es de importancia realizar el presente estudio que tuvo como propósito de conocer el autocuidado en relación con los factores sociodemográficos y clínicos de la persona con diabetes mellitus tipo 2 de la población en estudio, planteando el problema de investigación siguiente: ¿Cuál es el nivel de autocuidado en relación con los factores sociodemográficos y clínicos de la persona con diabetes mellitus tipo 2 del Programa de Diabetes del Centro de Salud Progreso, Chimbote 2018?

Para dar respuesta al problema, se planteó el siguiente objetivo general: Determinar el nivel de autocuidado en relación con los factores sociodemográficos y clínicos de las personas con diabetes mellitus tipo 2 del Programa de Diabetes del Centro de Salud Progreso, Chimbote 2018. Y para poder conseguir el objetivo general, se plantearon los siguientes objetivos específicos:

Identificar el nivel de autocuidado en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 del Programa de Diabetes del Centro de Salud Progreso, Chimbote 2018. Identificar los factores sociodemográficos en las dimensiones: Sexo, edad, nivel de instrucción, estado civil, ocupación, con quién vive y participación en

grupos de apoyo en las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 del Programa de Diabetes del Centro de Salud Progreso, Chimbote 2018.

Identificar los factores clínicos en las dimensiones: Tiempo de enfermedad, tratamiento de la diabetes, antecedentes familiares de diabetes, hábitos tóxicos, complicaciones de diabetes, presión arterial e Índice de Masa Corporal (IMC) en las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 del Programa de Diabetes del Centro de Salud Progreso, Chimbote 2018.

La investigación se justifica, por la importancia del autocuidado en las personas con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Centro de Salud Progreso en Chimbote, siendo su incidencia cada vez mayor tomando en cuenta que este problema de salud puede ser controlado evitando posibles complicaciones. Los resultados del estudio permitirán conocer que factores actúan a favor o limitan el autocuidado de la persona con diabetes, dando a conocer las posibles barreras para la adhesión al tratamiento indicado, y así recomendar estrategias educativas para mejorar el autocuidado en la población estudiada.

Así también, los resultados de la investigación serán relevantes porque otorgará al profesional de enfermería información real sobre los usuarios atendidos en el establecimiento de salud de primer nivel de atención, cuyo propósito es orientarlos en su autocuidado conociendo los factores que influyen en el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico, permitiendo reforzar las acciones preventivas promocionales como nuevas estrategias educativas, favoreciendo conductas saludables, disminuyendo posibles complicaciones mejorando su calidad de vida. Además, el estudio se justifica metodológicamente 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 de tipo cuantitativo o cualitativo.

El presente estudio de investigación fue de tipo cuantitativo, de nivel o diseño descriptivo – correlacional, no experimental de corte transversal, obteniendo resultados donde la población de estudio presentó el 29% un buen nivel de autocuidado, el 71% un regular autocuidado y un 0% un autocuidado deficiente, entre los factores sociodemográficos predominó del sexo femenino, los mayores de 60 años de edad, con ocupación independiente, el 46% de instrucción secundaria y el 52% son convivientes y, entre los factores clínicos el 77% presentó tiempo de enfermedad de 1 a 10 años, el 38% tratamiento pastillas e insulina, el 98% ningún hábito tóxico, el 53% no presentan complicaciones, el 79% presión arterial normal y el 58% presentaron un índice de masa corporal normal. En conclusión el factor sociodemográfico ocupación presentó relación significativa con el autocuidado al igual que los factores clínicos presión arterial, presencia de complicaciones por la diabetes y el índice de masa corporal.

II. Marco Teórico Conceptual.

2.1 Bases Conceptuales

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (12), considera que la diabetes es una enfermedad crónica grave que sobreviene cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no puede usar eficazmente la insulina, hormona que regula la glucemia, por lo que las concentraciones de glucosa plasmática son altas, llamada hiperglucemia, siendo una consecuencia común de la diabetes mal controlada que puede ocasionar lesiones graves en los vasos sanguíneos del corazón, ojos, riñones, sistema nervioso y extremidades inferiores.

Por otro lado, la Federación Internacional de la Diabetes (FID) (1), define a la diabetes como una afección crónica que se produce cuando se dan niveles elevados de glucosa en sangre o hiperglicemia debido a que el organismo deja de producir o no produce suficiente cantidad de la hormona denominada insulina, o no logra utilizar dicha hormona de modo eficaz. La insulina es una hormona esencial, fabricada en una glándula del organismo denominada páncreas, que transporta la glucosa desde la corriente sanguínea hacia las células del organismo, en donde la glucosa se convierte en energía.

Según Farreras y Rozman (13), conceptualizan a la diabetes no como una entidad nosológica única, sino como un grupo de enfermedades metabólicas que se caracterizan fundamentalmente por la hiperglucemia, que es el resultado de defectos en la secreción insulínica. Diversos procesos patogénicos están asociados e involucrados en el desarrollo de la diabetes, desde la destrucción autoinmune de las células beta a la

resistencia periférica, a la acción de la insulina, lo que dará lugar a anomalías en el metabolismo de hidratos de carbono, grasas y proteínas.

En el transcurso del tiempo a medida que han ido progresando los conocimientos sobre los factores etiológicos de la enfermedad, se ha ampliado la lista de las distintas diabetes, lo que ha dado lugar a sucesivas clasificaciones. El comité de expertos de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) para el 2014, consideró que la diabetes mellitus puede clasificarse en cuatro categorías clínicas: la Diabetes Mellitus tipo 1, la Diabetes Mellitus tipo 2, diabetes gestacional y otros tipos específicos de diabetes mellitus: Defectos genéticos en la función de las células beta, enfermedades del páncreas exocrino o inducida por fármacos o sustancias químicas (13, 14).

La diabetes de tipo 1 a la que antes se le llamaba diabetes insulino dependiente, diabetes juvenil o diabetes de inicio en la infancia se caracteriza por la producción deficiente de insulina en el organismo, es decir se presenta en sujetos genéticamente susceptibles, sobre esta base actuarán uno o más factores desencadenantes, probablemente virus, toxinas o alimentos, que llevan a la destrucción autoinmune y progresiva de las células beta, hasta ocasionar un déficit de insulina. Los pacientes con diabetes tipo 1 se presentan de manera característica con aspecto enfermizo, adelgazado, con síntomas de poliuria, polidipsia y polifagia de algunos días de evolución. A veces el comienzo es abrupto, de pocos días o semanas; se presenta por primera vez en un niño o joven sano

directamente en forma de cetoacidosis grave con depresión del sensorio o coma, deshidratación importante y respiración acidótica (12,15).

Por el contrario, en la diabetes tipo 2 los síntomas suelen ser leves y tolerados durante años sin que el paciente recurra a la atención médica, se da inicio en la edad adulta, obedece a que el organismo no usa la insulina eficazmente. Caracterizada por un defecto relativo de la insulina o aumento de la resistencia de su acción (12).

La mayoría de los pacientes diabéticos 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, se descubre por exámenes de glucemia de control o por presentar los signos y síntomas que son: Visión borrosa, parestesias en los miembros inferiores o infecciones micóticas urogenitales. A medida que la enfermedad avanza pueden presentarse los síntomas característicos de astenia, poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida ponderal. Cuando la dolencia ya está instalada y en avanzado estado, las manifestaciones de neuropatías, macroangiopatías y microangiopatías dominarán el cuadro clínico (12, 15).

En la diabetes mellitus tipo 2 alrededor de un 85% de pacientes son obesos, obtienen la enfermedad por herencia genética o por factores ambientales y estilos de vida que influyen en la aparición de este tipo de diabetes como son los pacientes obesos diabéticos que muestran un déficit relativo de insulina, por lo que desarrollan hiperglucemia, además de la resistencia a la insulina propia de la obesidad. El sedentarismo y la malnutrición pre natal son otros factores que contribuyen al desarrollo de esta

enfermedad en la edad adulta mediante la reducción de la masa de células beta pancreáticas (13).

La diabetes gestacional (DG) es un trastorno transitorio que se produce durante el embarazo y conlleva el riesgo de padecer diabetes algún día. Se diagnostica mediante pruebas de tamizaje, no por declaración de síntomas. Las mujeres con diabetes gestacional, al igual que en su recién nacido, tiene un mayor riesgo de padecer ciertas complicaciones en el embarazo y el parto (16).

Otro tipo de diabetes mellitus es la diabetes del joven de inicio en la madurez, se transmite por herencia genética, también puede ser resultado de enfermedad del páncreas exocrino que destruye gran parte de islotes pancreáticos, además puede ser una manifestación de ciertas endocrinopatías como acromegalia y síndrome de Cushing (17).

La diabetes no tratada o mal tratada aumenta el riesgo de complicaciones graves exponiendo a las personas con diabetes a un riesgo casi dos veces mayor de muerte prematura que las personas sin diabetes. Pueden provocar daños a largo plazo en varios órganos del cuerpo que conllevan el desarrollo de complicaciones sanitarias discapacitantes y peligrosas para la supervivencia 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 (2, 16).

Así también, Leopori, L. (15), refiere que el síndrome de la diabetes mellitus está determinado por una actividad insulínica

insuficiente que conduce a un estado de hiperglicemia crónica causando complicaciones agudas y crónicas. Según Mediavilla, J. (8), menciona entre las complicaciones agudas, la más temida es: La Hipoglucemia que es el descenso de la glucemia por debajo de 70 g/dl., este problema es una de las principales barreras para un control eficaz de la diabetes tipo 2, y es la más preocupante en el tratamiento por provocar una menor adherencia al tratamiento.

En cambio la Hiperglucemia puede ser aislada y el paciente puede estar asintomático con valores de glucosa > 200 mg/dl y sin otras alteraciones metabólicas, las causas posibles pueden ser errores en el tratamiento, transgresiones dietéticas, algunos tratamientos farmacológicos inadecuados e infecciones agudas que pueden producir un estado hiperosmolar hiperglucémico, donde existe deficiencia de insulina y deshidratación, con glucemias superiores a 600 mg/dl. Otra complicación aguda es la cetoacidosis diabética, donde la deficiencia de insulina junto con un aumento de hormonas contrarreguladoras, provocan un cuadro de hiperglucemia y cetonemia (8).

Según la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud (RedGDPS) (18), considera que una de las principales características de la diabetes mellitus tipo 2, es que durante su evolución pueden aparecer complicaciones crónicas entre los 5 y los 20 años de evolución de la enfermedad, que son la causa principal de su morbimortalidad y de la disminución de la calidad de vida del paciente, entre ellas están las complicaciones Macrovasculares, es la afectación arteriosclerótica de las arterias de mediano y gran calibre, donde la

principal estructura dañada es el endotelio, se da en el paciente diabético, sobre todo en las mujeres, se manifiesta por medio de enfermedad vascular periférica, enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular dos veces más frecuente en los diabéticos que en la población general.

Entre las Complicaciones Crónicas Microvasculares se encuentran: La Neuropatía diabética que es la disfunción de nervios periféricos de los pacientes diabéticos, con la falta de sensibilidad, causando úlceras de los pies o el llamado pie diabético, que afecta al 15% de los diabéticos. La Nefropatía diabética, es una lesión renal originada por una complicación vascular crónica, que se produce en la microcirculación renal, la cual genera alteraciones, principalmente a nivel glomerular. La Retinopatía Diabética, primera causa de ceguera entre los 20 y 74 años, las personas con diabetes tienen 25 veces más probabilidad de ceguera que la población en general; presenta la fase no proliferativa caracterizada por microaneurismas vasculares retinarios (19).

Cabe indicar que la Federación Internacional de la Diabetes (1), considera que en las personas con diabetes existe un mayor riesgo de periodontitis o hiperplasia gingival cuando la glucemia no se controla adecuadamente, causando la pérdida de dientes, además se evidencia la caries dental, la candidiasis, el liquen plano, los trastornos neurosensoriales o síndrome de la boca ardiente, la disfunción salival, el deterioro del gusto, lengua agrietada, irritación, estomatitis aftosa recurrente, e infecciones fúngicas orales.

La American Diabetes Association (ADA) (14), el National Diabetes Data Group y la OMS en Fauci et al. (17) han propuesto criterios

diagnósticos para la diabetes mellitus basados en: Síntomas de diabetes más concentración de glucosa sanguínea al azar ≥ 11.1 mmol/L (200mg/100ml) o bien Glucemia plasmática en ayunas ≥ 7.0 mmol/L (126 mg/dl) o Glucemia plasmática a las dos horas después del test de tolerancia oral a la glucosa (con 75 g de glucosa) ≥ 200 mg/dl; y Hemoglobina glucosilada $\geq 6,5$ %. Para el diagnóstico de esta enfermedad, el ayuno es la no ingesta calórica durante por lo menos ocho horas, la cifra diagnóstica con cualquiera de los test ha de confirmarse con el mismo test salvo si hay síntomas de hiperglucemia severa.

Cuando el examen de la glucosa se lleva a cabo con fines diagnósticos, existen muchos fármacos que sea posible deben suprimirse, debido a que actúan sobre el metabolismo de la glucosa (14). La persona con diabetes debe recibir un tratamiento integral que significa: a) Corregir el trastorno metabólico; b) Identificar las situaciones de riesgo para la aparición de complicaciones; c) Ayudar a corregir conductas de riesgo; d) Tratar trastornos asociados como dislipidemia o hipertensión arterial y e) contribuir a preservar o mejorar la calidad de vida del paciente. Por lo que es importante la educación diabetológica sobre la nutrición, el ejercicio físico y actividades deportivas, fármacos orales, insulina, autoanálisis y autocontrol (13, 17).

De este modo, surge la Atención Primaria en Salud (APS) como propósito de lograr que los pueblos del mundo alcancen un nivel de salud que les permitiera desarrollar una vida social y económicamente productiva, basándose en dos principios básicos: Lograr la accesibilidad y cobertura universal en salud, y el compromiso, participación y

autosustentabilidad de los individuos y comunidades. En este contexto, el concepto de autocuidado de la salud toma oficialmente un lugar preponderante en los servicios de salud. Considerando que en la sociedad el individuo, la familia y comunidad tienen el derecho a la salud, pero a la vez son los responsables en última instancia de buscar y utilizar los medios para prevenir enfermedades, alcanzar y mantener un nivel óptimo de salud y bienestar integral (20).

Por tanto, el tratamiento integral de la persona con diabetes depende en gran medida de su autocuidado, entendiéndose como tal a una estrategia frecuente, permanente y continúa que utilizan las personas para responder a una situación de salud o enfermedad. El concepto de autocuidado de la salud se ha construido a partir de las observaciones sobre lo que las personas hacen en beneficio de su salud, lo que los familiares o amigos ofrecen en forma de cuidado al enfermo y lo que los grupos sociales o comunidades desarrollan en beneficio de la salud colectiva (20).

Así mismo, Romero I. et. al. (21), refiere que el autocuidado son las medidas que cada persona adopta para proteger su bienestar físico, mental y social; debido a que el hombre es capaz de cuidar de su salud y comprende una serie de acciones para mantener la salud física y mental, prevenir enfermedades, satisfacer las necesidades físicas y psicológicas, recurrir a la consulta médica.

La condición crónica de salud que presentan las personas con diabetes mellitus tipo 2, exige cuidados permanentes para la manutención de su calidad de vida teniendo en cuenta que el control metabólico depende de tres elementos fundamentales: La dieta, los fármacos y el ejercicio. Se

observa así, la necesidad de desarrollar habilidades de autocuidado para el manejo de la enfermedad cuya prevalencia está asociada al estilo de vida (13, 21).

Es ahí, donde la enfermera tiene un gran protagonismo, brindando educación en el autocuidado en la persona con diabetes, con objetivos orientados a conseguir cambio de actitudes y comportamientos que promuevan la responsabilidad del paciente en el manejo de su enfermedad. Desempeñando un papel relevante en la prevención, el control y seguimiento de la enfermedad, al intervenir de una manera eficaz sobre el conjunto de factores de riesgo cardiovascular que presenta el paciente, valorar el grado de control y de seguimiento de las recomendaciones, para conseguir los objetivos terapéuticos marcados (18).

Así pues, el Autocuidado en la persona con diabetes mellitus tipo 2, se basa en la práctica de estilos de vida saludable relacionados a su alimentación, práctica de ejercicio, cumplimiento del tratamiento farmacológico, el autocontrol de glucemia, asistencia para su control, el autocuidado de los pies, ojos y cavidad bucal. La alimentación en la persona con diabetes tipo 2 es primordial en su autocuidado y en el autocontrol de la enfermedad (9, 13).

El objetivo es nutrir adecuadamente al paciente fomentando el logro de la normoglucemia controlando las cantidades de los alimentos ingeridos, teniendo en cuenta la individualidad de cada paciente, considerando factores como el sobrepeso que suele estar casi siempre presente, además tener en cuenta el perfil lipídico, factores de riesgo cardiovascular, hábitos y condicionantes socioculturales de cada paciente.

Una dieta rica en grasas monoinsaturadas y con mayor contenido de hidratos de carbono, ha demostrado mejoras en el control glucémico y de los factores de riesgo cardiovascular (9, 13).

Beneficiosa es la relación entre la diabetes mellitus tipo 2 y la práctica de ejercicio físico, 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, Son preferibles aquellos ejercicios aeróbicos de intensidad moderada y realizados en forma continua. (18). Según la American Diabetes Association (ADA) (14), recomienda a las personas con DM2 la práctica de ejercicio 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.

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 (HbA1c) 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 (14, 18).

Se debe examinar para la elección del fármaco un enfoque centrado en el paciente, que considere la eficacia, el costo, efectos adversos, efectos sobre el peso, las comorbilidades, el riesgo de hipoglucemia y las preferencias del paciente. 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 (14, 18).

Según la Sociedad Peruana de Endocrinología (22), considera que el autocontrol de la glucemia 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 obteniendo resultados de glucosa pre y postprandial, según criterio médico. 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.

La asistencia de las personas con diabetes mellitus tipo 2, a la consulta de enfermería, 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, este control 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 médicos 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 médico y de enfermería durante el primer año es de 3 a 4 controles y a partir del segundo año mínimo tres controles (23).

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 (24).

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 (23, 25).

Otro tipo de autocuidado es el relacionado con la salud bucal. Un buen cepillado dental y la visita anual al odontólogo previene la aparición de complicaciones a largo plazo y ayuda a tener una buena salud bucodental. Se recomienda al paciente asistir a consulta odontológica una vez al año sobre todo si hubiese síntomas de enfermedad de las encías, tales como el sangrado al cepillarse los dientes o inflamación y enrojecimiento de las encías. Debe fomentarse una alta ingesta de líquidos, evitar los alimentos voluminosos, picantes o ácidos, las bebidas alcohólicas y carbonatadas y el consumo de tabaco. El uso de enjuagues

bucales libres de alcohol específicos para el tratamiento de la boca seca también puede aliviar la incomodidad oral (1, 23).

