



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

**TESIS**

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE AUTOCAUIDADO  
DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS  
TIPO II DEL CENTRO DE SALUD MANUEL  
SÁNCHEZ VILLEGAS SECTOR-I, LA VICTORIA 2018**

**PARA OBTAR POR EL GRADO DE LICENCIADO EN  
ENFERMERIA**

**Autora:**

**Bach.Sánchez Larrea Laura Katerine**

**Asesora:**

**Dra. Rivera Castañeda Patricia Margarita**

**Línea de investigación:**

**Cuidar/Cuidado de Enfermería**

**Pimentel – Perú**

**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**

**Aprobación por los miembros de jurado de tesis**

---

Mg. Adita Rocio Medina Quispe  
Presidenta de jurado de tesis

---

Mg. Fátima del Carmen Bernal Corrales  
Secretaria de jurado de tesis

---

Dra. Patricia Margarita Rivera Castañeda  
Vocal del jurado de Tesis

## DEDICATORIA

Al divino hacedor por guiarme en el camino  
correcto para culminar con éxito mí trabajo  
de investigación y cumplir mis metas.

**Laura**

A mi madre Magally por el apoyo  
incondicional en el desarrollo de mi tesis y  
de toda mi carrera profesional.

**Laura**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a todas mis docentes de la Universidad Señor de Sipán, por el conocimiento brindado en la culminación de mi carrera como enfermera.

A la directora del centro de salud sector I la Victoria por haberme brindado el permiso para aplicar los instrumentos de mi trabajo de investigación, también a los adultos mayores que me apoyaron en responder las encuestas.

A mi asesora Dra. Patricia Rivera Castañeda, por brindarme su apoyo incondicional en el desarrollo de mi tesis.

## Índice

<b>I. INTRODUCCIÓN:</b> .....	8
1.1. Realidad Problemática:.....	10
1.2. Antecedentes de Estudio:.....	11
1.3. Teorías relacionadas al tema:.....	15
1.4. Formulación del problema:.....	28
1.5. Justificación e importancia del estudio. ....	28
1.6. Hipótesis:.....	29
1.7. Objetivos: .....	29
<b>II. MATERIAL Y MÉTODO</b> .....	30
2.1 Tipo y Diseño de Investigación. ....	30
2.2. Variables, Operacionalización .....	31
2.3 Población y muestra: .....	34
2.4 Técnicas e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad: .....	35
2.5 Procedimiento de análisis de datos .....	35
2.6 Criterios éticos.....	36
2.7 Criterios de Rigor Científicos .....	36
<b>III. RESULTADOS</b> .....	38
3.1. Resultados en tablas y figuras: .....	38
3.2. Discusión de resultados: .....	43
<b>IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	46
<b>REFERENCIAS</b> .....	52
<b>ANEXOS</b> .....	56

## RESUMEN

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo principal Determinar la relación entre el nivel conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II del Centro de Salud de Manuel Sánchez Villegas Sector -I, La Victoria 2018. Fue un estudio cuantitativo de diseño no experimental de tipo descriptivo, correlacional y transversal. La muestra fue de 68 pacientes con diabetes mellitus tipo II. Se utilizó un test para evaluar las prácticas de autocuidado de los pacientes anteriormente mencionados. Los resultados de la investigación indican que el nivel de prácticas de autocuidado que más predomina en el control médico es el nivel moderado con un 48.5%, en las prácticas de autocuidado sobre la dieta predomina un nivel moderado con un 48.5%, con respecto al ejercicio predomina un nivel de prácticas de autocuidado básico con 50.0%, también en el cuidado de pies predomina un nivel de prácticas de autocuidado básico 47.1%, en el control oftalmológico predomina un nivel de prácticas de autocuidado moderado 48.5%. el 27,9% de los adultos mayores tienen un nivel de conocimiento básico y las prácticas de autocuidado también son básicas. También; el 5,9% tienen un nivel de conocimiento alto sobre prácticas de autocuidado. Llegando a la conclusión de que existe relación directa significativa ( $p < 0,01$ ) entre el nivel conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II del Centro de Salud de Manuel Sánchez Villegas Sector -I, La Victoria 2018.

**Palabras Clave:** Conocimiento, prácticas de autocuidado, adulto mayor, diabetes mellitus tipo II.

## ABSTRACT

The main objective of the present study was to determine the relationship between the knowledge level and self-care practices of the elderly with type II diabetes mellitus from the Health Center of Manuel Sánchez Villegas Sector-I, La Victoria 2018. It was a quantitative study of design non-experimental descriptive, correlational and transversal type. The sample was of 68 patients with type II diabetes mellitus. A test was used to evaluate the self-care practices of the aforementioned patients. The results of the research indicate that the level of self-care practices that most prevails in the medical control is the moderate level with 48.5%, in the self-care practices on the diet a moderate level predominates with 48.5%, with respect to the exercise a level of basic self-care practices predominates with 50.0%, also in the care of feet a level of basic self-care practices prevails 47.1%, in the ophthalmological control a level of moderate self-care practices predominates 48.5%. 27.9% of older adults have a basic level of knowledge and self-care practices are also basic. As well; 5.9% have a high level of knowledge about self-care practices. The conclusion is that there is a direct relationship significant direct ( $p < 0, 01$ ) between the knowledge level and self-care practices of the elderly with type II diabetes mellitus from the Health Center of Manuel Sánchez Villegas Sector-I, La Victoria 2018.

Keywords: Knowledge, self-care practices, older adult with type II diabetes mellitus.

## I. INTRODUCCIÓN:

La Organización Mundial de la Salud recomienda la educación para el autocuidado con la finalidad de prevenir y tratar las enfermedades crónicas. La educación para el autocuidado de personas con problemas crónicos de salud debe promover el soporte para el desarrollo de las habilidades de autocuidado, a fin de responsabilizarlas por su salud y ayudarlas a convivir mejor con la enfermedad.<sup>1</sup> Además Las prácticas de autocuidado son las actividades que las personas realizan, para su propio beneficio y lograr el mantenimiento de la vida, un funcionamiento saludable y un continuo desarrollo personal y de bienestar<sup>35</sup>. En el caso de la persona con diabetes tipo 2 (DT2) se refiere al auto-monitoreo, actividad física, alimentación, revisión de pies y adherencia al tratamiento, entre otros. Algunas de las premisas que maneja Orem sobre el autocuidado, son que cada persona debe realizar diariamente un mínimo de actividades dirigidas hacia sí mismo para continuar su existencia como organismo con una vida racional.

En las Américas, la prevalencia de diabetes en adultos es más alta en los países del Caribe de habla inglés, seguido por poblaciones que viven en ambos lados de la frontera entre Estados Unidos y México. La prevalencia más alta de diabetes tipo 2 se encuentra entre los indígenas Pima de Arizona, entre los cuales casi todos los adultos han desarrollado diabetes. En México y en la mayoría de los países de América Central y América del Sur y en el Caribe de habla hispana, se ha reportado una prevalencia de diabetes de entre 8% y 10%. La prevalencia de diabetes más baja en las Américas se registró en Tegucigalpa, Honduras (6,1%), En Norteamérica, afro-americanos y mexicano-americanos tienen un riesgo más alto de tener diabetes que los americanos caucásicos, debido tanto a factores hereditarios como a factores ambientales tales como una nutrición pobre y falta de ejercicio. Análisis muestran que el porcentaje de personas que padecen diabetes y no controlan el nivel de glucosa en su sangre llega a ser hasta 66% en Chile (2009), 70% en Veracruz, México (2005), 63% en la frontera de México con EEUU, 58% en los Latinos que habitan en Estados Unidos (2001 – 2002) y 54% en Costa Rica (2010).<sup>40</sup>

La Asociación de Diabetes del Perú (Adiper) alertó que en la última década los casos de adolescentes afectados por la diabetes tipo 2 se han incrementado en el país en más de un 50%, principalmente en las grandes ciudades de la costa como Lima, Piura y Chiclayo. La vicepresidente de Adiper, Angélica Valdivia, expuso su preocupación debido a que estos pacientes tienen riesgo de presentar a temprana edad -incluso antes de los 30 años- las mismas complicaciones que se dan en los adultos, tales como infarto agudo al miocardio, ceguera, insuficiencia renal, amputaciones y accidente cerebrovascular<sup>39</sup>

En el Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas S-I de la ciudad de La Victoria se ha observado durante las prácticas de salud comunitaria un incremento de pacientes adultos mayores diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, los cuales al ser entrevistados manifestaron que no conocían como autocuidarse para afrontar a la enfermedad. Asimismo, muchos de ellos manifestaron que vivían solos o con familiares que no conocían como cuidar su alimentación y su control médico requerido para el control de la diabetes. Por lo que se planteó el problema de la siguiente manera ¿Cuál es la relación entre el 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?. Se obtuvo como objetivo general: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II del Centro de Salud de Manuel Sánchez Villegas Sector -I, La Victoria 2018.

Por lo anteriormente dicho, se infiere que los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, con el nivel de conocimiento adecuado sobre las prácticas de autocuidado pueden reducir la morbimortalidad, discapacidad y con ello mejorar la calidad de vida y economizar los costos destinados a la atención de su salud. Por parte de dichas personas con diabetes desarrollan actitudes y creencias respecto a que es la diabetes y el tratamiento que en la mayoría de las ocasiones de las ocasiones distorsionan la necesidad e importancia de llevar adecuadas prácticas de salud. Otro obstáculo es el recurso financiero y mayormente en relación con recurso económico bajo que además no tiene un servicio de salud.

### 1.1. Realidad Problemática:

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica que reviste especial importancia no sólo por constituir las primeras causas de morbilidad, sino por las dificultades que enfrenta el paciente diabético para llevar a cabo el tratamiento; control metabólico y prevención de múltiples complicaciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que el número de personas con diabetes mellitus en el mundo es de 171 millones y pronostica que aumentará a 366 millones en el año 2030. A nivel mundial, en el año 2017, El número de personas con diabetes mellitus tipo 2 ha aumentado de 108 millones en 1980 a 422 millones<sup>1</sup>. Debido a que, las personas no tienen estilos de vida saludable en la alimentación y en la actividad física, así como también el estrés y la depresión que influyen en dicha enfermedad.

Por consiguiente, en un estudio realizado en la Universidad Autónoma de Nuevo León-México dio como resultado para la muestra estudiada, que el apoyo familiar debía favorecer el nivel de acciones de autocuidado, reflejándose su efecto positivo en mantener a las personas en atención ambulatoria y en evitar las hospitalizaciones<sup>2</sup>. Una posible explicación que se deriva de la observación directa, es que las personas se resisten a reconocer ante un extraño que su familiar no lo ayuda lo necesario para mantener controlada su diabetes<sup>3</sup>.

Según datos de la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud de Perú en el año 2013, la Diabetes Mellitus fue la decimoquinta causa de mortalidad afectando al 14% de los peruanos, donde Lima Lambayeque y Piura, fueron los más afectados. Cifras encontradas alarmantes que reflejan alguna situación que ha conllevado a descuidar la salud; por lo que debemos lograr comprender qué situación está influyendo a que el paciente no se identifique con su enfermedad<sup>4</sup>.

De este modo en el Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas S-I del distrito de la Victoria se ha observado durante las prácticas de salud comunitaria un incremento de pacientes adultos mayores diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, los cuales al ser entrevistados manifestaron que no conocían como auto cuidarse para afrontar a la enfermedad. Asimismo, muchos de ellos manifestaron que viven solos o con familiares que tampoco conocen los cuidados adecuados para el control de la diabetes. La

mayoría de adultos mayores con diabetes mellitus tipo II solo cumplen o se rige al tratamiento farmacológico y olvidan de las prácticas de autocuidado como: su control médico, alimentación saludable, cuidados de los pies, control oftalmológico y ejercicio que les permitirá tener una mejor calidad de vida previniendo y evitando las múltiples complicaciones de la diabetes como son las cardiopatías, nefropatías, neuropatías, hipertensión, entre otras.

## 1.2. Antecedentes de Estudio:

En la búsqueda de investigaciones realizadas en los diferentes contextos internacionales, nacional y local se ha podido encontrar los siguientes hallazgos del tema a investigar.

A nivel internacional se encontró los siguientes antecedentes:

Flores, M; Garza, M. & Hernández, P<sup>38</sup> investigaron sobre “Autocuidado en el adulto mayor con diabetes tipo 2” en Monterrey, México en el año 2013, los resultados fueron que el 33,0% (36) de los adultos mayores tuvieron buenas prácticas de autocuidado y que el 67% de los adultos mayores tiene malas prácticas de autocuidado las prácticas de cuidado, y las que realizan con mayor frecuencia fueron cuidado de pies y consumo de medicamentos. El 28,6% (18) de las mujeres presentaron prácticas de autocuidado, esta cifra se reportó un poco mayor en los hombres 39,1% (18) ( $p > 0,05$ ). Los adultos mayores de 60 a 69 años presentaron mayores prácticas de autocuidado que los mayores de 70 años (34,9% vs 30,4%;  $p > 0,05$ ). Por lo tanto se concluye que las prácticas de autocuidado en esta población fueron pobres a pesar de que tienen una patología, se evidencia que le dan mayor importancia al consumo de medicamentos y cuidado de los pies.

Según Herrera A, Andrade H, Hernández Manrique M, Faria C & Machado M <sup>6</sup> investigaron sobre “Los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y su capacidad de Agencia de Autocuidado en los adultos mayores”, Cartagena en el 2014, donde los resultados fueron que en las prácticas de autocuidado el sexo que más predominó fue femenino con un 68,4 %. Al valorar la capacidad de agencia de autocuidado, el 43,8 % de los pacientes obtuvo una calificación de muy buena y el 56.2% no tiene buenas prácticas de autocuidado. Por lo que se concluye que existe un gran porcentaje de

adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 que no realiza un buen autocuidado debido a que no tienen el conocimiento sobre los cuidados de la diabetes mellitus tipo 2 como en su control médico, alimentación, cuidados de los pies, cuidado de los ojos lo que le permitirá a los pacientes una buena capacidad de agencia de autocuidado.

Para Azzollini C, Bail P, Vera, Vidal & Victoria A<sup>7</sup> en su tesis investigaron sobre “Diabetes: Importancia de la familia y el trabajo en la adhesión al tratamiento”- México en el año 2013. Los resultados fueron que el 57% de los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 eran mujeres. En cuanto al apoyo familiar de los pacientes diabéticos en el cuidado de su salud, el 74,8% expuso que su familia los apoya siempre, el 73,9% de los pacientes dijo que su familia nunca se fastidiaba con ellos por la dieta o los cuidados especiales que debía realizar. Concluyeron que el apoyo social, tanto familiar como laboral, favorece una mayor adherencia a los tratamientos a través del cumplimiento de pautas de autocuidado en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 que concurren a hospitales públicos.

