



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE POSGRADO**

**AUTOCUIDADO Y SU RELACIÓN CON FACTORES
SOCIO CULTURALES DEL PACIENTE DIABÉTICO
DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO - 2013.**

TESIS

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

AUTORA : ZOILA ISABEL LEÓN BALAREZO.

ASESORA : Dra. NÉLIDA CANTUARIAS NORIEGA.

**TRUJILLO – PERÚ
2015**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE POSGRADO

**AUTOCUIDADO Y SU RELACIÓN CON FACTORES
SOCIO CULTURALES DEL PACIENTE DIABÉTICO
DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO - 2013.**

TESIS

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

AUTORA : ZOILA ISABEL LEÓN BALAREZO.

ASESORA : Dra. NÉLIDA CANTUARIAS NORIEGA.

**TRUJILLO – PERÚ
2015**

JURADO DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Dra. SONIA MARY DEL AGUILA PEÑA

PRESIDENTA

MG. ELCIRA LEONOR GRADOS URCIA

SECRETARIA

MS. EVA MARIA ARÉVALO VALDIVIEZO

MIEMBRO

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi madre, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones. A mi padre, a pesar de nuestra distancia física, siento que estás conmigo siempre y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos, sé que este momento hubiera sido tan especial para ti como lo es para mí.

ZOILA ISABEL LEÓN BALAREZO.

AGRADECIMIENTO

A los docentes Mg. Helen Rivera, Dra. Nélide Cantuarias, que me han acompañado durante el largo camino, brindándome siempre su orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos y afianzando mi formación en esta tesis de investigación que enmarca un alto escalón de mi formación profesional.

A él que ha sido el impulso durante toda mi carrera y el pilar principal para la culminación de la misma, que con su apoyo constante y amor incondicional ha sido amigo y compañero inseparable, fuente de sabiduría, calma y consejo en todo momento.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de autocuidado y su relación con los factores socioculturales del paciente diabético tipo II del Programa de Diabetes del Hospital Regional Docente de Trujillo 2013. La Investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional de corte transversal; para la recolección de datos se utilizó una muestra que estuvo constituida por 50 pacientes seleccionados según criterios de inclusión establecidos. A quienes se les aplicó un cuestionario personal sobre “autocuidado de los pacientes diabéticos” respetando los principios éticos. Los datos son presentados en tablas de simple y doble entrada con frecuencias numéricas y porcentuales encontrando 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.

En conclusión 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. $P > 0.05$.

Palabras Claves: Autocuidado, Factores Socioculturales, Diabetes Mellitus II.

ABSTRACT

The research had the goal to determine the level of self care and its relationship with the socio cultural factors of the diabetic type II patient from the Diabetic Program. The Research was of quantitative, descriptive, correlation of transverse section. In order to collect data we used a sample which was composed for 50 patients selected by established inclusion criteria. These people filled out a personal questionnaire about: self-care of diabetic patients”, with respect for the ethical principles. The Data is presented using simple and double table entry with percentage and numerical frequency and these are the results: 66% from the respondents had a high self- care level; from this people the 30.3% are from the labour and they do not work, the 55.1%, receive a salary which is less than a vital minimum salary. The 36.4% from the respondents are widowers. From this amount of people, the 54.5% receive family support and 24.2% from them finished the primary education. In general the care self level is low, from the 34% from the respondents the 35.9% are from the labour and the 58.82% have a salary that is more than vital minimum salary. The 41.18% are single and receive family support, the 47.6% are cohabitants and the 41.8% have completed high school and the 11.76% have university education. So, the research found significant statistical relationship of self-care level with these sociocultural factors:

Marital Status and level of education; $p < 0.05$ and without these factors: occupation, income and family support $P > 0.05$.

The key words: Self-care, sociocultural factors, II Diabetes Mellitus

ÍNDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	01
II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Marco teórico conceptual.....	06
2.2. Bases teóricas.	19
2.3. Antecedentes	21
2.4 Hipótesis.....	24
2.5 Variables	24
III. METODOLOGÍA	
3.1. Tipo y Diseño de la Investigación.	25
3.2 . Población y muestra.....	25
3.3 . Definición y operacionalización de las variables.	26
3.4 . Técnicas e instrumentos.....	29
3.5 . Plan de Análisis.	31
3.6 . Consideraciones Éticas.	32
IV. RESULTADOS	
4.1 Resultados.	34
4.2 Análisis de Resultados.....	43
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	50
5.2. Recomendaciones	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág
TABLA N° 1: NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL H.R.D.T. – 2013	34
TABLA N° 2: DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES SOCIO- CULTURALES SEGÚN INDICADORES DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II DEL PROGRAMA DE DIABETES H.R.D.T. 2013	36
TABLA N° 3: DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES SOCIO- CULTURALES E INDICADORES SEGÚN EL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL H.R.D.T. 2013	42

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

GRÁFICO N° 1: NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL H.R.D.T. – 2013.....	35
GRÁFICO N° 2: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE OCUPACIÓN EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL H.R.D.T. – 2013	37
GRÁFICO N° 3: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE INGRESO ECONÓMICO EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL H.R.D.T. – 2013	38
GRÁFICO N° 4: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL ESTADO CIVIL EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE DIABETES DEL H.R.D.T. – 2013.....	39

GRÁFICO N° 5: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE APOYO
ECONÓMICO FAMILIAR EN LOS
PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II DEL
PROGRAMA
DE DIABETES DEL H.R.D.T. – 201340

GRÁFICO N° 6: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GRADO
DE INSTRUCCIÓN EN LOS PACIENTES
DIABÉTICOS TIPO II DEL PROGRAMA DE
DIABETES
DEL H.R.D.T. – 201341

I. INTRODUCCIÓN.

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor prevalencia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “todos los años mueren en el mundo 3.2 millones de personas por causas directamente relacionadas con la diabetes, como retinopatía, neuropatía y nefropatía diabética”. La prevalencia de diabetes mellitus varía entre 2 y 5% de la población mundial. En Estados Unidos, los casos diagnosticados de diabetes alcanzan al 5.9% de la población total, con predominio de la raza afroamericana, mexicanoamericana e hispana (1).

En América Latina que incluye 21 países con casi 500 millones de habitantes y se espera un aumento del 14% en los próximos 10 años, la situación es grave ya que hay 13,3 millones de enfermos y se calcula que habrá 33 millones en el 2030, mucho más de lo esperado por el simple incremento poblacional. Este comportamiento epidémico probablemente se debe a varios factores, entre los que destacan la raza, el cambio en los hábitos de vida y el envejecimiento de la población (2).

Actualmente, el Perú se encuentra entre los cinco países, con mayor número de casos precedido por Brasil, México, Argentina y Colombia; se estima que esta enfermedad afecta a casi 2 millones de peruanos. Esta situación es más preocupante si se revisa la tasa de mortalidad en el periodo de seis años paso de ser la décimo quinta causa de muerte a ser la décima para el año 2009 (3).

Estudios realizados por el Instituto Peruano de Seguridad Social, ahora EsSalud han reportado cifras de prevalencia de diabetes de tipo II que oscilan entre el 1.6% encontrando en Lima, 0.4% en Cusco, 1.8% en Pucallpa, hasta el 5% encontrado en Piura (4).

El Hospital Regional Docente de Trujillo en el Programa de Diabetes registró durante el año 2010 un total de 1,644 pacientes de los cuales 521 fueron pacientes nuevos, 1036 continuadores mientras que 87 fueron reingresantes. En la Provincia de Trujillo los distritos con mayor número de pacientes fueron La Esperanza con

193, El Porvenir 90, Huanchaco 70, Florencia de Mora, Laredo 32, Moche 27, Poroto 26 pacientes. Las complicaciones registradas para el año 2010, fueron circulatorias periféricas 59 casos, renales 19, coma diabético 6, neurológicas 15, oftalmológicas 1 y las complicaciones en el Servicio de Emergencia fueron: macrovasculares (episodio coronario, cerebrovascular o enfermedad vascular periférica) y microvasculares (úlceras del pie, retinopatía, nefropatía o neuropatía). Así, se convierte en un reto de la salud pública, pues produce un alto impacto económico y social (5,6).

El tratamiento del paciente diabético involucra una serie de acciones que comprende: el cumplimiento del cuidado y tratamiento farmacológico, evaluación periódica oftalmológica, aseo personal y estilos de vida saludables. El incumplimiento de alguna de estas medidas podrían generar complicaciones en su estado de salud de las que tienen mayor incidencia la retinopatía, nefropatía y pie diabético siendo en muchos casos necesario su internamiento en los establecimientos de salud para el cuidado y tratamiento correspondiente ocasionando gastos adicionales e implicancias en el aspecto biopsicosocial - espiritual del paciente e incluso determinar un incremento en la morbilidad. Por lo que es necesaria la participación activa del paciente en su autocuidado (7).

Según Orem (8). “la práctica de autocuidado ante situaciones de enfermedad es muy variable de una persona a otra, puesto que depende de la influencia cultural de los grupos sociales, lo que predispone la falta de control y manejo de la enfermedad y prevención de complicaciones”. El cumplimiento de las medidas de autocuidado del paciente diabético está influenciado por diversos factores que actúan directa e indirectamente sobre su autocuidado, favoreciendo o limitándolo, entre ellos tenemos los factores sociales y culturales como el conocimiento acerca de la enfermedad, el grado de instrucción, el apoyo familiar, así como el ingreso económico y ocupación.

La enfermera, dentro de sus acciones preventivo promocionales cumple un rol muy importante en el cuidado del paciente diabético al realizar una serie de acciones, dirigidas a los diferentes factores que favorecen o limitan el autocuidado del paciente

en la prevención de complicaciones, mediante la educación promueve estilos de vida saludables, mejorando su calidad de vida, contribuyendo así a disminuir las altas tasas de morbimortalidad (8).

En el Hospital Regional Docente de Trujillo, la consulta de enfermería como parte del equipo profesional de salud, está dirigida a cubrir las necesidades de individuo en la recuperación y prevención de complicaciones, la atención en consultorio permite brindar consejería de forma personalizada en donde se proporciona al paciente y su familia las herramientas con el conocimiento necesario para un tratamiento exitoso de la diabetes propiciando el bienestar biopsicosocial del paciente y su familia. Además estas acciones son muy importantes en el tratamiento de la diabetes, ampliando su actuación a nivel de los factores socioculturales, en la prevención secundaria cuyos objetivos son:

- Controlar la enfermedad.
- Prevenir las complicaciones agudas y crónicas.
- Retardar el progreso de la enfermedad.
- Mejorar la calidad de vida (6).

El Programa de Control de Diabetes del Hospital Regional Docente de Trujillo forma parte de la Estrategia Sanitaria de Control de las Enfermedades No Transmisibles y desarrolla acciones que permite acercar al paciente y su familia con el equipo multidisciplinario tratante, recibir educación para tener un buen control de su enfermedad tanto en los niveles de glicemia, sobrepeso y prevención de daño en órganos blancos. Recibirá atención y consejería en nutrición, control de glicemia en domicilio, cuidado de los pies, detección y tratamiento de trastornos de ansiedad y depresión asociados a la enfermedad, estimulación de actividad física medidas con las que se podrá mejorar su calidad de vida, lo cual mejorara la morbilidad y mortalidad por esta causa (6).

El programa de diabetes del Hospital Regional Docente de Trujillo, tiene como finalidad mejorar la calidad de vida del paciente diabético, ayudar al paciente a vivir con su enfermedad, comprender la necesidad de informarse acerca de la

sintomatología, complicaciones, daño de órganos blancos a largo plazo así como del reconocimiento de las complicaciones más frecuentes como son la hiperglucemia, la hipoglucemia el manejo y autocontrol de la enfermedad (6).

A pesar de la estrategia basada en un trabajo multidisciplinario se ha observado que la respuesta de los pacientes frente a la consulta y consejería de enfermería, sólo se traduce el cumplimiento parcial en la totalidad de los pacientes inmersos en dicho programa, alcanzando una asistencia del 30% (5).

Por lo anteriormente expresado, el enunciado del problema de investigación es el siguiente:

¿Cuál es el nivel de autocuidado y su relación con los factores socioculturales del paciente diabético tipo II del Programa de Diabetes del Hospital Regional Docente de Trujillo 2013?

Para dar respuesta al problema se ha planteado el siguiente objetivo general:

- Determinar el nivel de autocuidado y su relación con los factores socioculturales del paciente diabético tipo II del Programa de Diabetes del Hospital Regional Docente de Trujillo 2013.

