

“UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA”

**FACULTAD DE ENFERMERIA
ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



“CONOCIMIENTOS DE AUTOCUIDADO DE USUARIOS DIABETICOS QUE ASISTEN A LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO 2013”

**Tesis para optar Título Profesional de:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

Presentado por:

Bach. QUICHUA CABANA, WILSON

Bach. QUICAÑA SANCHEZ, EDWIN

**AYACUCHO- PERÚ
2013**

INDICE

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
RESUMEN	III
INTRODUCCION	01
CAPITULO I	07
REVISION DE LA LITERATURA	
CAPITULO II	39
MATERIALES Y METODOS	
CAPITULO III	43
RESULTADOS	
CAPITULO IV	54
DISCUSION	
CONCLUSIONES	71
RECOMENDACIONES	73
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	74
ANEXOS	79

Con eterna gratitud a DIOS por darme la vida y salud. Permitirme día a día superarme.

A mis padres y familiares por su apoyo incondicional en cada momento de mi vida.

A todas las personas que siempre estuvieron a mi lado apoyándome incondicionalmente en mi vida personal y profesional.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, Alma Mater, por permitirnos lograr alcanzar nuestra profesión con sentido social y humano.

A la Facultad de Enfermería y a su plana docente, por guiarnos durante el transcurso de nuestra formación de Pre Grado.

A los usuarios del consultorio de Diabetes del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena". Ayacucho, que facilitaron la información pertinente para el presente estudio.

Al asesor de nuestra investigación Lic. Edward Barboza Palomino (UNSCH) por guiarnos en todo el proceso de la investigación.

A nuestros familiares y amigos que nos brindaron el apoyo necesario e incondicional en todo momento para concluir el trabajo.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTOBAL DE HUAMANGA



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**“CONOCIMIENTOS DE AUTOCUIDADO DE USUARIOS DIABETICOS QUE ASISTEN
A LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO
2013”**

Autores:

Quicaña Sanchez, Edwin y Quichua Cabana, Wilson

RESUMEN

La presente es una investigación descriptiva – correlacional, cuyo **objetivo** es determinar el conocimiento del autocuidado de usuarios diabéticos que asisten a los consultorios externos del Hospital Regional de Ayacucho 2013. Para ello los **materiales y métodos** significaron revisar y aplicar el Cuestionario de nivel de conocimiento de diabetes; adaptado a nuestra realidad de Dora Florencia Hernández Gómez de Dubón. Facultad de Ciencias Médicas - USAC - Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala considerando las variables conocimiento y autocuidado en la alimentación, actividad física, en el tratamiento y cuidado de los pies. La muestra estuvo conformada por 100 usuarios diabéticos de 40 a 60 años que asistieron a la consulta Externa del Hospital Regional de Ayacucho, durante el mes de abril del 2013. Los **resultados** indican que los usuarios que acuden a los consultorios externos de diabetes tienen conocimientos limitados del autocuidado en la alimentación, actividad física, en el tratamiento y cuidado de los pies. **En conclusión:** el conocimiento del autocuidado en la diabetes está asociado al grado de instrucción y asistencia a la consulta por parte del usuario diabético.

Palabras clave: Autocuidado en diabetes, Conocimiento de diabetes.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTOBAL DE HUAMANGA



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**"KNOWLEDGE OF SELF-MANAGEMENT OF DIABETIC USERS THAT ATTEND
CLINICS OUTSIDE OF THE REGIONAL HOSPITAL OF AYACUCHO. 2013"**

Authors:

Quicaña Sanchez, Edwin y Quichua Cabana, Wilson

ABSTRACT

This is a descriptive research - correlational, whose objective is to determine the knowledge of self-management of diabetic users who attend the outpatients of the Regional Hospital of Ayacucho 2013. So materials and methods meant to review and apply the knowledge of diabetes questionnaire; adapted to our reality of Dora Florencia Hernández Gómez de Dubón. Faculty of medical sciences - USAC - National School of nursing of Guatemala whereas the variables knowledge and self-care in nutrition, physical activity, in the treatment and care of the feet. The sample was conformed by 100 diabetic users from 40 to 60 years who attended the outpatient of the Regional Hospital of Ayacucho, during the month of April 2013. The results indicate that the users who come to the outpatients of diabetes have limited self-care in nutrition, physical activity; the results indicate that the users who come to the outpatients of diabetes have limited self-care in nutrition, physical activity, knowledge in the treatment and care of the feet. In conclusion: the knowledge of self-care in diabetes is associated with the degree of instruction and assistance to the inquiry by the diabetic user.

Key words: self-care in diabetes, knowledge of diabetes.

INTRODUCCIÓN

En el mundo, alrededor de un 20% de adultos mayores son portadores de diabetes mellitus y casi un 40% presenta intolerancia a la glucosa. El tipo de diabetes más frecuentemente presentado por el adulto mayor es la diabetes tipo 2 acentuada por el proceso de envejecimiento y con una insulina deficiencia relativa¹.

Cerca del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. En el año 2010, se han registrado 55,4 millones de personas con diabetes en América, de los cuales, 18 millones están en América Central y Sur y 37,4 millones en Norte América y el Caribe. En el Perú, la diabetes mellitus, es una enfermedad que afecta a casi 2 millones de personas y es la décimo quinta causa de mortalidad².

Entre las condiciones crónicas de salud, se destaca la diabetes mellitus por la elevada tasa de morbimortalidad, así como por la creciente tendencia de su prevalencia. La Asociación Americana de Diabetes resalta que la diabetes mellitus requiere cuidado clínico y educación continua para prevenir sus complicaciones agudas y crónicas. Cualquier intervención diseñada para mejorar el control metabólico en la diabetes o para reducir la probabilidad de

complicaciones agudas y crónicas logra su cometido al influir en el autocuidado de los pacientes. El éxito o fracaso del autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2 está determinado por los siguientes aspectos: a) el tratamiento y la enfermedad (complejidad del tratamiento, duración de la enfermedad y prestación de la atención médica); b) los factores intrapersonales (edad, sexo, autoestima, auto efectividad, estrés, depresión y abuso de alcohol); c) los factores interpersonales (calidad de la relación entre los pacientes y los prestadores de la atención y apoyo familiar y social); d) los factores ambientales (las situaciones de alto riesgo y los sistemas ambientales)³

Los pacientes con diabetes mellitus y otras enfermedades a menudo tienen dificultades para adoptar cambios en su estilo de vida y completar las actividades de autocuidado; la causa es multifactorial y obedece a las características de los pacientes tales como nivel de instrucción y características del escenario clínico⁴. No obstante, hay pacientes que están involucrados en forma activa en su cuidado y toman decisiones de manera conjunta con su proveedor; estos son los que pueden tener menor dificultad para efectuar las actividades de autocuidado.

La carga que la diabetes representa para la sociedad y las personas se relaciona principalmente con un aumento de la discapacidad y la mortalidad prematuras por las complicaciones. Se cree que las complicaciones de la diabetes y la mortalidad prematura causada por esta enfermedad empeoran por la deficiente calidad de la atención. El riesgo de morir por enfermedades cardiovasculares y por todas las demás causas es entre dos y tres veces

más alto en las personas con diabetes, en comparación con sus semejantes sin diabetes⁵.

En la región de Ayacucho, según el documento técnico Carga de enfermedad en el marco de la implementación de los pilotos de aseguramiento universal en salud, describe que "...la tasa de pacientes atendidos por diabetes mellitus equivale al 2.3%, desconociéndose su epidemiología en función a los atributos de la persona, espacio y tiempo, necesaria para determinar que grupos son más vulnerables a la enfermedad y dónde se concentran con mayor frecuencia"⁶. Esta información diagnóstica permitirá la implementación de planes y programas de prevención, tratamiento y mejor control de la diabetes mellitus tipo II.

A la fecha, en el Hospital Regional de Ayacucho se han incrementado los casos de diabetes mellitus en la población adulta mayor⁷, quienes acuden a este nosocomio por complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad. La preocupación se origina debido a que en el 2009 solo se tenían 70 casos, al 2012 se incrementaron a 150 casos y lo peor es que la población no toma consideración hasta sufrir las complicaciones de esta enfermedad.

El autocuidado es definido como un proceso por medio del cual una persona no profesional actúa en la prevención, detección y tratamiento. El autocuidado está relacionado con actividades deliberadas que el individuo debe realizar para alcanzar un mejor estado de salud y bienestar. De esta forma, el cuidado integral a la persona con diabetes debe comprender aspectos psicosociales y culturales. Siendo la educación terapéutica fundamental para informar, motivar y fortalecer a la persona y familia, de

modo que pueda convivir con la condición crónica, y cada atención debe ser reforzada la percepción de riesgo a la salud, el desarrollo de habilidades y la motivación para superar ese riesgo⁸.

Teniendo en cuenta la realidad que presentamos planteamos la siguiente interrogante: ¿Qué conocimientos de autocuidado tienen los usuarios diabéticos que acuden a los Consultorios Externos del Hospital Regional de Ayacucho?; por ello, se propuso el estudio titulado: CONOCIMIENTOS DE AUTOCUIDADO DE USUARIOS DIABETICOS QUE ASISTEN A LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO 2013. El objetivo general fue determinar el conocimiento del autocuidado de usuarios diabéticos que asisten a los consultorios externos del Hospital Regional de Ayacucho 2013; y los objetivos específicos:

- Caracterizar al usuario diabético que asiste a los consultorios externos del Hospital Regional de Ayacucho según edad, género, grado de instrucción, procedencia, tiempo de enfermedad, frecuencia de asistencia al consultorio, antecedentes familiares.
- Identificar el conocimiento del usuario diabético hacia el autocuidado en la alimentación, en la actividad física, en el tratamiento farmacológico y en el cuidado de los pies.

Esta investigación permite establecer estrategias para disminuir el problema en nuestra localidad.

Frente a estas consideraciones se formuló la hipótesis de investigación, el conocimiento del autocuidado de usuarios diabéticos que asisten a los

consultorios externos del Hospital Regional de Ayacucho es de regular a insuficiente.

El diseño metodológico fue, investigación cuantitativa, tipo de diseño no experimental de corte transversal, descriptivo, correlacional.

La población son los usuarios diabéticos de 40 a 60 años que asistieron a la consulta externa del Hospital Regional de Ayacucho, durante el mes de abril del 2013; según el reporte de la Unidad de Diabetes son 150 usuarios y la muestra constituida por 100 usuarios elegidos de acuerdo a los criterios establecidos; a quienes se aplicó el cuestionario de nivel de conocimiento de diabetes; adaptado a nuestra realidad de Dora Florencia Hernández Gómez de Dubón. Facultad de Ciencias Médicas - USAC - Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. La calificación del conocimiento del autocuidado tuvo los siguientes criterios: conocimiento suficiente: 22 – 30 puntos; conocimiento Regular: 16 – 21 puntos y conocimiento Insuficiente: < de 15 puntos. Se agruparon los datos de acuerdo a la naturaleza de las variables, para tal fin se creó una base de datos en el programa Excel, para ser procesados con el paquete estadístico SPSS versión 20. Para el análisis de datos se empleó la prueba estadística del Chi Cuadrado para determinar la dependencia o asociación de las variables en estudio.

Los resultados muestran que los usuarios que acuden a los consultorios externos de diabetes tienen conocimientos regulares e insuficientes del autocuidado en la alimentación, actividad física, en el tratamiento y cuidado de los pies y se concluye que el conocimiento del

autocuidado en la diabetes está asociado al grado de instrucción y asistencia a la consulta por parte del usuario diabético.

Se identificaron algunas dificultades relacionadas a la disposición de los usuarios para la recolección de la información.

La presente investigación tiene la siguiente estructura: Introducción; Revisión de la Literatura, Resultados y Discusión; Conclusiones, Recomendaciones, Referencias Bibliográficas y Anexos.