Por otra parte según mencionan Romero B, Santos M, Martins T & Zanetti M<sup>8</sup> realizaron su investigación sobre el “Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de Urgencia en México” en el año 2013. Resultando de acuerdo con la propuesta de clasificación de la Escala de Capacidad de Autocuidado, las respuestas fueron agrupadas y categorizadas en: muy buena, buena, regular y mala; mostrando que 66,5% capacidad regular, 33,5% de las presentaron buena capacidad de autocuidado y ninguno presentó capacidad para el autocuidado considerada muy buena o mala. Concluyendo que la mayoría de las personas con diabetes mellitus tipo 2 presentó una capacidad de autocuidado regular. La capacidad de autocuidado está vinculada a múltiples variables, que merecen atención de los profesionales de salud cuando se realiza la proposición de programas de educación.

Paucar, A<sup>9</sup> investigó sobre la “Incidencia de la Actividad Física en el Control de la Diabetes Mellitus tipo 2, en los diabéticos de la Asociación de Diabéticos del Sur de Quito (ADSUR), en el periodo Mayo – Julio del 2012” en Ecuador en el 2013. Los resultados fueron que el 54% de quienes participaron en este programa tuvieron un nivel de actividad física elevado, y un 46% de las personas que participaron tuvieron un nivel

moderado de actividad física; todo esto antes de comenzar las prácticas de actividad física. Se concluyó en la investigación comprueban la hipótesis propuesta, ya que la práctica regular de actividad física permitió controlar la hiper glucemia después que esta aparecía en el estado basal o postprandial del diabético; demostrando que la actividad física es indispensable para un buen control glucémico del diabético.

Además Compeán I, Gallegos E, González J & Gómez M<sup>10</sup> investigaron sobre” Conductas de Autocuidado e Indicadores de salud en Adultos mayores con diabetes Mellitus tipo 2 en Cuba” en el año 2014. Resultados: El 74,5% de los participantes fueron mujeres. El autocuidado global fue bajo ( $X=36,94$ ,  $de=15,14$ ). Conclusión: En esta investigación se encontró que los adultos con diabetes tipo 2 tienen un autocuidado general bajo en alimentación, ejercicio y monitoreo de glucosa, un control pobre de la glucemia y una alta prevalencia de obesidad/ sobrepeso. A las mejores conductas de autocuidado generales les correspondió mejores indicadores de salud, como mejor hemoglobina glucosilada, IMC bajo y menos grasa corporal, esto influenciado por el género. En el caso los factores del autocuidado, un mejor control de la dieta significó un menor porcentaje de grasa corporal, influenciado por el género y por haber comprendido los conceptos sobre diabetes.

A nivel nacional se encontró los siguientes antecedentes:

Según Oyola L<sup>12</sup> investigó sobre los” Estilos de vida y Nivel de Autocuidado en el Adulto Mayor del A.H. 1 de Febrero – Nuevo Chimbote” en el año 2013. En los resultados se observa la variable estilo de vida, en la que se muestra que del 100% de personas adultas mayores que participaron en el estudio, el 97,1% tienen un estilo de vida no saludable y un 2,9% tienen un estilo de vida saludable. En cuanto al autocuidado prevaleciendo el nivel de autocuidado medio con un 94,2%, seguido por el 2,9% con nivel de autocuidado alto y en un mismo porcentaje 2,9% con un nivel bajo. Conclusión: Casi todos los adultos mayores tienen un estilo de vida no saludable y presentan un nivel de autocuidado medio. Existe relación significativa entre el estilo de vida y el nivel de autocuidado.

Según manifestaron Goicochea R & Lavado K<sup>13</sup> en su investigación sobre el “Apoyo social y Autocuidado en el paciente adulto mayor Diabético”, realizado en el Hospital III ESSALUD Chimbote en el año 2013. Los resultados: presenta un mayor porcentaje de buen nivel de autocuidado con un 48,33%, un regular nivel de autocuidado con un 41,67% y un 10% presentan nivel de autocuidado deficiente. En cuanto al apoyo social se observa que el 66,67% tienen un nivel de apoyo social bueno, el 25,0% un nivel de apoyo social regular y en menor porcentaje 8,33% con un apoyo social deficiente. Se llegó a la conclusión que: El autocuidado depende del apoyo social que el adulto mayor diabético reciba, ya sea por parte de la familia, amigos o la sociedad en sí, ya que mediante el apoyo social el adulto mayor si tiene alguna enfermedad podrá conllevar mejor el tratamiento y mejorar su calidad de vida.

En la investigación de Hajar A<sup>5</sup> sobre su tesis “Conocimientos que tienen los Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y sus Familiares sobre la Enfermedad y Cuidados en el Hogar, en el HNDAC, Lima” en el año 2013. Resultados: En cuanto a los aspectos generales de los pacientes encontró que 58,6% son varones. Asimismo 54,6% poseen edad entre 60 – 80 años. Acerca del grado de instrucción 64% han cursado nivel secundario entre completa e incompleta, 20% estudios nivel primario. En cuanto a los datos generales de los familiares de los pacientes diabéticos tenemos 72% son de sexo femenino, en cuanto a la edad tenemos 44% sus edades comprenden entre 60- 70 años. 54,6% tienen un nivel de instrucción de secundaria. En cuanto al nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos se puede deducir que la mayoría presenta un nivel de conocimiento medio 48%, y los familiares presentan un nivel de conocimiento bajo 38,7%. Se concluyó que la mayoría de pacientes y familiares tienen un nivel de conocimiento medio, tanto en la dimensión conocimientos sobre la enfermedad como en la dimensión conocimientos sobre los cuidados en el hogar, pero también los resultados muestran que hay una gran cantidad de pacientes y familiares que tienen un nivel de conocimiento bajo sobre la enfermedad y sobre los cuidados en el hogar, y aproximadamente la quinta parte tienen un nivel de conocimiento alto.

A nivel Regional se encontró los siguientes antecedentes:

Rodrigo, Medina y Rodríguez<sup>37</sup>. En el 2013 realizaron un estudio sobre “Efectividad de una intervención educativa de enfermería en los estilos de vida en adultos mayores con Diabetes tipo II, San José – Chiclayo”. Los resultados mostraron que la intervención educativa de enfermería en dieta y en el ejercicio fue efectiva en un 40% .

A nivel local no se encontraron antecedentes sobre la presente investigación

### 1.3. Teorías relacionadas al tema:

En la presente investigación la teoría que más se relaciona es la Teoría del déficit del autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem.

Según Marriner T & Raile A<sup>21</sup> a principios de la década del 70, Dorotea Elizabeth Orem formuló los supuestos básicos de su teoría general denominada “Teoría del déficit de autocuidado”, considera su teoría como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas: la teoría del autocuidado, en ella se explica y describe el autocuidado. Lo define como “una actividad aprendida por la persona a lo largo de su vida y orientada hacia un objetivo”. Es, por tanto una conducta ante la vida dirigida hacia uno mismo en beneficio de la salud y el bienestar. Existen varias clases de autocuidados: los que se derivan de las necesidades básicas y de crecimiento del individuo (alimento, descanso, oxígeno, etc.), los asociados al proceso de desarrollo (niñez, embarazo, vejez, etc. Y los derivados de las desviaciones del estado de salud.<sup>21</sup>

Asimismo en la teoría del déficit del autocuidado, describe y explica las razones por las que la enfermería puede ayudar a las personas. El déficit de autocuidado se da cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, incapacitándola para el autocuidado continuo. La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que avala la necesidad de los cuidados de enfermería.<sup>21</sup> También existe la teoría de los sistemas de enfermería, describe y explica las relaciones que es necesario establecer y mantener para que se dé la enfermería. Un sistema de enfermería es un complejo método de acciones realizadas por las enfermeras determinadas por las demandas de autocuidado terapéutico del paciente.

Donde está conformado por tres sistemas: el sistema parcialmente compensador, el sistema totalmente compensador y sistema de apoyo educativo.<sup>21</sup>

Por lo tanto en el sistema parcialmente compensador: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas. El paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentarse, pero dependen de la enfermera: desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse. Además en el sistema totalmente compensador: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total. Los cuidados que se realizan a un paciente inconsciente. Paciente encamado con reposo absoluto. También tenemos el sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.<sup>21</sup>

Por consiguiente la teoría de Orem considera al paciente como una unidad que se puede contemplar desde un punto de vista biológico, social y simbólico. La persona se contempla como un agente, con la capacidad potencial de satisfacer sus propias necesidades de autocuidado con el fin de mantener su vida, salud y bienestar. Los autocuidados pueden ser: universales (aspectos fundamentales de la vida, dirigidos las necesidades vitales), asociados al proceso de desarrollo (según la edad de la persona) y los derivados de las desviaciones del estado de salud proceso de la enfermedad, tratamiento y diagnóstico médico<sup>35</sup>. De igual manera en la promoción del autocuidado del profesional de enfermería refiere que el autocuidado, para enfermería, constituye un enfoque particular hacia la práctica clínica que pone énfasis primordialmente en la capacidad del usuario de lograr y mantener su salud. El autocuidado aun cuando está íntimamente vinculado con los conocimientos aprendidos, es una conducta que aparece súbitamente en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividades en beneficio de su vida, salud y bienestar<sup>35</sup>

Históricamente, la Enfermería es una disciplina que tiene como uno de sus objetivos la educación de las personas para el autocuidado. El autocuidado es definido como una función reguladora que los individuos utilizan deliberadamente para manutención de los requisitos vitales, del desarrollo y funcionamiento integral. Además La habilidad para desempeñar el autocuidado es desarrollada durante el curso de la vida diaria, por medio de un proceso espontáneo de aprendizaje, en el período de la madurez de la curiosidad intelectual, con la instrucción y supervisión de otros y mediante la experiencia de medidas de autocuidado<sup>35</sup>

En tal sentido el autocuidado también es considerado como parte del estilo de vida de las personas, el cual es comprendido como estándares de conducta que se reflejan en la forma de interactuar de los individuos con su medio social. Así, la elección de un estilo de vida saludable implica en acciones de autocuidado concreto, tales como la automedicación, el autotratamiento, el apoyo social y el cuidado en situaciones de enfermedad en el ambiente de la persona. La Organización Mundial de la Salud recomienda la educación para el autocuidado con la finalidad de prevenir y tratar las enfermedades crónicas. La educación para el autocuidado de personas con problemas crónicos de salud debe promover el soporte para el desarrollo de las habilidades de autocuidado, a fin de responsabilizarlas por su salud y ayudarlas a aprender a convivir mejor con la enfermedad, modificar o mantener los hábitos saludables, estimular la autoconfianza para sentirse mejor cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad. El autocuidado es una estrategia eficaz para la reducción de los costos de la salud, colaborando para la reducción del número de admisiones hospitalarias y de las consultas de urgencia, uso racional de los medicamentos y mejor relación entre el profesional de salud y el paciente. <sup>35</sup>

Por ello el rol de la enfermera está orientado para ayudar a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de su autocuidado de acuerdo a su enfermedad, o de apoyo-educación, ayudando a los adultos mayores con diabetes mellitus 2 para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, ayudarlos a aprender a convivir mejor con la enfermedad, modificar o mantener los hábitos saludables, estimular la autoconfianza para sentirse mejor cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad. Con los resultados encontrados en dicha investigación se podría plantearse acciones en enfermería, con lo que se integra a la teoría de los

sistemas de enfermería planteados por Orem, que pueden estar preparados para personas individuales, dentro de una unidad de cuidados dependientes, para grupos cuyos miembros tienen demanda de cuidados terapéuticos con componentes semejantes o presentan complicaciones semejantes que impiden comprometerse en un autocuidado o cuidado dependiente.<sup>35</sup>

Según Gardner define al conocimiento como un constructo multidimensional; como la capacidad de resolver problemas en un contexto cultural y como el ser humano pueda expresar lo que conoce y sea capaz de hacer. El conocimiento es el resultado integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o individual. El conocimiento solo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracional<sup>36</sup>. Además en la presente investigación el conocimiento de prácticas de autocuidado en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II tienen un conocimiento básico debido a la falta de sesiones educativas y demostrativas de dicha enfermedad.

Por otro lado Bunge (1988) citado en Navarro y López (2012) el conocimiento es “un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto”<sup>19</sup>. Por su parte, Salazar (1988) desde el punto de vista filosófico lo define como “acto y contenido”, el conocimiento como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental de conocer; este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros<sup>20</sup>. Es importante definir la conexión entre el conocimiento y la creencia, ya que esta no es tan obvia ni tan simple como la conexión entre el conocimiento y la verdad. Cabrera en 1982 sostiene que afirmar que alguien sabe algo sin creerlo sería contradictorio. La noción de contradicción pertenece a la lógica, pero esta discusión no es de lógica, sino de conceptos<sup>19</sup>

Para Tomasini el conocimiento es quien sabe algo lo cree, concluyendo que “saber” implica “creer”. González A. manifiesta que el conocimiento es un conjunto de datos sobre hechos, verdades o de información almacenada a través de la experiencia o del

aprendizaje (a posteriori), o a través de introspección mientras que Villapando J. sostiene que el conocimiento es un tipo de experiencia que contiene una representación de un hecho ya vivido, es la facultad consciente o proceso de comprensión, entendimiento que es propio el 56 pensamiento, percepción, inteligencia, razón .De lo expuesto por los autores antes mencionados se puede considerar que el conocimiento, es la adquisición de conceptos por medio de una educación formal e informal mediante el ejercicio de las facultades intelectuales. En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados <sup>22</sup>

En otras palabras el conocimiento es personal, en el sentido que se organiza y reside en las personas que lo asimilan como resultados de su propia experiencia y lo incorporan al su acervo personal estando convencidas de su significado e implicaciones, articulando como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas “piezas”. Además su utilización, puede repetirse sin que el conocimiento “se consuma” como ocurre con otros bienes físicos, permite entender los fenómenos que las personas perciben y también “evaluados” en el sentido de juzgar la convivencia de los mismos para cada una en cada momento<sup>22</sup>El estudio del conocimiento humano ha sido objeto fundamental de la filosofía y la epistemología desde la época de los griegos, pero en los últimos años se le ha prestado mucha atención por parte de los teóricos en el área gerencial.

