

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS:

“Nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de altura, Ayacucho-2024”

Para optar el título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

Bach. Evelyn Miriam DE LA CRUZ YUPANQUI

Bach. Camila Yesibel PORTUGAL DE LA VEGA

ASESOR:

Dr. Victor Alexander PALOMINO VARGAS

AYACUCHO - PERÚ

2025

AGRADECIMIENTO

A Dios, por guiar nuestro camino, brindándonos vida y salud, resguardándonos de las adversidades y permitiéndonos así culminar nuestra formación profesional para el ejercicio de la Medicina.

A nuestras familias por su apoyo incondicional y constante aliento que permitió la conclusión de esta bonita etapa.

A nuestra alma mater, la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga por darnos los cimientos necesarios para encaminar nuestra vida profesional.

A la Escuela de Formación Profesional de Medicina Humana, por inculcarnos con principios, valores y enseñanzas para el ejercicio de la medicina en nuestra población.

A nuestro asesor, Dr. Víctor Alexander Palomino Vargas, por su dedicación, apoyo y constancia en el transcurso de la investigación.

Al Centro de Salud Santa Elena, al Dr. Narciso Paucca Cancho, y al personal de salud encargado del programa de “Daños No Transmisibles”, por proporcionarnos las facilidades y el respaldo en la recolección de datos.

A los pacientes del programa de “Daños No Transmisibles” por su paciencia y colaboración en la recopilación de la información necesaria.

A todas las personas que ayudaron y aportaron a enriquecer el desarrollo de esta investigación.

DEDICATORIA

A Dios, a mi padre Luis, a mi madre Zonia, a mis hermanos y seres queridos que me brindaron su apoyo incondicional, amor y confianza constante en cada proceso de mi formación profesional para el servicio de nuestra región.

***De la Cruz Yupanqui, Evelyn
Miriam***

A Dios, a mi padre Oscar, a mi madre Yeny y a mis hermanos, Rodrigo y Josué, por su amor, paciencia y confianza en cada etapa de mi vida, por enseñarme que las adversidades también son oportunidades.

***Portugal de la Vega, Camila
Yesibel***

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la relación entre el conocimiento y las prácticas de autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de altura, Ayacucho – 2024. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional, analítico y transversal realizado en 63 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 pertenecientes al Programa de Daños No Transmisibles 2024 del Centro de Salud Santa Elena. Los datos obtenidos fueron recolectados a través de 2 encuestas que evaluaron el nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado respectivamente. Se empleó estadística descriptiva para calcular frecuencias y estadística inferencial mediante las pruebas Chi Cuadrado y exacta de Fisher. **RESULTADOS:** Este estudio reportó que el 71.4% eran mujeres, el 44.4% eran mayores de 60 años, el 39.7% presentaba un grado de instrucción primaria, el 52.4% se encontraba en una unión estable, respecto al nivel de conocimiento con las prácticas de autocuidado el 68.3% (43) obtuvieron prácticas de autocuidado adecuado de los cuales el 47.6% (30) presentaron un nivel de conocimiento medio y el 7.9% (5) un nivel bajo ($p < 0.001$), además se halló que el nivel de conocimiento está relacionado al control médico ($p = 0.001$), la dieta ($p = 0.02$), hábitos nocivos ($p = 0.007$), cuidado de los pies ($p = 0.002$) y cuidado de la vista ($p = 0.01$). **CONCLUSIONES:** El nivel de conocimiento está relacionado con las prácticas de autocuidado en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una Institución Prestadora de Servicios de Salud en Ayacucho.

Palabras claves: Nivel de conocimiento, prácticas de autocuidado, diabetes mellitus tipo 2.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Determine the relationship between knowledge and self-care practices in patients with type 2 Diabetes Mellitus treated in a high-altitude Health Services Provider Institution, Ayacucho – 2024. **MATERIALS AND METHODS:** Observational, analytical and cross-sectional study carried out on 63 patients with a diagnosis of type 2 diabetes mellitus belonging to the Non-Communicable Damage Program 2024 of the Santa Elena Health Center. The data obtained was collected through 2 surveys that evaluated the level of knowledge and self-care practices respectively. Descriptive statistics were used to calculate frequencies and inferential statistics using the Chi Square and Fisher's exact tests. **RESULTS:** This study reported that 71.4% were women, 44.4% were over 60 years old, 39.7% had a primary education level, 52.4% were in a stable union, regarding the level of knowledge with self-care practices 68.3% (43) obtained adequate self-care practices of which 47.6% (30) had a medium level of knowledge and 7.9% (5) a low level ($p < 0.001$), in addition it was found that the level of knowledge is related to medical control ($p = 0.001$), diet ($p = 0.02$), harmful habits ($p = 0.007$), foot care ($p = 0.002$) and eye care ($p = 0.01$). **CONCLUSIONS:** The level of knowledge is related to self-care practices in patients with type 2 diabetes mellitus in a Health Service Provider Institution in Ayacucho

Keywords: Knowledge level, Self-care practices, Type 2 Diabetes Mellitus.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la diabetes representa un importante desafío para la salud pública, esta enfermedad se manifiesta con el pasar de los años, siendo una enfermedad inicialmente silenciosa que luego puede debutar con una clínica marcada, deteriorando rápidamente al paciente logrando afectar significativamente la calidad de vida de las personas que lo padecen, conllevando una repercusión clínica, psicológica y social, que expone a la población que lo sufre a mayores riesgos.¹

El tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es de por vida, por lo que afecta al sistema de salud pública generando gastos al estado por los recursos implementados en el tratamiento individualizado de cada persona. Los pacientes que no tienen un autocuidado integral en su salud tienen más predisposición a generar complicaciones a largo plazo, estas complicaciones pueden ser agudas y/o crónicas, que llegan a afectar diferentes órganos, siendo los más importantes el corazón, el cerebro, los ojos y los riñones, generando enfermedades degenerativas crónicas, que aumentan la morbilidad y mortalidad en los pacientes.

Es por ello que para evitar futuras complicaciones es indispensable que se vea al paciente como un todo, no solo tratar el lado médico a través del tratamiento prolongado con diferentes medicamentos, sino que podemos intervenir en la prevención de las complicaciones, enfocándonos en una atención integral, educando y orientando oportunamente al paciente, a través de la actividad física, disminución del sedentarismo, eliminación de sustancias adictivas y alcohólicas, implementando una dieta saludable y revisando constantemente las posibles lesiones en el cuerpo. Siendo estos, indicadores para desarrollar comportamientos de autocuidado que no sólo disminuirá las complicaciones a largo plazo de la DM2, sino que también disminuirá los gastos públicos que genera cada paciente, disminuyendo la morbilidad y mortalidad asociada a esta enfermedad.

El enfoque de este estudio nos permitió estimar el grado de conocimientos de los pacientes quienes reciben tratamiento en el primer nivel de atención, valorando así el grado de conocimiento respecto a la DM2 y reconociendo las prácticas de autocuidado realizadas por los pacientes para generar iniciativa en la población.

El estudio consta de seis capítulos, que se aborda:

Capítulo I se aborda el planteamiento del problema, su respectiva justificación y el objetivo del estudio, haciendo una descripción general respecto al impacto de la DM2 y su respectivo autocuidado.

Capítulo II se aborda antecedentes de la investigación, bases teóricas-científicas, y definiciones del presente estudio.

Capítulo III se aborda hipótesis y variables.

Capítulo IV se aborda el tipo y diseño de estudio. La población está determinada por los pacientes atendidos en el programa de “Daños no Transmisibles”. La recolección de datos se llevó a cabo a través de encuestas, por medio del instrumento de recolección de datos; los cuales fueron obtenidos a través de entrevistas médicas.

Capítulo V se aborda los resultados descriptivos e inferenciales, seguido de la discusión de los resultados encontrados y contrastados con diferentes estudios nacionales e internacionales.

ÍNDICE

CARÁTULA	i
AGRADECIMIENTO	ii
DEDICATORIA	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del problema general.....	1
1.2 Formulación del problema.....	4
1.3 Planteamiento de objetivos.....	5
1.4 Justificación e Importancia de la investigación.....	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 Antecedentes de la investigación.....	8
2.2 Bases teóricas - Científicas.....	15
2.3 Definición de conceptos operacionales.....	27
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	28
3.1 Hipótesis.....	28
3.2 Variables.....	28
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE ESTUDIO.....	29
4.1 Tipo y diseño de investigación.....	29
4.2 Método de investigación.....	29
4.3 Población y muestra.....	29
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	30
4.5 Consideraciones éticas.....	31
4.6 Recolección de datos	31
4.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	32
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	33
5.1 Resultados.....	33
5.1.1 Resultados Descriptivos.....	33
5.1.2 Resultados Inferenciales.....	37

5.2 Discusión de resultados.....	45
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	50
CONCLUSIONES.....	50
RECOMENDACIONES.....	51
BIBLIOGRAFÍA:.....	52
ANEXOS.....	58
ANEXO 1: Matriz de consistencia.....	58
ANEXO 2: Operacionalización de variables.....	60
ANEXO 3: Instrumentos.....	62
ANEXO 4: Consentimiento Informado.....	68
ANEXO 5: Carta de presentación.....	69
ANEXO 6: Carta de compromiso de asesoría.....	70
ANEXO 7: Datos recolectados del programa de “Daños No Transmisibles” del Centro de Salud Santa Elena.....	71

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA GENERAL

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una afección metabólica crónica representada por la hiperglucemia, resultante de defectos en la secreción o en la acción de la insulina.¹

Según el Estudio de la Carga Global de Enfermedades, Lesiones y Factores de Riesgo (GBD), en el 2019, la DM con casi 460 millones en el mundo, fue la octava causa de discapacidad y muerte.² La Federación Internacional de Diabetes (IDF) indica que en 2021 fueron 537 millones de personas quienes padecían de diabetes a nivel mundial, representando el 10.5% de la población adulta, lo que resultó en gastos de salud de 966 mil millones a nivel mundial. Se prevé que este número aumente en 643 millones en 2030 y en 783 millones en 2045. Esto supone un problema de salud de gran impacto sanitario y social.³

En Latinoamérica, en el año 2019, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), clasificó a la DM2 como el sexto motivo de muerte y actualmente es la tercera causa de Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), precedida solo por la cardiopatía isquémica y el COVID-19,¹ evidenciando las consecuencias a lo que están sometidos los pacientes con DM2 durante su vida. Asimismo, se estima que para el 2040; 109 millones de personas vivirán con DM2, solo en latinoamérica.²

En Perú, según el Ministerio de Salud (MINSa), al menos 1'721,000 peruanos padecen de DM2, indicando que existe una tendencia ascendente de mujeres y varones con sobrepeso y obesidad que son factores de riesgo para este mal

crónico que demanda medicación diaria y se estima que en Lima Metropolitana 5 de cada 100 personas mayores de 20 años tienen esta enfermedad.⁴ En Ayacucho, se han registrado 572 pacientes con diabetes mellitus durante el año 2024, siendo 360 pertenecientes a la provincia de Huamanga, la más afectada de la región.⁵

La diabetes se puede asociar con complicaciones agudas como son la cetoacidosis diabética, el estado hiperglucémico hiperosmolar y la hipoglucemia, mientras que con el pasar de los años o décadas aparecen complicaciones crónicas, que pueden dar lugar a importantes afecciones, incluidas la enfermedad cardiovascular, cerebrovascular, renal,² entre las cuales destacan la retinopatía diabética con una prevalencia mundial es de 34.6%,⁶ y el pie diabético con una prevalencia mundial del 6,3%, que cuando genera una lesión menor en el pie es responsable del 85% de las amputaciones de miembros inferiores,⁷ causando una elevada y prematura mortalidad, generando un costo para el estado peruano de 19 millones de soles, del presupuesto nacional de salud, para el control, tratamiento y manejo de complicaciones en pacientes con DM2.^{2,8}

A la fecha no se conoce una cura, sin embargo se puede retrasar su aparición con la adquisición de hábitos saludables y cambios de estilo de vida, tales como la disminución de peso, alimentación saludable, ejercicios físicos de forma regular, evitando el consumo de sustancias nocivas y cuidado personal adecuado, razón por la cual la OPS recomienda los servicios de educación y apoyo para el automanejo de la diabetes, y que este sea cubierto por el tipo de seguro y sistema de salud que corresponda a cada país.¹

En una revisión sistemática realizada en el 2024, se analizaron 35 artículos de diferentes partes del mundo, que evaluaron el nivel conocimiento que tienen los pacientes con DM2, donde en la mayoría de artículos, el 70% no tenía un grado de conocimiento adecuado, asimismo desconocían aspectos básicos de su enfermedad.⁹ En el contexto local, un estudio demostró que los pacientes tenían un bajo nivel de conocimientos sobre la diabetes mellitus y un bajo nivel de autocuidado personal (dieta saludable, ejercicio físico, cuidado de lesiones dérmicas, entre otras), dando mayor prioridad al tratamiento farmacológico, y considerándolo como única base en el tratamiento de la afección así como la prevención de sus complicaciones. En otro estudio realizado en un centro de primer nivel de atención en la región de Ayacucho, demostró que el conocimiento mejora

las prácticas de autocuidado en pacientes diabéticos, disminuyendo las complicaciones crónicas producidas por esta enfermedad.¹⁰

El MINSA, en el 2010, creó el programa nacional de “Daños no Transmisibles”, con el objetivo de reducir la morbilidad, mortalidad y discapacidad por enfermedades como la DM2, en centros de salud de primer nivel.¹¹ Se realizó la búsqueda de estudios en la región de Ayacucho, pero no se encontraron registros de la relación existente entre el nivel de conocimiento de la enfermedad respecto a las prácticas de autocuidado en pacientes que se encuentran dentro del programa de “Daños no Transmisibles” sin excepciones de edad, por lo cual nos encontramos frente a esta problemática. En base a todo lo antes descrito nos permitimos formular la siguiente interrogación.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Problema general:

¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Institución Prestadora de Servicios de Salud de altura, Ayacucho - 2024?

1.2.2 Problemas Específicos:

- **Problema específico 1:** ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la diabetes mellitus tipo 2?
- **Problema específico 2:** ¿Cuáles son las prácticas de autocuidado sobre la diabetes mellitus tipo 2?
- **Problema específico 3:** ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2?
- **Problema específico 4:** ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y el control médico?
- **Problema específico 5:** ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y la dieta?
- **Problema específico 6:** ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y los ejercicios?
- **Problema específico 7:** ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y el descanso y sueño?
- **Problema específico 8:** ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y los hábitos nocivos?
- **Problema específico 9:** ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y el cuidado de los pies?
- **Problema específico 10:** ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y el cuidado de la vista?

1.3. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

Determinar la relación entre el conocimiento y las prácticas de autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en un Institución Prestadora de Servicios de Salud de altura, Ayacucho - 2024.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- **Objetivo específico 1:** Identificar el nivel de conocimiento sobre la diabetes mellitus tipo 2.
- **Objetivo específico 2:** Identificar las prácticas de autocuidado sobre la diabetes mellitus tipo 2
- **Objetivo específico 3:** Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- **Objetivo específico 4:** Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y el control médico.
- **Objetivo específico 5:** Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y la dieta.
- **Objetivo específico 6:** Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y los ejercicios.
- **Objetivo específico 7:** Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y el descanso / sueño.
- **Objetivo específico 8:** Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y los hábitos nocivos.
- **Objetivo específico 9:** Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y el cuidado de los pies.
- **Objetivo específico 10:** Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 y el cuidado de la vista.

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 JUSTIFICACIÓN

Justificación social: La DM2 predomina en nuestro contexto social, siendo considerada entre las primeras causas de mortalidad y morbilidad en nuestro país cuya incidencia va en ascenso. Esta enfermedad a su vez está englobada en un conjunto de alteraciones metabólicas que repercuten en la salud del paciente. Por lo que, de no ser tratadas adecuadamente o de manera oportuna conlleva a complicaciones crónicas generando así cierto grado de discapacidad. Motivo por el cual es importante evaluar e implementar medidas que conlleven a la adquisición de un mayor nivel de conocimiento de la enfermedad, así como adquirir buenas prácticas de autocuidado en los pacientes, la cual de ser empleada adecuadamente disminuiría las complicaciones crónicas, la discapacidad adquirida por éstas y la tasa de morbimortalidad, así como la reducción de costos de atención y tratamiento. Planteando la posible implementación de políticas de salud y programas de salud que aborden eficazmente la educación del paciente respecto a su enfermedad y la comprensión de su entorno respecto a los factores que contribuyan al desarrollo de la misma.