CAPITULO I
REVISION DE LA LITERATURA

1.1.ANTECEDENTES REFERENCIALES:

1.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

VERA y Azzollini, 2002 en la investigación: "Actitudes, afrontamiento y autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2". Buenos Aires. Propone como objetivo: Conocer las actitudes hacia la diabetes, su influencia sobre las estrategias de afrontamiento y la adhesión al autocuidado, según edad, género, nivel sociocultural y locus de control de los pacientes con diabetes tipo 2 que concurren a hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. El estudio es de tipo descriptivo y transversal. Ante una muestra sistemática de 337 pacientes se administraron cuestionarios de datos personales, laborales y familiares, escala de locus de control, inventario de afrontamiento, escala sobre prácticas de autocuidado y sobre actitudes hacia la patología. Los datos fueron analizados estadísticamente. Los resultados obtenidos fueron: Los pacientes con una actitud positiva o neutra hacia la enfermedad presentaron una media significativamente superior ($p < 0,001$) en la valoración como desafío que quienes adoptaron una actitud negativa. La valoración en cuestión mostró correlaciones positivas y significativas con los afrontamientos activos. Este tipo de afrontamiento, a su vez, exhibió una correlación positiva con el cumplimiento de las pautas de autocuidado. Las conclusiones son: Los hallazgos ponen de manifiesto la importancia de la

educación diabetológica relacionada con el componente cognitivo de la actitud. Sin embargo, este factor resulta insuficiente para lograr una adhesión plena a los tratamientos⁹

BACA y otros. 2003 en el estudio "Nivel de conocimientos del diabético sobre su autocuidado"; tuvo como objetivo: identificar el nivel de conocimiento que el usuario diabético tiene sobre su autocuidado, se realizó una encuesta descriptiva a 94 diabéticos hospitalizados en los servicios de medicina interna y cirugía del hospital general regional no. 1 de Culiacán Sinaloa: se incluyeron diabéticos de 20 y más años de edad, con más de 72 horas de hospitalización en el servicio. Se utilizó un cuestionario que contempló aspectos sociodemográficos como son edad, sexo, escolaridad, nivel de conocimiento del usuario diabético sobre su autocuidado, contemplando aspectos como ejercicio, alimentación, cuidado de los pies y tratamiento farmacológico. Los resultados obtenidos fueron, en la población estudiada el 56% son del sexo masculino, con un promedio de 60 años de edad con una desviación estándar de + - 12.36. El nivel de conocimiento del diabético sobre su auto cuidado fue insuficiente en un 79 %. Las conclusiones son: los usuarios diabéticos tienen conocimientos insuficientes sobre su autocuidado, los aspectos sobre los que más conoce son el ejercicio y la alimentación, no así el cuidado de sus pies y lo relacionado al tratamiento farmacológico¹⁰.

DÍAZ y otros 2003. En la investigación titulada: "Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo II". Tuvo como

objetivo: Cuantificar la prevalencia y los factores asociados al autocuidado de la salud en pacientes con diabetes tipo II; mediante muestreo probabilístico fueron seleccionados 200 pacientes diabéticos tipo II a quienes se aplicó una encuesta transversal analítica. Se aplicó un cuestionario relacionado con el autocuidado de la salud; se investigó además el nivel de glucemia, factores socio demográfico, cultural y psicológico, analizado a través de la razón de momios de prevalencia. El resultado obtenido fue: Se encontraron 125 pacientes con autocuidado (65%) que conformo el grupo A. Por otro lado, los pacientes que estaban sin autocuidado fueron 75 (37.5%) integrados en el grupo B. Para el grupo A el nivel de glucemia en ayunas fue de 170 mg/dl, mientras que el grupo B fue de 202. $p < 0.05$. La familia desintegrada tuvo un riesgo de 4.62 $p < 0.00$ para la práctica del autocuidado. No padecer ansiedad o depresión ($p = 0.00$) fue un factor favorable. Las conclusiones: La prevalencia del autocuidado encontrada coincide con otros reportes. Los pacientes con autocuidado tuvieron cifras de glucemia significativamente menor, sin alcanzar el control metabólico. El principal factor relacionado con el autocuidado se encuentra en la familia, por lo que es necesario promover la integración y apoyo familiar¹¹.

GALLARDO y otros. 2008. En el estudio: "Conocimientos y conductas de los pacientes con diabetes mellitus sobre el pie diabético" La Habana, Cuba. Identificaron los conocimientos y conductas de los pacientes con diabetes mellitus sobre el pie diabético, realizaron un

estudio cualitativo en 2 consultorios del Policlínico "Hermanos Ruíz Aboy", del Municipio San Miguel del Padrón, Cuba. Organizaron 4 grupos focales, con un total de 28 participantes de ambos sexos, entre 50 y 80 años de edad. La mayoría de los pacientes mostró falta de conocimientos sobre la definición de pie diabético y sus factores de riesgo. Los pacientes realizan un autocuidado insuficiente de sus pies y asumen conductas de riesgo por la falta de educación. Consideramos importante reforzar el componente educativo en la atención integral de los pacientes con diabetes mellitus para elevar su nivel de conocimientos, crear hábitos saludables y evitar la aparición del pie diabético. La técnica del grupo focal constituyó un instrumento rápido y efectivo para la obtención de información¹².

GACK y otros. 2009. En el estudio "Conocimiento de las prácticas de autocuidado en los pies de los individuos con diabetes mellitus atendidos en una unidad básica de salud". Guatemala. Los resultados mostraron que la mayoría de los pacientes investigados eran del sexo femenino, tenían más de 40 años, presentaban hipertensión arterial y tenían un tiempo medio de diagnóstico de Diabetes de 8 años. Los pacientes presentaban glicemia elevada, problemas en los pies, como callos, y fisuras, referían tener conocimiento sobre prácticas de autocuidado, concluyen que el conocimiento de las características presentadas por los *portadores de Diabetes atendidos* en los servicios básicos de salud, es de gran importancia para

subvencionar las acciones de los enfermeros dirigidas al manejo y control de esta enfermedad en la población¹³.

1.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

REYES, 2007. En el estudio "Nivel de conocimiento y estilo de vida de las personas diabéticas. Hospital III Es Salud Chimbote-2007"; obtuvo las siguientes conclusiones: el 65% de personas diabéticas presentan un nivel de conocimiento regular, seguido de un 23% deficiente y un 12% bueno. Asimismo, el 79% de personas diabéticas presentan un estilo de vida más adecuado y un 21% menos adecuado; existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y estilo de vida, es decir ambas variables son independientes¹⁴.

HIJAR, 2008. En la investigación: "Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión". Los hallazgos más significativos fue que la mayoría de pacientes y familiares tienen un nivel de conocimiento medio, tanto en la dimensión conocimientos sobre la enfermedad como en la dimensión conocimientos sobre los cuidados en el hogar, pero también los resultados muestran que hay un gran número de pacientes y sus familiares que tienen un nivel de conocimiento bajo sobre la enfermedad y sobre los cuidados en el hogar, y aproximadamente la quinta parte tienen un nivel de conocimiento alto¹⁵.

CABRERA y otros. 2009 En el estudio "Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chincha EsSalud", su objetivo fue determinar el nivel de conocimientos sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas, en usuarios del Policlínico Chincha EsSalud, estudio descriptivo de corte transversal, incluyó a 243 usuarios que pertenecían al programa de diabetes mellitus durante el mes de junio de 2009. La técnica usada fue una encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado de 24 preguntas, previa firma del consentimiento informado. Para determinar la validez y confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto utilizando la prueba de correlación biserial puntual y Kuder Richardson respectivamente, luego de que el Comité de Ética aprobó el proyecto de investigación. Los resultados fueron los siguientes: se encontró que del total de pacientes que asistían al programa de diabetes, el 54,7% presentó conocimiento medio, el 30,0 % conocimiento bajo y 15,3 % conocimiento alto; con respecto al autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas. La conclusiones al que arribaron es: se evidenció que los pacientes del programa de diabetes presentaron un nivel de conocimiento medio sobre el autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas¹⁶.

MAQUI, VARGAS. 2009. En la investigación: "Conocimientos y autocuidado en adultos diabéticos. Hospital Belén de Trujillo, 2009; llegó a las siguientes conclusiones, que la mayoría de adultos

diabéticos tiene un nivel de conocimiento deficiente. Casi la mitad de la población tiene nivel de autocuidado regular. Existe relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre las variables de estudio: nivel de conocimientos y el nivel de autocuidado de los adultos diabéticos al aplicar la prueba estadística de Chi cuadrado¹⁷.

TELLO y otros. 2011. En el estudio Conocimientos, actitudes y prácticas de las medidas preventivas de la diabetes mellitus tipo 2 en los trabajadores mayores de 35 años de los centros de aplicación: Productos UNION y editorial imprenta UNION de la Universidad Peruana Unión - Lima, 2011. Se concluye que El nivel de conocimientos sobre las medidas preventivas de la diabetes Mellitus tipo 2, en los trabajadores mayores de 35 años, en su mayoría bueno (51.3%), aunque existe también un 3.8% de la población presentó conocimientos malo. Las actitudes frente a las medidas preventivas, son favorables (53.8%), sólo un 1.3% presentó actitud desfavorable. Referente al nivel de prácticas sobre las medidas preventivas de la diabetes Mellitus tipo 2, que presentan los trabajadores mayores de 35 años en mayoría fue regular (37.5%), muy malo (3.8%) y malo (25%)¹⁸

1.1.3. ANTECEDENTES REGIONALES

CONGA, HUAMAN. 2007. En la investigación "Factores psicosociales asociados al nivel de conocimientos en prevención de complicaciones en pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo II. Hospital regional Ayacucho 2007". Se concluye que: Existe relación

estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre las variables de estudio: nivel de conocimientos en prevención de complicaciones con los factores psicosociales de los adultos diabéticos¹⁹.

1.2. BASE TEORICA CONCEPTUAL

CONOCIMIENTO

Es el entendimiento, inteligencia, razón natural. Aprehensión intelectual de la realidad o de una relación entre los objetos, facultad con la que nos relacionamos con el mundo exterior. Conjunto de saberse sobre un tema o sobre una ciencia.

La adquisición del conocimiento está en los medios intelectuales de un hombre (observación, memoria, capacidad de juicio). A medida que crece el conocimiento se da tanto el cambio cualitativo por haber en ello un incremento de reorganización del conjunto y de adquisición de los mismos²⁰.

El conocimiento se define a través de una disciplina llama epistemología, una doctrina filosófica que se conoce como la teoría del conocimiento. La epistemología define el conocimiento como aquel conjunto de saberes, que como veremos se dan a diferentes niveles, que poseemos sobre algo. Desde esta misma disciplina, es que, para tener una comprensión más adecuada de lo que resulta ser el conocimiento, es que se ha hecho una división de los tres niveles de conocimiento, el conocimiento sensible, el conceptual y el holístico. En primer lugar, el conocimiento sensible es aquel que se adquiere a través de la captación de un objeto por medio de los sentidos, que en

el caso de los seres humanos los más desarrollados son el oído y la vista, de este modo, somos capaces de almacenar en nuestra memoria las imágenes de todos los objetos que observamos a diario, con sus características particulares.

En cuanto al conocimiento conceptual, se trata de aquel que se forma a partir de un conjunto de representaciones definidas como invisibles, inmateriales, universales y esenciales. La diferencia más significativa entre el conocimiento sensible y el conceptual radica en que el primero es un conocimiento particular de cada persona, en el que cada uno ve y define los conceptos y los objetos con las características propias, mientras que el conceptual hace referencia a la universalidad de los conceptos y objetos, aquellos que todos comprendemos de la misma manera, sin añadirle características propias.

Y aparte a lo que se entiende en el mundo académico de lo que es el conocimiento, encontramos a las tradiciones religiosas y contemplativas, que distinguen entre el conocimiento relativo, que viene a ser el relacionado con el mundo material, sus percepciones y sensaciones, y el conocimiento absoluto o real, que vendría a ser el conocimiento de Dios o de lo que es eterno; por lo mismo se habla del estado ordinario del ser humano como uno de "ignorancia", que se debe superar a través de la contemplación de lo real o absoluto.

Como vemos se trata de un concepto de difícil definición, lo que lo ha mantenido como uno de los temas presentes a lo largo de la historia

en la filosofía, permitiendo incluso que una rama completa de ella se dedicara al estudio y comprensión del conocimiento.

CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

Llamado Conocimiento Crítico, no guarda una diferencia tajante, absoluta, con el conocimiento de la vida cotidiana y su objeto puede ser el mismo. Intenta relacionar de manera sistemática todos los conocimientos adquiridos acerca de un determinado ámbito de la realidad. Es aquel que se obtiene mediante procedimientos con pretensión de validez, utilizando la reflexión, los razonamientos lógicos y respondiendo una búsqueda intencional por la cual se delimita a los objetos y se previenen los métodos de indagación.

CONOCIMIENTO EMPÍRICO

El conocimiento empírico, es obtenido a través de la experiencia práctica. Se compone de datos aislados basados en la observación y la experiencia, pero carece de la organización sistemática que caracteriza al conocimiento científico. Aún se utiliza en algunas áreas del conocimiento como en la medicina²¹.

AUTOCUIDADO:

Prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud, se previenen enfermedades, se tratan síntomas. Acciones que grupos sociales o comunidades desarrollan en beneficio de la salud colectiva”²²

El autocuidado significa cuidarse uno mismo a través de las acciones que se realizan en beneficio de la propia salud. Enfermería enfoca

holísticamente al ser humano para los cuidados de la salud, y vela por la recuperación, rehabilitación, prevención de las enfermedades de todos los usuarios, familia y comunidad, a través de la promoción utilizando como herramienta principal la educación en salud.