En la literatura gerencial, no se define el conocimiento desde el punto de vista filosófico, sino más bien desde el punto de vista pragmático. Por ello autores como Muñoz y Riverola definen el conocimiento como la capacidad para resolver un determinado conjunto de problemas. Alavi y Leidner (2003:19) definen el conocimiento como la información que el individuo posee en su mente, personalizada y subjetiva, relacionada con hechos, procedimientos, conceptos, interpretaciones, ideas, observaciones, juicios y elementos que pueden ser o no útiles, precisos o estructurables<sup>22</sup> ;por ello la información se transforma en conocimiento una vez procesada en la mente del individuo y luego nuevamente en información una vez articulado o comunicado a otras personas mediante textos, formatos electrónicos, comunicaciones orales o escritas, entre otros. En este momento, señalan, Alavi y

Leidner, el receptor puede procesar e interiorizar la información, por lo que vuelve a transformarse en conocimiento <sup>22</sup>

En la presente investigación para medir el conocimiento de las prácticas de autocuidado se utilizó como instrumento una encuesta la cual evaluó 5 dimensiones fundamentales como: el control médico, la dieta, la actividad física, el cuidado de los pies, el cuidado oftalmológico, donde el 27,9% de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del Centro de Salud de Manuel Sánchez Villegas Sector -I, La Victoria tienen un nivel de conocimiento básico y las prácticas de autocuidado también son básicas y el 5,9% de los adultos mayores tienen un nivel de conocimiento alto tienen prácticas de autocuidado altas.

Así mismo para Hidalgo las Prácticas de autocuidado en el paciente diabético tipo 2, se define las prácticas de autocuidado es la aplicación de las normas y conocimientos que conducen a la acción del individuo. En este caso, relacionándolo con el estudio, viene a hacer la aplicación de los conocimientos que tiene el paciente diabético de realizar diversos cuidados tales como cumplir con su cuidado farmacológico, dietético, ejercicios, higiénicos y cuidados oftalmológicos, para mejorar su calidad de vida y así evitar las diversas complicaciones y por ende las repercusiones en el aspecto biopsicosocial espiritual. Las personas con diabetes reciben un tratamiento el cual tiene como objetivo normalizar la glucemia para reducir el desarrollo de las complicaciones vasculares y neuropatías <sup>24</sup>

Para Tejada la palabra práctica tiene varios significados tales como: "el ejercicio de cualquier arte o facultad conforme a sus reglas" y "la destreza adquirida con ese ejercicio"; "el uso continuado, la costumbre o el estilo de una cosa"; y, "el modo o método que particularmente uno observa en sus operaciones". En nuestro caso, se trata de la aplicación de una idea, doctrina o hipótesis, o, de la contrastación experimental de una teoría. <sup>24</sup>. Por otro lado las prácticas de cuidado se remontan al origen mismo del hombre, cuando se hizo indispensable "cuidar la vida" para sobrevivir. Fueron refinándose y perfeccionándose en el tiempo en la medida en que se daban sucesos como el sedentarismo, la agricultura y la distribución del trabajo según el género, entre otros. Se afirma que "los cuidados dan lugar a prácticas y hábitos que se forjan partiendo del modo en que los hombres y mujeres aprehenden y utilizan el medio de vida que les rodea (...) y cuando las prácticas se perpetúan generan por sí mismas ritos

y creencias" . Se observa, entonces, la relación dinámica entre creencias y prácticas propuesta por Harris que en su definición de cultura, en la cual las creencias influyen en las prácticas y estas a su vez pueden modificar a las creencias. En este planteamiento se resalta que tanto las creencias como las prácticas emergen de la realidad misma que rodea a las personas y que se utilizan para adaptarse o responder a su entorno<sup>24</sup>

Según Kasl y Cobb citados por Cabrera definen a las prácticas de cuidado de la salud como "la actividad efectuada por una persona que se cree saludable o que quiere volver a serlo, con el propósito de prevenir o limitar una enfermedad o, mejor aún, de detectarla en una etapa aún asintomática". Esta definición aborda el cuidado preventivo y promocional ya que a través de unas buenas prácticas de autocuidado el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 tendrá una mejor calidad de vida y así poder evitar las diferentes complicaciones que son la retinopatía, el pie diabético, las cardiopatías, hipertensión, entre otras. En la Educación al paciente diabético sobre las prácticas de autocuidado se divide en 5 dimensiones como el control médico, el cuidado dietético, el ejercicio físico, el cuidado de los pies y el cuidado oftalmológico<sup>26</sup>

El control médico se debe una anamnesis, una exploración física completa y una determinación analítica, para valorar la existencia de complicaciones. Lo más recomendable es mensual pero puede realizarse seis meses o un año, debe realizarse una valoración de los objetivos de control y del plan terapéutico y adaptarlo si es preciso. Además la periodicidad de las actividades a realizar con el paciente diabético es semestral y anualmente son peso, índice de masa corporal, control de los signos vitales, control de hemoglobina glucosilada y anualmente perfil lipídico, análisis de creatinina, evaluación de fondo de ojo, exploración de los pies, electrocardiograma. Por ello las visitas se programarán en función del grado de control metabólico, las necesidades del proceso educativo y el tiempo de evolución de la diabetes. Tras el diagnóstico, cada dos semanas hasta ajustar el tratamiento y desarrollar el programa básico de educación. La insulinización requiere una frecuencia diaria de visitas durante la primera semana. Después del primer año de diagnóstico, en diabéticos estables o sin cambios en el tratamiento, se efectuarán las visitas con la siguiente frecuencia: Una o dos visitas médicas al año; tres o cuatro visitas de enfermería al año, que incluyan intervención educativa. <sup>29</sup>

En la presente investigación se observa que las prácticas de autocuidado que más predomina en el control médico es el nivel moderado con un 48.5% de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, debido a que los adultos mayores solo asisten al centro de salud cuando presentan molestias o no tienen el apoyo de familia para acudir a su control ya que algunos son dependientes.

El cuidado dietético tiene por objetivo mantener el nivel de la glucosa normal, o lo más cerca de lo normal durante todo el día. Mantener el nivel de colesterol, triglicéridos y lípidos, sobre todo el nivel de LDL (lipoproteína de baja densidad) dentro de los límites normales ya que la elevación de los lípidos constituye factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. Mantener el peso corporal, el llamado “peso ideal”. El plan de alimentación del diabético debe enfocarse en el porcentaje de calorías de carbohidratos, proteínas y grasas para disminuir y cambiar por el aumento de frutas y verduras. Debe ser personalizado y adaptado a las condiciones de vida del paciente. Cada individuo debe recibir instrucciones dietéticas de acuerdo con su edad, sexo, estado metabólico, situación biológica (embarazo, etcétera), actividad física, enfermedades intercurrentes, hábitos socioculturales, situación económica y disponibilidad de los alimentos en su lugar de origen<sup>29</sup>

También debe ser fraccionado. Los alimentos se distribuirán en cinco a seis porciones diarias de la siguiente forma: desayuno, colación o merienda, almuerzo, colación o merienda, comida o cena y colación nocturna (ésta última para pacientes que se aplican insulina en la noche). Con el fraccionamiento mejora la adherencia a la dieta, se reducen los picos glucémicos postprandiales, y resulta especialmente útil en los pacientes en insulino terapia. La sal deberá consumirse en cantidad moderada (seis a ocho gramos) y sólo restringirse cuando existan enfermedades concomitantes (hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal).<sup>29</sup>

Por otro lado el uso habitual de bebidas alcohólicas no es recomendable. Cuando se consuman, deben siempre ir acompañadas de algún alimento, ya que el exceso de alcohol puede producir hipoglucemia en personas que utilizan hipoglucemiantes orales o insulina. Está contraindicado en personas con hipertrigliceridemia. Las infusiones como café, té, aromáticas y mate no tienen valor calórico intrínseco y pueden consumirse libremente. Además los jugos tienen un valor calórico considerable y su consumo se debe tener en cuenta para no exceder los requerimientos nutricionales

diarios. Es preferible que se consuma la fruta completa en lugar del jugo (recomendación D). Los jugos pueden tomarse como sobremesa pero nunca para calmar la sed. La sed indica generalmente deshidratación cuya principal causa en una persona con diabetes es hiperglucemia. En estos casos se debe preferir el agua. Las bebidas energéticas contienen azúcar y no se aconsejan tampoco para calmar la sed (precaución).<sup>29</sup>

Es recomendable el consumo de alimentos ricos en fibra soluble. Dietas con alto contenido de fibra especialmente soluble (50 g/día) mejoran el control glucémico, reducen la hiperinsulinemia y reducen los niveles de lípidos. También consumir alimentos variados: frutas frescas, verdura, pescado, carne, huevos. La mayor ingesta de carbohidratos complejos tales como pan integral, cereales, arroz y pastas; porque se digieren más rápido que otros alimentos y se convierten con prontitud en glucosa. Se recomienda reducir el consumo de grasas de origen animal ya que contienen muchas calorías (manteca, aceite, grasa de cerdo y res). Consumir de preferencia proteínas de origen no animal. El comer menos estos alimentos ayuda a reducir riesgos de contraer problemas al corazón. El consumo de fibras tales como leguminosas, avena y algunas frutas, vegetales, pan y cereales integrales ayuda a disminuir la glucosa y los lípidos en la sangre y evita el estreñimiento, aumenta la saciedad y ayuda a perder peso y reducir el azúcar y la grasa en sangre. Es importante consumir alimentos en un horario determinado, para evitar complicaciones como la hipoglucemia.<sup>31</sup>

En los resultados de la investigación se evidencia que en las prácticas de autocuidado sobre la dieta predomina un nivel moderado con un 48.5%, además las recomendaciones nutricionales de la Asociación Americana de Diabetes refieren la ingestión de grasas poliinsaturadas serie Omega 3, provenientes del pescado y otros alimentos de origen marino, ya que favorecen la función de coagulación de los pacientes con diabetes tipo 2.

En 1991 la Asociación Norteamericana de Diabetes reconoció al ejercicio físico como parte importante en el tratamiento de la diabetes mellitus. El ejercicio es importante para el tratamiento de la diabetes debido a que disminuye los niveles de glucosa en sangre, así como los factores de riesgo cardiovasculares. El ejercicio logra disminuir la glucemia al aumentar la captación de glucosa por los músculos y mejorar la

utilización de la insulina. El ejercicio es planeado, estructurado y repetitivo. Debe cumplir con las siguientes metas: a corto plazo, cambiar el hábito sedentario, mediante caminatas diarias al ritmo del paciente ; a mediano plazo, la frecuencia mínima deberá ser tres veces por semana en días alternos, con una duración mínima de 30 minutos cada vez; a largo plazo, aumento en frecuencia e intensidad, conservando las etapas de calentamiento, mantenimiento y enfriamiento. Se recomienda el ejercicio aeróbico (caminar, trotar, nadar, ciclismo, etc.).<sup>31</sup>

En los efectos generales del ejercicio ayuda a la hiper respiración (oxigenación), aumento de la función cardiovascular, aumento del flujo circulatorio macro y micro vascular, mejora el perfil de lípidos disminuyendo los triglicéridos y el colesterol (LDL), aumenta el gasto energético, sensación de bienestar general, control de peso y mejora la presión arterial. También disminuye de los niveles de insulina, disminuye los niveles de glucosa por un consumo extraordinario de glucosa por el tejido muscular, aumenta de la proteína ligadora del factor de crecimiento insulínico, mejora la sensibilidad de los tejidos a la insulina<sup>31</sup>.

En los resultados con respecto al ejercicio predomina un nivel de prácticas de autocuidado básico con 50.0%, los adultos mayores deben practicar como mínimo 30 minutos diarios de ejercicio ya sea caminando o corriendo.

Con respecto al cuidado de los pies Benner, Incluye aseo adecuado, secado, lubricación menciona que también se deben revisar los pies diariamente en busca de cualquier signo de enrojecimiento, ampollas, fisuras, callosidades, úlceras; se puede utilizar un espejo para revisar la planta de los pies o pedir a un miembro de la familia que lo haga. No andar descalzo, ni siquiera en casa. Si se tiene la piel seca, se debe untar crema lubricante después de lavarse los pies y secarlos. No se debe poner crema lubricante entre los dedos de los pies. Se debe cortar las uñas de los pies una vez por semana, cuando estén suaves después del baño, el corte de uñas debe ser recta siguiendo el contorno del dedo y procurando que no queden demasiado cortas. No cortar las orillas porque podría cortarse la piel. Si las esquinas quedan filosas, pueden causar una herida que puede infectarse. Limarse las uñas con una lima de cartón. Siempre use zapatos o pantuflas. No ande descalzo, ni siquiera en casa<sup>32</sup>

En los resultados se evidencio en el cuidado de pies predomina un nivel de prácticas de autocuidado básico, debido a que los adultos no cumplen con los cuidados básicos como es el secado entre los dedos, la forma que deben cortarse las uñas que es forma recta, las medias y el calzado no deben ser ajustados, el cuidado de los pies es primordial en las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2. Además en el Cuidado Oftalmológico se debe consultar frecuentemente al oftalmólogo, porque permite el diagnóstico precoz de retinopatía. Mínimo una vez cada año, se debe hacer el examen de los ojos aun cuando no se tenga problemas de la vista, para detectar lo antes posible las complicaciones y tratarlas inmediatamente y evitar problemas graves<sup>27</sup>. Por otro lado, en el control oftalmológico predomina un nivel de prácticas de autocuidado moderado.

Con respecto al adulto mayor en el año 1984, la Organización Mundial de la Salud establece el uso del término "Adulto Mayor" para referirse a las personas de 60 años o más y de esta manera evitar múltiples denominaciones como viejas, ancianas, geronte entre otras. En los países en vías de desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud considera como Personas Adultas Mayores a aquellas que tienen 60 años o más años de edad, de acuerdo al estándar técnico aplicado, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento<sup>32</sup>.

A partir del año 1996, la Organización de las Naciones Unidas denomina a este grupo poblacional Personas Adultas Mayores (PAM) de conformidad con la Resolución 50/141 aprobada por su Asamblea General. Mencionar a las Personas Adultas Mayores es hacer referencia impostergable al envejecimiento del ser humano determinado como el proceso natural, dinámico progresivo e irreversible, en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales, que consecuentemente incrementan la esperanza de vida, genera nuevas condiciones socio económicas a nivel nacional y mundial que repercuten en la calidad de vida de este grupo etario. También existen cuatro categorías de clasificación de PAMs son las siguientes: Persona Adulta Mayor Activa Saludable.- Es aquella sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas sub aguda o crónicas y con examen físico normal. No presenta patología, está saludable, la otra categoría es la Persona Adulta Mayor Enferma que es aquella que presenta alguna afección aguda o crónica, en diferente

grado de gravedad, habitualmente no invalidante, y que no cumple los criterios de Persona Adulta Mayor Frágil o Paciente Geriátrico Complejo; también existe la Persona Adulta Mayor Frágil o de alto Riesgo que es aquella que cumple 2 ó más de las siguientes condiciones: como la edad de 80 años a más, dependencia parcial o total, deterioro cognitivo leve, caídas, manifestaciones depresivas; y por ultimo está el Paciente Geriátrico Complejo es aquel que cumple con tres o más de los siguientes requisitos: edad de 80 años a más, pluripatología, dependencia total, patología mental, entre otros<sup>42</sup>.