Justificación práctica: La importancia de este estudio radica en que la diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica, que, sin un adecuado conocimiento de la enfermedad y su correcto autocuidado, genera complicaciones agudas y crónicas, que afecta la calidad de vida de quienes lo padecen. Por lo tanto, la investigación contribuyó a la comprensión de la relación entre el nivel de conocimientos sobre la diabetes mellitus tipo 2 y su respectivo autocuidado, lo cual ayudará a los profesionales de salud a crear estrategias de prevención y tratamiento, reduciendo costos económicos y de recurso al estado logrando disminuir las futuras complicaciones debido a la mejora de las prácticas de autocuidado y la identificación del nivel de conocimiento de la población respecto a esta enfermedad.

Justificación política: El presente estudio permitirá desarrollar políticas públicas para el control y prevención de enfermedades no transmisibles, tales como la DM2. Al determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado de pacientes atendidos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se podrá diseñar estrategias y programas que inciten a la mayor adquisición de conocimientos respecto a la enfermedad por parte del paciente y su entorno, así como la promoción de estilos de vida saludable y actitudes preventivas, evitando

mayores complicaciones y mejorando las prácticas de autocuidado. Respecto a la atención en salud se permitirá mejorar la atención primaria siendo esta la de mayor alcance para un manejo y control adecuado en pacientes con esta enfermedad.

1.4.2 IMPORTANCIA:

Este presente trabajo de investigación, plantea ayudar al sistema de salud y funcionarios públicos a enfatizar en la educación de su enfermedad, así como en su adecuado autocuidado, a través de diversos programas enfocados en la prevención y promoción de la salud, y la posible asignación de recursos adecuados a través del presupuesto de salud, que haga que esta propuesta sea sostenible en el tiempo y en nuestro sistema de salud.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Internacionales

Vargas L. (México, 2023) en su estudio “Conocimiento de la enfermedad y autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, UMF 62”. **Objetivo:** Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre la enfermedad y el autocuidado en pacientes diabéticos. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, analítico, transversal y prospectivo, realizado en 323 pacientes que acudieron a consulta externa con diagnóstico de DM2. Se utilizó el cuestionario de conocimiento sobre la enfermedad y las prácticas de autocuidado. **Resultados:** El 64.1% tenía un conocimiento no aceptable de la enfermedad, mientras el 35.9% tenía un conocimiento aceptable. En cuanto al nivel del autocuidado, el 94,7% tenía un nivel medio; el 3,7% un nivel bajo y el 1,5% un nivel alto. Además, se observó que el 61% obtuvieron un grado inaceptable de conocimiento y un grado medio de autocuidado, con respecto al 1.5% que presentó un grado de conocimiento aceptable con un grado alto de autocuidados. **Conclusiones:** Existe relación entre el nivel de conocimientos sobre la diabetes mellitus tipo 2 y su autocuidado, un nivel bajo de conocimientos se relaciona con un autocuidado adecuado de la enfermedad.¹²

Solorzano M. (Guatemala, 2021) en su estudio “Conocimiento sobre autocuidado en pacientes mayores de 30 años con diabetes mellitus tipo 2 que asisten a la consulta externa del instituto guatemalteco de seguridad social de Guazacapán, departamento de Santa Rosa, Guatemala, durante el período de Julio a diciembre

del 2021”. **Objetivo:** Determinar los conocimientos sobre el autocuidado en pacientes mayores de 30 años. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo transversal, prospectivo y cualitativo, realizado en 65 individuos mayores de 30 años, se utilizó cuestionarios los cuales evaluaron el nivel de conocimientos sobre la diabetes mellitus tipo 2 y las prácticas de autocuidado. **Resultados:** El 55% eran mujeres, de las cuales el 47% poseían un adecuado nivel de conocimiento, mientras que solo el 31% de varones presentaron un nivel de conocimiento adecuado. El 61% tiene primaria completa, 66% instituto y el 38% fue a la universidad. El 60% de las personas tienen conocimientos inadecuados sobre el autocuidado de la enfermedad que padecen y solo el 38% de la población estudiada tienen prácticas de autocuidado para su adecuado control. El 49% realizan prácticas de autocuidado como evitar consumo de papas, harina, café, revisar sus pies, y el 77% evita el consumo de alcohol y tabaco. **Conclusiones:** El nivel de conocimientos tiene efecto significativo sobre las prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.¹³

Tenesaca T, et al. (Ecuador, 2021) en su estudio “Nivel de conocimiento y autocuidado en pacientes adultos de 40-50 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acuden al centro de salud Gualaceo, 2021”. **Objetivo:** Evaluar el nivel de conocimiento y la práctica del autocuidado en pacientes de entre 40 y 50 años diagnosticados con la enfermedad. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, analítico, transversal, realizado en 57 individuos que asistían por consultorio externo. Se utilizaron los Cuestionarios de Conocimiento sobre la diabetes y el Resumen de Actividades de Autocuidado en la Diabetes. **Resultados:** El 73.7% eran mujeres, estaban casados el 57.9% de los participantes, habían completado la educación primaria el 68.4%, respecto al conocimiento, el 89.5% poseía un nivel intermedio, finalmente el 64.9% tenían una práctica nula del autocuidado. **Conclusiones:** Se determinó que no existe relación estadísticamente significativa respecto al nivel de conocimiento y el grado de autocuidado.¹⁴

Proenza L, et al. (Cuba, 2020) en su estudio “Nivel de conocimientos sobre factores de riesgos y medidas de autocuidado en pacientes diabéticos”. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo y medidas de autocuidado en pacientes diabéticos. **Materiales y métodos:** Estudio observacional descriptivo, donde se utilizó encuestas sobre el nivel de conocimiento y las medidas de autocuidado, realizado sobre 30 pacientes del Policlínico Universitario.

Resultados: El 66.7% estuvo conformado por pacientes mayores de 60 años, el 63.3% por el sexo femenino. Respecto a las prácticas de autocuidado, el 83.3% tuvo adecuada ingesta de líquidos, el 76.7% adecuada higiene y el 70% adecuado cuidado de los pies y aseo bucal. **Conclusiones:** El inadecuado nivel de conocimientos está relacionado con los factores de riesgo y medidas de autocuidado de la enfermedad.¹⁵

Nacionales

Ricapa J, et al. (Huacho, 2024) en su estudio “Conocimiento y prácticas de autocuidado en los pacientes adultos con diabetes mellitus del Hospital de Chancay – 2024”. **Objetivo:** Determinar la relación entre el conocimiento y las prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus atendidos en el consultorio de endocrinología. **Materiales y métodos:** Estudio correlacional, no experimental, de tipo aplicado. Se empleó dos cuestionarios: el de nivel de conocimientos y el de autocuidado, los cuales se usaron en 74 pacientes adultos con el diagnóstico. **Resultados:** Referente al nivel de conocimiento, el 23% presentó un nivel básico, el 51% un nivel moderado y el 26% tuvieron un nivel alto de conocimiento. Mientras que, respecto al autocuidado, el 2,70% presentó prácticas básicas de autocuidado, el 66% prácticas moderadas de autocuidado y el 31% practicas altas de autocuidado. **Conclusiones:** Existe relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2.¹⁶

Orcon A. (Lima, 2023) en su estudio “La práctica del autocuidado relacionado al nivel de conocimientos en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2”. **Objetivo:** Determinar la relación entre la práctica del autocuidado y el nivel de conocimiento en pacientes diabéticos. **Método y Materiales:** Estudio cuantitativo, aplicado, descriptivo, correlacional y transversal, realizado en un hospital III-1, en 85 pacientes atendidos. Se utilizó dos cuestionarios validados para las prácticas de autocuidado y el conocimiento de la enfermedad. **Resultados:** El 54.1% presentaron edades entre 46 y 55 años, el 60% eran mujeres y respecto a su estado civil, el 41.2% eran convivientes. Respecto al nivel educativo, el 50.6% cuenta con educación secundaria completa. El 52.9% con nivel moderado de conocimiento de la enfermedad y el 58.8% con nivel regular en prácticas de autocuidado. **Conclusiones:** No existe relación significativa entre las prácticas de autocuidado y el conocimiento de la diabetes mellitus tipo 2.¹⁷

Arcaya, G. (Tumbes, 2022) en su estudio “Autocuidado del paciente diabético tipo 2 perteneciente a la estrategia de daños no transmisibles del Centro de Salud Pampa Grande Tumbes, 2022”. **Objetivo:** Determinar el autocuidado de los pacientes con DM2. **Materiales y métodos:** Estudio no experimental, transversal y prospectivo, realizado en 73 pacientes que participaron en el cuestionario de Conocimientos sobre la diabetes mellitus tipo 2 y prácticas de autocuidado. **Resultados:** El 97.3% obtuvo un nivel adecuado de autocuidado, respecto a su control médico, el 90.4% respecto a la dieta, el 12.3% respecto al ejercicio, el 83.6% respecto al descanso y sueño, el 89% respecto al cuidado de los pies y en general el 94.5% presentó un nivel adecuado en sus prácticas de autocuidado. **Conclusiones:** Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el centro de salud presentan un adecuado nivel de prácticas de autocuidado.¹⁸

De la Cruz M. (Ica, 2021) en su estudio “Conocimientos y Prácticas de autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el Centro de salud “La Palma Grande” - Marzo a Agosto 2019”. **Objetivo:** Evaluar la relación entre conocimientos y práctica de autocuidado en pacientes con DM2. **Material y métodos:** Estudio no experimental, transversal, prospectivo y analítico, realizado en 92 pacientes con el diagnóstico a quienes se les aplicó los cuestionarios: para evaluar el conocimiento y las prácticas de autocuidado. **Resultados:** El 72% de los pacientes poseen un nivel adecuado de conocimiento sobre la DM2. Además, el 69% realiza adecuadamente las prácticas de autocuidado. **Conclusiones:** Existe relación entre los conocimientos y las prácticas de autocuidado en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, mientras mayor es el nivel de conocimientos sobre la enfermedad, mayor es el nivel de prácticas de autocuidado.¹⁹

Arias L, et al. (Huancayo, 2021) en su estudio “Conocimientos y Prácticas de autocuidado en usuarios con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Hospital Domingo Olavegoya, Jauja - 2020”. **Objetivo:** Determinar la relación entre el conocimiento y las prácticas de autocuidado en usuarios con diabetes mellitus tipo 2. **Material y métodos:** Estudio cuantitativo, transversal, realizado en 50 pacientes. Se usaron los cuestionarios de prácticas de autocuidado y nivel de conocimiento. **Resultados:** El 60% poseen un alto nivel de conocimiento sobre la diabetes tipo 2, el 74% tienen un alto nivel en conocimientos básicos sobre la enfermedad, el 72% posee un nivel medio de conocimientos respecto al tratamiento. Sin embargo, respecto a las complicaciones, el 86% desconoce los síntomas de hiperglucemia e

hipoglucemia. Por otro lado, el 58% de los usuarios realizan prácticas adecuadas de autocuidado en relación con la diabetes. Respecto a las prácticas de autocuidado son inadecuadas: el 52% en el control clínico y metabólico, el 56% en la actividad física, y el 58% en el cuidado de la piel, boca y pies. **Conclusiones:** Se encontró asociación entre el nivel de conocimiento sobre la DM2 y las prácticas de autocuidado. Por lo cual, a mayor conocimiento, mejor será el nivel de las prácticas de autocuidado.²⁰

Olivos J. (Lima, 2021) en su estudio “Nivel de conocimientos y su relación con la práctica de autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, del centro de salud Nochetto, Lima - 2021”. **Objetivo:** Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado en pacientes diabéticos. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal. Se aplico dos cuestionarios a 75 pacientes entre 30 y 70 años; un cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y un cuestionario de prácticas de autocuidado en pacientes diabéticos. **Resultados:** El 51% eran mujeres, el 35% contaba con grado de instrucción de secundaria, el 41% poseían entre 51 a 60 años. Respecto al nivel de conocimientos, el 74.7% de los pacientes presentaron un grado medio de conocimientos y el 25.3% tenían un grado alto de conocimientos, respecto a las prácticas de autocuidado, el 97.3% presentó prácticas adecuadas de autocuidado y solo un 2.7% tenían prácticas inadecuadas de autocuidado. **Conclusión:** Este estudio no encontró relación significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado.²¹

Regionales

Achalma A, et al. (Ayacucho, 2023) en su estudio “Conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho 2022”. **Objetivo:** Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el autocuidado en pacientes adultos mayores con diagnóstico de DM2. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo correlacional, transversal, realizado en 64 pacientes atendidos, se utilizó los cuestionarios de nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado. **Resultados:** El 81.3% y 18.7% presentaron un nivel de prácticas de autocuidado en grado regular y bueno respectivamente, asimismo el 90.6 % y el 9.5% obtuvieron un nivel de conocimiento bajo y medio respectivamente. El 9,4% de los pacientes con un grado medio de

conocimientos tuvieron un nivel regular y bueno en sus prácticas de autocuidado.

Conclusiones: Existe asociación entre el nivel de conocimiento y el autocuidado en pacientes mayores diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2.¹⁰

Ramirez S. (Ayacucho, 2023), en su estudio “conocimiento y práctica de autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la clínica el nazareno, Ayacucho – 2023”, **Objetivo:** Encontrar la relación entre los conocimientos básicos y la práctica de autocuidado en pacientes diabéticos. **Materiales y métodos:** Estudio observacional descriptivo, transversal, realizado en 133 pacientes, los datos se obtuvieron mediante los cuestionarios de conocimientos y prácticas de autocuidado. **Resultados:** El 64.7% tienen un nivel regular de conocimientos básicos, el 54.4% muestran un nivel regular de conocimientos sobre la glucemia y el 45.9% muestran un nivel regular sobre el conocimiento preventivo de la enfermedad. De la misma manera, el 66.9% presentan un nivel regular sobre las prácticas de autocuidado, el 84.2% tienen un nivel regular respecto al control de su dieta, y el 56,4% reportan un nivel alto de autocuidado respecto a sus controles médicos. **Conclusiones:** No se encontró relación significativa entre el conocimiento y las prácticas de autocuidado en la diabetes mellitus 2, esto se puede atribuir a la falta de seguimiento al paciente y la falta de cooperación de los pacientes al resolver las encuestas.²²

Aquino N. (Ayacucho, 2022) en su estudio “Factores de riesgo sociodemográficos y de déficit de autocuidado asociados a complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II - Hospital Regional de Ayacucho, febrero - abril 2019”. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo sociodemográficos y de falta de autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, asociado a sus complicaciones. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, caso control, retrospectivo. Se realizó en 84 pacientes, separados en 56 controles y 28 casos atendidos en el Servicio de Medicina, en los cuales se les aplicó una encuesta de autocuidado. **Resultados:** Del total de los pacientes estudiados, la procedencia urbana y ser jubilado, resultaron ser factores protectores, mientras que el consumo de azúcar, sal, bebidas gaseosas, bebidas alcohólicas, falta de baño, falta de cuidado de zonas de pliegues, ingle y ombligo y falta de revisión de los pies, son factores de riesgo significativos. **Conclusiones:** El déficit de autocuidado según el autocontrol, predispone a presentar complicaciones futuras de diabetes mellitus tipo2.²³