Para poder cumplir con el objetivo general, se ha planteado los siguientes objetivos específicos:

- Identificar el nivel de autocuidado de los pacientes diabéticos tipo II del programa de diabetes del HRDT – Trujillo 2013.
- Identificar los factores socioculturales: ocupación, ingreso económico, estado civil, apoyo familiar y grado de instrucción que favorecen o limitan el cumplimiento del autocuidado en los pacientes diabéticos tipo II del Programa de Diabetes HRDT – Trujillo 2013.

Finalmente, la presente investigación se justifica porque la Diabetes Mellitus del tipo II que hoy en día constituye un problema de salud pública por su magnitud y complicaciones para el grupo vulnerable y una de las medidas para prevenir la rápida aparición de complicaciones, es la realización de las acciones de autocuidado; se considera de gran relevancia realizar el estudio en este campo de la salud, esta enfermedad que produce un impacto socioeconómico importante a nivel nacional y regional, que se traduce en una gran demanda de los servicios ambulatorios, hospitalización prolongada, ausentismo laboral, discapacidad y mortalidad producto de las complicaciones agudas y crónicas (3).

El presente estudio también se justifica por la presencia de pacientes con diagnóstico de DM tipo 2 que acuden al programa de control de enfermedades no transmisibles en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Por lo que es necesario desarrollar la investigación. Los resultados permitan a los integrantes del equipo de salud brindar información válida y confiable acerca de los factores que favorecen o limitan el cumplimiento del autocuidado del paciente diabético y por ende mejorar la calidad de las acciones del Programa de los pacientes con Diabetes de una manera efectiva, y una alta eficiencia.

En cuanto, a la relevancia metodológica la realización de este estudio aporta a los profesionales de enfermería que prestan servicios de salud en el HRDT, los resultados darán a conocer los factores sociales y culturales que se relacionan con el autocuidado de la Diabetes Tipo II, podrán ser aplicados a la educación y futuras investigaciones, incrementando el conocimiento científico en salud pública.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco Teórico Conceptual

Paciente diabético, es toda persona que ha sido diagnosticada con diabetes mellitus ya sea de tipo 1, insulino dependiente, y tipo 2, no insulino dependiente.⁹ En el presente estudio la unidad de análisis es el paciente con diabetes mellitus tipo II con tratamiento oral, dieta y sin complicaciones.

Según la Organización Mundial de la Salud (1999), el término diabetes mellitus (DM) define alteraciones metabólicas de múltiples etiologías caracterizadas por hiperglucemia crónica y trastornos en el metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas, resultado de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la misma o en ambas (9).

CALDERÓN (10). Refiere que la diabetes es una enfermedad caracterizada por elevaciones crónicas de glucosa en la sangre, la cual es la principal fuente de energía, cuyos valores normales son entre 70 y 100 mg/dl. Esta elevación se debe a la falta total de producción de insulina por el páncreas o la falta de acción insulínica en los tejidos.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica caracterizada por una insuficiente producción de insulina por las células beta del páncreas, lo que produce una elevación de la glucosa en sangre (hiperglucemia) y otras alteraciones relacionadas con el metabolismo de las grasas y proteínas. (11).

Los nuevos criterios para el diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus fueron desarrollados casi simultáneamente por un comité de expertos de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y por un comité asesor de la Organización Mundial de la Salud. La clasificación de la Diabetes Mellitus se basa fundamentalmente en su etiología y características fisiopatológicas, pero adicionalmente incluye la posibilidad

de describir la etapa de su historia natural en la cual se encuentra la persona siendo estas: diabetes de tipo 1, tipo 2, otros tipos y diabetes gestacional (11).

La Diabetes Mellitus tipo 2 que se caracteriza por la producción insuficiente o resistencia a la insulina, constituye una patología muy prevalente entre las personas maduras y es una patología de elevada morbimortalidad (2). Se presenta en personas con grados variables de resistencia a insulina pero se requiere también que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante. Ambos fenómenos deben estar presentes en algún momento para que se eleve la glucemia. Aunque no existen marcadores clínicos que indiquen cuál de los dos defectos primarios predomina en cada paciente, el exceso de peso sugiere la presencia de resistencia a la insulina mientras que la pérdida de peso sugiere una reducción progresiva en la producción de la hormona. Aunque este tipo de diabetes se presenta principalmente en el adulto su frecuencia esta aumentada en niños y adolescentes obesos (11).

La diabetes tiene muchas repercusiones en el aspecto biopsicosocial y espiritual del paciente. En el aspecto biológico los síntomas que presentan varían de una persona a otra, la mayoría de las personas con diabetes presentan poliuria, polifagia, polidipsia, desórdenes de la piel o infecciones, visión borrosa, adormecimiento de manos y pies, fatiga intensa. Asimismo, esta enfermedad crónica degenerativa conduce a múltiples complicaciones agudas y crónicas (10).

VELAZCO (12). Refiere que entre las múltiples complicaciones de la diabetes se encuentra la hipoglucemia, la que se produce cuando el nivel de glucosa desciende por debajo de 50 mg/dl, puede suceder repentinamente, depende de excesos de insulina, escasez de alimentos o actividad física excesiva. La mayor parte de los episodios ocurren antes de las comidas, aunque puede surgir en cualquier parte del día o de la noche. Entre los síntomas tenemos: temblor, debilidad, pulso acelerado, dolor de cabeza, ansiedad, sudor, hambre, mareo, visión borrosa, irritabilidad, entre otros. La hipoglucemia es una condición de emergencia; puede dar como resultado manifestaciones de compromiso de la función cerebral e incluso la muerte.

Las infecciones son complicaciones agudas muy frecuentes y severas en diabéticos, en general las infecciones pueden estar presentes en un 55% a 67% de los diabéticos.

Los factores que contribuyen a la susceptibilidad de estos pacientes a las infecciones son: el daño a la barrera primaria que forma la piel por isquemia o trauma frecuente secundarias a neuropatía, alteración de la función inmunológica humoral, celular y fagocitaria bactericida, colonización de piel por gérmenes más patógenos, estados de portador sano de *Staphylococcus áureos*, colonización faríngea por gram negativos, alteración en el metabolismo asociado con diabetes, enfermedad micro y macrovascular, malnutrición, deshidratación, hiperglicemia, cetosis, instrumentación, catéteres, implantes, trasplantes, saneamiento ambiental deficitario y grado de inmadurez individual (11).

Las complicaciones a largo plazo de la diabetes se presentan en promedio de 10 años después de haberse diagnosticado, entre ellas tenemos: *Complicaciones macrovasculares*; se producen cambios ateroscleróticos de los grandes vasos sanguíneos, se pueden presentar como arteriopatía coronaria que elevan la frecuencia de infarto de miocardio en diabéticos; vasculopatía cerebral que puede provocar ataques isquémicos transitorios y apoplejía; vasculopatía periférica aumentando la frecuencia de la arteriopatía periférica oclusiva en diabéticos y entre los síntomas incluyen disminución del pulso periférico y claudicación intermitente durante la caminata constituyendo la forma grave de arteriopatía oclusiva de las extremidades inferiores que eleva la frecuencia de gangrena y amputación en los diabéticos (11).

SMELTZER (13). Menciona las complicaciones microvasculares o microvasculopatía diabética o microangiopatía, que se caracteriza por engrosamiento de las membranas basales de los capilares, que rodean a las células capilares endoteliales, entre las que se encuentran:

- Retinopatía diabética. Causada por cambios en los pequeños vasos sanguíneos de la retina, sino es diagnosticada a tiempo puede llegar a producir ceguera.

- Nefropatía diabética. Después de que se inicia la diabetes, aumenta el índice de filtración glomerular. La composición molecular de la membrana basal de los capilares renales (glomérulos) tiene estructuras que sirven como un filtro selectivo o semipermeable, esta membrana se engruesa como resultado de la hiperglucemia crónica y se vuelve permeable, con lo que se pierden proteínas plasmáticas en la orina. Si hay hiperglucemia, el mecanismo de acción renal se ve sometido a esfuerzo adicional, aumenta la presión de los vasos sanguíneos renales y esto sirve como estímulo para su aparición.
- Neuropatía diabética. Abarca el grupo de enfermedades que afectan a todos los tipos de nervios tales como periféricos, autónomos y centrales en donde puede haber engrosamiento de la membrana basal capilar y cierre de los capilares, también desmielinización nerviosa.
- Polineuropatía o neuropatía periférica. Afecta las extremidades inferiores; entre los síntomas iniciales que presentan son parestesias (sensación de hormigueo o prurito) y sensación de quemadura en la noche, al progresar la neuropatía los pies se vuelven insensibles.
- Neuropatía autónoma.-las manifestaciones son taquicardias, gastrointestinales tales como diarrea nocturna, retraso del vaciamiento gástrico, urinario; retención urinaria y disfunción sexual como impotencia en los varones, hipotensión ortostática.
- Vasculopatía periférica.- La mala circulación en las extremidades inferiores contribuye a una cicatrización deficiente y el desarrollo de gangrena.
- Inmunocompromiso.- La hiperglucemia altera la capacidad de los leucocitos especializados para destruir las bacterias. Por lo tanto en la diabetes mal controlada hay mayor sensibilidad a ciertas infecciones. Es imprescindible revisar los pies todos los días, ya que una herida no detectada puede ir creciendo hasta úlcera, luego gangrena y llegar a la amputación.

COLLIERE (14). Define el cuidar como un acto de vida en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta se continúe y reproduzca. Cuidar, es un acto individual que uno se da asimismo cuando adquiere autonomía, pero, del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales. Esto ocurre en todas aquellas circunstancias donde la insuficiencia, la disminución, la pérdida de autonomía está ligada a la edad adulta.

La curva de los cuidados, que tienen que ser necesariamente proporcionados por otra persona, es inversamente proporcional a la curva de la edad, disminuyendo las necesidades de cuidados desde el nacimiento a la primera infancia, luego a la infancia y a la adolescencia. En la edad adulta se pueden llegar a recibir cuidados en determinadas circunstancias, pero estas mismas personas serán proveedoras de cuidados, aportarán su contribución a los cuidados por medio de la familia y del ejercicio profesional. Los cuidados de costumbre y habituales o cuidados de conservación y mantenimiento de la vida, representan a todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida. Están relacionados con las funciones de conservación y de continuidad de la vida; están basados en todo tipo de hábitos de costumbre y de creencias (15).

El cuidado descansa sobre cinco pilares fundamentales:

Educación en el paciente diabético, monitoreo de la glicemia tiene por objetivo brindar conocimientos y destrezas que permiten al paciente diabético participar en su autocuidado colaborando de esa manera permanentemente con el equipo de salud que lo atiende. La educación puede ser de manera individual o grupal. La educación individual se inicia en la primera consulta, explicando al paciente cuales son las características de la enfermedad, las pautas alimentarias y medicamentosas, se hablará acerca de la importancia del autocuidado, el peligro de los pies, cuidado de los ojos, control de la presión arterial ventajas del ejercicio físico; debe ser permanente en todas las consultas que asiste el paciente (16).

También en la consulta se debe enfatizar el aspecto emocional del paciente respecto de su enfermedad ya que este se ve muy afectado. La educación grupal no debe exceder los 20 minutos, debe ser dinámica, participativa, ágil; siempre, deben ser seguidas de un intercambio de preguntas y respuestas destinadas a permitir que los mismos pacientes encuentren las soluciones y canalicen su ansiedad. Las técnicas educativas a utilizar pueden ser variadas, tales como: lluvia de ideas, exposición dialogada entre otras (17).

Cuidado farmacológico. , tiene como objetivo controlar la glicemia y evitar las complicaciones; El paciente diabético recibe una terapia con pastillas o insulina, que es una hormona producida en las células beta de los islotes de Langerhans en el páncreas. La secreción de la insulina no es constante y hace picos en respuesta a la ingesta de alimentos. Los mayores efectos de la insulina sobre la homeostasis de los carbohidratos son consecuencia de su unión específica a receptores en la superficie de células de tejidos sensibles, hígado, músculo y grasa. Inhibe la producción hepática de glucosa y promueve su utilización periférica reduciendo así las concentraciones de la glucosa sanguínea. Inhibe también la lipólisis previniendo la formación de cuerpos cetónicos. La insulina es esencial en el diabético tipo 1. En la diabetes tipo 2 la insulina es necesaria para controlar los niveles de glucosa, si es que no tienen resultado la dieta y los agentes hipoglucemiantes orales (16).