El proceso de envejecimiento a nivel mundial y particularmente en América Latina, está avanzando a un ritmo sin precedentes en la historia de la humanidad. La tendencia universal a la disminución de la fecundidad y la prolongación de la esperanza de vida ha llevado a un incremento de la población de 60 y más años en el mundo, es así que de 204 millones de personas de 60 y más años que había en 1950, se ha incrementado a 577 millones en 1998, estimándose que para el año 2050 este grupo poblacional pueda llegar a cerca de 1,900 millones.<sup>37</sup>

Asimismo en América Latina, el proceso de envejecimiento se caracteriza por ser más rápido que en los países desarrollados, debido principalmente a la transición de población mayormente joven a una población en proceso de envejecimiento en un contexto de pobreza y de inequidades socioeconómicas que en algunos países de la región se acentúan más que otros. El envejecimiento en el Perú se produce con características diferenciadas en el caso de hombres y mujeres. Debido a profundas inequidades estructurales, los varones que actualmente cuentan con más de 60 años tuvieron acceso a los diferentes niveles de instrucción, lo que les permitió alcanzar una mejor calificación para insertarse en el mercado laboral en condiciones más ventajosas. Por consiguiente este hecho hizo que accedieran en su mayoría a un trabajo formal y desarrollo en condiciones de mayor independencia, preferentemente en espacios no domésticos, mientras que en el caso de las mujeres, en su gran mayoría fueron marginadas para acceder a la escolaridad, lo que posteriormente limitó sus posibilidades de calificarse para el trabajo y su participación en el sector formal. Su quehacer tuvo lugar sobre todo en la esfera doméstica, convirtiéndolas en personas económicamente dependientes <sup>24</sup>

La diabetes mellitus constituye un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por niveles elevados de glucosa en la sangre (hiperglucemia) ocasionados por defectos de secreción o la acción de la insulina, o ambas. La insulina es secretada por las células beta, uno de los cuatro tipos de células de los islotes de Langerhans del páncreas. La insulina es una hormona anabólica o de almacenamiento. Con las comidas, la secreción de insulina aumenta y hace que la glucosa pase de la circulación a músculos, hígado y adipocitos. En estas células la insulina tiene los siguientes efectos: transporta y metaboliza la glucosa para la obtención de energía, estimula el almacenamiento de glucosa en el hígado y músculos (glucógeno), indica al hígado que deje de liberar glucosa, estimula el almacenamiento de la grasa dietaria en el tejido adipocito, acelera el transporte de aminoácidos (proteínas dietarias) a las células.<sup>43</sup>

Por consiguiente existen varios tipos de diabetes mellitus que difieren en cuanto a causa, curso clínico, y tratamiento. Las principales son las siguientes: tipo I, tipo II, diabetes mellitus gestacional. Por ello La diabetes mellitus tipo II es un trastorno metabólico caracterizado por la deficiencia relativa de la producción de insulina, así como menor acción y mayor resistencia a la misma. Antes se denominaba diabetes no insulino dependiente, del adulto o tipo II. La resistencia insulínica es la disminución de la sensibilidad de los tejidos a la insulina. En condiciones normales, la insulina se fija a los receptores especiales de la superficie de la célula e inicia una serie de reacciones implicadas en el metabolismo de la glucosa. En la diabetes tipo 2, tales reacciones intracelulares disminuyen y la insulina es menos efectiva para estimular la captación por los tejidos y para regular la liberación de glucosa por el hígado. No se conoce el mecanismo exacto que conduce a la resistencia a la insulina y a la secreción deficiente de ésta en la diabetes tipo 2, aunque se cree que factores genéticos son parte de este proceso <sup>23</sup>

Asimismo, la fisiopatología de la Diabetes mellitus tipo 2; Clásicamente se le ha atribuido a la insulinoresistencia hepática y muscular la principal responsabilidad en la etiopatogenia de la DM-2. El aumento de la síntesis hepática de la glucosa y la disminución de su captación por el músculo llevarían al aumento progresivo de los niveles de glucemia, lo que asociado a una secreción deficiente de insulina por la célula beta pancreática determinarían la aparición del cuadro clínico de la DM-2. En la

actualidad se ha demostrado la participación de otros componentes en la progresión de la DM-2 como el tejido adiposo, el tejido gastrointestinal, la célula alfa del islote pancreático, el riñón y el cerebro.

Por otro lado, los signos y síntomas dependerán de la etapa en la que se encuentra la enfermedad al momento del diagnóstico, siendo Asintomáticos aquellas personas con DM-2 que no advierten los síntomas clásicos. Esta es una condición clínica frecuente, de duración variable (entre 4 a 13 años) y los sintomáticos, síntomas clásicos son poliuria, polifagia, polidipsia y pérdida de peso; adicionalmente podría presentar visión borrosa, debilidad, prurito. Las manifestaciones clínicas pueden variar según las complicaciones que presenta la persona como adormecimientos, calambres, hormigueos (parestias), dolor tipo quemazón o electricidad en miembros inferiores en caso de neuropatía diabética; dolor en pantorrilla (claudicación intermitente) en caso de enfermedad arterial periférica. Comorbilidades asociadas: infecciones del tracto urinario a repetición. También la persona puede llegar a desarrollar una crisis hiperglucémica cuyas manifestaciones clínicas pueden ser: deshidratación moderada a severa, compromiso del sensorio, polipnea, náuseas, vómitos, dolor abdominal, respiración acidótica, tipo Kussmaul (rápida y profunda)<sup>42</sup>.

#### 1.4. Formulación del problema:

¿Cuál es la relación entre el 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?

#### 1.5. Justificación e importancia del estudio.

La investigación se justifica porque permitió identificar el conocimiento y las prácticas de autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 del centro de salud de la ciudad de la Victoria y en base a esta valoración se propondrán a las autoridades del centro de salud los hallazgos para que se diseñen e implementen programas educativos orientados a optimizar una mejor calidad de vida. Así mismo el estudio es importante para que se establezcan indicadores educativos en salud a estos pacientes promoviéndose visitas domiciliarias para prevenir complicaciones que los

lleve a deteriorar su salud. El aporte de esta investigación será que se conoció las prácticas de autocuidado que tienen los adultos mayores y en base a la Teoría de Dorotea Orem se propondrán estrategias de autocuidado a los pacientes. Los beneficiados serán los adultos mayores porque al conocer sus prácticas de autocuidado se podrá educar en los pilares del tratamiento que son la alimentación, el ejercicio, control médico, entre otros. Además sirve como antecedente del estudio para otras investigaciones en la disciplina de enfermería.

#### 1.6. Hipótesis:

Existe relación entre el 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.

No existe relación entre el conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II del Centro Salud de Manuel Sánchez Villegas Sector-I, La Victoria 2018.

#### 1.7. Objetivos:

##### 1.7.1. Objetivo General

Determinar la relación entre el conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II del Centro de Salud de Manuel Sánchez Villegas Sector -I, La Victoria 2018.

##### 1.7.2. Objetivos específicos:

Identificar el conocimiento sobre prácticas de autocuidado en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas Sector -I, La Victoria 2018.

Identificar las prácticas sobre autocuidado que realizan los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas Sector -I, La Victoria 2018.

Analizar la relación entre las dimensiones del 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.

## II. MATERIAL Y MÉTODO

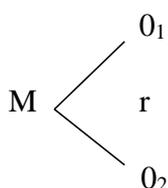
### 2.1 Tipo y Diseño de Investigación.

Según el enfoque de la investigación fue cuantitativa porque para Hernández Sampieri lo define como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables.

Es decir, se trata de estudios en los que no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que haremos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos<sup>44</sup>. Por otro lado, La investigación se fundamenta, según la clasificación propuesta por Sierra (1989), en un diseño de tipo correlacional en el que, a partir de la observación de la población mediante la técnica de cuestionario y test, se examinó la relación entre conocimiento y practica de autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II.<sup>41</sup>

El diseño fue de enfoque correlacional porque tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular. Transversal por que recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como “tomar una fotografía” de algo que sucede.<sup>29</sup>

Esquema:



M: Muestra

O1: Conocimiento

O2: Práctica de autocuidado

r : Relación

## 2.2. Variables, Operacionalización

Variable independiente: conocimientos de prácticas de autocuidado

Definición conceptual:

Gardner lo define como un constructo multidimensional; como la capacidad de resolver problemas en un contexto cultural y como el ser humano pueda expresar lo que conoce y sea capaz de hacer<sup>36</sup>

Variable dependiente: Práctica de autocuidado

Kasl y Cobb, citados por Cabrera y cols. , Rosenstock y Harris y col. las definen como "la actividad efectuada por una persona que se cree saludable o que quiere volver a serlo, con el propósito de prevenir o limitar una enfermedad o, mejor aún, de detectarla en una etapa aún asintomática"<sup>27</sup>.

<b>Variable Independiente</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Items</b>	<b>Técnica e instrumento</b>
CONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO	CONTROL MÉDICO	Periodicidad	1	Cuestionario de nivel conocimiento sobre prácticas de autocuidado
		Cumplimiento de indicaciones.	2,3,4	
	DIETA	Periodicidad	5	
		Tipo de dieta	6,7,8,9	
	EJERCICIOS	Horarios y tiempo de ejercicios	10,11	
	CUIDADOS DE LOS PIES	Revisión periódica	12	
		Tipo de zapato y medias	13	
		Medidas Preventivas	14	
	CONTROL OFTALMOLÓGICO	Periodicidad	15	
		Medidas de control	16	

<b>Variable dependiente</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Técnica e instrumento</b>
PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO	CONTROL MÉDICO	Periodicidad	1	Test de prácticas de autocuidado
		Control y Cumplimiento de las indicaciones	2,3,4,5,y 6	
	DIETA	Tipo de dieta	7 y 8	
		Periodicidad	9,10 y 11	
	EJERCICIOS	Horarios y tiempo de ejercicios	15	
		Tipo de ejercicios	14 y 16	
	CUIDADOS DE LOS PIES	Tipo de zapato y medias	17 y 18	
		Revisión periódica	19	
		Medidas Preventivas	20,21,22 y 23	
		Higiene	24	
	CONTROL OFTALMOLÓGICO	Periodicidad	25	
		Medidas de control	26 y 27	

### 2.3 Población y muestra:

La población estuvo conformada por 82 adultos mayores con diabetes mellitus tipo II que pertenecen al programa de adulto mayor y acuden al centro de salud Manuel 2018.

La muestra estuvo conformada por 68 adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 inscritos en el Programa del adulto mayor del Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas S-I, La Victoria 2018.

El tamaño de la muestra se obtuvo a través de la siguiente fórmula:

Dónde:

Z: Nivel de Confianza (1.96)<sup>2</sup>

p: 0.5

q: 0.5

E: Error puntual (0.05)<sup>2</sup>

n: Tamaño de la muestra

N: Población total=82

$$n = \frac{\alpha^2 * N * p * q}{e^2 * (N - 1) + \alpha^2 * p * q}$$

$$n = \frac{1.96^2 * 82 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (82 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 67.71 \cong 68$$

La muestra se seleccionó mediante el muestreo probabilístico de manera aleatoria.

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores que tengan como diagnóstico diabetes mellitus tipo 2
- Adultos mayores que quieran participar del estudio firmando el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que no tengan como diagnóstico diabetes mellitus tipo 2
- Adultos mayores que no acepten participar del estudio firmando el consentimiento informado.

#### 2.4 Técnicas e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad:

Para el Conocimiento ,la técnica que se utilizo fue la encuesta la cual permitirá recoger los datos obtenidos del cuestionario sobre prácticas de autocuidado en diabetes mellitus tipo 2. Por ello para Palacios, Vázquez y Bello, las encuestas son instrumentos de investigación descriptiva que precisan identificar a priori las preguntas a realizar, las personas seleccionadas en una muestra representativa de la población, especificar las respuestas y determinar el método empleado para recoger la información que se vaya obteniendo .

Se utilizó como instrumento para evaluar el conocimiento un cuestionario que consiste en 16 preguntas que será validado por un juicio de tres expertos, para determinar la validez y confiabilidad del test anteriormente mencionado se aplicó un piloto a 20 adultos mayores con diabetes mellitus tipo II pertenecientes del centro de salud del Bosque la Victoria. Dando como resultado valido ( $p < 0.01$ ) y confiable ( $\alpha > 0.80$ ).

Para las Prácticas de autocuidado

Se utilizó para evaluar el autocuidado del paciente diabético tipo II el test elaborado por Fernández adaptada al Perú por Arias Bramón y Ramírez Gutiérrez en el 2013, el cual consta de 27 ítems el cual se dividen en cinco partes este es un cuestionario que cuenta con tres respuestas de tipo Likert, para determinar la validez y confiabilidad del test anteriormente mencionado se aplicó un piloto a 20 adultos mayores con diabetes mellitus tipo II pertenecientes del centro de salud del Bosque la Victoria. Dando como resultado valido ( $p < 0.01$ ) y confiable ( $\alpha > 0.80$ ).

La prueba que se utilizó para evaluar los resultados de los jueces de expertos fue la binomial. Considerándose como significativa la concordancia entre los expertos obteniéndose para prácticas de autocuidado: 0,04642. Así mismo, se comprobó la confiabilidad a través del Alfa de Crombach para el Test de Prácticas de Autocuidado, obteniéndose un 0,85 lo que significa que es confiable.

#### 2.5 Procedimiento de análisis de datos

Los datos recolectados a través de los instrumentos fueron procesados estadísticamente utilizando el SPSS versión 24 y se presentaron por medio de tablas y figuras .

## 2.6 Criterios éticos

Dentro de los criterios encontramos el respeto a las personas; aquí los individuos fueron tratados como agentes autónomos, y aquellas personas con menos autonomía tienen derecho a protección un individuo autónomo es capaz de reflexionar con respecto a sus metas personales y de actuar bajo la dirección de dicha reflexión, el respeto por la autonomía es dar peso a las opiniones de las personas autónomas, a su vez evitar obstruir sus acciones a menos de que vayan en el amapropio perjuicio de otros” ‘la muestra de estudio antes de aplicar el instrumento, el trato fue humano y se le explico sobre la importancia de la investigación<sup>45</sup>.

También la beneficencia, que es el trato que se le brinda a una persona de una manera ética no sólo respetando sus decisiones y protegiéndolas de algún daño, sino también haciendo esfuerzos para asegurar su bienestar, es decir son todos aquellos actos de bondad o caridad que van más allá de la estricta obligación .Antes aplicar el cuestionario, se le indico a los sujetos en estudio sobre el beneficio que se les va brindar con los resultados de la investigación<sup>45</sup>.

Por lo tanto, el Principio de No-maleficencia establece que debemos tratar a todas las personas con la misma consideración y respeto en el orden biológico. Implica el deber de no hacer daño, de estar al día en los conocimientos, no ser imprudentes<sup>45</sup>.