Ayay M, et al. (Ayacucho, 2018), en su estudio “Conocimiento y autocuidado de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Hospital II EsSalud Ayacucho, 2017”. **Objetivo:** Encontrar la relación entre el nivel de conocimientos y el autocuidado, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo no experimental, transversal, realizado en 40 pacientes, aplicando cuestionarios para evaluar los conocimientos sobre la diabetes mellitus tipo 2 y el autocuidado. **Resultados:** El 50% tenían un nivel deficiente en conocimientos y solo el 15% tenían un alto nivel de conocimientos. Con respecto al autocuidado, el 72.5% cumple con tratamiento farmacológico, el 75% cumple con sus controles de glucosa y el 65% revisa constantemente sus pies. Además, el 50% de los pacientes son cuidadores adecuados. **Conclusiones:** A mayor nivel de conocimiento, mejor será el autocuidado en los pacientes diabéticos, evitando posibles complicaciones.²⁴

2.2. BASES TEÓRICAS-CIENTÍFICAS

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO: Según la definición de Dorothea Orem, el autocuidado es una *“Actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”*²⁵

Se definen 3 requisitos en el autocuidado, que deben ser desarrolladas para el beneficio de la salud:¹⁸

a) Requisito de autocuidado universal: Comprende la finalidad o meta que el individuo busca alcanzar a través del cuidado de sí mismo, así como también el deseo y obligación de la persona por asumir el cuidado como propio y de su entorno.

b) Requisito de autocuidado del desarrollo: Es la urgencia por impulsar condiciones ambientales favorables para su desarrollo y crecimiento, evitando situaciones perjudiciales inmediatas o a futuro que puedan perjudicar las diversas fases de su vida comprendidas entre la infancia hasta la adultez.

c) Requisito referente al autocuidado con relación a la desviación de la salud: Es la desorientación o daño de la salud, considerándose de vital importancia el grado de cuidado de uno mismo que se posee para la prevención del desarrollo de enfermedades por lo cual requiere de habilidad y conocimiento de prácticas y acciones para la prevención de enfermedades usando los conocimientos obtenidos en el transcurso de la vida y la brindada por los profesionales de salud.¹⁸

El autocuidado comprende la higiene personal y general del individuo, así como la dieta considerando las características de los alimentos por consumir siendo de importancia los tipos y calidades de los productos. Igualmente, el estilo de vida como las actividades de ocio y deportivas, factores ambientales tales como los hábitos sociales y condiciones de vivienda, la automedicación y factores socioeconómicos como creencias culturales e ingresos económicos.²⁶

Para la OMS define como autocuidado a la capacidad de las personas, las familias y las comunidades por promover la salud, prevenir las enfermedades, conservar la

salud y defenderse de las enfermedades y discapacidades contando o no con el apoyo de algún profesional de la salud.²⁷

RELACIÓN CON EL SISTEMA DE SALUD:

Según la OMS entre las principales características del autocuidado está la relación existente entre el sistema de salud y este. Algunos conceptualizan el autocuidado de forma independiente al sistema de salud e incluso opuesto a él. Otros lo definen como una colaboración con el sistema de salud o parte de él. Asimismo, otras fuentes consideran al autocuidado parte de la atención primaria de salud como apoyo del sistema de salud o como complemento de este dándose de manera simultánea durante la atención al paciente. El autocuidado es esencial para sistema de salud y es un fenómeno concurrente a este durante el desarrollo de la práctica médica en las instituciones de salud de cada país.²⁸

DEFINICIÓN DE PRÁCTICAS:

La Real Academia Española (RAE) define la “práctica” como palabra proveniente del griego “praxis” cuyo significado es obra o acción y se centra en las acciones realizadas durante las actividades cotidianas y a los juicios sobre ellas ejecutadas por una persona, familia o comunidad con la finalidad de salvaguardar su salud; estas prácticas fueron adquiridas convirtiéndose en destrezas adquiridas de manejo constante que usa el individuo por decisión propia y libre con la finalidad de restablecer o fortalecer la salud y/o prevenir enfermedad respondiendo así a la capacidad de supervivencia y a las costumbres que posee la persona.^{17, 29}

La práctica es un acto tangible e inherente a la persona la cual busca satisfacer sus necesidades de forma directa o indirecta para la aplicación de actos específicos con carácter operativo como tareas ordenadas y consecutivas con orientación y sentido, carácter de actitud en la cual se adopta juicios personales con la finalidad a los actos o dichos entre unos y otros y finalmente carácter de comportamiento ya que conlleva reacciones emocionales y expresiones corporales en función de que nos rodea y la situación en donde nos encontramos.²⁰

DIMENSIONES DEL AUTOCUIDADO:

Entre las prácticas para el autocuidado en paciente con DM2 están: alimentación adecuada, actitudes de limpieza, ejercicio físico indicado, adherencia al tratamiento médico, seguimiento, control e indicaciones brindadas por el personal de salud con adquisición de comportamientos favorables.²⁹

- **Control Médico:** Son las citas de control a la cual acude el paciente para evaluar el seguimiento y la adherencia del tratamiento, respeto a las dosis y horarios de los medicamentos prescritos, el cumplimiento de indicaciones médicas, la evaluación constante de los niveles de glucosa, presión arterial, peso, perfil lipídico como también su comprensión por los efectos adversos del tratamiento que recibe como sudoración, cansancio, irritabilidad, piel reseca o ansiedad.¹⁸
- **Dieta:** Se recomienda menor ingesta de azúcares simples de fácil digestión y absorción y mayor preferencia por una alimentación sana, proporcionada y de calidad, además de incrementar el consumo de agua para una buena hidratación, consumo de 4 a 5 porciones diarias de carbohidratos acompañado de ingesta de vegetales y frutas en gran cantidad, evitando así la elevación de la glucemia sanguínea posterior a las comidas.²⁷
- **Ejercicio:** Se recomienda 30 minutos de caminata diaria y menos de 2 horas y media por semana de ejercicio aeróbico de nivel moderado a intenso 3 veces por semana y sin dejar dos días consecutivos de inactividad física. La ejercitación previene y controla la DM2 controlando la glucemia y manteniendo el peso ideal del paciente logrando mejora de la salud debido a que los ejercicios mejoran el uso de glucosa en las fibras musculares al aumentar la sensibilidad de la insulina mejorando el uso de la glucosa disminuyendo así la resistencia.²⁷
- **Descanso y sueño:** Se recomienda 2 horas completas de sueño y descanso cortos durante el día para evitar el estrés que termine incrementando la glucemia en sangre empeorando así el cuadro de hiperglucemia.²⁷
- **Hábitos Nocivos:** El consumo de alcohol genera deterioro físico en pacientes con DM2, debido a que incrementa el riesgo de complicaciones a largo plazo. Así mismo, el fumador pasivo y activo tendrán el mismo riesgo de desarrollar la enfermedad.¹⁸
- **Cuidado de los pies:** La utilización de zapatos cómodos para la prevención de úlceras o ampollas que predispongan la aparición de infecciones y posible cronicidad de las mismas que finalice en una amputación del pie afectado. Se detalla el hábito de lavado de pies con agua tibia o fría que ayude con la mejoría de flujo sanguíneo y la circulación. El uso de calzados

cómodos, evitando la aparición de ampollas o úlceras que puedan generar infecciones crónicas y posterior amputación del pie.¹⁷

La revisión de los pies debe ser evaluada por el propio paciente y el especialista de manera periódica en cada control médico para la evaluación de la biomecánica y vascularidad de los miembros inferiores, evitando la aparición de pie diabético.¹⁸

- **Cuidado de la vista:** Consiste en el seguimiento oftalmológico periódico del paciente diabético debido a que un mal control de la enfermedad repercute en un deterioro de la visión con la disminución de agudeza visual y posterior ceguera debido a la complicación crónica conocida como retinopatía diabética.¹²

CONOCIMIENTO GENERAL

El conocimiento es el conglomerado de información que el individuo utiliza para la administración correcta de su salud.³⁰

Es fundamental que los pacientes con DM2 posean conocimientos respecto a su enfermedad para que puedan adquirir una participación activa y adecuada del ejercicio de sus prácticas de autocuidado correctas logrando así mejorar su estado de salud, que nos muestra la importancia de los conocimientos y prácticas adquiridas por el paciente mediante la terapia farmacológica e indicaciones médicas para ayudarlo a la prevención de complicaciones.³¹

Aparte del conocimiento existen otros parámetros que intervienen en la modificación del comportamiento tales como: educación, tiempo de enfermedad una vez establecido el diagnóstico, creencias y costumbres del paciente respecto a salud y enfermedad, familia y red de apoyo, servicios de salud y su accesibilidad, etc. El autocuidado y el conocimiento respecto a la enfermedad es imprescindible para el tratamiento de la DM2 siendo reconocidas en diversos estudios realizados, independientemente de las características socioeconómicas y culturales.²⁴

Existen 3 niveles de conocimiento:

Nivel de conocimiento sensible o sensorial: “El conocimiento sensorial es el que se percibe procesa mediante los sentidos como las sensaciones, percepciones y representaciones. El conocimiento sensible se divide en dos actos: percepción sensible y conciencia sensible.

Nivel de conocimiento conceptual: Es la destreza que posee el hombre para estructurar conceptos en forma de lenguaje, poder transmitirlos

mediante símbolos abstractos y efectuar una combinación de conceptos mediante mecanismos cognitivos basados en concepciones invisibles, inmateriales, universales y esenciales. Tiene por objetivo universalizar conceptos y objetos, para el entendimiento global e igualitario ayudando así a la solución de problemas.

Nivel de conocimiento holístico: Etimológicamente el vocablo holístico proviene de la palabra griega “*holos*”, que significa entero, completo, íntegro y organizado. La holística permite comprender los hechos desde múltiples perspectivas e interacciones con la cualidad de poder integrar y explicar la teoría con el enfoque de una comprensión del todo tanto del desarrollo, individuos y objetos dentro de sus contextos específicos.³²

CONOCIMIENTO SOBRE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

La diabetes corresponde a un grupo de enfermedades metabólicas, caracterizadas por el aumento de la glucosa en sangre o también llamada hiperglucemia, resultado de una inadecuada gluconeogénesis y glucogenólisis.^{1,33} Esta enfermedad provoca síntomas hipoglucémicos clásicos como la polidipsia, polifagia, pérdida de peso y poliuria, generando complicaciones agudas como la cetoacidosis diabética (CAD) o el estado hiperosmolar (EHH),³⁴ y complicaciones crónicas, lo cual provoca alteraciones patológicas en diferentes órganos del cuerpo como el corazón, ojos, riñones, nervios, vasos sanguíneos.³⁵

CLASIFICACIÓN:

La diabetes mellitus se divide en 4 categorías principales basadas en su origen, fisiopatología y síntomas: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional y otros tipos de diabetes (enfermedades del páncreas exocrino, diabetes monogénica y diabetes inducida por fármacos o sustancias químicas).^{34,35}

DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2)

La DM2 simboliza entre el 90% a 95% de los tipos de diabetes, debido a la deficiencia o resistencia de la insulina, es decir, con respuestas biológicas disminuidas, generando que el páncreas aumente la secreción de insulina, evento conocido como “hiperinsulinemia” y posterior una hiperglucemia, como mecanismo de compensación.³⁶

FACTORES DE RIESGO DE LA DM 2: ³⁷

- Hipertensión arterial
- HDL < 35 mg/ dL / TG > 250 mg/ dL
- Familiar de primer grado con diabetes
- Raza afroamericano, latino, nativo americano
- Mujeres con hijos que nacieron con un peso mayor de 4 kilos o que presentaron diabetes gestacional
- Otros: acantosis nigricans, síndrome de ovario poliquístico, antecedentes de enfermedad vascular coronaria (ECV), inactividad física.

ETIOLOGÍA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2: ³⁸

- **Genética:** Es multifactorial, donde interactúan factores ambientales, genéticos y epigenéticos. Descrita como una etiología epigenética con más de 100 genes asociados a la DM2, donde se describe alteraciones en las células Beta, por una deficiente secreción o resistencia a la insulina. Además, se toman en consideración las modificaciones de la metilación y el silenciamiento genético del ARN.
- **Ambientales:**
 - **En la obesidad,** los adipocitos tienen una capacidad limitada para sintetizar y almacenar ácidos grasos. Cuando esta capacidad se excede y los adipocitos se hipertrofian, comienzan a presentar alteraciones funcionales. Entre ellas, se observa una disminución en la sensibilidad a la insulina, hipoxia (falta de oxígeno en el tejido) y un aumento constante en la actividad lipogénica. Esta actividad mantenida contribuye aún más a la hipertrofia celular. Sin embargo, los adipocitos también tienen un límite para crecer; una vez superado este umbral, la célula adiposa entra en un estado disfuncional que incluye daño celular, autofagia, mayor hipoxia y eventualmente muerte celular. Como respuesta, el sistema inmunológico se activa, provocando una infiltración de células inmunes en el tejido adiposo y generando un proceso inflamatorio crónico conocido como “lipo-inflamación”.^{39,40}
 - **Los microorganismos,** Los microorganismos intestinales cumplen funciones metabólicas clave, como la digestión de polisacáridos complejos, la producción de ácidos grasos y el metabolismo de los

ácidos biliares. La microbiota intestinal influye en las respuestas inmunológicas locales y sistémicas, así como en procesos inflamatorios relacionados con la obesidad y la resistencia a la insulina. En personas con sobrepeso u obesidad, se ha observado un aumento de bacterias GRAM negativas, cuyo componente lipopolisacárido (LPS) puede activar los receptores Toll-Like 4 (TLR4) y Toll-Like 2 (TLR2). Esta activación estimula la producción de citoquinas proinflamatorias, contribuyendo a un estado inflamatorio crónico.⁴³

- **El tabaquismo**, genera inflamación sistémica, estrés oxidativo, y disfunción endotelial, que se asocia a la resistencia a la insulina debido a que se produce una metilación en los genes: IGF1R (gen para el receptor de IGF-1), PTP11 y ENPP1 (modulan la acción de la insulina), SHC1 y IRS1 (Sustratos para el receptor de la insulina), SORBS1 (potencia la fosforilación mediada por insulina), PIK3R1 (Isoforma de PI3K). Además, la nicotina, cuando su consumo es mayor a 1 $\mu\text{mol/L}$ inhibe la secreción de insulina por las células beta, causando apoptosis y destruyendo los islotes pancreáticos.^{44,45}

FISIOPATOLOGÍA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2:

La diabetes mellitus tipo 2, tiene varios factores etiológicos, siendo el sobrepeso y la obesidad, lo que más contribuye a la resistencia a la insulina. Sin embargo, algunas personas sin sobrepeso u obesidad también pueden desarrollarla, en estos casos, la distribución de la grasa corporal adquiere mayor relevancia, especialmente en la zona abdominal y en áreas involucradas en disfunciones metabólicas, como la enfermedad hepática esteatosis o en sitios ectópicos como el músculo esquelético.³⁴

En condiciones normales, aproximadamente el 85% de la producción endógena de glucosa proviene del hígado, mientras que el 15% restante se origina en el riñón. En el hígado, esta producción basal de glucosa se divide equitativamente entre la glucogenólisis (50%) y la gluconeogénesis (50%). En cuanto a la utilización de la glucosa, alrededor del 50% ocurre en el cerebro, un órgano cuya captación de glucosa es independiente de la insulina. El 25% se utiliza en la región esplácnica,

que incluye el hígado y los tejidos gastrointestinales, y el 25% restante tiene lugar en tejidos insulino-dependientes, principalmente el músculo esquelético.

En pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), se observa una notable disminución en la captación de glucosa en comparación con personas no diabéticas. Este deterioro se debe, en gran medida, a una alteración en la eliminación de glucosa mediada por insulina, fenómeno conocido como resistencia a la insulina.³⁶

La resistencia a la insulina

Se debe a una falla en la mutación o modificación postraduccionales del receptor IRS (sustrato de insulina) o daño a las células diana de la insulina, causando que no se produzca la correcta incorporación de la glucosa en el tejido muscular y adiposo.⁴⁷

En los pacientes obesos, el tejido adiposo libera adiponectinas implicadas en la resistencia a la insulina como la IL-6, TNF-alfa y la resistina, además recordemos que el tejido adiposo contiene células inmunológicas como los macrófagos y leucocitos, que se encontrarán aumentados en número, generando una respuesta inflamatoria incrementada y sostenida.⁴⁸

Daño inducido por leptina y resistina, adiponectina:

La leptina, una conocida adipocina, normalmente actúa a nivel central para suprimir el apetito. Sin embargo, muchos pacientes obesos desarrollan resistencia a sus efectos y presentan niveles elevados de esta hormona en sangre. Al incrementar las reacciones inflamatorias y el estrés oxidativo, la leptina inhibe la síntesis de insulina, por lo que niveles aumentados de leptina pueden llegar a producir apoptosis en las células β .⁴⁹ La resistina humana, es otra adipocina secretada por células inflamatorias presentes en el tejido adiposo humano que estimula la producción de citoquinas como como la IL-6 (Interleucina 6) y TNF (factor de necrosis tumoral) que activan al NFkB (factor nuclear kappa-beta), que conlleva a la muerte celular de las células Beta.⁵⁰

Por otro lado, la adiponectina promueve la oxidación de ácidos grasos y reduce la producción de glucosa en el hígado; esta hormona tiene propiedades antiinflamatorias al inhibir el TFN y al NFkB. Se ha sugerido que otra adipocina más

reciente, llamada proteína 4 fijadora de retinol (RBP-4), también está implicada en procesos inflamatorios relacionados con la obesidad.⁴⁶

Lipotoxicidad:

En los pacientes diabéticos mal controlados, se produce una rápida producción de ácidos grasos libres, debido al aumento de triglicéridos circulantes en el cuerpo, por lo cual los islotes de Langerhans, generan un aumento en número y masa de las células beta con incremento de secreción de la insulina.⁵¹ En estadios avanzados, el acúmulo de ácidos grasos produce lipotoxicidad, que activan mecanismos de apoptosis a través de la liberación de citocromo C, generando disminución de la secreción de la insulina.⁵²

Glucotoxicidad:

La glucotoxicidad se produce por la entrada de glucosa al medio intracelular, por medio del transportador de glucosa GLUT-2, generando disminución de la síntesis y secreción de la insulina. En un proceso inflamatorio sostenido, se liberan quinasas como IKK (inhibidor del factor nuclear B quinasa) y JNK (quinasas c-Jun N-terminal), quienes se encargan de inhibir al IRS-1 (sustrato 1 del receptor de insulina) disminuyendo así la señalización de la insulina. El aumento de la glucosa intracelular produce glicosilación y producción de radicales libres que, junto a la lipotoxicidad, incremento de la leptina y resistina, finalmente generan muerte celular de las células Beta.⁵³

En el período posterior a la absorción de alimentos, el aumento en los niveles sanguíneos de glucosa estimula la liberación por parte de las células beta del páncreas de insulina, lo que resulta en hiperinsulinemia e hiperglucemia para promover la captación de glucosa por los tejidos espláncnicos (como el hígado e intestino) y periféricos (principalmente músculos). La hiperglucemia tiene su propio efecto para estimular la captación muscular y suprimir la producción interna de glucosa, dependiendo de su intensidad.⁵⁴

DIAGNÓSTICO DE LA DM2.

La Asociación Americana de Diabetes establecen criterios diagnósticos:³⁴

1. Determinación de la Hemoglobina glicosilada HbA1C $\geq 6.5\%$ (≥ 48 mmol/mol)
2. Determinación de la glucemia basal > 126 mg/dl (≥ 7.0 mmol/mol). En ausencia de ingesta calórica en las 8 horas previas.
3. Determinación de glucemia plasmática > 200 mg/dl (≥ 11.1 mmol/mol) a las 2 horas de la prueba de tolerancia oral a la glucosa con 75 gramos de glucosa anhidra (PTOG).
4. Síntomas clásicos (polidipsia, poliuria, polifagia y pérdida de peso) y una glucemia plasmática al azar > 200 mg/dl (≥ 11.1 mmol/mol).

TRATAMIENTO DE LA DM2

Tratamiento Farmacológico:

Existen varios tipos de medicamentos utilizados en el tratamiento de la diabetes:

a) Biguanidas:

Dentro de este grupo, tenemos a la Metformina, fármaco usado como primera elección en el tratamiento de la DM2. Debido a su mecanismo de acción, reduce la producción de glucosa hepática,⁵⁵ altera el transportador oxido-reductor de la membrana mitocondrial, inhibe el metabolismo aerobio,⁵⁴ disminuye la actividad del DPP-4, genera un efecto protector de la vascularización e induce la expresión de células beta, mejorando así la acción de la insulina en el musculo esquelético.⁵⁶

b) Sulfonilureas

Se distribuyen unidas a proteínas plasmáticas, siendo en un 90% - 99% la albumina, y metabolizadas en el hígado.⁵⁷ El mecanismo de acción, se basa en la unión de estos fármacos a un receptor B, bloqueando los canales de potasio dependientes de ATP, despolarizando la membrana celular y aumentando el calcio intracelular, generando así secreción de insulina por exocitosis.⁵⁸

El 75% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, tratados con este medicamento, no llegan al objetivo deseado (glucosa en ayunas <140 mg/dl o <7.8 mmol/L), por lo que requieren que se les adicione un segundo fármaco.⁵⁷

c) Inhibidores de la DPP-4 y análogos del GLP-1

Los inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (iDPP4), inhiben a la enzima que bloquea al péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1), la cual aumenta la secreción y la sensibilidad de la insulina, reduce la secreción del glucagón e inhibe el vaciamiento gástrico. Mientras que los análogos del GLP-1 están estimulados por la hiperglicemia y diseñados para resistir la acción inhibitoria de la DPP-4.⁵⁹

d) Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa (SGLT-2)

El transportador 2 de sodio-glucosa (SGLT2), reabsorbe el 90% de la glucosa a nivel de los túbulos proximales de la nefrona, por lo cual, al bloquear este transportador, se inhibe el ingreso de glucosa y se elimina por la orina, lo que genera "glucosuria", reduciendo así los niveles de glucosa en sangre.⁶⁰

Además de estos tratamientos farmacológicos, en algunos casos se considera la cirugía metabólica, como el bypass gástrico o la derivación bilio-pancreática, especialmente en pacientes con sobrepeso u obesidad.^{36,61}

El tratamiento no farmacológico juega un papel crucial e incluye cambios en el estilo de vida como educación, dieta, ejercicio físico y hábitos saludables. Estas medidas no solo favorecen la pérdida de peso, sino que también mejoran el control glucémico y ayudan a manejar problemas metabólicos adicionales como la hiperglucemia, la resistencia a la insulina, la dislipidemia y la hipertensión arterial.⁶²

COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

1. Retinopatía Diabética:

Se debe a la alteración de la vascularización de la retina, considerada como uno de los principales motivos de la pérdida de visión en adultos. En su fisiopatología se ha postulado el daño de los capilares producto de la hiperglucemia, generando microaneurismas, hemorragias y neovascularización, edema de macula y desprendimiento de retina. En los estadios iniciales, es asintomática, pero en estadios más avanzados genera pérdida visual significativa, por lo cual su detección

precoz es clave. Se recomienda un manejo integral, con control de niveles de glucosa, lípidos en sangre y presión arterial.⁶

2. Pie Diabético:

Es la alteración estructural y funcional del pie en pacientes diabéticos, que posteriormente generan úlceras. Se ha postulado en la fisiopatología que luego de un traumatismo y su posterior infección o por una enfermedad oclusiva arterial se genera la llamada “triada de neuropática” (neuropatía, isquemia e infección). Esta neuropatía produce atrofia muscular intrínseca, que genera cambios anatómicos y funcionales en el pie, siendo más común en la superficie plantar y los metatarsianos. La falta de cuidado de pie, en los pacientes diabéticos, como no usar cremas hidratantes o el reconocimiento de heridas superficiales (ampollas, cambios de coloración), pueden producir úlceras y posteriormente infección a los tejidos blandos.⁷

2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

Nivel de conocimiento: Corresponde al nivel de conocimiento que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, obtenido de la aplicación del cuestionario de nivel de conocimientos, donde una pregunta correcta tuvo el valor de 1 y la incorrecta 0, donde de acuerdo con el resultado obtenido, se clasificó en alto (13-16 puntos), medio (9-12 puntos) y bajo (0 - 8 puntos).

Prácticas de autocuidado: Es la responsabilidad que poseen los pacientes con DM2, obtenidos mediante la aplicación del cuestionario de prácticas de autocuidado, la medición fue por escala Likert que puntúa desde 1 punto: nunca, 2 puntos: casi nunca, 3 puntos: algunas veces, 4 puntos: casi siempre y 5 puntos: siempre; donde de acuerdo al resultado obtenido se clasificó en adecuado (64-125 puntos) e inadecuado (25- 63 puntos).

Edad: Información brindada por el paciente.

Sexo: Condición anatómica que diferencia entre masculino y femenino, determinado por su Documento Nacional de Identidad.

Grado de instrucción: Nivel de formación educativa brindada por el paciente.

Estado civil: Situación en la que se encuentra en relación a su pareja, brindada por el paciente.

CAPÍTULO III

HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS

- H₀: Las prácticas de autocuidado no tienen relación con el nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 en pacientes atendidos en un Institución Prestadora de Salud de altura, Ayacucho - 2024.
- H₁: Las prácticas de autocuidado tienen relación con el nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 en pacientes atendidos en un Institución Prestadora de Salud de altura, Ayacucho - 2024.

3.2. VARIABLES

3.2.1 VARIABLE INDEPENDIENTE:

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE DM2

- Control médico
- Dieta
- Ejercicio
- Cuidado de los pies
- Control oftalmológico

3.2.2 VARIABLE DEPENDIENTE:

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

- Control Médico
- Dieta
- Ejercicios
- Descanso y sueño
- Hábitos Nocivos
- Cuidado de los pies
- Cuidado de la Vista

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE ESTUDIO

4. 1. Tipo y diseño de investigación

Estudio observacional, analítico, transversal.

4. 2. Método de investigación

Deductivo porque se obtuvo conocimiento a partir de principios generales. ⁶³

4.3. Población y muestra

4.3.1 Unidad de análisis:

Un paciente con diabetes mellitus tipo 2 atendido en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de altura, Ayacucho - 2024.

4.3.2 Población:

La población estuvo constituida por 150 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que integraban el programa de “Daños No Transmisibles” atendido en el Centro de Salud Santa Elena, Ayacucho - 2024.

4.3.3 Muestra:

Se obtuvo el tamaño de muestra a través de la fórmula estadística para tamaño de muestra:

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

Donde:

p = probabilidad de aciertos = 0.5.

q = probabilidad de desaciertos = 0.5

= margen de error de estimación = 0.05.

Z = nivel de confianza = 1.96

n = tamaño de la muestra

N = tamaño de población = 150

Entonces reemplazamos:

; n = 63

4.3.4 Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el programa de “Daños No Transmisibles” del centro de salud Santa Elena.
- Pacientes con funciones mentales conservadas.
- Pacientes que otorgan consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sin atención en programa de “Daños No Transmisibles” del centro de salud Santa Elena.
- Pacientes con funciones mentales alteradas.
- Pacientes que no otorgan consentimiento informado

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.4.1 Técnica

Encuesta.

4.4.2 Instrumento

- **Cuestionario de conocimientos sobre la DM2**

Se utilizó el cuestionario de nivel de conocimientos sobre la DM2, elaborado por Sánchez, de 16 preguntas. Puntuando con 1 si es correcta y 0 si es incorrecta. Se obtuvo una puntuación final sobre el nivel de conocimientos: 0-8 puntos, bajo; 9-12 puntos, medio; 13-16 puntos, alto. Este instrumento, presentó una buena confiabilidad de $\alpha > 0.80$.^{10,64}

- **Cuestionario de autocuidado**

Se utilizó el cuestionario de autocuidado, elaborado por Fernández y adaptado por Arcaya, de 25 ítems, con respuestas de tipo Likert (1 a 5 puntos). Se obtuvo una puntuación final sobre el autocuidado: 25-63 puntos, inadecuado; 64-125 puntos, adecuado. Este instrumento, presenta una buena confiabilidad de $\alpha > 0.85$.¹⁸

4.5. Consideraciones éticas

Este estudio, la información se obtuvo por entrevistas directas a pacientes con diagnóstico de DM2, que se encontraban dentro del programa de “Daños No Transmisibles” del Centro de Salud de Santa Elena en el año 2024.

Esta investigación estuvo bajo los principios de bioética, donde participación de cada paciente fue libre y voluntaria, por lo que se le pidió a cada paciente firmar el consentimiento informado, aclarando que la identidad y los datos brindados serían utilizados únicamente para fines académicos y científicos, con la finalidad de contribuir a la comunidad científica.

Los datos brindados serán protegidos y manejados confidencialmente por las autoras, apegándose a la declaración de Helsinki. Así mismo, las autoras declaramos no tener conflictos de intereses.

4.6. Recolección de datos

- Se presentó una solicitud a la decanatura de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga para la revisión y aprobación del proyecto de tesis.

- La decanatura procedió a nominar los miembros de la Comisión Revisadora.
- Una vez aprobado el proyecto de tesis por la Comisión Revisadora, se solicitó al centro de salud Santa Elena la autorización respectiva para la ejecución del trabajo de investigación y de esta manera se tuvo acceso a los pacientes, para el recojo de la información requerida.
- Se elaboró una base de datos en el programa Office Excel.
- Se procedió a filtrar y exportar los datos al programa estadístico SPSS Statistics 25.0.
- Finalmente se realizó el análisis estadístico univariado y bivariado para su posterior interpretación.

4.7. Técnica de procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos en base a las fichas de recolección de datos fueron digitados en el programa Office Excel, para el procesamiento de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS Statistics 25.0, donde se usó el análisis estadístico, según los objetivos planteados.

CAPÍTULO V RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

5.1.1 RESULTADOS DESCRIPTIVOS:

TABLA N°1. Nivel de conocimiento sobre la DM2, en pacientes diabéticos atendidos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de altura en Ayacucho, 2024.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	n	%
Bajo	17	27.0
Medio	36	57.1
Alto	10	15.9
TOTAL	63	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla N°1, del 100% (63) de los pacientes con DM2 atendidos, el 57.1% (36) presentó un conocimiento medio, el 27.0% (17) presentó un conocimiento bajo y el 15.9% (10) presentó un conocimiento alto.

TABLA N°2. Autocuidado en pacientes con DM2 atendidos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de altura en Ayacucho, 2024.

AUTOCAUIDADO	n	%
Inadecuado	20	31.7
Adecuado	43	68.3
TOTAL	63	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla N°2, del 100% (63) de los pacientes con DM2 atendidos, el 68.3% (43) tuvieron un autocuidado adecuado, mientras que el 31.7% (20) tuvieron un autocuidado inadecuado.

TABLA N°3. Características sociodemográficas de pacientes con DM2 atendidos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de altura en Ayacucho, 2024.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
SEXO	n	%
Femenino	45	71.4
Masculino	18	28.6
EDAD	n	%
30-40	3	4.8
40-50	8	12.7
50-60	24	38.1
>60	28	44.4
GRADO DE INSTRUCCIÓN	n	%
Analfabeto	15	23.8
Primaria	25	39.7
Secundaria	15	23.8
Superior	8	12.7
ESTADO CIVIL	n	%
Con unión estable	33	52.4
Sin unión estable	30	47.6
TOTAL	63	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla N°3, del 100% (63) de los pacientes con DM2 atendidos, se observó que:

Respecto a la variable sexo; el 71.4% (45) eran mujeres, el 28.6% (18) eran varones.

Respecto a la variable edad; el 44.4% (28) eran mayores de 60 años y solo el 4% (3) tenían entre 30 a 40 años.

Respecto a la variable grado de instrucción; el 39.7% (25) presentaba grado de instrucción primaria y el 12.7% (8) tenían grado de instrucción superior.