Cuidado dietético que tiene por objetivo:

- Mantener el nivel de la glucosa normal, o lo más cerca de lo normal durante todo el día.
- Mantener el nivel de colesterol, triglicéridos y lípidos, sobre todo el nivel de LDL (lipoproteína de baja densidad) dentro de los límites normales ya que la elevación de los lípidos constituye factores de riesgo para enfermedad cardiovascular.
- Mantener el peso corporal, el llamado “peso ideal”
- El plan de alimentación del diabético debe enfocarse en el porcentaje de calorías provenientes de carbohidratos, proteínas y grasas. Se recomienda:

- Comer alimentos variados: frutas frescas, verdura, pescado, carne, huevos.
- La mayor ingesta de carbohidratos complejos tales como pan integral, cereales, arroz y pastas; porque se digieren más rápido que otros alimentos y se convierten con prontitud en glucosa.
- Se recomienda reducir el consumo de grasas de origen animal ya que contienen muchas calorías (manteca, aceite, grasa de cerdo y res).
- Consumir de preferencia proteínas de origen no animal. Comer menos estos alimentos ayuda a reducir riesgos de contraer problemas al corazón.
- El consumo de fibras tales como leguminosas, avena y algunas frutas, vegetales, pan y cereales integrales ayuda a disminuir la glucosa y los lípidos en la sangre, evita el estreñimiento, aumenta la saciedad y ayuda a perder peso y reducir el azúcar y la grasa en sangre.
- Recomendaciones nutricionales de la Asociación Americana de Diabetes refieren la ingestión de grasas poliinsaturadas serie Omega 3, provenientes del pescado y otros alimentos de origen marino, favorecen la función de coagulación de los pacientes con diabetes tipo II (16,17).

Por otro lado ALLEYNE (18). Mencionó “que los elementos claves en el tratamiento de la diabetes son el ejercicio, la dieta y la insulina. En 1991, la Asociación Norteamericana de Diabetes reconoció al ejercicio físico como parte importante en el tratamiento de esta enfermedad”. Los ejercicios en el paciente diabético tienen como objetivo contribuir a controlar los síntomas. Los ejercicios se deben realizar todos los días en promedio de 30 minutos. Los efectos del ejercicio se pueden clasificar en:

Efectos Generales:

- Hiperrespiración (oxigenación)
- Aumento de la función cardiovascular.
- Aumento del flujo circulatorio macro y micro vascular
- Mejora el perfil de lípidos
- Aumenta el gasto energético
- Sensación de bienestar general
- Control de peso mejora la presión arterial.

Efectos endocrinológicos:

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

Cuidados de la vista, consultar frecuentemente al oftalmólogo permite el diagnóstico precoz de retinopatía. Mínimo una vez cada año, el examen consiste en que el oftalmólogo dilata la pupila para poder ver la retina y detectar lo antes posible las complicaciones y tratarlas inmediatamente y evitar problemas más graves. Incluye el diagnóstico de cataratas o glaucoma. También es importante mantener la glucosa en la sangre y la presión arterial dentro de los límites normales, ya que así se contribuye a la disminución de la aparición de complicaciones (13,19).

Cuidado de los pies incluye aseo adecuado, secado, lubricación, revisión diaria en busca de cualquier signo de enrojecimiento, ampollas, fisuras, callosidades, úlceras; se puede utilizar un espejo para revisar la planta de los pies o pedir a un miembro de la familia que lo haga. No usar zapatos apretados, porque favorecen la formación de ampollas. No andar descalzo, ni siquiera en casa. Si se tiene la piel seca, se debe untar crema lubricante después de lavarse los pies y secarlos. No poner crema lubricante entre los dedos de los pies. Cortar las uñas de los pies una vez por semana, cuando estén suaves después del baño, siguiendo el contorno del dedo y procurando que no queden demasiado cortas, limarse las uñas con una lima de cartón. Siempre usar zapatos o pantuflas (13,19).

Según Sanson (20). Dentro del cuidado que brinda la enfermera al paciente se encuentra la Consulta de Enfermería, actividad en la que enfatiza la promoción y la prevención de la salud. La consulta de enfermería funciona como un recurso para un diagnóstico de enfermería en el que empleando el proceso de atención de enfermería se identifican los problemas de salud del paciente en estudio, profundiza y elabora un

plan de cuidado para la solución de problemas identificados, se crea espacios para la actuación de enfermeros y contribuye para la mejoría de condiciones de salud de la población.

La consulta de enfermería es individualizada y requiere conocimiento, competencia y responsabilidad. Delega al enfermero la autonomía de decidir las metas a ser atendidas en conjunto. Para obtener resultados significativos en la consulta de enfermería se debe detectar con precisión los problemas que evidencian desequilibrios, distinguiendo con exactitud las variaciones de cada paciente, esta consulta tiene como propósito maximizar las interacciones del paciente con su ambiente y fomentar el máximo bienestar del mismo. Además es importante detectar los sentimientos, intereses, comportamientos a fin de delinear con seguridad las acciones de cuidado. La enfermera ejecuta una serie de acciones dirigidas a los pacientes diabéticos, modificando sus estilos de vida, favoreciendo el cumplimiento de su autocuidado y mejorando así la calidad de vida de los mismos.

OSTIGUINZ (21). Considera que en el autocuidado del paciente diabético influyen muchos factores o circunstancias, tales como: socioculturales, por lo que es necesario tomar en cuenta la ocupación, creencias, entre otros, dichos factores favorecen o limitan el cumplimiento del autocuidado.

En el aspecto social la diabetes tiene consecuencias para la economía siendo los más afectados las personas en edad laboral, quienes dejan de trabajar por asistir a sus controles y por las complicaciones que presentan. Asimismo, esto tiene consecuencias psicológicas, ya que el paciente y familia tienen que adaptarse a los síntomas que presenta debido a que interfieren en las actividades familiares. Además, muchas personas se hospitalizan debido a las complicaciones que presentan, generando gastos a su familia y al hospital (22).

Factores socioculturales de la persona diabética.

NORABUENA (23). Refiere a los factores socioculturales como “todas las situaciones o circunstancias que de algún modo modifican o influyen en el cumplimiento del autocuidado de los pacientes diabéticos”, entre ellos tenemos: estado civil, apoyo familiar, higiene, hábitos alimentarios, factores culturales, grado de instrucción.

Por otro lado KOZIER (19). Afirma que los factores sociales están relacionados directamente con la salud, morbilidad y mortalidad. Son variables que influyen sobre el estado de salud de la persona y sobre sus creencias y conductas o prácticas saludables. Encontramos aquí la ocupación, el ingreso económico, estado civil, y apoyo familiar.

La ocupación, tipo de actividad laboral con sentido que ejecuta la persona. Kleinman hace referencia que las personas en el sector profesional realizan para su salud autotratamiento o automedicación, reciben consejos o tratamientos de recomendados, consultan con otros grupos que tienen una experiencia específica; este tratamiento incluye tratamiento farmacológico. En este sector la mayor parte de situaciones de salud es identificada y tratada. Mientras que las personas no profesionales recurren a curanderos populares y/o medicina alternativa. Dentro de este grupo se encuentran: obreros, independientes, empleados, amas de casa. Por lo que el trabajo puede favorecer o limitar el cumplimiento del autocuidado (22).

Respecto al ingreso económico, Alarcón (24). Refiere, que es el dinero que recibe la familia de un trabajo con el fin de satisfacer necesidades y problemas, además está relacionado con la ocupación de las personas. Los ingresos se pueden clasificar en más y menos del sueldo mínimo vital. Es posible que las personas con bajos ingresos económicos no puedan realizar sus exámenes médicos, alimentarse adecuadamente y realizar actividades que mejoren su calidad de vida, ya que no pueden costárselos.

De acuerdo PROASA (22).en estudios realizados afirma que del ingreso económico dependerá el nivel y forma de vida porque el individuo, familia y comunidad tienen necesidades cuya satisfacción está en base al esfuerzo económico, tal es así que un ingreso económico bajo, no permitirá que se asigne algo para la recreación, y limitará la cantidad de bienes y servicios que pueda adquirir para satisfacer necesidades básicas.

Estado civil, para Rosette (25). Tiene mucha relación con las actividades que pueda realizar una persona, ya que una persona soltera tiene mayor disponibilidad de tiempo que una persona casada. Mientras que la persona casada tiene una serie de responsabilidades en su hogar. Se puede clasificar en soltera, casada, viuda, divorciada y conviviente.

Apoyo familiar, la familia es muy importante en la sociedad. Para Colliere ¹⁴ “la familia es un elemento participante del cuidado en el hogar y son la mayor fuente de apoyo para el paciente por lo que es necesario conocer de quien recibe el apoyo social y psicológico para su tratamiento y así poder reforzar las relaciones familiares”; la familia es un recurso de apoyo para la persona diabética, en diferentes etapas de su desarrollo. 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 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.

Kozier (19).considera que “la higiene, los hábitos alimentarios y la propensión a buscar asesoramiento sanitario y seguir los regímenes terapéuticos, varía entre los grupos con ingresos altos y aquellos con bajos ingresos”, esta situación puede también observarse en las personas con diabetes mellitus II.

Factores Culturales; la cultura según Machado (26). Es el conjunto de creencias, conocimientos y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos dentro de un grupo determinado, que orientan sus razonamientos, decisiones y acciones según modos de acción predeterminados.

El conocimiento para ALARCÓN (24). Está ligado a la práctica del autocuidado, por lo que este influye en el cumplimiento del autocuidado; las personas van actuar y a cuidarse de acuerdo a sus conocimientos que tengan de la enfermedad. Existen varios tipos de conocimientos: Conocimiento Empírico, que se adquiere directamente en la práctica social; es transmitido de generación en generación e involucran aspectos referentes a la organización social, usos, costumbres, creencias y técnicas de trabajo. El conocimiento científico, surge como una consecuencia directa del conocimiento ordinario y el razonamiento especulativo, tiene una relación directa con las necesidades e inquietudes primordiales del hombre, en este caso del paciente diabético.

Grado de Instrucción, nivel educacional que una persona tiene; como primaria, secundaria y superior. Según Du Gas (14). “Las personas con un nivel de educación superior conocen más sobre su enfermedad y tienden a pedir ayuda cuando la necesitan, mientras que una persona con educación primaria conoce poco o no conoce de su enfermedad”.

Para KOZIER (19). La instrucción o escolaridad en el individuo, interviene como medio de desarrollo en el potencial intelectual, así como en la formación de su personalidad, puesto que cada vez que escala diferentes niveles de escolaridad hasta llegar al nivel superior, le permitirá entender y aceptar el mayor grado de educación sanitaria y cumplir con más responsabilidad las medidas pertinentes para el cuidado de su salud.

Considerando a la Diabetes Mellitus como enfermedad no transmisibles como problema de salud Pública el estado propuso. La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles fue establecida el 27 de Julio de

2004 con RM N° 771-2004/MINSA y es un Programa orientado a disminuir la incidencia de enfermedades no transmisibles desarrollando acciones de prevención y promoción como parte del modelo de atención integral de salud; con intervenciones articuladas entre el Ministerio de Salud, Seguro Integral de Salud, los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales. La rectoría de este programa estratégico está a cargo del Ministerio de Salud (27).

Esta estrategia se desarrolla en el Hospital Regional Docente de Trujillo, en el Programa de Diabetes, donde el paciente diabético es atendido por un equipo multidisciplinario integrado por: un médico, enfermera, nutricionista, psicóloga, asistente social, quienes cubren las necesidades del mismo. La enfermera realiza, los cuidados de apoyo educativo la consulta de enfermería; para promover el autocuidado monitorizando el tratamiento y control de la glicemia.

El objetivo del Programa Educativo para el Paciente Diabético (PED) es entregar los conocimientos básicos necesarios sobre esta enfermedad, permitiendo lograr un autocuidado y prevenir las complicaciones agudas y crónicas, todo esto a través de un equipo multidisciplinario compuesto por Diabéticos, Endocrinólogos, Nutriólogos, Nutricionistas, Psicólogos y una enfermera especialista en educación al paciente con Diabetes Mellitus (DM) Tipo 1 y 2 que se atiende en Hospital Regional Docente de Trujillo.

Para el cumplimiento de este objetivo se desarrollan las siguientes acciones:

- Educar al paciente y su familia en sesiones individuales y/o Grupales.
- Motivar al paciente a tomar conciencia sobre su enfermedad para hacerse responsable de las decisiones en su tratamiento.
- Adaptar el Programa Educativo a las circunstancias personales, sociales, culturales y económicas de cada paciente.

Los cuatro pilares de la educación al paciente diabético, fundamentales para el cuidado de la enfermedad y para lograr resultados positivos en el tratamiento son: Autocontrol, Alimentación, Ejercicio, estilo de vida saludable, asistir a las consultas programadas (5,6).

2.2. Bases Teóricas

Teoría del Autocuidado Dorothea Orem

Según Dorothea Orem⁸ en su teoría de autocuidado considera “acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida, curar las enfermedades y/o heridas y hacer frente a las complicaciones”. El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. El “autocuidado” permite mantener la vida y la salud, lo que debe aprenderse. Ello depende de las creencias, costumbres y prácticas (nutrición, higiene, vacunas) que tiene el individuo.