La justicia: Es comprender que personas iguales deben ser tratadas de la misma. Aquí les explico que el beneficio con este trabajo de investigación va hacer para todos iguales<sup>45</sup>.

## 2.7 Criterios de Rigor Científicos

En la investigación se tomarán en cuenta los siguientes criterios de rigor científico: Según Cuba<sup>34</sup>.

Son constructos inherentes a la investigación desde la perspectiva positivista para otorgarle a los instrumentos y a la información recogida, puntualidad y consistencia necesaria para realizar las generalizaciones de los hallazgos, derivados del análisis de las variables en estudio.

La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mínimo individuo u objeto produce resultados consistentes y coherentes. Esta a su vez depende de procedimientos como la observación para detalladamente lo que está ocurriendo en un contexto determinado, tomando en cuenta

para ello el tiempo, lugar y situación, objeto de investigación o evaluación, para poder así intercambiar juicios.<sup>34</sup>

La objetividad se refiere al grado en que este permeable a la influencia de los sesgos y tendencias del investigador que lo administra, evalúa e interpreta, esta se refuerza mediante la estandarización en la aplicación del instrumento (mismas instrucciones y condiciones para todos los participantes) y en la evaluación de los resultados. En los estudios cuantitativos se busca que la influencia de las características y las tendencias del investigador se reduzca al mínimo posible, lo que insistimos es un ideal, pues la investigación siempre es realizada por seres humanos<sup>34</sup>

La validez, como sinónimo de verdad, como verdad construida, interpretada, consensuada, se convierte en la línea divisora, el criterio límite que establece la legitimidad, aceptación o confiabilidad de los trabajos de investigación. Se alude al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. Es una cuestión más compleja que debe alcanzarse en todo instrumento de medición que se aplica.<sup>34</sup>

### III. RESULTADOS

#### 3.1. Resultados en tablas y figuras:

##### OBJETIVO GENERAL

TABLA 1: Relación entre el conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II del Centro de Salud de Manuel Sánchez Villegas Sector -I, La Victoria 2018

			Conocimiento			
			Básico	Moderado	Alto	Total
Prácticas de Autocuidado	Básico	Recuento	19	4	1	24
		% del total	27,9%	5,9%	1,5%	35,3%
	Moderado	Recuento	19	14	6	39
		% del total	27,9%	20,6%	8,8%	57,4%
	Alto	Recuento	1	0	4	5
		% del total	1,5%	,0%	5,9%	7,4%
Total	Recuento	39	18	11	68	
	% del total	57,4%	26,5%	16,2%	100,0%	

Medidas simétricas					
		Valor	Error típ. Asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal	Gamma	,648	,148	3,458	,001
N de casos válidos		68			

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 1 se observa que el valor de la prueba Gamma para variables ordinales es altamente significativa ( $p < 0,01$ ); esto indica que existe relación directa entre el conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II del Centro de Salud de Manuel Sánchez Villegas Sector -I, La Victoria 2018

Por otro lado, el 27,9% de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del Centro de Salud de Manuel Sánchez Villegas Sector -I, La Victoria tienen un conocimiento básico y las prácticas de autocuidado también son básicas.

También; el 5,9% de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del Centro de Salud de Manuel Sánchez Villegas Sector -I, La Victoria tienen un nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado altas.

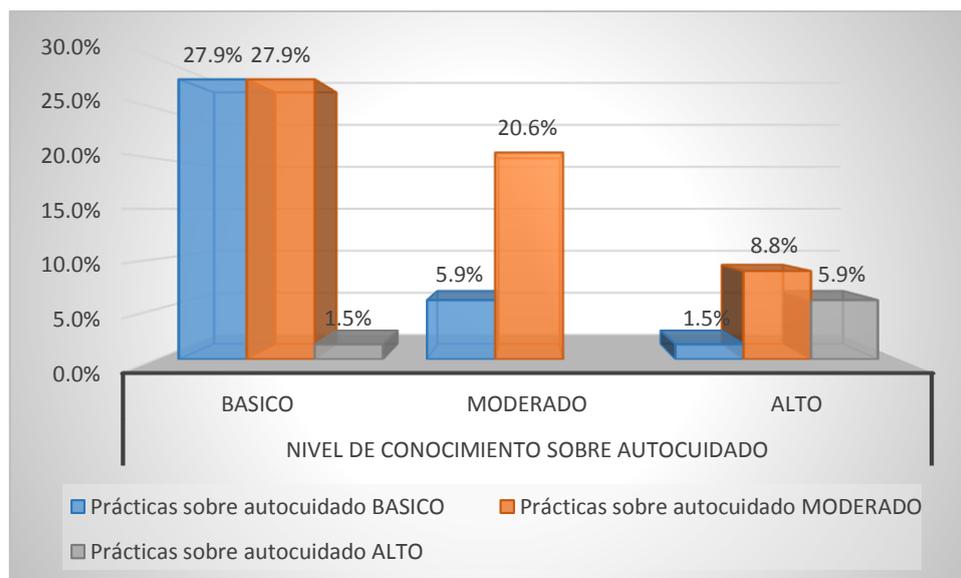


Figura 1: Relación entre el conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II del Centro de Salud de Manuel Sánchez Villegas Sector -I, La Victoria 2018

#### ESPECIFICO 1

Tabla 2: Conocimiento sobre autocuidado que realizan los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II

conocimiento sobre autocuidado		Frecuencia	Porcentaje
Dieta	Básico	15	22.1%
	Moderado	26	38.2%
	Alto	27	39.7%
Ejercicio	Básico	11	16.2%
	Moderado	26	38.2%
	Alto	31	45.6%
Control medico	Básico	26	38.2%
	Moderado	38	55.9%
	Alto	4	5.9%
Control oftalmológico	Básico	48	70.6%
	Moderado	20	29.4%
	Alto	0	0%
Cuidado de los pies	Básico	32	47.1%
	Moderado	19	27.9%
	Alto	17	25.0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2 se observa que el conocimiento que más predomina en el control médico es el moderado con el 55.9 % de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, mientras que en el conocimiento sobre la dieta predomina el nivel alto con un 39.7%, con respecto al

conocimiento en el ejercicio predomina un conocimiento alto con un 45.6%, por otro lado los adultos mayores tienen un conocimiento básico en el cuidado de los pies con un 47.1%, también en el conocimiento del control oftalmológico predomina un nivel básico con un 70.6%.

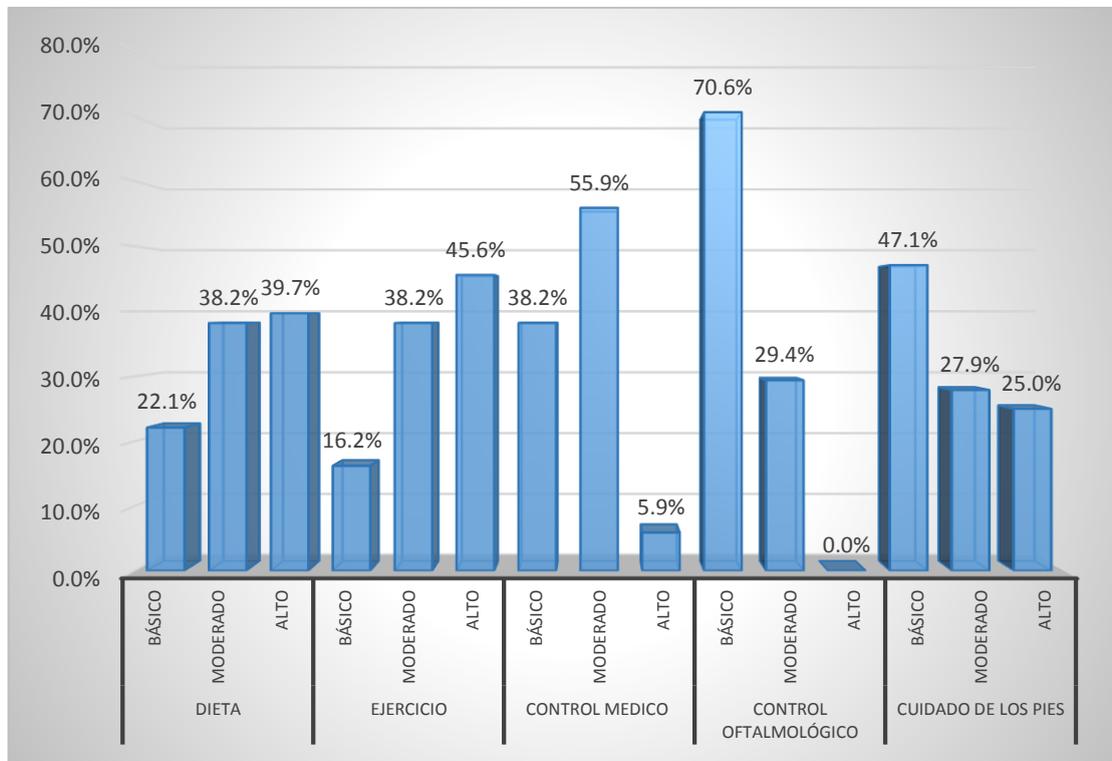


Figura 2 conocimiento sobre autocuidado que realizan los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II

## ESPECIFICO 2

Tabla 3: Prácticas sobre autocuidado que realizan los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II.

Prácticas sobre autocuidado		Frecuencia	Porcentaje
Control medico	BASICO	15	22.1%
	MODERADO	33	48.5%
	ALTO	20	29.4%
Dieta	BASICO	17	25.0%
	MODERADO	33	48.5%
	ALTO	18	26.5%
Ejercicio	BASICO	34	50.0%
	MODERADO	29	42.6%
	ALTO	5	7.4%
Cuidado de los pies	BASICO	32	47.1%
	MODERADO	19	27.9%
	ALTO	17	25.0%
Control oftalmológico	BASICO	29	42.6%
	MODERADO	33	48.5%
	ALTO	6	8.8%

Fuente: Elaboración propia

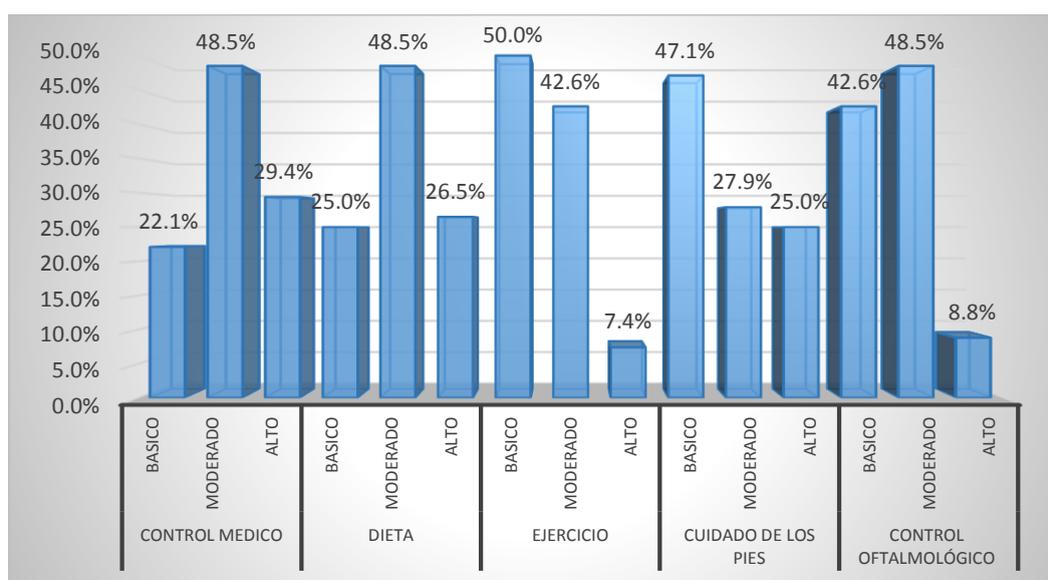


Figura 3 Prácticas sobre autocuidado que realizan los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II.

En la tabla 3 se observa que el nivel de prácticas de autocuidado que más predomina en el control médico es el nivel moderado con un 48.5% de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, mientras que en las prácticas de autocuidado sobre la dieta predomina un nivel moderado con un 48.5%, con respecto al ejercicio predomina un nivel de prácticas de autocuidado básico con 50.0%, también en el cuidado de pies predomina un nivel de prácticas de autocuidado básico 47.1%, por otro lado en el control oftalmológico predomina un nivel de prácticas de autocuidado moderado 48.5%.

### OBJETIVO ESPECIFICO 3

Tabla 4: Relación entre las dimensiones del nivel conocimiento y las dimensiones de las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II del Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas Sector -I, La Victoria 2018.

prácticas de autocuidado del adulto mayor		Nivel Conocimiento				
		PCM	PD	PE	PCP	PCO
CCM	Coefficiente de correlación	,386**	,483**	,269*	,359**	,267*
	Sig. (bilateral)	,001	,000	,026	,003	,027
	N	68	68	68	68	68
CD	Coefficiente de correlación	,423**	,385**	,347**	,476**	,256*
	Sig. (bilateral)	,000	,001	,004	,000	,035
	N	68	68	68	68	68
CE	Coefficiente de correlación	,400**	,434**	,375**	,292*	,382**
	Sig. (bilateral)	,001	,000	,002	,016	,001
	N	68	68	68	68	68
CP	Coefficiente de correlación	,526**	,536**	,455**	,649**	,545**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000
	N	68	68	68	68	68
CO	Coefficiente de correlación	,575**	,571**	,365**	,482**	,424**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,002	,000	,000
	N	68	68	68	68	68

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 4 se observa que el valor de la prueba de coeficiente de correlación de Spearman es altamente significativo ( $p < 0.01$ ) esto indica de que existe relación directa entre las dimensiones del conocimiento y las dimensiones de las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II del Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas Sector -I, La Victoria 2018.

### 3.2. Discusión de resultados:

El presente trabajo de investigación permitió determinar el conocimiento y las prácticas de autocuidado de la persona con diabetes mellitus tipo II del Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas Sector-I, La Victoria, manifestando sus costumbres, comportamientos, actitudes y hábitos de vida.

Por otro lado, las actividades que realizan cotidianamente estos individuos, son vividas de manera distinta dependiendo de los hábitos y costumbre personales. Lo que constituye una información necesaria para el profesional de enfermería en la planificación de los cuidados de enfermería requeridos. Se sabe que la diabetes mellitus tipo II representa una de las enfermedades crónicas más comunes en el mundo, algunos organismos de salud la consideran una pandemia creciente, por lo que se considera un problema de salud pública.

