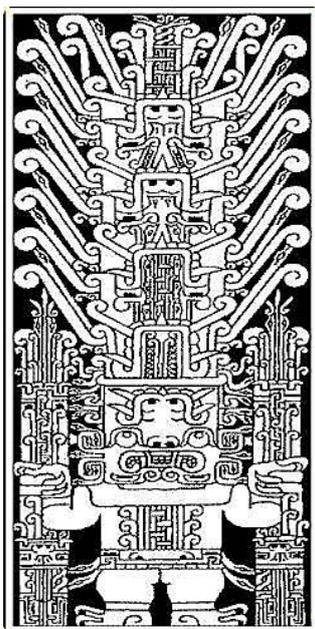


**UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL**  
**FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**OFICINA DE GRADOS Y TÍTULOS**



**AUTOCUIDADO EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES  
MELLITUS TIPO 2, SERVICIO DE MEDICINA E-1, HOSPITAL  
NACIONAL HIPÓLITO UNANUE – 2017**

*Self-care in older adults with type 2 diabetes mellitus, Medicine Service E - 1, Hipolito  
Unanue National Hospital – 2017*

**TESIS  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERIA.**

**AUTORA:**

**YANA PARI, LESLIE EDITH**

**ASESORA:**

**DRA. BELLO VIDAL, CATALINA**

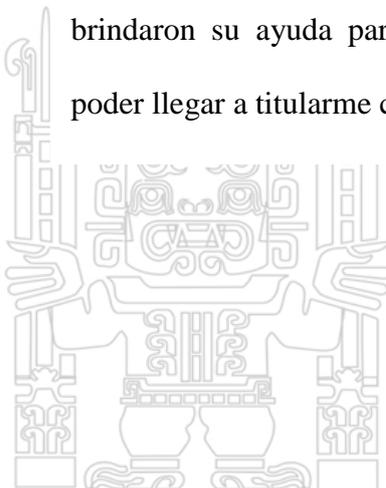
**LIMA – PERU**

**2018**



### **Dedicatoria**

Dedico la tesis a mis padres que siempre me han apoyado incondicionalmente, como a las personas que me brindaron su ayuda para realizar el presente trabajo y poder llegar a titularme como profesional.





### **Agradecimiento**

Agradezco a todas las personas que me brindaron su apoyo, tiempo y conocimientos para lograr la realización de mi tesis.



# INDICE

<b>Caratula.....</b>	<b>i</b>
<b>Dedicatoria.....</b>	<b>ii</b>
<b>Agradecimiento .....</b>	<b>iii</b>
<b>Indice .....</b>	<b>iv</b>
<b>Resumen .....</b>	<b>v</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>vii</b>
Introducción .....	1
Antecedentes.....	1
Marco teórico.....	4
Definición de variable y conceptos .....	13
Planteamiento del problema .....	14
Justificación.....	17
Formulación del problema.....	18
Objetivos.....	18
Métodos.....	19
Participantes .....	19
Población .....	19
Muestra .....	19
Método de muestreo utilizado.....	20
Tamaño de la muestra .....	20
Instrumentos .....	20
Materiales.....	20
Tipo y diseño de investigación .....	20
Técnica e instrumento de recolección de datos .....	21
Control de Variable.....	21
Procedimiento.....	22
Proceso de recolección de datos .....	22
Aspectos éticos .....	23
Resultados .....	25
Discusión.....	30
Conclusiones .....	36
Recomendaciones.....	37
Referencias bibliográficas.....	37
Anexos.....	43

## Resumen

El autocuidado en pacientes adultos mayores implica no solo responsabilidad y autonomía, sino lograr y mantener conductas que lleven a un óptimo manejo de su vida, debiendo adquirir conocimientos, desarrollar destrezas y además tomar diariamente decisiones para modificar su estilo de vida. Objetivo: Determinar el autocuidado en adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2, Servicio de Medicina, Hospital Nacional Hipólito Unanue - 2017. Material y métodos: Investigación con enfoque cuantitativo, descriptivo, diseño de corte transversal, muestra no probabilístico de 52 pacientes. El instrumento fue un cuestionario de 22 preguntas cerradas, su valor de confiabilidad fue de 0.78 según el coeficiente alfa de Cronbach y validado a través de la prueba de Aiken con 0.88. La base de datos se examinó mediante el programa estadístico SPSS 24.0. Resultados: Se determinó que el 63 % de los pacientes encuestados, obtuvieron una calificación de autocuidado regular y el 37 % un buen autocuidado; de acuerdo a las dimensiones se evidencia que respecto a la dieta el 73% tiene mal autocuidado, el 86% un regular autocuidado de su actividad física, el 56% un regular autocuidado del cuidado de los pies, el 66% un regular autocuidado para mantener glicemia en valores normales. Conclusión: La mayoría de los adultos mayores con Diabetes mellitus tipo II presentaron un regular autocuidado en las dimensiones del estudio.

Palabras claves: Autocuidado, Diabetes mellitus tipo 2, Adulto mayor.

## Abstract

Self-care in elderly patients implies not only responsibility and autonomy, but to achieve and maintain conducts that lead to an optimal management of their life, having to acquire knowledge, develop skills and also make daily decisions to modify their lifestyle. Objective: To determine self-care in older adults with Type 2 diabetes mellitus, Medicine Service, Hipolito Unanue National Hospital - 2017. Material and methods: Research with quantitative, descriptive approach, cross-sectional design, non-probabilistic sample of 52 patients. The instrument was a questionnaire of 22 closed questions, its reliability value was 0.78 according to Cronbach's alpha coefficient and validated through the Aiken test 0.88. The database was examined using the statistical program SPSS 24.0. Results: It was determined that 63% of the patients surveyed obtained a regular self-care qualification and 37% a good self-care; According to the dimensions it is evident that 73% of the diet has poor self-care, 86% a regular self-care of their physical activity, 56% a regular self-care foot care, 66% a regular self-care to maintain glycemia in normal values. Conclusion: The majority of older adults with type II diabetes mellitus presented a regular self-care in the dimensions of the study.

Key words: Self-care, Diabetes mellitus type 2, Older adult

## Introducción

### Antecedentes

Fernandini y Pompa (2017), desarrollaron el estudio *Estrategias de afrontamiento y capacidad de autocuidado del paciente diabético tipo II en el Hospital Belén de Trujillo 2017*, en la Universidad Privada Antenor Orrego Facultad de Ciencias de La Salud. Escuela Profesional De Enfermería. Perú. En el estudio se obtuvieron las siguientes conclusiones: El 64.6% de pacientes diabéticos tipo II presento nivel de estrategias de afrontamiento alto. El 61% de pacientes diabéticos tipo II presento nivel de capacidad de autocuidado alto. Existe relación entre las estrategias de afrontamiento y la capacidad de autocuidado del paciente diabético tipo II. En este estudio se pudo conocer que existe una conexión entre las capacidades de afrontamiento y autocontrol, que facilitara desarrollar prácticas saludables ante cualquier factor externo, que interfiera con el bienestar de la salud.

Quemba (2016), realizó la *investigación Relación entre Agencia de Autocuidado y riesgo de pie diabético en personas con Diabetes mellitus que asisten a un Hospital de tercer nivel de atención de Cundinamarca*, en la Universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería. Colombia. En la investigación se halló las siguientes conclusiones: En la agencia de autocuidado se encontró en el 23,7% en nivel muy buena, en el 74,6% buena y en el 1,7 baja. Se demostró que entre mayor nivel de agencia de autocuidado hay un menor riesgo de pie diabético, por lo tanto, se evidencia la necesidad de realizar todo tipo de acciones que fortalezcan la agencia de autocuidado en las personas con Diabetes mellitus (DM) para prevenir el pie diabético. La educación en salud y la valoración del riesgo de pie diabético deben ser parte integral de los programas de manejo de la DM. La prevención de complicaciones es el método más efectivo que deben cumplir todas las personas con enfermedades crónicas, es

necesario que el autocuidado sea asumido como uno de los deberes más significativos en sus

Apaza y Huaraya (2016), hicieron el estudio *Capacidad de autocuidado y calidad de vida en personas con Diabetes mellitus tipo 2. Consultorio externo de Endocrinología. Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa 2016*, en la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa Facultad de Enfermería. Escuela Profesional de Enfermería. Perú. Llegando a las conclusiones: La capacidad de autocuidado es muy buena 58.6%, seguido por buena capacidad de autocuidado con el 39.1% y en mínimo porcentaje baja capacidad de autocuidado (2.3%). Se concluyó también que a buena capacidad de autocuidado existe mejor calidad de vida (32.4%) y a muy buena capacidad de autocuidado tienen mejor calidad de vida (51.1%). El autocuidado es la mejor herramienta para seguir manteniendo una adecuada calidad de vida y bienestar de salud. A mayor prevención mayor serán los beneficios en la salud.

Arleth (2014), elaboró la investigación *Agencia de autocuidado en pacientes con Diabetes mellitus tipo II*, en la Universidad de Cartagena. Facultad de Enfermería. Departamento de Investigación Cartagena de Indias distrito turístico y cultural. Colombia. En la investigación se concluyó que: El grupo de edad más frecuente fue 50 a 69 años con el 47,5% (116). La capacidad de agencia de autocuidado de los pacientes encuestados fue muy buena 96,3%, seguida de 3,7% que obtuvieron una valoración buena. Los pacientes evaluados mostraron una capacidad de agencia de autocuidado mayor, debido a que la gran mayoría realizó prácticas de cuidado que le ayudan a mantener un control óptimo de su enfermedad. El paciente asume el papel de principal responsable sobre su propio aprendizaje estableciendo un equilibrio entre la adquisición de conocimientos propios de su enfermedad y la práctica, reportando mejoras en su estilo de vida y control de la patología.

Merchán (2014), en el estudio *Variables predictoras de las conductas de autocuidado en las personas con Diabetes tipo 2*, la Universidad de Alicante. Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería. España. Respecto a la carencia de autocuidado de la población, se concluye que: Un 49.8% respecto al cuidado de los pies, 26.6% en ejercicios, 23.8% control de glucemia, 8.1% alimentación, 6.2% asistencia a controles y 1.2% tratamiento farmacológico. Estos resultados poco satisfactorios están asociados a elementos personales de la población como la edad, género y estado laboral; así como el tabaquismo y el índice de masa corporal. También involucra factores derivados de la enfermedad como el tiempo de evolución de la diabetes y el padecimiento de complicaciones. Así mismo, la prevalencia de déficits de autocuidado se asoció a factores del entorno sanitario en cuanto a la información proporcionada por los profesionales, la información escrita recibida por los pacientes y la información facilitada a los familiares. En este estudio se pudo reconocer los factores intrapersonal e interpersonal problemáticos existentes en los diabéticos, que reflejan un pobre predominio de prácticas de autocuidado en el adulto.

Alayo y Horna, (2013), realizaron la investigación *Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 Hospital I ESSALUD*. Florencia de Mora Trujillo 2013, en la Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela profesional de Enfermería. Perú. La investigación llegó a las siguientes conclusiones: El nivel de conocimiento de los adultos con Diabetes mellitus tipo 2 fue bueno con un 88.1%, regular en un 11.9 % y no se encontró paciente con nivel de conocimiento deficiente. En la práctica de autocuidado en adultos con Diabetes mellitus tipo 2 fue bueno con un 85.7% y regular en un 14.3% y no se encontró paciente con práctica de autocuidado malo. Existe relación altamente significativa entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en adultos con Diabetes mellitus tipo 2. Esta investigación evidencia la importancia de la

## **Marco teórico**

### **Teoría General de Dorotea Orem**

La teoría está conformada e interrelacionada con una serie de conceptos que nos influyen a tomar las medidas necesarias para mantener el autocuidado. “Orem define el concepto autocuidado como la conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en el beneficio de la vida, salud y bienestar” (Vega y González, 2007, p.30). Se reconoce como el eje central de la teoría el cuidado holístico ya que genera calidad de vida.

### **La teoría del autocuidado:**

Es un conjunto de acciones originadas de la toma de conciencia del individuo que permitirá generar cualidades en el transcurso de la vida.

La teórica, relaciona las actividades de autocuidado con los requisitos de autocuidado, son aquellos que tienen por objeto promover las condiciones necesarias para la vida y maduración, y prevenir condiciones adversas (...) Dichos requisitos son categorizados como universales, del desarrollo y de desviación de la salud. (Vega y González, 2007, p.31)

El autocuidado de la salud según Camacho y Vega (2014) es. “El automonitoreo, un mecanismo autorregulador del funcionamiento conductual y contribuye así al tratamiento de distintos padecimientos. Así como también la autogestión implica acciones concretas encaminadas a la resolución de problemas detectados” (parr.4).