Orem, Dorothea define "El autocuidado como una actividad del individuo aprendida por éste y orienta hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar"²³

"Los expertos han identificado tres aspectos donde el auto-cuidado se manifiesta dentro de los estilos de vida y en los cuáles se puede intervenir:

a- Nuevos hábitos: que son los que se dan en como estructuramos nuestra vida cotidiana, algunos pueden afectar de algún modo nuestra salud, por ejemplo el hábito de fumar. Esta es una oportunidad para fomentar nuevos hábitos en favor de la salud.

b- Conductas de mantenimiento conscientes e intencionadas que buscan mantener la salud: como hacer ejercicio o acudir a programas de detección temprana. La enfermera puede fortalecer y dar seguimiento a estas conductas cuando las haya identificado en los usuarios.

c- Conductas de respuestas a síntomas de enfermedad: por ejemplo monitorear el nivel de glucosa en sangre (diabetes) o la presión

arterial (hipertensión), acudir a los servicios de salud frente a síntomas alarmantes de la enfermedad”²⁴

El personal de enfermería con la población diabética hace énfasis en el autocuidado enfocando a la prevención de complicaciones y manejo de la enfermedad, y en donde el reto del auto-cuidado es tomar decisiones y seleccionar opciones con relación a temas como, dieta, descanso, actividad física, síntomas, la medicación, monitoreo, decisiones sobre dónde y cómo buscar ayuda entre otras. Esto se hace indispensable e importante porque el paciente adquiere la habilidad de cómo cuidarse y de cómo hacerlo, contribuyendo a mejorar el estado de salud de sí mismo a través de identificar las necesidades que requieren buscar atención médica periódicamente favoreciendo a disminuir los ingresos hospitalarios a causa de las complicaciones de la enfermedad el cual altera los siguientes factores: laboral, social, familiar y económico, así mismo al incremento de la mortalidad.

DIABETES MELLITUS

“La diabetes mellitus es un conjunto heterogéneo de alteraciones, caracterizadas por la elevación de la concentración de glucosa en la sangre o hiperglicemia. Normalmente, en la sangre circula cierta cantidad de glucosa, la cual se forma en el hígado a partir de los alimentos ingeridos. La insulina hormona producida por el páncreas controla la concentración de glucosa en la sangre al regular su producción y almacenamiento”²⁵

La diabetes mellitus se puede definir como una enfermedad crónica degenerativa y progresiva para los pacientes que se les diagnostica considerada a nivel mundial como una pandemia. Reduce la capacidad del organismo para responder a la insulina, o como bien se dice que el páncreas deja de producir dicha hormona, conduciendo a una alteración o elevación de la misma, deteriorando la calidad de vida de la persona trascendiendo en que los pacientes diabéticos tienen que ausentarse de sus trabajos ocasionando mayores gastos médicos y de medicamentos, debido a las complicaciones graves que ésta alteración provoca, afectando también su vida social ya que muchos de estas personas prefieren no asistir a eventos sociales por la dieta especial que deben llevar. La diabetes mellitus es una enfermedad que se puede controlar y mantener entre los niveles normales de glucosa en sangre y evitar las complicaciones sistémicas del organismo. Esto se puede lograr con la ayuda de dieta, ejercicio, tratamiento médico, equilibrio entre el aspecto físico, social, intelectual y espiritual, pero principalmente la actitud positiva del paciente.

La alteración física del ser humano es causa de estados depresivos, de baja autoestima y actitud negativa debido a que actualmente las personas llevan un ritmo de vida agitada, agotamiento mental producto de la rutina diaria de la vida influyendo directa e indirectamente en la salud provocando un grado alto de estrés, siendo el factor principal causante de enfermedades degenerativas como es el caso de la

diabetes mellitus el cual complica la vida física, social y espiritual del ser humano.

FISIOPATOLOGÍA

“El mantenimiento de la glucemia en una persona depende de: Secreción de insulina, acción periférica de la insulina en los tejidos sensibles (músculo y tejido adiposo y control de la insulina sobre la producción hepática de glucosa”²⁶

El descontrol en la homeostasia de estos tres factores influye directamente en que la diabetes mellitus sea diagnosticada especialmente la tipo 2, esto es imprescindible cuando el paciente genéticamente está predispuesto a padecer dicha patología, y existe más frecuentemente cuando los factores de riesgo que se mencionan anteriormente se encuentran presentes en la vida diaria de la población.

FACTORES DE RIESGO

“Los factores de riesgo para Diabetes Mellitus son: Edad, mayores de 40 años., descendencia hispana, sobrepeso u obesidad, obesidad infantil o de la adolescencia (IMC percentil 90 para la edad y género), historia familiar previa de Diabetes Mellitus tipo 2, antecedentes de hipertensión arterial, madres con hijos macrosómicos (> 4 Kg. al nacer), Antecedentes de DM gestacional, antecedentes de hiperlipidemia, recién nacidos de bajo peso al nacer”²⁷

Actualmente se identifican múltiples factores de riesgo de padecer diabetes mellitus, cuyos factores son responsabilidad de los estilos y

hábitos de vida, ya que dentro de la sociedad prevalece la alimentación inadecuada (consumo de muchos carbohidratos y lípidos), sedentarismo, estrés, entre otros, siendo principalmente agentes causantes del desencadenamiento de dicha patología.

COMPLICACIONES AGUDAS DE LA DIABETES MELLITUS

“Las complicaciones encontradas, los ingresos hospitalarios y los fallecimientos en una proporción con certeza importante, evidentemente son el reflejo del estilo de vida de esta población diabética. Incuestionablemente que un estilo de vida inadecuado conduce a un mal control metabólico, lo que es conocido como un factor de primer orden en la aparición de las complicaciones secundarias a esta enfermedad”²⁸

Las complicaciones de la diabetes mellitus son prevenibles por medio de las prácticas saludables de autocuidado y de la actitud positiva que el paciente requiere para convivir con la enfermedad. Los estilos de vida de la población diabética deben ser modificados desde que el médico diagnostica la enfermedad para una mejor calidad de vida. La intervención de enfermería es indispensable ya que a través de la educación en salud el paciente logra adquirir conocimientos sobre autocuidado, habilidad de las prácticas de autocuidado y sobre todo una actitud positiva ya que son requisitos imprescindibles para evitar dichas complicaciones que conllevan a los ingresos hospitalarios y la mortalidad de la población que padece dicha enfermedad.

CETOACIDOSIS DIABÉTICA “Para que ocurra la cetoacidosis diabética es necesaria la combinación de una deficiencia de insulina y un aumento relativo o absoluto de la concentración de glucagón. Este estado suele producirse al suspender la insulina, o como consecuencia del estrés físico (p. ej. Infección), cirugía, o emocional, mientras se mantiene el tratamiento insulínico.”²⁹

Esta complicación se presenta en paciente con diagnóstico de diabetes mellitus insulino dependientes debido a la falta de producción de insulina por las células beta del páncreas y a la inadecuada administración de insulina como tratamiento médico o también puede ser provocada por otros factores como el estrés intenso o una cirugía siendo causa para necesitar más insulina de lo normal. El organismo cuando no tiene insulina suficiente para el metabolismo de la energía hace uso de las cetonas del hígado como fuente de energía de emergencia pero cuando se utilizan durante mucho tiempo el paciente se enferma por la elevación y acumulación de las cetonas en el cuerpo, provocando acidez en la sangre e interfiriendo con el funcionamiento normal de los órganos ya que estas son tóxicas en concentraciones elevadas produciendo síntomas como vómitos, dolor abdominal, hipotensión, coma y hasta la muerte. Este tipo de descompensación de la diabetes mellitus requiere de una hospitalización para su tratamiento médico.

La intervención de enfermería es muy importante para ayudar a que el paciente tenga una pronta recuperación, rehabilitación de su salud,

haciendo énfasis en la prevención de la cetoacidosis diabética y que consiste en realizar una dieta estricta, control de la glucosa periódicamente y seguir un régimen de insulina según prescripción médica.

COMA DIABÉTICO: “El coma diabético es la consecuencia más grave de la diabetes y por ello de peligro mortal. En un coma diabético pueden presentarse valores de glucosa en la sangre de 1000 mg/dl (los valores normales de glucosa en la sangre son de 60 a 120 mg/dl). Además, ocurre una sobre acidificación de la sangre (acidosis metabólica). Este coma es ocasionado por infecciones, errores en la alimentación (demasiados carbohidratos) o en el caso de diabéticos que se inyectan insulina, por una dosificación errónea de la insulina”

El paciente diabético debe cumplir a cabalidad todas las indicaciones médicas sobre el tratamiento: alimentación, ejercicio físico, medicación, control de glucosa, entre otros. El personal de enfermería tiene la obligación ética y moral de lograr el bienestar del paciente a través del proceso enseñanza- aprendizaje, siendo importante investigar cuál es la causa de la alteración de los valores normales de la glucosa en sangre provocando una de las complicaciones más graves de la diabetes mellitus como es el coma diabético, así mismo propiciar las acciones dirigidas al cambio de conducta que permitan rehabilitar, recuperar, conservar y beneficiar la salud del paciente.

HIPERGLUCEMIA: Es la elevación del nivel de glucosa en sangre por encima de los niveles normales pre-pandrial de 110 mg/dL en

ayunas o 180 mg/dL post-prandial. Esta alteración suele presentarse en el paciente por la falta de conocimiento en relación a la importancia de la hora, fecha, medicamento y dosis que debe administrarse de insulina, el cual debe ser según prescripción médica para evitar errores que favorecen al ingreso hospitalario del paciente afectando los factores siguientes: económico, laboral, social, familiar y emocional. También es producto del consumo excesivo de carbohidratos ya que la insulina tiene efecto en el metabolismo porque a su vez la glucosa que pasa al torrente sanguíneo provoca en las células beta del páncreas secreción rápida de insulina para su debida captación y almacenamiento de la glucosa en todos los tejidos del organismo.

HIPOGLUCEMIA: “El sistema nervioso central obtiene casi toda la energía del metabolismo de la glucosa, y que para ello la insulina no es necesaria. Sin embargo, si la insulina provoca disminución importante de la glucemia, el metabolismo del sistema nervioso central sufre en forma indirecta. Al disminuir la glucemia hasta 50 a 70 mg/dl, el sistema nervioso central suele hacerse muy excitable, pues este grado de hipoglucemia parece facilitar la actividad neuronal. A veces se producen varios tipos de alucinaciones, pero es más frecuente que haya simplemente nerviosismo, sudoración intensa y temblores generalizados. Cuando la glucosa desciende hasta 20 y 50 mg/dl, son frecuentes las convulsiones clónicas y la pérdida de conciencia. Si las cifras bajan más, las convulsiones cesan y se instaura el coma.”³⁰

La hipoglucemia consiste en la disminución del nivel de glucosa en sangre por debajo de los 50 mg/dl. El tratamiento del paciente diabético está enfocado en implementar un plan de ejercicio físico diariamente que evite el sedentarismo y el reposo de la glucosa en el tejido adiposo, dieta adecuada sin disminuir la ingesta de carbohidratos, medicación según prescripción médica, autocontrol de la glucosa en sangre y control del estrés.

La intervención del personal de enfermería, por ende, tiene que hacer énfasis en todas las medidas preventivas de estas complicaciones agudas de la enfermedad como lo es la sobredosificación de insulina o hipoglucemiantes, disminución de alimentación, exceso de actividad física ya que son prácticas deficientes de autocuidado de la enfermedad y requiere que el paciente desarrolle a través de la implementación de un plan educativo el cual es básico para la calidad de vida del paciente y de su pronóstico. Aquí es muy importante la participación de otras disciplinas como Nutrición, Psicología, Medicina Interna o General, Trabajo Social y Auxiliar de Enfermería, entre otras.

COMPLICACIONES CRÓNICAS DE LA DIABETES MELLITUS

“Las complicaciones de la diabetes mellitus de larga evolución, como la (microangiopatía) alteraciones en las membranas basales de los vasos de pequeño calibre. (Arteriosclerosis) arterias, (retinopatía) retina, (nefropatía) riñones y (neuropatía) otros tejidos, y existen daños clínicos de alteración en la función de estos órganos”³¹

Estas complicaciones se dan especialmente en un paciente diagnosticado con diabetes mellitus y con frecuencia a causa del desequilibrio metabólico de la glucosa en el organismo ocasionado por diversos factores, pero en muchas ocasiones se presentan por el desconocimiento de la enfermedad o por la actitud negativa del paciente hacia las prácticas de autocuidado de sí mismo. Aquí es donde se necesita de la intervención de enfermería para que informe, eduque y comunique todas las prácticas de autocuidado que debe ejercer para evitar dichas complicaciones y sobre todo fomentar el optimismo y la motivación en el paciente para afrontar el pronóstico.

Entre las complicaciones más frecuentes se menciona la neuropatía de los tejidos como lo es: "Pie diabético el cual son diversos tipos de lesiones que pueden presentarse en los pies de las personas con diabetes como consecuencia de la asociación de enfermedad vascular periférica, neuropatía, deformaciones, ortopédicas, infecciones y traumatismos" ³²

Esa complicación crónica ocasionada por la destrucción de los vasos sanguíneos y tejidos blandos específicamente se da en miembros inferiores, el cual ocasiona amputación de dichos miembros contribuyendo a la discapacidad física en el paciente teniendo una trascendencia emocional, social, laboral y económica dentro de la sociedad. Así también las complicaciones de esta enfermedad son la causa principal de mortalidad general a nivel mundial como de nuestro país entre otras.