Por consiguiente, se llegó al siguiente resultado; existe relación directa entre el conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II del Centro de Salud de Manuel Sánchez Villegas Sector -I, La Victoria 2018. Donde el 27,9% de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del Centro de Salud de Manuel Sánchez Villegas Sector -I, La Victoria tienen un nivel de conocimiento básico y las prácticas de autocuidado también son básicas. También; el 5,9% de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del Centro de Salud de Manuel Sánchez Villegas Sector -I, La Victoria tienen un nivel de conocimiento alto tienen prácticas de autocuidado altas.

Asimismo el análisis del primer objetivo específico: Identificar el conocimiento sobre prácticas de autocuidado que realizan los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II. Encontramos que el nivel que más predomina en el control médico es el nivel moderado con el 55.9 % de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, mientras que en el conocimiento sobre la dieta predomina el nivel alto con un 39.7%, con respecto al conocimiento en el ejercicio predomina un nivel alto con un 45.6%, por otro lado los adultos mayores tienen un nivel conocimiento básico en el cuidado de los pies con un 47.1%, también en el conocimiento del control oftalmológico predomina un nivel básico con un 70.6%.

Este resultado, se compara con; Hajar<sup>5</sup> en el 2014 investigo sobre su tesis “Conocimientos que tienen los Pacientes Diabéticos y sus Familiares sobre la Enfermedad y sus Cuidados en el Hogar, en el HNDAC, Lima”. Llegó a la conclusión que el 35% de pacientes y familiares tienen un nivel de conocimiento medio, tanto en la dimensión conocimientos

sobre la enfermedad como en la dimensión conocimientos sobre los cuidados en el hogar, también concluyó que el 23% de los pacientes y familiares tienen un nivel de conocimiento bajo sobre la enfermedad y sobre los cuidados en el hogar, y el 10% tienen un nivel de conocimiento alto.

Con respecto al segundo objetivo específico: Identificar las prácticas sobre autocuidado que realizan los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II. Se encuentra que el nivel de prácticas de autocuidado que más predomina en el control médico es el nivel moderado con un 48.5% de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, mientras que en las prácticas de autocuidado sobre la dieta predomina un nivel moderado con un 48.5%, con respecto al ejercicio predomina un nivel de prácticas de autocuidado básico con 50.0%, también en el cuidado de pies predomina un nivel de prácticas de autocuidado básico 47.1%, por otro lado en el control oftalmológico predomina un nivel de prácticas de autocuidado moderado 48.5%.

Estos resultados se comparan con; Romero en su investigación que lo realizó en el año 2013 sobre el “Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de Urgencia en México”. Concluyo que el 39% de las personas con diabetes mellitus tipo 2 presentó una capacidad de autocuidado regular. La capacidad de autocuidado está vinculada a múltiples variables, que merecen atención de los profesionales de salud cuando se realiza la proposición de programas de educación.

También con; Flores-Pérez Martha Nelly<sup>38</sup>, Garza-Elizondo María Eugenia y Hernández-Cortés Perla Lizeth en el 2013 investigaron sobre “Autocuidado en el adulto mayor con diabetes tipo 2”. Monterrey, México. Resultó que, las prácticas de autocuidado en esta población fueron pobres a pesar de que tienen una patología, y se concluyó, que le dan mayor importancia al consumo de medicamentos y cuidado de los pies. Los hombres y los adultos mayores de menor edad son los que reportaron realizar mayor actividades de autocuidado.

Y por último al análisis del tercer objetivo específico; existe relación directa entre las dimensiones del nivel conocimiento y las dimensiones de las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II del Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas Sector -I, La Victoria 2018.

Estos resultados se corroboran, con la Teoría del autocuidado, en ella se explica y describe el autocuidado. Lo define como “una actividad aprendida por la persona a lo

largo de su vida y orientada hacia un objetivo”. Es, por tanto, una conducta ante la vida dirigida hacia uno mismo en beneficio de la salud y el bienestar. Existen varias clases de autocuidados: los que se derivan de las necesidades básicas y de crecimiento del individuo (alimento, descanso, oxígeno, etc.), los asociados al proceso de desarrollo (niñez, embarazo, vejez, etc. Y los derivados de las desviaciones del estado de salud.<sup>22</sup>

Esta teoría implica que, es importante las prácticas de autocuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo II del Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas, ya que este se relaciona con las acciones que toman en beneficio de su propia salud incluyendo la práctica de ejercicio físico, nutrición adecuada y el autocontrol.

Por otro lado, la Federación Mundial de Diabetes afirma que para el año 2030 esta cifra se calcula que aumentará hasta alcanzar los 552 millones de personas con diabetes y otros 398 millones de personas con alto riesgo<sup>1</sup>.

A juicio de la autora de los resultados de esta investigación, el bajo y regular nivel de conocimientos que presenta el adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo II del presente estudio puede estar relacionado con el deterioro de la combinación de dos factores fundamentales: internos y externos. Los factores internos son vistos de manera individual, se refieren al modo en que cada paciente diabético es consciente y siente la necesidad de informarse, preguntar y acatar todo lo relacionado con la enfermedad desde el primer momento del diagnóstico. Los factores externos, tienen que ver con la labor que realizan los profesionales involucrados en esta atención, como, las actividades, estrategias, acciones se desarrollan y se encaminan no solo al incremento de conocimientos sobre esta enfermedad, sino al desarrollo de habilidades que favorezcan al adulto mayor.

#### **IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

##### **4.1. Conclusiones:**

Existe relación directa entre el conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II del Centro de Salud de Manuel Sánchez Villegas Sector -I, La Victoria 2018

El conocimiento en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II que más predomina en el control médico es el nivel moderado, sobre la dieta predomina el nivel alto, en el ejercicio predomina un nivel alto, al igual que el cuidado de los pies, en el control oftalmológico predomina un nivel básico.

El nivel de prácticas de autocuidado que más predomina en el control médico es el nivel moderado, mientras que en las prácticas de autocuidado sobre la dieta predomina un nivel moderado, al ejercicio predomina un nivel de prácticas de autocuidado básico, en el cuidado de pies predomina un nivel de prácticas de autocuidado básico y en el control oftalmológico predomina un nivel de prácticas de autocuidado moderado.

Existe relación directa entre las dimensiones del conocimiento y las dimensiones de las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II del Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas Sector -I , La Victoria 2018

#### 4.2. Recomendaciones:

Dar a conocer los resultados de la presente investigación al personal de salud del centro de salud Manuel Sánchez Villegas Sector-I, con la finalidad que implementen estrategias para mejorar y promover las prácticas de autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II.

Se recomienda que las enfermeras del Centro de Salud de Manuel Sánchez Villegas Sector -I, La Victoria deben utilizar sus conocimientos sobre autocuidado en diabetes mellitus tipo II aplicando sesiones educativas a los adultos mayores con la finalidad de mejorar sus prácticas de autocuidado de dicha enfermedad.

Se sugiere que en el centro de salud Manuel Sánchez Villegas Sector-I, La Victoria se debe medir semestralmente el nivel de conocimiento a los adultos mayores sobre el autocuidado de la diabetes mellitus tipo II.

Se recomienda semestralmente se debe medir las prácticas de autocuidado a los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del Centro de Salud de Manuel Sánchez Villegas Sector -I, La Victoria.

**ANEXOS:**

**Estadísticos**

		PCM	PD	PE	PCP	PCO	PRACTICAS_D E_AUTOCUIDA DO
N	Válidos	68	68	68	68	68	68
	Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media		6,03	6,53	2,00	6,85	2,63	24,04
Desv. típ.		2,660	2,718	1,728	3,542	1,884	10,852
Mínimo		0	2	0	1	0	4
Máximo		12	13	6	14	6	48
Percentiles	1	,00	2,00	,00	1,00	,00	4,00
	4	,00	2,00	,00	2,00	,00	8,28
	8	2,00	3,00	,00	2,00	,00	10,00
	12	3,00	3,00	,00	2,00	,00	11,00
	16	4,00	4,00	,00	2,04	,00	12,00
	20	4,00	4,00	,00	3,00	1,00	13,00
	24	5,00	4,00	,00	4,00	1,00	14,00
	28	5,00	5,00	,00	4,00	1,00	14,32
	32	5,00	5,00	,00	4,08	1,00	16,08
	36	5,00	5,00	,00	5,00	1,84	17,84
	40	5,00	5,00	2,00	6,00	2,00	21,00
	44	6,00	6,00	2,00	6,00	3,00	21,00
	48	6,00	6,00	2,00	6,12	3,00	23,00
	52	6,00	6,00	3,00	7,00	3,00	23,00
	56	6,00	7,00	3,00	7,64	3,00	25,64
	60	6,40	7,00	3,00	8,40	3,00	27,00
	64	7,00	7,16	3,00	9,00	3,00	29,00
	68	7,00	8,00	3,00	9,00	4,00	30,92
	72	8,00	8,00	3,00	9,00	4,00	33,00
76	8,00	9,00	3,00	10,00	4,00	34,00	
80	8,00	9,00	3,00	10,00	4,00	35,00	
84	9,00	9,96	3,96	10,00	4,96	35,96	
88	9,72	10,00	4,00	11,00	5,00	37,00	
92	10,00	10,48	4,48	12,48	6,00	41,48	
96	10,24	12,00	5,00	13,24	6,00	42,00	
99	.	.	.	.	.	.	

## VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO

### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,812	16

### Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
c1	5,60	11,156	,634	,785
c2	5,40	12,711	,118	,824
c3	5,80	11,956	,630	,793
c4	5,70	11,344	,673	,785
c5	5,50	12,944	,060	,828
c6	5,60	12,933	,077	,825
c7	5,20	11,289	,589	,789
c8	5,20	14,844	-,442	,857
c9	5,30	11,122	,594	,788
c10	5,70	11,344	,673	,785
c11	5,10	11,878	,474	,798
c12	5,60	11,156	,634	,785
c13	5,60	10,711	,787	,774
c14	5,80	11,956	,630	,793
c15	5,90	13,433	,000	,815
c16	5,50	10,500	,797	,771

### ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-personas	7,556	9	,840		
Intra-personas					
Inter-elementos	8,344	15	,556	3,518	,000
Residual	21,344	135	,158		
Total	29,688	150	,198		
Total	37,244	159	,234		

Media global = .37

## VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LAS PRACTICAS DE AUTOCUIDADO

### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,968	27

### Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
p1	20,70	159,567	,569	,968
p2	20,30	156,678	,921	,966
p3	21,00	160,889	,526	,968
p4	20,40	158,267	,905	,966
p5	20,40	158,267	,905	,966
p6	20,50	162,500	,675	,967
p7	20,50	156,056	,823	,966
p8	20,60	157,822	,584	,968
p9	20,60	152,044	,761	,966
p10	21,40	158,267	,905	,966
p11	20,90	150,544	,833	,966
p12	20,40	160,933	,648	,967
p13	21,10	166,544	,090	,970
p14	21,20	148,844	,899	,965
p15	21,00	148,222	,931	,965
p16	21,20	152,622	,864	,965
p17	20,40	158,267	,905	,966
p18	20,50	162,500	,675	,967
p19	20,80	156,622	,696	,967
p20	21,40	158,267	,905	,966
p21	21,10	149,878	,838	,966
p22	21,20	157,511	,792	,966
p23	20,80	147,511	,882	,965
p24	20,90	148,989	,784	,966
p25	21,00	149,333	,873	,965
p26	20,60	159,156	,502	,968
p27	20,70	156,456	,494	,969

**ANOVA**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-personas	56,015	9	6,224		
Intra-personas					
Inter-elementos	28,200	26	1,085	5,402	,000
Residual	46,985	234	,201		
Total	75,185	260	,289		
Total	131,200	269	,488		

Media global = .80

TABLA 1: Relación entre el nivel conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II del Centro de Salud de Manuel Sánchez Villegas Sector -I, La Victoria 2018

			CONOCIMIENT O	PRACTICAS_D E_AUTOCUIDA DO
Rho de Spearman	CONOCIMIENTO	Coefficiente de correlación	1,000	,681**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	68	68
	PRACTICAS_DE_AUTOCUI DADO	Coefficiente de correlación	,681**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	68	68

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud diabetes mellitus en el Perú [página web de internet].España. [septiembre 2014;consultado 10 de mayo del 2015] Disponible en: [http://www.who.int/topics/diabetes\\_mellitus/es](http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es).
2. Amador M, Márquez F, Sabido A. Factores asociados al autocuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. Redaly, 2007; (9), 2:99-10. México. [Consultado 15 abril del 2018] Disponible en : [www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2007/amf072f.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2007/amf072f.pdf)
3. Vaiz R. Enfermería profesional en la prevención y control de la diabetes mellitus, en el primer nivel de atención, área metropolitana de Nuevo León [Tesis de Maestría] Nuevo León /México: Universidad Autónoma de Nuevo León ,1991. [Consultado 17 de abril del 2018].Disponible en: [digital.dgb.uanl.mx/te/1020072134.pdf](http://digital.dgb.uanl.mx/te/1020072134.pdf)
4. Ministerio de salud del Perú. Diabetes Mellitus en el Perú Ministerio de salud oficina de estadística e informática. [Consulta do 8 de abril del 2018] [Página web de internet]Disponible en:[www.minsa.gob.pe/portal/03EstrategiasNacionales/06ESNNoTransmisibles/esnentdbts.asp-46k](http://www.minsa.gob.pe/portal/03EstrategiasNacionales/06ESNNoTransmisibles/esnentdbts.asp-46k)
5. Hajar A. Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar en el HNDAC.[tesis de licenciatura].Lima/Perú: Universidad Nacional San Marcos ;2013[consultado 10 abril del 2018][página web de internet]Disponible en: [www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/hajar\\_ra/pdf/hajar\\_ra.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/hajar_ra/pdf/hajar_ra.pdf)
6. Herrera A, Andrade H, Hernández Manrique M, Faria C, Machado M. Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. Rev. av. Enferm. XXX .2014, vol.30, n.2, pp 39-46.Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a03.pdf>
7. Azzollini C, Bail P, Vera, Vidal , Victoria A. Diabetes: Importancia de la familia y el trabajo en la adhesión al tratamiento. Anu. Investig 2013[citado 2018-08-24], vol. 18 323-330. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v18/v18a35.pdf>
8. Romero B, Santos M, Martins T, Zanetti M. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México, Rev. Latino-Am.