Los requerimientos del autocuidado son condiciones necesarias con el fin de promover la salud y eludir factores de riesgo que lo perjudiquen.

Requisitos universales: Son los que precisan todos los individuos para preservar y mantener su funcionamiento integral como persona e incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, la actividad y el descanso, soledad e interacción social, la prevención de riesgos y promoción de la actividad humana. Estos requisitos representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana, fomentando positivamente la salud y el bienestar. Cada uno de estos requisitos están íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos son logrados en diferentes grados de acuerdo a los “factores condicionantes básicos” que son determinantes e influyentes en el estado de salud de toda persona. (Prado, González, Paz y Romero, 2014. p. 835-845)

Requisito de desarrollo: Se refiere a las condiciones más específicas particulares que garantizan el crecimiento y desarrollo normal de la persona y enfrentar situaciones que puedan afectarlo (...). Requisito de desviaciones de la salud: Son requisitos que existen para personas que están enfermas o lesionadas, incluyendo los defectos y las discapacidades. (Vega, y González, 2007, p.31)

A fin de lograr un buen autocuidado es necesario el automanejo de factores que permitan cumplir con las metas que favorezcan a llevar una vida sana.

### **La teoría del déficit de autocuidado:**

Es la teoría más valorada para Orem ya que el individuo no se abaste en cubrir sus necesidades por la limitación de su condición.

Considerado por Orem como el núcleo central del modelo , plantea la relación de la capacidad de acción de la persona para generar su propio autocuidado y las demandas de cuidado terapéutico o acciones necesarias para cubrir los requerimientos .Cuando la capacidad de la persona no es adecuada para afrontar la demanda surge el déficit de autocuidado .De acuerdo a la teórica, la intervención de enfermería solo tiene lugar cuando las demandas del individuo exceden sus habilidades para cubrirlas. Ante esta condición se legitimisa la necesidad de cuidados de enfermería. (Vega, y González, 2007, p.32)

### **La teoría de sistemas de enfermería:**

Consiste en apoyar al individuo a mejorar y lograr un adecuado autocuidado. La teoría está conformada por: Un sistema totalmente compensatorio, un sistema parcialmente compensatorio y un sistema de apoyo educativo. Para estimular los sistemas adscritos es necesario que las personas, comunidad o grupo tengan las habilidades y condiciones necesarias que impliquen tomar decisiones para mantener el autocuidado a largo de tiempo, por ello es necesario que las personas tengan la necesidad de recibir conocimientos constantemente para mejorar su vida (López y Guerrero, 2006).

Mediante el planteamiento de estrategias y actividades que las enfermeras realizan para apoyar al adulto mayor a conseguir un buen autocuidado se fortalece la capacidad toma de consciencia y responsabilidad. Naranjo y Concepción (2016) refieren que el autocuidado es

significativo para el adulto mayor. Tomar decisiones y llevar a la práctica actividades

aprendidas para sí mismas reduce a la exposición de factores externos que perjudiquen la salud. Deben cumplir un constante automanejo de su propio cuidado y bienestar, así satisfacer sus propias demandas de autocuidado.

El sistema diseñado está hecho para personas que tiene la necesidad de cuidados integrales y que cuentan con limitaciones.

El desarrollo de estrategias de afrontamiento a lo largo de la enfermedad, es importante para poder adaptarse y mantener un bienestar óptimo durante la evolución de su enfermedad. Para ello se tiene que capacitar y empoderar para que puedan adquirir los conocimientos y habilidades necesaria que contribuyan a generar actividades para mejorar su salud. (Robles, López, Morales, Palomino y Figueroa, 2014, p.43)

La educación a la persona diabética está centrada en ella e incluye a su familia y su red de soporte social; asimismo, debe ser estructurada y estar orientada al autocuidado (autocontrol). La intervención educativa es parte integral de la atención de todas las personas con DM-2. Se debe educar: Desde el momento del diagnóstico, de manera continua y a solicitud. (MINSALUD, 2016, p.20)

## **Diabetes mellitus tipo 2**

Es una enfermedad que provoca que el páncreas no produzca suficiente insulina que por defecto ocasiona que la glucosa no pase a las células de los tejidos para convertirse en energía. Como consecuencia la hiperglucemia daña a los órganos a lo largo del tiempo (FID, 2015).

Los síntomas más comunes son: polidipsia, polifagia, poliuria, en caso de los adultos mayores son inespecíficos y de aparición tardía, entre los cuales se han documentado: fatiga o

somnolencia, letargia, deterioro cognoscitivo, pérdida de peso, incontinencia urinaria y alteraciones del estado conciencia (IMSSPM, 2011).

## **Tratamiento**

El tratamiento de la DM es complejo y sus resultados dependen, en gran medida, del nivel de comprensión, destreza y motivación con el cual el paciente afronta las exigencias terapéuticas, es por ello que cuidado y educación deben constituir un binomio integral de los servicios de Diabetes mellitus (De la Paz, Proenza, Gallardo, Fernández y Mompié, 2012).

Educar al usuario con el fin de ayudarlo a mantener una buena salud en el transcurso de su enfermedad. “El pilar del tratamiento de la diabetes tipo 2 es la adopción de una dieta sana, aumentar la actividad física y mantener un peso corporal normal” (FID, 2015, p.23).

Los diabéticos necesitan actualizar conocimientos para tratar mejor la enfermedad, permitiendo así el autoanálisis para llegar a lograr un exitoso tratamiento, como también aprender a convivir y actuar en relación a su enfermedad (Pérez, 2009).

## **Tratamiento**

### **Dieta**

El tratamiento de alimentación saludable es provechoso a fin de mantener el equilibrio de la glucosa en sangre.

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) recomienda consumir: 45-65% de hidratos de carbono, 20-25% de lípidos y 15-20% de proteínas del total de la energía de la dieta. El manejo será de acuerdo a condiciones de salud de cada paciente,

comorbilidades, economía, gustos y preferencias (...) El consumo de lípidos, se

recomienda que sea aproximadamente 30% del total de la energía. Se aconseja también limitar la ingesta de ácidos grasos trans, que se encuentran principalmente en alimentos procesados y consumir, al menos una vez a la semana, pescado por su contenido de ácidos grasos omega y el consumo de alcohol debe ser limitado, 5% o menos de la energía total diaria y se deben evitar las mezclas de alcohol con azúcares. (Ruiz y Pérez, 2010, p.353- 354)

La dieta es una de las medidas recomendadas para conservar un buen estilo de vida. “La base fundamental del manejo de la diabetes incluye hacer cambios en la alimentación: la cantidad de carbohidratos, el tipo de grasa, el consumo de frutas y verduras” (Toro, 2014 p.225).

Algunos autores como Tébar y Escobar (2009) refieren que las nutricionistas recomiendan llevar una dieta saludable bajo en contenido calórico, grasa saturadas, de ácidos grasos trans, colesterol y sodio. Además, incluir actividad física para mejorar el control glucémico, lipídico y presión arterial.

### **Actividad física**

El plan de actividad física personalizado según el estado general de salud beneficia al adulto mayor. Se debe monitorear su nivel de glucosa antes y después del ejercicio logrando así un manejo adecuado y también el aumento en la sensibilidad a la insulina, mejor tolerancia a la glucosa, menor riesgo cardiovascular, mejor equilibrio y fuerza muscular (Ruiz y Pérez, 2010).

Realizar ejercicios continuamente favorece la correcta secreción hormonal del páncreas, como también evita el exceso de acumulación de grasa en las arterias (Gil, Domínguez, Torres y Medina, 2013).

Mantenerse en un peso balanceado favorece en mitigar complicaciones de la DM. “Se realizarán ejercicios aeróbicos, de baja intensidad y largas duración como caminar, correr, nadar, montar en bicicleta etc. Se recomienda 150 minutos por semana” (AAD, 2017, p.37).

Los ejercicios y la dieta son personalizadas de acuerdo al estado de salud actual. MINSA (2016) menciona que las personas diabéticas deben consumir alimentos antes de iniciar algún deporte o actividad física, con un carbohidrato si la cantidad de glucosa es inferior a 100 mg/dl especialmente las personas insulino dependientes.

### **Cuidado de los pies**

Es imprescindible valorarlo cuidadosamente día a día, para evita tener pie diabético. MINSA (2016) informa. “Todas las personas con diagnóstico de DM-2 deben ser tamizados para polineuropatía distal simétrica al momento del diagnóstico y luego anualmente a través de pruebas clínicas” (p.35).

#### **Cuidados rutinarios de los pies:**

Las personas deben de valorar, vigilar y cuidar diariamente sus pies y estar alertas ante todo signo de insensibilidad de los miembros inferiores que empeoran con el tiempo.

1. Los pies deben ser lavado, en agua a temperatura ambiente. Se deben secar con meticulosidad y vigilar los espacios interdigitales
2. Las uñas de los pies deben cortarse con cuidado.
3. Los pies se deben inspeccionar con frecuencia, buscando detenidamente zonas reseca y fisuras en la piel, sobre todo alrededor de las uñas y en los espacios interdigitales. Deben espolvorearse con talco si la piel está húmeda, o recubrirse con crema hidratante, si la piel está seca.
4. Las plantas de los pies deben ser inspeccionadas con un espejo, cuidado especial con los callos y las durezas, que deben ser atendidas

por un podólogo. 5. Si aparecen ampollas o infecciones, debe consultarse inmediatamente al médico.6. Los zapatos deben ajustar bien (sin apretar) y ser confortables. 7. Se deben utilizar calcetines de algodón o lana, mejor que de nylon. Y no tener zurcidos ni costuras que puedan producir presiones.8. No caminar con los pies descalzos. (OPS, 2009, p.29)

“Toda actividad será regulado y vigilado en función al posible daño que puede producir en el pie, debido a la disminuían del umbral del dolor y sensibilidad” (Tébar y Escobar, 2009, p.101).

Uno de los motivos de mayor prevalencia de complicaciones del diabético es en consecuencia de su mal autocuidado.

Una de las complicaciones que más impacto provoca en el paciente con DM es el denominado “Pie Diabético”, que es en la que se centra el plan educativo, que la OMS define como: “ulceración, infección y/o gangrena del pie asociados a neuropatía diabética y diferentes grados de enfermedad arterial periférica, siendo el resultado de la interacción de diferentes factores metabólicos. (Tejedor, 2012, p.4)

La intervención educativa en diabéticos tipo 2. Pérez (2009) Refiere. “Establecer programas educativos eleva el nivel de conocimientos sobre su enfermedad, y lleva a cambios en su calidad de vida, así como en su control metabólico y reducción de las complicaciones agudas” (p.27).

Con la finalidad de mejorar el mayor manejo de la enfermedad se debe de fomentar la prevención en salud. Soler, Pérez, López y Quezada (2016) “Recomienda el diseño

implementación de programas educativos para favorecer el autocuidado en estos pacientes” (p.250).

### **Control metabólico**

La medida adecuada para mantener el control de glicemia se basa en establecer un estilo de vida saludable que conserve parámetros convenientes para la diabetes.

El manejo integral de la persona con Diabetes mellitus, debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario (médico, enfermera, nutricionista, odontólogo, equipo de salud mental, trabajador(a) social). Es importante la educación de las personas sobre la naturaleza de la diabetes, su control, todos los aspectos del tratamiento y las prácticas rutinarias para minimizar el desarrollo de las complicaciones de la diabetes. Individualización del régimen de tratamiento, debido a la variabilidad de los mecanismos patogénicos subyacentes, la gravedad de la enfermedad, y los estilos de vida. Mantenimiento del estado metabólico dentro de los parámetros considerados normales, en especial de la glucemia, las concentraciones de lípidos y la presión arterial. (OPS, 2009, p.17)

Existen pacientes que llevan un tratamiento adecuado, pero a pesar de todo no hay resultados buenos y por ello necesitan del uso de los antidiabéticos orales. Siendo sólo eficaces cuando el páncreas todavía produce insulina (Egea y Romero, 2009).

Mantener parámetros del estado basal de la glucosa es beneficioso en relación al control de la glicemia. Reyes, Pérez, Alfonso, Ramírez, y Jiménez. (2016) mencionan. “Debe iniciarse el tratamiento con insulina cuando no se llega a la meta de control glucémico, a pesar del cambio en el estilo de vida y del uso de hipoglucemiantes orales” (p.111).

