



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Enfermería

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y AUTOCUIDADO EN PACIENTES ADULTOS DE 40 A 50 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD GUALACEO, 2021

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería

Modalidad: Proyecto de investigación

Autoras:

Tania Alexandra Tenesaca Chillogalli
CI: 0105428304
Correo electrónico: alex13964@hotmail.com

Elizabeth Mercedes Tigre Romero
CI: 0105758585
Correo electrónico: etigre27@gmail.com

Directora:

Lcda. Diana Esther Sánchez Campoverde, Mgt.
CI: 0106061799

Cuenca – Ecuador

27-octubre-2021



RESUMEN

Antecedentes: La Diabetes mellitus es una enfermedad crónica no transmisible, es considerado un problema de salud pública. El nivel de conocimiento incide directamente en el autocuidado, es por ello que acciones saludables mejoran la calidad de vida y evitan la aparición temprana de complicaciones; esto se logra si se brinda educación en diabetes de calidad, que abarque todos los temas relacionados y que genere conciencia en el paciente.

Objetivos: Determinar el nivel de conocimiento y autocuidado en pacientes de 40 a 50 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 que acuden al centro de Salud Gualaceo, 2021.

Métodos: Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo utilizando un diseño analítico de corte transversal, con una muestra de 57 usuarios. Se realizó una entrevista directa a los usuarios aplicando los siguientes test: Diabetes Knowledge Questionnaire y el Summary of Diabetes Self-care Activities Measure. Los resultados fueron transcritos y analizados en la base digital SPSS versión.22 y fueron presentados en tablas de frecuencia y porcentajes.

Resultados: Se determinó que el 73.7% (n=42) son mujeres, el 57.9% (n=33) son casados, el 68.4% (n=39) estudio la primaria, el 52.6% (n=30) son amas de casa, el 66.7% (n=38) residen en la zona urbana, el 91.2% (n=52) tiene ingresos inferiores a 400 dólares. El 89.5% (n=51) tienen un conocimiento intermedio, mientras el 64.9% (n=37) no presenta autocuidado.

Se determinó que no existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y el nivel de autocuidado con un valor p de 0.421 y un Chi2 de 1.731.

Palabras clave: Diabetes mellitus tipo 2. Conocimiento. Autocuidado. Educación.



ABSTRACT

Background: Diabetes mellitus is a non-communicable chronic disease, it is considered a public health problem. The level of knowledge directly affects self-care, which is why healthy actions improve the quality of life and avoid the early appearance of complications; This is achieved if quality diabetes education is provided, covering all related topics and raising awareness in the patient.

Objectives: To determine the level of knowledge and self-care in patients between 40 and 50 years old with a diagnosis of type 2 diabetes who attend the Gualaceo Health Center, 2021.

Methods: A study with a quantitative approach was carried out using a cross-sectional analytical design, with a sample of 57 users. A direct interview was conducted with the users applying the following tests: Diabetes Knowledge Questionnaire and the Summary of Diabetes Self-care Activities Measure. The results were transcribed and analyzed in the SPSS version.22 digital database and were presented in tables of frequency and percentages.

Results: It was determined that 73.7% (n = 42) are women, 57.9% (n = 33) are married, 68.4% (n = 39) study elementary school, 52.6% (n = 30) are mistresses. At home, 66.7% (n = 38) reside in urban areas, 91.2% (n = 52) have incomes below \$ 400. 89.5% (n = 51) have intermediate knowledge, while 64.9% (n = 37) do not present self-care.

It was determined that there is no statistically significant relationship between the level of knowledge and the level of self-care with a p-value of 0.421 and a Chi2 of 1.731.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus. Knowledge. Self-care. Education.



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
DEDICATORIA	10
AGRADECIMIENTO	12
CAPÍTULO I	14
1.1 INTRODUCCIÓN.....	14
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.3 JUSTIFICACIÓN	18
CAPÍTULO II	20
2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO	20
CAPÍTULO III	33
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	33
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
CAPÍTULO IV	34
4.1 TIPO DE ESTUDIO	34
4.2 ÁREA DE ESTUDIO.....	34
4.3 UNIVERSO Y MUESTRA.....	34
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	34
4.5 VARIABLES	34
4.6 MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	35
4.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	37
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	37
CAPÍTULO V	38
5.1 RESULTADOS Y TABLAS	38
CAPÍTULO VI	46
6.1 DISCUSIÓN	46
CAPÍTULO VII	52
7.1 CONCLUSIONES.....	52



7.2 RECOMENDACIONES	53
CAPÍTULO VIII	54
8.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
CAPÍTULO IX	63
ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	63
ANEXO 2: CUESTIONARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	65
ANEXO 3: DIABETES KNOWLEDGE QUESTIONARIE	67
ANEXO 4: SUMMARY OF DIABETES SELF-CARE ACTIVITIES MEASURE (SDSCA)	69
ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO	72
ANEXO 6: RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS	77
ANEXO 7: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	78
ANEXO 8: OFICIOS.....	80



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Tania Alexandra Tenesaca Chillogalli en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación **“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y AUTOCUIDADO EN PACIENTES ADULTOS DE 40 A 50 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD GUALACEO, 2021”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 27 de octubre del 2021

Tania Alexandra Tenesaca Chillogalli

C.I: 0105428304



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional

Elizabeth Mercedes Tigre Romero en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación **“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y AUTOCUIDADO EN PACIENTES ADULTOS DE 40 A 50 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD GUALACEO, 2021”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 27 de octubre del 2021

Elizabeth Mercedes Tigre Romero

C.I: 0105758585



Cláusula de Propiedad Intelectual

Tania Alexandra Tenesaca Chillogalli, autor/a del trabajo de titulación **“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y AUTOCUIDADO EN PACIENTES ADULTOS DE 40 A 50 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD GUALACEO, 2021”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 27 de octubre del 2021

Tania Alexandra Tenesaca Chillogalli

C.I: 0105428304



Cláusula de Propiedad Intelectual

Elizabeth Mercedes Tigre Romero, autor/a del trabajo de titulación **“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y AUTOCUIDADO EN PACIENTES ADULTOS DE 40 A 50 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD GUALACEO, 2021”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 27 de octubre del 2021

Elizabeth Mercedes Tigre Romero

C.I: 0105758585



DEDICATORIA

A Dios quien ha permitido que todo sea posible, me ha brindado todo lo necesario para poder llegar a cumplir todas mis metas. Recordar cada momento de mi vida universitaria será lo mejor.

A mi amada madre, quien ha hecho un excelente trabajo, le estoy infinitamente agradecida por todo el amor, el esfuerzo, la paciencia, la fuerza que sembró en mí para nunca desistir, por sus palabras de ánimo y aliento en los momentos que sentía que ya no podía continuar, por su apoyo incondicional, por siempre está ahí presente guiando mi camino, por las enseñanzas, los valores y los principios que forjan mi vida permitiéndome ser un buen ser humano. Y se lo dedico a usted mi señora madre, porque a fin de cuentas mi logro es su logro.

A mis padrinos que siempre estuvieron y están presentes en todos los momentos de mi vida, agradezco su apoyo, sus consejos y el cariño que es mutuo.

*Con cariño
Tania Tenesaca*



DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios, gracias a él por darme vida, por darme la fortaleza necesaria para poder sobrellevar los obstáculos, y no dejarme desistir, porque me ha permitido llegar a cumplir una de las metas más importantes de mi vida.

A mis padres quienes son mi mayor ejemplo de superación, gracias por brindarme su ayuda incondicional, por motivarme a luchar por mis sueños, y a ser una mejor persona, y por su gran amor y dedicación. A mis hermanas por su cariño, apoyo y confianza en mí. A mi hija Paula porque es el motor de mi vida, por ella he podido superar y lograr muchas cosas y lo seguiré haciendo con la ayuda de Dios, ella es mi gran inspiración y espero llegar a ser una excelente persona y profesional, y que algún día ella sepa que todo este esfuerzo, tuvo un motivo y que valió la pena.