Orem propone requisitos de autocuidado para la atención de enfermería (universal, de desarrollo y de desviación de la salud) que son expresiones de los tipos de autocuidado que los pacientes requieren. Son requisitos del autocuidado los siguientes:

Autocuidado Universal, llamados también de Base, son comunes a todos los seres humanos durante todas las etapas de su ciclo vital, tales como: actividades de la vida cotidiana, higiene física, mental. Comprende:

- Aire, alimentación y agua
- Eliminación
- Salud, interacciones sociales.
- Actividad y reposo

- Acontecimientos que ponen en peligro la vida y el bienestar.
- Normalidad en relación al crecimiento y desarrollo, salud física y mental, compartir creencias y prácticas relativas a la salud y enfermedad. Requisitos del desarrollo, están asociados con las condiciones y eventos que ocurren durante diversos estadios del ciclo vital, eventos que pueden afectar adversamente el desarrollo.

Autocuidado en Relación a Desviaciones del Estado de Salud, (depende del grado de afección ocasiona dependencia). Están asociados con defectos de constitución corporal, genéticos y desviaciones humanas, estructurales y funcionales, con sus efectos, medidas de diagnóstico y tratamiento médico. Así tenemos los Sistemas de Cuidados de Enfermos; en el cual las enfermeras pueden atender a los individuos identificando tres tipos de sistemas:

- Sistema de compensación total, el paciente no tiene papel activo en los autocuidado (paciente grave o en estado de coma). El profesional de enfermería lleva a cabo el cuidado terapéutico del paciente. “Hacer por el otro”.
- Sistema de compensación parcial, el paciente participa en los cuidados de higiene. Puede existir distribución de responsabilidad y difiere según la limitación física o psíquica del paciente, conocimiento científico de las técnicas requeridas y preparación psicológica para llevar a cabo o aprender determinadas tareas (hemipléjico). El personal de enfermería ejecuta algunas medidas de autocuidado para el paciente, compensa las limitaciones para su autocuidado. “Hacer con el otro”.
- Sistema de Apoyo Educativo el paciente es capaz de llevar a cabo o aprender algunas medidas de autocuidado terapéutico pero que puede ser ayudado o prestado por otra persona (familiar, apoyo, guía, enseñanza). “Dejar hacer al otro”.

El cuidado de enfermería al paciente diabético aplicando modelo Dorothea Orem es un proceso interactivo organizado sistemático que permite una valoración integral para llegar a un diagnóstico preciso a través del cual la enfermera ayuda al paciente en la satisfacción de sus necesidades o cubrir los requisitos de autocuidado tanto universales como terapéuticos. La recolección de datos sobre el estado de salud del paciente diabético a través de diversas fuentes: incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención. El paciente diabético no insulino-dependiente, de acuerdo a su estado de salud va a requerir de ciertos sistemas de cuidados, por ejemplo, si recién ha sido diagnosticado de diabetes va a requerir cuidado de apoyo educativo, también si presenta las complicaciones propias de la diabetes antes mencionadas, va a requerir sistema de compensación total o parcial. El diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro, como por ejemplo las complicaciones que podría presentar el paciente diabético.¹⁶

En conclusión, el paciente diabético debe cumplir diversas medidas de autocuidado ya mencionadas, tales como, su cuidado farmacológico, dietético, físico, higiénico y de la vista, para mejorar su calidad de vida y así evitar las diversas complicaciones y por ende las repercusiones en el aspecto biopsicosocial espiritual. Las personas con diabetes reciben un tratamiento cuyo objetivo es el de normalizar la glucemia para reducir el desarrollo de las complicaciones vasculares y neuropáticas.¹⁶

2.3. Antecedentes:

NORABUENA (23). En el año 1995 realizó una investigación titulada “Capacidad de autocuidado de los pacientes diabéticos tipo II y su relación con factores individuales y socioculturales en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen”, mediante encuestas, encontró que la mayoría (51%) tiene buena calidad de autocuidado y (43%) regular calidad de autocuidado en relación al sexo, la mayoría de los pacientes que posee nivel de autocuidado regular son de sexo masculino

(23%). En relación al ingreso económico, la mayoría de los pacientes (71%) tienen un ingreso menor al sueldo mínimo vital.

Respecto a los factores básicos condicionantes relacionados con las características sociodemográficas se encontró que el grupo etáreo de mayor representatividad es el de 65 y 69 años (22,13%), las mujeres representaron 60,98% de la muestra. En relación con los factores básicos y condicionantes: edad, género, estado civil, escolaridad y nivel socioeconómico la distribución de los datos no permitió establecer asociación estadísticamente significativa de estos factores con la capacidad de autocuidado.

ALARCÓN (24). En un estudio, sobre “Capacidad de autocuidado del paciente diabético crónico” realizado el año 1993, en Chile en una población de 181 pacientes de ambos sexos, crea una escala de capacidad de autocuidado basada en el estudio sobre requisitos y capacidades de autocuidado desarrollado por Joan E. Backacheider, quien a su vez se basa en la teoría de autocuidado creado por Dorothea Orem. Esta escala se aplica con el propósito de medir las capacidades físicas, mentales, emocionales y motivacionales, como la orientación a la salud del paciente diabético, que por alguna razón las personas tienen las habilidades para cuidar su salud pero no hace uso de ellas. Esta situación puede estar relacionada con la forma en que las personas perciben su estado de salud, lo que a su vez afecta su Capacidad de autocuidado.

MACHADO (26). En un estudio realizado en el año 2009 sobre “Conocimiento de las Prácticas de Autocuidado de los Pies en Individuos con Diabetes Mellitus” atendido en una unidad básica de salud en México, demostró que aunque los pacientes hayan referido conocer las prácticas de autocuidado, estos no presentaron condiciones satisfactorias de la enfermedad y prevención de complicaciones. Concluye que el conocimiento de las características presentadas por los portadores de Diabetes, atendidos en los servicios básicos de salud, son de gran relevancia para lograr acciones de los enfermeros dedicadas al manejo y control de este problema en

la población y consecuentemente para la reducción de las tasas de amputación de miembros inferiores en nuestro medio.

SECLLEN (3). Un estudio sobre “Aspectos epidemiológicos y genéticos de la diabetes mellitus en la población peruana” 2005, encontró que la diabetes tipo II tiene una prevalencia en la población mundial que oscila entre 2 a 5% exceptuando las poblaciones nativas de Norteamérica y el Pacífico, resaltando el grupo de mayores de 65 años que llegan a tener una prevalencia de hasta 20%, es decir uno de cada cinco ancianos es portador de diabetes, la diabetes tipo II representa el cuadro hiperglucémico más frecuente representado el 90% de los diabéticos mientras que la diabetes tipo I se produce en cerca del 10% de los diabéticos.

Estudios realizados demuestran que la población peruana, tiene una constitución genética y un factor ambiental favorable para la poca incidencia de diabetes tipo I, que es estos momentos se constituye en un problema de salud pública en Europa y USA, dado su alto costo social y económico por las secuelas de ceguera, insuficiencia renal y compromiso cardiovascular en los niños y jóvenes así como por su morbimortalidad elevada.

MORENO (17). Investigó “Calidad de Vida; Diabetes Mellitus; Desarrollo de Programa; Estilo de Vida; Médicos de Familia; Atención Primaria de Salud. Ecuador 2007. Después del análisis de la prevalencia, el comportamiento, así como la mortalidad y las complicaciones de la diabetes mellitus en un sector de población importante del municipio Cerro, concluye que el estilo de vida de la población diabética puede ser modificado favorablemente, aplicando un sistema de prevención sencillo y económico por parte de los Médicos y Enfermeras de la atención de salud primaria con la asesoría y el apoyo del nivel de atención secundario. Ello conllevaría a una razonable disminución de la mortalidad, las complicaciones y los costos que se derivan de esta enfermedad, aspirando a una experiencia positiva que pueda derivarse de la aplicación de este programa piloto a nivel municipal.

AZURDIA (28). Desarrollo la investigación sobre “Evaluación de Complicaciones del Paciente Diabético que acude al Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala por falta o Incumplimiento de Tratamiento y/o Prescripción de Medicamentos” 2007. con el propósito de evaluar las complicaciones que presentan los pacientes diabéticos, encontrado que la de mayor prevalencia fue la Insuficiencia venosa 36.26%, cuya totalidad tenía prescrito algún medicamento para los desórdenes arteriovenosos; respecto al cumplimiento del tratamiento de los 171 pacientes, 65.50% a veces cumplían siempre (112 pacientes) y un 0.58% nunca (1 paciente); el 100% de los pacientes presentaron por lo menos un factor agravante y/o complicación, pero los pacientes con buen control tenían menos complicaciones que los pacientes en regular o pobre control, además que siempre cumplían con el tratamiento establecido por el médico y asistían regularmente a sus consultas.

2.4. HIPÓTESIS

H₁: Los factores socioculturales tienen relación significativa con el nivel de autocuidado de los pacientes diabéticos que acuden al Programa de Diabetes H.R.D.T 2013.

H₀: Los factores socioculturales no tienen relación significativa con el nivel de autocuidado del paciente diabético tipo II. que acuden al programa de Diabetes H.R.D.T. 2013.

2.5. VARIABLES

Las variables son:

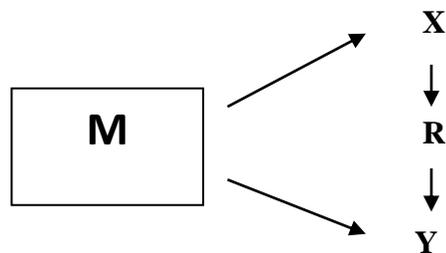
- Variable independiente: factores socioculturales con sus indicadores de ocupación, estado civil, apoyo familiar y grado de instrucción.
- Variable dependiente: Autocuidado del paciente diabético.

III. METODOLOGÍA.

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

La investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo, correlaciona, prospectivo de corte transversal. Descriptivo ya que describe los hechos tal y como se encuentran en la realidad; correlacional porque se estudió la relación entre el nivel de autocuidado y los factores socioculturales de los pacientes diabéticos que acuden a programa del HRDT; de corte transversal porque los datos fueron recolectados en un tiempo determinado (29,30).

- M** : Muestra pacientes diabéticos Programa del HRDT.
- X** : Factores socioculturales.
- R** : Relación
- Y** : Nivel autocuidado.



3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.

POBLACIÓN: Lo constituyeron el total de pacientes que acuden al programa
La población de estudio estuvo constituida por 80 pacientes con diabetes tipo 2 que asistieron al programa de diabetes del mencionado Hospital.

MUESTRA: estuvo conformada por la población de **50** pacientes con diabetes mellitus tipo II que acuden el programa en el HRDT y que cumplieron con los criterios de inclusión.

Para la selección de la muestra se tomó en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 35 años diagnosticados con diabetes mellitus tipo II, con tiempo no menor de un mes de enfermedad.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.
- Pacientes que asisten regularmente al programa.
- pacientes sin complicaciones.
- Pacientes que reciben tratamiento oral y dieta.

Criterios de exclusión:

- Pacientes recién diagnosticados con diabetes tipo II.
- Pacientes que asisten irregularmente al programa.
- Pacientes que presenten complicaciones potenciales.

UNIDAD DE ANÁLISIS. Conformado por cada uno de los pacientes con diagnóstico de DM tipo 2 que acudieron para atención en el Programa de diabetes del Hospital Regional Docente de Trujillo en el año 2013.

3.3. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

3.3.1. Nivel de Autocuidado

- Definición conceptual:

Son acciones o prácticas que deben ser realizadas por los propios pacientes con diabetes mellitus para poder satisfacer sus necesidades, mantener la salud garantizado así un adecuado desarrollo y bienestar biopsicosocial (31).

- **Definición operacional:**
La categorización para el presente estudio de acuerdo a los puntajes obtenidos es la siguiente:
 - Nivel Alto : De 13 a 24 puntos
 - Nivel Bajo : De 0 a 12 puntos

3.4.2. Factores socioculturales

- **Definición conceptual:** Situaciones socioculturales en los siguientes indicadores: ocupación, ingreso económico, estado civil, apoyo familiar y grado de instrucción que de algún modo pueden influir en el cumplimiento del autocuidado de los pacientes diabéticos repercutiendo sobre su estado de salud (23).

a.- Ocupación:

Definición conceptual: Es el tipo de actividad laboral que ejecuta la persona en estudio (31).

Definición operacional:

- Obrero
- Independiente
- Ama de casa
- No trabaja

b. Ingreso Económico.

Definición conceptual: Es el dinero que recibe la familia de un trabajo con el fin de satisfacer sus necesidades y problemas, además está relacionado con la ocupación de las personas (10).

Definición operacional:

- Mayor al mínimo vital.
- Menor al mínimo vital.

c. Estado Civil.