Es importante ir a las revisiones médicas hechas por los especialistas, la prevención y promoción de salud es un indicio de alta capacidad de cuidado.

Evaluación médica Integral: Debe ser realizada en la visita inicial al confirmar el diagnóstico, detectar complicaciones de la diabetes y condiciones comorbilidades potenciales. Control y tratamiento de los factores de riesgo en pacientes con diabetes establecida. Iniciar participación del paciente en la formulación de un plan de gestión de la atención. Desarrollar un plan para el cuidado continuo. (García, 2016, párr. 15)

Actualmente las condiciones de vida fluctúan de acuerdo al nivel económico. Ariza, Camacho, Londoño, Niño, Sequeda, Solano y Borda (2005) refieren. “La escasez de recursos económicos se convierte en un obstáculo importante para alcanzar las metas de control metabólico del paciente, de manera que mejore su calidad de vida y la reducción de las complicaciones” (p.38). Habrá factores limitantes pero el hombre en su empoderamiento logrará obtener éxito en todo.

### **Definición de variable y conceptos**

#### **Autocuidado**

La conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar. Los seres humanos, por lo general tiene habilidades intelectuales y prácticas que desarrollan a través de la vida para satisfacer sus necesidades de salud, tiene habilidades para encontrar e internalizar las informaciones necesarias por sí mismas, y cuando no es así buscan ayuda en la familia o profesionales de salud. (Vega y Gonzales, 2007, p.30)

El autocuidado va encaminado a modificar las conductas no saludables en saludables, que incluye incrementar el conocimiento, adquirir habilidad y sobre todo tener motivación para el

autocuidado, esto incluye también mejorar el ambiente en el que se desenvuelve la persona.  
(Sillas y Jordán, 2011, p.69)

### **Diabetes mellitus tipo 2**

Es una enfermedad crónica que consiste en el aumento de glucosa en sangre como resultado de una serie anormalidades en la secreción de la insulina y del metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos, causadas por múltiples variables (ALAD, 2013).

### **Adulto mayor**

Los adultos mayores, definidos como mayores de 60 años. En la década de los años cincuenta, la estructura de la población peruana estaba compuesta básicamente por niños/as; así de cada 100 personas 42 eran menores de 15 años de edad; en el año 2017 son menores de 15 años, 27 de cada 100 habitantes. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 10,1% en el año 2017. (INEI, 2017, p.1)

### **Planteamiento del problema**

La Diabetes mellitus tipo II afecta a 415 millones de personas en el mundo de los cuales el 8,8% son adultos cuyas edades están comprendidas entre 20 a 79 años. Alrededor del 75% habitan en países de vías de desarrollo. Las predicciones epidemiológicas en caso de persistir las mismas condiciones indican que en el 2040 se tendrán unos 642 millones de personas diabéticas. El mayor aumento tendrá lugar en las regiones donde las economías están pasando de niveles de renta baja a renta media. (FID, 2015, p.51)

“Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030 y aproximadamente la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglucemia tienen lugar antes de los 70 años de edad” (OMS, 2017, párr. 6).

La OPS destacó que al menos medio millón de muertes al año están relacionadas con la diabetes. Se estima que en la región una de cada tres personas con diabetes tipo 2 no lo sabe y descubre que está enfermo cuando se presentan complicaciones. (OPS, 2014, párr. 5)

En Sur y Centro América había 29.6 millones de adultos que padecían diabetes. Para 2040 se espera que lleguen a 48.8 millones de diabéticos. Puerto Rico tiene la mayor prevalencia de diabetes en adultos 12,1% en la región. Brasil tiene el mayor número de personas con diabetes 14,3 millones. (FID, 2015, p.86 - 87)

En el Perú los departamentos con mayor registro de casos de diabetes en establecimientos del MINSA fueron Lima Metropolitana, Piura, Lambayeque, Ica y Ancash. Lima. Tanto en establecimientos del MINSA como de EsSalud. Para MINSA de los casos registrados, el mayor porcentaje correspondió a diabetes tipo 2 con 94,1% del total de casos. En mayor frecuencia se presentó en el sexo femenino 65,2%, entre los 50 y 74 años 64,9%. Y según el estado del paciente al momento de la captación, un importante porcentaje se encontraban descompensados o complicados 35.5%. (Ramos y Guerrero, 2016, p.1399-1402)

En el Servicio de Medicina E-1 del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el 2016 se contó con un total de 157 pacientes hospitalizados con diabetes no insulino dependiente como 100%. Los porcentajes de mayor cantidad fueron la Diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID) sin mención de complicación 62%, DMNID con complicaciones circulatorias periféricas 27% y DMNID con cetoacidosis 6%. En el primer semestre de 2017 la cantidad

de complicación 67%, DMNID con complicaciones circulatorias periféricas 20%, DMNID con cetoacidosis 9%. (OEI, 2016)

Fomentar el autocuidado y los hábitos saludables en la población joven garantiza la calidad de vida del adulto mayor, en donde el profesional de enfermería es protagonista en dicha tarea mediante la promoción a la salud en la población joven y, por supuesto, en la que llega a los 60 años de edad y más. (Loredo, Gallegos, Xequé, Palomé y Juárez, 2016, p.164)

La Asociación Americana de Educadores en Diabetes (AADE) propone 7 conductas de autocuidado para las personas con diabetes: Comer sano; Ser físicamente activo; monitorización; toma de medicamentos; resolución de problemas; reducción de riesgos; afrontamiento saludable. Los programas de educación deben contemplar educación individual y grupal. Ambos deben ser complementarios. (Hevia, 2016, p.273)

Es necesario fortalecer y fomentar en el adulto mayor, mediante la educación e intervenciones, las herramientas necesarias para afrontar y vivir un envejecimiento exitoso. Los resultados, si bien muestran que este adulto mayor tiene un buen nivel de independencia, reflejan que es necesario asegurar la protección de los mismos de manera tal que se conserve en la medida de lo posible dicho estado, sobre todo porque esta etapa de la vida los hace susceptible de perder, ante cualquier cambio en sus hábitos y actividades cotidianas, la situación de salud que poseen. (Loredo et al., 2016, p.164)

Durante el desarrollo de las prácticas clínicas en el hospital Hipólito Unanue los pacientes adulto mayores diagnosticados con Diabetes mellitus tipo 2 mantenían una inadecuada educación, estilo de vida y dejadez sobre su autocuidado en el hogar como también hábitos que no influyen directamente en una buena salud. Los pacientes mencionaron que se les brindo

otros en algún momento cumplieron, pero hicieron caso omiso por el mismo hecho de no sentirse mal. La existencia de su enfermedad junto con otros factores de riesgo provocan complicaciones para su salud e incluso afecciones que causan la muerte, el hecho de estar hospitalizado lleva a reflexionar al adulto mayor sobre su capacidad de autocuidado y lo importante que es el manejo de su enfermedad crónica; como estudiante enfermera es preocupante identificar en el Servicio de Medicina E- 1 gran cantidad de pacientes diabéticos con complicaciones c/s enfermedades agregadas que no eran conscientes de su patología, no cumplían con las recomendación ni control de su enfermedad y carecían de nociones básicas de autocuidado . Esta condición puede ser motivo de posibles reingresos hospitalarios si no se toma importancia al propio cuidado de la vida y salud.

### **Justificación**

La presente investigación se justifica porque una de las enfermedad más recurrente de atención en el Hospital Nacional Hipólito Unanue – Servicio de Medicina es la Diabetes mellitus tipo 2, entre las personas más afectadas con esta enfermedad es el adulto mayor debido al incumplimiento de su tratamiento e ineficaz autocuidado; favoreciendo así un estado de complicación avanzada y critica, en este sentido se requiere investigar como es el autocuidado en adulto mayores con DM tipo 2 ya que la institución carece de información actualizada al respecto.

Se proporcionará los conocimientos y resultados que obtendremos de la investigación a las autoridades, esencialmente a las Lic. de Enfermería para poder replantear estrategias e intervenciones que ayuden al paciente diabético a participar en su propio cuidado para disminuir el riesgo de nuevos reingresos hospitalarios por las complicaciones que se presentan en la diabetes.

## **Formulación del problema**

### **Problema general**

¿Cómo es el autocuidado en adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2, ¿Servicio de Medicina E-1, Hospital Nacional Hipólito Unanue - 2017?

### **Problemas específicos:**

- ¿Cómo es el autocuidado en adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2 respecto a la dieta?
- ¿Cómo es el autocuidado en adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2 respecto a la actividad física?
- ¿Cómo es el autocuidado en adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2 respecto al cuidado de los pies?
- ¿Cómo es el autocuidado en adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2 respecto a mantener la glicemia en valores normales?

### **Objetivo**

#### **Objetivo general:**

- Determinar el autocuidado en adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2, Servicio de Medicina E-1, Hospital Nacional Hipólito Unanue - 2017

#### **Objetivos específicos:**

- Identificar el autocuidado en adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2 respecto a la dieta.
- Identificar el autocuidado en adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2 respecto a la actividad física
- Identificar el autocuidado en adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2 respecto al cuidado de los pies

- Identificar el autocuidado en adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2 respecto a mantener la glicemia en valores normales.

## **Métodos**

### **Participantes**

#### **Población**

Usuarios del Hospital Nacional Hipólito Unanue. La población del Servicio de Medicina E-1 estuvo constituida por 157 pacientes con diabetes tipo II con enfermedades agregadas.

#### **(Anexo 1)**

##### ***Criterios de inclusión:***

- Pacientes diabéticos tipo 2 que aceptan estar en el estudio.
- Pacientes diabéticos tipo 2, adultos hospitalizados.
- Pacientes diabéticos tipo 2 con tiempo de diagnóstico de 6 meses a más.
- Pacientes diabéticos tipo 2 con capacidad de leer y escribir.
- Pacientes diabéticos tipo 2, que estén en buena condición física y mental.

##### ***Criterios de exclusión:***

- Pacientes con limitaciones físicas y cognitivas para realizar el estudio.
- Pacientes que no acepten estar en el estudio.
- Pacientes delicados.

#### **Muestra**

La muestra estuvo constituida por 52 pacientes adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2 con enfermedades agregadas que cumplieron con los criterios de inclusión e ingresaron en el segundo semestre del 2017 al Servicio de Medicina E- 1.

### Método de muestreo utilizado

Para el presente estudio se utilizó el muestreo no probabilístico, ya que la selección se efectuó en base al criterio del investigador.

### Tamaño de la muestra

Se desarrolló según la fórmula estadística para tamaño de muestra finita.

N: Universo o población total

**N: 157**

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.05 \times 0.95 \times 157}{(0.05)^2 \times (157-1) + (1.96)^2 \times 0.05 \times 0.95}$$

Fórmula:

$$n = \frac{3.84 \times 0.05 \times 157}{0.39 + 0.19}$$

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

$$n = \frac{30.14}{0.58}$$

$$n = 51.96$$

$$n = 52$$

N: Universo (157)

E: Error muestra (5%=0.05)

Z: Intervalo de confianza (95% = 1.96)

p: Probabilidad de éxito (0.95)

q: Probabilidad de fracaso (0.05)

n: Muestra a determinar

Es decir, el tamaño de la muestra que conforma nuestra investigación es de:

**n = 52**

### Instrumentos:

### Materiales

### Tipo y diseño de investigación

- Enfoque cuantitativo: Nos permite establecer resultados numéricos que resultan del análisis de los datos recolectados

- Tipo descriptivo: Permite especificar las propiedades características del fenómeno de estudio en este caso, el autocuidado en adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2.
- El diseño de estudio: Es no experimental por que no se manipulo la variable de estudio
- De corte transversal: Permite tener información tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.
- El nivel de estudio es aplicativo: Se aplico las encuestas.

### **Técnica e instrumento de recolección de datos**

Se realizó por medio de un cuestionario creado por el autor, que consta de 22 preguntas cerradas, dividido en 4 partes, las respuestas son politómicas: siempre (3puntos), a veces (2 puntos), nunca (1 punto).

Las preguntas están orientadas a la variable del autocuidado y sus dimensiones: Dieta, actividad física, cuidados de los pies y mantener glicemia en valores normales en adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2. **(Anexo 2)**

Las respuestas obtenidas se plasmaron en la investigación por niveles que califiquen la intensidad del grado de cada puntaje para la variable y dimensión: bueno, regular, malo. Los puntajes fueron acumulativos.