*Con gratitud
Mercedes Tigre*



AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento infinito primero a Dios quien ha permitido que todo sea posible.

A mi madre quien es mi pilar fundamental y motor para continuar, agradezco infinitamente todos sus esfuerzos por brindarme todo lo que necesitaba, por su apoyo incondicional, por sus consejos, enseñanzas, valores y principios que han forjado mi vida.

A mis padrinos que siempre han estado presentes, por su apoyo, su cariño y sus consejos que han sido siempre honestos y alentadores.

A mi amiga y compañera Mercedes Tigre por su apoyo y dedicación en este proyecto. Gracias por la amistad incondicional, deseo y anhelo que tu vida personal y profesional este llena de éxitos.

A nuestros docentes quienes con sus enseñanzas y conocimiento han sembrado el amor por la enfermería, haciendo que cada día nos esforcemos por ser mejores humanos y profesionales.

A nuestra directora y asesora de tesis quien nos ha guiado y encaminado durante este proceso, gracias por su dedicación y conocimiento impartido.

A las autoridades del Centro de Salud Gualaceo y a los usuarios que participaron en este trabajo de investigación.

Con cariño

Tania Tenesaca



AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por ser el guía en mi vida y por darme la fortaleza para seguir siempre adelante, por darme sabiduría y constancia para cumplir mis metas y por ayudarme ante todas las adversidades.

A mi familia por ser mi apoyo incondicional, por creer creen en mí, disfrutar mis logros, y por ser mi motor de mi vida, a mi compañera y amiga Tania Tenesaca quien siempre me apoyo durante mi etapa universitaria y quien es mi compañera en este este proyecto.

A la Lic. Diana Sánchez, directora y asesora de tesis, por impartirnos sus conocimientos y sabernos guiar en nuestro proyecto de investigación. Al centro de salud de Gualaceo por confiar en nuestras habilidades por abrimos sus puertas y permitir tener acceso con la información de los usuarios, y a cada uno de los participantes de nuestro estudio quienes muy amablemente aceptaron intervenir en nuestra investigación.

Con gratitud

Mercedes Tigre



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT) son consideradas un problema para la salud pública; una de ellas es la Diabetes Mellitus tipo 2, esta es una enfermedad de evolución lenta y progresiva con una prevalencia muy elevada en adultos a nivel mundial y no así en nuestro país, lo cual genera altos costos en el individuo, la familia y la sociedad (1,2). De acuerdo a la Federación Internacional de Diabetes (FID) en el año 2015 hubo 415 millones de adultos entre los 20 y 79 años con diagnóstico de diabetes a nivel mundial, incluyendo 193 millones aun no diagnosticados (3).

En Ecuador de acuerdo al INEC¹ en el año 2019, la diabetes mellitus fue la tercera causa de mortalidad en adultos de 30 y 64 años representado el 7.3%, en mujeres fue la segunda causa de mortalidad representando el 7.8% y en hombres fue la tercera causa representando el 5.7% (4). Y según la encuesta ENSANUT, la prevalencia de diabetes en la población de 10 a 59 años es de 2.7%, 2.6% en hombres y 2.8% en mujeres. Esa proporción aumenta a partir de los 30 años de edad, y a los 50, uno de cada diez ecuatorianos ya tiene diabetes (5). De acuerdo a estos datos se estima que estas cifras sigan aumentando si no se actúa de forma oportuna ante este problema que afecta el bienestar de millones de personas y aumenta los costos en salud.

Los individuos que la padecen deben cambiar su estilo de vida ya que es una enfermedad que trae complicaciones graves como: la retinopatía, la neuropatía y la nefropatía, estas afecciones provocan un deterioro en la salud de las personas, pudiendo llegar a una muerte prematura (6).

En la atención primaria de salud, se debe priorizar la educación a personas con diabetes en etapas tempranas, sin embargo esta debe ser continua y permanente durante los controles individualizados por parte del personal médico y de enfermería. El autocuidado es de gran importancia para controlar la enfermedad y llevar una vida

¹ Instituto Nacional de Estadística y Censos



saludable, teniendo en cuenta aspectos de suma importancia como los son la dieta, actividad física, higiene personal y del entorno, reposo y ocio (7–9).

La información que se brinda al usuario debe ser clara y continua ya que de acuerdo a varios estudios el nivel de autocuidado depende directamente del nivel de información que el usuario haya recibido. Esto ayudara a retrasar complicaciones propias de la enfermedad, obtener autonomía en su recuperación y estabilidad en su estado de salud de modo que se mejore la calidad de vida (10,11).

Por lo tanto, en el presente trabajo de investigación se determinó el nivel de conocimiento y autocuidado de los pacientes de 40 a 50 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Centro de Salud Gualaceo, lo cual permitirá crear programas educativos en donde se mejore la calidad de información que se brinde al usuario enfatizando el autocuidado lo cual le permitirá al usuario ser el actor principal en el manejo y cuidado de su salud.

En este trabajo de investigación se describen nueve capítulos: capítulo I: introducción, planteamiento del problema y justificación, en el capítulo II se desarrolla el fundamento teórico, en el capítulo III los objetivos general y específicos, en el capítulo IV se describe el diseño metodológico mismo que aborda tipo de investigación, el área de estudio, muestra, criterios de inclusión y exclusión, categorías, métodos, técnicas e instrumentos, plan de análisis de datos, aspectos éticos, el capítulo V describe los resultados encontrados en la población de estudio, el capítulo VI describe la discusión, continua con el capítulo VII en donde se detallan las conclusiones y recomendaciones, finalmente para concluir con el capítulo VIII que contiene las referencias bibliografías y los anexos.



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica no transmisible (ECNT) originada por múltiples causas, cuyo diagnóstico muchas veces es bioquímico y en ocasiones comienza con una de sus complicaciones, representa un grave problema de salud pública y su prevalencia continua en aumento (12)

En Ecuador de acuerdo al INEC² en el año 2019, la diabetes mellitus fue la tercera causa de mortalidad en adultos de 30 y 64 años representado el 7.3%, en mujeres fue la segunda causa de mortalidad representando el 7.8% y en hombres fue la tercera causa representando el 5.7% (4). Y según la encuesta ENSANUT, la prevalencia de diabetes en la población de 10 a 59 años es de 2.7%, 2.6% en hombres y 2.8% en mujeres. Esa proporción aumenta a partir de los 30 años de edad, y a los 50, uno de cada diez ecuatorianos ya tiene diabetes (5). De acuerdo a estos datos se estima que estas cifras sigan aumentando si no se actúa de forma adecuada ante este problema que afecta a millones de personas en su calidad de vida y aumenta los costos en salud.

El autocuidado representa uno de los papeles más importantes en el tratamiento de la enfermedad, para ello es fundamental que el paciente reciba una educación diabetológica de calidad, ya que esto permite que los pacientes tomen conciencia de su salud mediante la adquisición de conocimientos y habilidades, orientadas hacia un cambio de comportamiento positivo, para reducir el riesgo de complicaciones, y además permite motivar al paciente a tener un control adecuado de su propia salud (13).

El nivel primario de salud tiene las condiciones para el diagnóstico, seguimiento y control adecuado, por lo tanto, es en donde se debe priorizar la educación a personas con diabetes en etapas tempranas, esta debe ser continua y permanente durante los controles individualizados por parte del personal médico y de enfermería (7–9).