Según Otero L, et. al. (26), refieren que la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles como 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. La diabetes mellitus, es producto de la interacción con factores sociodemográficos como: Sexo, edad, nivel de instrucción, estado civil, ocupación, con quién vive y participación en grupos de apoyo.

Kosier (27), menciona que sexo es el término que más se usa para denotar la masculinidad o feminidad, pero también se utiliza para describir una conducta sexual específica como la relación sexual. La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que influye frecuentemente en el funcionamiento sexual sobre todo en los varones.

Así también, la edad es otro factor sociodemográfico que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. La noción de edad brinda la posibilidad, de segmentar la vida humana en diferentes periodos temporales como la infancia, hasta llegar a la adultez o 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 (22, 28).

Por otro lado, el nivel 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. En nivel de instrucción, interviene 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 (27, 29).

Para Rosette (30), el estado civil tiene relación con las actividades que pueda desempeñar una persona, la disponibilidad de tiempo difiere entre un soltero y un casado, este último suele tener menor tiempo que el primero debido a una serie de responsabilidades en su hogar y el trabajo. Se puede clasificar en soltera, casada, viuda, divorciada y conviviente.

La ocupación en la persona con diabetes, es considerada para este trabajo como un factor sociodemográfico. Se define como la actividad que realizan las personas, 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. Dichas actividades pueden realizarse dentro o fuera del hogar, donde la exposición a riesgos psicosociales en el desarrollo de la ocupación como la carga mental, jornada de trabajo, contenido de la tarea, relaciones interpersonales, seguridad contractual, entre otros por periodos prolongados en años están asociados al síndrome metabólico, así como a la falta de autocuidados en la diabetes (28, 31).

Las personas con quien vive el paciente con diabetes determinan el apoyo familiar que pueda recibir, siendo muy importante para la práctica de una buena alimentación y actividad física en la familia y en sociedad

en general. Así también, según Colliere (32), la familia es la mayor fuente de apoyo para el paciente por lo que es necesario conocer de quien recibe el apoyo para su tratamiento y así poder reforzar las relaciones familiares. Su adecuada participación favorece la salud y calidad de vida del paciente, en la etapa adulta se ha observado que los cambios en el estado de ánimo e irritabilidad que se relaciona con la hipoglucemia, afecta a los otros miembros de la familia y esto no favorece su relación con el paciente diabético. Las necesidades de autocuidado de los padres que padecen diabetes, pueden contraponerse o entrar en conflicto con los planes o deseos del resto de la familia y con los grupos de apoyo.

La participación en un grupo de apoyo se refiere al conjunto de personas que se reúnen de forma periódica para ayudarse a hacer frente a un problema que provoca alteraciones en su vida cotidiana mediante el intercambio de vivencias. El grupo de apoyo es una estrategia dirigida a la cooperación, de manera que se contribuya a que cada miembro pueda mejorar su competencia a la hora de adaptarse al problema en cuestión o sus consecuencias y afrontar posibles complicaciones futuras, dándole la posibilidad de expresar dudas, miedos y emociones derivadas de su vivencia en un entorno acogedor y donde va a encontrarse con otros sujetos que han pasado por lo mismo, logrando comprenderse y apoyarse entre sí (33).

Según Romero I. et. al. (21), refiere que la condición de enfermedad crónica coloca a las personas con diabetes tipo 2 frente a factores que determinan su evolución clínica entre ellos considera a: Tiempo de enfermedad, tratamiento de la diabetes, antecedentes familiares

de diabetes, hábitos tóxicos, complicaciones de diabetes, la presión arterial, perímetro abdominal e Índice de Masa Corporal (IMC).

El factor tiempo de enfermedad, transcurre desde la fecha del diagnóstico o comienzo del tratamiento, hasta que la enfermedad empieza a empeorar o diseminarse a otras partes del cuerpo, según el tiempo de duración se habla de enfermedad aguda (3 meses) y crónica (mayor a 6 meses) como la diabetes mellitus que se encuentra entre las enfermedades crónicas no transmisibles, causa de mayor morbilidad en países industrializados, cuya incidencia está aumentando rápidamente. Según el tiempo que dure la enfermedad se consumen más recursos en salud entrelazándose con la pobreza, dificultando así la atención a la salud (21, 26).

Por otro lado, 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 individualizado debido a la variabilidad de los mecanismos patogénicos como las respuestas variables a la dieta y a los medicamentos (23, 28).

Los antecedentes familiares de diabetes mellitus, constituye mayor riesgo de diabetes, entre dos a tres veces, en personas con familiares con diabetes 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 (34).

Según el Ministerio de Salud (31), los hábitos tóxicos para la diabetes mellitus tipo 2 son: el tabaquismo como condición desfavorable y perjudicial para la salud contribuyendo a la exacerbación de otros factores de riesgo para la aparición de esta enfermedad, menciona que la exposición al humo de tabaco durante el embarazo aumenta el riesgo de diabetes en ese bebé al llegar a la adultez. Además, el hábito de fumar incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular en las personas con diabetes mellitus. El Alcoholismo condición donde existe mayor riesgo de diabetes cuando el consumo de alcohol es excesivo, aunque se producen daños bioquímicos en la célula pancreática con consumos menores.

Según la Federación Internacional de Diabetes FID (1), considera a las complicaciones de diabetes, como 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 la mayoría de éstas pueden detectarse en sus primeras etapas.

Otro factor clínico, es la presión arterial, su control 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 consultorio de enfermería, logrando así prevenir la aparición de la presión arterial alta a través de la práctica en estilos de vida saludables, (34). Siendo así,

importante que la persona con diabetes conozca cual es la medida de su presión arterial mediante la información que el personal de salud le brinde

Por otro lado, según la Sociedad Peruana de Endocrinología (22), considera que, toda persona con un IMC mayor de 30 kg/m² tiene exceso de grasa visceral y por consiguiente se puede considerar que tiene también obesidad abdominal. Finalmente el Índice de Masa Corporal (IMC), se obtiene dividiendo el peso en kilogramos por la talla en metros elevada al cuadrado, toda persona con diabetes debe mantener su IMC en el rango normal o menor de 25 kg/ m² sin embargo, se puede considerar un IMC menor de 27 kg/m² como una meta intermedia que equivale a tener un sobrepeso menor del 20% , se considera a una persona obesa cuando el IMC es mayor de 30 kg/m² y tiene sobrepeso cuando el IMC está entre 25 y 29,9 kg/m², y Delgadez cuando está entre 16 a 18, 4 Kg/m² (31) .

2.2 Antecedentes

Merchán M. (35), desarrolló la investigación titulada Variables predictoras de las conductas de autocuidado en las personas con diabetes mellitus tipo 2, que asisten a 3 centros de salud de la ciudad de Cáceres – España, en el año 2014. El objetivo fue conocer la prevalencia de déficit de conductas de autocuidado en la población adulta con diabetes tipo 2 del área de salud de Cáceres y determinar los factores o variables asociados a dicho déficit. El estudio fue analítico observacional de corte transversal. La media de edad fue de 68 años, con predominio de mujeres, la mitad sin estudios, el 80% convive con algún miembro de su familia (con pareja e hijos 21,2%,

con su pareja 47,3%, con hijos 10%) y el 18,8% vive solo, más de un tercio (38,8%) son amas de casa y el 67,3% son casados.

Solo un 15,8% tenían normopeso el 42% de los participantes fueron diagnosticado de diabetes hace más de 10 años, el 58,8% tenían antecedentes familiares de diabetes, el 43,5% presenta complicaciones por la diabetes, el 56,9% no presento tensión alta, más del 50% tenían tratamiento con insulina y solo un promedio del 15% fuma y bebe alcohol. El déficit de autocuidado lo presentaron el 49,8%, existiendo una asociación con el sexo, la situación laboral del paciente, los antecedentes familiares, las complicaciones por la enfermedad, el hábito al tabaquismo, el tiempo de duración de la diabetes y con el índice de masa corporal. Y no se evidencia asociación en el déficit de autocuidado con el hábitat rural o urbano, con la información que recibe el familiar (35).

Robles AL. et. al. (36), desarrollaron la investigación Autocuidado y factores condicionantes presentes en las personas con diabetes tipo 2 de una Colonia de Hermosillo, Sonora - México, en el 2014. El propósito de este estudio fue determinar el autocuidado presente en las personas con diabetes tipo 2 de la Colonia el Sahuaro. Estudio no experimental de tipo correlacional, descriptivo, muestreo no probabilístico de 115 personas. El resultado que se obtuvo muestra que más de un 80% de las personas presenta un déficit de autocuidado, con predominio de género femenino, así como de personas adultas mayores y amas de casa.

En cuanto a la escolaridad más del 70% cuenta con educación básica e ingresos menores a los 8 salarios mínimos al mes; además el 80% tiene seguridad social, y en cuanto a los años de padecimiento de enfermedad el

46,9% tienen de 10 a menos años y el 11.3% tienen más de 21 años, en relación al tratamiento para controlar la enfermedad el 60% es oral, el 13% es con insulina y oral, y el 3.4% es no farmacológico. Las personas con más años con el padecimiento son las que presentan autocuidado, por lo que el tiempo de padecimiento se vuelve un factor condicionante para llevar a cabo el autocuidado. Por su parte, las personas que presentan déficit de autocuidado son aquellas que tienen complicaciones en más del 50%. La variable ocupación, índice de masa corporal y complicaciones de la enfermedad no obtuvieron una relación estadística significativa $p > 0.05$ (36).

Compean LG. et. al. (37), en su investigación titulada Educación, actividad física y obesidad en adultos con diabetes tipo 2 desde la perspectiva del autocuidado de Orem., Tamaulipas – México, 2013. Objetivos: describir la relación de la actividad física (pasos/día)/ejercicio con la obesidad (índice de masa corporal, circunferencia de cintura y grasa corporal) en adultos con diabetes tipo 2. El diseño fue descriptivo correlacional, muestra aleatoria de 124 pacientes de 17 centros comunitarios. De los 124 participantes del estudio, 25 fueron de sexo masculino (20,2 %) y 99 de sexo femenino (79,8 %). El promedio de años con diagnóstico de diabetes fue de $7,22 \pm 6,2$. Solo el 6,5 % manifestó tabaquismo positivo.

La mayoría de los participantes tenía una escolaridad primaria o menor, entre 51 y 70 años de edad, vivían con pareja y la ocupación que más predominó (55,6%) fue la de ama de casa y un 25,8% tienen trabajo independiente (negocio propio y sector informata). Se encontró una relación negativa significativa entre el promedio de pasos diarios y el IMC $p < 0,05$,

y entre el promedio de pasos diarios y la circunferencia de cintura $p < 0,05$ (37).

Contreras OA. et. al. (38) Capacidad de Autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia, 2013. El estudio tuvo como objetivo determinar la capacidad de autocuidado de los pacientes diabéticos, que asisten a la consulta externa de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, el diseño fue descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 27 pacientes, seleccionada mediante muestreo aleatorio simple, se aplicó la escala valoración que contempla cuatro categorías: muy baja, baja, regular y buena capacidad de autocuidado. En los resultados: La edad de los pacientes osciló entre 45 a 75 años; el 81.48% asume labores del hogar y trabajos informales. El 88.89% se ubicó en la categoría regular y el 11.11% en la categoría buena.

Contreras GT (39), en su investigación Calidad de vida y autocuidado en los pacientes del programa de diabetes mellitus del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017, su objetivo fue determinar la calidad de vida y el autocuidado en los pacientes, de tipo observacional correlacional de cohorte transversal y prospectivo, obteniéndose una muestra de 88 pacientes. En sus resultados, el 39,8% de pacientes con un nivel de autocuidado bajo, el 28,4% medio y el 31,8% alto, la hospitalización en el último año y la presencia de complicaciones son las variables principalmente asociadas a los niveles de autocuidado, a diferencia de la variable IMC que no estuvo asociada ($p=0.237$)

El 63.6% fueron de sexo femenino, el 46,6% fueron mayores de 60 años; en cuanto a estado civil el 34.1% refirió ser casado(a) y un 25%

convivientes. Asimismo, el 36.4% cuenta con grado de instrucción primaria y el 39.8% no tiene ocupación. En cuanto a las características clínicas, el 58% de pacientes se encuentran en las etapas iniciales de la enfermedad, solo el 6.8% de los pacientes refieren como parte del tratamiento la dieta y los ejercicios, y el 75% se encuentran con un IMC por encima del normal, 29,5% Sobrepeso y 45.5% obesidad (39).

Alegría GK. et. al. (40), realizaron la investigación denominada Características sociodemográficas clínicas y estilos de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo II, del C.S. San Juan, Iquitos 2014. Donde el objetivo fue determinar la relación entre estas variables. La muestra estuvo constituida por la totalidad de 180 pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, que acudieron al programa, el método empleado fue el cuantitativo y el diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional.

Los resultados fueron: El 87,2% presentaron un estilo de vida inadecuado y el 12,8% adecuado, mientras que el 52,8% son adultos intermedios, 57,8% son de sexo femenino, 55,0% son convivientes, 68,3% proceden de zona urbana, 55,6% manifestaron tener grado de instrucción secundaria y; 33,3% presentan Diabetes Mellitus Tipo II entre 1 a 5 años, 60,5% tienen sobrepeso, 88,3% presentaron hiperglucemia y el 87,2 % presentaron inadecuado estilo de vida. La relación de las características sociodemográficas – clínicas y el estilo de vida en diabéticos atendidos en el C.S. San Juan, fue estadísticamente significativa entre las variables: ocupación y estilo de vida, donde $X^2_c = 9.797$; el índice de masa corporal y estilo de vida, donde $X^2_c = 25.559$, glucemia y estilo de vida, donde $X^2_c = 19.300$. No existe relación estadísticamente significativa entre las variables:

edad y estilo de vida, donde $X^2_c = 5.044$, sexo y estilo de vida, donde: $X^2_c = 2.814$ (40).

León, Z. (41), en su investigación titulada Autocuidado y su relación con factores socio culturales del paciente diabético del Programa de Diabetes del Hospital Regional Docente de Trujillo, en el año 2013, tuvo como objetivo determinar el nivel de autocuidado y su relación con los factores socioculturales. La Investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 50 pacientes seleccionados según criterios de inclusión establecidos. Los resultados: El 66% de los encuestados presentaron en general un nivel de autocuidado alto. De ellos 30,3% pertenecen a la clase obrera y no trabaja el 51,5 % reciben ingreso económico menor al salario mínimo vital. El 36,4% de estado civil viudo, el 54,5% reciben apoyo económico familiar y el 24,2% tienen grado de instrucción primaria completa.

El nivel de autocuidado en general es bajo en 34%, de ellos el 35,29% son de ocupación obrera. 58,82% tienen un ingreso económico mayor al salario mínimo vital, el 41,18% es soltero 47,06% conviviente y reciben apoyo económico familiar el 58,82%, el 41,18% tienen secundaria incompleta el 11,76% tiene educación superior. Se encontró relación estadística significativa con el nivel de autocuidado con los siguientes factores socioculturales: estado civil y grado de instrucción; $P < 0.05$. No encontrando relación estadística significativa con los factores: ocupación, ingreso económico y apoyo económico familiar. $P > 0.05$ (41).

2.3 Bases teóricas:

El presente estudio se fundamenta en la Teoría de Dorothea Orem, de donde el concepto de autocuidado fue originado y formalizado con la perspectiva de enfermería. El concepto básico del autocuidado desarrollado por Orem, se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior (42).

El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, 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, continuar además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo. (42).

La teoría general de Dorothea Orem (43), abarca tres dimensiones: La teoría del Autocuidado, considerado como actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo, sigue un patrón y una secuencia y que, cuando se lleva a cabo eficazmente, contribuye de forma específica a la integridad estructural, al funcionamiento y al desarrollo de los seres humanos. Orem destaca como rol principal del personal de enfermería, el resolver la dificultad de autocuidado de los pacientes para prolongar su vida y su salud o para recuperarse de lesiones y enfermedades.

Otra dimensión es la Teoría del déficit de autocuidado: Desarrolla las razones por las que una persona puede beneficiarse de la enfermería. Es la incapacidad que puede tener un individuo joven o maduro para realizar

todas las actividades necesarias que garanticen un autocuidado eficaz y un funcionamiento saludable debido a problemas de salud o a la dependencia de cuidados sanitarios. El enfermero, por tanto, es la clave cuando existe el déficit de autocuidado y debe prestar la atención y la ayuda necesaria para que el paciente obtenga los resultados de salud que desea (43).

Orem, con el fin de definir la responsabilidad enfermera, las funciones y acciones de pacientes y enfermeros, diseñó otra dimensión denominada la Teoría de los Sistemas de Enfermería, es la más general de sus teorías e incluye todos los términos descritos en la teoría del autocuidado y del déficit del autocuidado, clasificándose en tres sistemas: Compensatorio total, cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado, el parcialmente compensador, cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, y el sistema de apoyo educativo, cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado (42, 43).

Por tanto, el cuidado que se brinda al paciente diabético en base al modelo Dorothea Orem permite que la enfermera en el C.S. Progreso realice una valoración integral de manera organizada y sistemática, ayudando a identificar eficazmente el diagnóstico del paciente, favoreciendo la satisfacción de las necesidades de la persona con diabetes, sobre todo en la práctica que debe tener mejorando su estilo de vida saludable en beneficio del autocuidado en su salud, cubriendo requisitos tanto universales como terapéuticos.

En la presente investigación, la recolección de datos sobre el estado de salud del paciente diabético a través de diversas fuentes que incluyen al

paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención, permite evaluar el estado actual de su autocuidado e incluso pronosticar posibles complicaciones que la diabetes mellitus ocasiona en base a un diagnóstico real de enfermería.

La persona afectada por la diabetes mellitus tipo 2 registrada en el Programa de Diabetes del C.S. Progreso para el mantenimiento de una buena salud debe cumplir diversas medidas de autocuidado mejorando así, su calidad de vida, evitando o controlando las diversas complicaciones que acarrea esta enfermedad, con lamentables consecuencias en el aspecto biopsicosocial y espiritual.