### **Control de Variable**

### **Confiabilidad**

Se obtuvo mediante coeficiente alfa de Cronbach que, a grandes rasgos, mide la

homogeneidad de las preguntas promediando todas las correlaciones entre todos los ítems para

Tesis publicada con autorización del autor

No olvide citar esta tesis

ver que, efectivamente, se parecen. Por medio de la aplicación de una prueba piloto conformado

**UNFV**

por 30 pacientes diabéticos, se obtuvo una confiabilidad de 0,78, valor considerado con una fiabilidad respetable para la aplicación del instrumento. **(Anexo 3)**

### **Validez**

Es el grado en que un test mide lo que propone medir. La modalidad para validar el instrumento fue a través del juicio de expertos, son un grupo de 5 jueces expertos que evaluaron el constructo del instrumento respecto a un grupo de ítems y que por medio del Coeficiente de validez de V Aiken se obtuvo 0.88. **(Anexo 4)**

### **Operacionalización de variable**

Es el proceso a través del cual se estableció los procedimientos empíricos que permitió la obtención de datos de la realidad para verificar los objetivos y solucionar el problema. **(Anexo 5)**

### **Procedimiento**

#### **Proceso de recolección de datos**

- La investigación se realizó con previa coordinación y autorización de la dirección del departamento de docencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue .Se coordinó con la jefatura de enfermería, jefa del Servicio de Medicina E- 1 para el desarrollo de las encuestas.
- Se informó a los pacientes explicándoles que se respetara sus derechos mediante la observación de los principios éticos universales para toda investigación con seres humanos.

- Se coordinó con las enfermeras y pacientes sobre el tiempo de aplicación de los cuestionarios.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada paciente permaneciendo en todo momento a su lado para despejar cualquier duda.
- Se realizó por medio de un cuestionario 22 preguntas cerradas
- Se realizó lectura del contenido del cuestionario, para llevar a cabo los respectivos análisis estadísticos.

#### **Procesamiento de datos:**

Se procesó a través del software estadístico SPSS.24.0, los datos fueron analizados en tablas de frecuencias, matriz de datos y desarrollados a través de la estadística descriptiva.

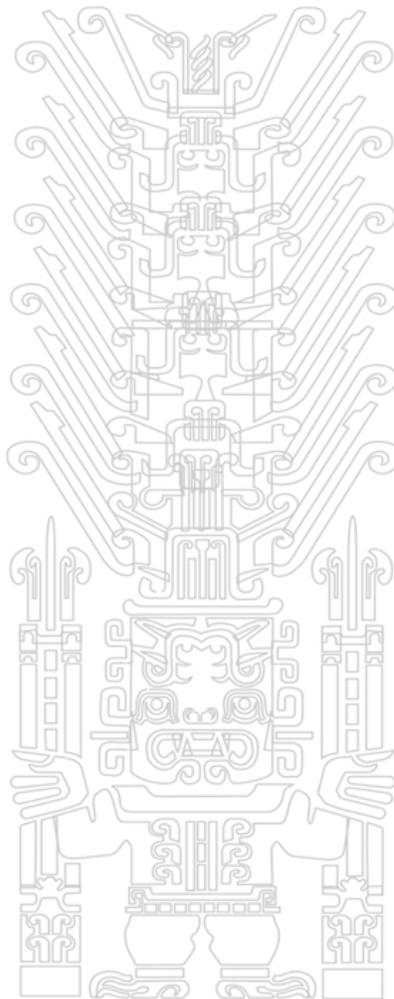
#### **Análisis de datos:**

Se examinó los objetivos del trabajo, presentando los resultados mediante de las tablas y figuras.

#### **Aspectos éticos**

La población en estudio se mantuvo en el anonimato, a los adultos mayores con Diabetes tipo II se les explicó el tipo de investigación a realizar, respetando su derecho en retirarse de la misma en caso de que no hubiesen aceptado participar. Así mismo se les aseguro la confidencialidad de la información proporcionada para la investigación, se tomará todas las medidas posibles para mantener la privacidad de su identidad como participantes; de esta manera se cumple con los principios éticos en la investigación con seres humanos (**Anexo 6**).

- Autonomía: El instrumento respeto los valores y opciones personales de cada paciente.
- Beneficencia: El instrumento no afecto ni el bienestar ni la tranquilidad del paciente.
- Justicia: Se aplicó a todos los pacientes de una forma neutral, respetando, credo, raza y religión, cultura.
- No maleficencia: Se respetó la integridad del paciente



## Resultado

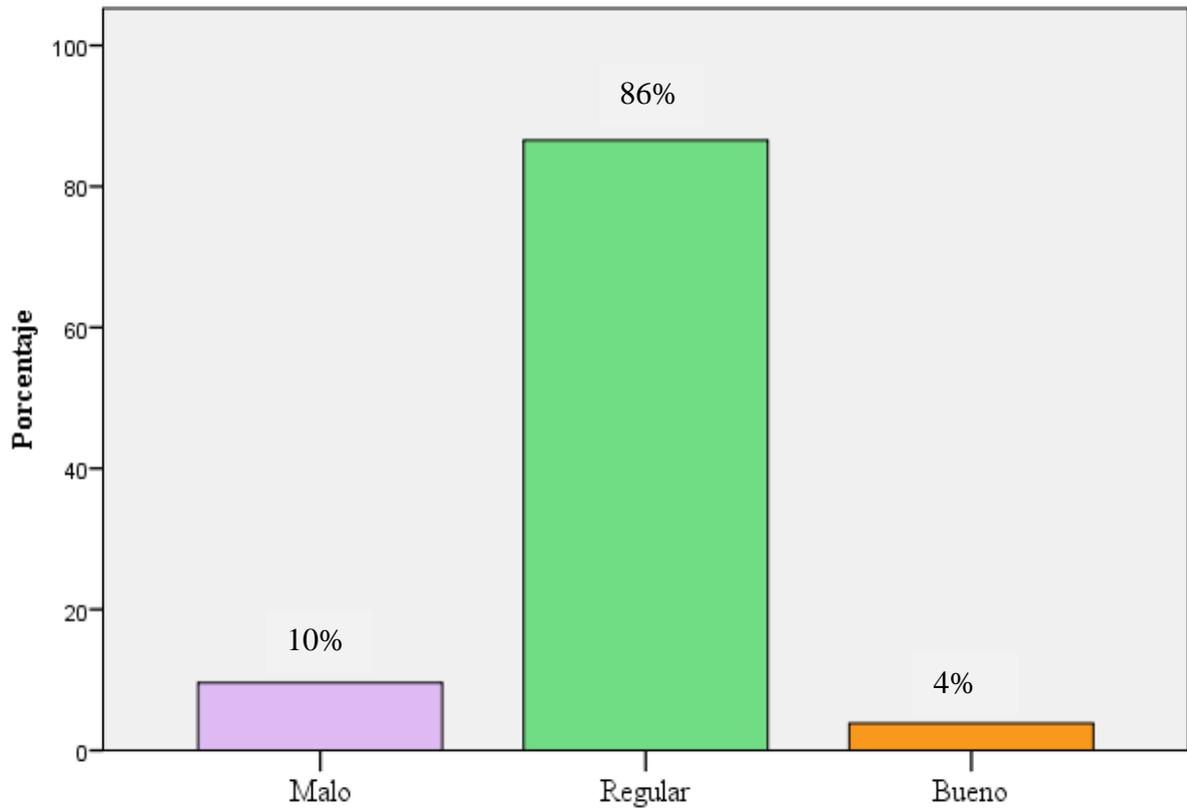
**Tabla 1.**  
*Autocuidado en adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2 con respecto a la dieta.*

	<b>Autocuidado</b>	<b>Encuestados</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válido</b>	<b>Malo ( 13– 18)</b>	38	73%
	<b>Regular ( 7 - 12)</b>	14	27%
<b>Total</b>		52	100%

*Fuente: Elaboración propia*

Se puede notar con respecto a la dimensión dieta que los resultados obtenidos de 38 encuestados representaron 73 % de los adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2 con mal autocuidado y 14 encuestados 27% con un regular autocuidado. (Tabla 1).

### Autocuidado con respecto a la actividad física



**Figura 2. Autocuidado en adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2 con respecto a la dimensión actividad física.**

*Fuente: Elaboración propia*



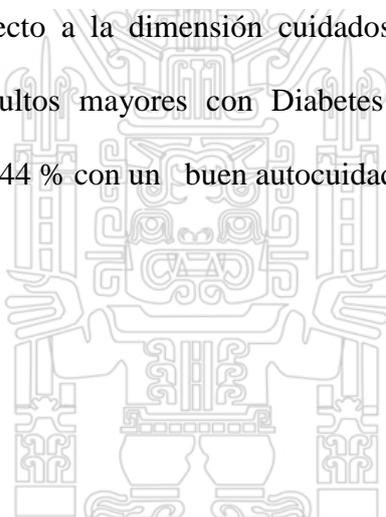
Los resultados con respecto a la dimensión ejercicios físicos se encontró que 45 encuestados representan 86 % de los adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2 con regular autocuidado, 10 encuestados 10% con mal autocuidado y 2 encuestados 4 % con un buen autocuidado. (Figura 2).

**Tabla 3.**  
*Autocuidado en adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2 con respecto al cuidado de los pies.*

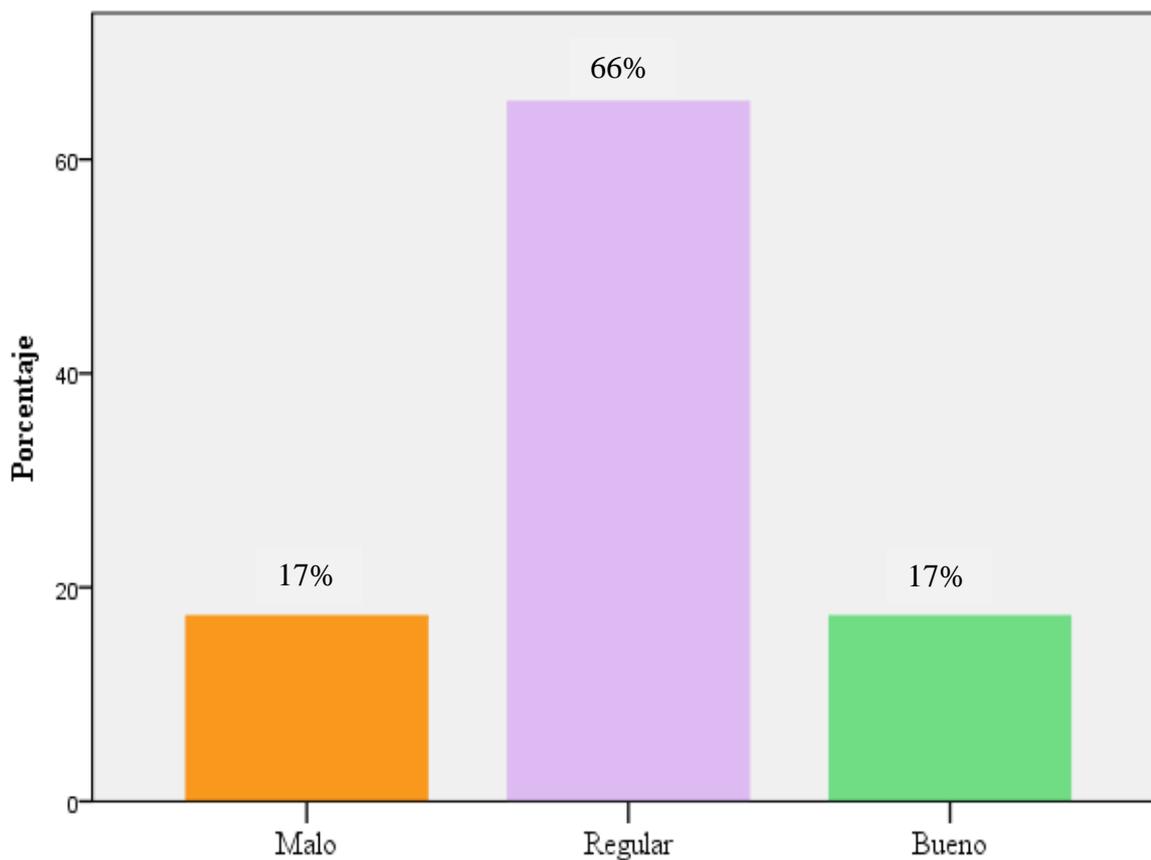
	<b>Autocuidado</b>	<b>Encuestados</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válido</b>	<b>Regular ( 6 – 10 )</b>	29	56%
	<b>Bueno ( 11 – 15 )</b>	23	44%
<b>Total</b>		52	100%

*Fuente: Elaboración propia*

Se puede observar con respecto a la dimensión cuidados de los pies, 29 encuestados representaron 56 % de los adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2 con regular autocuidado y 23 encuestados 44 % con un buen autocuidado. (Tabla 3).