Respecto a la variable estado civil; el 52.4% (33) de los pacientes se encontraba en una unión estable (convivientes, casados), mientras en 47.6% (30) no se encontraban en unión estable (soltero, viudo, divorciado)

5.1.2 RESULTADOS INFERENCIALES:

TABLA N°4. Relación entre el nivel de conocimiento sobre la DM2 y las prácticas de autocuidado en pacientes diabéticos atendidos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de altura en Ayacucho, 2024.

	Nivel de conocimiento						TOTAL		p
	Bajo		Medio		Alto		n	%	
Autocuidado	n	%	n	%	n	%	n	%	
Inadecuado	12	19.0	6	9.5	2	3.2	20	31.7	< 0.001
Adecuado	5	7.9	30	47.6	8	12.7	43	68.3	
TOTAL	17	27.0	36	57.1	10	15.9	63	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla N°4, del 100% (63) de los pacientes con DM2 atendidos, el 68.3% (43) presentó prácticas de autocuidado adecuado, en donde el 47.6% (30) obtuvo conocimiento medio y el 7.9% (5) conocimiento bajo; mientras que el 31.7% (20) presentó prácticas autocuidado inadecuadas, en donde el 19% (12) obtuvo conocimiento bajo y el 3.2% (2) conocimiento alto.

Se realizó la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson ($p < 0.001$), siendo estadísticamente significativa, por lo tanto, las prácticas de autocuidado están relacionadas con el nivel de conocimiento en pacientes con DM2.

TABLA N°5. Relación entre el nivel de conocimiento sobre la DM2 y el control médico en pacientes diabéticos atendidos en un Institución Prestadora de Servicios de Salud de altura en Ayacucho, 2024.

	Nivel de conocimiento						TOTAL		<i>p</i>
	Bajo		Medio		Alto		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Control médico									
Inadecuado	8	12.7	2	3.1	0	0	10	15.9	0.001*
Adecuado	9	14.3	34	54.0	10	15.9	53	84.1	
TOTAL	17	27.0	36	57.1	10	15.9	63	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

**Prueba exacta de Fisher*

En la Tabla N°5, del 100% (63) de los pacientes con DM2, el 84.1% (53) presentó prácticas de autocuidado adecuado respecto a su control médico, en donde el 54% (34) obtuvo conocimiento medio y el 15.9% (10) conocimiento alto; mientras que el 15.9% (10) presentó prácticas de autocuidado adecuado en su control médico, en donde el 12.7% (8) obtuvo conocimiento bajo y el 3.1% (2) conocimiento medio.

Se realizó la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson ($p=0.001$), siendo estadísticamente significativa, por lo tanto, el control médico está relacionado con el nivel de conocimiento en pacientes con DM2.

TABLA N°6. Relación entre el nivel de conocimiento sobre DM2 y la dieta en pacientes con diabéticos atendidos en un Institución Prestadora de Servicios de Salud de altura en Ayacucho, 2024.

	Nivel de conocimiento						TOTAL		p
	Bajo		Medio		Alto		n	%	
Dieta	n	%	n	%	n	%	n	%	
Inadecuado	9	14.3	6	9.5	2	3.2	17	27.0	0.02*
Adecuado	8	12.7	36	47.6	8	12.7	46	73.0	
TOTAL	17	27.0	36	57.1	10	15.9	63	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

**Prueba exacta de Fisher*

En la Tabla N°6, del 100% (63) de los pacientes con DM2, el 73% (46) presentó prácticas de autocuidado adecuado respecto a su dieta, del cual el 47.6% (36) obtuvo conocimiento medio y el 12.7% (8) conocimiento bajo; mientras que el 27% (17) presentó prácticas de autocuidado inadecuada en su dieta, del cual el 14.3% (9) presentó conocimiento bajo y el 3.2% (2) conocimiento medio.

Se realizó la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson ($p=0.02$), siendo estadísticamente significativa, por lo tanto, la dieta está relacionada con el nivel de conocimiento en pacientes con DM2.

TABLA N°7. Relación entre el nivel de conocimiento sobre DM2 y los ejercicios en pacientes diabéticos atendidos en un Institución Prestadora de Servicios de Salud de altura en Ayacucho, 2024.

Ejercicios	Nivel de conocimiento						TOTAL		p
	Bajo		Medio		Alto		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Inadecuado	15	23.8	21	33.3	6	9.5	42	66.7	0.087
Adecuado	2	3.2	15	23.8	4	6.3	21	33.3	
TOTAL	17	27.0	36	57.1	10	15.9	63	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla N°7, del 100% (63) de los pacientes con DM2, el 66.7% (42) presentó autocuidado inadecuado respecto a las prácticas de ejercicios, del cual 33.3% (21) obtuvo conocimiento medio y el 9.5% (6) conocimiento alto; mientras que el 33.3% (21) presentó un adecuado autocuidado respecto a las prácticas de ejercicios, del cual el 23.8% (15) obtuvo conocimiento medio y el 3.2% (2) conocimiento bajo.

Se realizó la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson ($p=0.087$), siendo estadísticamente no significativo, por lo tanto, la práctica de ejercicios no está relacionado con el nivel de conocimiento en pacientes con DM2.

TABLA N°8. Relación entre el nivel de conocimiento sobre DM2 y el descanso y sueño en pacientes diabéticos atendidos en un Institución Prestadora de Servicios de Salud de altura en Ayacucho, 2024.

	Nivel de conocimiento						TOTAL		P
	Bajo		Medio		Alto		n	%	
Descanso y Sueño	n	%	n	%	n	%	n	%	
Inadecuado	13	20.6	16	25.4	6	9.5	35	55.6	0.078
Adecuado	4	6.3	20	31.7	4	6.3	28	44.4	
TOTAL	17	27.0	36	57.1	10	15.9	63	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla N°8, del 100% (63) de los pacientes con DM2, el 55.6% (35) presentó autocuidado inadecuado respecto al descanso y sueño, del cual 25.4% (16) obtuvo conocimiento medio y el 9.5% (6) conocimiento alto; mientras que el 44.4% (28) presentó un autocuidado adecuado respecto al descanso y sueño, del cual el 31.7% (20) obtuvo conocimiento medio y el 6.3% (2) conocimiento bajo.

Se realizó la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson ($p=0.078$), siendo estadísticamente no significativo, por lo tanto, el descanso y sueño no está relacionado con el nivel de conocimiento en pacientes con DM2.

TABLA N°9. Relación entre el nivel de conocimiento sobre DM2 y los hábitos nocivos en pacientes diabéticos atendidos en un Institución Prestadora de Salud de altura en Ayacucho, 2024.

Hábitos Nocivos	Nivel de conocimiento						TOTAL		p
	Bajo		Medio		Alto		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Inadecuado	10	15.9	6	9.5	2	3.2	18	28.6	0.007*
Adecuado	7	17.0	30	36.0	8	12.7	45	71.4	
TOTAL	17	27.0	36	57.1	10	15.9	63	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

**Prueba exacta de Fisher*

En la Tabla N°9, del 100% (63) de los pacientes con DM2, el 71.4% (45) presentó prácticas de autocuidado adecuado respecto a hábitos nocivos, en donde el 36% (30) obtuvo conocimiento medio y el 12.7% (8) conocimiento alto; mientras que el 28.6% (18) presentó prácticas de autocuidado inadecuada en hábitos nocivos, en donde el 15.9% (10) obtuvo conocimiento bajo y el 3.2% (2) conocimiento alto.

Se realizó la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson ($p=0.007$), siendo estadísticamente significativo, por lo tanto, los hábitos nocivos están relacionados con el nivel de conocimiento en pacientes con DM2.

TABLA N°10. Relación entre el nivel de conocimiento sobre DM2 y el cuidado de los pies en pacientes diabéticos atendidos en un Institución Prestadora de Salud de altura en Ayacucho, 2024.

Cuidado de los pies	Nivel de conocimiento						TOTAL		p
	Bajo		Medio		Alto		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Inadecuado	15	23.8	13	20.6	5	7.9	33	52.4	0.002
Adecuado	2	3.2	23	36.5	5	7.9	30	47.6	
TOTAL	17	27.0	36	57.1	10	15.9	63	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla N°10, del 100% (63) de los pacientes con DM2, el 52.4% (33) presentó prácticas de autocuidado inadecuado respecto al cuidado de los pies, en donde el 23.8% (15) obtuvo conocimiento bajo y el 7.9% (5) conocimiento alto; mientras que el 47.6% (30) presentó prácticas de autocuidado adecuada en el cuidado de los pies, en donde el 36.5% (23) obtuvo conocimiento medio y el 3.2% (2) conocimiento bajo.

Se realizó la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson ($p=0.002$), siendo estadísticamente significativo, por lo tanto, el cuidado de los pies está relacionado con el nivel de conocimiento en pacientes con DM2.

TABLA N°11. Relación entre el nivel de conocimiento sobre DM 2 y el cuidado de la vista en pacientes diabéticos atendidos en un Institución Prestadora de Salud de altura en Ayacucho, 2024.

Cuidado de la vista	Nivel de conocimiento						TOTAL		p
	Bajo		Medio		Alto		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Inadecuado	12	19.0	10	15.9	3	4.8	25	39.7	0.01
Adecuado	5	7.9	26	41.3	7	11.1	38	60.3	
TOTAL	17	27.0	36	57.1	10	15.9	63	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla N°11, del 100% (63) de los pacientes con DM2, el 60.3% (38) presentó prácticas de autocuidado adecuado respecto al cuidado de la vista, en donde el 41.3% (26) obtuvo conocimiento medio y el 7.9% (5) conocimiento bajo; mientras que el 39.7% (25) presentó prácticas de autocuidado inadecuada en el cuidado de la vista, en donde el 19.0% (12) obtuvo conocimiento bajo y el 4.8% (3) conocimiento alto.

Se realizó la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson ($p=0.01$), siendo estadísticamente significativo, por lo tanto, el cuidado de la vista está relacionado con el nivel de conocimiento en pacientes con DM2.

5.2. Discusión de resultados

Respecto al **objetivo general**, el conocimiento sobre la DM2 y las prácticas de autocuidado, donde el 47.6% (30) presentó conocimiento medio y adecuadas prácticas de autocuidado, mientras el 3.2% (2) presentó conocimiento alto y autocuidado inadecuado. Estos datos concuerdan con los estudios de Vargas L.¹², donde reportó que el 61.9% (200) tenían un adecuado nivel de conocimiento y prácticas adecuadas de autocuidado, así mismo Arias L.²⁰ reportó que el 44% (22) obtuvo prácticas adecuadas de autocuidado con un nivel alto de conocimiento, mientras que el 22% (11) tenían prácticas inadecuadas de autocuidado con un nivel medio de conocimiento, siendo estadísticamente significativo ($p=0.004$), además Ricapa J, et al.¹⁶, reportó que el 47% (35) presentó prácticas adecuadas de autocuidado con un nivel medio de conocimiento, y el 2.7% (2) prácticas inadecuadas de autocuidado con conocimiento bajo, siendo estadísticamente significativo ($p=0.001$). Estos estudios confirman los resultados de nuestra investigación, en la cual se encontró relación directa y significativa entre el conocimiento y las prácticas de autocuidado en paciente diabéticos, esto podemos atribuirlo a que el centro de salud tiene implementado el programa de “Daños no Transmisibles”, donde el personal de salud designado realiza un seguimiento constante cada mes, así como a la implementación de charlas educativas e interactivas de nutrición y actividades físicas correspondientes al programa.

Por el contrario, Tenesaca T, et al.¹⁴, reportó que el 56.1% (32) tenían prácticas inadecuadas de autocuidado y un intermedio nivel de conocimientos, siendo estadísticamente no significativo ($p=0.42$), Ramirez S.²² determinó que el 66.9% (89) prácticas regulares de autocuidado y el 88% (117) tenían un nivel regular de conocimiento, siendo estadísticamente no significativo ($p=0.80$), y Olivos J.²¹ en su estudio realizado en un centro de salud de primer nivel, reportó que no se encontró relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado en pacientes con DM2 ($p=0.41$), por lo cual estos estudios se oponen a los encontrados en nuestra investigación, donde reportan que hay asociación entre el conocimiento y las prácticas de autocuidado en paciente diabéticos. Los autores de dichos estudios mencionan que los resultados obtenidos son debido a que la mayoría de los pacientes son adultos mayores, que debido a la edad, presentan un deficiente conocimiento de la enfermedad y dificultad en cambiar su estilo de vida actual a un estilo de vida saludable.

Respecto al Objetivo específico N°1, se observó que el 57.1% (36) presentó un nivel de conocimiento medio, estos resultados concuerdan con las investigaciones de Tenesaca T, et al.¹⁴, donde reportaron que el 89.5% (51) tenían un nivel de conocimiento intermedio, en Ricapa J, et al.¹⁶, el 51.3% (38) de los pacientes diabéticos, tenía un nivel de conocimientos moderado, y en Ramirez S.²², el 64,7% (86) de los pacientes, tuvieron nivel medio de conocimientos y solo el 3,8% (5) tuvieron un bajo nivel de conocimientos.

Por el contrario, Solorzano M.¹³, encontró que el 60% (39) tenían un nivel de conocimientos inadecuados, en Achalma A, et al.¹⁰, el 90,6% (58) tuvieron un nivel de conocimientos bajo y en Arias L.²⁰, el 60% (30) de los pacientes tenían un nivel de conocimiento alto y el 36% (18) tenían un nivel medio de conocimiento.

Respecto al Objetivo específico N°2, se observó que el 68.3% (43) presentó un autocuidado adecuado. Los resultados obtenidos concuerdan con los estudios de Tenesaca T, et al.¹⁴, donde el 64.9% (37) tenían adecuadas prácticas de autocuidado, en Olivos J.²¹ el 97.3% (70) tenían adecuadas prácticas de autocuidado, en Ricapa J, et al.¹⁶, el 97% (72) tenían prácticas adecuadas de autocuidado y con el estudio de Arias L.²⁰, donde el 58% (29) tenían prácticas adecuadas de autocuidado.

Por el contrario, Solorzano M.¹³, el 62% (40) tenían prácticas inadecuadas de autocuidado y en Ayay M, et al.²⁴, donde el 50% tuvo prácticas adecuadas de autocuidado y el otro 50% presentó prácticas inadecuadas de autocuidado.

Respecto al Objetivo específico N°3, en cuanto a las características sociodemográficas, nuestro estudio reportó que el 71.4% (45) eran del sexo femenino y el 28.6% (18) eran del sexo masculino, estos resultados concuerdan con Ramirez S.²² donde reportó que el 61,7% (82) eran del sexo femenino y 38,3% (51) eran del sexo masculino, así mismo Ricapa J, et al.¹⁶ encontró que el 68% (50) eran del sexo femenino y el 32% (24) eran del sexo masculino. Por el contrario, Ayay M.²⁴, encontró que el mayor porcentaje fue el sexo masculino con un 55% (22) de los pacientes con DM2.

Se observó que, en relación a la edad, la mayoría de los pacientes con un 44.4% (28) eran mayores de 60 años, el 38.1% (24) registraron tener entre 50-60 años, el 12.7% (8) tuvieron entre 40-50 años, y solo el 4.8% (3) tuvieron entre 30 a 40 años. Estos resultados concuerdan los estudios de Arias L.²⁰, donde reportó que el 74% (37) de los

pacientes atendidos en el Hospital Domingo Olavegoya, tenían más de 60 años y solo el 26% (13) tenían entre 30 a 59 años.

Por el contrario, Ramirez S.²², en su estudio reportó que el 79% (105) eran menores de 50 años, y el 21,1% (28) eran mayores de 50 años, así mismo, Olivos J.²¹, reportó que el 41% (31) tenían entre 50 a 60 años, y solo 11% (8) tenían entre 30-40 años, además, Ricapa et al.¹⁶, en su estudio reportó que la mayoría era menor de 65 años, con un 62% (46) y el 38% (28) tenían entre 65 - 80 años.