² Instituto Nacional de Estadística y Censos



De acuerdo a investigaciones realizadas el nivel de conocimiento y de autocuidado es bajo, así lo demuestran diferentes investigaciones, en un estudio descriptivo realizado en Cuba se evidencio que el nivel de conocimiento es bajo con un 45.45% y que el 90.91% de pacientes presenta ausencia de autocuidado (14); en Brasil, un estudio destinado al análisis de conocimiento de la diabetes señala que hay falta de conocimientos y actitudes positivas frente a la enfermedad (15); por otro lado en Colombia según un estudio que mide la capacidad de autocuidado evidencio que el 88.89% tuvo una categoría regular de la capacidad de autocuidado y por ende hay dificultades relacionadas con el apoyo, bienestar social, bienestar personal, soporte educativo y afrontamiento de situaciones de estrés, por ello es necesario que se implementen programas en la atención integral que ayuden a mejorar la interacción con el personal de salud y así mejorar la situación del paciente (16).

Según la Organización Mundial de la Salud la prevalencia de este problema de salud pública continúa en aumento y con mayor rapidez en los países de ingresos bajos y medianos que en los países con ingresos altos (17). La retinopatía, nefropatía, neuropatía, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular y la enfermedad arterial periferia son complicaciones propias de la enfermedad, sin embargo su aparición y progreso puede ser retrasado si se adoptan mejores estilos de vida, lo cual depende de la educación que brinde el personal de salud principalmente enfermería, y el autocuidado que el paciente se brinde así mismo.(17)

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de conocimiento y autocuidado en pacientes adultos de 40 a 50 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Centro de Salud Gualaceo, 2021?



1.3 JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a los problemas planteados se ve la necesidad de investigar cual es el nivel de conocimiento y autocuidado que poseen los pacientes diagnosticados con DM2, porque nos permitirá conocer cuánto conocen acerca de la enfermedad, y cuál es el cuidado que estas personas brindan sobre sí mismas, así sabremos de qué forma se debe intervenir, ya que si bien es cierto el personal de salud es responsable de brindar educación y asesoramiento en cuanto a la enfermedad, es el personal de enfermería quien debería plantear propuestas educativas efectivas que ayuden a potencializar los conocimientos en estos pacientes, ya que este, muchas veces no cubre las necesidades requeridas lo cual se corrobora observando el aumento en las cifras de morbi-mortalidad, a nivel mundial y no así en nuestro país.

El autocuidado es un pilar fundamental en el manejo de la enfermedad pues de ello depende la aparición de las complicaciones de forma acelerada, sin embargo, las personas no toman conciencia sobre su estado de salud debido a una mala adherencia al tratamiento, falta de actividad física, mala alimentación, inadecuado control de la glucosa e insuficiente educación sobre la enfermedad, la misma que se puede deber a otros factores relacionados con el paciente.

Esta investigación contribuirá a conocer el nivel de conocimiento que poseen los pacientes que acuden a la consulta a este centro de salud y cómo esta influye en el autocuidado del mismo, de esta manera obtendremos resultados que nos permitirán conocer la realidad del tema, mismo que en nuestro país es poco abordado y al que no se le da la debida importancia por lo cual tenemos altas tasas de complicaciones.

Finalmente, este estudio servirá para mejorar la calidad de información que se imparte a los usuarios y familia, misma que debe ser constante y adecuarse a las necesidades de los pacientes y su entorno; recalando que el personal de salud no solo deberá impartir conocimiento sino también deberá concientizar a los pacientes a ser gestores de su propia salud. Ya que entre mejor calidad de conocimientos y habilidades para el control de la enfermedad mejor será el autocuidado.



Por lo tanto, los resultados de esta investigación permitirán que el personal de salud de este centro en especial el personal de enfermería cree programas y espacios educativos destinados al mantenimiento de la diabetes mellitus tipo 2, poniendo énfasis en los puntos estratégicos que engloba el autocuidado.



CAPÍTULO II

2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO

DIABETES MELLITUS TIPO 2

La Diabetes Mellitus es una patología crónica caracterizada por una hiperglucemia persistente (aumento del nivel de glucosa en sangre) con alteración del metabolismo de los lípidos, proteínas e hidratos de carbono que desencadena cuando el organismo pierde la capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia, provocando complicaciones tanto a nivel microvascular como macrovascular (1,19,20).

La insulina es una hormona producida por las células beta pancreáticas de los islotes de Langerhans, esta hormona se une a la glucosa y permite el ingreso a las células del cuerpo donde se convierte en energía, la falta de insulina o la incapacidad de las células del cuerpo de responder a ella (resistencia a la insulina) deriva en altos niveles de glucosa en sangre (19,20).

La DM2 por lo general no es diagnosticada durante muchos años debido a que la hiperglucemia se desarrolla progresivamente y en las etapas tempranas no es grave y generalmente no se presentan los síntomas clásicos, sin embargo hay un mayor riesgo de desarrollar complicaciones (20). Esta patología es frecuente en adultos mayores pero cada vez se presenta en edades tempranas, debido al aumento de obesidad, sedentarismo y una alimentación inadecuada (19).

COMPLICACIONES

Las complicaciones de la DM2 pueden ser agudas cuando hay una pronta instauración de la hiperglucemia (cetoacidosis diabética, estado hiperglucémico hiperosmolar, hipoglicemias) o complicaciones crónicas que se producen a nivel microvascular (retinopatía, nefropatía, neuropatía) y a nivel macrovascular



(cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, enfermedad arterial periférica) (18).

Complicaciones agudas

- **Cetoacidosis diabética:** es una complicación que frecuentemente ocurre en pacientes con DM1, aunque también puede darse en pacientes con DM2 que presenten insulinopenia. Se caracteriza por presentar un estado de hiperglicemia, acidosis metabólica y cetosis; resultado de la resistencia periférica a la insulina o de la deficiencia parcial o absoluta de la misma, asociada frecuentemente a deficientes condiciones clínicas. Los síntomas generales son poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso en los días previos al desarrollo de la CAD. También puede presentarse náuseas, vómitos, dolor abdominal, alteración del estado de conciencia y signos de focalización. Al examen físico hay signos de deshidratación, pérdida de turgencia de la piel, mucosas secas, taquicardia, hipotensión y oliguria. El uso incorrecto o interrupción de insulina, las infecciones, el uso de fármacos son factores desencadenantes en la CAD. El tratamiento debe ser encaminado a restablecer el equilibrio de fluidos y mantener el estado hemodinámico, detener el proceso de cetogénesis y por tanto de acidificación del medio e ir corrigiendo la hiperglucemia, restablecer el equilibrio electrolítico para evitar la hipopotasemia y tratar la causa subyacente o precipitante (21–23).
- **Estado hiperglucémico hiperosmolar:** es una complicación de la DM2, se caracteriza por una hiperglucemia muy alta, deshidratación intensa en ausencia de cetosis e hiperosmolaridad. El paciente presenta signos importantes de deshidratación y alteración del nivel de conciencia, pudiendo llegar en más del 50% de los casos a obnubilación o coma. En estos casos es importante restablecer la pérdida de volumen, administración de insulina, corregir el estado hiperosmolar, tratar la causa precipitante y prevenir complicaciones (21–23).



- **Hipoglicemia:** esta es una complicación del tratamiento y no de la enfermedad propiamente, produciéndose una disminución de la glucosa, debido a ciertos fármacos o alguna alteración en la actividad física del paciente. Los primeros síntomas en aparecer son temblor, sudoración, ansiedad y hambre, posterior a ello en casos más graves se presenta deterioro cognitivo agudo, desorientación, cambios de comportamiento y pérdida de la consciencia. El tratamiento consiste principalmente en restablecer los niveles normales de glucosa mediante la ingesta de soluciones azucaradas si el paciente está consciente o a través de la vía parenteral si el paciente está inconsciente (21–23).