“En cualquier etapa de la diabetes las infecciones son signo diagnóstico y amenaza importante. Las razones son múltiples y variadas, incluyendo disminución en movilidad y potencia de los macrófagos, para fagocitar las partículas infecciosas y el substrato relativamente rico por la hiperglucemia para los microorganismos. Añádanse a estos factores disminución en la vascularización, particularmente en extremidades inferiores, causa de infecciones de mayor consideración”. Las infecciones en el paciente diabético constituyen un alto riesgo de ingresos hospitalarios, discapacidad física o hasta la muerte, debido a la incapacidad del organismo para defenderse del agente causal, haciendo énfasis que el aumento de la glucosa en sangre es un factor que predispone al paciente para sufrir infecciones porque la circulación en vasos sanguíneos disminuye principalmente en miembros inferiores.

TRATAMIENTO

“El tratamiento del paciente diabético debe encaminarse a mantener la salud general y una buena nutrición por medio de un régimen que conserve al paciente casi exento de azúcar”²⁶

El tratamiento de la diabetes mellitus se enfoca principalmente a la prevención de las complicaciones en el paciente a través de un régimen alimenticio adecuado que contribuya a conservar los niveles normales de glucemia. Enfermería juega un papel importante en el tratamiento del paciente diabético utilizando la educación y enseñanza sobre el autocuidado de sí mismo, enfatizando en que la medicación,

dieta, ejercicios físicos son parte fundamental para lograr establecer mejoras en la salud ya que la deficiencia de conocimientos sobre el tratamiento de la diabetes mellitus influye negativamente en la evolución de la enfermedad del paciente ya que esto permite la presencia de complicaciones agudas o crónicas permitiendo ingresos hospitalarios así mismo afecta la calidad de vida de sí mismo y de la familia o incluso provocar hasta la muerte.

La diabetes mellitus requiere de un tratamiento estricto para que su evolución sea estable sin complicaciones o alteraciones que pongan en riesgo la vida de los pacientes. Es necesario que la población diabética se interese y demuestre una actitud positiva y de cambio en los estilos de vida principalmente para mejorar la calidad de vida de sí mismo y de la familia.

MEDICAMENTOS: “Puede que su médico le indique algún medicamento para normalizar el azúcar en sangre. Este medicamento puede ser un fármaco oral (hipoglucemiante) o Insulina”²⁶

Dentro del tratamiento se encuentra la medicación del paciente dependiendo del tipo de diabetes diagnosticada. El medicamento, dosis, vía y horario dependerá del criterio médico.

El personal de enfermería realiza su intervención por medio de la enseñanza aprendizaje dirigido al paciente diabético especialmente sobre la administración correcta de estos medicamentos tanto orales (hipoglucemiante) como inyectados (insulina), haciendo énfasis en la dosis, vía y hora, sin alterar la orden médica, ya que de este proceso

depende mantener normal el nivel de glucemia en el organismo y evitar complicaciones como hipoglucemia, hiperglucemia, cetoacidosis diabética, coma diabética, entre otras, ya que generalmente son la causa principal de ingresos hospitalarios y la muerte del paciente. Por ende, es importante que el paciente diabético desarrolle diariamente las prácticas de autocuidado y cumpla adecuadamente el tratamiento para evitar las complicaciones inherentes de la enfermedad. Así mismo debe demostrar una actitud positiva ante la realización de dichas acciones de autocuidado para mantener un estado general de salud estable.

DIETA

“La dieta es la variedad de alimentos que existen y que cada uno es diferente debido a la cantidad de grasas, azúcares, carbohidratos, proteínas y que son vitales e importantes consumirlos diariamente, tomando en cuenta que las macromoléculas sean en proporciones equilibradas”³².

La dieta incluye todos aquellos alimentos nutritivos y balanceados que cada persona ingiere día con día, siendo de gran importancia las proteínas, carbohidratos, grasas. Tomando en cuenta que los estilos de vida saludables se han perdido dentro de la sociedad, adquiriendo malos hábitos alimenticios que se optan debido al tipo y horario de trabajo, estrés y situaciones que conllevan al ser humano a modificar su horario y calidad de alimentos.

“La nutrición del diabético tiene los siguientes objetivos: Proporcionar todos los constituyentes esenciales de la dieta (vitaminas y minerales), obtener y mantener el peso ideal, cubrir las necesidades energéticas, prevenir las grandes variaciones diarias de la glucemia y lograr concentraciones seguras y prácticas cercanas a la normalidad y disminuir la concentración de lípidos en sangre si está elevada”.

La población diabética debe obtener los conocimientos necesarios sobre la alimentación como parte del tratamiento de la enfermedad, así mismo es indispensable que se le proporcione una guía nutricional para evitar que por desconocimiento consuma alimentos no adecuados para su salud como ejemplo: comidas rápidas altas en grasas y calorías, gaseosas, bebidas con azúcar, jugos artificiales, carnes rojas y vísceras, entre otros. La deficiencia de prácticas de autocuidado y la actitud negativa ante el cambio de los hábitos alimenticios es un factor importante en el número de complicaciones existentes en la población diabética, debido a que la alimentación es parte del tratamiento que el paciente debe cumplir en un cien por ciento para evitar el deterioro de la calidad de vida.

El paciente diabético debe mantener una dieta estrictamente saludable y balanceada, así mismo mejorar la ingestión de los alimentos para mantener el control y el equilibrio del organismo favoreciendo las energías y los nutrientes que necesita la persona para sus actividades diarias. Por tal razón la dieta del paciente diabético debe cumplir con éstos cinco objetivos fundamentales que

de alguna manera controlan la glucemia, tomando como referencia los estilos de vida saludables tomando en cuenta la cultura, costumbres, actividad física y hora de comida de los pacientes y sobre todo a lo que más prefiere ingerir para que enfermería logre alentar y adaptar al paciente a un plan dietético que exige el tratamiento de la enfermedad y que será formulado con el único objetivo de contribuir a mantener el bienestar de su salud para que durante la práctica de la vida diaria el paciente implemente la dieta específica según la evolución de la enfermedad compartiéndola en 4 porciones digase desayuno, refacción, almuerzo, refacción y cena incluyendo todos los alimentos como ricos en fibra ya que esto favorece y mejora el control de la glucosa en sangre incluyendo la dieta baja en grasa y calorías para reducir los niveles de colesterol.

EJERCICIO FÍSICO: “El ejercicio es de extrema importancia en el tratamiento de la diabetes debido a sus efectos para disminuir la glucemia, así como los factores de riesgo cardiovasculares, al aumentar la captación de glucosa por los músculos y mejorar la utilización de la insulina, favorece la circulación y el tono muscular”³²

Como parte del tratamiento de la enfermedad es importante e indispensable que los pacientes posean el conocimiento sobre qué tipos de ejercicios físicos deben implementar en su estilo de vida a partir del diagnóstico de la diabetes mellitus, esto con el fin de prolongar la vida y mejorar la calidad de la misma, evitando el sedentarismo y la obesidad ya que éstos tienen un efecto nocivo en

la diabetes mellitus, resultando un producto de la inactividad física, hábitos inadecuados de alimentación, hiperlipidemia y tabaquismo siendo a nivel mundial los factores de riesgo más importantes para la salud del ser humano porque provocan enfermedades crónicas degenerativas las cuales ocupan las principales causas de muerte siendo la diabetes mellitus la mayor carga de enfermedad.

La población diabética debe realizar "Aquellos ejercicios que utilizan el metabolismo aeróbicos e involucran grandes grupos musculares por ejemplo: aeróbicos, baile, ciclismo, trotar, nadar, caminar, entre otros, si puede hacer ejercicios todos los días, si no, trate de hacerlo al menos 3 o 4 veces por semana por 30 minutos incluya tiempo de calentamiento y enfriamiento (caminando por ejemplo) y siempre inicie y termine con ejercicios de elongación. Lo importante es que tanto la intensidad, como la frecuencia y duración del ejercicio, vayan aumentando en forma progresiva"

El personal de enfermería interviene para evitar los factores de riesgo que afectan la salud del ser humano especialmente a la población diabética que por medio de la educación se le brindarán los conocimientos sobre los beneficios e importancia de la actividad física diaria explicando que es indispensable para contribuir al óptimo funcionamiento del organismo y que favorece a mantener un peso corporal adecuado. Haciendo énfasis que los ejercicios regularmente se deben optar para ayudar a controlar la cantidad de azúcar en la sangre y a quemar el exceso de calorías y grasa, ya que esto mejora

la circulación evitando problemas de latensión arterial, aumentando la energía y mejorando la capacidad para manejar el estrés y mantener una calidad de vida a través de los estilos de vida saludables siendo esto una realidad a medida que el paciente diabético elija o se incline por actuar positivamente ante todas las acciones de cambio que el tratamiento de la enfermedad requiere.

ENSEÑANZA AL PACIENTE PARA SU AUTOCUIDADO: “La diabetes es una enfermedad crónica que requiere tratamiento especial de por vida. El cual debe incorporar a su estilo de vida muchas medidas preventivas para evitar complicaciones”³²

La enseñanza no es más que brindar al paciente todos los conocimientos sobre la enfermedad, las prácticas que debe realizar para evitar complicaciones y sobre todo reforzar positivamente el comportamiento del paciente en lugar de enfocarse en aspectos negativos. De esto en general depende que el paciente logre mantenerse sin ninguna alteración que provoque un ingreso hospitalario o incluso la muerte.

CUIDADO DE LOS PIES Y UÑAS

Indispensable para todo ser humano realizar las acciones necesarias de higiene en beneficio y conservación de la salud. “Hay que tener claro que el cuidado de los pies del paciente diabético debe ser realizado por personal altamente calificado y nunca por él mismo.

Entre los cuidados que el paciente debe tener están:

- Lavarse los pies todos los días con agua y jabón

- Secarlos con una toalla blanca para que pueda identificar con más facilidad cualquier tipo de secreción
- Observarse y buscar ampollas, laceraciones, escoriaciones
- No auto medicarse y buscar ayuda profesional
- Debe hacerse una valoración de los pies de acuerdo a sus factores de riesgo”³³

A la población diabética se le agregan otros cuidados especiales que deben realizarlos diariamente con el propósito de “Evitar las lesiones en los pies, tan frecuentes y avanzadas, debidas a la alteración de las arterias y los nervios, por lo que se recomienda que a todo paciente diabético se le entregue una cartilla donde se explique cómo realizar el cuidado de los pies: Tomar un baño templado de pies todas las noches durante 20 minutos. Secarlos suave y completamente, especialmente entre los dedos, con toalla absorbente y blanda. Después del baño, aplicar a los pies vaselina, de una a tres veces por semana, para mantener la piel suave. Sustituirla por alcohol si la piel se ablanda demasiado”

Dentro del tratamiento para el paciente diabético el cuidado de los pies y uñas es necesario realizarlo minuciosamente debido a que éstas personas están propensas a sufrir problemas en los pies a causa de las complicaciones ocasionadas por daño en los vasos sanguíneos, de los nervios y la disminución de la capacidad para combatir la infección. Se recomienda también dejar de fumar ya que esto reduce y empeora el flujo sanguíneo especialmente en los pies.

“Cortar las uñas rasando el extremo de los dedos, nunca hacia atrás en los lados, Aplicar una vez a la semana talco, Usar calzado cómodo, de material blando, de manera de no producir el más mínimo frote o ajuste, Evitar el contacto de los pies con el suelo, acostumbrarse a no andar descalzo o con zapatos ajustados, Las callosidades deben ser tratadas por personas competentes, cuidadosas de la antisepsia, No usar bolsas de agua caliente u otros medios externos de calefacción, Evitar las medias con costuras salientes. Usar gradualmente el calzado nuevo (una hora diaria al principio), Evitar la aplicación en los pies de medicamentos irritantes, tintura de yodo, ácidos y los preparados comerciales para extirpar callos y juanetes”³³

El cuidado de las uñas debe ser especial de manera que no se lesione la piel, limar las uñas de manera recta, sin lastimar las esquinas, evitar calloidades y sies necesario pedir ayuda para realizar esta acción o recurrir a un pedicurista para que realice frecuentemente ésta cuidado. Es importante hacer énfasis en el control adecuado de la glucosa en sangre para evitar menor resistencia a cualquier tipo de infección así como otras complicaciones como neuropatía diabética. Ante cualquier signo de riesgo que se presente como área de presión en los pies se debe tomar como una emergencia y asistir a un control médico ya afecta y tiene trascendencia física, emocional, social y económicamente dentro de la sociedad.

ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO PARA PACIENTES DIABÉTICOS

Según Orem, Dorothea "Las actividades de autocuidado se aprenden conforme el individuo madura y son afectadas por creencias culturales, hábitos, y costumbres de la familia y de la sociedad. Edad, etapa del desarrollo, y estado de salud, pueden afectar la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado"²³

Las prácticas de cuidados de sí mismo cada individuo las adquiere en el transcurso de la vida y Según la Organización Mundial de la Salud, son las siguientes:

"Promover el mantenimiento de un peso corporal adecuado y la disminución del consumo de grasas, Aumentar la actividad física, lo que puede reducir la incidencia de la enfermedad aproximadamente el 50% y eliminar los factores de riesgo asociados: tabaquismo, hipertensión y otros".