2.4 Hipótesis.

H₁: Los factores sociodemográficos en sus dimensiones: Sexo, edad, nivel de instrucción, estado civil, ocupación, con quién vive y participación en grupos de apoyo tienen relación significativa con el nivel de autocuidado de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 del Programa de Diabetes del Centro de Salud Progreso, Chimbote 2018

H₀: Los factores sociodemográficos en sus dimensiones: Sexo, edad, nivel de instrucción, estado civil, ocupación, con quién vive y participación en grupos de apoyo no tienen relación significativa con el nivel de autocuidado de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 del Programa de Diabetes del Centro de Salud Progreso, Chimbote 2018

H₂: Los factores clínicos en sus dimensiones: Tiempo de enfermedad, tratamiento de la diabetes, antecedentes familiares de diabetes, hábitos tóxicos, complicaciones de diabetes, presión arterial, perímetro abdominal e Índice de Masa Corporal (IMC) tienen relación significativa con el nivel de autocuidado de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 del Programa de Diabetes del Centro de Salud Progreso, Chimbote 2018

H₀: Los factores clínicos en sus dimensiones: Tiempo de enfermedad, tratamiento de la diabetes, antecedentes familiares de diabetes, hábitos tóxicos, complicaciones de diabetes, presión arterial, perímetro abdominal e Índice de Masa Corporal (IMC) no tienen relación significativa con el nivel de autocuidado de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 del Programa de Diabetes del Centro de Salud Progreso, Chimbote 2018

2.5 Variables.

Las variables son:

- Variable Independiente: Factores sociodemográficos con sus dimensiones de sexo, edad, nivel de instrucción, estado civil, ocupación, con quién vive y participación en grupos de apoyo. Factores clínicos con sus dimensiones de tiempo de enfermedad, tratamiento, antecedentes familiares de diabetes, hábitos tóxicos, complicaciones, presión arterial e índice de masa corporal.

- Variable dependiente: Autocuidado de la persona con diabetes mellitus tipo 2.

III. Metodología.

3.1 Tipo y Diseño de la investigación

El tipo de investigación fue Cuantitativa, porque tiene una estructura que se puede medir, ya que se utilizaron instrumentos de evaluación. El nivel o diseño de la investigación fue Descriptivo Correlacional, no experimental de Corte Transversal, debido a que se describió las variables tal y como se encontraron para luego establecer la relación entre el nivel de autocuidado con los factores sociodemográficos y clínicos (44, 45).

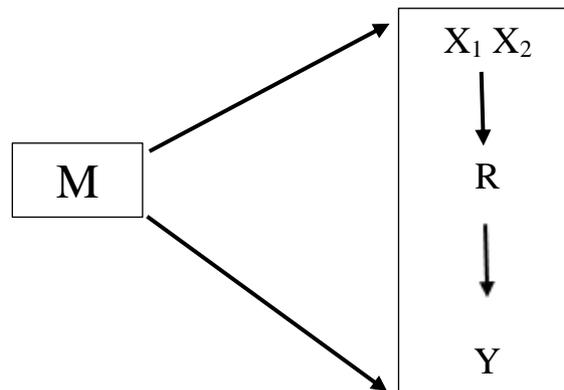
M : Muestra de personas con diabetes del Programa del CSP.

X₁ : Factores sociodemográficos

X₂ : Factores clínicos.

R : Relación

Y : Autocuidado.



3.2 Población y muestra:

La población de estudio estuvo conformada por 66 personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo2 que asisten al Programa de Control de Diabetes del Centro de Salud Progreso y cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 19 años que fueron diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, con tiempo no menor de un mes de enfermedad.
- Pacientes que firmaron el consentimiento informado.
- Pacientes que se encontraron registrados en el padrón nominal de personas con diabetes.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que fueron diagnosticados con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, que se encontraron registrados en el padrón nominal.
- Pacientes que fueron diagnosticados con diabetes tipo 2 y tuberculosis pulmonar, que se encontraron registrados en el padrón nominal.
- Pacientes que asistieron irregularmente al programa.
- Personas que no vivían en la jurisdicción del Centro de Salud Progreso.

Unidad de análisis estuvo conformada por cada uno de los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 que acudieron para la atención en el Programa de Diabetes del Centro de Salud Progreso en el año 2018.

3.3 Definición y Operacionalización de las variables y los indicadores

3.3.1 Nivel de Autocuidado

Definición Conceptual: Son las decisiones y acciones tomadas por una persona para afrontar un problema de salud en orden a su superación y a la mejora de su salud. El autocuidado por tanto, 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, continuar además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (42, 46).

Definición Operacional:

La categorización para el presente estudio será de acuerdo a los puntajes obtenidos:

- Bueno : 73 - 108
- Regular : 37 - 72
- Deficiente : 1- 36

El nivel de autocuidado abarcó las Dimensiones:

a. Alimentación

Definición Conceptual: Es nutrir adecuadamente al paciente fomentando el logro de la normoglucemia controlando las cantidades de los alimentos ingeridos, teniendo en cuenta la individualidad de cada paciente (8).

b. Ejercicio

Definición Conceptual: Actividad física que se hace para conservar o recuperar la salud, tiene un papel beneficioso sobre la diabetes, ayuda a prevenir la aparición de complicación a nivel del corazón y de las extremidades; además, aumenta la autoestima, libido y el bienestar del individuo. Son preferibles aquellos ejercicios aeróbicos de intensidad moderada realizado en forma continua (23).

c. Tratamiento

Definición Conceptual: Es el conjunto de medios cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades, la metformina es de

inicial elección para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (14).

d. Autocontrol de glucemia

Definición Conceptual: Es el resultados de la glucosa pre y postprandial, según criterio médico. 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 (22).

e. Asistencia a su Control

Definición Conceptual: En la persona con diabetes se realiza el control en la consulta de enfermería, este control 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 médicos dependerá de la respuesta del o la paciente al tratamiento y a su evolución (23).

f. Cuidado de los pies

Definición Conceptual: La posibilidad de que una persona con diabetes desarrolle una herida o úlcera de pie diabético es de entre el 15% y el 25%. El riesgo aumenta cuando la diabetes está mal controlada, el pie de una persona con diabetes será siempre de alto riesgo si además padece otros factores de riesgo como la falta la sensibilidad, una mala circulación sanguínea o la presencia de deformidades en los pies (24).

g. Cuidado de los ojos

Definición Conceptual: 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 (23).

h. Cuidado de los dientes

Definición Conceptual: Un buen cepillado dental y la visita anual al odontólogo previene la aparición de complicaciones a largo plazo y ayuda a tener una buena salud bucodental (1).

3.3.2 Factores Sociodemográficos:

Definición Conceptual: Son características, modificables y no modificables por el equipo de salud, que pueden influir sobre la aparición y progresión de futuras complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 (47).

a. Sexo

- Definición Conceptual: Término que más se usa para denotar la masculinidad o feminidad, pero también se utiliza para describir una conducta sexual específica como la relación sexual (27).
- Definición Operacional: Variable cualitativa
Masculino
Femenino

b. Edad

- Definición Conceptual: Permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo (22).
- Definición Operacional: Variable cuantitativa
De 20 a 29 años
De 30 a 39 años

De 40 a 49 años

De 50 a 59 años

De 60 a más

c. Nivel de Instrucción

- Definición Conceptual: es el grado más elevado de estudios realizados, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (29).

- Definición Operacional: Variable cualitativa

Analfabeta

Primaria

Secundaria

Técnico

Superior

d. Estado Civil

- Definición Conceptual: es la condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto (28).

- Definición Operacional: Variable cualitativa

Soltero

Casado

Conviviente

Divorciado

Viudo

e. Ocupación

- Definición Conceptual: Actividad que realizan las personas, 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 (28).

- Definición Operacional: Variable cualitativa

Empleado

Independiente

Ama de casa

No trabaja

f. Con quien Vive

- Definición Conceptual: Las personas con quien vive la persona o la familia es la mayor fuente de apoyo para el paciente por lo que es necesario conocer de quien recibe el apoyo para su tratamiento y así poder reforzar las relaciones familiares (32).

- Definición Operacional: Variable cualitativa

Vive solo

Vive con su pareja e hijos

Vive con su pareja

Vive con hijos

Otros

g. Participación en grupos de apoyo

- Definición Conceptual: Se refiere al conjunto de personas que se reúnen de forma periódica para ayudarse a hacer frente a un

problema que provoca alteraciones en su vida cotidiana mediante el intercambio de vivencias (33).

- Definición Operacional: Variable cualitativa

Si participa en grupo de apoyo

No participa en grupo de apoyo

3.3.3 Factores Clínicos:

Definición Conceptual: Se refiere a la condición en que la enfermedad crónica coloca a las personas frente a factores que determinan su evolución clínica (21).

a. Tiempo de enfermedad

- Definición Conceptual: Es el periodo de tiempo que transcurre desde la fecha del diagnóstico o comienzo del tratamiento, hasta que la enfermedad empieza a empeorar o diseminarse a otras partes del cuerpo (21).

- Definición Operacional: Variable Cuantitativa

De 1 a 10 años

Mayor de 10 a 20 años

Mayor a 20 años

b. Tratamiento de la diabetes

- Definición Conceptual: Conjunto de medios utilizados para aliviar una enfermedad transformar algo, en la diabetes mellitus tipo 2, debe ser de régimen individualizado debido a la variabilidad de los mecanismos patogénicos como las respuestas variables a la dieta y a los medicamentos (23, 28).
- Definición Operacional: Variable cualitativa

No farmacológico

Pastillas

Insulina

Pastillas e insulina

c. Antecedentes familiares de diabetes

- Definición Conceptual: Constituye a las personas que tienen familiares con diabetes 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 (34).

- Definición Operacional: Variable cualitativa

Si tiene antecedentes familiares

No tiene antecedentes familiares

d. Hábitos tóxicos

- Definición Conceptual: Se llama así al consumo frecuente de alguna sustancia dañina para la salud y que resulta a veces difícil de superar, a pesar de tener conocimientos del peligro que su utilización ocasiona, como por ejemplo el fumar cigarrillo y beber alcohol (48)

- Definición Operacional: Variable cualitativa

Fuma

Bebe alcohol

Fuma y bebe alcohol

Ninguno

e. Complicaciones de diabetes

- Definición Conceptual: Son las consecuencias 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 (1).
- Definición Operacional: Variable cualitativa
 - Si tiene complicación
 - No tiene complicación

f. Presión Arterial

- Definición Conceptual: Presión que ejerce la sangre al circular por los vasos sanguíneos, su control permite a las personas y al profesional de la salud conocer cuan cuán cerca se encuentra de su presión ideal (34).
- Definición Operacional: Variable cualitativa
 - Presión Arterial alta
 - Presión Arterial Baja
 - Presión Arterial Normal

g. Índice de masa corporal - IMC

- Definición Conceptual: se obtiene dividiendo el peso en kilogramos por la talla en metros elevada al cuadrado, toda persona debe mantener su IMC en el rango normal o menor de 25 kg/ m² sin embargo, se puede considerar un IMC menor de 27 kg/m² como una meta intermedia que equivale a tener un sobrepeso menor del 20% , se considera a una persona obesa

cuando el IMC es mayor de 30 kg/m² y tiene sobrepeso cuando el IMC está entre 25 y 29,9 kg/m² (31)

- Definición Operacional: Variable cualitativa

Delgadez

Normal

Sobrepeso

Obesidad

3.4 Técnicas, instrumentos y procedimiento

Técnica: Para la recolección de los datos se utilizó la técnica de la entrevista personalizada por ser la más apropiada para el recojo de los datos. La observación para la búsqueda de datos personales en el padrón nominal del registro de pacientes con diabetes.

Instrumentos: Se aplicaron dos cuestionarios los cuales tuvieron como objetivo determinar el nivel de autocuidado e identificar los factores sociodemográficos y clínicos de la persona en estudio. Fueron elaborados por la investigadora, siendo un instrumentos de medición tipo cuestionario en relación a las variables del estudio, tomando como referencias bibliográficas a FID (1), RedGDPS (18), OPS (23), Otero L. (26), MINSA (31), Orem D. (43).

Cuestionario sobre el Nivel de Autocuidado en Pacientes Diabéticos tipo 2. (Anexo N° 1) : Contiene 36 preguntas, las respuestas según la escala de Likert donde 3 es Siempre , 2 a veces y 1 nunca, las dimensiones son: Alimentación, ejercicio, tratamiento, autocontrol de glucemia, asistencia a

su control, cuidado de los pies, ojos y dientes. El puntaje de cada dimensión de autocuidado se sumó siendo las categorías:

- Bueno: 73 a 108
- Regular: 37 a 72
- Deficiente: 01 a 36

Cuestionario sobre factores sociodemográficos y clínicos en pacientes diabéticos tipo 2 (Anexo N° 2): Contiene 14 preguntas que permitieron recolectar la información, con interrogantes abiertas y cerradas que contienen categorías o alternativas de respuestas que se delimitaron según el tema de investigación. Las repuestas son de una alternativa.

Validez Y Confiabilidad

Validez. Para el control de calidad de los instrumentos se utilizó la validez del contenido con juicio de expertos, participando seis profesionales de la salud que laboran en el Programa de Control de la Diabetes y en consultorios externos del Hospital la Caleta y del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, también participó la coordinadora de la estrategia de enfermedades no transmisibles de la Red de Salud Pacífico Norte, quienes revisaron mediante la hoja de validación del instrumento (Anexo N° 3) los cuestionarios y en base a sus observaciones, sugerencias y recomendaciones se mejoró la versión definitiva de los instrumentos.

Confiabilidad. Para determinar la confiabilidad del instrumento que mide el nivel de autocuidado a través de la escala de Likert, se tuvo en cuenta lo siguiente:

- Prueba Piloto: El cuestionario utilizado para medir el nivel de autocuidado se aplicó a 8 pacientes del programa de diabetes que tuvieron características similares a la población de estudio.
- Alfa de Crombach: La confiabilidad del cuestionario se determinó a través de la aplicación de la prueba estadística coeficiente de alfa de Crombach obteniendo un resultado de 0.95, lo cual significa que el instrumento es confiable, garantizando de esta manera su consistencia. Cabe indicar que el alfa de Crombach asume que los ítems medidos en escala tipo Likert miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados (49).

Procedimiento:

Para la recolección de los datos se solicitó primero la autorización correspondiente, a la dirección del Centro de Salud Progreso para una posterior coordinación con la jefatura de enfermería, informando el objetivo del estudio. Luego se procedió a la búsqueda en el registro de pacientes con diabetes, los principales datos de las personas con diagnóstico de diabetes tipo 2 como sus nombres y apellidos y dirección domiciliaria.

Previo comunicado de la enfermera responsable del programa de diabetes a los pacientes, se realizó una visita domiciliaria, donde se dialogó con el paciente, solicitándole su consentimiento (Anexo N° 4), previa explicación del objetivo del estudio, además de cuáles serán los beneficios obtenidos, al igual que se le aclaró que en cualquier momento podría abandonar el estudio, posterior a esto se le aplicó los dos cuestionarios por medio de la entrevista durante aproximadamente 30 minutos, resaltando que ambos instrumentos son de naturaleza anónima.

3.5 Plan de análisis:

Con los resultados de la información recolectada los datos fueron procesados estadísticamente, por medio del programa de datos de Microsoft Excel Statistical Package Off Social Science (SPSS) versión 21.0 de Windows. La información obtenida fue analizada y presentada en cuadros de distribución de frecuencias de una y doble entrada con valores absolutos y relativos, además de los gráficos respectivos para una observación objetiva. La prueba de independencia de criterios el Chi cuadrado, fue utilizada para el análisis de relación entre variables, considerando una significancia estadística del cinco por ciento de error y de 95% de acierto.

3.6 Matriz de Consistencia:

Problema	Objetivos	Variable	Población y Muestra	Metodología	Técnicas e instrumentos
<p>¿Cuál es el nivel de autocuidado en relación con los factores sociodemográficos y clínicos de la persona con diabetes mellitus tipo 2 del Programa de Diabetes del Centro de Salud Progreso, Chimbote 2018?</p>	<p>Objetivo General Determinar el nivel de autocuidado en relación con los factores sociodemográficos y clínicos de las personas con diabetes mellitus tipo 2 del Programa de Diabetes del Centro de Salud Progreso, Chimbote 2018.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar el nivel de autocuidado en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 del Programa de Diabetes del Centro de Salud Progreso, Chimbote 2018. 2. Identificar los factores sociodemográficos en las dimensiones: Sexo, edad, nivel de instrucción, estado civil, ocupación, con quién vive y participación en grupos de apoyo en las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 del Programa de Diabetes del Centro de Salud Progreso, Chimbote 2018. 3. Identificar los factores clínicos en las dimensiones: Tiempo de enfermedad, tratamiento de la diabetes, antecedentes familiares de diabetes, hábitos tóxicos, complicaciones de diabetes, presión arterial, perímetro abdominal e Índice de Masa Corporal (IMC) en las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 del Programa de Diabetes del Centro de Salud Progreso, Chimbote 2018. 	<p>Variable Independiente: Factores sociodemográficos con sus dimensiones de sexo, edad, nivel de instrucción, estado civil, ocupación, con quién vive y participación en grupos de apoyo.</p> <p>Factores clínicos con sus dimensiones de tiempo de enfermedad, tratamiento, antecedentes familiares de diabetes, hábitos tóxicos, complicaciones, presión arterial e IMC</p> <p>Variable dependiente: Autocuidado de la persona con diabetes mellitus tipo 2.</p>	<p>La población de la investigación estuvo conformado por 66 personas con diabetes mellitus tipo 2 inscritas en el registro nominal del Programa de Diabetes del C.S. Progreso Chimbote.</p>	<p>Diseño de la investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> •No experimental •Transversal •Descriptivo <p>*Cuantitativa</p>	<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Cuestionario de Autocuidado y el Cuestionario de factores sociodemográficos y clínicos.</p>

3.7 Principios Éticos:

Para el cumplimiento de este estudio de investigación se tomó en cuenta los principios que rigen la actividad investigadora, en el Código de Ética para la investigación versión 001 de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote (50):

- Protección a las personas: El objeto de estudio de la presente investigación fueron los seres humanos, por tanto prevaleció el criterio del respeto a la dignidad y protección a los derechos, adaptándose así los principios científicos y éticos de investigación. Los principios considerados fueron:
- Beneficencia y no maleficencia: Se dio a conocer a los participantes del estudio, que el objetivo del mismo es únicamente para beneficio de los pacientes diabéticos con la finalidad de contribuir a mejorar su autocuidado.
- Justicia: Se dio a conocer a todos los pacientes diabéticos participantes que tienen derecho a decidir el momento, la cantidad de información y las circunstancias generales para que la información que proporcionan pueda compartirse, además derecho a decidir su participación voluntaria en el estudio o no, se les informará el objetivo de investigación y que podrán abandonar el estudio cuando así lo deseen.
- Integridad Científica: La integridad o rectitud rigieron la actividad científica del presente estudio, en función al código de ética y deontología de la profesión de enfermería evaluando riesgos y beneficios potenciales que puedan afectar a las personas con diabetes tipo 2, teniendo en cuenta los resultados encontrados.

- Consentimiento informado y expreso: Se elaboró una carta de consentimiento informado mediante la cual los pacientes diabéticos que participarán en el estudio firmarán y aceptarán participar.