Complicaciones crónicas microvasculares

- **Nefropatía:** es un problema frecuente en pacientes con DM2, existe mayor riesgo cardiovascular, su diagnóstico fundamentalmente clínico se basa en la reducción del filtrado glomerular estimado (TFGe) y el nivel de albumina urinaria. Existe un daño microangiopático que afecta la microcirculación renal generando alteraciones funcionales y estructurales principalmente a nivel glomerular. El tratamiento aborda cuatro áreas: reducción del riesgo cardiovascular, control glucémico, control de la presión arterial e inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (24–26).
- **Retinopatía:** es la principal causa de ceguera en pacientes diabéticos, ocurre por un daño en los vasos sanguíneos de la retina, produciéndose inicialmente microaneurismas, aumento de la permeabilidad vascular, cierre capilar y neo vascularización. En el momento del diagnóstico de la DM2 es importante realizar un examen ocular inicial dilatado y completo por un oftalmólogo u optometrista; y para evitar el avance de esta complicación es importante llevar un control estricto de la glicemia, también es importante informar al usuario que se debe realizar exámenes oculares cada 1 o 2 años dependiendo de la necesidad del paciente (24,27–29).



- **Neuropatía:** es el daño en los nervios que afecta a las fibras sensitivas, motoras y autonómicas del sistema nervioso periférico de forma distal en extremidades inferiores causante de lesiones y amputación. Los pacientes con diagnóstico de DM2 inicialmente deben ser evaluados para neuropatía periférica diabética y luego repetir el examen cada año, para la exploración física se debe realizar el test de Semmes-Weinstein, acompañado de una de las siguientes exploraciones: sensibilidad algésica, vibratoria o temperatura. El control estricto de la glucemia es la única intervención para retrasar su aparición (24,30).

Complicaciones crónicas macrovasculares

- **Cardiopatía isquémica:** es la principal causa de mortalidad en los pacientes diabéticos, la cual se caracteriza por la reducción del flujo sanguíneo a las regiones del miocardio. El género femenino es el más propenso a desarrollarla, esta patología puede ser prevenida sin embargo existen varios factores de riesgo que contribuyen a su desarrollo. El cual se atribuye a hiperglicemia, dislipidemia y la inflamación del endotelio vascular (31). La diabetes impone mayor riesgo de padecer cardiopatía isquémica, la hace más precoz, le impone dificultades diagnósticas y mayor riesgo de complicaciones (32,33).
- **Accidente cerebro vascular:** es una patología que se da debido a una alteración focal del flujo sanguíneo cerebral debido a una isquemia o hemorragia. La diabetes y el accidente cerebrovascular son patologías relacionadas y que su prevalencia es elevada, la diabetes incrementa el riesgo de ictus en los pacientes adultos jóvenes y, principalmente, en la población femenina (34–37).
- **Enfermedad arterial periférica:** se da cuando hay acúmulos de grasa que estrechan o bloquean la luz de los vasos sanguíneos de las piernas, por lo tanto disminuye el flujo de sangre a los pies y piernas. La DM2 es un factor de



riesgo importante para desarrollar esta patología (EAP), los pacientes diabéticos que presentan esta patología tienen un pronóstico desfavorable que los pacientes no diabéticos, ya que existe un mayor riesgo de amputación y úlceras (24,38,39).

EDUCACIÓN EN DIABETES

La educación en diabetes es un proceso participativo donde el paciente y el personal de salud buscan tomar decisiones adecuadas en torno a un control óptimo de la enfermedad, no solo se busca adquirir conocimientos, sino que este permita cambios de conducta, lo cual es muy importante en la eficacia del tratamiento de la diabetes (40).

La educación en diabetes tiene como fin proporcionar al paciente la información y capacitación necesaria para que los pacientes puedan ser responsables del tratamiento y del control de su enfermedad, lograr una mejor calidad de vida, conseguir que el paciente pase de ser un agente pasivo a ser gestor de su propia salud, y que tenga la capacidad de modificar actitudes y conductas que conlleven a mantener un control de la enfermedad y a evitar complicaciones propias de la patología (40).

Se debe educar a la población en general, a los grupos de alto riesgo como obesos, pacientes con antecedentes de diabetes en primer grado, dislipidémicos, hipertensos, mujeres con historia obstétrica mórbida y a las personas con diabetes con el fin de reducir complicaciones y discapacidades (40).

Un estudio realizado en Chile, indica que está demostrado que la educación en diabetes de manera continua es una herramienta fundamental para la población en riesgo y en los pacientes con diabetes desde su diagnóstico, y que, al utilizar programas educativos innovadores, permiten cambios de conducta para lograr estilos saludables para así, mejorar la calidad de vida de los pacientes (41).



De acuerdo a un estudio realizado en Venezuela llamado la educación diabetológica y su proyección en la comunidad afirma que la educación es uno de los soportes más importantes en el tratamiento de la diabetes y es un derecho que todo paciente tiene, y que debería formar parte del tratamiento en todos los servicios de salud pero que sin embargo, esto no se cumple, pues se evidencia que existe un mal control metabólico y complicaciones crónicas, que representan un alto costo para la familia y el estado, pues entre el 50 al 80% de los pacientes no están conscientes, de que se trata de una enfermedad crónica, de la importancia de su autocuidado y del cuidado que deberían dar a su alimentación y a sus pies (40).

La Asociación Americana de Educadores en Diabetes (AADE) ahora denominada Asociación de Especialistas en Atención y Educación en Diabetes (ADCES) propone 7 conductas de autocuidado para las personas con diabetes que son: alimentación saludable, mantenerse activo, control, toma de medicamentos, resolución de problemas, reducción de riesgos y afrontamiento saludable (42)

Entre los requisitos que debe presentar una persona para ser educada es aceptar el diagnóstico por tanto la patología, identificar sus sentimientos con respecto a la diabetes e identificar su entorno familiar y social de apoyo (40).

Todo el personal de salud tiene la responsabilidad de educar a los pacientes con diabetes por lo tanto, deben estar capacitados en el proceso enseñanza - aprendizaje (1), más aun el personal de enfermería, sin embargo en los siguientes estudios se corrobora que esto no siempre se cumple. Un estudio realizado en Colombia que tuvo como objetivo describir los requerimientos de educación continuada que los profesionales de enfermería necesitan para asistir a las personas con DM2, concluye que los profesionales de enfermería presentan un déficit de conocimiento en cuanto a aspectos básicos para atención a estos pacientes desde su diagnóstico y en el transcurso de su vida por lo que es necesario que los profesionales de enfermería actualicen estos conocimientos para mejorar su cuidado y para brindar una mejor educación (43). Y según un estudio realizado en México que tuvo como objetivo describir el significado que tiene la enseñanza a pacientes diabéticos en enfermería, concluye que existe la necesidad de redefinir el



papel de la enfermería en estos pacientes para lo cual es necesario el planteamiento de propuestas educativas efectivas que contribuyan a potencializar la enseñanza, además indica que se puede brindar educación en cualquier espacio, sin embargo problemas como la sobrecarga de trabajo, la falta de materiales y la falta de compromiso son las dificultades más frecuentes que presentan los profesionales de enfermería para su realización(44).

Se debe realizar programas que satisfagan las necesidades de las personas con diabetes y de la población en general, los cuales deben tener métodos y técnicas de enseñanza - aprendizaje, material educativo de apoyo, y los resultados deben evaluarse periódicamente para comprobar su eficacia (1).

La educación diabetológica al principio sugiere que sea de forma individualizada y conforme pasa el tiempo sea grupal, ya que esto permite la socialización de las experiencias entre los pacientes, y la interacción entre ellos, siendo así un método terapéutico en su tratamiento (41).

La educación individual debe ser abordada al inicio del diagnóstico, durante el control y seguimiento, es un proceso dinámico entre el paciente y el educador, se protege la intimidad del paciente, y la educación grupal se da mediante sesiones que deben manejarse con grupos pequeños, aquí se puede incluir a los familiares y a las redes de apoyo del paciente, entre las ventajas de este tipo de terapia es que los pacientes comparten experiencias con otros pacientes, el educador debe crear un ambiente en donde ellos puedan expresarse libremente(41).