Definición Conceptual: Se entiende por estado civil la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo. El concepto de estado civil existe desde el momento en que el ser humano crea la institución del matrimonio (4).

Definición operacional: Se puede clasificar:

- Soltera (o)
- Casada
- Viuda
- Conviviente.

d. Apoyo Familiar.

Definición conceptual: La familia es un elemento participante del cuidado en el hogar y son la mayor fuente de apoyo para el paciente por lo que es necesario conocer de quien recibe el apoyo social y psicológico para su tratamiento y así poder reforzar las relaciones familiares (16).

Definición operacional: Se determinó según las siguientes categorías:

- Si recibe apoyo.
- No recibe apoyo.

e. Grado de Instrucción:

Definición conceptual: La instrucción o escolaridad en el individuo, interviene como medio de desarrollo en el potencial intelectual, así como en la formación de su personalidad, cada vez que escala diferentes niveles de escolaridad hasta llegar al nivel superior, le permite entender y aceptar la educación sanitaria y

cumplir con más responsabilidad la medidas pertinentes para el cuidado de su salud (32).

Definición operacional:

Se puede clasificar:

- Analfabeto
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Superior.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

Técnica. Para la recolección de los datos se utilizó la técnica de la entrevista, por ser la más apropiada para el recojo de los datos.

Instrumentos. Se aplicó un cuestionario el cual tuvo por objetivo determinar el nivel de Autocuidado e identificar los factores socioculturales del paciente en estudio.

Cuestionario Sobre Autocuidado y Factores Socioculturales en Pacientes Diabéticos. (Anexo N° 1)

Fue elaborado por la investigadora, siendo un instrumento de medición de tipo cuestionario en relación a las variables a medir tomando como base las referencias bibliográficas de Smeltzer S, Bare, (13). L, Koziar B. (19). S. Fauci, López G, (33). D. Orem; ⁸ con interrogantes abiertas y cerradas que contienen categorías o alternativas de respuestas que fueron delimitadas según el tema de investigación. Algunas fueron dicótomas y otras de una alternativa de respuesta.

El cuestionario consto de dos partes, la primera parte con 5 interrogantes que permitieron recolectar información sobre los factores socioculturales que se estudiaran en la presente investigación. La segunda parte contiene 24 preguntas sobre autocuidado de paciente diabético. El puntaje obtenido por cada una de las respuestas correctas en esta segunda parte es de un punto por lo que se puede obtener el siguiente puntaje:

- Alto Nivel de Autocuidado : De 13 a 24 puntos
- Bajo Nivel de Autocuidado : De 0 a 12 puntos

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Validez. En el control de calidad de los instrumentos se utilizó la validez del contenido con juicio de expertos, participando cuatro profesionales que laboran en el área de endocrinología del área de Consultorio Externos y Enfermera Jefe del Programa de Diabetes, quienes revisaron el cuestionario y en base a sus observaciones, sugerencias y recomendaciones se mejoró la versión definitiva del instrumento.

Confiabilidad. Para determinar la confiabilidad del instrumento se tuvo en cuenta lo siguiente:

- Prueba Piloto. El cuestionario utilizado se aplicó a 5 pacientes del programa de diabetes que luego no participaron en la investigación.
- 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 0.97 lo cual significa que el instrumento es altamente confiable, garantizando de esta manera la consistencia del instrumento.

3.5. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.

PROCEDIMIENTO

Para iniciar el proceso de recolección de datos se realizó lo siguiente:

Se coordinó anticipadamente solicitando la autorización del Director del Hospital Regional Docente de Trujillo, de la Unidad de Capacitación, la Jefatura de Enfermería y de la Enfermera Responsable del Programa de Diabetes a fin de tener accesibilidad y las facilidades pertinentes para la ejecución de la presente investigación.

Para la recolección de datos se realizó una selección aleatoria teniendo en cuenta los criterios de inclusión y mediante la técnica de la entrevista a la aplicación del instrumento del presente estudio. La entrevista realizada por la responsable de la investigación con una duración promedio de 15 a 20 minutos, a quienes de manera sencilla se les explicó el propósito de la investigación, solicitándoles su consentimiento voluntario para participar en el estudio, asimismo se informó el anonimato de la información brindada. Finalmente se les brindó orientación para despejar dudas o inquietudes que los entrevistados tenían, los pacientes analfabetos se les leyó las preguntas y respuestas siendo el paciente el que respondería para llenar la encuesta luego por la autora.

PLAN DE ANÁLISIS

Una vez obtenida la información se elaboró un libro de códigos o matriz, asimismo los datos fueron procesados en forma estadística, mediante el programa de datos de Microsoft Excel Statistical Package Off Social Science (SPSS) versión 20.0 de WINDOWS, posteriormente la información fue analizada y los resultados se presentan en cuadros de distribución de frecuencias de una y doble entrada con valores absolutos y relativos, además de gráficos descriptivos para una observación más objetiva.

Para el análisis de la relación entre variables, se realizó mediante la prueba de independencia de criterios (Chi cuadrado) para lo cual se consideró la significancia estadística menor del cinco por ciento.

3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La realización de este trabajo estuvo acorde con las normas rectoras de la investigación vigente a nivel nacional e internacional, emanadas de la declaración de Helsinki de 1964 adaptada a su última enmienda en 2004 y en Perú a la resolución 008430 de 1993, las cuales establecen la normatividad científica, técnica y administrativas para la investigación en salud (34,35).

Debido a que la investigación se aplicó en seres humanos como objeto de estudio prevaleció el criterio de respeto a la dignidad, así como la protección de sus derechos, por tanto, se ajustaron a los principios científicos y éticos que la justifican. El comienzo de la investigación se llevó a cabo después de obtener la debida autorización del titular de la institución de atención de salud, los principios son:

CONSENTIMIENTO INFORMADO. Se elaboró una carta de consentimiento informado mediante el cual los pacientes diabéticos que fueron sujetos de estudio firmaron y aceptaron participar (36).

DERECHO A LA INTIMIDAD. Se informó a todos los pacientes diabéticos, participantes que tiene derecho a decidir el momento, la cantidad de información y las circunstancias generales para que la información que proporcionan pueda compartirse (36).

DERECHO A LA JUSTICIA: A todos los participantes, se les trató con justicia y con igualdad sin distinción de raza o credo (36).

DERECHO A LA AUTONOMÍA: Se explicó a todos los pacientes Diabéticos, participantes que tienen derecho a decidir su participación voluntaria en el estudio o no, se les informó el objetivo de investigación y que podrán abandonar el estudio cuando así lo deseen (37).

BENEFICIENCIA. Se explicó 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 (37).

DERECHO AL ANONIMATO Y CONFIDENCIALIDAD. No fue necesario escribir el nombre de los participantes porque el instrumento no lo requiere, y en efecto, la información proporcionada únicamente fueron fines de investigación, e informada de manera general (38).

El tipo de investigación que se ejecutó es denominada "sin riesgo," ya que la técnica y método para documentar la información no requirió ninguna modificación en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los sujetos de estudio (38).

III. RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

TABLA N° 01

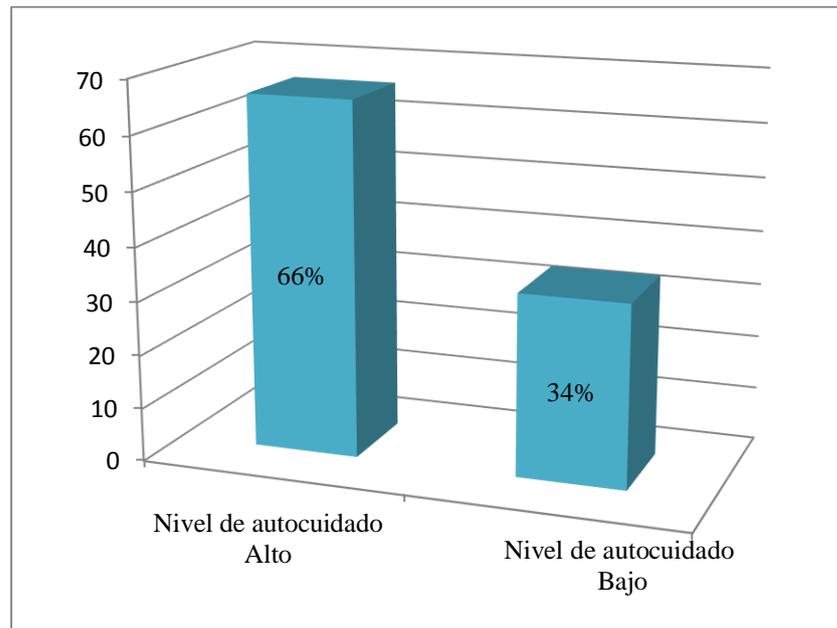
**NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS
TIPO II DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL H.R.D.T. – 2013**

NIVEL DE AUTOCUIDADO	N°	%
Nivel de autocuidado Alto	33	66
Nivel de autocuidado Bajo	17	34
Total	50	100

Fuente: Cuestionario de Autocuidado y Factores Socioculturales de Pacientes Diabéticos; **Autora:** Zoila León Balarezo.

GRÁFICO N° 01

**NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS
TIPO II DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL H.R.D.T. – 2013**



Fuente: Cuadro N° 01

TABLA N° 02

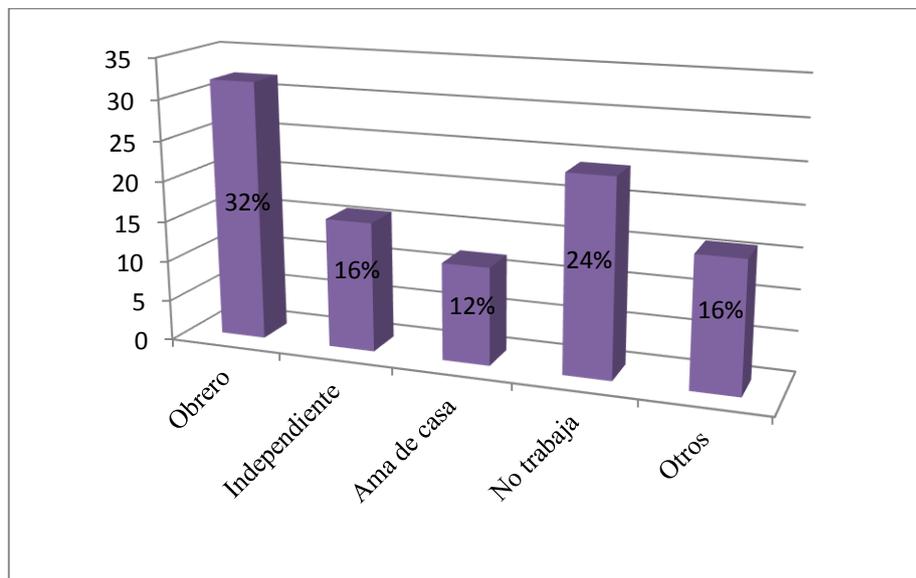
**DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES SEGÚN
INDICADORES DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II DEL
PROGRAMA DE DIABETES DEL H.R.D.T. – 2013**

FACTORES SOCIOCULTURALES INDICADORES	N°	% PACIENTES DIABETES MELLITUS TIPO II %
OCUPACIÓN		
Obrero	16	32
Independiente	8	16
Ama de casa	6	12
No trabaja	12	24
Otros	8	16
Sub-total 1	50	100
INGRESO ECONÓMICO		
Mayor al M.V	26	52
Menor al M.V	24	48
Sub-total 2	50	100
ESTADO CIVIL		
Soltero	13	26
Casado	10	20
Viudo	13	26
Conviviente	14	28
Separado	0	0
Sub-total 3	50	100
APOYO ECONÓMICO FAMILIAR		
Si	28	56
No	22	44
Sub-total 4	50	100
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Analfabeto	7	14
Primaria inc.	10	20
Primaria comp.	10	20
Secundaria inc.	10	20
Secundaria comp.	5	10
Superior	8	16
Sub-total 5ª	50	100

Fuente: Cuestionario de Autocuidado Y Factores socioculturales de Pacientes Diabéticos; Autora: Zoila León Balarezo.