- Enfermagem, 2013,18(6), [9 pantallas]. [consultado 5 de abril 2018]. Disponible en: [www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es\\_21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_21.pdf)
9. Paucar A. Incidencia de la Actividad Física en el control de la diabetes tipo 2, en los diabéticos de la asociación de Diabéticos del sur de Quito ADSUR) ,2013.Ed. Sangolqui [tesis de licenciatura] Escuela politécnica del ejército. Disponible en: <http://repositorio.espe.edu.ec/bitstream/21000/1022/1/T-ESPE-027430.pdf>
  10. Compeán I, Gallegos E, González J, Gómez M. Conductas de autocuidado e indicadores de salud en adultos con diabetes mellitus tipo 2.2014.Rev. Latino –Am. Enfermagem Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es\\_03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_03.pdf)
  11. Cho A. Apoyo familiar en la prevención del pie diabético. [Tesis de Licenciatura en enfermería]. Guatemala: Universidad Mariano Gálvez de Guatemala; 2008.[consultado 15 de abril del 2018].Disponible en : <http://biblioteca.umg.edu.gt/digital/45867.pdf>
  12. Oyola K. Estilos de vida y Nivel de Autocuidado en el Adulto Maduro del A.H 1 de Febrero – Nuevo Chimbote, 2013.Disponible en: <http://increscendo.uladech.edu.pe/es/ediciones/ediciones-anales/descargar-revista/finish/3-revista-increscendo/7-revista-in-crescendo-vol-1-n-2-julio-diciembre-2010>.
  13. Goicochea R, Lavado K. Apoyo social y Autocuidado en el paciente adulto mayor Diabético. Chimbote. [Tesis de licenciatura]: Universidad los Ángeles de Chimbote.2014 [Consultado el 13 de abril del 2018]
  14. Montes V. Redes de apoyo social de personas mayores: elementos teóricos-conceptuales.2003.[consultado el 3 de abril del 2018].Disponible en: [www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/7/13237/PP18.pdf](http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/7/13237/PP18.pdf)
  15. Gonzales V, García M, Ramírez F. Calidad de vida del paciente diabético tipo 2 con redes de apoyo familiar. Rev. Enf. Inst. Mexicano Seguro Social, 2009,[consultado 2 abril 2018]. Disponible en [http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/revista\\_enfermeria\\_instituto\\_mexicano\\_seguro\\_social/Calidad%20de%20vida.pdf](http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/revista_enfermeria_instituto_mexicano_seguro_social/Calidad%20de%20vida.pdf)
  16. Valadez I, Alfaro N, Centeno G, Cabrera C. Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo2.Investigación en Salud ,2003.Mexico [consultado 15 de abril del 2018] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=14250305> > ISSN 1405-7980

17. Quintero L. Percepción del apoyo familiar del paciente adulto de diabetes mellitus tipo 2. 2004. México [consultado 12 abril del 2018] Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/1785/1/1020149421.PDF>
18. Fachado A. Influencia del apoyo social en el control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2. 2008 [Consultado el 12 de abril del 2018.] España. Disponible en: [http://dspace.usc.es/bitstream/10347/2581/1/9788498872439\\_content.pdf](http://dspace.usc.es/bitstream/10347/2581/1/9788498872439_content.pdf)
19. Navarro, M., López, A. (2012). Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescente de la urbanización Las Palmeras Distrito de Morales. Periodo junio - setiembre 2012. (Título profesional, Universidad Nacional de San Martín, Perú).
20. Salazar, A. (1988). El punto de Vista Filosófico. Lima-Perú: Editorial El Alce, 308.
21. Marriner T, Raile A. Modelos y teorías en enfermería. 4ta. Mosby. España. 1999. Unidad tres Capítulo 14 Teoría del Déficit del autocuidado. 177- 178.
22. Tomasini, A. (2001). Teoría del conocimiento clásica y epistemología Wittgensteiniana. México: Editorial Plaza y Valdéz, pp.88-93.
23. González, A., Vasquez, R., Benabides, F. (2003). Pacientes en estado crítico. En: Fundamentos de Medicina. (3a ed.). Colombia: Corporación para investigaciones biológicas, pp. 415-19
24. Hidalgo Carpio, E. Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo (tesis para optar el título de licenciada) Universidad Nacional de San Marcos. 2005.
25. Harris M. Teorías sobre la cultura en la era posmoderna. Barcelona: Editorial Crítica; 2000.
26. Cabrera G, Tascón J, Lucumí D. Creencias en salud: historia, constructo y aportes del modelo. Revista Facultad Nacional de Salud Pública; 2001, pp. 91-101.
27. Rosenstock I. Why people use health services. The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, No. 3, Part 2: Health services research I. A series of papers commissioned by the health services research study section of the United States public health service. Discussed at a conference held in Chicago, October 15-16, 1965. (Jul. 1966), pp. 94-127.
28. Harris D, Guten S. Health-protective behavior: an exploratory study. Journal of Health and Social Behavior. March 1979; 20(1): 17-29.

29. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes Tipo 2.. Victoria Gasteiz. 2008;(Disponible en:  
[https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osteba\\_publicaciones/es\\_osteba/adjuntos/e\\_06\\_06\\_Diabetes\\_tipo\\_2%20resumida.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osteba_publicaciones/es_osteba/adjuntos/e_06_06_Diabetes_tipo_2%20resumida.pdf)).
30. Marriner T, Raile A .Modelos y teorías en enfermería .4ta. Mosby. España. 1999. Unidad tres Capitulo 14 Teoría del Déficit del autocuidado. 177- 178
31. Instituto catalán de la salud. Ats/di de atención especializada. Sevilla.[ base de internet] 2006; [consultado el 10 de abril del 2018] Disponible en:  
<http://books.google.com.pe/books?id=YmsrTfafbrQC&pg=PA264&dq=teoria+de+Orem&hl=es&sa=X&ei=yCFXUuSOIiWi4APXp4DoDQ&ved=0CD0Q6AEwAw#v=onepage&q=teoria%20de%20Orem&f=false>
32. Benner P, Gordon S. Caring practice and caregiving. Philadelphia; 1996, pp. 40-55.
33. Velásquez Fandiño, L. (2012). La relación médico-paciente: una aproximación al problema de la autonomía. *Revista Colombiana de Bioética*, 7 (1), 163-171.
34. Cuba, E.G. “Criterios de credibilidad en la investigación naturalista”. En Gimeno Sacristán, J. y Pérez Gómez, A. *La Enseñanza: su teoría y su práctica*. Madrid; 1981
35. Orem DE. *Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la Práctica*. Barcelona. España: Masson-Salvat; 1993.
36. Masharani U, German MS (2011). Pancreatic hormones and diabetes mellitus. En DG Gardner, D Shoback (eds.). *Greenspan’s Basic and Clinical Endocrinology*, 9th ed., pp. 573–655. McGrawHill. New York
37. Rodrigo Coronel LM, Medina Ochoa E & Rodríguez Cruz L D, (2016 ). Efectividad de una intervención educativa de enfermería en los estilos de vida en adultos con Diabetes tipo II, San José - Chiclayo -2013 disponible en:  
<file:///C:/Users/User/Desktop/147-Texto%20del%20art%C3%ADculo-455-1-10-20181116.pdf>
38. Flores Pérez M N, Garza Elizondo M & Hernández Cortés P(2015).Autocuidado en el adulto mayor con diabetes tipo 2. Monterrey, México.disponible en:  
<https://doi.org/10.20453/renh.v8i2.2684>.
39. El comercio. Diabetes tipo 2 aumentó en mas de 50 % en adolescentes.
40. Organización Mundial de la Salud. *La diabetes muestra una tendencia ascendente en las Américas*; 2012.
41. Sierra, R. (1989). *Técnicas de investigación social, teoría y ejercicios* (8ª ed.). España: Paraninfo S.A.

42. Ministerio de Salud. Norma técnica para la atención integral salud en la etapa de vida adulta mayor. Dirección General de Salud de las personas. NT N° 529-MINSA/DGSP-V.01. 2006.
43. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. Dirección de Prevención de Enfermedades. No Transmisibles y Oncológicas RR..M.. N° 771199--22001155//MIINSSAA. 2016.
44. Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. Metodología de la investigación. (6ª Ed) México: Mc Graw Hill.. 2014.
45. Informe de Belmont. Principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación. U.S.A. 1979.

## ANEXOS



ANEXO 01

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....

Identificado con DNI..... Declaro haber sido informado de manera clara, precisa y oportuna por la estudiante Laura Katerine Sánchez Larrea de los fines que busca la presente investigación titulada

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL CENTRO DE SALUD MANUEL SANCHEZ VILLEGAS SECTOR -I, LA VICTORIA 2018.

Que tiene como objetivo general Determinar la relación que existe entre el nivel 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.

Los datos obtenidos de mi participación serán finalmente copiado por la investigadora además procesara en secreto y en estricta confidencia respetando mi intimidad.

Por lo expuesto otorgo mi consentimiento a que se me realice el cuestionario.

Chiclayo.....de..... 2018

---

INVESTIGADORA RESPONSABLE

---

PARTICIPANTE

**CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO  
EN EL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO II.**

Sr. (a). Buenos días, soy estudiante de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán estoy realizando un trabajo de investigación titulado CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL CENTRO DE SALUD MANUEL SANCHEZ VILLEGAS SECTOR-I, LA VICTORIA 2018; para lo cual solicito que respondan con total sinceridad, ya que los resultados de esta investigación servirán de referencia para la mejora de la educación que brinda el servicio.

**INSTRUCCIONES:**

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

**DATOS GENERALES**

Edad..... Sexo..... Estado civil..... Grado de instrucción.....

**1) ¿Cuántas veces Ud. 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 Ud. 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. 100-120 mg/dl
- b. 80-120 mg/dl
- c. 120-180 mg/dl
- d. 180- 200 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 Ud. 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 Ud. 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 Ud. consume debe ayudar a:**

- a. Subir de peso.
- b. Disminuir de peso.
- c. 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 Ud. 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 6 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

**BAREMOS DE LAS CATEGORIAS DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO**

<b>NIVEL</b>	<b>BASICO</b>	<b>MODERADO</b>	<b>ALTO</b>
<b>CONOCIMIENTOS</b>	<b>0-8</b>	<b>9-12</b>	<b>13-16</b>
CONTROL MÉDICO	<b>0-1</b>	<b>2-3</b>	<b>4</b>
DIETA	<b>0-1</b>	<b>2-3</b>	<b>4-5</b>
EJERCICIOS	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
CUIDADOS DE LOS PIES	<b>0-1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
CONTROL OFTALMOLOGICO	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

**Fuente: elaboración propia**

**BAREMOS DE LAS CATEGORIAS DEL PRACTICAS DE AUTOCUIDADO**

<b>NIVEL</b>	<b>BASICO</b>	<b>MODERADO</b>	<b>ALTO</b>
<b>PRACTICAS DE AUTOCUIDADO</b>	<b>4-17</b>	<b>21-41</b>	<b>42-48</b>
CONTROL MÉDICO	<b>0-4</b>	<b>5-7</b>	<b>8-12</b>
DIETA	<b>2-4</b>	<b>5-8</b>	<b>9-13</b>
EJERCICIOS	<b>0-2</b>	<b>3-4</b>	<b>5-6</b>
CUIDADOS DE LOS PIES	<b>1-3</b>	<b>4-9</b>	<b>10-14</b>
CONTROL OFTALMOLOGICO	<b>0-2</b>	<b>3-5</b>	<b>6</b>



**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ENFERMERIA  
“UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPAN”**



**TEST PARA EVALUAR LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO AL  
PACIENTE ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**

**I. Datos generales del Adulto Mayor:**

- Edad.....
- Grado de instrucción del paciente:( Marcar con X)
- Analfabeto ( )      Primaria: ( )
- Secundaria: ( ) Superior: técnico ( ) universitario ( )
- Grado de parentesco del familiar cuidador (Marcar con X)
- Esposa/o ( )      hija/o ( )      otro:(especifique) \_\_\_\_\_

**II. Instrucciones**

En la presente guía de observación se encuentra opciones de respuesta en la que:

Siempre: 02

A veces: 01

Nunca : 0

Nº	MEDIDAS DE AUTOCUIDADO	CRITERIOS		
		SIEMPRE	A VECES	NUNCA
	<b>A. CONTROL MÉDICO</b>			
1	Por lo menos acude al médico una vez al mes			
2	Cumple con las indicaciones médicas			

3	Lleva un control diario de glucosa o azúcar en sangre, o posee un Hemoglucotest.			
4	Toma solo medicamentos prescritos por su médico			
5	Acude al médico ante algún cambio, dolencia o enfermedad.			
6	Cumple con las pruebas de laboratorio de Control por lo menos una vez al año.			
	<b>B. DIETA</b>			
7	Sigue la dieta indicada por su médico Tratante			
8	Consume diariamente frutas Recomendadas			
9	Consume diariamente verduras			
10	Consume diariamente de 6 a 8 vasos de agua al día			
11	Tiene horarios establecidos en cuanto a su alimentación			
12	Controla su peso			
13	Consume carbohidratos o dulces			
	<b>C. EJERCICIOS</b>			
14	Tiene un programa de ejercicios de acuerdo a su enfermedad			
15	Realiza ejercicios diarios por lo menos 30 minutos: caminar, correr.			

16	Evita hacer ejercicios intensos en ayunas o si tiene niveles muy bajos de Glucosa antes de empezar su ruina.			
	<b>D. CUIDADO DE LOS PIES</b>			
17	Usa zapatos cómodos que le protegen la piel no le causen lesiones en la piel: ni ajustados ni flojos.			
18	Utiliza medias de algodón y/o medias que no sean ajustadas o que tienen ligas			
19	Revisa sus pies diariamente para evitar Complicaciones.			
20	Asiste al podólogo para eliminar callosidades, corte de uñas			
21	Evita usar sandalias o andar descalzo			
22	Utiliza cremas o jabones hidratantes para sus pies			
23	Se seca los pies entre dedos			
24	Mantiene las uñas cortas de forma recta			
	<b>E. CONTROL OFTALMOLÓGICO</b>			
25	Acude al oftalmólogo por lo menos una vez al año			
26	Utiliza los lentes en caso de prescripción medica			
27	Mira la televisión a una distancia Mínima de 2 metros.			