Un programa en diabetes debe constar de los siguientes temas: ¿Qué es la diabetes?, aspecto psicosocial, ajuste psicosocial a la vida cotidiana del paciente diabético, fases del duelo, tratamiento nutricional, ejercicio y diabetes, tratamiento farmacológico, práctica de técnicas de sobrevivencia, manejo de los factores de riesgo, cuidado de los pies, higiene bucal, complicaciones agudas, complicaciones crónicas, sexualidad y diabetes y situaciones especiales (40).

La Guía de Práctica Clínica de Diabetes Mellitus recomienda la aplicación de intervenciones educativas, mismas que deben ser realizadas por el personal



capacitado para esta actividad; para ello se debe utilizar un plan educativo declarado por escrito, coordinado por el equipo multidisciplinario y con el grupo de apoyo de pacientes crónicos. Se debe proporcionar un programa de educación de alta calidad en diabetes, basado en evidencia, estructurado y adaptado a las necesidades del individuo y del entorno, no solo para mejorar el conocimiento y las habilidades sino para motivar y sostener el control de su condición.(1)

De acuerdo a un estudio realizado en Chile en donde se buscó medir la eficacia de un programa estructurado que abordaba los aspectos cognitivos, emocionales y vivenciales de la diabetes se logró una reducción del 35% mayor en los niveles de hemoglobina glucosilada, en comparación con un grupo de control, por ello es importante señalar que los programas educativos estructurados en los pacientes diabéticos constituyen hoy en día una obligación en la atención por su eficacia y alta evidencia científica (45).

AUTOCUIDADO

La enfermería considerada como la ciencia y arte de cuidar, respondiendo a la necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen la capacidad suficiente para proporcionarse así mismas o las personas que dependen de ellas (46). En la Teoría del déficit de autocuidado desarrollado por Dorothea Orem define al autocuidado como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior. Por lo tanto es una conducta aprendida que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo por su propia parte y con el objetivo de mantener un adecuado desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar (46,47).

Dado esto se puede asumir que el autocuidado es la responsabilidad que tiene cada paciente para fomentar, conservar y cuidar de su propia salud; dicho esto Dorothea E Orem considera que las personas que realizan su propio cuidado o realizan alguna acción específica, son agentes de autocuidado (47).



Otro punto importante dentro de esta teoría es la promoción y el mantenimiento de la salud a través de acciones educativas que debe implementar el profesional de enfermería, ya que es quien tiene la capacidad de determinar en qué momento el paciente puede realizar su propio autocuidado y cuando debe intervenir para que este lo logre, lo que contribuye al mejoramiento de las condiciones de vida de la población (47).

El alto nivel de autocuidado del paciente depende directamente del alto nivel de educación (48), que recibe y adquiere por parte del personal de enfermería, quien es el responsable y líder de la promoción de la salud en este caso de la enseñanza del autocuidado (49), que está encaminado a generar cambios positivos en la persona, permitiéndole ser más consciente sobre su enfermedad (50). La importancia del autocuidado se debe a que las personas son más conscientes de la gravedad y complicaciones que conlleva la DM2 (51), además de su importancia en el control y tratamiento de la misma(52).

En un estudio realizado en España indica que los educadores deben reforzar los mensajes acerca de los beneficios derivados del autocuidado, en especial para los pacientes que están en etapas iniciales de la enfermedad. Así mismo es conveniente mejorar el acceso de familiares y personas con diabetes mellitus tipo 2 a programas de Educación Terapéutica (ET). La ET se ha introducido progresivamente en los programas de atención a la diabetes mellitus para dotar a las personas con diabetes, sus familiares y cuidadores de los conocimientos necesarios para la autogestión de la enfermedad (53).

En un estudio realizado en México denominado "Efecto de la capacitación sobre autocuidado de pacientes adultos con DM2 en el conocimiento del personal de enfermería", cuyo objetivo fue evaluar el efecto de la capacitación sobre autocuidado de pacientes adultos con DM2 en el nivel de conocimiento del personal de enfermería. Los resultados arrojaron que en la evaluación previa a la capacitación, entre el 85 y 95% del personal de enfermería



obtuvo niveles de conocimiento Bajo y Muy bajo, en las dimensiones de actividad física, hábitos alimenticios y automonitoreo de glucosa capilar. En la evaluación posterior a la capacitación, se registraron niveles de conocimiento Alto y Muy alto en cinco de las seis dimensiones evaluadas. Concluyendo que la capacitación tuvo un efecto favorable en el conocimiento del personal de enfermería sobre autocuidado de los pacientes con DM2 (54). Poniendo en evidencia que el personal de salud y en este caso enfermería debe estar capacitándose frecuentemente para brindar información de calidad sobre la importancia y el beneficio del autocuidado.

En un estudio realizado en Cuba denominado “Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana” menciona que las aportaciones de Dorothea Orem pueden contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población, si se toman en cuenta que los principales problemas de salud como la obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial requieren de cambios en el estilo de vida para disminuir las complicaciones y evitar el aumento de discapacidad en la población. Recalcando que esto sería posible si la enfermera, a través del conocimiento, implementa programas y estrategias en el ámbito asistencial y educativo para hacer frente a los retos del presente siglo (55).

Un estudio de caso realizado en Colombia cuyo objetivo fue aplicar la Teoría del Autocuidado de Orem a una persona con DM, a través del PAE, a fin de promover prácticas de autocuidado en beneficio de la propia salud y bienestar. El resultado fue que el Proceso de Enfermería vinculado con la Teoría de Dorothea Orem permitió mejorar las practicas de autocuidado y por consiguiente el autocontrol de la enfermedad al incrementar el nivel de conocimiento y el compromiso en relación al manejo de la hiperglucemia, tratamiento farmacológico, régimen dietario y ejercicio. Concluyendo que la Teoría de Orem aporta el sustento teórico al PAE y permite brindar atención integral e individualizada a la persona con DM, con un enfoque hacia el autocuidado a través del Sistema de Enfermería de Apoyo Educativo, mediante el cual enseña, orienta y aconseja a desarrollar acciones y conductas saludables en torno a su enfermedad y fortalece las relaciones interpersonales.



Demostrando también que la práctica de enfermería no debe ser una rutina, sino un proceso sistemático, organizado y controlado que abarque todas las etapas del PAE en gestión del cuidado de la persona con DM (56).

Un estudio descriptivo, observacional realizado a 60 pacientes diabéticos en Chile denominado “Autocuidado en usuarios diabéticos, en centros de salud urbanos”, cuyo objetivo fue determinar el autocuidado en diabéticos según sus características sociodemográficas, obtuvo que: el 70% tenía antecedentes familiares de diabetes, el 65.5% poseía una escolaridad baja, el 41.6% desconocía el tipo de calzado necesario para prevenir el pie diabético, el 11.7% declaró no saber cómo realizar una correcta higiene de pies, el 58.3% refirió asistir al podólogo y el 22.4% había presentado alguna herida en sus pies. También se observó un alto consumo de pan, bajo consumo de frutas, verduras y agua. El 30% conocía los efectos adversos del consumo de alcohol. Concluyéndose que la capacidad de autocuidado es mejorable, y debe considerarse la educación como una herramienta fundamental en la prevención de pie diabético, y dar importancia a la evaluación de los cuidados nutricionales. También menciona la necesidad de mejorar las condiciones que permitan realizar una educación y controles de calidad orientados a la prevención de la enfermedad y complicaciones (57).

Un estudio realizado en Manabí denominado “Practica de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”, cuyo objetivo fue determinar las actividades de autocuidado practicadas por los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en los subcentros de la zona rural de Manabí-Ecuador, se concluyó que los hábitos y conductas de los pacientes que participaron en el estudio son considerados, ya que llevan un estilo de vida acorde a su patología, realizan actividad física, los hábitos de higiene, la correcta alimentación, las horas de descanso y el interés del paciente en busca de ayuda o información acerca de su patología evidencia las actividades de autocuidado (58).