IV. Resultados

4.1 Resultados

TABLA 1

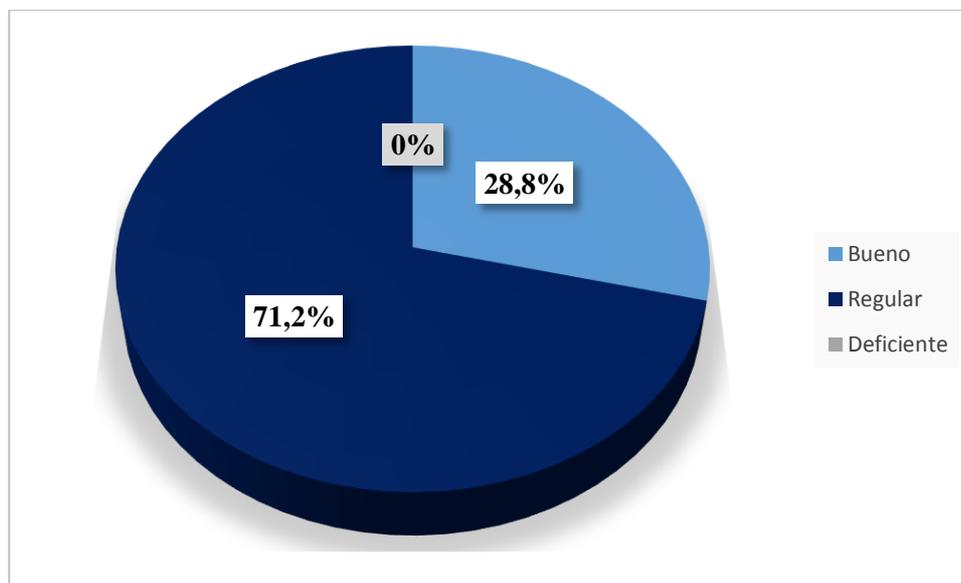
NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES CENTRO DE SALUD PROGRESO, CHIMBOTE 2018.

NIVEL DE AUTOCUIDADO	Nº	%
Bueno	19	28,8
Regular	47	71,2
Deficiente	0	0
Total	66	100

Fuente: Cuestionario de Autocuidado aplicado en Pacientes Diabéticos. Autora: Lourdes Rios Cueva.

GRÁFICO 1

NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LAS PERSONAS CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE
DIABETES DEL C. S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018



Fuente: Tabla 1

TABLA 2

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS POR DIMENSIONES DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES CENTRO DE SALUD PROGRESO, CHIMBOTE 2018.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS POR DIMENSIONES	N°	%
SEXO		
Masculino	30	45,5
Femenino	36	54,5
Total	66	100
EDAD		
De 20 a 29 años	0	0
De 30 a 39 años	5	7,6
De 40 a 49 años	4	6,1
De 50 a 59 años	27	40,9
De 60 años a más	30	45,4
Total	66	100
NIVEL DE INSTRUCCIÓN		
Analfabeto	8	12,1
Primaria	20	30,3
Secundaria	30	45,5
Técnica	2	3,0
Superior	6	9,1
Total	66	100
ESTADO CIVIL		
Soltero	10	15,2
Casado	16	24,2
Conviviente	34	51,5
Divorciado	2	3,0
Viudo	4	6,1
Total	66	100
OCUPACIÓN		
Empleado	2	3,0
Independiente	27	4,9
Ama de casa	25	37,9
No trabaja	12	18,2
Total	66	100

CON QUIÉN VIVE

Vive solo	0	0,0
Vive con su pareja e hijos	41	62,1
Vive con su pareja	3	4,5
Vive con hijos	6	9,1
Otros	16	24,3
Total	66	100

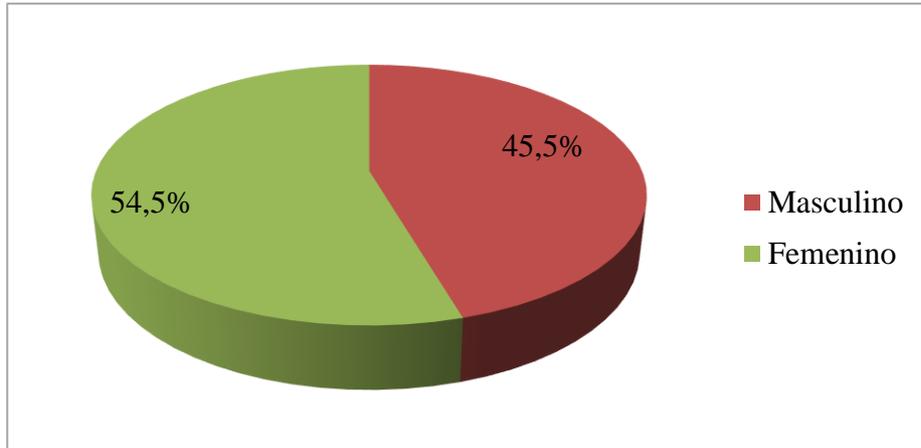
PARTICIPA EN GRUPO DE APOYO

Si	9	13,6
No	57	86,4
Total	66	100

Fuente: Cuestionario de Factores Sociodemográficos – Clínicos aplicado en Pacientes Diabéticos. Autora Lourdes Rios Cueva, 2018.

GRÁFICO 2

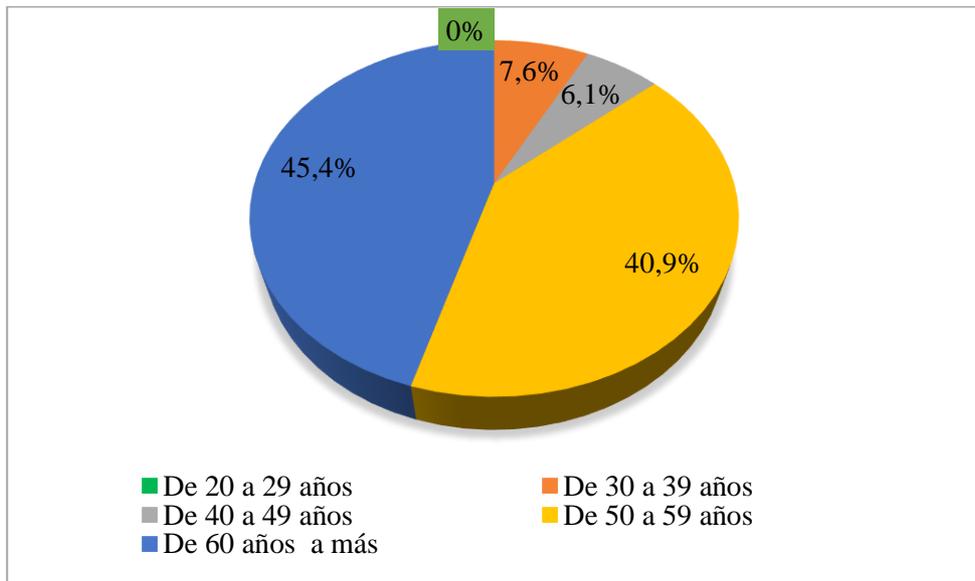
SEXO DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES C. S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018.



Fuente: Tabla 2.

GRÁFICO 3

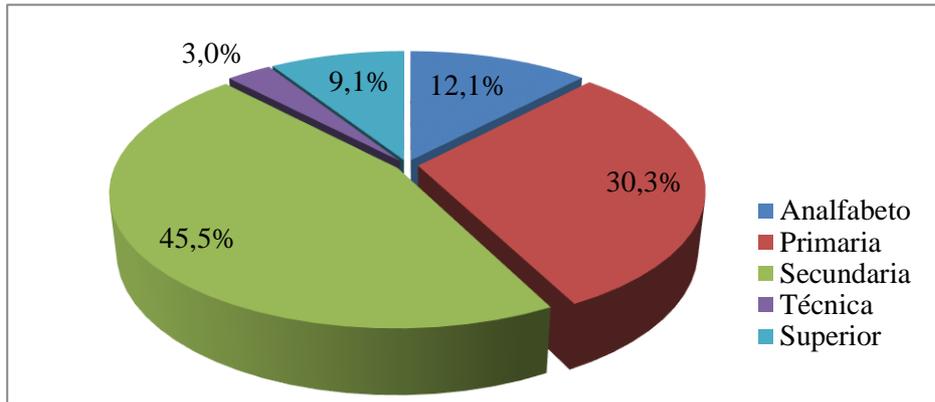
EDAD DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL C.S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018.



Fuente: Tabla 2.

GRÁFICO 4

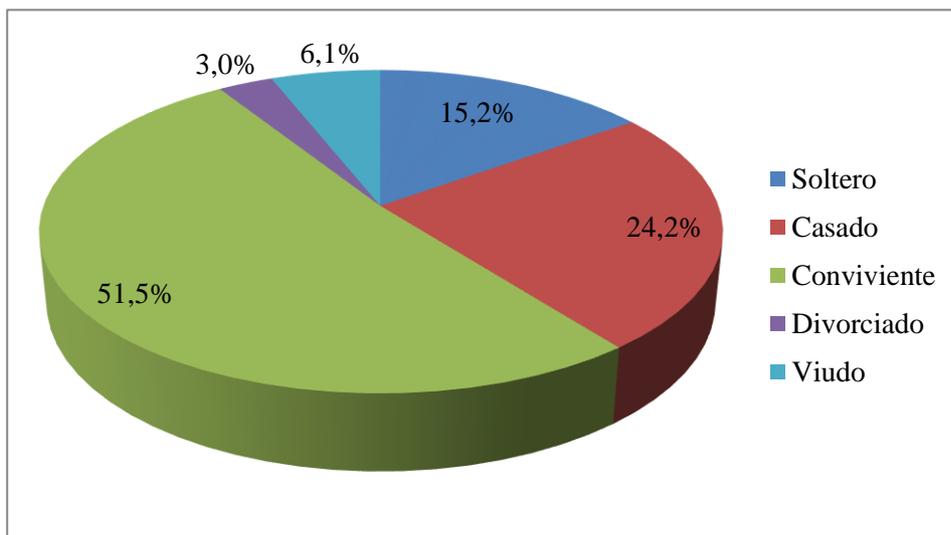
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL C.S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018.



Fuente: Tabla 2.

GRÁFICO 5

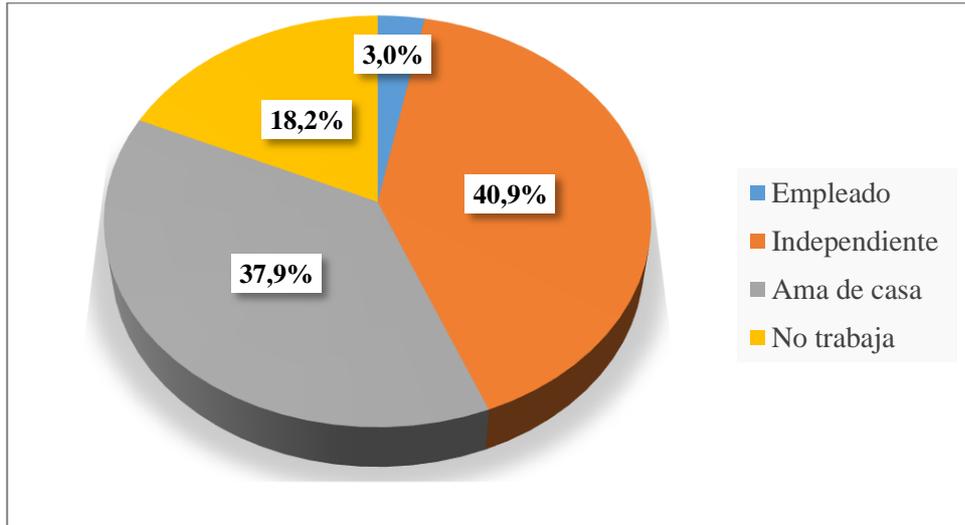
ESTADO CIVIL DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL C.S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018.



Fuente: Tabla 2.

GRÁFICO 6

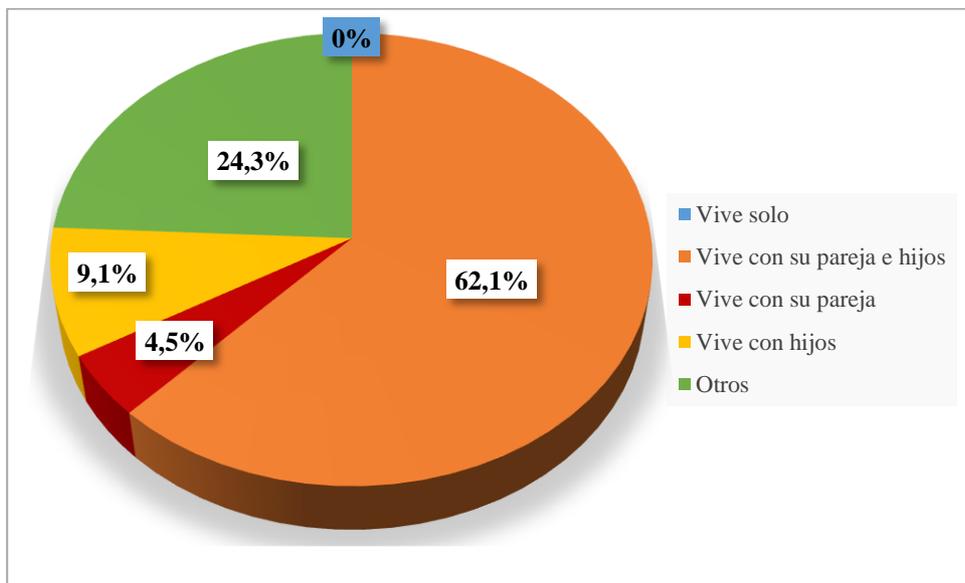
OCUPACIÓN DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL C.S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018.



Fuente: Tabla 2.

FIGURA 7

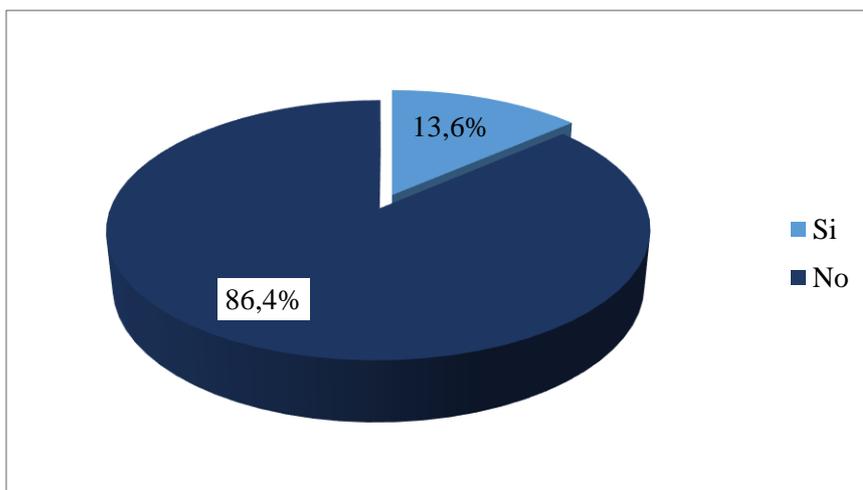
CON QUIEN VIVE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL C.S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018.



Fuente: Tabla 2.

GRÁFICO 8

PARTICIPACIÓN EN GRUPOS DE APOYO EN LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL C.S. PROGRESO, CHIMBOTE- 2018.



Fuente: Tabla 2.

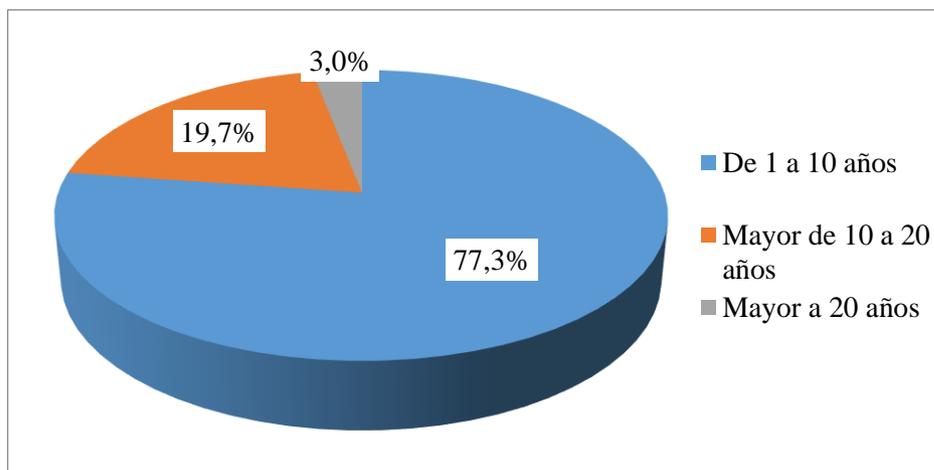
TABLA 3
FACTORES CLÍNICOS POR DIMENSIONES DE LAS PERSONAS CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES C.S.
PROGRESO, CHIMBOTE 2018.

FACTORES CLÍNICOS POR DIMENSIONES	Nº	%
TIEMPO DE ENFERMEDAD		
De 1 a 10 años	51	77,3
Mayor de 10 a 20 años	13	19,7
Mayor a 20 años	2	3,0
Total	66	100
TRATAMIENTO DE LA DIABETES		
No farmacológico	2	3,0
Pastillas	32	48,5
Insulina	0	0
Pastillas e insulina	32	48,5
Total	66	100
ANTECEDENTES FAMILIARES DE DIABETES		
Si	27	40,9
No	39	59,1
Total	66	100
HÁBITOS TÓXICOS		
Fuma	0	0
Bebe Alcohol	1	1,5
Fuma y bebe alcohol	0	0
Ninguno	65	98,5
Total	66	100
PRESENTO COMPLICACIONES DIABETES		
Si	13	19,7
No	53	80,3
Total	66	100
PRESIÓN ARTERIAL		
Alta	9	13,6
Baja	5	7,6
Normal	52	78,8
Total	66	100
ÍNDICE DE MASA CORPORAL		
Delgadez	1	1,5
Normal	38	57,6
Sobrepeso	20	30,3
Obesidad	7	10,6
Total	66	100

Fuente: Cuestionario de Factores Sociodemográficos – Clínicos aplicado en Pacientes Diabéticos. Autora Lourdes Rios Cueva, 2018.