Se observó que el 39.7% (25) presentaba un grado de instrucción primaria, el 23.8% (15) grado de instrucción secundaria, el 23.8% (15) eran analfabetos y el 12.7% (8) tenían un grado de instrucción superior. Estos resultados concuerdan con Achalma A, et al.¹⁰, reportó que la mayoría con el 54,7% (34) tenían un grado de instrucción primaria, el 26,6% (17) tenían grado de instrucción secundaria y el 18.7% (12) tenían grado de instrucción superior. Por el contrario, Ramirez S.²², en su estudio realizado en la clínica Nazarenos, reportó que el 42,9% (57) tenían un grado de instrucción superior, el 39,8% (53) tenían un grado de instrucción hasta la secundaria, el 9.8% (13) tenían un grado de instrucción hasta primaria y 7,5% (10) eran analfabetos. Los resultados encontrados en los diferentes estudios, se puede atribuir al contexto socioeconómico directamente relacionado con la institución de salud a la que asisten los pacientes, siendo esta última realizada en una clínica privada y las demás en instituciones del estado peruano.

Se observó, que el 52.4% (33) de los pacientes se encontraba en una unión estable, que lo integran los pacientes casados y convivientes, mientras que el 47.6% (30) no tenían una unión estable, que lo integran los pacientes solteros y divorciados. Estos resultados concuerdan con Achalma A.¹⁰, donde reportó que el 70.3% (45) de los pacientes se encontraban en una unión estable y el 29.7% no tenían unión estable, así mismo, Olivos J.²¹, en su estudio, reportó que el 84% (63) tenían unión estable, mientras que el 16% (10) no tenían una unión estable. No se encontraron estudios que contradijeran los resultados obtenidos en esta investigación respecto a estado civil de los pacientes.

Respecto al Objetivo específico N°4, se observó que el 54.0% (34) tuvieron un nivel medio de conocimiento y un adecuado autocuidado respecto a su control médico. Estos resultados concuerdan con Ramirez S.²², donde el 56.4% (75) tuvieron prácticas

adecuadas de autocuidado respecto a su control médico, y en Olivos J.²¹, donde el 49.3% (37) tuvieron un adecuado control médico con un nivel alto de conocimiento.

Por otro lado, Achalma A.¹⁰, en su estudio, reportó que el 45.3% (29) presentaron un nivel de conocimiento bajo con un adecuado control médico, y en, Arias L.²⁰, donde el 52% (26) tenían un inadecuado control médico.

Respecto al Objetivo específico N°5, se observó que el 47.6% (36) presentaron un nivel medio de conocimientos y adecuadas prácticas de autocuidado respecto a su dieta. Resultados que concuerdan con el estudio de Arcaya, G.¹⁸, donde el 90.4% (66) presentó prácticas de autocuidado adecuada respecto a su dieta.

Por el contrario, Proenza L, et al.¹⁵, reportó que el 50% (15) presentó conocimiento inadecuado con adecuadas prácticas de autocuidado y en De la Cruz M.¹⁹, donde se determinó que el 68% (74) presentó déficit en el autocuidado.

Respecto al Objetivo específico N°6, se observó que el 33.3.% (21) un nivel medio de conocimientos e inadecuadas prácticas de autocuidado respecto a los ejercicios físicos. Estos resultados concuerdan con Arcaya, G.¹⁸, donde el 87.7% (64) demostró tener prácticas inadecuadas de autocuidado sobre el ejercicio, en Orcon A.¹⁷, donde el 57.6% (49) poseían un nivel deficiente respecto a la práctica de actividad física y con Achalma A.¹⁰, reportó que el 84.4% (54) tenían conocimiento bajo y prácticas regulares de autocuidado.

Por el contrario, Ramirez S.²², donde reporta que el 45.9% (61) tenían un autocuidado de los ejercicios en nivel deficiente.

Respecto al Objetivo específico N°7, se observó que el 55.6% (35) tuvieron prácticas de autocuidado inadecuadas respecto al descanso y sueño, de los cuales el 25.4% (16) tuvieron un nivel de conocimiento medio. Caso contrario se evidenció en un estudio realizado por Arcaya, G.¹⁸, donde el mayor porcentaje de pacientes evaluados 83.6% (61) tenían prácticas de autocuidado adecuadas respecto al descanso y sueño.

Respecto al Objetivo específico N°8, se observó que 71.4% (45) tenían adecuadas prácticas de autocuidado respecto a los hábitos nocivos, de los cuales el 36% (30) poseían un nivel de conocimiento medio. Este resultado concuerda con Arcaya G.¹⁸, donde el 94,5% (69) presentó adecuadas prácticas de autocuidado respecto a hábitos

nocivos y con Aquino N.²³, donde el 76.8% (43 controles) no consumían tabaco, pero el 69.9% (39 controles) si consumían bebidas alcohólicas.

Respecto al Objetivo específico N°9, se observó que el 52.4% (33) tuvieron inadecuadas prácticas autocuidado de los pies. Esos resultados concuerdan con Proenza L, et al.¹⁵, donde el 76% (23) presentó prácticas inadecuadas en el autocuidado de los pies, y en Arias L, et al.²⁰, donde el 58% (29) obtuvo inadecuadas prácticas de autocuidado de los pies.

Por el contrario, Tenesaca T, et al.¹⁴, reportó que el 59.6% (34) obtuvo prácticas adecuadas de autocuidado de los pies, así como en Arcaya G.¹⁸, donde el 89% (65) presentaron adecuadas prácticas de autocuidado de los pies, y en Olivos J.²¹, donde el 72% (54) tuvieron prácticas favorables de autocuidado de los pies.

Así mismo, nuestro estudio encontró que el 36.5% (23) tuvieron prácticas de autocuidado adecuadas y un nivel de conocimiento medio, Por el contrario, Achallma A.¹⁰, reportó que el 40.6% (26) tenían regulares prácticas de autocuidado con un nivel de conocimiento bajo.

Respecto al Objetivo específico N°10, se observó que el 60.3% (38) tuvieron adecuadas prácticas de autocuidado de la vista. Estos resultados son parecidos a los observados en el estudio de Arcaya G.¹⁸, donde el 94.5% (69) presentaron adecuadas prácticas de autocuidado de la vista. Asi como, Ramirez S.²², donde el 39% (52) presentó cuidado de la vista regular y el 27.1% (36) presentaron un bajo autocuidado de la vista.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, se emite las siguientes conclusiones:

- El nivel de conocimiento está relacionado con las prácticas de autocuidado en pacientes con DM2 en una Institución Prestadora de Servicios de Salud en Ayacucho, por lo que este estudio demostró que existe una relación significativa, positiva y directa ($p < 0.001$). Por lo cual concluimos que, a mayor nivel de conocimiento sobre la DM2, los pacientes tendrán mejores y adecuadas prácticas de autocuidado.
- Respecto al nivel de conocimiento, el 57.1% (36) presentó un conocimiento medio, el 27.0% (17) tuvieron un conocimiento bajo y el 15.9% (10) tuvieron un conocimiento alto.
- Respecto a las prácticas de autocuidado, el 68.3% (43) obtuvo un autocuidado adecuado, mientras que el 31.7% (20) tuvieron un autocuidado inadecuado.
- El nivel de conocimiento está relacionado con el control médico ($p = 0.001$), la dieta ($p = 0.02$), los hábitos nocivos ($p = 0.007$), el cuidado de los pies ($p = 0.002$) y el cuidado de la vista ($p = 0.01$), este estudio demostró que existe una relación significativa y directa.
- Las prácticas de autocuidado como el descanso y sueño ($p = 0.078$) y los ejercicios físicos ($p = 0.087$), no están relacionados con el nivel de conocimiento, este estudio demostró que no existe una relación significativa.
- Respecto a las características sociodemográficas, el 71.4% eran mujeres, el 44.4% eran mayores de 60 años, el 39.7% presentaba un grado de instrucción primaria y el 52.4% de los pacientes se encontraba en una unión estable.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, se recomienda:

- Al Centro de Salud Santa Elena, seguir desarrollando los programas enfocados en pacientes diabéticos, encaminados a una atención integral, dentro del programa de “Daños No Transmisibles”, impulsando el bienestar en el estilo de vida, así como evitar o retrasar futuras complicaciones.
- Al programa de “Daños No Transmisibles”, del Centro de Salud de Santa Elena, en especial al personal encargado, seguir creando estrategias y charlas interactivas, donde aborden consejería nutricional y reconocimiento de posibles complicaciones, como el pie diabético y la retinopatía diabética.
- A la Escuela Profesional de Medicina, en promover una atención integral no solo enfocada en el tratamiento farmacológico, sino en realizar promoción y prevención de la salud, retrasando o evitando complicaciones de la DM2.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Diabetes. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2024 [citado el 8 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
2. Kanyin L, et al. Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet [Internet]. 2023 [citado 16 de enero de 2025]; 402: 203–34. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)01301-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)01301-6/fulltext)
3. Piñas P, et.al. Evaluación del manejo y seguimiento de los pacientes diabéticos en la prevención de la retinopatía diabética. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2024 [citado 16 de enero de 2025]; 10; 98:e202404030. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11571912/>
4. MINSA. Cifra de diabéticos aumentaría a más de 1´700,000 en 2024 [Internet]. 2024 [citado 16 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/32832-cifra-de-diabeticos-aumentaria-a-mas-de-1-700-000-en-2024>
5. Diario Jornada. Ayacucho reporta 572 casos de diabetes en lo que va del 2024 [Internet]. 2024 [citado 16 de enero de 2025]. Disponible en: <https://jornada.com.pe/ayacucho-reporta-572-casos-de-diabetes-en-2024-con-huamanga-a-la-cabeza>
6. Calderón S. et al. Actualización en el manejo de la retinopatía diabética: artículo de revisión: Update on the management of diabetic retinopathy: review article. [Internet]. 2024 [citado 16 de enero de 2025]; 5(5):1550 – 1561. Disponible en: <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/2723>
7. Ha Van G, Amouyal C, Perrier A, Haddad J, Bensimon Y, Bourron O, et al. Pie diabético. EMC - Podología [Internet]. 2019 [citado 17 de enero de 2025];21(1):1-21. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1762827X18416628>
8. Mediavilla J. Complicaciones de la diabetes mellitus. Diagnóstico y tratamiento. ICMJE [Internet]. 2001 [citado 16 de enero de 2025]; 27: 132-145. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359301739317>
9. Rodríguez H, et. al. Conocimiento que tiene el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 sobre su enfermedad: revisión sistemática. Ars Pharm [Internet]. 2024 [citado 16 de enero de 2025]; 65(3):258-77. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.30827/ars.v65i3.30295>
10. Achallma A, Anchi A. Conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho 2022 [tesis de título en internet]. Perú: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga; 2022 [citado el 7 de abril de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/5254>
11. Programa Presupuestal 0018: Enfermedades No Transmisibles Reporte de seguimiento al I Semestre del 2022 [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2022/reporte-seguimiento/Reporte%20al%20I%20Semestre%202022_PP_0018.pdf
12. Vargas L. Conocimiento de la enfermedad y autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, UMF 62 [tesis de título en internet]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2023 [citado 13 de junio de 2024]. disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000845727/3/0845727.pdf>

13. Solorzano M. Conocimientos sobre autocuidado en pacientes mayores de 30 años con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten a la consulta externa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Guazacapán, Departamento de Santa Rosa, Guatemala, durante el período de julio a diciembre de 2021 [tesis de título en internet]. Guatemala: Universidad Galileo; 2023 [citado el 13 de junio de 2024]. Disponible en: <https://biblioteca.galileo.edu/xmlui/handle/123456789/1644>
14. Tenesaca T, Tigre E. Nivel de conocimiento y autocuidado en pacientes adultos de 40 a 50 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acuden al centro de salud Gualaceo, 2021 [tesis de título en Internet]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2021 [citado el 13 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/4610160>
15. Proenza L, Figueredo R, López L, Gallardo Y. Nivel de conocimientos sobre factores de riesgos y medidas de autocuidado en pacientes diabéticos. RM [Internet]. 2020 [citado 6 Mar 2025]; 24. Disponible en: <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1851>
16. Ricapa J, Rodriguez K. Conocimiento y prácticas de autocuidado en los pacientes adultos con diabetes mellitus del Hospital de Chancay – 2024. [tesis de título en Internet]. Perú: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, 2024. [citado 13 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unjpsc.edu.pe/handle/20.500.14067/9697>
17. Orcon L. La práctica del autocuidado relacionado al nivel de conocimientos en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 [Tesis de título en Internet]. Perú: Universidad Nacional Federico Villareal; 2023 [citado 13 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/7059>
18. Arcaya G. Autocuidado del paciente diabético tipo 2 perteneciente a la estrategia de daños no transmisibles del Centro de Salud Pampa grande-Tumbes, 2022. [Tesis de título en Internet]. Perú: Universidad Nacional De Tumbes; 2022 [citado 13 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/20.500.12874/63674>
19. De la Cruz M. Conocimiento y prácticas de autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el Centro de Salud La Palma Grande, marzo a agosto 2019 [Tesis de Maestría en Salud Pública en internet]. Perú: Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2021 [citado el 8 de abril de 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13028/3252>
20. Arias L, Vilcas M. Conocimientos y prácticas de autocuidado en usuarios con Diabetes Mellitus Tipo 2 que asisten al Hospital Domingo Olavegoya, Jauja - 2020 [Tesis de título en Internet]. Perú: Universidad Nacional Del Centro Del Perú; 2021 [citado 23 de junio de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/7578>
21. Olivos J. Nivel de conocimiento y su relación con la proactiva de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, del centro de salud Nochete Lima 2021 [Tesis de título en Internet]. Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal ; 2021 [citado el 6 de marzo de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/5708>
22. Ramirez S. Conocimiento y practica de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la Clínica el Nazareno, Ayacucho – 2023 [Tesis de título en

- Internet]. Perú: Universidad Autónoma de Ica [citado el 7 de abril de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/2562>
23. Aquino N. Factores de riesgo sociodemográficos y de déficit de autocuidado asociados a complicaciones en pacientes con diabetes mellitus Tipo II - Hospital Regional de Ayacucho, febrero - abril 2019 [Tesis de título en Internet]. Perú: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga; 2022 [citado el 7 de abril de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/5356>
 24. Ayay M, Vasquez D. Conocimiento y autocuidado de pacientes con diabetes mellitus tipo II que acuden al hospital II Essalud Ayacucho, 2017 [tesis de título en Internet]. Perú: Universidad Nacional del Callao ; 2017 [citado el 7 de abril de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/2935>
 25. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit [Internet]. 2017 [citado el 30 de abril de 2024]; 19 (3): 89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es
 26. Organización Mundial de la Salud. The Role of the pharmacist in self-care and self-medication : report of the 4th WHO. IRIS [Internet]. 1998 [Citado el 10 enero de 2025]; 98.13. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/65860>
 27. Organización Mundial de la Salud. Autocuidado en el contexto de la atención primaria de salud: informe de la consulta regional. IRIS [Internet]. 2009 [Citado el 10 enero de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/206352>
 28. Revisión exploratoria: Definiciones de autocuidado según la OMS. En: Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar [Internet] [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2022 [citado 9 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK586739/>
 29. Tobón O. El autocuidado una habilidad para vivir. Hacia Promoc. Salud [Internet]. 1 de enero de 2003 [citado 10 de marzo de 2025]; 8:38-50. Disponible en: <https://revistasojis.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/1870>
 30. Martins P, Lima A, Silva S. Conocimiento y actitud frente a la enfermedad de personas con diabetes mellitus atendidas en Atención Primaria. Enferm. glob. [Internet]. 2018 [citado el 5 de marzo de 2025]; 17(52): 512-549. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.267431>.
 31. Narváez e CO, Burbano Burbano WD, Moncayo Calvache CG, Paz Cantuca MA, Hidalgo AM, Meza Kichi GD, et al. Conocimientos y prácticas de autocuidado en la prevención del pie diabético. Revista Criterios [Internet]: 26(1), 57–70. Disponible en: <https://doi.org/10.31948/rev.criterios/26.1-art3>
 32. Alan D, Cortez L. Procesos y fundamentos de la investigación científica [en línea]. Ecuador: UTMACH; 2018. [Citado el 23 de junio de 2024]. Disponible en:

<https://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/14231/1/Cap.3-Niveles%20del%20conocimiento.pdf>

33. Sacks D, Arnold M, Bakris G, et al. Guidelines and Recommendations for Laboratory Analysis in the Diagnosis and Management of Diabetes Mellitus. *Diabetes care* [Internet]. 2023 [Citado 10 enero de 2025]; 46(10), e151–e199. Disponible en: <https://doi.org/10.2337/dci23-0036>
34. American Diabetes Association Professional Practice Committee; 2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes - 2025. *Diabetes Care* [Internet]. 2025 [Citado el 5 de marzo]; 48:S27-S49. Disponible en: <https://doi.org/10.2337/dc25-S002>
35. Conferencia: Diabetes mellitus: magnitud del problema, su fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes* [Internet]. 2024 [citado el 23 de junio de 2024]. Disponible en: <https://revistasad.com/index.php/diabetes/article/view/694>
36. Richardson C, Borgeson J, Harrison R, Wyckoff J, Yoo A, Aikens J, et al. Management of Type 2 Diabetes Mellitus. Michigan Medicine University of Michigan. [Internet]. 2021 [Citado el 20 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK579413/>
37. Vasavada A, Taub L. Diabetes Mellitus Screening. *StatPearls* [Internet]. 2024 [citado el 13 de junio de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554615/>
38. Fernández C, Pereira Y, et al. Fisiopatología y alteraciones clínicas de la diabetes mellitus tipo 2: revisión de literatura. *NOVA* [Internet]. 2022 [Citado el 21 de febrero de 2025]; 20 (38). Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/10/1397027/document-3.pdf>
39. Suárez-Carmona W, Sánchez-Oliver A, González-Jurado J. Fisiopatología de la obesidad: Perspectiva actual. *Rev. chil. nutr.* [Internet]. 2017 [citado el 10 de marzo de 2025] ; 44(3): 226-233. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182017000300226>
40. Laforest S, Labrecque J, Michaud A, Cianflone K, Tchernof A. Adipocyte size as a determinant of metabolic disease and adipose tissue dysfunction. *Crit Rev Clin Lab Sci* [Internet]. 2015 [Citado del 20 de febrero de 2025]; 52(6):301-313. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26292076/>
41. Kolodziejczyk A, Zheng D, Elinav E. Diet–microbiota interactions and personalized nutrition. *Nat Rev Microbiol* [Internet]. 2019 [Citado el 20 de febrero de 2025];17(12):742-753. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31541197/>
42. Devaraj S, Hemarajata P, Versalovic J. La microbiota intestinal humana y el metabolismo corporal: Implicaciones con la obesidad y la diabetes. *Acta Bioquim Clin Latinoam* [Internet]. 2013 [Citado el 20 de febrero de 2025];47(2):421-434. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-694565>
43. Caesar R, Tremaroli V, Kovatcheva-Datchary P, Cani PD, Bäckhed F. Crosstalk between gut microbiota and dietary lipids aggravates WAT inflammation through TLR signaling. *Cell Metab* [Internet]. 2015 [Citado el 22 de febrero 2025]; 22(4):658-668. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26321659/>
44. Sliwinska-Mosson M, Milnerowicz H. The impact of smoking on the development of diabetes and its complications. *Diabetes Vasc Dis Res* [Internet]. 2017 [Citado el 23 de febrero de 2025];14(4):265-276. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28393534/>

45. López M, Hernández M, Miralles J, Barrueco M. Tobacco and diabetes: clinical relevance and approach to smoking cessation in diabetic smokers. *Endocrinol Diabetes y Nutr* [Internet]. 2017 [Citado el 18 de febrero de 2025]; 64(4):221-231. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28417877/>
46. Solis-Herrera C, Triplitt C, Cersosimo E, et al. Pathogenesis of Type 2 Diabetes Mellitus. *Endotext* [Internet]. 2021 [Citado el 13 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279115/>
47. Gutiérrez-Rodelo C, Roura-Guiberna A, Olivares J. Mecanismos moleculares de la resistencia a la insulina: Una actualización. *Gac Med Mex* [Internet]. 2017 [Citado el 15 de julio]; 153(2):214-228. Disponible: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72312>
48. Ros M, Medina G. Obesidad, adipogénesis y resistencia a la insulina. *Endocrinol y Nutr* [Internet]. 2011 [Citado el 20 de octubre de 2025]; 58(7):360-369. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S157509221100218X>
49. Ojo O, Ibrahim H, Rotimi D, Ogunlakin A, Ojo A. Diabetes mellitus: From molecular mechanism to pathophysiology and pharmacology. *Med Nov Technol Devices* [Internet]. 2023 [Citado el 26 de julio de 2024]; 19:100247. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590093523000425>
50. Conesa A, González T. Aspectos más recientes en relación con la diabetes mellitus tipo MODY. *Rev Cuba Endocrinol* [Internet]. 2012 [Citado el 30 de noviembre de 2024]; 23(2):186-194. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000200008
51. Ozougwu J, Obimba K, Belonwu C, Unakalamba, C. The pathogenesis and pathophysiology of type 1 and type 2 diabetes mellitus. *Academic Journals* [Internet]. 2013 [Citado el 20 de enero de 2025]; 4. 46-57. Disponible en: <https://academicjournals.org/journal/jpap/article-abstract/974e7b515872>
52. Kluth O, Mirhashemi F, Scherneck S, et al. Dissociation of lipotoxicity and glucotoxicity in a mouse model of obesity associated diabetes: Role of forkhead box O1 (FOXO1) in glucose-induced beta cell failure. *Diabetologia* [Internet]. 2011 [Citado el 15 de enero de 2025]; 54(3):605-616. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21107520/>
53. Cano R, Villalobos M, Aguirre M, et al. De la obesidad a la diabetes: la insulino-resistencia es un mecanismo de defensa tisular y no una enfermedad. *Rev. Venez. Endocrinol. metab* [Internet]; 2017 [Citado el 10 de marzo de 2025]; 15(1): 20-28, Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-845938>
54. Harreiter J, Roden M. Diabetes mellitus: definition, classification, diagnosis, screening and prevention. *Wien Klin Wochenschr* [Internet]. 2023 [Citado el 15 de enero de 2025]; 135(Suppl 1):7-17. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37101021/>
55. Griffin S, Angelyn Bethel M, Holman R, et al. Metformin in non-diabetic hyperglycaemia: The glint feasibility RCT. *Health Technol Assess (Rockv)* [Internet]. 2018 [Citado el 22 de enero de 2025]; 22(18). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29652246/>
56. Chiu T, Pan W, Lin M, Lin C. Vegetarian diet, change in dietary patterns, and diabetes risk: A prospective study. *Nutr Diabetes* [Internet]. 2018 [Citado el 15 de febrero de 2025]; 8(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29549240/>
57. Contreras F, Romero B, Suárez N, González M, Fouilloux C, Guevara E, et al. Receptores Sur y Sulfonilureas en el tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *AVFT* [Internet]. 2002 [citado 2025 Mar 06]; 21(2): 148-155. Disponible en:

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642002000200003&lng=es

58. Kalra S, Bahendeka S, Sahay R, et al. Consensus recommendations on sulfonylurea and sulfonylurea combinations in the management of Type 2 diabetes mellitus - International Task Force. Indian J Endocrinol Metab [Internet]. 2018 [Citado el 23 de febrero de 2025];22(1):132-157. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29535952/>
59. Gilbert M, Pratley R. GLP-1 Analogs and DPP-4 Inhibitors in Type 2 Diabetes Therapy: Review of Head-to-Head Clinical Trials [Internet]. 2020 [Citado el 21 de abril del 2024];11(4):1-13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32308645/>
60. Nair S, Wilding J. Sodium Glucose Cotransporter 2 Inhibitors as a New Treatment for Diabetes Mellitus, The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism [Internet]. 2010 [Citado el 15 de febrero de 2025]; 95(1), 34-42. Disponible en: <https://doi.org/10.1210/jc.2009-0473>
61. Quintanilla B, Vadakekut E, Mahdy H. Gestational Diabetes. StatPearls [Internet]. 2024 [Citado el 16 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545196/>
62. Lucier J, Weinstock R. Type 1 Diabetes. En: Stat Pearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2023 [citado el 13 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507713/>
63. Moisés B, Palomino V, Ango J, Feria E. Diseño del proyecto de investigación científica. 1ra ed. Lima (PE): San Marcos; 2018. 37-105 p
64. Sánchez L. Conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II del centro de salud Manuel Sánchez Villegas sector -I, La victoria 2018. Perú: Universidad Señor de [Tesis de licenciatura en Internet]. 2018 [citado 8 de marzo de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/5416>

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTURA, AYACUCHO - 2024

VARIABLE	PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL	METODOLOGÍA
Variable Independiente: Nivel de conocimientos sobre la Diabetes Mellitus tipo 2 <ul style="list-style-type: none"> • Control médico • Dieta • Ejercicio • Cuidado de los pies • Control oftalmológico Variable Dependiente: Prácticas de autocuidado <ul style="list-style-type: none"> • Control Médico • Dieta • Ejercicios • Descanso y sueño • Hábitos Nocivos • Cuidado de los pies • Cuidado de la Vista 	¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en un Institución Prestadora de Salud de altura, Ayacucho - 2024?	Determinar la relación entre el conocimiento y las prácticas de autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en un Institución Prestadora de Salud de altura, Ayacucho – 2024	Las prácticas de autocuidado tienen relación con el nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes atendidos en un Institución Prestadora de Salud de altura, Ayacucho - 2024.	TIPO: Observacional analítico, transversal TECNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Recopilación a través de encuestas. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Cuestionario sobre el nivel de conocimiento sobre la Diabetes Mellitus Tipo 2 y Cuestionario de prácticas de autocuidado.
	PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS		
	¿Cuál es el nivel de conocimiento de Diabetes Mellitus tipo 2?	Identificar el nivel de conocimiento de Diabetes Mellitus tipo 2		
	¿Cuáles son las prácticas de autocuidado?	Identificar las prácticas de autocuidado		
	¿Cuáles son las características sociodemográficas?	Identificar las características sociodemográficas		
	¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y el control médico?	Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y el control médico		
	¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento	Determinar la relación que existe entre el nivel de		

	sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y la dieta?	conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y la dieta.		
	¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y los ejercicios?	Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y los ejercicios.		
	¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y el descanso y sueño?	Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y el descanso y sueño.		
	¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y los hábitos nocivos?	Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y los hábitos nocivos.		
	¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y el cuidado de los pies?	Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y el cuidado de los pies.		
	¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y el cuidado de la vista?	Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y el cuidado de la vista.		

ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTURA, AYACUCHO - 2024

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Tipo	Escala	Ítem	Valores
Nivel de conocimientos	Se obtuvo mediante la aplicación del cuestionario de nivel de conocimientos, donde de acuerdo al resultado obtenido, se clasificó en alto, medio y bajo.	1. Control médico	Cualitativo	Nominal	Ítem 1, Ítem 2, Ítem 3, Ítem 4	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento bajo: 0-8 puntos • Conocimiento medio: 9-12 puntos • Conocimiento alto: 13-16 puntos
		2. Dieta			Ítem 5, Ítem 6, Ítem 7, Ítem 8	
		3. Ejercicios			Ítem 10, Ítem 11	
		4. Cuidado de los pies			Ítem 12, Ítem 13, Ítem 14	
		5. Cuidado de la vista			Ítem 15, Ítem 16	
Sexo	Condición anatómica que diferencia entre masculino y femenino, en su Documento Nacional de Identidad.	1. Femenino	Cualitativo	Nominal		Ficha de recolección de datos
		2. Masculino				
Edad	Información brindada por el paciente Años	Cualitativo	Ordinal		Ficha de recolección de datos
		1. Analfabeto	Cualitativo	Ordinal		

Grado de instrucción	Nivel de formación educativa brindado por el paciente.	2. Primaria				Ficha de recolección de datos
		3. Secundaria				
		4. Superior				
Estado civil	Situación en la que se encuentra en relación a su pareja, brindada por el paciente.	Con unión estable	Cualitativo	Nominal		Ficha de recolección de datos
		Sin unión estable				
Prácticas de autocuidado	Se obtuvo mediante la aplicación del cuestionario de prácticas de autocuidado, la medición fue por escala Likert obtenido se clasificó en adecuado e inadecuado.	1. Control médico	Cualitativo	Ordinal	Ítem 1, Ítem 2, Ítem3, Ítem 4, Ítem 5,Ítem 6	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de autocuidado inadecuado: 25-63 puntos. • Nivel de autocuidado adecuado: 64-125 puntos.
		2. Dieta			Ítem 7, Ítem 8, Ítem 9, Ítem 10, Ítem 11, Ítem 12	
		3. Ejercicios			Ítem 13, Ítem 14,Ítem 15	
		4. Descanso y sueño			Ítem 16, Ítem 17	
		5. Hábitos nocivos			Ítem 18, Ítem 19	
		6. Cuidados de los Pies			Ítem 20, Ítem 21, tem 22, Ítem 23	
		7. Cuidados de la vista			Ítem 24, Ítem 25	

ANEXO 3: INSTRUMENTOS

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

PRESENTACIÓN:

Sra. o Sr. ante todo buenos días, somos egresadas de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, actualmente estamos realizando un estudio titulado “**NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTURA, AYACUCHO - 2024**”; para lo cual solicito que responda con total sinceridad, los resultados del estudio servirán de referencia para la mejora de la educación que brinda el establecimiento.

INSTRUCCIONES

Lea detenidamente cada una de las preguntas y marque con un aspa (X) o encierre en un círculo la respuesta que usted considere correcta.

DATOS GENERALES:

Edad: Sexo

Estado civil Grado de instrucción

1. **¿Cuántas veces usted debería acudir a su control médico?**

- a. Una vez al año
- b. Dos veces al año
- c. Cada 6 meses
- d. Una vez al mes

2. **¿Cada cuánto tiempo usted se debería controlar la glucosa?**

- a. Diariamente
- b. 2 veces a la semana
- c. Cada dos semanas

d. Mensualmente

3. ¿Cuáles son los valores normales de la glucosa?

a. 100-120mg/dl

b. 80-120mg/dl

c. 120-180mg/dl

d. 180-120 mg/dl

4. Dentro de los cuidados que se deben tener en el hogar tenemos:

a. Cuidado de los ojos, ejercicios, medicación

b. En los alimentos, ejercicios, medicación y cuidados de los pies.

c. En el sueño, medicación, cuidado de los oídos

d. Descanso, higiene diaria, medicación

5. ¿Cuántas veces cree usted que debería ingerir alimentos?

a. Cada vez que sienta hambre

b. Solo una vez al día

c. Dos a tres veces al día

d. Cuatro a cinco veces al día

6. ¿Qué grupo de alimentos debe estar en más cantidad en su alimentación diaria?

a. Carbohidratos (papa, camote, arroz, etc.)

b. Proteínas (pescado, carne, pollo, etc.)

c. Frutas y verduras

d. Cualquiera

7. ¿En qué forma cree usted que se debe preparar sus alimentos?

a. Frituras

b. Sancochado

c. Crudas

d. condimentada

8. ¿Cómo deben ser sus comidas?

a. Normal en azúcar

b. Bajo en azúcar

c. Alto en azúcar

d. Nada de azúcar

9. La dieta que usted consume debe ayudar a:

a. Subir de peso

b. Disminuir de peso

c. ser nutricionalmente completa

d. Alto en azúcar

10. Con qué frecuencia debe realizar los ejercicios

a. Semanal

b. Quincenal

c. Mensual

d. Interdiario

11. ¿Cuánto tiempo deben durar los ejercicios que usted realiza?

a. 30 minutos

b. 1 a 2 horas

c. 2 a 3 horas

d. Más de 3 horas

12. ¿Cada cuánto tiempo se debería revisar sus pies?

a. Diariamente

b. Cada 2 días

c. Semanalmente

d. Mensualmente

13. ¿Cuál es la forma correcta de cortarse las uñas?

a. Recta

b. Ovalada

c. Redonda

d. En punta

14. ¿Qué tipo de zapatos debería utilizar?

a. Cómodo

b. Apretado

c. Flojo

d. Duro

15. ¿Cuántas veces debería acudir al oftalmólogo?