### Mantener la glicemia en valores normales



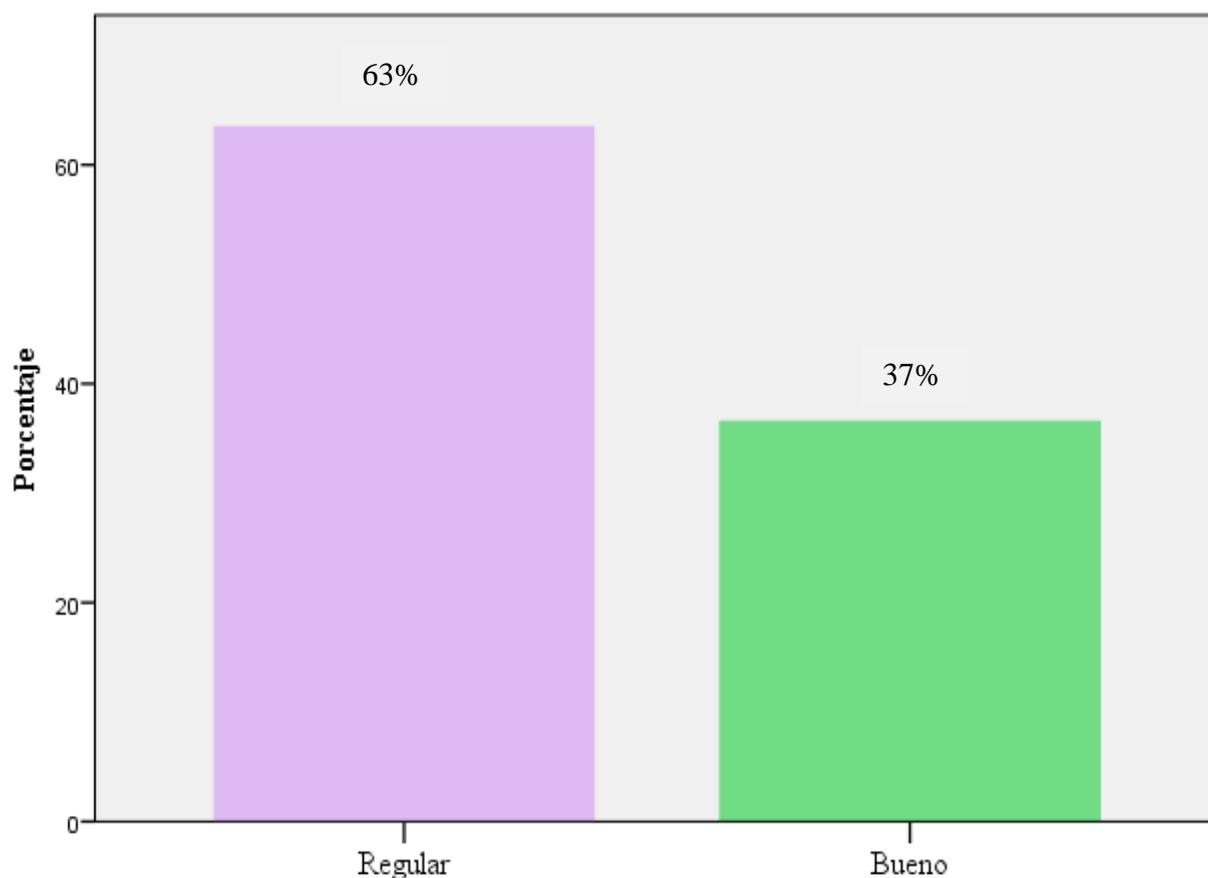
**Figura 4. Autocuidado en adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2 con respecto a mantener la glicemia en valores normales.**

*Fuente: Elaboración propia*



El autocuidado con respecto a la dimensión a mantener la glicemia en valores normales se obtuvo que 34 encuestados representaran 66 % de los adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2 con regular autocuidado, 9 encuestados 17 % con mal autocuidado y 9 encuestados 17 % con un buen autocuidado. (Figura 4).

### Autocuidado en adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2



**Figura 5. Autocuidado en adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2, Servicio de Medicina E-1, Hospital Nacional Hipólito Unanue – 2017.**

*Fuente: Elaboración propia*



Para el autocuidado en adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2. Los resultados obtenidos de 33 encuestados representaron 63 % con un regular autocuidado y 19 encuestados 37 % con un buen autocuidado. (Figura 5).

## Discusión

La Diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica de predominio en la salud pública, los diabéticos llevan un tratamiento continuo y serie de controles para evitar complicaciones. Es importante que no solo se deban cumplir indicaciones por ser solo un “deber”, sino deben de llevar un autocuidado adecuado, “querer” realizar prácticas que favorezcan sus bienestar, salud y estilo de vida, deben de tener un comportamiento saludable que implica no solo tener los conocimientos sino tener la voluntad de realizarlos modificando así sus hábitos y actitudes frente a su enfermedad.

Para el Autocuidado con respecto a la dimensión dieta, el 73 % de los adultos mayores diabéticos de tipo II tuvieron una calificación de un mal autocuidado y el 27% con un regular autocuidado.

Los presentes hallazgos se asemejan a los reportados por Merchán (2014) en su estudio variables predictoras de las conductas del autocuidado en 260 pacientes diabéticos que acuden a consultas de enfermería de atención primaria, al concluir que las acciones en cuanto al régimen de alimentación son deficientes.

Estos resultados difieren con el estudio de Arleth (2014) que encontró que el 65.2% de encuestados se alimenta adecuadamente manteniendo su peso ideal como también la mayoría de ellos modificaron sus hábitos alimenticios para poder tener un estilo de alimentación saludable, manteniendo así su buen autocuidado, puede deberse porque se asimilo el proceso de la enfermedad como una necesidad inherente que va de la mano con un manejo responsable de autorregulación y autogestión para mantener una adecuado adherencia al tratamiento y calidad de vida. Es importante “tomar en cuenta diversos factores como hábitos y costumbres del paciente, sus recursos financieros, su situación familiar, su comorbilidad, así como su capacidad funcional para lograr el mayor apego al tratamiento” (Ruiz y Pérez, 2010, p.352).

Por lo que se requiere que el paciente lleve un plan de alimentación junto con la evaluación del nutricionista, permitiendo así el manejo exitoso de su patología. “Estos hábitos saludables se deben mantener durante toda la vida, y para lograrlo, los pacientes deben ser educados y guiados permanentemente, es decir, desde el momento del diagnóstico, y periódicamente ya que la presencia de complicaciones de la diabetes” (Toro, 2014, p.225).

De acuerdo a la dimensión actividad física, el 86 % de los adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2 tuvieron un regular autocuidado, el 10% de malo y 4% con una calificación de un buen autocuidado.

Los resultados del estudio se asemejan a los referidos por Arleth (2014) en su investigación de agencia de autocuidado, solo 98 de 244 pacientes diabéticos que acuden a consulta externa de dos instituciones de III y IV nivel de atención, resultaron con una baja capacidad de agencia de autocuidado en actividad física.

Las diferencias entre los resultados y el de Merchán (2014) que halló un 24.6% de déficit de autocuidado, por qué no recibió el familiar del paciente la información necesaria para orientar la práctica adecuada de la actividad física. Se debió brindar toda la información necesaria con respecto al autocuidado para el paciente, tanto a él, su familia y su red de soporte social. Gil et al. (2013) menciona. “A las personas con diabetes se les debe ofrecer educación continua, ordenada y sistematizada con objetivos claros al momento del diagnóstico y durante su evolución. La participación activa del paciente logra mejores resultados en el control glucémico (p.108). Es importante llevar los conocimientos a la práctica y también evaluar las limitaciones físicas para evitar sobre exigencia que conllevan a complicaciones futuras. En la actualidad es indiscutible que el ejercicio físico influye positivamente en la calidad de vida. Si se quiere continuar elevando la esperanza de vida de la población por los beneficios que esta

inclusive de la cultura física terapéutica. (De la Paz et al., 2012, p.495). Por lo que Gil et al. (2013) refiere. “El ejercicio físico de intensidad aeróbica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, motivados y sin complicaciones avanzadas, son eficaces para el mejor control glucémico” (p.108).

Con respecto a la dimensión cuidado de los pies, el 56 % de los adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2 tuvieron un regular autocuidado y 44% con un buen autocuidado.

Los resultados se asemejan a los reportados por Arleth (2014) en su estudio de agencia de autocuidado, solo 196 de 244 pacientes diabéticos que acuden a consulta externa de dos instituciones de III y IV nivel de atención, tuvieron una buena capacidad de agencia de autocuidado en cuidados físicos, con respecto a otras que tiene muy buen autocuidado. Igualmente, estos resultados se asemejan al de Quemba (2016) en su estudio de 59 pacientes diabéticos. Encontró que la mayoría de las personas tienen conocimientos específicos sobre el cuidado de los pies en la prevención de pie diabético que a la vez se encontraban en categorías de riesgo alto de padecerlo.

Se discrepa entre los presentes hallazgos y el de Merchán (2014) que encontró una deficiencia de autocuidado en un 49,8% de los encuestados, que mayormente son jubilados por enfermedad y son pacientes con antecedentes familiares. El adulto mayor es vulnerable a tener más enfermedades en un momento determinado sino mantiene adecuadamente buenas condiciones de salud, la practicas del autocuidado será poco recurrentes produciendo así un descuido irremediable que puede llevar a un alto riesgo de lesión del miembro inferiores. Tejedor (2012) afirma: El Pie Diabético no solo afecta al paciente que lo padece, sino que también afecta a su familia, e incluso al país, por el elevado coste de sus tratamientos. A pesar de ser una de las complicaciones más graves, a su vez es una de las más evitables. (p.4) El

son vistos de manera individual, se refieren al modo en que cada paciente diabético es consciente y siente la necesidad de informarse, preguntar y acatar todo lo relacionado con la enfermedad desde el primer momento del diagnóstico. Los segundos, tienen que ver con la labor que realizan los profesionales (...) encamina al desarrollo de habilidades que favorezcan la asunción de estilos de vida adecuados en dichos pacientes (Soler et al., 2016, p.248). Por lo que es recomendable cumplir con el manejo de la enfermedad, la prevención, los cuidados frecuentes, valoración y exploración básica del pie para evitar el incremento de ulceraciones y amputaciones de pie diabético, sin importar que hubiera antecedentes familiares o no.

La dimensión del autocuidado con respecto mantener la glicemia en valores normales resultó que, el 66 % de los adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2 tuvieron un regular autocuidado, el 17% de malo y 17% con un buen autocuidado.

Los resultados se asemejan a los reportados por Arleth (2014) en su estudio de: Agencia de autocuidado, solo 208 de 244 pacientes diabéticos que acuden a consulta externa de dos instituciones de III y IV nivel de atención, tuvieron una muy buena capacidad de agencia de autocuidado en mantenerse con salud.

La diferencia entre los presentes hallazgos y el de Merchán (2014) que encontró un “déficit de autocuidado de 23,8% para el control de la glucemia (...). La asociación entre información recibida y autoanálisis de la glucemia, muestra que los pacientes que reciben información insuficiente por parte del médico tiene déficit de autocuidado” (p.137 y 142). Se debe tomar en cuenta que la educación es la base fundamental para orientar el autocuidado, como también favorecer la adherencia al tratamiento. Además, consigue mejorar el bienestar, la salud y el estilo de vida; favoreciendo así el cuidado integral de todas las personas diabética. La modificación del estilo de vida es la piedra angular en la prevención y el control metabólico

características farmacológicas variadas que los hacen ser muy usados en la práctica diaria, pues tienen la finalidad de disminuir la toxicidad por altos niveles de glucosa en sangre. El surgimiento de nuevas terapias ayuda a mejorar la calidad de vida de los enfermos, por lo que su conocimiento brinda al médico múltiples alternativas en el manejo del paciente diabético, tanto en la atención primaria, como en la secundaria. (Reyes et al., 2016, p.115) Por lo que. El apoyo que recibe el paciente diabético por parte de su familia se convierte en un factor fundamental para lograr el adecuado control de su enfermedad, ya que la familia representa la fuente principal de soporte social, afectivo, económico, educativo y cultural del paciente. (Ariza et al., 2005, p.39)

Con relación al autocuidado en pacientes adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2, Servicio de Medicina E-1, Hospital Nacional Hipólito Unanue - 2017, el 63 % se obtuvo un regular autocuidado y 37 % un buen autocuidado.