GRÁFICO N° 02

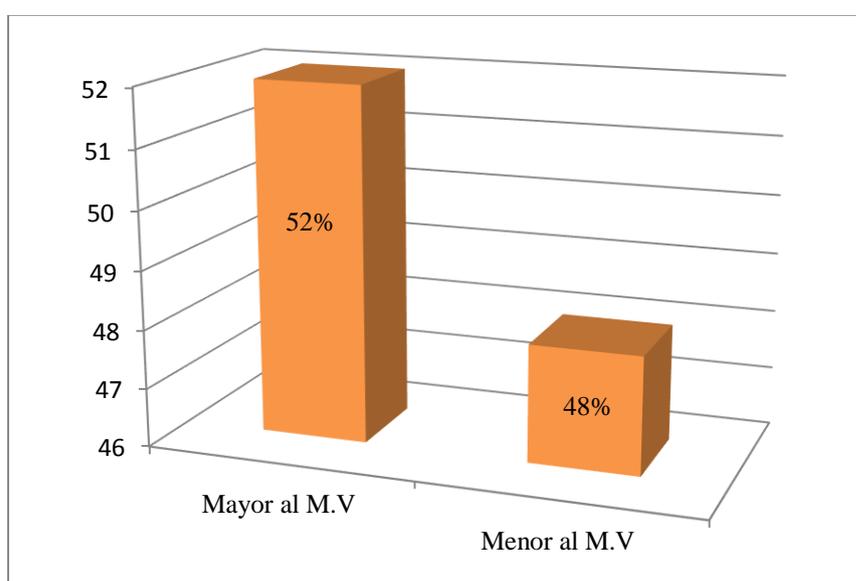
**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE OCUPACIÓN EN LOS
PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II DEL PROGRAMA DE
DIABETES DEL H.R.D.T. – 2013**



Fuente: Cuadro N° 02

GRÁFICO N° 03

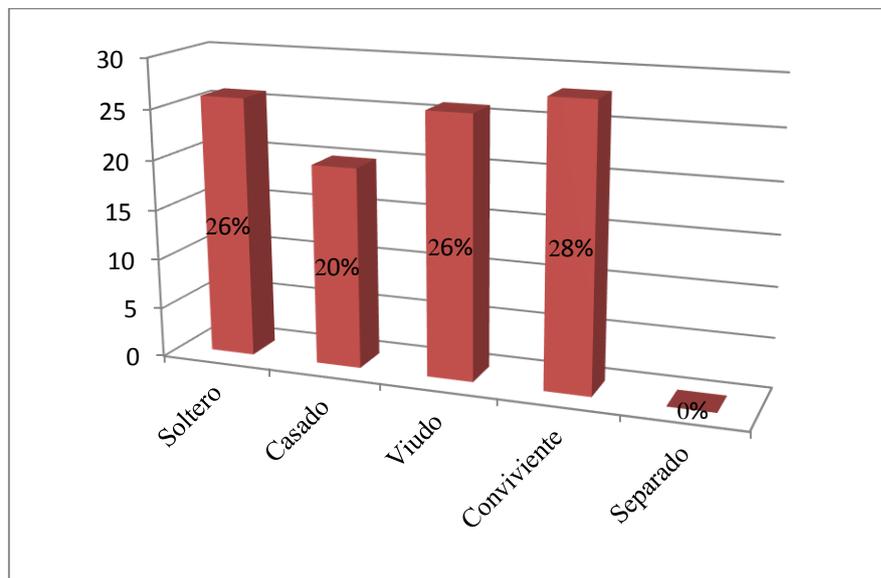
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE INGRESO ECONÓMICO EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II DEL PROGRAMA DE DIABETES DEL H.R.D.T. – 2013



Fuente: Cuadro N° 02.

GRÁFICO N° 04

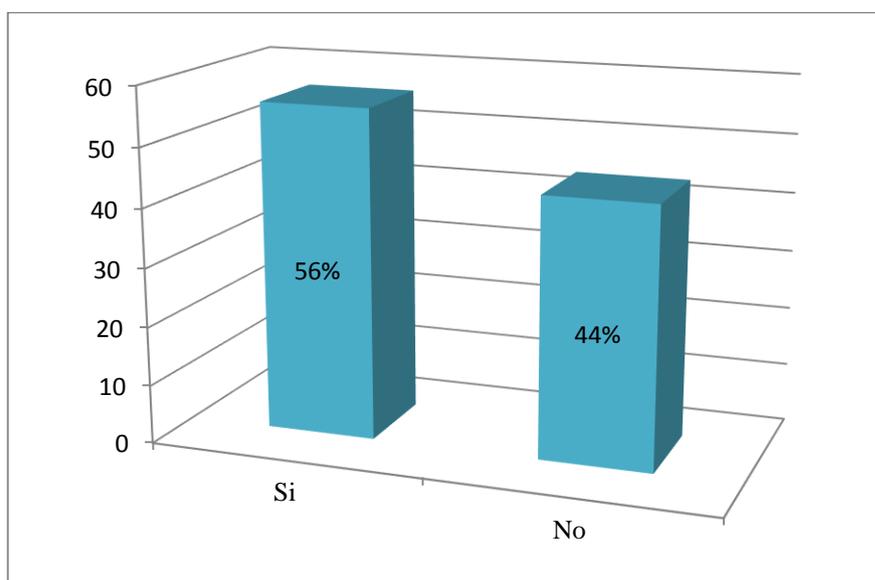
**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL ESTADO CIVIL DE LOS
PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II DEL PROGRAMA DE
DIABETES DEL H.R.D.T. – 2013.**



Fuente: cuadro N° 02

GRÁFICO N° 05

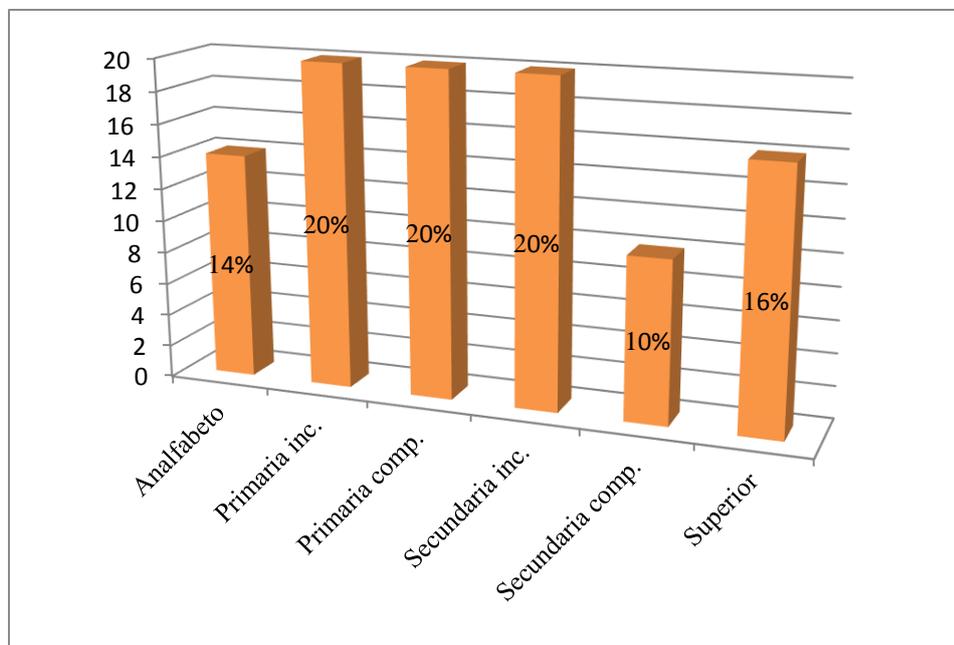
**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL APOYO ECONÓMICO
FAMILIAR DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II DEL
PROGRAMA DE DIABETES DEL H.R.D.T. – 2013**



Fuente: Cuadro N° 02

GRÁFICO N° 06:

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GRADO DE INSTRUCCIÓN
EN LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO II DEL PROGRAMA DE
DIABETES DEL H.R.D.T. – 2013**



Fuente: Cuadro N° 02

TABLA N° 03

**DISTRIBUCIÓN DE FACTORES SOCIOCULTURALES E
INDICADORES SEGÚN EL NIVEL DE AUTOCUIDADO DE LOS
PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II DEL PROGRAMA DE
DIABETES DEL H.R.D.T. – 2013.**

Factores socioculturales	NIVEL DE AUTOCUIDADO				X ² g.l P $\alpha = 0.05$
	ALTO		BAJO		
	N°	%	N°	%	
OCUPACIÓN					
Obrero	10	30,3	6	35,29	X ² = 3.67 g.l = 4 p = 0.45 p>0.05
Independiente	6	18,2	2	11,76	
Ama de casa	3	9,09	3	17,65	
No trabaja	10	30,3	2	11,76	
Otros	4	12,1	4	23,53	
Sub-total 1	33	100	17	100	
INGRESO ECONÓMICO					
Mayor al M.V	16	48,5	10	58,82	X ² = 0.49 g.l = 1 p = 0.45 p>0.05
Menor al M.V	17	51,5	7	41,18	
Sub-total 2	33	100	17	100	
ESTADO CIVIL					
Soltero	6	18,2	7	41,18	X ² = 12.2 g.l = 4 p = 0.02 P<0.05
Casado	9	27,3	1	5,88	
Viudo	12	36,4	1	5,88	
Conviviente	6	18,2	8	47,06	
Sub-total 3	33	100	17	100	
APOYO ECONÓMICO FAMILIAR					
Si	18	54,5	10	58,82	X ² = 0.09 g.l = 1 p = 0.76 p>0.05
No	15	45,5	7	41,18	
Sub-total 4	33	100	17	100	
GRADO DE INSTRUCCIÓN					
Analfabeto	7	21,2	0	0	X ² = 12.12 g.l = 5 p = 0.03 P<0.05
Primaria inc.	5	15,2	5	29,41	
Primaria comp.	8	24,2	2	11,76	
Secundaria inc.	3	9,09	7	41,18	
Secundaria comp.	4	12,1	1	5,88	
Superior	6	18,2	2	11,76	
Sub-total 5	33	100	17	100	

Fuente: Cuestionario de Autocuidado y factores socioculturales de Pacientes Diabéticos. (Anexo N° 1).

4.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS:

TABLA N° 01, En relación a la distribución del nivel de autocuidado de los pacientes diabéticos tipo II del programa de diabetes del Hospital Regional durante el año 2013 se encontró que en general el 66% presentan un nivel de autocuidado alto y el 34 % nivel de autocuidado bajo.

Los resultados difieren con el estudio realizado por Norabuena (23). Capacidad de autocuidado de los pacientes diabéticos tipo II y su relación con factores individuales y socioculturales en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen señalando que el 51% de los pacientes entrevistados tuvo buena calidad de autocuidado, y el 43% tuvo regular calidad de autocuidado. Teniendo repercusiones positivas para mantener y preservar un buen estado de salud de la población partiendo de que autocuidado son “acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida, curar las enfermedades y/o heridas y hacer frente a las complicaciones” Orem (8).

Ostiguinz (21). Menciona que en el autocuidado del paciente diabético influyen muchos factores o circunstancias, tales como: socioculturales, por lo que es necesario tomar en cuenta la ocupación, creencias, entre otros, dichos factores favorecen o limitan el cumplimiento del autocuidado.

Los resultados obtenidos acerca de la existencia de un considerable porcentaje de pacientes diabéticos con un nivel alto de autocuidado (66%) se puede afirmar que es el resultado de la implementación del Programa de Diabetes en el Hospital Regional Docente de Trujillo de a en los últimos años de una serie de acciones y estrategias encaminadas a las disminución de la incidencia y complicaciones de las patologías crónico degenerativas que en nuestro país está implementando el Ministerio de Salud con el nombre de Estrategia Nacional del Control de Enfermedades no Trasmisibles.

En los últimos años se ha demostrado que la educación para los pacientes con Diabetes Mellitus constituye la piedra angular en el tratamiento de dicha enfermedad, por cuanto es necesario que cumplan las indicaciones y efectúen

una serie de cambios en los hábitos y estilo de vida de estos pacientes, con la finalidad de lograr un control metabólico adecuado que permita evitarles o disminuirles las complicaciones vasculares crónicas y por tanto mejorar la calidad de vida de los mismos (40).

TABLA N° 02. Muestra la distribución de factores socioculturales según indicadores de los pacientes diabéticos tipo II del Programa de Diabetes del Hospital Regional Docente de Trujillo 2013.

Respecto a ocupación. Se observa que el 32% de los entrevistados pertenecen a la clase obrera y que el 24% no trabajan y el 12% son amas de casa. Según Gallegos (16). Hace referencia que las personas no profesionales, dentro de este grupo se encuentran: obreros, independientes, empleados, amas de casa recurren a curanderos populares y/o medicina alternativa. Por lo que, el trabajo puede favorecer o limitar el cumplimiento del autocuidado. Los pacientes que realizan una actividad laboral, muchas veces tienen que escoger entre su autocuidado y su trabajo, ya que para la mayoría de personas con bajos recursos económicos se da mayor prioridad al trabajo que al cuidado de la salud.