- a. Una vez al año
- b. Dos veces al año
- c. Cada 3 meses
- d. Cada mes

16. ¿A cuántos metros como mínimo debería mirar la televisión?

- a. Un metro
- b. Dos metros
- c. Tres metros
- d. Cuatro metros

Fuente: Instrumento elaborado por Sánchez, L. 2018 "Conocimiento y Prácticas de Autocuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II del Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas sector-I, La Victoria 2018"

ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJE
Nivel de conocimiento alto:	13 a 16 puntos
Nivel de conocimiento medio	9-12 puntos
Nivel de conocimiento bajo:	0-8 puntos

CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

N°	AUTOCUIDADO	CRITERIOS				
		NUNCA	CASI NUNCA	ALGUAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
CONTROL MÉDICO						
1	Por lo menos acude al médico dos veces al año.					
2	Cumple con las indicaciones Médicas.					
3	Lleva un control diario de glucosa o azúcar en sangre.					
4	Toma solo medicamentos prescritos por su médico.					
5	Acude al médico ante algún cambio, dolencia o enfermedad.					
6	Mantiene su peso según prescripción médica.					
DIETA						
7	Sigue la dieta indicada por su médico tratante.					
8	Consume diariamente frutas y verduras recomendadas.					
9	Consume diariamente de 6 a 8 vasos de agua al día.					
10	Tiene horarios establecidos en cuanto a su alimentación.					
11	Consume carbohidratos (pan, harinas, arroz, fideos)					
12	Consume dulces, chocolates, caramelos, galletas, etc.					
EJERCICIOS						
13	Tiene una rutina de ejercicios de acuerdo a su enfermedad.					
14	Realiza ejercicios: caminar, correr según el tiempo y frecuencia indicado por el especialista.					
15	Realiza ejercicios en ayunas.					
DESCANSO Y SUEÑO						
16	Duerme de 6 a 8 horas al día					
17	Realiza una siesta luego del almuerzo.					
HÁBITOS NOCIVOS						
18	Tiene el hábito de fumar.					

19	Tiene el hábito de tomar bebidas alcohólicas.					
CUIDADO DE LOS PIES						
20	Usa zapatos y medias de algodón que le protegen la piel y no le causen lesiones en la piel: ni ajustados, ni flojos.					
21	Revisa sus pies diariamente para evitar complicaciones.					
22	Usa sandalias o anda descalzo (a).					
23	Utiliza cremas o jabones hidratantes para pies.					
CUIDADO DE LA VISTA						
24	Acude al oftalmólogo por lo menos una vez al año.					
25	Mira la televisión a una distancia mínima de 2 metros.					

GRACIAS POR SU
PARTICIPACIÓN.

ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Sr(a):

Somos Evelyn Miriam De la Cruz Yupanqui y Camila Yesibel Portugal De la Vega, estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga.

Estamos realizando un estudio denominado **“Nivel de Conocimientos y Prácticas de Autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de altura, Ayacucho – 2024”**, con el objetivo de determinar el nivel de autocuidado en el paciente con diabetes mellitus asistente al centro de salud Santa Elena. En ese sentido, solicito apoyo en el presente estudio como participante para lograr el fin antes mencionado, considerando que la investigación es estrictamente profesional, confidencial y no perjudicial; por lo que tanto la información que usted brinde como su identidad, serán manejados únicamente por nuestras personas bajo estándares netamente educativos.

Autorización:

Yo, _____
_____ identificado(a) con documento de identidad N° _____,
autorizo mi participación en el estudio. Asimismo, confirmo que he leído el documento, por lo que entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente este documento:

FIRMA

ANEXO 05: CARTA DE PRESENTACIÓN



UNSCH

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Ayacucho, febrero 27 de 2025

OFICIO Nº 001 -2025-FCSA-UNSCH

Señor:

Obstetra ISABEL BAUTITA PEREZ

Gerente de la Comunidad Local de Administración de Salud

CIUDAD. -

ASUNTO: Autorización para desarrollo de trabajo de investigación.

Es grato dirigirme a usted a nombre de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, con la finalidad de presentar a las egresadas **EVELYN MIRIAM DE LA CRUZ YUPANQUI** y **CAMILA YESIBEL PORTUGAL DE LA VEGA**, quienes están ejecutando el Proyecto de Tesis titulado: **"NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE ALTURA, AYACUCHO 2024"**, Por lo cual solicito a usted autorizar y brindar facilidades para que t e n g a acceso a los diferentes profesionales de la Institución e informaciones necesarias que recabar a los usuarios adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Vista.

Seguro de contar con su apoyo, aprovecho la circunstancia para manifestarle mi consideración y estima personal.

Atentamente,

C. C.
Archivo
JAYM

UNIVERSIDAD NACIONAL DE
SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
Facultad de Ciencias de la Salud

Dr. José Yarieque Mujica
DR. CANO

ANEXO 06: CARTA DE COMPROMISO DE ASESORÍA



UNSCH

FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

CARTA DE COMPROMISO

Yo, Dr. Víctor Alexander Palomino Vargas, identificado(a) con DNI N° 42357208, catedrático nombrado y adscrito al Departamento Académico de *Medicina Humana*, de la Facultad de Ciencias de la Salud; me comprometo a asesorar la tesis titulada: "*Nivel de Conocimientos y Prácticas de Autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de altura, Ayacucho – 2024*" presentada por las estudiantes; *Evelyn Miriam De la Cruz Yupanqui y Camila Yesibel Portugal De la Vega* de la Escuela Profesional de *Medicina Humana*, hasta la culminación de la mencionada tesis.

Ayacucho, 23 junio de 2024

Dr. Víctor Alexander Palomino Vargas

DNI N° 42357208

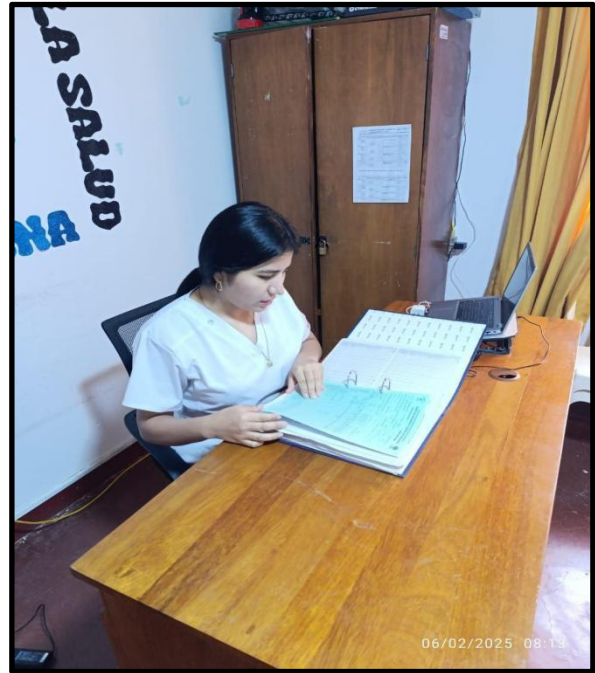
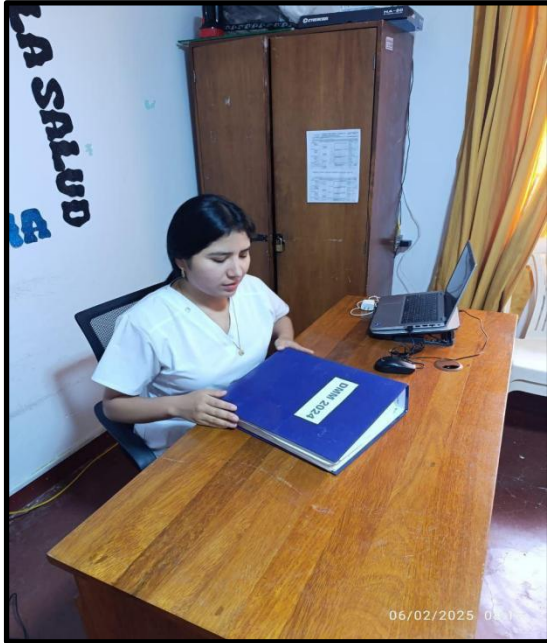
ANEXO 7: DATOS RECOLECTADOS DEL PROGRAMA DE “DAÑOS NO TRANSMISIBLES” DEL CENTRO DE SALUD SANTA ELENA.

Para la realización de las encuestas en los pacientes se requirió la coordinación con el personal de salud a cargo de dicha estrategia sanitaria, siendo la Lic. Surama Ferrel, encargada del Programa de “Daños No Transmisibles” quien nos facilitó el archivador con las fichas de control de pacientes diabéticos pertenecientes al programa así como el resto de personal del Centro de Salud quienes facilitaron el acceso a las historias clínicas, el uso de ambientes y equipos médicos usados en las entrevistas a pacientes en Consultorio Externo de Medicina.

- 1. REUNIÓN CON EL JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA DEL CENTRO DE SALUD SANTA ELENA PARA LA COORDINACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL ESTUDIO.**



2. ARCHIVADOR CON LAS FICHAS DE MONITOREO DE PACIENTES DEL PROGRAMA DE “DAÑOS NO TRANSMISIBLES” 2024 USADO PARA LA DETERMINACIÓN DE LA POBLACIÓN DEL ESTUDIO.



3. REALIZACIÓN DE ENTREVISTAS Y LLENADO DE CUESTIONARIOS EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE “DAÑOS NO TRANSMISIBLES”.





4. PARTICIPACIÓN EN LOS CONTROLES MENSUALES DE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA REALIZADO EN CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICINA DEL ESTABLECIMIENTO.



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

RD. N° 373– 2025 – UNSCH -FCSA-D

BACHILLERES: Est. Evelyn Mirlam DE LA CRUZ YUPANQUI

Est. Camila Yesibel PORTUGAL DE LA VEGA

En la ciudad de Ayacucho siendo las dos y 4 minutos de la tarde del día veintiocho de mayo del dos mil veinticinco, se reunieron en el Auditorio de la Escuela de Obstetricia los docentes miembros del jurado evaluador de sustentación, para el acto de sustentación de trabajo de tesis titulado **"Nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de altura, Ayacucho - 2024"**, presentado por los Bachilleres Evelyn Miriam, DE LA CRUZ YUPANQUI y Camila Yesibel, PORTUGAL DE LA VEGA

para optar el Título profesional de Médico Cirujano. Los miembros del Jurado de sustentación conformado por:

Presidente: Prof. Luciano Huauya Canchari

Miembros: Prof. Jorge Alberto Rodríguez Rivas

Prof. Ilianov Fernández Chilloce

Prof. José Luis Apaza Gutiérrez

Secretario docente: Prof. Fidelia Curi Sotomayor

Con el quorum de reglamento se dio inicio a la sustentación de tesis, el presidente de la comisión pide a la secretaria docente dar lectura a los documentos presentados por los recurrentes, y da algunas indicaciones a los sustentantes.

Da inicio a la exposición el Bachiller Evelyn Miriam, DE LA CRUZ YUPANQUI y continuando con la Bachiller Camila Yesibel, PORTUGAL DE LA VEGA de manera coordinada; y una vez concluida la exposición, el presidente de la comisión solicita a los miembros del jurado evaluador realizar sus respectivas preguntas, quienes hicieron las preguntas, observaciones y aclaraciones correspondientes.

El presidente invita a los sustentantes a abandonar el auditorio para que puedan proceder con la calificación.

RESULTADO DE LA EVALUACION FINAL

Bachilleres. Est. Evelyn Miriam, DE LA CRUZ YUPANQUI

Est. Camila Yesibel, PORTUGAL DE LA VEGA

NOMBRE DE JURADOS	Nota de Tex.		Nota de Exposición.		Nota de respuesta a preguntas		Promedio	
	Est. 1	Est. 2	Est. 1	Est. 2	Est. 1	Est. 2	Est. 1	Est. 2
Luciano Huauya Canchari								
Jorge Alberto Rodríguez Rivas	17	17	17	17	17	17	17	17
Ilianov Fernandez Chilloce	17	17	17	17	17	17	17	17
José Luis Apaza Gutiérrez	17	17	17	17	17	17	17	17
Promedio Final							17	17

De la evaluación realizada por los miembros del jurado calificador, llegaron al siguiente resultado: Aprobar a los Bachilleres Evelyn Miriam, DE LA CRUZ YUPANQUI obtuvo la nota de 17 (diecisiete) y Camila Yesibel, PORTUGAL DE LA VEGA obtuvo la nota de 17 (diecisiete) respectivamente para lo cual los miembros del jurado evaluador firman al pie del presente.

Siendo las 3 y cuarenta de la tarde, se da por concluido.



Prof: Luciano Huauya Canchari
PRESIDENTE



Prof: Jorge Alberto Rodríguez Rivas
MIEMBRO



Prof: Ilianov Fernandez Chillce
MIEMBRO



Prof: José Luis Apaza Gutiérrez
MIEMBRO



Prof: Fidelia CURI SOTOMAYOR
SECRETARIA DOCENTE.

**UNSCH**FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUDESCUELA PROFESIONAL DE
MEDICINA HUMANA

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El que suscribe; responsable verificador de originalidad de trabajos de tesis de pregrado en segunda instancia para la Escuela Profesional de Medicina Humana; en cumplimiento a la Resolución de Consejo Universitario N.º 171-2023-UNSCH-CU, Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación de la UNSCH y en RESOLUCIÓN DECANAL N.º 720-2023-UNSCH-FCSA/D, deja constancia que:

- Apellidos y Nombres de las tesis: **DE LA CRUZ YUPANQUI, Evelyn Miriam PORTUGAL DE LA VEGA, Camila Yesibel**
- Escuela Profesional : **Medicina Humana**
- Título de la tesis : **“Nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de altura, Ayacucho – 2024”**
- Evaluación de la originalidad : **16% de similitud**

Por tanto, según los artículos 12, 13 y 17 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, es procedente otorgar la constancia de originalidad, para los fines que crea conveniente.

Ayacucho, 07 de mayo de 2025

Dr. Jorge Alberto Rodríguez Rivas
Director de la Escuela Profesional de Medicina Humana
Facultad de Ciencias de la Salud
(Verificador de originalidad de trabajos de tesis de pregrado de la EPMH)

"Nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de altura, Ayacucho - 2024"

por Evelyn Miriam DE LA CRUZ YUPANQUI Camila Yesibel PORTUGAL DE LA VEGA

Fecha de entrega: 06-may-2025 09:28p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2668747123

Nombre del archivo:

_Nivel_de_conocimientos_y_prácticas_de_autocuidado_en_pacientes_con_Diabetes_Mellitus_tipo_2_atendidos_en_una_Institución_Prestadora_de_Servicios_de_Salud_de_a_2024_.pdf (2.88M)

Total de palabras: 18017

Total de caracteres: 95670

"Nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de altura, Ayacucho - 2024"

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

10%

PUBLICACIONES

11%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga Trabajo del estudiante	3%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
3	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.ucss.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	hemeroteca.unad.edu.co Fuente de Internet	1%
7	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	1%

8	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1 %
9	repositorio.untumbes.edu.pe Fuente de Internet	1 %
10	repositorio.ups.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
11	repositorio.autonomadeica.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
12	repositorio.uncp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
13	revistasdigitales.uniboyaca.edu.co Fuente de Internet	<1 %
14	Submitted to Submitted on 1686192987732 Trabajo del estudiante	<1 %
15	Submitted to UPAEP: Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla Trabajo del estudiante	<1 %
16	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	<1 %
17	repositorio.uia.ac.cr:8080 Fuente de Internet	<1 %
18	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

19	www.repositorio.autonomadeica.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
20	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	<1 %
21	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
22	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
23	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
24	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
25	repositorio.upt.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 30 words

Excluir bibliografía

Activo