GRÁFICO 9

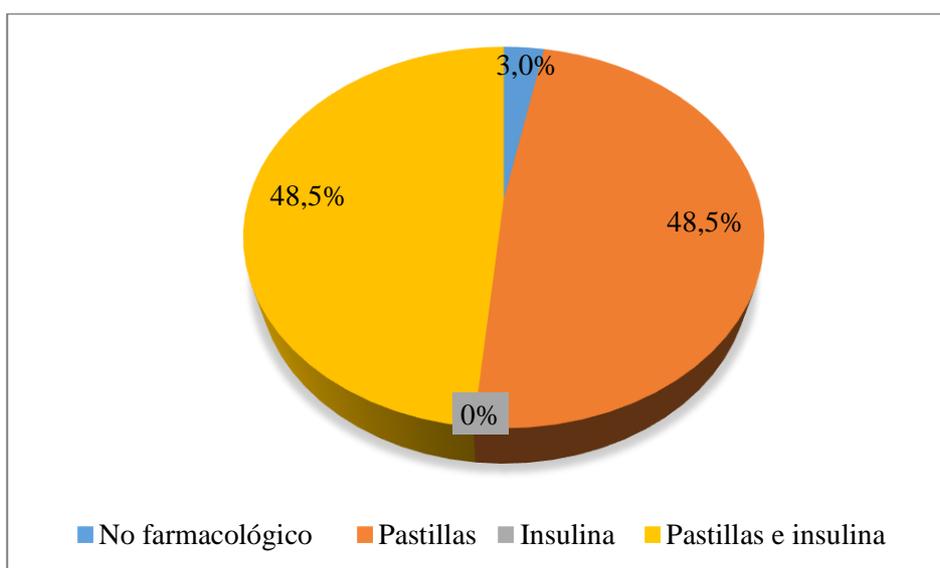
TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL C.S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018.



Fuente: Tabla 3.

GRÁFICO 10

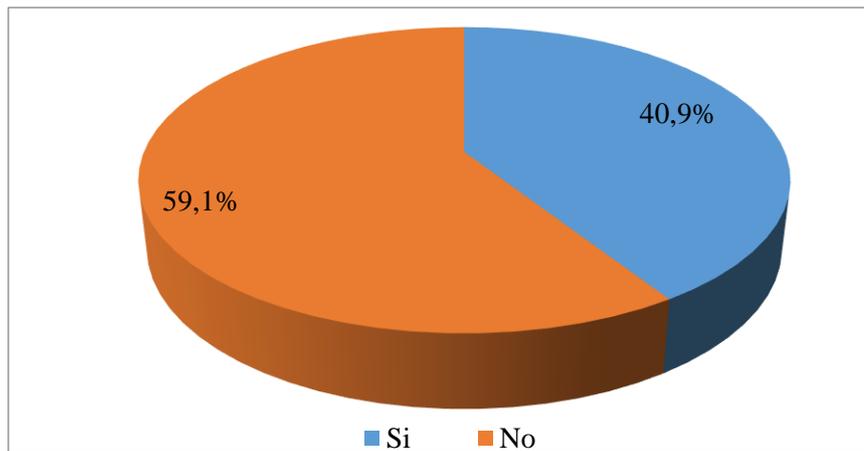
TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL C.S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018.



Fuente: Tabla 3.

GRÁFICO 11

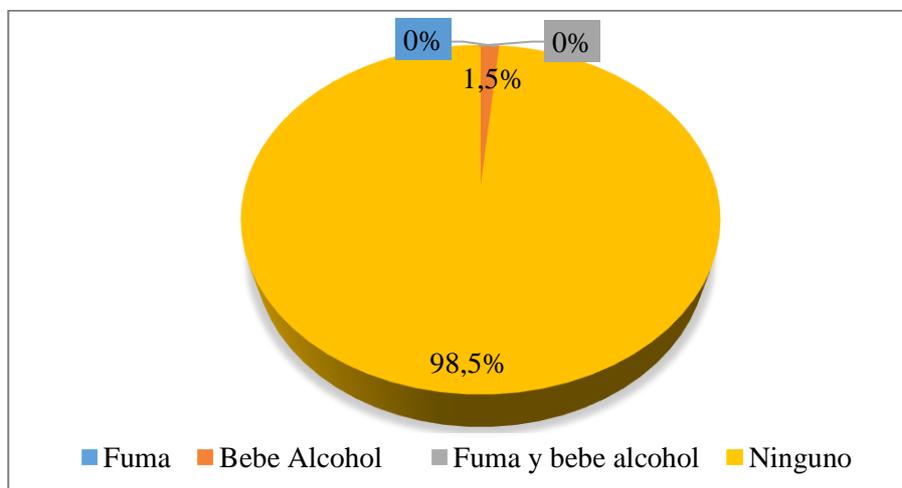
ANTECEDENTES FAMILIARES DE DIABETES, EN LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL C.S. PROGRESO, CHIMBOTE- 2018.



Fuente: Tabla 3.

GRÁFICO 12

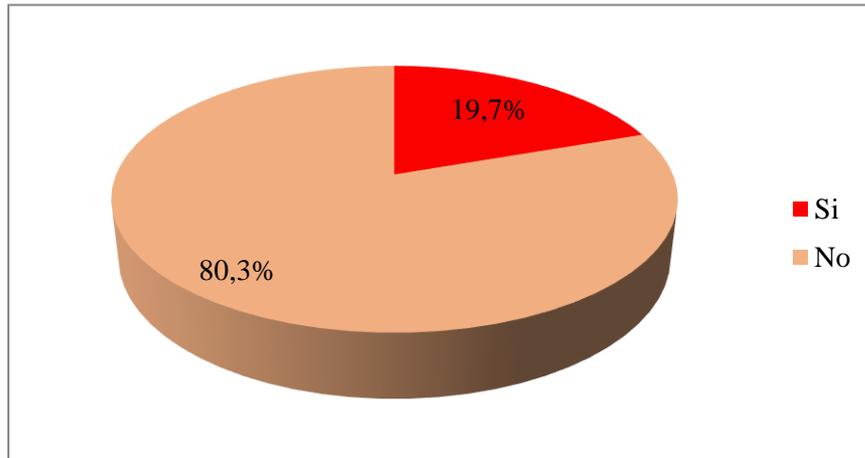
HÁBITOS TÓXICOS EN LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL C.S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018.



Fuente: Tabla 3.

GRÁFICO 13

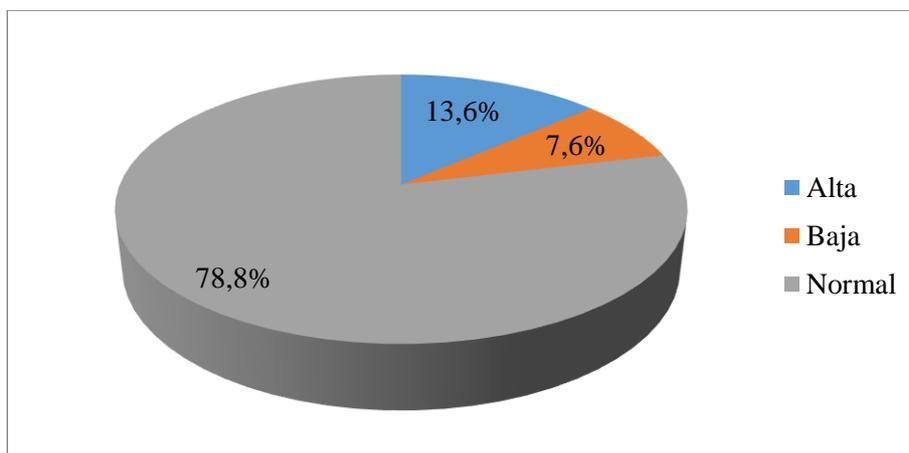
COMPLICACIONES DE DIABETES, EN LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL C.S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018.



Fuente: Tabla 3.

GRÁFICO 14

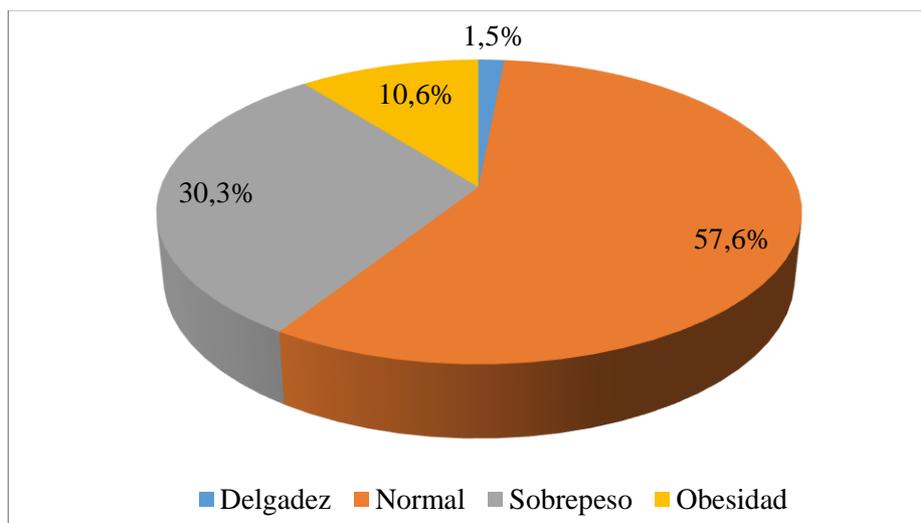
TIPO DE PRESIÓN ARTERIAL, EN LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL C.S. PROGRESO, CHIMBOTE 2018.



Fuente: Tabla 3.

GRÁFICO 15

ÍNDICE DE MASA CORPORAL - IMC, EN LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL C.S. PROGRESO, CHIMBOTE- 2018.



Fuente: Tabla 3.

TABLA 4

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS POR DIMENSIONES EN RELACIÓN
CON EL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LAS PERSONAS CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES CENTRO DE SALUD
PROGRESO, CHIMBOTE 2018.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS POR DIMENSIONES	NIVEL DE AUTOCUIDADO				X ² g.l. p α = 0.05
	BUENO		REGULAR		
	N°	%	N°	%	
SEXO					
Masculino	9	47,4	21	44,7	X ² = 0.039 g.l. = 1 p = 0.843 p > 0.05
Femenino	10	52,6	26	55,3	
Total	19	100	47	100	
EDAD					
De 20 a 29 años	0	0	0	0	X ² = 1.162 g.l. = 3 p = 0.639 p > 0.05
De 30 a 39 años	1	5,3	4	8,5	
De 40 a 49 años	1	5,3	3	6,4	
De 50 a 59 años	6	31,6	21	44,7	
De 60 años a más	11	57,8	19	40,4	
Total	19	100	47	100	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN					
Analfabeto	3	15,8	5	10,6	X ² = 2.221 g.l. = 4 p = 0.695 p > 0.05
Primaria	104	21,1	16	34,0	
Secundaria		52,5	20	42,6	
Técnica	1	5,3	1	2,2	
Superior	1	5,3	5	10,6	
Total	19	100	47	100	
ESTADO CIVIL					
Soltero	3	15,8	7	14,8	X ² = 0.897 g.l. = 4 p = 0.925 p > 0.05
Casado	5	26,3	11	23,4	
Conviviente	10	52,6	24	51,1	
Divorciado	0	0	2	4,3	
Viudo	1	5,3	3	6,4	
Total	19	100	47	100	

OCUPACIÓN					
Empleado	1	5,3	1	2,2	$X^2 = 8.128$ g.l. = 3 $p = 0.043$ $p < 0.05$
Independiente	4	21,1	23	48,9	
Ama de casa	7	36,8	18	38,3	
No trabaja	7	36,8	5	10,6	
Total	19	100	47	100	
CON QUIÉN VIVE					
Vive solo	0	0	0	0	$X^2 = 0.512$ g.l. = 3 $p = 0.916$ $p > 0.05$
Vive con su pareja e hijos	12	63,1	29	61,7	
Vive con su pareja	1	5,3	2	4,3	
Vive con hijos	1	5,3	5	10,6	
Otros	5	26,3	11	23,4	
Total	19	100	47	100	
PARTICIPA EN GRUPO DE APOYO					
Si	3	15,7	6	12,7	$X^2 = 0.105$ g.l. = 1 $p = 0.746$ $p > 0.05$
No	16	84,3	41	87,3	
Total	19	100	47	100	

Fuente: Cuestionario de Factores Sociodemográficos – Clínicos aplicado en Pacientes Diabéticos. Autora Lourdes Rios Cueva, 2018.

TABLA 5

FACTORES CLÍNICOS POR DIMENSIONES EN RELACIÓN CON EL NIVEL
DE AUTOCUIDADO DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
DEL PROGRAMA DE DIABETES CENTRO DE SALUD PROGRESO,
CHIMBOTE 2018.

FACTORES CLÍNICOS POR DIMENSIONES	NIVEL DE AUTOCUIDADO				X ² g.l. p α = 0.05
	BUENO		REGULAR		
	N°	%	N°	%	
TIEMPO DE ENFERMEDAD					
De 1 a 10 años	15	78,9	36	76,6	X ² = 0.843
Mayor de 10 a 20 años	4	21,1	9	19,1	g.l. = 2
Mayor a 20 años	0	0	2	4,3	p = 0.656
Total	19	100	47	100	p > 0.05
TRATAMIENTO DE LA DIABETES					
No farmacológico	0	0	2	4,3	X ² = 2.739
Pastillas	7	36,8	25	53,2	g.l. = 2
Insulina	0	0	0	0	p = 0.254
Pastillas e insulina	12	63,2	20	42,5	p > 0.05
Total	19	100	47	100	
ANTECEDENTES FAMILIARES DE LA DIABETES					
Si	8	42,1	19	40,4	X ² = 0.016
No	11	57,9	28	59,6	g.l. = 1
Total	19	100	47	100	p = 0.900
HÁBITOS TÓXICOS					
Fuma	0	0	0	0	X ² = 0.410
Bebe Alcohol	0	0	1	2,2	g.l. = 1
Fuma y bebe alcohol	0	0	0	0	p = 0.522
Ninguno	19	100	46	97,8	p > 0.05
Total	19	100	47	100	
PRESENTO COMPLICACIONES DE DIABETES					
Si	0	0	13	27,7	X ² = 6.544
No	19	100	34	72,3	g.l. = 1
Total	19	100	47	100	p = 0.011
					p < 0.05

PRESIÓN ARTERIAL					
Alta	0	0	9	19,1	$X^2 = 6.114$
baja	3	15,8	2	4,3	g.l. = 2
Normal	16	84,2	36	76,6	p= 0.047
Total	19	100	47	100	p < 0.05
ÍNDICE DE MASA CORPORAL					
Delgadez	0	0	1	2,2	$X^2 = 19.66$
Normal	19	100	19	40,4	g.l. = 3
Sobrepeso	0	0	20	42,5	p= 0.000
Obesidad	0	0	7	14,9	p < 0.05
Total	19	100	47	100	

Fuente: Cuestionario de Factores Sociodemográficos – Clínicos aplicado en Pacientes Diabéticos. Autora: Lourdes Rios Cueva, 2018.

4.2 Análisis de Resultados

Tabla 1

Nivel de Autocuidado de las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Programa de Diabetes Centro de Salud Progreso, Chimbote 2018, se observa en el 71,2% autocuidado regular, en el 28,8% un nivel de autocuidado bueno y ninguno presentó autocuidado deficiente. Resultados similares a lo investigado por Contreras GT (39) en Calidad de vida y autocuidado en los pacientes del programa de diabetes mellitus del Hospital Hipólito Únanue de Tacna, 2017, donde el 31,8% presentó autocuidado alto.

Del mismo modo al estudio desarrollado por Contreras OA. et. al. (38), Capacidad de Autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia, 2013, donde el 88,89% se ubicó en la categoría regular de capacidad de autocuidado. Así también, León Z.(41), difiere con los resultados, en su estudio el Autocuidado y su relación con factores socio cultural del paciente diabético del Programa de Diabetes del Hospital Regional Docente de Trujillo, donde el 66% de los encuestados presentaron en general un nivel de autocuidado alto y solo el 34% un bajo nivel de autocuidado.

El hecho de que el autocuidado regular abarque el 71,2% del total de la población con diabetes tipo 2 en estudio, puede considerarse una consecuencia del escaso personal y tiempo dedicado a la atención en el programa de diabetes, lo cual se contrapone con las políticas de salud establecidas en el Plan de Acción para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013 – 2019, según la OPS y OMS (51), en la línea estratégica de acción “ Respuesta de los sistemas de

salud a las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo”: Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención para las cuatro principales enfermedades no transmisibles: Cardiovasculares, cáncer, Diabetes y enfermedades respiratorias crónicas y otras que tengan prioridad a nivel nacional, con énfasis en la atención primaria de salud que incluya la prevención y un mejor autocuidado.

De donde se desprenden los Lineamientos de Políticas y Estrategias para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles – ENT, 2016- 2020 del MINSA (52), en el Perú, donde dispone en el lineamiento 3 sistema de salud con capacidad de respuesta para organizar el acceso, la cobertura y la calidad de atención para los pacientes con daños y riesgos cardiovasculares, diabetes mellitus y cáncer, con énfasis en el primer nivel de atención de salud y la prevención primaria. En relación al autocuidado, los resultados obtenidos ponen en riesgo lo normado por la Declaración de las Américas sobre la diabetes, en la guía peruana de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes (23) menciona en su plan estratégico “Velar por que las personas con diabetes puedan adquirir los conocimientos y aptitudes que los faculten para el autocuidado de su enfermedad crónica.”

Por tanto, un autocuidado regular en la población de personas con diabetes tipo 2, implica que las conductas que la persona dirige sobre sí mismas, hacia los demás o hacia su entorno para regular factores que afectan su vida y desarrollo posterior, se encuentran en riesgo, por consiguiente conductas como la práctica de una alimentación saludable, de ejercicios físicos, cumplimiento del tratamiento, autocontrol de la glucosa, asistencia a su control, cuidado de los pies, ojos y dientes; lo que es preocupante

debido a que la diabetes mellitus tipo 2 por ser una enfermedad crónica la persona que la padece debe aprender a convivir con este mal, y el convivir implica el hacerse responsable de su propio cuidado, pues el no hacerlo le llevará a presentar complicaciones que afectarán su vida de manera definitiva como la ceguera, la insuficiencia renal, etc.

Es importante señalar que las consecuencias de la práctica de un autocuidado regular no solo afectan a la persona con diabetes sino también a toda su familia como se pudo evidenciar en las entrevistas desarrolladas, pues entonces es necesario que en el fomento de las prácticas de autocuidado la familia sea considerada indiscutiblemente, sin dejar de mencionar que la persona con diabetes tipo 2 es el protagonista de su autocuidado. Es ahí donde la enfermera como lo menciona Orem es la que proporciona a las personas asistencia directa en su autocuidado según sus requerimientos.

Es propio por tanto, mencionar que la realidad que vive el profesional de enfermería proveedor del autocuidado de las personas con diabetes tipo 2 en el Centro de Salud Progreso no es alentador, pues para más de 100 usuarios en el programa de diabetes, solo se tiene destinado un personal de enfermería y una vez a la semana, lo cual implica un riesgo el autocuidado por consecuencia en la salud de la persona, familia y comunidad en general.

Tabla 2

Factores Sociodemográficos por dimensiones de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 del Programa de Diabetes Centro de Salud Progreso, Chimbote 2018. En el sexo se observa que predominó el femenino

con un 54,5% y un 45,5% son del sexo masculino, y en la dimensión edad el mayor porcentaje obtuvieron las personas entre los 60 a más años de edad con un 45,4%, solo un 7,6% se ubicó en las edades de 30 a 39 años.