Dentro de estas actividades es importante agregar que no se puede disminuir la incidencia y prevalencia de la morbi-mortalidad del paciente a causa de la diabetes mellitus si no se eliminan estos factores de riesgo que el ser humano tiene a raíz de los estilos de vida inadecuados. La Organización mundial de la Salud indica que la mejor forma para evitar complicaciones si la enfermedad ya existe, es optar un patrón estricto de hábitos saludables como la alimentación, ejercicio y eliminar el consumo del tabaco entre otros.

“Mejorar el control metabólico de la glicemia, lo que podría reducir la incidencia de las complicaciones en el 50 % o más.”

“Mejorar la calidad de la atención, haciendo hincapié en el autocuidado y la educación del paciente y sus familiares, lo cual mejorará la calidad de vida de estos enfermos, reducirá los costos de su atención y la aparición de complicaciones y facilitar el desarrollo de programas y servicios de carácter local y nacional que contribuyan a mejorar el manejo de estos enfermos de forma integral y coordinada multidisciplinariamente, lo que conducirá a la reducción de los indicadores de morbilidad y mortalidad a través de facilitar la creación de asociaciones y actividades coordinadas de carácter social y del sector sanitario que contribuyan a realizar acciones de educación y capacitación con la participación intersectorial y comunitaria.”

Todas estas acciones son las más importantes para que un paciente con este tipo de diagnóstico pueda tener una expectativa de vida prolongada, favorable y sin complicaciones. Para que este proceso de autocuidado se dé en el paciente, se requiere del conocimiento, motivación y la habilidad que solamente se logrará a través de la educación que el personal de enfermería proporcionará al paciente dando auge a la atención individualizada y así podrá tener un tratamiento adecuado evitando que su vida social se altere.

CAPITULO II
MATERIALES Y METODOS

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es cuantitativo no experimental debido a que no hay un control directo sobre las variables de estudio, por lo que las inferencias acerca de las relaciones entre éstas se hacen sin intervención directa (Kerlinger y Lee, 2002).

2.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Es un estudio de nivel explicativo, descriptivo, transversal, correlacional, que tiene como finalidad “saber cómo se puede comportar un concepto o una variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas” (Hernández, Fernández y Baptista, 2003, p. 122).

2.4. ÁREA DE ESTUDIO

Consultorio externo de diabetes del Hospital Regional de Ayacucho

2.5. POBLACIÓN

Usuarios diabéticos de 40 a 60 años que asistieron a la consulta Externa del Hospital Regional de Ayacucho, durante el mes de abril del 2013. Según el reporte de la Unidad de Diabetes son 150 usuarios.

2.6. MUESTRA

El tamaño de muestra resulta de la fórmula:

$$n = \frac{NZ^2pq}{[e^2 (N)] + [Z^2pq]}$$

Donde:

- n** : Tamaño de muestra
z : Nivel de confianza del 95% (1.96)

p : Proporción de éxito del 50% (0.5)
q : $1 - p$ (0.5)
e : Error muestral del 5% (0.05)
N : Población (150)
n= 100

2.6. TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo es probabilístico al azar.

2.7. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.7.1. Técnica: La técnica de recolección de datos es la Entrevista estructurada.

2.7.2. Instrumento: Cuestionario de nivel de conocimiento de diabetes; adaptado de Dora Florencia Hernández Gómez de Dubón. Facultad de Ciencias Médicas - USAC - Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala.

2.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN

A través de la Facultad de Enfermería, se solicitó el permiso correspondiente a la Dirección del Hospital Regional de Ayacucho con la finalidad de obtener la autorización para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos a los usuarios diabéticos de 40 a 60 años que asistieron al Consultorio de Diabetes del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de abril del 2013. En ellos se aplicó el Cuestionario de nivel de conocimiento de diabetes adaptado.

2.9. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez codificado los instrumentos de recolección de datos se procedió a la creación de una base de datos en la hoja de cálculo Excel, seguidamente los datos fueron procesados empleando el paquete estadístico SPSS versión 20;y presentados en cuadros estadísticos simples y compuestos de acuerdo a los objetivos propuestos. Para el análisis de datos se empleó la prueba de Chi cuadrado, identificando el grado de dependencia o asociación entre dos variables.

CAPITULO III
RESULTADOS

TABLA N° 01. CONOCIMIENTO DEL USUARIO DIABETICO HACIA EL AUTOCUIDADO EN LA ALIMENTACION. CONSULTORIO EXTERNO- HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. 2013

CONOCIMIENTO EN LA ALIMENTACION	N°	%
Suficiente	6	6.0
Regular	57	57.0
Insuficiente	37	37.0
TOTAL	100	100.0

Fuente: Cuestionario de nivel de conocimiento de diabetes; adaptado de Dora Florencia Hernández Gómez de Dubón.

Del 100% de usuarios diabéticos que acuden al consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho; el 57% (57) tiene conocimiento regular hacia el autocuidado en la alimentación, el 37% (37) conocimiento insuficiente y solamente el (6%) conocimiento suficiente del autocuidado en la alimentación.

TABLA N° 02. CONOCIMIENTO DEL USUARIO DIABETICO HACIA EL AUTOCUIDADO EN LA ACTIVIDAD FISICA. CONSULTORIO EXTERNO- HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. 2013

CONOCIMIENTO EN LA ACTIVIDAD FISICA	N°	%
Suficiente	25	25.0
Regular	49	49.0
Insuficiente	26	26.0
TOTAL	100	100.0

Fuente: Cuestionario de nivel de conocimiento de diabetes; adaptado de Dora Florencia Hernández Gómez de Dubón.

En la Tabla 02 se aprecia que del 100% de usuarios diabéticos que acuden al consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho; el 49% (49) tiene conocimiento regular hacia el autocuidado en la actividad física, el 26% (26) conocimiento insuficiente y el 25% (25) conocimiento suficiente del autocuidado en la actividad física.

**TABLA N° 03. CONOCIMIENTO DEL USUARIO DIABETICO HACIA EL
AUTOCUIDADO EN EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.
CONSULTORIO EXTERNO-HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. 2013**

CONOCIMIENTO EN EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	N°	%
Suficiente	10	10.0
Regular	83	83.0
Insuficiente	7	7.0
TOTAL	100	100.0

*Fuente: Cuestionario de nivel de conocimiento de diabetes; adaptado de Dora
Flores Hernández Gómez de Dubón.*

En la Tabla 03 se aprecia que del 100% de usuarios diabéticos que acuden al consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho; el 83% (83) tiene conocimiento regular hacia el autocuidado en el tratamiento farmacológico, el 10% (10) conocimiento suficiente y el 7% (7) conocimiento insuficiente del autocuidado en el tratamiento farmacológico.

TABLA N° 04. CONOCIMIENTO DEL USUARIO DIABETICO HACIA EL AUTOCUIDADO DE LOS PIES. CONSULTORIO EXTERNO-HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. 2013

CONOCIMIENTO EN EL CUIDADO DE LOS PIES	N°	%
Suficiente	11	11.0
Regular	75	75.0
Insuficiente	14	14.0
TOTAL	100	100.0

Fuente: Cuestionario de nivel de conocimiento de diabetes; adaptado de Dora Florencia Hernández Gómez de Dubón.

En la Tabla 04 se aprecia que del 100% de usuarios diabéticos que acuden al consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho; el 75% (83) tiene conocimiento regular hacia el autocuidado de los pies, el 14% (14) conocimiento insuficiente y el 11% (11) conocimiento suficiente en el autocuidado de los pies.

TABLA N° 05. CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO SEGÚN GRUPO ETAREODEL USUARIO DIABETICO. CONSULTORIO EXTERNO- HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. 2013

EDAD	CONOCIMIENTO GLOBAL						TOTAL	
	SUFICIENTE		REGULAR		INSUFICIENTE		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
40-49	2	4.4	36	80	7	15.6	45	100
50-59	1	2.3	29	67.4	13	30.2	43	100
60 a +	0	0	7	58.3	5	41.7	12	100
TOTAL	3	3	72	72	25	25	100	100

Fuente: Cuestionario de nivel de conocimiento de diabetes; adaptado de Dora Florencia Hernández Gómez de Dubón.

Valor *gl* *Sig. asintótica (bilateral)*
Chi-cuadrado de Pearson 4,983^a 4 .289

En la Tabla 05 se aprecia que del 100% de usuarios diabéticos que acuden al consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho que están entre las edades de 40 – 49 años; el 80% (36) tiene conocimiento regular, el 15.6% (7) conocimiento insuficiente y el 4.4% (2) conocimiento suficiente en el autocuidado de la diabetes. Del 100% que están entre las edades de 50 – 59 años; el 67.4% (29) tiene conocimiento regular, el 30.2% (13) conocimiento insuficiente y el 2.3% (1) conocimiento suficiente en el autocuidado de la diabetes. Del 100% de usuarios diabéticos que te más de 60 años; el 58.3% (7) tiene conocimiento regular y el 41.7% (5) conocimiento insuficiente en el autocuidado de la diabetes.

TABLA N° 06. CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO SEGÚN GENERO DEL USUARIO DIABETICO. CONSULTORIO EXTERNO-HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. 2013

GENERO	CONOCIMIENTO GLOBAL						TOTAL	
	SUFICIENTE		REGULAR		INSUFICIENTE		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
MUJER	2	3.4	42	71.2	15	25.4	59	100
VARON	1	2.4	30	73.2	10	24.4	41	100
TOTAL	3	3	72	72	25	25	100	100

Fuente: Cuestionario de nivel de conocimiento de diabetes; adaptado de Dora Florencia Hernández Gómez de Dubón.

Chi-cuadrado de Pearson Valor ,096^a gl 2 Sig. asintótica (bilateral) .953

En la Tabla 06 se observa que del 100% (59) de usuarias diabéticas mujeres que acuden al consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho; el 71.2% (42) tiene conocimiento regular, el 25.4% (15) conocimiento insuficiente y el 3.4% (2) conocimiento suficiente en el autocuidado de la diabetes. Del 100% de usuarios diabéticos varones que acuden al consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho; el 73.2% (30) tiene conocimiento regular, el 24.4% (10) conocimiento insuficiente y el 2.4% (1) conocimiento suficiente en el autocuidado de la diabetes.

TABLA N° 07. CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCION DEL USUARIO DIABETICO. CONSULTORIO EXTERNO- HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. 2013

GRADO INSTRUCCIÓN	CONOCIMIENTO GLOBAL						TOTAL	
	SUFICIENTE		REGULAR		INSUFICIENTE		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
SIN GRADO	0	0	1	16.7	5	83.3	6	100
PRIMARIA	0	0	23	74.2	8	25.8	31	100
SECUNDARIA	1	2.5	30	75.0	9	22.5	40	100
SUPERIOR	2	8.7	18	78.3	3	13.0	23	100
TOTAL	3	3	72	72	25	25	100	100

Fuente: Cuestionario de nivel de conocimiento de diabetes; adaptado de Dora Florencia Hernández Gómez de Dubón.

Chi-cuadrado de Pearson Valor gl Sig. asintótica (bilateral)
 15,968a 6 .014

En la Tabla 07 se observa que del 100% de usuarios diabéticos que no tienen grado de instrucción; el 83.3% (5) tiene conocimiento insuficiente y el 16.7% (1) conocimiento regular en el autocuidado de la diabetes. Del 100% de usuarios que tienen grado de instrucción primaria; el 74.2% (23) tiene conocimiento regular y el 25.8% (8) conocimiento insuficiente en el autocuidado de la diabetes. Del 100% de usuarios que tienen grado de instrucción secundaria; el 75% (30) tiene conocimiento regular, el 22.5% (9) conocimiento insuficiente y sólo el 2.5% (1) conocimiento suficiente en el autocuidado de la diabetes. Del 100% de usuarios que tienen grado de instrucción superior; el 78.3% (18) tiene conocimiento regular, el 13% (3) conocimiento insuficiente y el 8.7% (2) conocimiento suficiente en el autocuidado de la diabetes.

TABLA N° 08. CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD DEL USUARIO DIABETICO. CONSULTORIO EXTERNO- HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. 2013

TIEMPO DE ENFERMEDAD	CONOCIMIENTO GLOBAL						TOTAL	
	SUFICIENTE		REGULAR		INSUFICIENTE		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
< 1 AÑO	1	2.7	25	67.6	11	29.7	37	100
1-5 AÑOS	2	4.8	34	81	6	14.2	42	100
> 5 AÑOS	0	0	13	61.9	8	38.1	21	100
TOTAL	3	3	72	72	25	25	100	100

Fuente: Cuestionario de nivel de conocimiento de diabetes; adaptado de Dora Florencia Hernández Gómez de Dubón.