Un estudio realizado en Guayaquil cuyo objetivo fue describir el autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en adultos de 40 – 60 años atendidos en la consulta externa



del hospital general IEES Ceibos, realizado a 30 pacientes, obtuvo los siguientes resultados: rango de edad 27% de 51 – 55 años y el 23% de 46 – 50 años, el 60% sexo femenino; nivel de instrucción superior 60%; el 83% conoce sobre diabetes y el 60% el tratamiento; el 83% indica realizar la prueba de glucemia y existe un gran porcentaje de control médico representado por el 83%. Concluyendo que existe conocimiento del autocuidado asociado a la propia enfermedad, control médico y tratamiento (59).

Un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, denominado “Autocuidado del paciente diabético tipo 2 en el Club de Amigos Dulces de la ciudad de Loja”, cuyo objetivo era determinar el grado de autocuidado del paciente diabético tipo 2 según el test de Resumen de Actividades de Autocuidado en Diabetes (SDSCA), realizado a 54 pacientes del club de amigos Dulces del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja, los resultados fueron que el nivel de autocuidado fue relativamente bueno, con un mejor hábito de no tabaco (96.3%) y menor puntaje el automonitoreo (11.1%). El grupo de menor control fue el de >65 años con 87.9% de sobrepeso y obesidad. Predominando el género femenino con un 87%. De acuerdo a los resultados si no existe mejoría en el autocuidado y control de los pacientes, se desarrollaran complicaciones graves de la enfermedad y aumentara el grado de discapacidades y mortalidad a una temprana edad (60) .

Un estudio descriptivo de corte transversal, realizado en Colombia denominado “Conocimientos sobre la enfermedad y autocuidado de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2”, cuyo objetivo fue determinar los conocimientos y condiciones de autocuidado de pacientes con DM2, la mayoría de participantes estuvieron entre 48 a 77 años; nivel educativo primario y bachillerato, 20% analfabeta; 88% residen en la zona urbana y 73% son femeninos. Quienes manifestaron conocer los cuidados básicos, sin embargo 46% desconocen en que consiste su enfermedad y las complicaciones de la misma. La medicación, ejercicio y alimentación son los temas educativos que con mayor frecuencia les brindan en los controles; con relación al automonitoreo solo la reciben aquellos pacientes que se administran insulina; más de la mitad de los pacientes manifestaron haber presentado complicaciones agudas



o crónicas. Por lo que se evidencio deficiente conocimiento sobre la enfermedad y su autocuidado en los participantes del estudio, por lo que se hace necesario desarrollar estrategias e intervenciones de apoyo educativo teniendo en cuenta las características sociodemográficas, necesidades e individualidades de los pacientes que permitan apropiarse de los conocimientos para alcanzar un adecuado autocuidado y metas terapéuticas (61).



CAPÍTULO III

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento y autocuidado en pacientes adultos de 40 a 50 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Centro de Salud Gualaceo, 2021

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir a la población del estudio de acuerdo a las características sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, instrucción, ocupación, residencia e ingresos económicos.
- Establecer el nivel de conocimiento y autocuidado sobre diabetes mellitus tipo 2, mediante los cuestionarios: Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ 24) y el Summary of Diabetes Self-care Activities Measure (SDSCA).
- Determinar la asociación entre el nivel de conocimiento y el nivel de autocuidado.



CAPÍTULO IV

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo empleando un diseño analítico de cohorte transversal.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Centro de Salud Gualaceo.

4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

Universo: se consideró un universo finito de 57 usuarios de 40 a 50 años con diagnóstico de DM2 que acuden al Centro de Salud Gualaceo.

Muestra: para este estudio se tomó en cuenta a todo el universo (57 usuarios).

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de Inclusión

- Usuarios de 40 a 50 años.
- Usuarios que asisten al Centro de Salud Gualaceo.
- Usuarios que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

- Usuarios que no estén dentro del rango de edad propuesto para el estudio.
- Usuarios con problemas psiquiátricos.
- Usuarios que cumplieron los criterios de inclusión y no desearon participar en el estudio.

4.5 VARIABLES

Variables independientes:

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Instrucción



- Ocupación
- Residencia
- Ingresos económicos

Variables dependientes:

Conocimiento

Autocuidado

Operacionalización de variables. Anexo 1

4.6 MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Métodos: el estudio tiene un enfoque cuantitativo empleando un diseño analítico de corte transversal.

Técnicas e instrumentos: la técnica que se empleó para esta investigación fue la encuesta, para ello se acudió al Centro de Salud Gualaceo, se captó a los usuarios que cumplían con los criterios de inclusión y/o exclusión, que aceptaron participar en este estudio, que firmaron el consentimiento informado y se leyó los objetivos del proyecto de investigación para su conocimiento. La encuesta duro un promedio máximo de 40 minutos.

Los instrumentos utilizados fueron 3 encuestas estructuradas y validadas, primero el usuario lleno un cuestionario que permitió obtener información sobre los datos sociodemográficos, posterior a ello lleno el cuestionario para determinar el nivel de conocimiento (Diabetes Knowledge Questionarie) que consta de 24 preguntas sobre conocimientos básicos de la enfermedad, el control de la glicemia y la prevención de complicaciones; y otro para determinar el nivel de autocuidado (Summary of Diabetes Self-care Activities Measure) que consta de 18 preguntas y valora 7 ámbitos: dieta general, dieta específica, actividad física, nivel de glucemia en sangre, cuidado de los pies, medicamentos y consumo de tabaco.

Cuestionarios: se realizó un cuestionario para obtener información de las variables sociodemográficas, mismo que fue validado por las autoras. **Anexo 2**



Diabetes Knowledge Questionnaire: el cuestionario de conocimientos sobre la diabetes (DKQ) fue diseñado por el Estudio de educación sobre la diabetes del condado Starr en Texas, mismo que consta de 24 ítems de selección simple y validada internacionalmente, las 24 preguntas indagan sobre conocimientos básicos sobre la enfermedad, el control de la glicemia y la prevención de complicaciones; las opciones de respuesta son: si, no o no sé y se interpreta de la siguiente manera : 17 – 24 adecuado, 9 – 16 Intermedia, <8 inadecuado. **Anexo 3**

Summary of Diabetes Self-care Activities Measure (SDSCA): el SDSCA fue desarrollado por los científicos de Oregon Research Institute, Deborah Toobert, Ph.D., Sarah Hampson, Ph.D., y Russell E. Glasgow, de la University of Colorado School of Medicine, esta es una herramienta de autoevaluación de la diabetes, formado por 18 preguntas, que valoraron 7 ámbitos: dieta general, dieta específica, actividad física, nivel de glucemia en sangre, cuidado de los pies, medicamentos y consumo de tabaco. La escala presenta una respuesta de 0 a 7, en función del número de días que la persona ha llevado a cabo una determinada conducta durante la última semana que no estuvo enfermo. A menor puntuación se obtiene, menor adherencia presenta la persona con DM a las conductas de autocuidado favorables. Los resultados se interpretan de la siguiente manera: < 5 días: sin prácticas de autocuidado, > 5 días: con prácticas de autocuidado. **Anexo 4**

Procedimientos:

Autorización: para el desarrollo del estudio se obtuvo la aprobación del tema de investigación por parte del Dr. Carlos Arévalo, posterior a esto se realizó el desarrollo del protocolo con aprobación por parte de la Comisión de Bioética Investigación del Área de la Salud (COBIAS) y del H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas. Para la recolección de datos en el Centro de Salud Gualaceo se presentó un oficio solicitando la autorización para realizar la investigación al Dr. Mario Álvarez director del distrito 01D04. El estudio conto con la firma del consentimiento informado por parte de los participantes, como muestra que su participación fue voluntaria.



Capacitación: para la realización del proyecto se realizó revisiones bibliográficas actualizadas, además se realizó tutorías con la directora de la investigación.

Supervisión: el proyecto estará bajo la supervisión de Mg. Diana Esther Sánchez Campoverde.