En el indicador ingreso económico. Se encontró que el 52% tienen ingreso económico mayor al salario mínimo vital y un buen porcentaje 48 % tienen un ingreso económico menor al salario mínimo vital. Alarcón (24). en su estudio capacidad de autocuidado del paciente diabético crónico Chile 1993 menciona, que el ingreso económico es el dinero que recibe la familia de un trabajo con el fin de satisfacer necesidades y problemas, además está relacionado con la ocupación de las personas.

Por otro lado Proasa (22). Afirma que del ingreso económico dependerá el nivel y forma de vida (psíquica, biológica, etc.) porque el individuo, familia y comunidad tienen necesidades cuya satisfacción está en base al esfuerzo económico, tal es así que un ingreso económico bajo, no permitirá que se asigne algo para la recreación, y limitará la cantidad de bienes y servicios que

pueda adquirir para satisfacer necesidades de alimentación, protección de la salud para hacer frente a las diferentes enfermedades. Entonces es posible que las personas con bajos ingresos económicos no puedan realizar sus exámenes médicos, alimentarse adecuadamente y realizar actividades que mejoren su calidad de vida, ya que no pueden costearse los repercutiendo desfavorablemente en su autocuidado.

Estado civil. Los hallazgos encontrados respecto al estado civil en el estudio indican que el 28% son convivientes, el 26% son solteros y viudos y el 20% son casados. Es pertinente considerar a Rosette (25). Quien menciona la relación con las actividades que pueda realizar una persona, ya que una persona soltera tiene mayor disponibilidad de tiempo que una persona casada. Mientras que una persona casada tiene una serie de responsabilidades en su hogar pudiendo limitar su autocuidado.

El apoyo económico familiar. Se aprecia que un 56% de los entrevistados refieren recibir apoyo familiar lo que contribuyen favorablemente en su nivel de autocuidado ya que según Colliere (14). “la familia es un elemento participante del cuidado en el hogar y son la mayor fuente de apoyo para el paciente por lo que es necesario conocer de quien recibe el apoyo económico social y psicológico para su tratamiento y así poder reforzar las relaciones familiares”; la familia es un recurso de apoyo para la persona diabética, en diferentes etapas de su desarrollo. Su adecuada participación favorece la salud y calidad de vida del paciente. 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.

Es indiscutiblemente que el apoyo familiar es esencial para el paciente diabético porque participa en el cumplimiento diario del tratamiento, contribuyendo a disminuir las alteraciones de la enfermedad y eliminar los factores psicosociales tales como: ansiedad, depresión, estrés, que son causa del inadecuado control glucémico.

Grado de Instrucción. Con respecto grado de instrucción se obtuvo los siguientes resultados: 20% tiene estudios de primaria incompleta y secundaria completa, 16% tiene educación superior, 14% son analfabetos, 10% secundaria completa, 10% secundaria incompleta. Según Du Gas (15). “Las personas con un nivel de educación superior conocen más sobre su enfermedad tienden a pedir ayuda cuando la necesitan, mientras una persona con educación primaria conoce poco o no conoce sobre su enfermedad.

La educación para el autocuidado es un proceso continuo en el que no existan oportunidades de pérdidas y se aproveche cada contacto con los servicios de salud para dar información útil al usuario diagnosticado de diabetes o bien programar su asistencia a sesiones educativas, en las que el aprendizaje y aplicación del conocimiento adquirido sean determinados por la calidad de la información y comunicación que se establezca. Esto es congruente con lo que ALARCÓN (24).menciona que el Conocimiento está ligado a la práctica del autocuidado, por lo que este influye en el cumplimiento del autocuidado; las personas van actuar y a cuidarse de acuerdo a sus conocimientos.

TABLA N° 03. Muestra la distribución de los factores socioculturales e indicadores según el nivel de autocuidado de los pacientes diabéticos tipo II del programa de diabetes del Hospital Regional Docente de Trujillo encontrando que:

El nivel de autocuidado alto se relaciona en un 30,3% con la ocupación de obrero y de la misma forma, con la que no trabaja; respecto al indicador de ingreso económico, se relaciona en un 51,5% con el ingreso menor al mínimo vital; en cuanto al estado civil, el 36,4% con el estado de viudez; asimismo el 54,5% con una presencia de apoyo familiar y en lo que se refiere al grado de instrucción, el 24,2% con el grado de primaria completa.

Por otro lado, el autocuidado bajo sólo muestra una mayor relación con la ocupación obrero en un 35,2%; sin embargo, en cuanto al ingreso económico, se observa una mayor relación con el ingreso mayor al mínimo vital en un

58,8%; de la misma forma con el estado civil de conviviente en un 47,06%; en cuanto al apoyo familiar el 58,82% cuenta con él y el respecto al grado de instrucción, 41,18% con el grado de secundaria incompleta.

Hallando la relación entre dichos factores y el nivel de autocuidado, mediante la prueba de chi cuadrado, se halló que no existe una relación estadísticamente significativa con los factores de ocupación, ingreso económico y apoyo familiar ya que se obtuvieron resultados con una significancia mayor al 5% ($p > 0.05$). Sin embargo, se encontró una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre el nivel de autocuidado y los factores socioculturales de estado civil y grado de instrucción.

En cuanto al **estado civil**, se observa que el mayor porcentaje de pacientes con un nivel alto de autocuidado, son los viudos y casados. Sin embargo, a pesar de que Rosette (25) menciona que el estado civil tiene mucha relación con las actividades que pueda realizar una persona; refiere que hay una mayor relación con una persona soltera, ya que tiene mayor disponibilidad de tiempo que una persona casada; mientras que la persona casada tiene una serie de responsabilidades en su hogar.

No obstante, hay otro factor que cita Tobón (44); quien menciona que la actitud es un factor determinante a nivel personal para el autocuidado; pues las actitudes son el resultado del convencimiento íntimo que lleva a una persona a una actuación a favor o en contra, ante una situación determinada; y a la vez tiene que ver con los valores, los principios y la motivación.

La motivación, puede ser que esté influenciando tanto en los pacientes viudos como casados. La viudez, es catalogada como un estado donde se presentará dolor, duelo, ansiedad; así también se aduce consecuencias en el estado de salud física y emocional; sin embargo, puede ser una fuente de motivación para cuidarse asimismo, ya que habrá tenido experiencias cercanas de la enfermedad. Esto se puede dar aún mucho más en los casados, ya que su fuente de motivación para el autocuidado, será su familia.

En cuanto al grado de instrucción, Du Gas (14) menciona que las personas con un nivel de educación superior conocen más sobre su enfermedad y tienden a pedir ayuda cuando la necesitan, mientras que una persona con educación primaria conoce poco o no conoce de su enfermedad. Así también, de acuerdo con Rockwell, citado en Rodríguez, Arredondo y Salamanca (41) los pacientes con más educación tienen mayor poder de juzgamiento a la hora de la toma de decisiones para mejorar las conductas de autocuidado. El nivel educativo, también se relaciona con el conocimiento que se tenga de la enfermedad, cuanto mayor sea éste, mejor podrá actuar el paciente de acuerdo con los cambios de los síntomas de la enfermedad que observa día a día.

Lo mencionado anteriormente, respalda los resultados de este estudio, donde se halló una relación significativa con el factor nivel de instrucción; sin embargo al analizar las categorías de este indicador, se observa que la mayoría (60.6%) de los que presentan un alto nivel de autocuidado, corresponden al nivel primario completo, incompleto y analfabeto. Y paradójicamente también, la mayoría de pacientes (59%) que presentaron un nivel bajo de autocuidado, son del nivel secundario hacia el superior.

En cuanto a la investigaciones realizadas, encontramos a Rodríguez, Arredondo y Salamanca (41), que apoyan estos resultados; pues realizaron un estudio en Colombia en pacientes con insuficiencia cardiaca; encontraron que el estado civil y otros factores como la fracción de eyección y la edad, están asociados a una mejor capacidad de autocuidado.

También Norabuena (23), al investigar la “Capacidad de autocuidado de los pacientes diabéticos tipo II y su relación con factores individuales y socioculturales en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen”, encontró relación con factores como el estado civil y la escolaridad; e incluso, con otros factores como: edad, género, y nivel socioeconómico, pero la distribución de los datos no permitió establecer asociación estadísticamente significativa de estos factores con la capacidad de autocuidado.

En cambio, Espite (42), en Colombia; no encontró relación con factores como: estado civil y nivel de instrucción, entre otros como: religión, grupo social, apoyo a su salud, etc.; pero si hallaron una asociación fuerte con diferentes factores como: edad, género, estado de salud, el ambiente y algunos patrones de vida; en pacientes hipertensión. Y de igual forma Martínez (43), en México; no halló asociación de la variable nivel de instrucción y otros factores como edad y género, con la acciones de autocuidado, en un estudio en jóvenes para la prevención de VIH/SIDA.

Respecto a estudios realizados sólo en el **grado de instrucción** estos resultados son similares a los obtenidos en un estudio realizado por Romero y Colaboradores (39). Sobre autocuidado de personas diabéticas atendidas en un servicio de emergencia México. “De 94 sujetos que completaron de uno a seis años de estudio (equivalentes a la enseñanza primaria en México), 29 tenían buena capacidad de autocuidado y 65 regular. De los 62 sujetos que completaron de siete a nueve años de estudio (secundaria), 17 presentaron buena capacidad de autocuidado y 45 regular”. Apreciando que a mayor nivel de instrucción mejor nivel de autocuidado (34).

Adicionalmente. Gallegos y colaboradores (16) sostienen que la educación provee cambios de comportamientos favorables en el autocuidado de los pacientes diabéticos y que es una responsabilidad del Profesional de la Salud educar a los pacientes diabéticos. La teoría general del déficit del autocuidado de Dorotea Orem ofrece una serie de conceptos interrelacionados que pueden ser usados como marco de referencia en los Programas Educativos dirigidos a pacientes diabéticos. El autocuidado está relacionado con actividades deliberadas que el individuo debe realizar para alcanzar el mejor estado de salud y bienestar

IV. CONCLUSIONES.

5.1. CONCLUSIONES.

Con el objetivo de determinar el autocuidado y su relación con los factores socioculturales del paciente diabético tipo II del programa de diabetes del Hospital Regional Docente de Trujillo, se realizó el presente estudio obteniendo las conclusiones siguientes:

- 1.** El 66% de los pacientes que acuden al programa de diabetes presentan en general un nivel de autocuidado alto y el 34% nivel bajo.
- 2.** Entre los factores socioculturales que favorecen el cumplimiento del autocuidado del paciente diabético se encuentran los factores personales caracterizados por la responsabilidad hacia el cuidado de sí mismo y el apoyo familiar, siendo la familia un recurso de apoyo importante para la persona diabética, en las diferentes etapas de su desarrollo; ya que promueve y participa en el autocuidado favoreciendo la salud y la calidad de vida del mismo.
- 3.** El 32% de los pacientes son obreros, el 52% con ingresos económicos mayores al mínimo vital el 28% es conviviente el 56% recibe apoyo económico por parte de sus familiares. El 20% cuenta con primaria incompleta, completa y secundaria incompleta 16% cuenta con educación superior, 14% son analfabetos.

4. En el nivel de autocuidado alto el 30,3 % son obreros y no trabajan, el 51,5% de ingreso económico menor al mínimo vital, el 36,4% son de estado civil viudos, el 24,2% instrucción primaria completa. El 54,5% reciben apoyo económico familiar en el nivel de autocuidado bajo son obreros 35,29%, en el estado civil el 47,06% son convivientes el 58,82% son de ingreso económico mayor al mínimo vital y reciben apoyo económico familiar 41,18% % tiene nivel de instrucción secundaria incompleta.

5. Con la aplicación de la χ^2 muestra significancia estadística $p < 0.05$. la relación del autocuidado con el estado civil y el grado de instrucción y no presenta significancia estadística $p > 0.05$ el autocuidado con la ocupación, ingreso económico, y apoyo económico familiar.

5.2. RECOMENDACIONES:

De acuerdo a los resultados del presente estudio se sugiere las recomendaciones siguientes:

- Que se realicen estudios cualitativos sobre el significado del autocuidado de los pacientes diabéticos, para así conocer y comprender más a profundidad la realidad de los mismos.

- Crear espacios de discusión y capacitación con estrategias que permitan generar un frente común contra la diabetes para crear conciencia para entender que los factores de riesgo (antecedentes familiares, obesidad, intolerancia a la glucosa y sedentarismo, entre otros), son modificables y constituyen la base para prevenir la diabetes.