Chi-cuadrado de Pearson Valor gl Sig. asintótica (bilateral)
 5,641^a 4 .228

En la Tabla 08 se aprecia que del 100% de usuarios diabéticos que acuden al consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho cuyo tiempo de enfermedad es menor de 1 año; el 67.6% (25) tiene conocimiento regular, el 29.7%(11) conocimiento insuficiente y el 2.7% (1) conocimiento suficiente en el autocuidado de la diabetes. Del 100% de usuarios cuyo tiempo de enfermedad es de 1 a 5 años; el 81% (34) tiene conocimiento regular, el 14.2% (6) conocimiento insuficiente y el 4.8% (2) conocimiento suficiente en el autocuidado de la diabetes. Del 100% de usuarios cuyo tiempo de enfermedad es mayor a 5 años; el 61.9% (13) tiene conocimiento regular y el 38.1% (8) tiene conocimiento insuficiente en el autocuidado de la diabetes.

TABLA N° 09. CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO SEGÚN ASISTENCIA A LA CONSULTA DEL USUARIO DIABETICO. CONSULTORIO EXTERNO-HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. 2013.

ASISTENCIA A LA CONSULTA	CONOCIMIENTO GLOBAL						TOTAL	
	SUFICIENTE		REGULAR		INSUFICIENTE		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
1 VEZ	0	0.0	6	40.0	9	60.0	15	100
2-4 VECES	2	3.8	41	77.4	10	18.9	53	100
MAS DE 5 VECES	1	3.1	25	78.1	6	18.8	32	100
TOTAL	3	3	72	72	25	25	100	100

Fuente: Cuestionario de nivel de conocimiento de diabetes; adaptado de Dora Florencia Hernández Gómez de Dubón.

Chi-cuadrado de Pearson Valor gl Sig. asintótica (bilateral)
11,716^a 4 .020

En la Tabla 09 se observa que del 100% de usuarios diabéticos que acuden al consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho asistencia a la consulta fue de una vez; el 60% (9) tiene conocimiento insuficiente, y el 40% (6) conocimiento regular en el autocuidado de la diabetes. Del 100% de usuarios cuya asistencia a la consulta fue de 2 a 4 veces; el 77.4% (41) tiene conocimiento regular, el 18.9% (10) conocimiento insuficiente y el 3.8% (2) conocimiento suficiente en el autocuidado de la diabetes. Del 100% de usuarios cuya asistencia a la consulta fue más de 5 veces; el 78.1% (25) tiene conocimiento regular; el 18.8% (6) conocimiento insuficiente y el 3.1% (1) tiene conocimiento suficiente en el autocuidado de la diabetes.

**TABLA N° 10. CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO SEGÚN
ANTECEDENTES FAMILIARES DEL USUARIO DIABETICO.
CONSULTORIO EXTERNO-HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. 2013**

ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDAD	CONOCIMIENTO GLOBAL						TOTAL	
	SUFICIENTE		REGULAR		INSUFICIENTE		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
PADRES	0	0.0	27	79.4	7	20.6	34	100
HERMANOS	1	4.5	14	63.6	7	31.8	22	100
FAMILIARES	2	4.7	30	69.8	11	25.6	43	100
SIN ANTECEDENTES	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	100
TOTAL	3	3	72	72	25	25	100	100

Chi-cuadrado de Pearson Valor gl Sig. asintótica (bilateral)
3,157a 6 .789

En la Tabla 10 se observa que del 100% de usuarios diabéticos que acuden al consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho con padres que padecen la enfermedad el 79.4% (27) tiene conocimiento regular y el 20.6% (6) conocimiento insuficiente en el autocuidado de la diabetes. Del 100% de usuarios con hermanos que padecen la enfermedad; el 63.6% (14) tiene conocimiento regular, el 31.8% (7) conocimiento insuficiente y sólo el 4.5% (1) conocimiento suficiente en el autocuidado de la diabetes. Del 100% de usuarios con otros familiares que padecen la enfermedad; el 69.8% (30) tiene conocimiento regular; el 25.6% (11) conocimiento insuficiente y el 4.7% (2) tiene conocimiento suficiente en el autocuidado de la diabetes.

CAPITULO IV
DISCUSION

Los conocimientos, son hábitos adquiridos por los usuarios. Los conocimientos de los usuarios sobre su propia enfermedad sigue siendo una herramienta fundamental para el control de la diabetes mellitus. Las personas que sufren de diabetes, a diferencia de aquellos con otros problemas médicos no pueden simplemente tomarse una pastilla o inyectarse insulina por la mañana y olvidarse de su condición el resto del día por el contrario deben prestar atención permanente a la dieta, los ejercicios físicos, el nivel de estrés y otros factores que pueden afectar el nivel de azúcar en la sangre. El que más de la mitad de la población estudiada tenga un nivel de conocimientos regular e insuficiente se convierte en un factor de riesgo para la persona enferma¹⁷.

El régimen dietético es la medida principal e insustituible en el plan terapéutico de la diabetes mellitus, hasta el punto de poder afirmar que no hay tratamiento efectivo sin una dieta adecuada. En algunos pacientes es suficiente para un buen control metabólico. Su objetivo es normalizar o mejorar los niveles de glicemia y lípidos, y mantener el peso corporal.

El paciente diabético debe mantener una dieta estrictamente saludable y balanceada, así mismo mejorar la ingestión de los alimentos para mantener el control y equilibrio del organismo favoreciendo las energías y los nutrientes que necesita la persona para sus actividades diarias. Durante la práctica de la vida diaria el paciente debe implementar la dieta específica según la evolución de la enfermedad compartiéndola en 5 tiempos: desayuno, refacción, almuerzo, refacción y cena incluyendo los alimentos

ricos en fibra ya que esto favorece y mejora el control de la glucosa en sangre incluyendo la dieta baja en grasa y calorías para reducir los niveles de colesterol. La deficiencia de prácticas de autocuidado y la actitud negativa ante el cambio de los hábitos alimenticios es un factor importante en el número de complicaciones existentes en la población diabética, debido a que la alimentación es parte del tratamiento que el paciente debe cumplir a cabalidad para evitar el deterioro de la calidad de vida.

“La nutrición del diabético tiene los siguientes objetivos: Proporcionar todos los constituyentes esenciales de la dieta (vitaminas y minerales), obtener y mantener el peso ideal, cubrir las necesidades energéticas, prevenir las grandes variaciones diarias de la glucemia y lograr concentraciones seguras y prácticas cercanas a la normalidad y disminuir la concentración de lípidos en sangre si está elevada”³⁴. Como se puede apreciar en la Tabla 01; es preocupante que el 37% de pacientes diabéticos tenga conocimiento insuficiente de autocuidado en la alimentación, esto puede ser causa de complicaciones por desorden en la dieta.

Es importante e indispensable que la población diabética realice todos “Aquellos ejercicios que utilizan el metabolismo aeróbicos e involucran grandes grupos musculares por ejemplo: aeróbicos, baile, ciclismo, trotar, nadar, caminar, entre otros, si puede haga ejercicios todos los días, si no, trate de hacerlo al menos 3 o 4 veces por semana por 30 minutos incluya tiempo de calentamiento y enfriamiento (caminando por ejemplo) y siempre inicie y termine con ejercicios de elongación. Lo importante es que tanto la

intensidad, como la frecuencia y duración del ejercicio, vayan aumentando en forma progresiva”³⁵. La práctica de ejercicios físicos regularmente se debe optar para ayudar a controlar la cantidad de glucosa en la sangre y quemar el exceso de calorías y grasa, ya que esto mejora la circulación evitando problemas de la tensión arterial, aumentando la energía y mejorando la capacidad para manejar el estrés y mantener una calidad de vida a través de los estilos de vida saludable, siendo esto una realidad a medida que el paciente diabético elija o se incline por actuar positivamente ante todas las acciones de cambio que el tratamiento de la enfermedad requiere.

“El ejercicio es de extrema importancia en el tratamiento de la diabetes mellitus debido a sus efectos para disminuir la glucemia, así como los factores de riesgo cardiovasculares, al aumentar la captación de glucosa por los músculos y mejorar la utilización de la insulina, favorece la circulación y el tono muscular”³⁵. Como parte del tratamiento de la enfermedad es importante e indispensable que los pacientes posean el conocimiento sobre qué tipos de ejercicios físicos deben implementar en su estilo de vida a partir del diagnóstico de la diabetes mellitus, esto con el fin de prolongar la vida y mejorar la calidad de la misma, evitando el sedentarismo y la obesidad ya que éstos tienen un efecto nocivo en la salud del paciente.

Los resultados en la Tabla 02 evidencian que el 26% de pacientes desconoce los ejercicios que debe realizar una persona diabética, por lo que pueden surgir complicaciones por la falta de autocuidado.

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. El principal estímulo para su secreción es la concentración de glucosa en la sangre. 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, ya que ningún paciente puede sobrevivir a largo plazo sin una terapia de reemplazo. 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 hipoglicemiantes orales.

Según la Organización Mundial de la Salud, "Mejorar el control metabólico de la glicemia, podría reducir la incidencia de las complicaciones en el 50% o más." El paciente diabético puede reducir el riesgo de sufrir complicaciones agudas o crónicas que la diabetes mellitus produce a causa de la falta de control de la glucosa periódicamente para poder ajustar la dieta, ejercicios físicos y medicamentos junto con el médico así mismo evaluar el plan de cuidados y hacer los ajustes necesarios. Esto se logra por medio de las acciones de autocuidado que la enfermedad requiere especialmente en la dieta, ejercicios físicos, medicamentos, control médico periódicamente y sobre todo el automonitoreo de los niveles de glucosa en sangre³⁶.

Otro aspecto que es importante que los adultos diabéticos utilizan para su cuidado es conocer que la enfermedad es de carácter silencioso que va mellando a todas las estructuras del cuerpo, y que lo primero que se deteriora son los vasos sanguíneos, y eso conlleva a un deterioro en la buena irrigación. Además de esto, la sensibilidad nerviosa en especial para el dolor y el tacto también se viene a menos, es por esto que en los diabéticos los pies son lo que primero se deben cuidar. También se debe tener en cuenta que el corazón se deteriora, que los riñones se ven afectados al punto de no funcionar, y que el hígado desarrolla cirrosis como consecuencia del incremento de las grasas en la sangre y de todas las alteraciones metabólicas de esta enfermedad. Es por todo esto que los diabéticos deben tomar conciencia que en el tratamiento la medicación es importante. Los resultados en la Tabla 03 evidencian que el 83% de pacientes tienen conocimiento regular sobre el autocuidado en el tratamiento farmacológico, aspecto que debe de mejorar para lograr una adecuada calidad de vida.

“En cualquier etapa de la diabetes las infecciones son signo diagnóstico y amenaza importante. Las razones son múltiples y variadas, incluyendo disminución en movilidad y potencia de los macrófagos, para fagocitar las partículas infecciosas y el substrato relativamente rico por la hiperglucemia para los microorganismos. Añádanse a estos factores la disminución en la vascularización, particularmente en extremidades inferiores y causa de infecciones de mayor consideración”³⁵.

GALLARDO, 2008. En el estudio: "Conocimientos y conductas de los pacientes con diabetes mellitus sobre el pie diabético"; evaluó los conocimientos y conductas de los pacientes con diabetes mellitus sobre el pie diabético; realizó un estudio cualitativo en 2 consultorios del Policlínico "Hermanos Ruíz Aboy", del municipio San Miguel el Padrón. Se ejecutaron 4 grupos focales, con un total de 28 participantes de ambos sexos, entre 50 y 80 años de edad. La mayoría de los pacientes mostró falta de conocimientos sobre la definición de pie diabético y sus factores de riesgo. Los pacientes realizan un autocuidado insuficiente de sus pies y asumen conductas de riesgo por la falta de educación.

Es importante una buena higiene personal para la salud general. Es indispensable para todo ser humano realizar las acciones necesarias de higiene en beneficio y conservación de la salud. A la población diabética se le agregan otros cuidados especiales que deben realizarlos diariamente con el propósito de "Evitar las lesiones en los pies, tan frecuentes y avanzadas, debidas a la alteración de las arterias y los nervios, por lo que se recomienda que a todo paciente diabético se le entregue una cartilla donde se explique cómo realizar el cuidado de los pies: Tomar un baño templado de pies todas las noches durante 20 minutos. Secarlos suave y completamente, especialmente entre los dedos, con toalla absorbente y blanda. Después del baño, aplicar a los pies vaselina, de una a tres veces por semana, para mantener la piel suave"³⁵. "Cortar las uñas rasando el extremo de los dedos, nunca hacia atrás en los lados, Aplicar una vez a la semana talco, Usar calzado cómodo, de material blando, de manera de no producir el más

mínimo frote o ajuste, Evitar el contacto de los pies con el suelo, acostumbrarse a no andar descalzo o con zapatos ajustados, Las callosidades deben ser tratadas por personas competentes, cuidadosas de la antisepsia. Evitar las medias con costuras salientes. Evitar la aplicación en los pies de medicamentos irritantes, tintura de yodo, ácidos y los preparados comerciales para extirpar callos y juanetes”Dentro del tratamiento del paciente diabético el cuidado de los pies y uñas es necesario realizarlo minuciosamente debido a que éstas personas están propensas a sufrir problemas en los pies a causa de las complicaciones ocasionadas por daño en los vasos sanguíneos, de los nervios y la disminución de la capacidad para combatir la infección, por lo que es preocupante como se aprecia en la Tabla 04 que un 75% de los pacientes diabéticos tiene conocimiento regular y un 14% conocimiento insuficiente de los cuidados de los pies y uñas, situación que influye en el apareamiento de complicaciones agudas y crónicas afectando la calidad de vida.