4.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Tras la obtención de datos mediante las encuestas realizadas, estos fueron transcritos a una base digital y analizada mediante el programa SPSS versión 22, los resultados se presentarán en tablas de frecuencia simple para una fácil comprensión e interpretación de los mismos.

Para medir la relación entre las variables de investigación (nivel de conocimiento y nivel de autocuidado) se utilizó el estadístico Chi cuadrado, se consideró valores estadísticamente significativos a $p < 0.05$.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Para realizar el estudio se contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Cuenca, respetando la autonomía y confidencialidad, aplicando la normativa de Helsinki y las normas de MSP para poder realizar estudios con seres humanos. Esta investigación no represento ningún riesgo para los participantes, no se ocasiono daño físico, psicológico, económico ni material.

La participación fue voluntaria debido a que previo a la recolección de la información los pacientes pudieron no aceptar si así lo deseaban, respetando su autonomía para esto se dispuso de un consentimiento informado el cual fue firmado voluntariamente por el paciente demostrando que deseaba participar libremente en el estudio. El proyecto se acató a los principios de beneficencia, no maleficencia y autonomía, los cuales se encuentran detallados en el consentimiento informado. **Anexo 5**



CAPÍTULO V

5.1 RESULTADOS Y TABLAS

Tabla 1 Distribución de las variables sociodemográficas de los pacientes que acuden al Centro de Salud Gualaceo

EDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	DE 40 A 50 AÑOS	57	100	100	100
SEXO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MASCULINO	15	26,3	26,3	26,3
	FEMENINO	42	73,7	73,7	100
	Total	57	100	100	
ESTADO CIVIL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SOLTERO/A	8	14	14	14
	UNION DE HECHO	5	8,8	8,8	22,8
	CASADO/A	33	57,9	57,9	80,7
	DIVORCIADO/A	11	19,3	19,3	100
	Total	57	100	100	
INSTRUCCIÓN					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NINGUNO	6	10,5	10,5	10,5
	PRIMARIA	39	68,4	68,4	78,9
	SECUNDARIA	9	15,8	15,8	94,7
	TERCER NIVEL	3	5,3	5,3	100
	Total	57	100	100	
OCUPACIÓN					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NINGUNO	5	8,8	8,8	8,8
	AMA DE	30	52,6	52,6	61,4



CASA EMPLEADO/A INDEPENDIENTE OTROS Total	5 8 9 57	8,8 14 15,8 100	8,8 14 15,8 100	70,2 84,2 100
RESIDENCIA				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido URBANO RURAL Total	38 19 57	66,7 33,3 100	66,7 33,3 100	66,7 100
INGRESOS ECONÓMICOS				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido MENOS DE 400 DÓLARES DE 401 A 600 DÓLARES DE 801 A 1000 DÓLARES Total	52 4 1 57	91,2 7 1,8 100	91,2 7 1,8 100	91,2 98,2 100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Responsables: Tania Tenesaca, Mercedes Tigre

Análisis: De acuerdo a las características sociodemográficas, indica el total de pacientes encuestados, quienes están dentro del rango de edad establecido para este estudio (40 a 50 años), que representan el 100% (n=57); con respecto al sexo predominante el 73.7% (n=42) representa el sexo femenino, referente al estado civil el 57.9% (n=33) son casados, en cuanto a la instrucción predominante el 68.4% (n=39) representa primaria, con respecto a la ocupación predominante el 52.6% (n=30) son amas de casa, de acuerdo a la residencia de los encuestados el 66.7% (n=38) residen en la zona urbana, finalmente respecto a los ingresos económicos de los pacientes encuestados el 91.2% (n=52) tiene ingresos inferiores a 400 dólares.



Tabla 2 Nivel de conocimiento de los pacientes que acuden al Centro de Salud Gualaceo

NIVEL DE CONOCIMIENTO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido INADECUADO	3	5,3	5,3	5,3
INTERMEDIO	51	89,5	89,5	94,7
ADECUADO	3	5,3	5,3	100,0
Total	57	100,0	100,0	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Responsables: Tania Tenesaca, Mercedes Tigre

Análisis: En la tabla N° 2 se indica el nivel de conocimiento de los pacientes encuestados que acuden al Centro de Salud Gualaceo de acuerdo al cuestionario Diabetes Knowledge Questionarie (DKQ 24), obteniendo los siguientes resultados el 89.5% (n=51) tienen un conocimiento intermedio, mientras que el 5.3% (n=3) representa a aquellos pacientes con un nivel de conocimiento adecuado e inadecuado respectivamente.



Tabla 3 Distribución del nivel de conocimiento de acuerdo a los ámbitos evaluados a los pacientes que acuden al Centro de Salud Gualaceo

CONOCIMIENTO BÁSICO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	INADECUADO	16	28,1	28,1
	INTERMEDIO	39	68,4	96,5
	ADECUADO	2	3,5	100
	Total	57	100	100
CONTROL DE LA GLICEMIA				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	INADECUADO	5	8,8	8,8
	INTERMEDIO	44	77,2	86
	ADECUADO	8	14	100
	Total	57	100	100
PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	INADECUADO	10	17,5	17,5
	INTERMEDIO	40	70,2	87,7
	ADECUADO	7	12,3	100
	Total	57	100	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Responsables: Tania Tenesaca, Mercedes Tigre

Análisis: En la tabla N° 3 se evalúa de forma individual, a los 3 ámbitos del cuestionario DKQ 24, obteniéndose los siguientes resultados: el 68.4% (n=39) tienen un conocimiento intermedio sobre los conocimientos básicos de la enfermedad, el 77.2% (n=44) tiene un conocimiento intermedio en cuanto al control de la glicemia y el 70.2% (n=40) tiene un nivel intermedio en cuanto a prevención de complicaciones.



Tabla 4 Distribución del nivel de autocuidado de los pacientes que acuden al Centro de Salud Gualaceo

NIVEL DE AUTOUIDADO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido SIN AUTOUIDADO	37	64,9	64,9	64,9
CON AUTOUIDADO	20	35,1	35,1	100,0
Total	57	100,0	100,0	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Responsables: Tania Tenesaca, Mercedes Tigre

Análisis: En la tabla N° 4 se indica el nivel de autocuidado de los pacientes que acuden al Centro de Salud Gualaceo de acuerdo al Summary of Diabetes Self – care Activities Measure (SDSCA) obteniéndose el siguiente resultado: el 64.9% (n=37) de pacientes encuestados no presenta autocuidado (sin autocuidado).



Tabla 5 Distribución del nivel de autocuidado de acuerdo a los ámbitos evaluados a los pacientes que acuden al Centro de Salud Gualaceo

DIETA GENERAL				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido SIN AUTOCUIDADO	30	52,6	52,6	52,6
Válido CON AUTOCUIDADO	27	47,4	47,4	100
Total	57	100	100	
DIETA ESPECIFICA				
Válido SIN AUTOCUIDADO	57	100	100	100
ACTIVIDAD FÍSICA				
Válido SIN AUTOCUIDADO	46	80,7	80,7	80,7
Válido CON AUTOCUIDADO	11	19,3	19,3	100
Total	57	100	100	
EXÁMENES DE NIVELES DE AZÚCAR EN LA SANGRE				
Válido SIN AUTOCUIDADO	52	91,2	91,2	91,2
Válido CON AUTOCUIDADO	5	8,8	8,8	100
Total	57	100	100	
CUIDADO DE LOS PIES				
Válido SIN AUTOCUIDADO	23	40,4	40,4	40,4
Válido CON AUTOCUIDADO	34	59,6	59,6	100
Total	57	100	100	
MEDICAMENTOS				
Válido SIN AUTOCUIDADO	9	15,8	15,8	15,8
Válido CON AUTOCUIDADO	48	84,2	84,2	100
Total	57	100	100	
TABAQUISMO				
Válido CON AUTOCUIDADO	57	100	100	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Responsables: Tania Tenesaca, Mercedes Tigre



Análisis: En la tabla N° 5 se evalúa de forma individual, los 7 ámbitos del cuestionario SDSCA, obteniéndose los siguientes resultados: en cuanto a la dieta general el 52.6% (n=30) representa al porcentaje de pacientes sin autocuidado, en la dieta específica el 100% (n=57) representa a pacientes sin autocuidado, en la actividad física el 80.7% (n=46) representa a pacientes sin autocuidado, en cuanto a los exámenes de niveles de azúcar en la sangre el 91% (n=52) representa a pacientes sin autocuidado, en el cuidado de los pies el 59.6% (n=34) representa a pacientes con autocuidado, con relación a los medicamentos el 84.2% (n=48) representa al porcentaje de pacientes con autocuidado, finalmente en el ámbito que evalúa el consumo de tabaco el 100% (n=57) de población encuestada no realiza esta práctica (con autocuidado).