- Implementar programas de educación, prevención de diabetes a grupos de personas que asisten a la consulta externa del Hospital Regional Docente de Trujillo con el fin de mejorar y desarrollar prácticas de autocuidado.
- Realizar Programas Preventivos de diabetes con proyección a la comunidad a través de educación e Innovando el Programa de Diabetes de acuerdo a las necesidades de autocuidado reales de los pacientes, incorporando los factores estudiados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Diabetes Mellitus Perú (en línea). España: 2003 http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es Fecha de Acceso 15 de mayo 2012.
2. Sociedad Peruana de Endocrinología. Guía Peruana de Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. 1ª edición: Lima. Noviembre del 2008.
3. Seclén S. Aspectos epidemiológicos y Genéticos de la Diabetes Mellitus en la Población Peruana. Perú. 2005
4. INEI. Perú, Compendio Estadístico 2003. Sistema Nacional de Estadística
5. Hospital Regional Docente de Trujillo, Oficina de estadística 2010.
6. Hospital Regional Docente de Trujillo. Análisis de la Situación de Salud 2012.
7. www.oms.diabetes.com. Fecha de Acceso Mayo 2012.
8. Orem D. Normas Prácticas de Enfermería. España: Editorial Lave; 1990.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo Gobierno Vasco. Guías de Práctica Clínica sobre Diabetes Mellitus tipo 2. España 2008.
10. Calderón R. Diabetes Mellitus en el Perú. Perú Edit. UNMSM; 1996.
11. Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD). Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, 2010.
12. Velazco M. Diabetes Mellitus 2 en el Perú. Perú. Edit. UNMSM. 1998.
13. Smeltzer S, Bare, L. Manual de Enfermería Médico Quirúrgico 8ª Ed. Mediterráneo. 1998. España.
14. Colliere MF. Promover la Vida. España. Ed. Mc Graw Hill. 1993.
15. Du Gas B. Tratado de Enfermería Práctica. México. Edit. Interamericana. 1996.
16. Gallegos E, Cárdenas V, Salas M. Capacidades de autocuidado del adulto con diabetes Tipo 2. Rev. Invest. Educ. Enferm. 1999. España.
17. Moreno A. Calidad de vida; diabetes mellitus; desarrollo de programa; estilo de vida; médicos de familia; atención primaria de salud. Ecuador.2007.

18. Alleyne J. Información sobre la Salud en las Américas. Vol. 13, N° 1. Enero 2003.
19. Kozier B. Fundamentos de Enfermería. España. Edit. Interamericana. 1998.
20. Sansón, IP. Consulta de Emergencia. Sao Paulo. 1992. Edit. Américas.
21. Ostiguinz RS. Teoría General de Déficit de Autocuidado. México. Ed. Manual Moderno. 2001.
22. PROASA. UPCH. Sociología de la Medicina o la Teoría de las Palabras-Estructura Social y enfermedad. Perú. Edit. Proasa. 2009.
23. Norabuena G. Capacidad de autocuidado de los pacientes diabéticos tipo II y su relación con factores individuales y socioculturales en el Hospital Guillermo almenara Irigoyen. (Tesis para optar el título profesional de Lic. Enfermería). Lima: UNMSM; 1995.
24. Alarcón S. Capacidad de Autocuidado del Paciente Diabético Crónico. (Tesis para optar el título profesional de enfermería). Chillán: Universidad de Chile. 1993.
25. Rossete AP. Cuidados de Enfermería Tendencias y Conceptos Actuales” 1980. Edit.interamericana, Chile.
26. Machado R. Conocimiento de las prácticas de autocuidado en los pies de los individuos con diabetes mellitus atendidos en una unidad básica de salud. México, 2009.
27. http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=4. Fecha de acceso Enero 2014.
28. Azurdia A. Evaluación de complicaciones del paciente diabético que acude al patronato de pacientes diabéticos de Guatemala por falta o incumplimiento de tratamiento y/o prescripción de medicamentos Guatemala. 2007.
29. Polit-Hungler. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6ªedic. Edit. Mc Graw-Hill Interamericana. México. Pp: (6): 119-139. 2002.
30. Hernández, Fernández y Baptista. Metodología de la Investigación Científica. McGraw - Hill Interamericana de México, S.A. 5ª Edición 2010.
31. Armas C, Baltodano E, Eficacia del modelo de atención de enfermería en el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado. Universidad Nacional de Trujillo; 2005.-

32. Diccionario Manual Ilustrado de la Lengua Española. Barcelona: Edit. Interamericana. 1993.
33. Fauci, A., Kasper D. L., Longo D L., Harrison Principios de Medicina Interna, 17a Ed. Capítulo Diabetes Mellitus ed. Interamericana México 2011.
34. Declaración de Helsinki. Principios éticos para la investigación médica en seres humanos 52ª Asamblea General de Edimburgo, Escocia, octubre del 2000. <http://new.medigraphic.com.egi-burri/cotaneo>.
35. Ley General de Salud 26842. Lima Julio 1997.
36. Ferrer M. Equidad y Justicia en Salud. Implicancia para la bioética. Año IX N° 1-2003 p 113-115.España.
37. Mozanti Di Ruggiero. Declaración de Helsinki, Principios y Valores Bioéticos en Investigación Médica 2005. Chile.
38. Amarilis C. et al. Educación para el autocuidado de pacientes diabéticas embarazadas. Revista Texto, Contexto Enfermería Carabobo Venezuela 2005.
39. Romero y Colaboradores sobre autocuidado de personas diabéticas atendidas en un servicio de emergencia México. 2010 Revista Latinoamericana de Enfermegeem.
40. López G. Diabetes Mellitus: clasificación, fisiopatología y diagnóstico. Medwave diciembre 2009;
<http://www.monografias.com/trabajos94/diabetes-peru/diabetes-peru.shtml#ixzz2vTRB0bhO>.
41. Rodriguez M., Arredondo E. y Salamanca Y. Capacidad de agencia y de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia acrdiaca de la ciudad de Medellín (Colombia). Enfermería Global [en línea] 2013 [fecha de acceso: 10 de febrero del 2015]; volumen (12): 13(1). URL disponible en:
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.12.2.147921/147331>
42. Espita L. Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa del hospital universitario La Samaritana [Tesis]. [Colombia]: Universidad Nacional de Colombia; 2011, 160 p.

43. Martínez E. Factores condicionantes básicos y acciones de autocuidado de adolescentes para prevención de VIH/SIDA [Tesis]. [México]: Universidad Autónoma Nuevo León; 2001, 50 p.
44. Tobòn O. El autocuidado, una habilidad para vivir (Colombia) [el línea] (n.d.). URL disponible:
http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf



ANEXO N° 1

CUESTIONARIO SOBRE AUTOCUIDADO Y FACTORES SOCIOCULTURALES DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II

Autora: Zoila Isabel León Balarezo.

Señor(a), muy buenos días, soy estudiante de la Maestría en Salud Pública ULADECH que en coordinación con el personal de este servicio estoy realizando una entrevista a todos los pacientes con diagnóstico de diabetes, especialmente **con Diabetes Mellitus Tipo II**, para conocer el cumplimiento del autocuidado y los factores socioculturales que lo favorecen o limitan.

La entrevista, durará aproximadamente 20 minutos; son muy sencillas de responder y no significan ningún compromiso para usted, le agradezco anticipadamente su colaboración.

Instrucciones:

A continuación se les realizará unas preguntas, las cuales usted responderá según crea conveniente.

I. Factores Socioculturales.

1. ¿Cuál es su estado civil?

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

2. ¿Hasta qué año estudio en el colegio?

- a) Analfabeto
- b) Primaria inc.
- c) Primaria completa
- d) Secundaria inc.
- e) Secundaria completa.
- f) Superior

3. ¿A qué se dedica usted actualmente?

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

4. ¿Aproximadamente cuál es su ingreso económico familiar mensual?

- a) Menor de S/. 750 (sueldo mínimo vital)
- b) Mayor de S/. 750 (sueldo mínimo vital)

5.- Recibe apoyo emocional o psicológico de su familia?

- a) SI
- b) NO

II. Autocuidado de Pacientes Diabéticos.

1. ¿Cómo define usted la diabetes? Es una enfermedad caracterizada por:

- a) Elevación de proteínas
- b) Elevación de la azúcar
- c) Elevación de lípidos
- d) Elevación de carbohidratos

2. ¿La diabetes se puede complicar?

- a) SI
- b) NO

3. Si su respuesta es sí, mencione en que órganos se puede complicar

- a) Riñón, ojos, pies
- b) Riñón, pies, cabeza
- c) Pies, ojos, brazos
- d) Pies, cabeza, ojos

4. ¿Qué cuidados se debe tener cuando se es diabético?

- a) Cuidados de la vista, alimentación, pies
- b) Cuidados de los pies, cabeza, alimentación
- c) Cuidados de la alimentación, nariz, pies
- d) Cuidados de la cabeza, nariz, ojos

5. ¿Considera usted que es importante lavarse los pies con mayor cuidado cuando se es diabético?

- a) SI
- b) NO

¿Por qué?

- a) Puede crecer hongos
- b) Puede crecer uñeros
- c) Prevenir el pie diabético
- d) Puede aparecer alergias

6. ¿Con qué frecuencia se lava usted los pies?

- a) Diario
- b) Interdiario
- c) Una vez a la semana
- d) Dos veces a la semana

7. ¿Cuándo revisó sus pies por última vez en búsqueda de alguna herida?

- a) Diario
- b) Interdiario
- c) Una vez a la semana
- d) No lo reviso

8. ¿Quién le ayuda a usted para que cuide sus pies?

- a) Esposa
- b) Hijos
- c) Asume su autocuidado
- d) Otros...

9. ¿Ha tenido usted alguna dificultad para cuidar sus pies?

- a) SI ()
- b) NO ()

¿Cuáles?

.....

10. ¿Considera usted que es importante cuidarse la vista, cuando se es diabético?

- a) SI
- b) NO

¿Por qué?

- a) Puede aparecer urzuelo
- b) Puede aparecer chalazios
- c) Puede quedarse ciego
- d) Puede aparecer migraña

11. ¿Con que frecuencia visita usted al oftalmólogo?

- a) Mensualmente
- b) Una vez al año
- c) No lo visita
- d) Dos veces al año

12. ¿Realiza usted ejercicio?

- a) SI ()
- b) NO ()

13. ¿Qué tipo de ejercicio realiza usted?

- a) Caminata
- b) Corre
- c) Trota
- d) Otros.....

14. ¿Con qué frecuencia realiza usted ejercicio?

- a) Diario
- b) Interdiario
- c) Una vez a la semana
- d) Dos veces a la semana

15. ¿Tiene alguna limitación para realizar ejercicios?

- a) SI
- b) NO

¿Cuáles?

.....

16. ¿Con qué frecuencia a la semana consume usted los siguientes alimentos?

<i>Alimentos</i>	Diario a	Interdiario b	Una vez a la semana c
Carnes			
Verduras			
Menestras			
Frutas			
Harinas			

17. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico que usted recibe?

- a) Hipoglicemiantes orales
- b) Insulina
- c) Pastillas e insulina
- d) No recibo tratamiento

18. ¿En algún momento usted ha interrumpido su tratamiento?

- a) SI
- b) NO

¿Cuáles son las razones?

.....

19. ¿Recibe usted apoyo económico por parte de algún familiar para cubrir con los gastos de su tratamiento?

- a) SI
- b) NO

¿Quién?

- a) Hijo
- b) Hermano
- c) Esposo(a)
- d) Otros.....

20. ¿Pertenece a una organización social de su comunidad?

- a) SI
- b) NO

¿Cuáles?

.....

21. ¿Cómo califica usted las relaciones que lleva con los miembros de su familia?

- a) Conflictivas
- b) Cariñosas
- c) Respetuosas
- d) Me marginan

22. ¿Utiliza usted plantas medicinales para curar su enfermedad?

- a) SI
- b) NO

¿Cuáles?

- a) Yacón
- b) Tuna
- c) Chancapiedra
- d) Otros

23. Cree usted que la diabetes es una enfermedad:

- a) Contagiosa
- b) Alérgica
- c) Crónica
- d) Otros

24. ¿Qué significado tiene para usted la diabetes?

- a) Es un castigo de Dios
- b) Es una maldición
- c) Es una hechicería
- d) Otros.....

GRACIAS POR SU COLABORACION.

HOJA DE RESPUESTAS.

I.- FACTORES SOCIOCULTURALES:

PREGUNTA	RESPUESTA CORRECTA
1.	a, b, c, d, e, f
2.	a, b, c, d, e
3.	a, b, c, d
4.	a - b
5.	a

II.- AUTOCUIDADO DE PACIENTE DIABETICO TIPO II

1.	b
2.	a
3.	a
4.	a
5.	a
6.	a
7.	c
8.	c
9.	b
10.	a
11.	b
12.	B
13.	a

PREGUNTA**RESPUESTA CORRECTA**

14.	a,b,c,d,
15.	a
16.	b
17.	b
18.	a
19.	b
20.	a
21.	a
22.	c
23.	b
24.	c
25.	d