QUINTANA, L. en el 2005 al estudiar el nivel de conocimiento de los pacientes diabéticos en la unidad preventiva del adulto del HRDT; determino que de 174 pacientes el 56.32% fue del sexo femenino con un promedio de edad de 64.89 años, el 41.38% tiene grado de instrucción primaria y presentaron un nivel de conocimiento regular; el 43.68% fue del sexo masculino con un promedio de edad de 48.25 años; el 38.42% tiene grado de instrucción primaria y presentaron un nivel de conocimiento alto¹⁷.

TELLO y otros.2011. En el estudio Conocimientos, actitudes y prácticas de las medidas preventivas de la diabetes mellitus tipo 2 en los trabajadores

mayores de 35 años de los centros de aplicación: Productos UNION y editorial imprenta UNION de la Universidad Peruana Unión - Lima, 2011. Se concluye que El nivel de conocimientos sobre las medidas preventivas de la diabetes Mellitus tipo 2, en los trabajadores mayores de 35 años, en su mayoría bueno (51.3%), aunque existe también un 3.8% de la población presentó conocimientos malo. Las actitudes frente a las medidas preventivas, son favorables (53.8%), sólo un 1.3% presentó actitud desfavorable. Referente al nivel de prácticas sobre las medidas preventivas de la diabetes Mellitus tipo 2, que presentan los trabajadores mayores de 35 años en mayoría fue regular (37.5%), muy malo (3.8%) y malo (25%)¹⁸.

En nuestro estudio como se aprecia en la Tabla 05; se corrobora que los pacientes con menor edad presentan mejores conocimientos sobre el autocuidado que aquellos de mayor edad. Realizada la prueba estadística de Chi cuadrada se identifica que no existe asociación o grado de dependencia ($p > 0.05$) entre la edad y el mayor o menor conocimiento del autocuidado en la diabetes; por lo que se concluye que el conocimiento del autocuidado no depende de la edad del usuario.

El estudio realizado por Norabuena sobre "Capacidad de autocuidado de los pacientes diabéticos tipo II y su relación con factores individuales y socioculturales en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen", en el año 1991. Encanto al diseño metodológico de un total de 579 pacientes, obtuvo una muestra de 100 pacientes, el tipo de estudio fue descriptivo correlacional, el instrumento que empleo fue la encuesta. Entre las conclusiones más significativas a las que llegó fue: La capacidad de

autocuidado está relacionada con el sexo que posee el paciente, teniéndose que la mayoría de los pacientes que posee nivel de autocuidado regular son de sexo masculino (23%)³⁶.

BACA y otros. 2003 en el estudio "Nivel de conocimientos del diabético sobre su autocuidado"; tuvo como objetivo: identificar el nivel de conocimiento que el usuario diabético tiene sobre su autocuidado. Los materiales y métodos utilizados: se realizó una encuesta descriptiva a 94 diabéticos hospitalizados en los servicios de medicina interna y cirugía del hospital general regional no. 1 de Culiacán Sinaloa: se incluyeron diabéticos de 20 y más años de edad, con más de 72 horas de hospitalización en el servicio. Se utilizó un cuestionario que contempló aspectos sociodemográficos como son edad, sexo, escolaridad, nivel de conocimiento del usuario diabético sobre su autocuidado, contemplando aspectos como ejercicio, alimentación, cuidado de los pies y tratamiento farmacológico. Los resultados obtenidos son: en la población estudiada se encontró que el 56% son del sexo masculino, con un promedio de 60 años de edad con una desviación estándar de + - 12.36. El nivel de conocimiento del diabético sobre su auto cuidado fue insuficiente en un 79%. Las conclusiones son: los usuarios diabéticos tienen conocimientos insuficientes sobre su autocuidado; los aspectos sobre los que más conoce son el ejercicio y la alimentación, no así el cuidado de sus pies y lo relacionado al tratamiento farmacológico¹⁰.

En el presente estudio como se aprecia en la Tabla 06; se identifica que los usuarios diabéticos tanto del sexo femenino y masculino presentan datos similares respecto al conocimiento sobre el autocuidado; no encontrándose

diferencias significativas. Realizada la prueba estadística de Chi cuadrada se identifica que no existe asociación o grado de dependencia ($p > 0.05$) entre el sexo y el mayor o menor conocimiento del autocuidado en la diabetes; por lo que se concluye que el conocimiento del autocuidado no depende del sexo del usuario.

En estudio de ÁLVAREZ y colaboradores sobre "Influencia de algunos factores socioculturales y nivel de conocimiento en el autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente del Hospital Cayetano Heredia, Noviembre –Diciembre 1989"; cuyo diseño metodológico tuvo una muestra de 85 pacientes, el tipo de estudio fue prospectivo de corte transversal, la técnica que empleó fue la entrevista. Las conclusiones más significativas a las que llegó fueron: Existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimientos y el grado de autocuidado, donde se observa que a mayor nivel de conocimiento mayor grado de autocuidado. El grado de instrucción que predomina en este estudio es primaria con 51.76%, existiendo influencia significativa entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento, ya que el grado de instrucción influye en la capacidad del paciente en comprender su enfermedad³⁷.

TELLO y otros. 2011. En el estudio "Conocimientos, actitudes y prácticas de las medidas preventivas de la diabetes mellitus tipo 2 en los trabajadores mayores de 35 años de los centros de aplicación: Productos UNION y editorial imprenta UNION de la Universidad Peruana Unión – Lima; identificó que el nivel de escolaridad de la población se concentra en la instrucción superior (52.5%), sin embargo, existe un considerable 27.6% de

la misma que alcanzó como máximo el nivel de educación secundaria, al evaluar el nivel de conocimientos acerca de la diabetes Mellitus tipo 2, se observó que el 11.3% de quienes estudiaron hasta el nivel secundario tienen un nivel de conocimientos regular, mientras que el 28.7% de las que estudiaron hasta el nivel superior tienen un nivel de conocimientos bueno, un dato interesante es que el 8.7% de la población que alcanzó el nivel educativo de técnico, presenta un nivel de conocimientos entre regular y bueno, ubicándose por debajo de las personas con nivel de instrucción secundaria. En una investigación de Pace, Ochoa, Larcher, & Morais, (2006) se encontraron que el 58.3% de la población tenía un nivel de educación primaria incompleta, dato que difiere en amplio margen con los resultados obtenidos en el estudio, sin embargo, cabe mencionar que el bajo nivel de escolaridad puede limitar el acceso a la información, reduciendo de esa manera las oportunidades de aprendizaje, de la misma manera en el estudio de investigación realizado por Gutiérrez, (2000) encontró que un mayor porcentaje de personas con grado de instrucción secundaria o superior, presentó un nivel de conocimientos medio y bajo. En la investigación realizada por Luchetti y Col (2009) encontraron que los mayores puntajes obtenidos están relacionados con un tiempo de escolaridad de hasta 12 años de estudio para varones y de 12 a más años para mujeres¹⁸.

Como se demuestra en la Tabla 07; se corrobora que los pacientes con mayor grado de instrucción presentan mejores conocimientos sobre el autocuidado que aquellos de menor grado de instrucción. Realizada la

prueba estadística de Chi cuadrada se identifica que existe asociación o grado de dependencia ($p < 0.05$) entre el grado de instrucción y el mayor o menor conocimiento del autocuidado en la diabetes; por lo que se concluye que el conocimiento del autocuidado está asociado al grado de instrucción del usuario.

En el estudio de CASANOVA Y COL. 2010. "Nivel de conocimientos sobre la enfermedad en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2" Se evaluó las variables tiempo de evolución y conocimientos de la enfermedad se comportaron en la investigación como en la mayoría de la literatura consultada, pues en los estudios nacionales e internacionales, los diabéticos con menos de 10 años de evolución de la enfermedad muestran escasos conocimientos, lo que denota pobre preocupación por la adquisición de información en los primeros años de padecer la enfermedad, que llega a consolidarse cuando aparecen las primeras complicaciones, se coincide también con un estudio realizado en nuestro país, donde en relación con los años de evolución de la enfermedad y el nivel de conocimientos, se comprobó que el mayor número de pacientes estaban entre 5 y 10 años y más de 10 años de evolución, poseen un nivel insuficiente de conocimientos,¹⁶ estos resultados infieren la necesidad de que la educación diabetológica hay que iniciarla y mantenerla en el tiempo para reforzar los conocimientos³⁸.

En la Tabla 08, se identifica que los pacientes no presentan diferencias significativas respecto a los conocimientos sobre el autocuidado en relación

al tiempo de enfermedad de los usuarios. Realizada la prueba estadística de Chi cuadrada se identifica que no existe asociación o grado de dependencia ($p > 0.05$) entre el tiempo de enfermedad y el mayor o menor conocimiento del autocuidado en la diabetes; por lo que se concluye que el conocimiento del autocuidado no está asociado al tiempo de enfermedad del usuario.

ROMERO Y COL. 2007 En el estudio "Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México". En relación a la capacidad de autocuidado relacionada al tiempo de diagnóstico clínico de la enfermedad, se observó que, de 84(33,5%) sujetos que presentaron buena capacidad de autocuidado, 44(17,6%) tenían de uno a 10 años de enfermedad, 36(14,4%) de 11 a 20 años y cuatro (1,5%) de 21 años o más. De los 167(66,5%) sujetos que presentaron capacidad regular de autocuidado, 17(6,7%) tenían de uno a 10 años de diagnóstico clínico de la enfermedad, 48(19,1%), de 11 a 20 años y 102(40,7%), de 21 años o más. En cuanto a la capacidad de autocuidado relacionada al tiempo de diagnóstico clínico de la diabetes mellitus, se obtuvo correlación inversamente proporcional entre el menor tiempo de evolución de la enfermedad y la mayor capacidad de autocuidado de los sujetos de estudio ($r = -0,667$; $p < 0,05$).

El diagnóstico de una enfermedad crónica, como la diabetes mellitus tipo 2, implica que la persona debe adoptar comportamientos de autocuidado durante toda la vida, introduciendo cambios en el estilo de vida que sean compatibles con su propio concepto de calidad de vida. Delante de esa

circunstancia, puede ocurrir el abandono de parte o de todo el tratamiento prescrito. Por ser una enfermedad que requiere atención permanente, la adhesión al tratamiento tiende a ser baja, consecuentemente el control metabólico es insatisfactorio. Un estudio mostró que solamente una pequeña fracción de personas con diabetes tipo 2 realizan un seguimiento regular en las instituciones de salud y apenas 25 a 40% alcanzan el control metabólico deseado³⁹.

En la Tabla 09, se identifica que existe grado de asociación significativa respecto a los conocimientos sobre el autocuidado en relación a la asistencia a la consulta de los usuarios diabéticos. Realizada la prueba estadística de Chi cuadrada se identifica que existe asociación o grado de dependencia ($p < 0.05$) entre la asistencia a la consulta y el mayor o menor conocimiento del autocuidado en la diabetes; por lo que se concluye que el conocimiento del autocuidado está asociado a la asistencia a la consulta por parte del usuario diabético.

La familia es muy importante en la sociedad. Para Colliere “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 relacionan 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.

Glasgow encontró que la ausencia de interacciones negativas es más importante que la presencia de interacciones positivas. En forma general, la familia orientada hacia determinados objetivos, sin rigidez ni estricto control, bajos niveles de conflicto, crítica y tensión, se relaciona con un mejor control metabólico en el individuo enfermo.

CABRERA y otros. 2009 En el estudio "Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chincha EsSalud". Tuvo como objetivo: determinar el nivel de conocimientos sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas, en usuarios del Policlínico Chincha EsSalud. Es un estudio descriptivo de corte transversal, incluyó a 243 usuarios que pertenecían al programa de diabetes mellitus. Se realizó en el mes de junio de 2009. La técnica usada fue una encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado de 24 preguntas, previa firma del consentimiento informado. Para determinar la validez y confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto utilizando la prueba de correlación biserial puntual y Kuder Richardson respectivamente, luego de que el Comité de Ética aprobó el

proyecto de investigación. Los resultados fueron los siguientes: se encontró que del total de pacientes que asistían al programa de diabetes, el 54,7% presentó conocimiento medio, el 30,0 % conocimiento bajo y 15,3 % conocimiento alto; con respecto al autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas. En las conclusiones al que arribaron se evidenció que los pacientes del programa de diabetes presentaron un nivel de conocimiento medio sobre el autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas¹⁶.