Los resultados son concordantes a los reportados por Quemba (2016) en su estudio: Relación entre agencia de autocuidado y riesgo de pie diabético, en 59 pacientes diabéticos que asisten al hospital de tercer nivel, encontró un nivel de agencia de autocuidado 23,7% muy bueno 74,6% buena y 1,7 baja.

Se discrepa los presentes hallazgos y los de Alayo y Horna (2013) encontró que el 85.7% de los pacientes del Programa de Diabetes del Hospital (Trujillo) con diabetes mellitus tuvo práctica de autocuidado bueno debido al toma de conciencia para evitar complicaciones futuras; un 14.3% tienen práctica de autocuidado regular y un 0% malo” .Nuestro resultados no coinciden con los de de Arleth (2014) encontró que: La capacidad de agencia de autocuidado, 96,3% de las personas encuestadas presentaron una significativa capacidad de agencia de autocuidado debido que existió un balance adecuado con respecto a la preservación

Como también difieren con los hallazgos de la investigación de Apaza y Huaraya (2016), de un total 87 pacientes diabéticos de Arequipa encontraron que el 58.6% presentaron muy buena capacidad de autocuidado ya que existe una buena asociación con la calidad de vida que llevan, el 39.1% buena capacidad de autocuidado y el 2.3% tuvieron baja capacidad de autocuidado.

Además, nuestros resultados no presentan similitud con los de Merchán (2014) refiere que el déficit de autocuidado lo presentaron alrededor del 50% respecto al cuidado de los pies y aproximadamente 25% para la actividad física.

Los resultados discrepan con el hallazgo de Fernandini y Pompa (2017) en su estudio Estrategias de afrontamiento y capacidad de autocuidado, en 113 pacientes diabéticos de consultorio externos del hospital de Trujillo, se concluyó que el nivel de la capacidad de autocuidado es alta en un 61.0% debido a que han reforzado su capacidad de autocuidado con prácticas alternativas; capacidad medio en el 38.1% y bajo en un 0.9%. Esta diferencia se debe porque la población estudiada no cumple con todas las prácticas de autocuidado. Se sabe que “En la actualidad existen recomendaciones para el desarrollo de las habilidades del autocuidado de la persona con diabetes, las cuales si se llevan de manera correcta contribuyen al retraso de complicaciones por la enfermedad” (Robles et al., 2014, p.48). Es importante que el adulto mayor tenga en cuenta que “El autocuidado requiere que las personas asuman mayor responsabilidad en el cuidado de su salud y por las consecuencias de las acciones que realizan” (OPS, 2006, p.21). Mantener la capacidad del cuidado integral, permite enfocarnos en mantener una calidad de vida y estilo de vida equilibrada durante todo el transcurso de la enfermedad, por lo que es necesario seguir mejorando y alentando la auto capacidad del adulto mayor para cuidarse.

Para Orem el autocuidado consiste en tener iniciativa y convicción personal para mantener una vida plena de salud y bienestar; el término auto involucra un aspecto personal que abarca una triada de necesidades físicas, psicológicas y espirituales, el término cuidado incluye actitudes y prácticas para mantener una vida normal y saludable (Naranjo y Concepción, 2016, p.218).

La teoría del autocuidado de Orem direcciona las acciones de enfermería, para brindar apoyo a las necesidades que surgen de la demanda en los adultos mayores diabéticos en su entorno, su familia y comunidad. El autocuidado promueve el incremento de conocimientos y surgimientos de habilidades para el cuidado integral, requiriendo así de la ayuda del personal de salud para brindar la educación correspondiente.

Existen muchas estrategias que se puede plantear y realizar actualmente. Realizar sesiones educativas, sociodramas para concientizar el déficit de autocuidado. Se debería implementar programas de autocuidado de la diabetes que permitan concientizar a los pacientes la importancia de tener estilos de vida saludable, controles médicos oportunos y adherencia al tratamiento con la finalidad de prevenir las complicaciones y manejar de comorbilidades. Estos programas podrían incluir a las personas con pre diabetes lo que favorecería la modificación de los estilos de vida y por ende retrasaría la aparición de la diabetes. (Ramos y Guerrero, 2016, p.1402)

### **Conclusiones**

1. El 73% de los pacientes adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2 tuvieron un mal autocuidado con respecto a la dieta.

2. El 86% de los pacientes adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2 tuvieron un regular autocuidado con respecto a la actividad física.
3. El 56% de los pacientes adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2 tuvieron un regular autocuidado con respecto al cuidado de los pies.
4. El 66% de los pacientes adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2 tuvieron un regular autocuidado con respecto a mantener glicemia en valores normales.
5. El 63 % de los pacientes adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2, Servicio de Medicina E-1, Hospital Nacional Hipólito Unanue - 2017, obtuvieron un autocuidado regular.

### **Recomendaciones**

1. Diseñar programas de salud que estimulen el adecuado automanejo de la enfermedad y prevención de complicaciones, mediante sesiones educativas sobre adherencia al tratamiento y cuidados integrales para fomentar el autocuidado en los pacientes con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2.
2. Coordinar con el equipo multidisciplinario de salud para fortalecer el autocuidado en la dieta, en ejercicios físico, cuidados de los pies, mantener la glicemia en condicione normales y entre otros.
3. Dar a conocer los resultados del presente estudio a los directivos y personal responsable de la atención de los pacientes diagnosticados con Diabetes mellitus tipo 2.

### **Referencias bibliográficas**

Ariza, E., Camacho, N., Londoño, E., Niño, C., Sequeda, C., Solano, C. y Borda, M. (2005). Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. *Salud Uninorte*.

21: 28-40. Recuperado de:  
[http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud\\_uninorte/21/4\\_Factores%20asociados%20a%20control%20metabolico.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/21/4_Factores%20asociados%20a%20control%20metabolico.pdf)

Alayo, I.Y y Horna, J.P. (2013). *Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 Hospital I ESSALUD Florencia de Mora Trujillo 2013*(Tesis de pregrado). Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela profesional de Enfermería, Perú. Recuperado de:  
[http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/231/3/ALAYO\\_ISAURA\\_AUTOUCUIDADO\\_ADULTOS\\_DIABETES%28INTRODUCCION%29.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/231/3/ALAYO_ISAURA_AUTOUCUIDADO_ADULTOS_DIABETES%28INTRODUCCION%29.pdf)

Asociación Latinoamérica de diabetes. (2013). *Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con medicina basada en evidencia. Edición 2013*. Recuperado de: [https://issuu.com/alad-diabetes/docs/guias\\_alad\\_2013](https://issuu.com/alad-diabetes/docs/guias_alad_2013)

Arleth, L. (2014). *Agencia de auto cuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II* (Tesis de pregrado). Universidad de Cartagena. Facultad de Enfermería. Departamento de Investigación Cartagena de indias distrito turístico y cultural, Colombia. Recuperado de:  
<http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2635/1/INFORME%20FINAL.pdf>

Apaza, Y.A. y Huaraya, M. (2016). *Capacidad de autocuidado y calidad de vida en personas con diabetes mellitus tipo 2. Consultorio externo de endocrinología. Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa 2016. II* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa Facultad de Enfermería Escuela Profesional de Enfermería. Perú. Recuperado de:  
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/1817/ENaporya.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Asociación Americana de Diabetes. (2017). Estándares de atención médica en diabetes-2017. *Rev. Diabetes care*, 40 (1), 1-129. Recuperado de:  
[http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement\\_1.DC1/DC\\_40\\_S1\\_final.pdf](http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement_1.DC1/DC_40_S1_final.pdf)

Camacho, E. y Vega, C. (2014). *Autocuidado de la salud*. Guadalajara, México: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Recuperado de:  
<https://books.google.com.pe/books?id=DmiXBQAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=autocuidado&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwisvueOwurYAhUDYawKHS2dDBAQ6AEILDAC#v=onepage&q=autocuidado&f=false>

- De la Paz, K.L., Proenza, L., Gallardo, Y., Fernández, S., y Mompié, A. (2012). Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus. *MEDISAN*, 16(4), 489-497. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v16n4/san01412.pdf>
- Egea, A.F. y Romero, E. (2009). *Guía básica de enfermería para personas con diabetes en atención primaria*. Alcalá: Madrid. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Recuperado de: [http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia\\_Basic\\_a\\_Enfermeria\\_Diabetes.pdf](http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_Basic_a_Enfermeria_Diabetes.pdf)
- Federación Internacional de Diabetes. (2015). *Atlas de la DIABETES de la FID Séptima Edición 2015*. Recuperado de: [http://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones\\_ficheros/95/IDF\\_Atlas\\_2015\\_SP\\_WEB\\_oct2016.pdf](http://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/95/IDF_Atlas_2015_SP_WEB_oct2016.pdf)
- Fernandini, J.M. y Pompa, R. (2017). *Estrategias de afrontamiento y capacidad de autocuidado del paciente diabético tipo II en el Hospital Belén de Trujillo 2017* (Tesis de pregrado). Universidad Privada Antenor Orrego Facultad de Ciencias de La Salud Escuela Profesional De Enfermería. Perú. Recuperado de: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/3032/1/RE\\_ENFE\\_JACKELINE.FERNANDINI\\_RUTH.POMPA ESTRATEGIAS%20DE%20AFRONTAMIENTOS\\_DATOS.PDF](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/3032/1/RE_ENFE_JACKELINE.FERNANDINI_RUTH.POMPA ESTRATEGIAS%20DE%20AFRONTAMIENTOS_DATOS.PDF)
- Gil, L.E., Sil, M.J., Domínguez, E.R., Torres, L. y Medina, J.H. (2013). Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 51(1):104-19. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im131o.pdf>
- García, J. (22 de diciembre de 2016). Los estándares de atención médica en diabetes 2017. Por el equipo de la redGPDS (Mensaje de un blog). Recuperado de: <http://redgedaps.blogspot.pe/2016/12/los-standards-of-medical-care-in.html>
- Hevia, E.P. (2016). Educación en diabetes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(2) 271-276. Recuperado de: [https://ac.els-cdn.com/S0716864016300165/1-s2.0-S0716864016300165-main.pdf?\\_tid=7e37ff5b-836e-48e4-b90b-f2833d49e5c6&acdnat=1520303437\\_af4f96e00d8686510203698e4d4ab8f1](https://ac.els-cdn.com/S0716864016300165/1-s2.0-S0716864016300165-main.pdf?_tid=7e37ff5b-836e-48e4-b90b-f2833d49e5c6&acdnat=1520303437_af4f96e00d8686510203698e4d4ab8f1)
- Instituto mexicano del seguro social dirección de prestaciones médicas. (2011). *Diagnóstico y Tratamiento de diabetes mellitus en el adulto mayor Vulnerable*. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/657GRR.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). *Situación de la Población Adulta Mayor N°2*. Recuperado de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/02-informe-tecnico-n02\\_adulto-mayor-ene-mar2017.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/02-informe-tecnico-n02_adulto-mayor-ene-mar2017.pdf)