FICHA TECNICA DEL TEST PARA EVALUAR LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO AL PACIENTE ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

CATEGORIZACIÓN SEGÚN LAS DIMENSIONES:

Autocuidado	Deficiente	Regular	Bueno
Control Medico	<7	7-11	>11
Dieta	<8	8-11	>11
Ejercicios	<2	2-4	>4
Cuidado de los pies	<10	10-14	>14
Control oftalmológico	<2	2-5	>5

CATEGORIZACIÓN DEL PUNTAJE POR EL MÉTODO DE ESTANINO A LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

AUTOCUIDADO	Deficiente	Regular	Bueno
General	0-31	32-42	42-54



INSTRUMENTO DE VALIDACION NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE EXPERTOS

<b>1. NOMBRE DEL JUEZ</b>		JULIA GLADYS ESPINOZA DEZA
<b>2.</b>	<b>PROFESIÓN</b>	ENFERMERA
	<b>ESPECIALIDAD</b>	
	<b>GRADO ACADÉMICO</b>	MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS SALUD
	<b>EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)</b>	26 AÑOS
	<b>CARGO</b>	ENFERMERA ASISTENCIA C.S. JOSE L. ORTIZ
<b>TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL CENTRO DE SALUD MANUEL SANCHEZ VILLEGAS SECTOR-I, LA VICTORIA 2018.</b>		
<b>3. DATOS DEL TESISISTA</b>		
<b>3.1</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	Laura Katerine Sánchez Larrea
<b>3.2</b>	<b>Facultad</b>	Facultad de Ciencias de la Salud
<b>4. INSTRUMENTO EVALUADO</b>	1. Entrevista ( ) 2. Cuestionario (X) 3. Lista de Cotejo ( ) 4. Diario de campo ( )	
<b>5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO</b>	Determinar la relación que existe entre el nivel 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.	
<b>Instrucciones:</b> Evalúe cada ítem del instrumento marcando con un aspa en "TA" si está totalmente de acuerdo, o con el ítem "TD" si está totalmente en desacuerdo, si está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias.		
<b>N</b>	<b>6. DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO</b>	
01	<b>¿Cuántas veces Ud. debería acudir a su control médico?</b>  a. una vez al año b. dos veces al año c. cada 6 meses d. una vez al mes	T.A (X)      T.D ( ) SUGERENCIAS:

02	<p><b>¿Cada cuánto tiempo Ud. se debería controlar la glucosa?</b></p> <p>a. diariamente b. 2 veces a la semana c. cada dos semanas d. mensualmente</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (    )
03	<p><b>¿Cuáles son los valores normales de la glucosa?</b></p> <p>a. 100-120 mg/dl b. 80-120 mg/dl c. 120-180 mg/dl d. 180- 200 mg/dl</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (    )
04	<p><b>Dentro de los cuidados que se deben tener en el hogar tenemos:</b></p> <p>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.</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (    )
05	<p><b>¿Cuántas veces cree Ud. que debería ingerir alimentos?</b></p> <p>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.</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (    )
06	<p><b>¿Qué grupo de alimentos debe estar en más cantidad en su alimentación diaria??</b></p> <p>a. Carbohidratos( papa, camote, arroz, etc) b. Proteínas ( pescado, carne, pollo, etc) c. Frutas y verduras. d. Cualquiera</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (    )
07	<p><b>¿En qué forma cree Ud. que se debe preparar sus alimentos?</b></p> <p>a. Frituras. b. Sancochado. c. Crudas. d. Condimentada.</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (    )
08	<p><b>¿Cómo deben ser sus comidas?</b></p> <p>a. Normal en azúcar. b. Bajo en azúcar. c. Alto en azúcar. d. Nada de azúcar.</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (    )

09	<p><b>La dieta que Ud. consume debe ayudar a:</b></p> <p>a. Subir de peso.  b. Disminuir de peso.  c. Nutricionalmente completa.  d. Alto en azúcar.</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (
10	<p><b>Con qué frecuencia debe realizar los ejercicios:</b></p> <p>a. Semanal.  b. Quincenal.  c. Mensual.  d. Interdiario.</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (
11	<p><b>¿Cuánto tiempo deben durar los ejercicios que Ud. realiza?</b></p> <p>a. 30 minutos.  b. 1 a 2 horas.  c. 2 a 3 horas.  d. Más de 3 horas.</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (
12	<p><b>¿Cada cuánto tiempo se debería revisar sus pies?</b></p> <p>a. diariamente  b. cada 2 días  c. semanalmente  d. mensualmente</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (
13	<p><b>¿Cuál es la forma correcta de cortarse las uñas?</b></p> <p>a. recta  b. ovalada  c. redonda  d. en punta</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (
14	<p><b>¿Qué tipo de zapatos debería utilizar?</b></p> <p>a. cómodo  b. apretado  c. flojo  d. duro</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (
15	<p><b>¿Cuántas veces debería acudir al oftalmólogo?</b></p> <p>a. una vez al año  b. dos veces al año</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (

	c. cada 6 meses d. cada mes		
16	<b>¿A cuántos metros debería mirar la televisión?</b> a. un metro b. dos metros c. tres metros d. cuatro metros	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> )	T.D ( <input type="checkbox"/> )
		SUGERENCIAS:	
<b>PROMEDIO OBTENIDO:</b>		T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> )	T.D ( <input type="checkbox"/> )
<b>COMENTARIOS GENERALES:</b>			
<b>OBSERVACIONES:</b>			

GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
CLAS JOSE LEONARDO TORRES  
.....  
Julio C. Espinoza Deza  
CEP. 17672

\_\_\_\_\_  
Juez Experto  
Colegiatura N° ..... 17672 .....



**UNIVERSIDAD  
SEÑOR DE SIPÁN**

**INSTRUMENTO DE VALIDACION NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE EXPERTOS**

<b>1. NOMBRE DEL JUEZ</b>		GIOVANNA LARRAÍN TAVARA
<b>2.</b>	<b>PROFESIÓN</b>	ENFERMERA
	<b>ESPECIALIDAD</b>	DOCENCIA EN ENFERMERÍA / PACIENTE CRÍTICO Y EMERGENCIAS
	<b>GRADO ACADÉMICO</b>	MAGISTER
	<b>EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)</b>	18 AÑOS
	<b>CARGO</b>	COORDINADORA REGIONAL DE INMUNIZACIONES
<b>TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL CENTRO DE SALUD MANUEL SANCHEZ VILLEGAS SECTOR-I, LA VICTORIA 2018.</b>		
<b>3. DATOS DEL TESISISTA</b>		
3.1	<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	Laura Katerine Sánchez Larrea
3.2	<b>Facultad</b>	Facultad de Ciencias de la Salud
<b>4. INSTRUMENTO EVALUADO</b>		1. Entrevista ( ) 2. Cuestionario (X) 3. Lista de Cotejo ( ) 4. Diario de campo ( )
<b>5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO</b>		Determinar la relación que existe entre el nivel 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.
<b>Instrucciones:</b> Evalúe cada ítem del instrumento marcando con un aspa en "TA" si está totalmente de acuerdo, o con el ítem "TD" si está totalmente en desacuerdo, si está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias.		
<b>N</b>	<b>6. DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO</b>	
01	<b>¿Cuántas veces Ud. debería acudir a su control médico?</b>  a. una vez al año b. dos veces al año c. cada 6 meses d. una vez al mes	T.A ( )      T.D ( ) <b>SUGERENCIAS:</b>

02	<p><b>¿Cada cuánto tiempo Ud. se debería controlar la glucosa?</b></p> <p>a. diariamente b. 2 veces a la semana c. cada dos semanas d. mensualmente</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (    )
03	<p><b>¿Cuáles son los valores normales de la glucosa?</b></p> <p>a. 100-120 mg/dl b. 80-120 mg/dl c. 120-180 mg/dl d. 180- 200 mg/dl</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (    )
04	<p><b>Dentro de los cuidados que se deben tener en el hogar tenemos:</b></p> <p>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.</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (    )
05	<p><b>¿Cuántas veces cree Ud. que debería ingerir alimentos?</b></p> <p>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.</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (    )
06	<p><b>¿Qué grupo de alimentos debe estar en más cantidad en su alimentación diaria??</b></p> <p>a. Carbohidratos( papa, camote, arroz, etc) b. Proteínas ( pescado, carne, pollo, etc) c. Frutas y verduras. d. Cualquiera</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (    )
07	<p><b>¿En qué forma cree Ud. que se debe preparar sus alimentos?</b></p> <p>a. Frituras. b. Sancochado. c. Crudas. d. Condimentada.</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (    )
08	<p><b>¿Cómo deben ser sus comidas?</b></p> <p>a. Normal en azúcar. b. Bajo en azúcar. c. Alto en azúcar. d. Nada de azúcar.</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (    )

09	<p><b>La dieta que Ud. consume debe ayudar a:</b></p> <p>a. Subir de peso.  b. Disminuir de peso.  c. Nutricionalmente completa.  d. Alto en azúcar.</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (
10	<p><b>Con qué frecuencia debe realizar los ejercicios:</b></p> <p>a. Semanal.  b. Quincenal.  c. Mensual.  d. Interdiario.</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (
11	<p><b>¿Cuánto tiempo deben durar los ejercicios que Ud. realiza?</b></p> <p>a. 30 minutos.  b. 1 a 2 horas.  c. 2 a 3 horas.  d. Más de 3 horas.</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (
12	<p><b>¿Cada cuánto tiempo se debería revisar sus pies?</b></p> <p>a. diariamente  b. cada 2 días  c. semanalmente  d. mensualmente</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (
13	<p><b>¿Cuál es la forma correcta de cortarse las uñas?</b></p> <p>a. recta  b. ovalada  c. redonda  d. en punta</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (
14	<p><b>¿Qué tipo de zapatos debería utilizar?</b></p> <p>a. cómodo  b. apretado  c. flojo  d. duro</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (
15	<p><b>¿Cuántas veces debería acudir al oftalmólogo?</b></p> <p>a. una vez al año  b. dos veces al año</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (

	c. cada 6 meses d. cada mes	
16	<b>¿A cuántos metros debería mirar la televisión?</b> a. un metro b. dos metros c. tres metros d. cuatro metros	T.A ( X )      T.D (   )  <b>SUGERENCIAS:</b> <i>A cuántos metros como mínimo debería mirar la televisión</i>
<b>PROMEDIO OBTENIDO:</b>		T.A (   )      T.D (   )
<b>COMENTARIOS GENERALES:</b>		
<b>OBSERVACIONES:</b>		

**GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE**  
**GERENCIA REGIONAL DE SALUD**  
 Dirección Ejecutiva de Salud Integral a las Personas  
 .....  
*Mg. Giovanna Larrain Tavera*  
**COORDINADORA REGIONAL**  
**ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE INMUNIZACIONES**

Juez Experto  
 Colegiatura Nº 35518.....

Anexo 02: Validación del instrumento



INSTRUMENTO DE VALIDACION NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE EXPERTOS

<b>1. NOMBRE DEL JUEZ</b>		CECILIA VILLOSLADO CALDERÓN
<b>2.</b>	<b>PROFESIÓN</b>	Licenciada de Enfermería
	<b>ESPECIALIDAD</b>	Cuidados de Enfermería en Geriátrica
	<b>GRADO ACADÉMICO</b>	Magister en ciencias de la educación, mención Doctores Inv.
	<b>EXPERIENCIA PROFESIONAL (AÑOS)</b>	30 años
	<b>CARGO</b>	Enfermería asistencial del H.P.D. B.L.
<b>TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL CENTRO DE SALUD MANUEL SANCHEZ VILLEGAS S-I, LA VICTORIA 2018.</b>		
<b>3. DATOS DEL TESISISTA</b>		
<b>3.1</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	Laura Katerine Sánchez Larrea
<b>3.2</b>	<b>Facultad</b>	Facultad de Ciencias de la Salud
<b>4. INSTRUMENTO EVALUADO</b>	1. Entrevista ( ) 2. Cuestionario (X) 3. Lista de Cotejo ( ) 4. Diario de campo ( )	
<b>5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO</b>	Determinar la relación que existe entre el nivel conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II del Centro de Salud Manuel Sanchez Villegas S-I, La Victoria 2018.	
<b>Instrucciones:</b> Evalúe cada ítem del instrumento marcando con un aspa en "TA" si está totalmente de acuerdo, o con el ítem "TD" si está totalmente en desacuerdo, si está en desacuerdo por favor especifique sus sugerencias.		
<b>N</b>	<b>6. DETALLE DE LOS ITEMS DEL INSTRUMENTO</b>	
01	<b>¿Cuántas veces Ud. debería acudir a su control médico?</b>  a. una vez al año b. dos veces al año c. cada 6 meses d. una vez al mes	T.A (X)      T.D ( ) SUGERENCIAS:

02	<p><b>¿Cada cuánto tiempo Ud. se debería controlar la glucosa?</b></p> <p>a. diariamente b. 2 veces a la semana c. cada dos semanas d. mensualmente</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (    )
03	<p><b>¿Cuáles son los valores normales de la glucosa?</b></p> <p>a. 100-120 mg/dl b. 80-120 mg/dl c. 120-180 mg/dl d. 180- 200 mg/dl</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (    )
04	<p><b>Dentro de los cuidados que se deben tener en el hogar tenemos:</b></p> <p>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.</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (    )
05	<p><b>¿Cuántas veces cree Ud. que debería ingerir alimentos?</b></p> <p>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.</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (    )
06	<p><b>¿Qué grupo de alimentos debe estar en más cantidad en su alimentación diaria??</b></p> <p>a. Carbohidratos( papa, camote, arroz, etc) b. Proteínas ( pescado, carne, pollo, etc) c. Frutas y verduras. d. Cualquiera</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (    )
07	<p><b>¿En qué forma cree Ud. que se debe preparar sus alimentos?</b></p> <p>a. Frituras. b. Sancochado. c. Crudas. d. Condimentada.</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (    )
08	<p><b>¿Cómo deben ser sus comidas?</b></p> <p>a. Normal en azúcar. b. Bajo en azúcar. c. Alto en azúcar. d. Nada de azúcar.</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (    )

09	<p><b>La dieta que Ud. consume debe ayudar a:</b></p> <p>a. Subir de peso.  b. Disminuir de peso.  c. Nutricionalmente completa.  d. Alto en azúcar.</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (
10	<p><b>Con qué frecuencia debe realizar los ejercicios:</b></p> <p>a. Semanal.  b. Quincenal.  c. Mensual.  d. Interdiario.</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (
11	<p><b>¿Cuánto tiempo deben durar los ejercicios que Ud. realiza?</b></p> <p>a. 30 minutos.  b. 1 a 2 horas.  c. 2 a 3 horas.  d. Más de 3 horas.</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (
12	<p><b>¿Cada cuánto tiempo se debería revisar sus pies?</b></p> <p>a. diariamente  b. cada 2 días  c. semanalmente  d. mensualmente</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (
13	<p><b>¿Cuál es la forma correcta de cortarse las uñas?</b></p> <p>a. recta  b. ovalada  c. redonda  d. en punta</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (
14	<p><b>¿ Qué tipo de zapatos debería utilizar?</b></p> <p>a. cómodo  b. apretado  c. flojo  d. duro</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (
15	<p><b>¿Cuántas veces debería acudir al oftalmólogo?</b></p> <p>a. una vez al año  b. dos veces al año</p>	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> ) SUGERENCIAS:	T.D (

	c. cada 6 meses d. cada mes		
16	¿A cuántos metros debería mirar la televisión? a. un metro b. dos metros c. tres metros d. cuatro metros	T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> )	T.D (
		SUGERENCIAS:	
PROMEDIO OBTENIDO:		T.A ( <input checked="" type="checkbox"/> )	T.D (
COMENTARIOS GENERALES:			
OBSERVACIONES:			

  
 \_\_\_\_\_  
 Cecilia Villalpando Calderón  
 UPEL - Asociación  
 Colegio ..... con .....