En la Tabla 10, se identifica que no existe diferencia significativa respecto a los conocimientos sobre el autocuidado en relación a los antecedentes familiares de los usuarios diabéticos. Realizada la prueba estadística de Chi cuadrada se identifica que no hay asociación o grado de dependencia ($p > 0.05$) entre los antecedentes familiares de enfermedad y el mayor o menor conocimiento del autocuidado en la diabetes; por lo que se concluye que el conocimiento del autocuidado no está asociado a los antecedentes familiares de enfermedad por parte del usuario diabético.

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos y considerando los objetivos, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. El 37% de pacientes diabéticos que acuden a los consultorios externos de Hospital Regional de Ayacucho, tiene conocimiento insuficiente de autocuidado en la alimentación, el 26% de ellos desconoce los ejercicios que debe realizar una persona diabética, el 83% de pacientes tienen conocimiento regular sobre el autocuidado en el tratamiento farmacológico, el 75% de los pacientes diabéticos tiene conocimiento regular y un 14% conocimiento insuficiente de los cuidados de los pies y uñas; todos estas condiciones pueden ser causa de complicaciones por desorden en el usuario y la falta de autocuidado; aspectos que debe de mejorar para lograr una adecuada calidad de vida.
2. No existe asociación o grado de dependencia ($p > 0.05$) entre la edad y el mayor o menor conocimiento del autocuidado en la diabetes; por lo que se concluye que el conocimiento del autocuidado no depende de la edad del usuario.
3. No existe asociación o grado de dependencia ($p > 0.05$) entre el sexo y el mayor o menor conocimiento del autocuidado en la diabetes; por lo que se concluye que el conocimiento del autocuidado no depende del sexo del usuario.
4. Existe asociación o grado de dependencia ($p < 0.05$) entre el grado de instrucción y el mayor o menor conocimiento del autocuidado en la

diabetes; por lo que se concluye que el conocimiento del autocuidado está asociado al grado de instrucción del usuario.

5. No existe asociación o grado de dependencia ($p > 0.05$) entre el tiempo de enfermedad y el mayor o menor conocimiento del autocuidado en la diabetes; por lo que se concluye que el conocimiento del autocuidado no está asociado al tiempo de enfermedad del usuario.
6. Existe asociación o grado de dependencia ($p < 0.05$) entre la asistencia a la consulta y el mayor o menor conocimiento del autocuidado en la diabetes; por lo que se concluye que el conocimiento del autocuidado está asociado a la asistencia a la consulta por parte del usuario diabético.
7. No hay asociación o grado de dependencia ($p > 0.05$) entre los antecedentes familiares de enfermedad y el mayor o menor conocimiento del autocuidado en la diabetes; por lo que se concluye que el conocimiento del autocuidado no está asociado a los antecedentes familiares de enfermedad por parte del usuario diabético.

RECOMENDACIONES

- A partir del estudio realizado pueden valorarse los factores que más están relacionados al autocuidado de los pacientes diabéticos con el objetivo de elaborar posteriormente un Plan de Acción o Intervención en los consultorios, encaminado al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes, así como la prevención de complicaciones, y otro dirigido a la disminución de los factores de riesgos de la propia enfermedad.
- Incrementar el nivel de conocimiento en cuanto a la enfermedad, alcanzado por los pacientes (enfermos y no enfermos), haciendo énfasis especial en la importancia de la dieta, adhesión al tratamiento farmacológico, actividad física y cuidado de los pies.
- Mantener una ardua labor en la identificación temprana de los factores de riesgo, el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado de la misma, para evitar complicaciones y descompensaciones agudas en los usuarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Diabetes Nota descriptiva N°312 Septiembre de 2012.
2. MINISTERIO DE SALUD. Evaluación de la Diabetes en América 2010.
3. PACE A. El conocimiento sobre diabetes mellitus en el proceso de autocuidado. Brasil 2006.
4. GARCIA R, SUAREZ R. La educación en diabetes: algunas reflexiones para la práctica. RevAsoc Am Diabetes 1999; 7(3):170-7.
5. VILLANUEVA, Iniciativa centroamericana de diabetes (CAMDI). Encuesta de diabetes, hipertensión 15. y factores de riesgo de enfermedades crónicas. Guatemala 2007. Washington, D.C.: OPS, 2007.
6. DIRECCIÓN GENERAL EPIDEMIOLOGIA. Documento Técnico Carga de Enfermedad en el Marco de la Implementación de los Pilotos de Aseguramiento Universal en Salud. Regiones de Apurímac Ayacucho y Huancavelica 2009
7. DIRESA AYACUCHO. Programa de Control de diabetes mellitus, 2012.
8. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Relatório Mundial. Brasília: OMS; 2003.

9. VERA y AZZOLLINI, 2002 en la investigación: "Actitudes, afrontamiento y autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2" Buenos Aires, Argentina.
10. BACA y otros. 2003 en el estudio "Nivel de conocimientos del diabético sobre su autocuidado" México;
11. DÍAZ y otros 2003. En la investigación titulada: "Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2.
12. GALLARDO y otros. 2008. En el estudio: "Conocimientos y conductas de los pacientes con diabetes mellitus sobre el pie diabético". La Habana Cuba.
13. GACK y otros. 2009. En el estudio "Conocimiento de las prácticas de autocuidado en los pies de los individuos con diabetes mellitus atendidos en una unidad básica de salud". Guatemala.
14. REYES, 2007. "Nivel de conocimiento y estilo de vida de las personas diabéticas. Hospital III Es Salud Chimbote.
15. HIJAR, 2008. "Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar en el HNDAC". Lima, Perú.
16. CABRERA y otros. 2009 En el estudio "Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chincha EsSalud"
17. MAQUI, VARGAS. 2009. En la investigación: "Conocimientos y autocuidado en adultos diabéticos. Hospital Belén de Trujillo, 2009

18. TELLO y otros. 2011. En el estudio Conocimientos, actitudes y prácticas de las medidas preventivas de la diabetes mellitus tipo 2 en los trabajadores mayores de 35 años de los centros de aplicación: Productos UNION y editorial imprenta UNION de la Universidad Peruana Unión - Lima, 2011
19. CONGA, HUAMAN. 2007. "Factores psicosociales asociados al nivel de conocimientos en prevención de complicaciones en pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo II. Hospital regional Ayacucho 2007"
20. McGRAW HILL. Metodología de la Investigación, segunda edición. (1998)
21. HELER. "El conocimiento científico", Ed. Universitaria de Buenos Aires. Argentina. Volumen 1 y 2.
22. CARTA DE OTTAWA. Primera conferencia internacional sobre promoción de la salud. Canadá, noviembre 1986.
23. TOMEY, Marriner. Modelos y Teorías en Enfermería. 3a. ed. Editorial El Sevier, Génova. Madrid España 1994. p. 183
24. L.E.O. FERNANDEZ, Victoria. Fundación Mexicana para la Salud. Boletín de información científica para el cuidado de enfermería. El autocuidado a la Salud. Editado por el Instituto Nacional de Salud Pública y la Secretaría de Salud. México Noviembre de 2007. p. 1
25. BRUNNER, Lilian Y SUDDARTH, Doris Enfermería Médico Quirúrgica. 8a. ed. Volumen II. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana México. 1998 p. 1.028

26. RUSSELL, Cecil y LOEB, Robert. Tratado de Medicina Interna. 14ava. Ed. Tomo II. Editorial Interamericana S.A. México. 1977. p.13-14
27. JIMENEZ, Verónica y Col. Protocolo de Tesina. Diplomado en Educación en Diabetes. Instituto Superior de Post Grado en Salud Pública. Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas. Primera Promoción 2006.
28. LOPEZ, Leonel. Especialista I Grado en Medicina Interna y Col. Integral. Revista Cubana Medicina General Integral. La Calidad de Vida del Paciente Diabético ed. 2000. p.50
29. HARRISON, Principios de Medicina Interna. 12ava. ed. Volumen II. Editorial Mac-Graw-Hill, México. 1996 p. 2030
30. GUY, Ton. Tratado de Fisiología Interna. 8a. ed. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill México. 1991. p. 904 – 905
31. CONTRAN KUMMAR, Robbins. Patología Estructura y Funcional. 4a. ed. Volumen II. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana México. 1990 p. 1054
32. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Normas de Atención Integral en Salud. Enfermedades Crónicas Degenerativas. Guatemala, 2010. p. 274
33. DOMINIJANNI, Nicolás. Médico General. Presidente Fundaprev Argentina es prevención, y la prevención, es una tarea de todos. Ayúdese a vivir una vida mejor. Ciudad Autónoma de Buenos Aires Argentina. p. 10.

34. GOMEZ RAMIREZ, Azucena. (Tesis Especialista en Medicina Interna)
Nivel de conocimientos del paciente diabético que asiste a la consulta externa del Hospital Nacional Roberto Calderón y Atención Privada. Nicaragua, Universidad Autónoma de Nicaragua, Facultad de Medicina, 1999
35. SALUD UC 008. Facultad de Medicina. Universidad Católica de Chile. Generalidad de la Diabetes. Revisado por Comité de Educación interdisciplinario 2008. Editado en Chile 2007.p.2.
36. HIDALGO, Eva. 2005. "Medidas de autocuidado que realizan los pacientes Diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Octubre- Diciembre 2005".
37. ALVAREZ Y COL. "Influencia de algunos factores socioculturales y nivel de conocimiento en el autocuidado de los pacientes con Diabetes Mellitus no insulino dependiente del Hospital Cayetano Herida, Noviembre-Diciembre 1989".
38. CASANOVA Y COL. "Nivel de conocimiento sobre la enfermedad en los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2". Pinar del Río. Cuba. 2010.
39. ROMERO Y COL. En el estudio "Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en el servicio de urgencia en México. 2007".

ANEXOS

CUESTIONARIO

Estimado participante los siguientes cuestionarios tienen como objetivo tener información sobre el conocimiento del autocuidado en la diabetes. Le pedimos responder con veracidad aspecto que nos permitirá tener una valiosa información que contribuirá con la salud de nuestra sociedad.

INFORMACION GENERAL

Edad: _____ años

Sexo: M () F ()

Grado de Instrucción:

Sin grado () Primaria () Secundaria () Superior ()

Procedencia:

Urbano () Urbano marginal () Rural ()

Frecuencia de asistencia al consultorio:

1 vez () 2 - 4 veces () Más de 5 veces ()

Antecedentes de enfermedad familiar

Padres () Hermanos () Otros familiares ()

CUESTIONARIO

Estimado participante; a continuación se le muestra una lista de preguntas con diferentes alternativas de respuesta. Lea cuidadosamente cada una de ellas y encierre con un círculo la letra correspondiente a la respuesta que usted considere correcta.

1. La diabetes es una enfermedad que se caracteriza por presentar:
 - a. Una disminución de calcio en la sangre
 - b. Un aumento de azúcar en la sangre
 - c. Un aumento de colesterol en la sangre
 - d. Una disminución de hierro en la sangre
 - e. No sabe

2. Cuantas calorías diarias debe de consumir una persona con diabetes:

3. Cuanto tiempo debe de caminar diariamente una persona con diabetes
 - a. 15 minutos
 - b. 30 minutos
 - c. 45 minutos
 - d. No sabe

4. El tratamiento de la diabetes consiste en:
 - a. Administración de antibióticos
 - b. Mantener reposo en cama, evitando el máximo de esfuerzo
 - c. Evitar el cansancio y las preocupaciones
 - d. Régimen, medicamentos e higiene personal y mental
 - e. Todo lo anterior

5. El control médico de la Diabetes debe realizarse:
 - a. Cuando el paciente se siente enfermo
 - b. Al menos una vez al año
 - c. Mínimo cada tres meses
 - d. No es necesario controlarse
 - e. No sabe

6. Los pies deben de ser revisados exhaustivamente:
 - a. Diariamente
 - b. Semanalmente
 - c. Mensualmente
 - d. No sabe

7. Los principales cuidados que el diabético debe tener con sus pies son:
 - a. Colocar vaselina entre los dedos y caminar descalzo
 - b. Lavarlos con agua caliente y moverlos
 - c. Cortar las uñas en forma recta y mantenerlos secos
 - d. Cortar los callos y usar remedios para sacarlos
 - e. No sabe

8. El diabético debe de hacer ejercicios con el fin de:
 - a. Favorecer la circulación sanguínea de las extremidades inferiores
 - b. Mantener un peso adecuado
 - c. Relajarse física y mentalmente
 - d. Mantener la glicemia normal
 - e. Todas las anteriores

9. Las principales características de la dieta del paciente diabético son:
 - a. Incluir solo alimentos sin carbohidratos
 - b. Disminuir el consumo de grasas y sal
 - c. Evitar el consumo de alcohol y bebidas de fantasía
 - d. Cantidad medida de alimentos sin azúcar y mantención del horario de comidas

10. Los medicamentos para la Diabetes:
 - a. Pueden ser recomendados por un pariente o amigo diabético
 - b. Deben ser siempre indicados por el médico
 - c. Pueden ser remplazados por otros que indiquen en la farmacia
 - d. Pueden ser remplazados por hierbas y otros productos naturales
 - e. No sabe