- López, A.L. y Guerrero, S. (2006). Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. *Investigación y Educación en Enfermería*, 24(2), 90-100. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n2/v24n2a10.pdf>
- Loredo, M.T., Gallegos, R.M., Xequé, A.S., Palomé, G., y Juárez, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 13(3), 159-165. Recuperado de: [https://ac.els-cdn.com/S1665706316300197/1-s2.0-S1665706316300197-main.pdf?\\_tid=e64d76a9-5793-4f8a-9e40-a2fcbd1c7385&acdnat=1520300648\\_3202c44d961b26e6370d3363fb33a024](https://ac.els-cdn.com/S1665706316300197/1-s2.0-S1665706316300197-main.pdf?_tid=e64d76a9-5793-4f8a-9e40-a2fcbd1c7385&acdnat=1520300648_3202c44d961b26e6370d3363fb33a024)
- Merchán, M.N. (2014). *Variables predictoras de las conductas de autocuidado en las personas con diabetes tipo 2* (Tesis doctoral). Universidad de Alicante. Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería, España. Recuperado de: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/40754/1/tesis\\_merchan\\_felipe.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/40754/1/tesis_merchan_felipe.pdf)
- Ministerio de Salud. Dirección general de intervenciones estratégicas en salud pública. (2016). *Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención*. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.PDF>
- Naranjo, Y. y Concepción, J. (2016). Importancia del autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus. *Revista Finlay*, 6(3), 215-220. Recuperado de: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/400/1513>
- Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina*. Recuperado de: <http://studylib.es/doc/7357561/fortalecimiento-del-autocuidado-como-estrategia-de-la-ate>
- Organización Panamericana de la Salud / Panamá. (2009). *Guía para la atención integral de las personas con diabetes mellitus*. Recuperado de: [http://www.paho.org/pan/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publications&alias=119-guia-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-diabetes-mellitus&Itemid=224](http://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=119-guia-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-diabetes-mellitus&Itemid=224)
- Organización de las Naciones Unidas. (2014). *Centro de noticias ONU*. Naciones Unidas. Recuperado de: <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=30982#.Vhr7z6Sqkko>
- Oficina de estadística e informática del Hospital Nacional Hipólito Unanue. (2016). *Información estadística de pacientes diabéticos tipo II en el servicio de medicina 2016 - 2017*. Perú: El agustino

- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Diabetes*. Centro de prensas. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Pérez, A., Alonso, L., García, A. J., Garrote, I., González, S., y Morales, J. M. (2009). Intervención educativa en diabéticos tipo 2. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25(4), 17-29. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v25n4/mgi03409.pdf>
- Prado, L.A., González, M., Paz, N. y Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev. Med. Electron*, 36(6), 835-845. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>
- Quemba, M.P. (2016). *Relación entre Agencia de Autocuidado y riesgo de pie diabético en personas con diabetes mellitus que asisten a un Hospital de tercer nivel de atención de Cundinamarca* (Tesis para optar maestría). Universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería, Colombia. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/50789/1/1032440173.2015.pdf>
- Ruiz, L. y Pérez, A.B. (2010). Nutrición y diabetes en el anciano. *Revista de Investigación Clínica*, 62(4), 350-356. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn104l.pdf>
- Robles, A.L., López, J.A., Morales, K.P., Palomino, F.L. y Figueroa, Y.E. (2014). Autocuidado y factores condicionantes presentes en las personas con diabetes tipo 2 de una colonia de Hermosillo, Sonora. *UNISON / EPISTEMUS*, 17(8), 41-49. Recuperado de: [http://www.epistemus.uson.mx/revistas/articulos/17-6PERSONAS\\_CON\\_DIABETESTIPO2.pdf](http://www.epistemus.uson.mx/revistas/articulos/17-6PERSONAS_CON_DIABETESTIPO2.pdf)
- Ramos, W. y Guerreiro, N. (2016). Situación de la Vigilancia Epidemiológica de Diabetes en establecimientos de salud. Año 2016. *Boletín Epidemiológico*, 26 (7), 1399 – 1402. Recuperado de: <http://www.dge.gov.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/07.pdf>
- Reyes, F.A., Pérez, M.L., Alfonso, E., Ramírez, M. y Jiménez, Y. (2016). Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. *Correo Científico Médico*, 20(1), 98-121. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v20n1/ccm09116.pdf>
- Sillas, D.E. y Jordán, M.L. (2011). Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería. *Rev. Desarrollo Científico Enfermero*. 19(2), 67-69. Recuperado de: <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>
- Soler, Y.M., Pérez, E., López, M. y Quezada, D. (2016). Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Arch Med Camagüey*, 20(3), 244-252. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2016/amc163d.pdf>

- Tébar, F.J. y Escobar F. (2009). *La diabetes mellitus en la práctica clínica*. Buenos aires: Madrid. Editorial Medico Panamericana. Recuperado de: <https://books.google.com.pe/books?id=m8dcQYBF3UQC&pg=PA83&dq=autocuidado+en+diabeticos&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiJl5ThwurYAhVCjK0KHb8aC0EQ6AEIPTAE#v=onepage&q=autocuidado%20en%20diabeticos&f=false>
- Tejedor, L. (2012). *Prevención del pie diabético a través del autocuidado*. (Tesis de pregrado). Universidad de Zaragoza. Escuela de Ciencias de la Salud. España. Recuperado de: [http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD\\_10/Enfermeria\\_Obtetriz/8.pdf](http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Enfermeria_Obtetriz/8.pdf)
- Toro, M. (2014). El autocuidado y empoderamiento de la enfermedad, ¿hacen la diferencia en la diabetes? *Acta Médica Colombiana*, 39 (3), 224-227. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v39n3/v39n3a03.pdf>
- Vega, O.M. y Gonzales, D.S. (2007). Teoría del déficit del autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. *Ciencia y Salud*. 4(4) ,24-35. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2534034>

## Anexos 1. Población

### *HOSPITAL NACIONAL “HIPÓLITO UNANUE”*

*Servicio de Medicina E-1/ Año: 2016*

<b>DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE</b>	<b>Total</b>	<b>ENE</b>	<b>FEB</b>	<b>MAR</b>	<b>ABR</b>	<b>MAY</b>	<b>JUN</b>	<b>JUL</b>	<b>AGO</b>	<b>SEP</b>	<b>OCT</b>	<b>NOV</b>	<b>DIC</b>
<b>TOTAL</b>	157	23	11	12	14	13	6	20	10	14	10	8	16
CON COMA	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
CON CETOACIDOSIS	9	1	1	0	0	0	1	1	0	0	3	1	1
COMPL. RENALES	4	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	1
NEFROPATÍA DIABÉTICA	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
COMPL. NEUROLÓGICAS	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COMPL. CIRCULATORIAS PERIFÉRICAS	43	6	1	4	5	6	3	6	1	7	0	2	2
SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	97	15	9	8	7	6	2	11	9	6	7	5	12

*Nota: Oficina de estadística e informática del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Información estadística de pacientes diabéticos tipo II en el Perú: El agustino.*

## Anexos 2. Cuestionario

### “AUTOCUIDADO EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, SERVICIO DE MEDICINA E-1, HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE – 2017”

#### Cuestionario

Presentación: Reciba un cordial saludo y mediante el presente se informa que estoy realizando un trabajo de investigación con el objetivo de determinar el autocuidado en adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2, le pido que conteste con veracidad las preguntas. La información es solo de uso para la investigación y de confiabilidad.

#### Datos generales:

- Sexo: Femenino
- Masculino
- Edad: 60 -69 años
- 70 – 79 años
- Más de 80 años
- Grado de instrucción: Analfabeto
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Grado superior
- Tiempo de diagnóstico: Menos de 5 años
- 6 a 10 años
- 11 a 20 años
- Más de 21 años
- Labora: Si
- No
- Enfermedad agregada:  
\_\_\_\_\_

**CONTENIDO:** tener en cuenta **MARCAR** con una X su respuesta

<b>DIETA</b>	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
1. ¿Usted consume verduras como: betarraga, nabo, zanahoria, yuca, y calabaza			
2. ¿Usted consume frutas como: sandía, mango, plátano, uvas y melón?			
3. ¿Usted consume arroz y fideos comunes, pan blanco, papas fritas o salteadas?			
4. ¿Usted ha consumido más de dos vasos de bebidas alcohólicas?			
5. ¿Usted consume productos de pastelería, bebidas azucaradas y comida chatarra?			
6. ¿Usted consume pescado, menos de dos veces a la semana?			
<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>			
7. ¿Realiza ejercicios o caminatas de forma habitual o 3 veces a la semana durante 15 a más minutos?			
8. ¿Mide los niveles de glucosa (azúcar en sangre) antes y después de hacer ejercicios o caminatas?			
9. ¿Después de hacer ejercicio, se revisa los pies para ver si tiene cortaduras, llagas, hinchazón o enrojecimiento?			
10. ¿Lleva consigo jugos o tabletas de glucosa al realizar ejercicios o caminatas?			
11. ¿Controla su peso frecuentemente?			
12. ¿Realiza actividades físicas sin dejar más de 2 días consecutivos?			
<b>CUIDADO DE LOS PIES</b>			
13. ¿Usted realiza el aseo de sus pies y los seca suavemente?			
14. ¿Cuándo le aparece un callo, herida o lesiones en los pies, acude a consulta con un especialista?			
15. ¿Usted inspecciona diariamente sus pies?			
16. ¿Usted utiliza zapatos holgados para evitar heridas en los pies?			
17. ¿Usted utiliza medias de algodón que no le ajustan el pie?			
<b>MANTENER GLICEMIA EN VALORES NORMALES</b>			
18. ¿Controla sus niveles de glucosa?			
19. ¿Lleva registros de sus niveles de glucosa?			
20. ¿Usted toma los medicamentos indicados por el médico?			
21. ¿Asiste a las citas programados por el especialista endocrinólogo?			
22. ¿Usted mantiene la glucosa en condiciones normales?			

## Anexos 2. Técnica e instrumento de recolección de datos

Calificación	Significado	Porcentaje de la encuesta
1	Nunca	0 - 33%
2	A veces	34 - 67%
3	Siempre	68 - 100%

*Fuente: Elaboración propia*

Autocuidado en la dieta	
Nivel calificativo	Puntajes
Malo	13- 18
Regular	07 - 12
Bueno	<=6

*Fuente: Elaboración propia*

Autocuidado en la actividad física	
Nivel calificativo	Puntajes
Bueno	13- 18
Regular	07 -12
Malo	<= 6

*Fuente: Elaboración propia*

Autocuidado en el cuidado de los pies	
Nivel calificativo	Puntajes
Bueno	11 - 15
Regular	06- 10
Malo	<= 5

*Fuente: Elaboración propia*

Autocuidado en mantener glicemia en valores normales	
Nivel calificativo	Puntajes
Bueno	11 - 15
Regular	06-10
Malo	<= 5

*Fuente: Elaboración propia*

Autocuidado en adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2	
Nivel calificativo	Puntajes
Bueno	45 - 66
Regular	23- 44
Malo	<= 22