Estos resultados se asemejan a lo investigado por Merchán (35), en su estudio variables predictores de las conductas de autocuidado en las personas con diabetes mellitus tipo 2, España 2014, menciona que el sexo femenino predominó en su población al igual que la edad promedio de la mayoría fue de 68 años.

La Organización Panamericana de la salud (23), considera que la diabetes tiene una mayor prevalencia en mujeres, mientras que en hombres es la segunda causa de muerte, considerando que las mujeres pueden tener diabetes durante el embarazo, la proyección de esta enfermedad para el año 2040, será de un aumento en la cifra hasta 313 millones en mujeres. Un factor transversal es que la obesidad afecta a todas las etapas de la vida de las mujeres, la diabetes con obesidad es más difícil de tratar.

Según la Federación Internacional de la Diabetes FID (1), afirma que la aparición de la diabetes suele producirse con mayor frecuencia en adultos mayores y la Sociedad Peruana de Endocrinología (22), considera un mayor riesgo epidemiológico en las personas mayores de 45 años, siendo la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 directamente proporcional al incremento de la edad cronológica, afirmaciones que se reflejan en el presente estudio

En el nivel de instrucción, el 45,5% de los participantes en el estudio tenían nivel secundario, seguido de un 30,3% con nivel primario y solo un

9,1% tenían nivel superior y en el estado civil, los convivientes fueron el 51,5%, seguido de un 24,2% de casados y solo un 6,1% viudos.

Alegría et. al. (40), en su estudio Características sociodemográficas clínicas y estilos de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo II, Iquitos 2014, presenta resultados similares donde el 55,6% tienen el grado de instrucción secundaria y el 55% de los participantes son convivientes.

Según Kosier (27), el nivel de instrucción interviene favorablemente en su desarrollo intelectual y en la formación de su personalidad, ayudándole a comprender la educación sanitaria y a cumplir con más responsabilidad las medidas pertinentes para el cuidado de su salud, afirmación que favorece a lo hallado en la población de estudio. Para Rosette (30), el estado civil se relaciona indiscutiblemente con la disponibilidad de tiempo para el desarrollo de las actividades en cada persona, planteando diferencias entre un soltero y casado o conviviente, por ejemplo este último suele tener menos tiempo por la serie de responsabilidades dentro del hogar, afirmación que podría convertirse en un factor de riesgo en el presente estudio debido a que más del 70% de su población son casados y/o convivientes.

En la dimensión ocupación los que mayor porcentaje obtuvieron fueron los que realizan un trabajo independiente con un 40,9% fueron y las amas de casa en un 37,9%. Estos datos son cercanos con el estudio de Compean et. al. (37), Educación, actividad física y obesidad en adultos con diabetes tipo 2 desde la perspectiva del autocuidado de Orem, México 2013,

donde las ocupaciones con mayor porcentaje fueron la ocupación independiente (25,8%) y las amas de casa (55,6%).

Esto es favorable dado que la ocupación se encuentra como uno de los factores predominantes limitantes para el cumplimiento de las medidas de autocuidado (31). Por lo cual, el tener un trabajo independiente y el estar en el hogar pueden disponer de mayor de tiempo y autonomía para la adopción de prácticas de autocuidado relacionadas con la dieta adecuada y el cuidado integral de la salud,

En la dimensión: Con quien vive, las personas participantes en el estudio viven con pareja e hijos en un mayoritario 62,1%, el 4,5% vive con su pareja y ninguno vive solo, resultados que difieren con Merchán (34), en su estudio Variables predictores de las conductas de autocuidado en las personas con diabetes mellitus tipo 2, España 2014, donde menciona que el 21,2%, vive con pareja e hijos, el 47,3% vive con su pareja y el 18,8% vive solo.

Lo obtenido en la presente dimensión resulta favorable, pues según Colliere (32), el apoyo de las personas con quien vives o compañeros influye notablemente en el cumplimiento del tratamiento, pudiendo mejorar la adherencia terapéutica y disminuir la cantidad de tiempo dedicado por los profesionales de la salud a la atención de los procesos crónicos, favoreciendo la salud y calidad de vida de los pacientes.

Con respecto a la Participación en grupos de apoyo, un 86,4% refieren no participar y solo un 13,6% si participa, cabe indicar que estos resultados no coinciden ni se contrastan con los antecedentes tomados en

cuenta en la presente investigación. Este resultado puede considerarse de riesgo, pues según Castillero (33) menciona que esta dimensión es una estrategia que contribuye a que cada miembro que lo integra logre superar el problema que atraviesa adaptándose a sus consecuencias y afrontando posibles complicaciones futuras, dándole la posibilidad de expresar dudas, miedos y emociones logrando comprenderse y apoyarse entre sí.

Es así, que los factores sociodemográficos tomados en cuenta para su estudio en la presente investigación como lo fue el sexo, la edad, nivel de instrucción, estado civil, ocupación, con quién vive y la participación en grupo de apoyo, de manera conjunta fue enriquecedor y beneficioso tanto para la persona con diabetes tipo 2 como para el personal de salud del Centro de Salud Progreso, teniendo presente que la Guía Técnica de práctica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención según R.M. N° 719-2015/MINSA (31), en el acápite V de consideraciones generales considera a estas variables como factores de riesgo asociados, lo que sustenta el provecho de su investigación.

Paralelamente el Plan de Acción para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013 – 2019 de la OPS - OMS (51) en la línea estratégica de acción Factores de riesgo y factores protectores de las Enfermedades No Transmisibles menciona: Reducir la prevalencia de sus principales factores de riesgo y fortalecer los factores protectores, en grupos vulnerables como el adulto mayor etapa de vida que predominó en la población de estudio; emplear estrategias de promoción de la salud abordando los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud. Coincidiendo con el lineamiento 2 de los Lineamientos de Políticas

y Estrategias para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles – ENT, 2016- 2020, RM N° 229-2016/MINSA (52).

Por consiguiente, el planteamiento del primer objetivo específico en la presente investigación, conllevó a conocer los factores sociodemográficos que se presentan en las personas con diabetes mellitus tipo 2, en contrastación con la literatura y el trabajo de campo desarrollado en la realidad de su entorno (casa, familia o trabajo), saber si estos factores favorecen o ponen en riesgo su salud. La diabetes mellitus tipo 2 por ser un problema de salud pública su aparición, detección, desarrollo, control, cuidado o consecuencias, no solo se ubican en la persona afectada sino también en su familia y por tanto en la comunidad, de ahí la importancia de conocer el comportamiento de los factores sociodemográficos de una determinada población, ayudando así a adoptar medidas necesarias para que estos factores si son modificables, favorezcan la salud de la población en general.

La descripción de los factores sociodemográficos en la persona con diabetes mellitus tipo 2, estudiados en la presente investigación como el conocer que la mayoría de las personas con diabetes tipo2 que se atienden en el programa de control de la diabetes son: del sexo femenino, mayores de 60 años, de nivel de instrucción secundaria, de ocupación independiente, vive solo con su pareja e hijos y no participa en grupos de apoyo, desde una perspectiva del primer nivel de atención, nivel considerado la base para la prevención en el proceso salud enfermedad y para la promoción de la salud, considera a estos factores como determinantes sociales de la salud, de ahí la importancia de que se promueva en la población su influencia en la salud de

la persona, familia y comunidad, así también, en el mismo personal de salud la identificación oportuna y verídica de estos factores en el usuario sujeto de atención.

Por tanto, los resultados obtenidos en relación a estos factores, direccionará al personal y autoridades de salud a la elaboración de proyectos, permitiendo además parte de la actualización del Análisis de la Situación de Salud – ASIS 2018. Guiará a las autoridades políticas y líderes de la comunidad en general interesados en este problema de salud pública, a tomar acciones, plantear o replantear políticas públicas de salud desde la propia comuna, sin dejar de mirar la necesidad de la población en conjunto y del personal de salud que brinda atención, ayudando así a la persona con diabetes mellitus tipo 2, a la familia y a la comunidad.

Tabla 3

Factores clínicos por dimensiones, de las personas con diabetes mellitus tipo 2 del Programa de Diabetes Centro Salud Progreso, Chimbote 2018. En el tiempo de enfermedad se encontró que el 77,3% de los participantes en el estudio tienen de 1 a 10 años, y solo un 3% tienen más de 20 años. Los resultados son cercanos con los del estudio de Robles (36), titulado: Autocuidado y factores condicionantes presentes en las personas con diabetes tipo 2, México 2014, en donde los años de padecimiento de enfermedad, el 46,9% tienen de 10 a menos años y solo el 11.3% tienen más de 21 años. Las personas con diabetes tienen probabilidades de presentar en un periodo de tiempo de 10 años, enfermedades cardiovasculares (26).

Además, la OMS (12), afirma que a mayor tiempo tenga un paciente diabetes, es menor la probabilidad que se adhiera al tratamiento, siendo así importante identificar el tiempo de diagnóstico de la enfermedad, para la planeación de intervenciones efectivas en salud.

En el tratamiento de la diabetes, el 48,5 % tienen tratamiento solo con pastillas al igual que otro 48,5% están siendo tratados con pastillas e insulina y un 3% es no farmacológico. Resultados que se asemejan con lo investigado por Robles (36), en su estudio: Autocuidado y factores condicionantes presentes en las personas con diabetes tipo 2, México 2014, donde el 60% del tratamiento es oral, solo el 3.4% es no farmacológico y difiere con el 13% en el tratamiento con pastillas e insulina.

Estos datos favorecen a la población en estudio, pues según la OPS (23), considera que para muchas de las personas con diabetes le es difícil seguir las recomendaciones del tratamiento sobre todo en su inicio ya sea con la monoterapia o en terapia combinada con dos o tres fármacos incluida la insulina. Merchán (35) refiere que el tratamiento farmacológico debe utilizarse como medio para potenciar los efectos de la alimentación y del ejercicio y no como medio para reemplazarlos, por lo tanto, el tratamiento farmacológico debe completarse con el no farmacológico.

En la dimensión: Antecedentes familiares, se observa que un 59,1% manifiesta no tener antecedentes familiares. Así también en la dimensión clínica complicaciones el 80,3 % no presentó; en la presión arterial, los resultados arrojados indican que un 78,8% tiene presión arterial normal.

Estos resultados difieren en lo investigado por Merchán (35) en su

investigación Variables predictores de las conductas de autocuidado en las personas con diabetes mellitus tipo 2, España 2014, donde el el 58,8% tenían antecedentes familiares de diabetes, el 43,5% presenta complicaciones por la diabetes, pero se asemejan en la dimensión clínica de presión arterial donde el 56,9% no presento tensión alta.

Los datos encontrados difieren con la Fundación Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud (34), que considera a los antecedentes familiares de diabetes mellitus, como un riesgo de padecerla entre dos a tres veces más, principalmente en aquellos de primer grado de consanguinidad. Sin embargo, el que dos o más personas tengan esta enfermedad en la misma familia, podría favorecer su autocuidado debido a que se establecen redes de apoyo mediante el compartir de experiencias y ayuda mutua no solo por consanguineidad sino también por atravesar el mismo problema de salud.

En cuanto a las complicaciones de la diabetes, la Federación Internacional de Diabetes FID (1), las considera como la consecuencia de no controlarse adecuadamente, debido a que cualquier tipo de diabetes puede acabar generando complicaciones que afectan a distintas partes del organismo. Siendo favorable lo encontrado en el estudio, pues la mayor parte de la población no presentó complicaciones. Otro factor clínico en la dimensión presión arterial, cuyo control permite a las personas con diabetes conocer cuán cerca se encuentra de su presión ideal, previniendo la aparición de la presión arterial alta, a través de la práctica en estilos de vida saludables (34). Por tanto, en la población de estudio esta dimensión resulta favorable, debido a que la mayoría presenta presión arterial normal.

Con respecto a la presencia de hábitos tóxicos, el 98,5% manifiesta no tenerlos, este resultado es cercano con el estudio de Compean (37), Educación, actividad física y obesidad en adultos con diabetes tipo 2 desde la perspectiva del autocuidado de Orem, México 2013, donde solo el 83,5% manifestó no tener el hábito nocivo de fumar. Lo manifestado por los participantes en el presente estudio resulta favorable para su salud, debido a que, la nicotina aumenta la aparición del infarto del miocardio, así también el consumo de alcohol produce alteraciones de los niveles de glicemia (31).

Y finalmente en el Índice de masa corporal IMC, el 57,6% tiene un valor normal, el 30,3% presentan sobrepeso y un 10,6% tiene obesidad, resultados que difieren con el estudio de Alegría (38), Características sociodemográficas clínicas y estilos de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo II, Iquitos 2014, donde el 60,5 % tienen sobrepeso, el 35,6% tienen IMC normal y el 3% tiene obesidad. Los datos obtenidos en la investigación con respecto a esta dimensión clínica son beneficiosos, pues según la Federación Internacional de la Diabetes FID (1), afirma que en la diabetes mellitus tipo 2, se evidencia que más del 80% de estas personas presentan sobrepeso al ser diagnosticadas y, que en la población en general por cada kilogramo mayor del peso aumenta el riesgo de padecer la enfermedad.

Finalmente los factores clínicos estudiados en la presente investigación en sus dimensiones: tiempo de enfermedad, tratamiento, antecedentes familiares, complicaciones, presión arterial y el índice de masa corporal, fueron identificados como determinantes de la salud de las personas con diabetes tipo 2, encuentran sustento en la Guía Técnica de

práctica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención según R.M. N° 719-2015/MINSA (31), dentro de las consideraciones generales se encuentran como factores de riesgo asociados, lo que hace relevante el presente estudio de los factores clínicos en la persona con diabetes tipo 2.

Así también, dichos factores se sustentan en el Plan de Acción para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013 – 2019 de la OPS – OMS (51) en las líneas estratégicas de acción 2 y 3, en donde algunos de sus Objetivos fueron: Reducir el consumo de tabaco y la exposición pasiva al humo de tabaco, reducir el consumo nocivo de alcohol, prevenir la obesidad, mejorar la calidad de los servicios de salud para el tratamiento de las enfermedades no transmisibles.

Finalmente, los factores clínicos de las personas con diabetes mellitus tipo 2 analizados y planteados en el segundo objetivo específico de la presente investigación, evidencian características muy particulares de la población intervenida pero además características generales de las personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Perú y en el mundo. El estudio de estos factores, permitieron conocer el comportamiento de la enfermedad considerando la cronicidad de la afección y su evolución en el deterioro de la salud.

Ayudando, primero a la persona afectada a detectar si estos factores influencias positiva o negativamente en su salud, tomando decisiones para la mejora de su bienestar y control de la enfermedad, luego a su familia a adoptar y practicar medidas preventivas en cada uno de sus miembros y

aportando al control adecuado de la enfermedad en la persona con diabetes mellitus tipo 2, previniendo complicaciones; permitiendo al personal de salud a autoevaluarse en las acciones tomadas en cuenta en la atención en base a la presencia de sobrepeso, hipertensión arterial, presencia de complicaciones y la práctica de hábitos tóxicos. Finalmente aportando a la comunidad en general a intervenir activamente en la prevención de la diabetes mellitus tipo2, así como en la promoción de estilos de vida saludable y en su tratamiento y control, desde el infante hasta el adulto mayor, pasando por las diferentes etapas de vida.

El comportamiento de los factores clínicos en la persona con diabetes mellitus tipo 2 puede conllevar además a reforzar actividades de salud, en el primer nivel de atención, que pueden resultar menos costosas si comparamos el costo de una complicación por diabetes mellitus tipo 2. Actividades como lo es una adecuada y oportuna educación sanitaria a través de sesiones educativas – demostrativas, consejería nutricional para controlar el peso y tratar el sobrepeso, consejería en control de la presión arterial evitando o controlando la hipertensión, un adecuado y regular control de glucemia para evitar los cuadros de hipoglicemia que acarrear complicaciones, promover el conocimiento de cómo actúa en el organismo y sus consecuencias del consumo de alcohol y tabaco, como actúa el tratamiento en la diabetes en nuestros órganos internos especialmente en el páncreas, que significa tener menos o más años con la enfermedad.

Tabla 4.

Factores sociodemográficos por dimensiones en relación con el nivel de autocuidado de las personas con diabetes mellitus tipo 2 del Programa de Diabetes Centro de Salud Progreso, Chimbote 2018, se observa que el nivel de autocuidado bueno se presenta en la dimensiones, con el 52,6% en el sexo femenino, con el 57,8% entre la edad de 60 años a más, con el nivel de instrucción secundaria en un 52,5%, en estado civil de convivencia con el 52,6%, en la dimensión ocupación el 36,8% son amas de casa y no trabajan, así mismo con el 63,1% los que viven con su pareja e hijos y con el 84,3% los que no participan en grupos de apoyo.

En cuanto al nivel de autocuidado regular se presenta con mayor relación porcentual, en el sexo femenino, en la dimensión edad con el 44,7% se encuentra entre los 50 a 59 años, con el 42,6% el nivel de instrucción secundaria, se observa además que en el estado civil el 51,1% son convivientes, con la ocupación de independiente en un 48,9%, así mismo en un 61,7% viven con su pareja e hijos y en la participación en grupos de apoyo el 87,3% no participan.

Aplicando la prueba estadística del chi cuadrado entre los factores sociodemográficos y su relación con el nivel de autocuidado, se encontró una relación estadísticamente significativa $p < 0.05$ con el factor sociodemográfico ocupación, y estadísticamente no significativa $p > 0.05$, en las dimensiones sexo, edad, nivel de instrucción, estado civil, con quien vive y en la participación en grupos de apoyo.

Con respecto a otras investigaciones que afirman estos resultados, tenemos a Merchán (35), en su estudio Variables predictores de las conductas de autocuidado en las personas con diabetes mellitus tipo 2, que asisten a 3 centros de salud de la ciudad de Cáceres - España 2014, donde existe una asociación entre el déficit de autocuidado en la alimentación y la situación laboral del paciente, las amas de casa presentaron solo un 4% de déficit a diferencia del sector agrario que presento un 22,7%.

Similar resultado con lo documentado por Alegría (40) en su estudio: Características sociodemográficas clínicas y estilos de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo II, del C.S. San Juan, Iquitos 2014, donde se evidencian resultados de relación estadísticamente significativa entre las variables ocupación y estilo de vida o autocuidado.

A diferencia de Robles (36), en su estudio: Autocuidado y factores condicionantes presentes en las personas con diabetes tipo 2 de una Colonia de Hermosillo, Sonora - México, en el 2014, donde la variable ocupación no obtuvo una relación estadística significativa. Así también, León Z.(41), en su investigación: Autocuidado y su relación con factores socio culturales del paciente diabético del Programa de Diabetes del Hospital Regional Docente de Trujillo, en el año 2013, no encontró una relación estadística significativa con los factores: Ocupación, ingreso económico y apoyo económico familiar $p > 0.05$.