*Fuente: Elaboración propia*

## Anexos 2. Matriz de datos

	Preg. 1	Preg. 2	Preg. 3	Preg. 4	Preg. 5	Preg. 6	Preg. 7	Preg. 8	Preg. 9	Preg. 10	Preg. 11	Preg. 12	Preg. 13	Preg. 14	Preg. 15	Preg. 16	Preg. 17	Preg. 18	Preg. 19	Preg. 20	Preg. 21	Preg. 22
UA1	3	2	3	3	2	1	3	1	1	1	1	1	2	1	1	3	3	3	1	3	1	2
UA2	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	1	3	3	2	2	2	3	2	1	2	2	1
UA3	1	2	2	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	1	1
UA4	3	2	2	2	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1
UA5	2	2	2	2	2	2	2	1	3	1	1	1	3	1	3	3	2	1	1	1	1	2
UA6	3	2	2	1	1	2	1	1	2	1	3	2	3	3	3	3	3	2	1	3	1	1
UA7	2	2	3	1	2	3	3	1	2	3	2	2	3	2	2	2	3	3	2	3	2	2
UA8	2	2	2	2	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	2	1	2	1	1
UA9	2	2	3	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1
UA10	2	2	3	3	2	2	2	2	3	2	1	1	2	1	2	3	3	2	2	2	3	3
UA11	3	2	2	2	2	2	3	1	3	1	2	1	3	1	2	3	3	2	3	3	3	3
UA12	3	2	2	2	2	3	3	1	1	1	1	1	3	1	1	3	2	1	1	1	1	1
UA13	2	2	2	2	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	2	1	1	2	1
UA14	3	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	3	1	2	1	1	2	3	2	1
UA15	2	3	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	3	3	1	1	1	1	1
UA16	2	2	2	2	2	2	3	1	2	1	1	1	3	1	2	1	2	1	1	1	1	1
UA17	2	2	3	2	2	2	3	3	3	3	2	1	3	1	1	3	3	3	2	3	1	3
UA18	2	3	3	2	2	1	3	1	1	1	2	2	3	1	1	3	3	2	1	2	2	1
UA19	3	1	2	2	1	2	3	1	1	1	3	1	2	1	3	3	3	2	1	1	2	2
UA20	2	2	2	2	2	3	2	1	3	2	1	3	2	2	1	3	2	1	2	1	2	1
UA21	2	3	3	2	2	2	3	1	1	1	1	3	3	1	1	3	1	1	3	3	3	3
UA22	3	3	3	3	1	3	3	1	3	3	1	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3
UA23	2	2	2	3	2	2	1	1	2	1	3	1	3	2	3	3	2	2	2	2	2	1
UA24	3	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3	1
UA25	2	3	2	2	1	2	2	3	1	1	2	1	1	3	3	3	1	3	1	3	3	1
UA26	3	2	2	2	1	3	3	2	2	1	1	1	3	1	3	3	3	2	1	3	3	2
UA27	2	2	2	1	3	3	3	2	1	1	2	1	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3
UA28	3	3	2	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	2	2
UA29	2	3	3	1	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	3	3	1
UA30	3	2	3	1	1	3	3	2	2	2	1	1	1	1	2	3	1	1	1	3	3	1
UA31	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	3	2	3	2	1	1	3	3	2
UA32	2	2	2	2	2	2	3	1	3	1	2	3	2	1	2	2	3	2	1	3	2	1
UA33	3	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	3	3	2	2	1	1	2	3	2
UA34	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	3	1	1	1	1	2
UA35	3	3	3	2	2	2	2	1	3	1	2	1	3	3	3	2	3	1	1	2	2	3
UA36	3	2	2	1	1	2	1	1	2	1	3	2	3	3	3	3	3	2	1	3	1	1
UA37	2	2	3	1	2	3	3	1	2	3	2	2	3	2	2	2	3	3	2	3	2	2
UA38	2	2	2	2	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	2	1	2	1	1
UA39	2	2	3	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1
UA40	2	2	3	3	2	2	2	2	3	2	1	1	2	1	2	3	3	2	2	2	3	3
UA41	3	2	2	2	2	2	3	1	3	1	2	1	3	1	2	3	3	2	3	3	3	3
UA42	3	2	2	2	2	3	3	1	1	1	1	1	3	1	1	3	2	1	1	1	1	1
UA43	2	2	2	2	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	2	1	1	2	1
UA44	3	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	3	1	2	1	1	2	3	2	1
UA45	2	3	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	3	3	1	1	1	1	1
UA46	2	2	2	2	2	2	3	1	2	1	1	1	3	1	2	1	2	1	1	1	1	1
UA47	2	2	3	2	2	2	3	3	3	3	2	1	3	1	1	3	3	3	2	3	1	3
UA48	2	3	3	2	2	1	3	1	1	1	2	2	3	1	1	3	3	2	1	2	2	1
UA49	3	1	2	2	1	2	3	1	1	1	3	1	2	1	3	3	3	2	1	1	2	2
UA50	2	2	2	2	2	3	2	1	3	2	1	3	2	2	1	3	2	1	2	1	2	1
UA51	2	3	3	2	2	2	3	1	1	1	1	3	3	1	1	3	1	1	3	3	3	3
UA52	3	2	2	2	1	3	3	2	2	1	1	1	3	1	3	3	3	2	1	3	3	2

### Anexos 3. Confiabilidad – alfa de Cronbach

	item1	item2	item3	item4	item5	item6	item7	item8	item9	item10	item11	item12	item13	item14	item15	item16	item17	item18	item19	item20	item21	item22	totales
s1	2	3	3	2	2	1	3	1	1	1	2	2	3	1	1	3	3	2	1	2	2	1	42
s2	3	1	2	2	2	1	2	3	1	1	3	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	36
s3	2	2	3	2	2	2	3	3	3	3	2	1	3	1	1	3	3	3	2	3	1	3	51
s4	3	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1	1	2	1	1	1	1	32
s5	3	2	3	3	2	1	3	1	1	1	1	1	2	1	1	3	3	3	1	3	1	2	42
s6	2	2	1	1	3	3	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	32
s7	3	2	3	1	3	3	3	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	3	2	3	2	2	53
s8	3	3	3	2	2	2	3	2	1	1	1	3	3	1	1	3	1	1	3	3	3	3	48
s9	3	3	3	3	1	3	3	2	3	3	1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	59
s10	3	3	3	2	2	2	2	2	3	1	2	3	3	3	3	2	3	1	1	2	2	1	49
s11	2	2	2	2	2	2	3	2	1	1	1	3	1	1	1	3	3	2	1	2	1	1	39
s12	2	3	2	3	2	2	1	1	2	1	3	3	3	2	3	3	2	2	2	2	2	1	47
s13	3	3	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3	1	48
s14	2	2	3	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	33
s15	2	3	2	2	1	2	2	3	1	1	2	1	1	3	3	3	1	3	1	3	3	1	44
s16	3	2	2	2	1	3	3	2	2	1	1	1	3	1	1	3	3	2	1	3	3	2	45
s17	2	2	2	1	3	3	3	2	1	1	2	1	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	51
s18	3	3	2	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	44
s19	2	2	3	3	2	2	2	2	3	2	1	1	2	1	2	3	3	2	2	2	3	3	48
s20	2	3	3	1	2	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	3	3	1	41
s21	3	2	2	2	2	3	3	1	1	1	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	36
s22	3	2	3	1	1	3	3	2	2	2	1	1	2	1	2	3	2	1	1	3	3	1	43
s23	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	3	2	3	3	1	1	3	3	2	40
s24	3	2	2	2	3	2	3	1	3	1	2	1	3	1	2	3	3	2	3	3	3	3	51
s25	2	2	2	2	2	2	3	1	1	1	1	1	1	2	1	3	2	2	1	1	2	1	36
s26	3	2	3	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	3	1	2	3	1	2	3	2	1	43
s27	2	2	3	2	2	2	3	2	3	1	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	2	1	45
s28	3	3	3	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	3	3	2	2	1	1	2	3	2	46
s29	2	3	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	3	3	1	1	1	1	1	36
s30	2	2	2	2	2	2	3	2	2	1	1	1	3	1	2	1	2	1	1	1	1	1	36
vi	0.25862069	0.3552	0.323	0.369	0.3448	0.372	0.7	0.4368	0.6483	0.4092	0.3966	0.5989	0.6483	0.66207	0.66782	0.53333	0.5989	0.57931	0.53448	0.7172	0.7138	0.654	45.2

Tabla. ALFA DE CRONBACH

### Anexos 4. Validez

La fórmula para el coeficiente alfa es:

Donde:

K: El número de ítems (22)

O<sub>i</sub><sup>2</sup>: Varianza de cada Ítems (11.52183908...)

O<sub>t</sub><sup>2</sup>: Varianza del total (45.2)

α: Coeficiente de Alfa de Cronbach

$$\alpha = \frac{k}{(k-1)} \left( 1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_x^2} \right)$$

$$\alpha = \frac{22}{22-1} \times \left( 1 - \frac{11.52183908}{45.2} \right)$$

$$\alpha = 0.78057263$$

**Tabla : PRUEBA V DE AIKEN**

Preguntas	JUECES					S	V de Aiken	Valor de p*	Resultado
	1	2	3	4	5				
<b>1</b>	1	1	1	1	0	4	0.800	0.010	Valido
<b>2</b>	1	1	1	1	1	5	1.000	0.010	Valido
<b>3</b>	1	1	1	1	1	5	1.000	0.010	Valido
<b>4</b>	1	1	1	1	1	5	1.000	0.010	Valido
<b>5</b>	1	1	0	1	1	4	0.800	0.010	Valido
<b>6</b>	1	1	0	1	1	4	0.800	0.010	Valido
<b>7</b>	1	1	1	0	1	4	0.800	0.010	Valido
<b>8</b>	0	1	1	1	1	4	0.800	0.010	Valido
<b>9</b>	1	1	1	1	1	5	1.000	0.010	Valido
<b>10</b>	1	1	1	1	0	4	0.800	0.010	Valido

$$PRUEBA V DE AIKEN = \frac{\text{Sumatoria de V de Aiken}}{\text{Cantidad de preguntas}}$$

$$Validez = \frac{8.8}{10}$$

$$Validez = 0.88$$

### Anexos 5. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<b>El Autocuidado</b>	"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	Acciones que se deben llevar a cabo porque se consideran necesarias para la regulación del funcionamiento y desarrollo humano, en el estilo de vida ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas como es la prevención de complicaciones	<b>Dieta</b>	Consumir frutas como: sandia, mango, plátano, uvas y melón
				Consumir arroz y fideos comunes, pan blanco, papas fritas o salteadas
				Consumir más de dos vasos de bebidas alcohólicas
				Consumir productos de pastelería, bebidas azucaradas y comida chatarra
				Consumir pescado, menos de dos veces a la semana?
			<b>Ejercicios físicos</b>	Realizar ejercicios o caminatas de forma habitual o 3 veces a la semana durante 15 a mas minutos
				Medir los niveles de glucosa antes y después de hacer ejercicios o caminatas
				Después de hacer ejercicio, se revisa los pies para ver si tiene cortaduras, llagas, hinchazón o enrojecimiento
				Llevar consigo jugos o tabletas de glucosa al realizar ejercicios o caminatas
				Controlar peso frecuentemente
Realizar actividades físicas sin dejar más de 2 días consecutivos				

que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". (DOROTHEA OREM)		<b>Cuidado de los pies</b>	Realizar el aseo de sus pies y los seca suavemente
			Realizar el aseo de sus pies y los seca suavemente
			Al aparecer un callo, herida o lesiones en los pies, acude a consulta con un especialista
			Inspeccionar diariamente sus pies
			Utilizar zapatos holgados para evitar heridas en los pies
			Utilizar medias de algodón que no le ajustan el pie
		<b>Mantener glicemia en valores normales</b>	Controlar sus niveles de glucosa
			Llevar registros de sus niveles de glucosa
			Tomar los medicamentos indicados por el medico
			Asistir a las citas programados por el especialista endocrinólogo
			Mantener la glucosa en condiciones normales

## Anexo 6. Consentimiento informado

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, en base a lo expuesto en el presente documento, acepto voluntariamente participar en la investigación **““AUTOCUIDADO EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, SERVICIO DE MEDICINA E-1, HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE -2017**, realizada por Leslie Edith Yana Pari investigadora de la Universidad Nacional Federico Villareal

He sido informado(a) de los objetivos, alcance y resultados esperados de este estudio y de las características de mi participación. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar Leslie Edith Yana Pari investigadora de la Universidad Nacional Federico Villareal

Entiendo que una copia de este documento de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al Investigador Responsable del proyecto al correo electrónico [lesliyp002@hotmail.com](mailto:lesliyp002@hotmail.com), o al teléfono 3851058

-----

**Firma del participante**

**Leslie Edith Yana Pari**

**Investigador Responsable**

## Anexo 7. Resultados de datos generales

**Tabla 1.**

*Genero*

	<b>Encuestados</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Femenino</b>	31	72%
<b>Masculino</b>	21	28%
<b>Total</b>	52	100%

*Fuente: Elaboración propia*

Del total de encuestados el 72% fueron del género femenino. (Tabla 1).

**Tabla 2.**

*Edad*

	<b>Encuestados</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>60- 69 años</b>	29	56%
<b>70-79 años</b>	14	27%
<b>80 -89 años</b>	9	17%
<b>Total</b>	52	100%

*Fuente: Elaboración propia*

Del total de encuestados el 56% tienen la edad 60 -69 años. (Tabla 2).

**Tabla 3.***Grado de instrucción*

	<b>Encuestados</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Analfabeto</b>	5	10%
<b>P. Incompleto</b>	14	27%
<b>P. Completa</b>	5	10%
<b>S. Incompleta</b>	12	23%
<b>S. Completa</b>	6	12%
<b>Grado Superior</b>	10	19%
<b>Total</b>	52	100%

*Fuente: Elaboración propia*

Del total de encuestados el 27% tuvieron Primaria incompleta. (Tabla 3).

**Tabla 4.***Tiempo de diagnóstico con Diabetes mellitus tipo 2*

	<b>Encuestados</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>&lt; 5 años</b>	12	23%
<b>6 -10 años</b>	14	27%
<b>11 - 20 años</b>	20	38%
<b>&gt; 21 años</b>	6	12%
<b>Total</b>	52	100%

*Fuente: Elaboración propia*

Del total de encuestados el 38% tiene tiempo de diagnóstico entre 11 – 20 años de Diabetes mellitus tipo 2. (Tabla 4).

**Tabla 5.**

*Labora*

	<b>Encuestados</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si labora</b>	19	37%
<b>No labora</b>	33	63%
<b>Total</b>	52	100%

*Fuente: Elaboración propia*

Del total de encuestados el 63% no labora. (Tabla 5).