La Declaración de las Américas sobre la diabetes, en la guía peruana de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes (23) refuerza dicho resultado mencionando en su plan estratégico la promoción de un entorno

favorable para las personas con diabetes, entendiéndose por entorno el lugar donde la persona se desenvuelve comúnmente. Así también, los Lineamientos de Políticas y Estrategias para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles – ENT, 2016- 2020, RM N° 229-2016/MINSA (52), en el lineamiento 2 dentro de sus estrategias menciona: Promover, articular e implementar programas y espacios públicos que fortalezcan la actividad física con los sectores educación y deporte, transporte, vivienda, poblaciones vulnerables, trabajo entre otros, resaltando así la importancia del espacio donde se desenvuelve toda persona y por ende donde realiza su actividad laboral.

Por tanto, el factor sociodemográfico ocupación en sus sub indicadores: empleado, independiente, ama de casa y no trabaja, obtuvo relación significativa con el autocuidado en la presente investigación, pudiendo ser considerado limitante o provechoso en la salud y consecuentemente en la práctica de autocuidado, que la persona con diabetes mellitus tipo 2 necesita desarrollar durante toda su vida, teniendo en cuenta la cronicidad de este problema de salud pública.

La ocupación “ama de casa” fue la mayoría en el nivel de autocuidado bueno, cabe indicar que las amas de casa entrevistadas en la presente investigación, realizan actividades durante todo el día no solo dentro de la casa, sino también fuera de ella, como las compras al mercado o a la tienda, recoger a los nietos o hijos del colegio, pudiendo disponer de mayor tiempo y autonomía para la adopción de prácticas de autocuidado, lo que resulta favorable en la salud de la persona con diabetes mellitus tipo 2. Este resultado puede justificarse por la frecuencia en la utilización de los

servicios de salud de las masa de cada, debido a la autonomía en el manejo de su tiempo, además como ama de casa trata de mantener su salud para cuidar de sí misma y sobre todo de sus familia. Así también, los que no trabajan en su mayoría en el momento de la entrevista referían estar en constante búsqueda de un plaza laboral, además de colaborar con los quehaceres del hogar.

La asociación del factor sociodemográfico ocupación con el autocuidado de las personas con diabetes tipo 2 del presente estudio, nos devela la importancia de su entorno, como la actividad que más tiempo y dedicación desarrolla el ser humano como lo es, el trabajo dentro o fuera del hogar, confirmando una vez más que la diabetes mellitus es un problema de salud pública, por tanto de interés de la población, la cual a través de los servicios de salud está llamada a participar de forma activa, en la propuesta de soluciones o fomento de medidas de autocuidado en las diferentes áreas donde se desenvuelve la persona afectada por este mal como el área laboral y aquellas que no lo padecen, todos estamos llamados a reconocer a la diabetes mellitus como un pandemia pero que a la vez puede encontrar un soporte en la promoción del autocuidado no solo dentro de casa sino también fuera del mismo.

Tabla 5

Factores Clínicos por dimensiones en relación con el nivel de autocuidado de las personas con diabetes mellitus tipo 2 del Programa de Diabetes Centro de Salud Progreso, Chimbote 2018, se muestra que el nivel de autocuidado bueno se presenta en la dimensiones, tiempo de enfermedad

en un 78,9% con el periodo de 1 a 10 años, en el tratamiento con el 63,2% los tratados con pastillas e insulina, con el 57,9% en aquellos que no tienen antecedente familiar de diabetes, con el 100% sin ningún hábito tóxico, ni complicaciones de diabetes y con el índice de masa corporal normal, y con la presión arterial normal en el 84,2%.

Con respecto al nivel de autocuidado regular, se relaciona con las dimensiones, tiempo de enfermedad en un 76,6% con el periodo de uno a 10 años, con el tratamiento de patillas en un 53,2%, sin antecedentes familiares en un 59,6%, sin hábitos tóxicos en un 97,8%, no presentaron complicaciones de la diabetes en un 72,3%, con presión arterial normal en un 76,6% y con el índice de masa corporal o IMC en un 42,5% que presentan sobrepeso.

Se halló la relación entre los factores clínicos y el nivel de autocuidado, mediante la aplicación de la prueba del chi cuadrado, encontrándose una relación estadísticamente significativa $p < 0.05$, en sus dimensiones complicaciones de la diabetes, presión arterial e Índice de masa corporal. Y la relación estadísticamente no significativa $p > 0.05$, en las dimensiones tiempo de enfermedad, tratamiento, antecedentes familiares y hábitos tóxicos.

En cuanto a las complicaciones de la diabetes, la Federación Internacional de la Diabetes FID (1), considera que su punto de origen es la hiperglicemia, siendo el control estricto de la glucemia capaz de reducir drásticamente la aparición de complicaciones. Con respecto, a la relación significativa entre las complicaciones de la enfermedad y nivel de

autocuidado en el presente estudio, con resultados similares tenemos a tenemos, a Contreras GT (39), en su investigación Calidad de vida y autocuidado en los pacientes del programa de diabetes mellitus del Hospital Hipólito Únanse de Tacna, 2017, donde la hospitalización en el último año y la presencia de complicaciones son las variables principalmente asociadas a los niveles de autocuidado. De igual manera, Merchán (35), en su estudio Variables predictores de las conductas de autocuidado en las personas con diabetes mellitus tipo 2, que asisten a 3 centros de salud de la ciudad de Cáceres - España 2014, donde existe una asociación del autocuidado y las complicaciones por la enfermedad.

A diferencia de Robles (36), en su estudio Autocuidado y factores condicionantes presentes en las personas con diabetes tipo 2 de una Colonia de Hermosillo, Sonora - México, en el 2014, la variable complicaciones de la enfermedad no obtuvo una relación estadística significativa.

Otro factor clínico que presentó asociación con el autocuidado fue la presión arterial, según la Red GDPS (34), el conocer cuál es su medida ayudará a prevenir o controlar la hipertensión arterial, la cual debe estar por debajo de 130/80 mmHg. Así también, la American Diabetes Association ADA (14), considera que la diabetes mellitus es un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, estando asociada a una mayor prevalencia de otros factores como la hipertensión y la dislipidemia, Así tenemos, a los resultados que muestran a la presión arterial normal en el 84,2% del autocuidado bueno y en el 76,6% del autocuidado regular. Sin embargo, se observa presión arterial alta en el 19,1% del autocuidado regular y en un 0%

en el autocuidado bueno, lo que nos lleva a deducir que a menor autocuidado mayor la presencia de hipertensión arterial.

En la presente investigación no se evidencian resultados en los antecedentes que hayan tomado en cuenta la variable presión arterial, solo el estudio desarrollado por Merchán (35), Variables predictores de las conductas de autocuidado en las personas con diabetes mellitus tipo 2, que asisten a 3 centros de salud de la ciudad de Cáceres - España 2014, que difiere con los resultados, donde la hipertensión no alcanzó significancia estadística con el autocuidado para el control de la glucemia.

Respecto al índice de masa corporal, esta variable permite establecer valores normales o de normopeso, del sobrepeso y de la obesidad, estos dos últimos valores son factores que se pueden modificar (25). Los resultados de correlación entre el autocuidado y el IMC, obtenidos en esta investigación fueron, que el 100% de las personas con normopeso o IMC normal tenían autocuidado bueno, en cambio en el autocuidado regular el 42,5% tuvo sobrepeso, el 14,9% tuvo obesidad, el 40,5% fue normal y solo el 2,2% delgadez, confirmando que a menor cuidado se puede evidenciar sobrepeso y obesidad en las personas con diabetes tipo 2.

Compean LG. et. al. (37), en su investigación titulada Educación, actividad física y obesidad en adultos con diabetes tipo 2 desde la perspectiva del autocuidado de Orem, México 2013, encontró una relación negativa significativa entre el promedio de pasos diarios (autocuidado) y el IMC ($p < 0,05$) es decir, que a menos pasos diarios mayor son los resultados del IMC o presencia sobrepeso y obesidad. De igual manera, Alegría GK.

et. al. (40), realizaron la investigación denominada Características sociodemográficas clínicas y estilos de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo II, del C.S. San Juan, Iquitos 2014, donde obtuvo asociación estadísticamente significativa entre las variables: el índice de masa corporal y estilo de vida $p= 0.00$.

Se contrapone con lo obtenido por Robles et. al. (36), en su estudio Autocuidado y factores condicionantes presentes en las personas con diabetes tipo 2 de una Colonia de Hermosillo, Sonora - México, en el 2014, la característica clínica IMC no estuvo asociada a los niveles de autocuidado ($p =0.237$). Y a Contreras GT (39), en su investigación Calidad de vida y autocuidado en los pacientes del programa de diabetes mellitus del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017, donde la relación autocuidado y nivel nutricional (IMC) obtuvo una significancia estadística de $p =0.506$.

La Organización Panamericana de la Salud, en la Guía para la Atención Integral de las personas con diabetes mellitus (23) tiene como uno de sus objetivos disminuir la morbimortalidad causada por la diabetes mellitus y sus complicaciones a través de la captación temprana y su tratamiento. Cabe indicar que la Sociedad Peruana de Endocrinología sustenta la importancia de la medida de la presión arterial en la persona con diabetes, mencionando en la Guía Peruana de diagnóstico, control y tratamiento (22) lo siguiente: A toda persona con diabetes se le debe medir la presión arterial cada vez que asista a consulta médica, o al menos una vez por año si no se encuentra elevada

Así también, los Lineamientos de Políticas y Estrategias para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles – ENT, 2016- 2020,

RM N° 229-2016/MINSA (52), el objetivo del lineamiento 2 menciona fortalecer y mejorar los comportamientos saludables relacionados a los estilos de vida saludables, seguridad alimentaria y nutricional, indicadores que se relacionan con el índice de masa corporal.

En definitiva, la asociación de los factores clínicos complicaciones de la diabetes, presión arterial e Índice de masa corporal con el autocuidado de las personas con diabetes tipo 2 en la presente investigación, evidencia el comportamiento de la enfermedad y su influencia en el autocuidado. La presencia actual o reciente de complicaciones por diabetes en la población de estudio, afecta aún más la salud de la persona y por ende la salud familiar, lo que en definitiva alterara inadecuadamente las prácticas de autocuidado. A pesar de que todos los que obtuvieron un nivel de autocuidado bueno no presentaron complicaciones, no se debe ignorar a los 13 casos que si las presentaron con un nivel de autocuidado regular, pues este grupo se encuentra propenso a desarrollar consecuentemente cuadros irregulares de glucemia tendiendo más a la hiperglicemia causa frecuente de complicaciones.

Por tanto, desde la perspectiva del primer nivel atención desarrollado en esta investigación, será relevante la promoción de medidas de autocuidado en las personas que asisten al programa de control de diabetes principalmente en el control estricto de glicemia en ayuna y posprandial.

La medida frecuente y responsable de la presión arterial en la persona con diabetes es un indicador de autocuidado como lo demuestra el presente estudio donde esta dimensión obtuvo relación significativa. La práctica de esta actividad puede resultar frecuente y a veces monótona para el personal de

salud, sin embargo, para la persona con diabetes mellitus tipo 2 es de crucial importancia, a pesar de que la mayoría presentó presión arterial normal, no se descarta el riesgo de la comorbilidad diabetes mellitus hipertensión arterial. Por tanto, que la persona con diabetes mellitus tipo 2 conozca la medida de su presión arterial ayudará definitivamente al control de esta enfermedad, y aún más si el personal de salud entrenado, desarrolla talleres prácticos donde el familiar o la persona afectada con este problema de salud pública, se entrene en cómo medir adecuadamente su presión arterial, concientizando así en la priorización de la compra de tensiómetros personales como medida de autocuidado.

Finalmente el índice de masa corporal fue el tercer factor clínico que se asoció significativamente con el nivel de autocuidado, en este resultado 20 personas con diabetes mellitus tipo 2 presentaron sobrepeso con un nivel de autocuidado regular, lo que evidencia un inadecuada alimentación que ayude a mantener el peso adecuado, y no solo ello sino también los valores normales de glucemia, de la presión arterial y de los niveles de lípidos disminuyendo el riesgo de complicaciones. El índice de masa corporal, por ser un indicador del peso en relación a la talla, debe comprometer a la persona, familia, comunidad, personal de salud y autoridades implicadas en el tema, a aunar esfuerzos para seguir y reforzar la alimentación saludable y práctica de ejercicios, desde los primeros años de vida hasta el adulto mayor, en los diferentes ambientes donde se desarrolla el ser humano cumpliendo así con la promoción de la salud que no solo es responsabilidad del sector salud sino también de la ciudadanía en general.

V. Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

En la investigación nivel de autocuidado en relación con los factores sociodemográficos y clínicos de las personas con diabetes mellitus tipo 2 del Programa de Diabetes del Centro de Salud Progreso, Chimbote 2018, se concluye en lo siguiente:

1. La mayoría de las personas que asisten al programa de diabetes presentan un nivel de autocuidado regular, una minoría autocuidado bueno y ninguno presentó déficit en el autocuidado.
2. La mayoría de los participantes en los factores sociodemográficos por dimensiones se presentan en el sexo femenino, en los mayores de 60 años, en el nivel secundario, en los convivientes, en la ocupación independiente, en los que viven con su pareja e hijo y no participan en grupos de apoyo.
3. La mayoría de los participantes en los factores clínicos por dimensiones se presentan en el tiempo de enfermedad de 1 a 10 años, en el tratamiento con pastillas e insulina y solo con pastillas, en los que no tienen antecedentes familiares de diabetes, no presentan hábitos tóxicos ni complicaciones por la diabetes, en la presión arterial el índice de masa corporal - IMC normales.
4. La relación de los factores sociodemográficos con el nivel de autocuidado bueno en mayoría son del sexo femenino, de 60 años a más, de educación secundaria, son convivientes, de ocupación amas de casa y no trabajan, viven con su pareja e hijos y no participan en grupos

de apoyo. Al aplicar la prueba estadística del chi cuadrado es estadísticamente significativo $p < 0.05$ la dimensión ocupación, probándose la hipótesis H1, las demás dimensiones no presentan significancia estadística. Y la relación de los factores clínicos con el nivel de autocuidado bueno en mayoría tienen de 1 a 10 años de enfermedad, su tratamiento es con pastillas e insulina, no tienen antecedentes familiares ni complicaciones por la diabetes, ni hábitos tóxicos, presentan presión arterial e índice de masa corporal normal. Al aplicar la prueba estadística del chi cuadrado son estadísticamente significativas $p < 0.05$ las dimensiones presento complicaciones de la diabetes, presión arterial e índice de masa corporal, probándose la hipótesis H2, las demás dimensiones no presentan significancia estadística.

5.2 Recomendaciones:

De los resultados obtenidos se sugieren las recomendaciones siguientes:

Al equipo de salud responsable del Programa de Diabetes del Centro de Salud Progreso:

- a) Fortalecer las actividades intra y extramurales del programa, en beneficio de los usuarios, considerando las variables asociadas con el autocuidado en esta investigación, como la ocupación, las complicaciones en la diabetes, conocer su presión arterial y el índice de masa corporal.

- b) Innovar las estrategias educativas dirigidas a las personas que conforman el Programa de diabetes del Centro de Salud Progreso y a sus familiares, teniendo en cuenta que el 71% de las personas entrevistadas en esta investigación presentaron autocuidado regular.

A las autoridades de salud como la dirección y jefatura de enfermería del Centro de Salud Progreso:

- c) Implementar estrategias preventivas y promocionales en el Programa de Diabetes del Centro de Salud Progreso, proyectándose a la comunidad buscando nuevos escenarios como la escuela de padres, plana docente y alumnado de las instituciones educativas de su jurisdicción, brindando educación integral e innovadora sobre el autocuidado en la diabetes teniendo en cuenta las variables estudiadas.

A los profesionales de enfermería y otros profesionales de salud:

- d) Realizar investigaciones de tipo cualitativo considerando temas como las vivencias de la persona con diabetes en la familia, y el rol del cuidado en la diabetes del enfermero (a) en el primer nivel de atención.

Referencias Bibliográficas:

1. Federación Internacional de Diabetes. Diabetes Atlas de la FID. Octava edición. [lugar desconocido: editor desconocido]; 2017. 6-92p
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Nota de Prensa [07 abril 2016: 1 setiembre 2018]. En el Perú 3 de cada 100 personas de 15 y más años reportan tener diabetes. [pantallas]. Disponible en <https://www.inei.gob.pe/.../en-el-peru-3-de-cada-100-personas-de-15-y-mas-anos-rep...>
3. Ministerio de Salud. Hospital Nacional 2 de Mayo de Lima, Oficina de estadística 2017.
4. Ministerio de Salud. Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote, oficina de estadística 2017
5. Ministerio de Salud. Hospital la Caleta de Chimbote, oficina de estadística 2017.
6. Essalud. Hospital III de Chimbote, oficina de estadística 2017.
7. Ministerio de Salud. Centro de Salud Progreso de Chimbote, oficina de estadística 2018.
8. Mediavilla J. Guías Clínicas. Diabetes mellitus. Sociedad española de médicos de atención Primaria SEMERGEN AP. España: Editorial EUROMEDICE, Ediciones Médicas, S.L.; 2015
9. Sillas D., Jordán L. Autocuidado, elemento esencial en la práctica de enfermería. Revista Desarrollo Cientif Enferm. [Internet]. Marzo, 2011 [consultado el 2 setiembre 2018] 18 (6): p. 68-69 Disponible en <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>.

10. Prado L, Gonzáles M, Paz N, Romero K. La Teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida de la calidad de atención [Internet]. Matanza Cuba. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. [publicado octubre 2014; consultado el 3 setiembre 2018]. Disponible en http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004
11. Ministerio de Salud. Centro de Salud Progreso de Chimbote. Análisis de la Situación de Salud 2017.
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Mundial sobre la Diabetes. [Página en internet]. Ginebra. OMS-HYPERLINK. c2016 [2 Junio 2018, 3 setiembre 2018]. Disponible en: <http://www.who.int> [www.who.](http://www.who.int)
13. Farreras P, Rozman, C. Diabetes Mellitus. En: Medicina Interna. 16 ed. Barcelona. Elsevier España, S.L. 2010. p. 1955 – 1988
14. American Diabetes Association (ADA). Grupo de Estudio para la Diabetes en Atención Primaria de Salud y del Grupo de Diabetes de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria. Resumen de las recomendaciones de la ADA 2014 para la práctica en el manejo de la diabetes mellitus. Diabetes Práctica [Internet]. 2014. [citado 8 setiembre 2018], 5 (1): 1-23. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Diabetes/ADA.2014.esp.pdf>
15. Leopori, L. Diabetes – Miniatlas. Edición 1. Buenos Aires Argentina Editorial EC S.A. 2005.
16. Sociedad Peruana de Endocrinología. Compendio de diabetes en el Perú. c2016. 8 p.
17. Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J, et. al. Diabetes Mellitus. En: Harrison Principios de Medicina Interna. 17 ed. México. Mc Graw Hill Interamericana Editores S.A. de CV. 2009. p. 2275 – 2304.

18. Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud (RedGDPS). La enfermera de Primaria y la Diabetes: Guía de la RedGDPS. Ediciones médicas EUROMEDICE. Edición patrocinada por Bayer. Barcelona. c2011. 86-87 p.
19. Páez JA, Triana JD, Ruiz MA, Masmela KM, Parada YA, CA Peña, et al. Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus: visión práctica para el médico de atención primaria. *Cuarzo* 2016; 22 (1): 14-38.
20. Organización Panamericana de Salud (OPS). Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: la contribución de las instituciones de salud en América Latina. Chile (Santiago): Organización Panamericana de la Salud; 2006. p. 13-17
21. Romero I, Dos Santos M, Martins T, Zaneti M. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. [Internet]. Noviembre, 2010 [consultado el 1 setiembre 2018] 19 (2): 6:09 pantallas. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_21.pdf3
22. Sociedad Peruana de Endocrinología. Guía Peruana de Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Lima Perú. Editorial Mujica y Asociados S.A.C. Primera Edición. 2008.
23. Organización Panamericana de la Salud. Guía para la Atención Integral de las personas con diabetes mellitus. Panamá. 2009.
24. Lázaro J, Snyder R y Ramón J. Ulceras de pie diabético: Prevención, cuidados y tratamiento. España. Smith & Nephew. 2014.
25. Organización Panamericana de la Salud. Protocolo 3: Manejo de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. Paraguay. 2010.

26. Otero L, Zanetti M y De Souza C. Características Sociodemográficas y Clínicas de una población diabética en el nivel primario de atención a la salud. Revista Enfermería Latinoamericana [Internet]. Septiembre, 2007. [consultado el 14 noviembre 2018] 15 (número especial).
27. Kosier B. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. España. Editorial Interamericana 1998.
28. Diccionario Básico de la Lengua Española. Barcelona. Editorial Planeta de Agostini S.A. 2001
29. Euskal Estatistika Erakundea Instituto Vasco de Estadística - Eustat. Nivel de Instrucción [Internet]. 2015. [consultado el 16 noviembre 2018]. Disponible en http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html
30. Rossete AP. Cuidados de Enfermería Tendencias y Conceptos Actuales. Edit. Interamericana, Chile. 1980
31. Ministerio de Salud. Guía Práctica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención R.M. N°719-2015/MINSA.
32. Colliere MF. Promover la Vida. España. 1993. Ed. Mc Graw Hill.
33. Castellero, O. Grupos de apoyo: ¿Qué son y para qué son eficaces? Psicología y mente. [Internet]. 2018. [consultado el 16 noviembre 2018] 1 pantalla. Disponible en <http://www.psicologiymente.com/clinica/grupos-de-apoyo>
34. Fundación Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud – redGDPS. Guía de Actualización en Diabetes Mellitus tipo 2. Barcelona. Euromedice Vivactis.2017.

35. Merchán MN. Variables predictoras de las conductas de autocuidado en las personas con Diabetes tipo 2 [Tesis Doctoral]. Ciudad de Cáceres - España. Servicio de publicaciones de la Universidad de Alicante, 2014. Disponible en https://www.rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/40754/1/tesis_merchan_felipe.pdf
36. Robles AL. et. al. Autocuidado y factores condicionantes presentes en las personas con diabetes tipo 2 de una Colonia de Hermosillo, Sonora – México. Departamento de Enfermería, Universidad de Sonora, 2014. Disponible en https://www.epistemus.uson.mx/revistas/.../17-6PERSONSAS_CON_DIABETES TIPO2.pdf
37. Compean LG. et. al. Educación, actividad física y obesidad en adultos con diabetes tipo 2 desde la perspectiva del autocuidado de Orem. Tampico. México. Universidad Autónoma de Tamaulipas. [en línea]. Rev. Latino-Am. Enfermagem Jul.-ago. 2010. [citado 16 de noviembre, 2018]. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_03.pdf
38. Contreras OA. et. al. Capacidad de Autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia. Programa de Enfermería. Universidad de Sucre, 2013. Rev. Investigaciones Andina vol. 15, núm. 26, 2013, pp. 667-678. Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239026287005>
39. Contreras GT. Calidad de Vida y Autocuidado en los pacientes del Programa de Diabetes Mellitus del Hospital Hipólito Unanue año 2017. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Tacna. Universidad Privada de Tacna, 2017. Disponible en http://www.alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPTI_fdf523_6a8e_24_fc076577a65c6f7dca12

40. Alegría GK, Manrique JE y Pérez MR. Características Sociodemográficas – Clínicas y Estilo de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, del C.S. San Juan, Iquitos 2014 [Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Región Amazonas Perú. repositorio de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, 2015. Disponible en [http://www.repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/ UNAP/3535](http://www.repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3535)
41. León ZI. Autocuidado y su relación con factores socio culturales del paciente diabético del Programa de Diabetes del Hospital Regional Docente de Trujillo año 2013 [Tesis para optar el grado académico de Magister en Salud Pública]. Trujillo. Universidad los Ángeles de Chimbote, 2015. Disponible en <http://www.repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/1780>
42. Prado LA et. al. La Teoría Déficit de Autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad de atención. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, Cuba. Rev. Médica electrónica [Internet]. Octubre 2014. [consultado el 18 noviembre 2018]. 26 (15). Disponible en <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/download/1139/pdf>
43. Orem D. Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. 4ª edición. Barcelona: Masson; 1993.
44. Hernández, Fernández y Baptista. Metodología de la Investigación Científica. McGraw - Hill Interamericana de México, S.A. 5ª Edición 2010.
45. Canales, F y et. al. Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud. Editorial Limusa S.A. 1º Edición 2004.

46. Camarelles F, Tranche S, Muñoz E. y Gómez J.M. Semana del Autocuidado semFyC, España. Rev. Atención Primaria [Internet]. Abril 2013. [consultado el 24 noviembre 2018]. 45(5).
47. Mendizabal, T. et. al. Características sociodemográficas y clínicas de pacientes con diabetes tipo 2 y microangiopatías, Lima – Perú. Rev. Anales de la Facultas de Medicina [Internet]. Marzo 2010. [consultado el 24 noviembre 2018]. 71(1).
48. Gonzales, R. ¿Qué son los hábitos tóxicos? República Dominicana. Revista digital informativa de Salud Mental Maguana. [Internet]. Marzo 2013. [consultado el 28 noviembre 2018]. 19 (13).
49. Frias ND. Métodos y Diseños de Investigación. Universidad de Valencia España, 2009. Dsponible en <http://www.uv.es/friasnav/>
50. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Código de Ética para la Investigación Versión 001, Aprobado por acuerdo del Consejo Universitario con Resolución N° 0108-2016-CU-ULADECH Católica, de fecha 25 de enero de 2016. Disponible en <http://www.uladech.edu.pe>
51. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013 – 2019. Washington, DC: OPS, 2014. Disponible en <https://www.paho.org/per/index.php?option=comjoomlabook&view=topic...>
52. Ministerio de Salud. Lineamientos de Políticas y Estrategias para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles – ENT, 2016- 2020, RM N° 229-2016/MINSA. Disponible en https://www.ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normas legales /2016/ RM_229-2016-MINSA.pdf

Anexos

ANEXO N° 1



CUESTIONARIO SOBRE EL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Autora: Lourdes Yahaira Rios Cueva

Señor (a), a continuación se le presenta una relación de preguntas que serán contestadas por medio de una entrevista que realizaré a su persona, para ello se marcará con una X en las opciones S=Siempre, AV= A veces y N= Nunca, según sea su respuesta, conociendo así cuál es su nivel de autocuidado en la diabetes mellitus tipo 2. La entrevista es anónima y los datos obtenidos serán utilizados para la investigación mejorando así su atención.

N°	ENUNCIADO	S	A V	N
ALIMENTACION		03	02	01
01	Sigue la dieta indicada por su médico tratante.			
02	Consume diariamente frutas y verduras (3 frutas + 2 porciones de fruta).			
03	Consume diariamente de 6 a 8 vasos de agua al día.			
04	Tiene horarios establecidos en cuanto a su alimentación.			
05	Consume en su plato la cuarta parte de carbohidratos (pan, harinas, arroz, fideos)			
06	Evita el consumo de comida chatarra y dulces como chocolates, caramelos, galletas, etc.			
EJERCICIO				
07	Práctica un programa de ejercicios de acuerdo a su enfermedad recomendado por el médico.			
08	Realiza por iniciativa propia ejercicios aeróbicos: caminar, correr e ir en bicicleta, durante 30 minutos, 5 veces a la semana.			
09	Evita hacer ejercicios intensos en ayunas.			
TRATAMIENTO				
10	Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.			
11	Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar no impiden seguir el tratamiento.			
12	El desabastecimiento de los medicamentos antidiabéticos en el establecimiento de salud, nunca impide continuar con su tratamiento.			
13	Tiene información suficiente para tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.			

14	Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.			
15	Recuerda tomar su medicamento para su Diabetes.			
16	Cuando mejoran sus síntomas, usted nunca suspende el tratamiento.			
AUTOCONTROL DE GLUCEMIA				
17	Realiza controles de azúcar, con su glucómetro en casa.			
18	Los controles de azúcar en casa, lo realiza usted mismo.			
19	Se realiza el número de controles de azúcar que le recomiendan.			
20	Cuando se encuentra mal y sospecha que tiene una baja de azúcar se hace un control de azúcar.			
21	Lleva un registro personal de las cifras de su glucemia.			
ASISTENCIA A SU CONTROL				
22	Asiste a la consulta del médico y de la enfermera cuando tiene programado los controles de su diabetes.			
23	Acude al médico ante algún cambio, dolencia o enfermedad.			
24	Organiza sus actividades cotidianas para no faltar a la consulta de revisión de su diabetes.			
25	Las distancias de su casa o trabajo al Centro de Salud no le dificultan el cumplimiento de sus citas.			
CUIDADO DE LOS PIES				
26	Usa zapatos y medias de algodón que le protegen la piel no le causen lesiones en la piel: ni ajustados, ni flojos.			
27	Revisa sus pies diariamente para evitar complicaciones.			
28	Evita usar sandalias o andar descalzo.			
29	Utiliza cremas o jabones hidratantes para sus pies.			
30	Se lima las uñas, en vez de cortarlas.			
31	Si se corta las uñas, lo hace de forma recta.			
CUIDADO DE LOS OJOS				
32	Acude al oftalmólogo por lo menos una vez al año.			
33	Mira la televisión a una distancia mínima de 2 metros.			
CUIDADO DE LOS DIENTES				
34	Acude al odontólogo por lo menos una vez al año.			
35	Usa enjuague bucal.			
36	Cepilla sus dientes o enjuaga su boca después de las comidas, por lo menos dos veces al día.			

ANEXO N° 2



FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Autora: Lourdes Yahaira Rios Cueva

Señor (a), a continuación se le presenta una relación de preguntas que serán contestadas por medio de una entrevista que realizaré a su persona, marcando con una X cada una de sus respuestas, para así conocer cuáles son los factores sociodemográficos y clínicos que se relacionan con su autocuidado en la diabetes mellitus tipo 2. La entrevista es anónima y los datos obtenidos serán utilizados para la investigación mejorando así su atención.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Sexo:

Masculino () Femenino ()

2. Edad:

- 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 años a más

3. Nivel de Instrucción:

- a) Analfabeta b) Primaria c) Secundaria d) Técnica e) Superior

4. Estado civil:

- a) Soltero b) Casado c) Conviviente d) Divorciado e) Viudo

5. Ocupación:

- a) Obrero b) Independiente c) Ama de casa d) No trabaja

6. Con quién vive:

- a) Vive solo b) Vive con su pareja e hijos c) Vive con su pareja
d) Vive con hijos e) Otros

7. Participación en grupo de apoyo:

- a) Si b) No

FACTORES CLÍNICOS:

8. Tiempo de Enfermedad:

- a) De 1 a 10 años b) Mayor de 10 a 20 años c) Mayor a 20 años

9. Tratamiento de la Diabetes:

- a) No farmacológico b) Pastillas c) Insulina d) Pastillas e Insulina

10. Antecedentes familiares de la diabetes:

- a) Si b) No

11. Hábitos tóxicos:

- a) Fuma b) Bebe alcohol c) Fuma y bebe alcohol d) Ninguno

12. Presentó Complicaciones de diabetes

- a) Si b) No

13. Presión Arterial:

- a) Alta b) Baja c) Normal

14. Índice de Masa Corporal – IMC

- a) Delgadez b) Normal c) Sobrepeso d) Obesidad

ANEXO N° 3



MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante:

1.2 Cargo e institución donde labora:

1.3 Nombre del instrumento a evaluar:

“AUTOCUIDADO, FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Y CLINICOS EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL PROGRAMA DE DIABETES CENTRO DE SALUD PROGRESO, CHIMBOTE 2018”.

II. INSTRUCCIONES:

En el siguiente cuadro, para cada ítem del contenido del instrumento que revisa, marque usted con un check (\checkmark) o una aspa (X) la opción SÍ o NO que elija según el criterio de CONSTRUCTO o GRAMÁTICA.

El criterio de CONSTRUCTO tiene en cuenta si el ítem corresponde al indicador de la dimensión o variable que se quiere medir; mientras que el criterio de GRAMÁTICA se refiere a si el ítem está bien redactado gramaticalmente, es decir, si tiene sentido lógico y no se presta a ambigüedad.

Le agradeceremos se sirva observar o dar sugerencia de cambio de alguno de los ítems.

N°	ENUNCIADO	CONS - TRUCTO		GRAMA -TICA		Observaciones
		SI	NO	SI	NO	
ALIMENTACION						
01	Sigue la dieta indicada por su médico tratante.					
02	Consume diariamente frutas y verduras (3 frutas + 2 porciones de fruta).					
03	Consume diariamente de 6 a 8 vasos de agua al día.					
04	Tiene horarios establecidos en cuanto a su alimentación.					
05	Consume en su plato la cuarta parte de carbohidratos (pan, harinas, arroz, fideos)					
06	Evita el consumo de comida chatarra y dulces como chocolates, caramelos, galletas, etc.					

EJERCICIO						
07	Tiene un programa de ejercicios de acuerdo a su enfermedad recomendado por el médico.					
08	Realiza por iniciativa propia ejercicios aeróbicos: caminar, correr e ir en bicicleta, durante 30 minutos, 5 veces a la semana.					
09	Evita hacer ejercicios intensos en ayunas.					
TRATAMIENTO						
10	El equipo de salud que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.					
11	Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar no impiden seguir el tratamiento.					
12	El desabastecimiento de los medicamentos antidiabéticos en el establecimiento de salud, nunca impide continuar con su tratamiento.					
13	Tiene información suficiente para tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.					
14	Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.					
15	Recuerda tomar su medicamento para su Diabetes.					
16	Cuando mejoran sus síntomas, usted nunca suspende el tratamiento.					
AUTOCONTROL DE GLUCEMIA						
17	Realiza controles de azúcar, con su <u>glucómetro en casa</u> .					
18	Los controles de azúcar en casa, lo realiza usted <u>mismo</u> .					
19	Se realiza el número de controles de azúcar que le recomiendan.					
20	Cuando se encuentra mal y sospecha que <u>tiene una baja de azúcar se hace un control</u>					
21	Lleva un registro personal de las cifras de su <u>glucemia</u> .					
ASISTENCIA A SU CONTROL						
22	Asiste a la consulta de control médico y de enfermería cuando tiene programado los controles de su diabetes.					
23	Acude al médico ante algún cambio, dolencia o enfermedad.					

24	Organiza sus actividades cotidianas para no faltar a la consulta de revisión de su diabetes.					
25	Las distancias de su casa o trabajo al Centro de Salud no le dificultan el cumplimiento de sus citas.					
CUIDADO DE LOS PIES						
26	Usa zapatos y medias de algodón que le protegen la piel no le causen lesiones en la piel: ni ajustados, ni flojos.					
27	Revisa sus pies diariamente para evitar complicaciones.					
28	Evita usar sandalias o andar descalzo.					
29	Utiliza cremas o jabones hidratantes para sus pies.					
30	Se lima las uñas, en vez de cortarlas.					
31	Si se corta las uñas, lo hace de forma recta.					
CUIDADO DE LOS OJOS						
32	Acude al oftalmólogo por lo menos una vez al año.					
33	Mira la televisión a una distancia mínima de 2 metros.					
CUIDADO DE LOS DIENTES						
34	Acude al odontólogo por lo menos una vez al año.					
35	Usa enjuague bucal.					
36	Cepilla sus dientes o enjuaga su boca después de las comidas, por lo menos dos veces al día.					
FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS						
1	Sexo: a) Masculino b) Femenino					
2	Edad: 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 años a más					
3	Nivel de Instrucción: a) Analfabeto b) Primaria c) Secundaria d) Técnica e) Superior					
4	Estado civil: a) Soltero b) Casado c) Conviviente					
5	Ocupación: a) Obrero b) Independiente c) Ama de casa d) No trabaja					
6	Con quién vive: a) Vive solo b) Vive con su pareja e hijos c) Vive con su pareja					
7	Participación en grupo de apoyo: a) Si b) No					

	FACTORES CLÍNICOS					
8	Tiempo de Enfermedad: a) De 1 a 10 años b) Mayor de 10 a 20 años c) Mayor a 20 años					
9	Tratamiento de la Diabetes: a) No farmacológico b) Pastillas c) Insulina d) Pastillas e insulina					
10	Antecedentes familiares de la diabetes: a) Si b) No					
11	Hábitos tóxicos: a) Fuma b) Bebe Alcohol c)					
12	Presenta Complicaciones de diabetes a) Si b) No					
13	Presión Arterial: a) Alta b) Baja c) Normal					
14	Índice de Masa Corporal – IMC (Peso:..... Talla:)					

APORTES Y SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

Chimbote, Diciembre del 2018.

Firma del informante
DNI N°
Telf:

ANEXO N° 4



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____

Declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio “Nivel de Autocuidado, factores sociodemográficos y clínicos en las personas con diabetes mellitus tipo 2 del Programa de Diabetes del C. S. Progreso, Chimbote 2018” que tiene como objetivo determinar el nivel de autocuidado en relación con los factores sociodemográficos y clínicos.

Estoy consciente que para lograr el objetivo mencionado, se aplicará a mi persona un cuestionario que no representa riesgo alguno a mi persona.

Por tanto, es de mi consentimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que lo desee, sin ser afectado en mi trato o atención.

Fecha: _____

Firma del Paciente