Tabla 6 Relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de autocuidado de los pacientes que acuden al Centro de Salud Gualaceo

	NIVEL DE AUTOCUIDADO				Total	Valor p	Chi2	
	SIN AUTOCUIDADO		CON AUTOCUIDADO					
NIVEL DE CONOCIMIENTO	INADECUADO	2	3.5	1	1.8	3	0,421	1,731
	INTERMEDIO	32	56.1	19	33.3	51		
	ADECUADO	3	5.3	0	0	3		
Total		37	64.9	20	35.1	57		

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Responsables: Tania Tenesaca, Mercedes Tigre

Análisis: En la tabla N° 6 que evalúa la relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de autocuidado, determino que el 56.1% (n=32) tiene un nivel de conocimiento intermedio y no presenta autocuidado (sin autocuidado), por otro lado el 33.3% (n=19) tiene un nivel de conocimiento intermedio y presentan autocuidado (con autocuidado), observándose que no existe una relación estadísticamente significativa con un valor p de 0.421 y un Chi2 de 1.731.



CAPÍTULO VI

6.1 DISCUSIÓN

En la Diabetes Mellitus tipo 2 el conocimiento y el autocuidado son factores de suma importancia para mantener un control adecuado de la enfermedad, permitiéndole al paciente ser el gestor de su propia salud. En nuestro estudio se determinó el rango de edad de 40 a 50 años. El sexo predominante fue el sexo femenino representando el 73.7% (n=42). Datos similares se encontraron en un estudio denominado “Autocuidado del paciente diabético tipo 2 en el club de amigos dulces de la ciudad de Loja” en donde el género femenino predominó con un 87%(60). Así mismo en un estudio denominado “Conocimientos, actitudes y prácticas en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al centro de Atención Ambulatoria 302 del IESS en el periodo de mayo a julio 2015” realizado en la ciudad de Cuenca en donde el 61.6% de la población estudiada fueron mujeres (62). Mientras que en un estudio realizado en Santo Domingo denominado “Nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus y prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2 del Hospital General Medical Cubacenter” el 58% de pacientes estudiados fueron del sexo masculino (63). En Ecuador de acuerdo al INEC en el año 2019, la DM2 fue la 2^{da} causa de mortalidad en mujeres y la 3^{ra} causa de mortalidad en hombres (4), cuya prevalencia de acuerdo a la encuesta ENSANUT del año 2012 es más alta en mujeres (2.8%) que en hombres (2.6%) (5). Las mujeres tienen mayor predisposición a padecerla debido a que existe una alta prevalencia de obesidad, sedentarismo, cambios hormonales y trastornos alimentarios, factores causales de la misma.

Con respecto al estado civil en nuestro estudio el 57.9% (n=33) son casados, encontrándose datos similares en un estudio denominado “Impacto de la intervención educativa en los pacientes de los clubes de diabéticos de los centros de salud Carlos Elizalde, el Valle y San Pedro del Cebollar, Distrito 01D02, Cuenca, 2018” en donde el 56.7% de la población estaban casados (64). Mientras que los resultados difieren en un estudio denominado “Autocuidado de la Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos de 40 a 60 años atendidos en la consulta externa de Hospital



General IESS Ceibos” en donde el estado civil predominante de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 corresponde a un 50% es de unión libre (59).

En cuanto a la instrucción predominante el 68.4% (n=39) estudio solo la primaria, datos similares se encontraron en un estudio denominado “Conocimientos sobre la enfermedad y autocuidado de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2” realizado en Colombia en donde el 51% de la población de estudio solo realizo la primaria (61). Otros datos difieren, en un estudio realizado en el Hospital General IESS Ceibos se obtuvo que el 60% de la población de estudio tenía un nivel de instrucción superior (59).

Con respecto a la ocupación predominante el 52.6% (n=30) son amas de casa, datos que concuerdan con los siguientes estudios: un estudio realizado en México denominado “Nivel de conocimiento que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en relación a su enfermedad” en donde la ocupación del 44.3% (43) fueron amas de casa (65); En un estudio realizado en Irán denominado “Diabetic foot care: Knowledge and practice” de igual manera el 44.3% (166) fueron amas de casa (66). Por otro lado los datos difieren con un estudio realizado en Chile denominado “Autocuidado, alfabetización en salud y control glicémico en personas con Diabetes Mellitus tipo 2” en donde el 45.7% representaba a los pensionados (67).

De acuerdo a la residencia de los encuestados el 66.7% (n=38) residen en la zona urbana, datos similares se muestran en los siguientes estudios: un estudio realizado en Cuba denominado “Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2” en donde según sus resultados manifiesta que la mayoría de los encuestados proceden de la zona urbana (14), de igual manera en un estudio realizado en México titulado “Atención médica y acciones de autocuidado en personas que viven con diabetes, según nivel socioeconómico” donde el 59.7% de la población estudiada residía en la zona urbana (68), y en un estudio realizado en Colombia nombrado “Conocimientos sobre la enfermedad y autocuidado de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2” que indica que el 88% de la población residían en el área urbana (61).



Respecto a los ingresos económicos de los pacientes encuestados el 91.2% (n=52) tiene ingresos inferiores a 400 dólares, cuyos resultados concuerdan con un estudio denominado “Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena” donde el 34.7% de la población de estudio presentaban bajos ingresos económicos (menos de un salario mínimo mensual vigente) (69).

Esta investigación permitió determinar el nivel de conocimiento de los pacientes encuestados que acuden al Centro de Salud Gualaceo de acuerdo al cuestionario Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ 24), obteniendo un conocimiento intermedio representado por el 89.5% (n=51) de pacientes encuestados. A manera de acotación se representó también el grado de conocimiento en cada uno de los ámbitos evaluados donde el 68.4% (n=39) tienen un nivel un conocimiento intermedio sobre los conocimientos básicos de la enfermedad, el 77.2% (n=44) tiene un conocimiento intermedio en cuanto al control de la glicemia y el 70.2% (n=40) tiene un nivel intermedio en cuanto a prevención de complicaciones. En un estudio realizado en Polonia denominado “Glycemic control and awareness among diabetic patients of nutrition recommendations in diabetes” se obtuvo resultados similares donde el nivel de conocimiento fue medio (satisfactorio) cuyo porcentaje representó el 69.1% de la población con DM2(70).

Sin embargo varios estudios no concuerdan con el resultado de nuestra investigación, por esta razón mencionaremos algunos. Un estudio titulado “Evaluación de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 de un hospital del Lima, Perú y su asociación con la adherencia al tratamiento” mostro que el 78.1% presenta un conocimiento adecuado (71), de igual forma un estudio realizado en Villahermosa - México, utilizando el cuestionario DKQ-24, evidencio que los participantes tuvieron un nivel de conocimiento adecuado que representa el 64.9%, además detalla individualmente los 3 ámbitos que evalúa el cuestionario donde el 89.7% tuvo un nivel adecuado en cuanto a conocimientos básicos sobre la enfermedad, el 63.9% tuvo un nivel adecuado en control glucémico y el 89.7% tuvo un nivel adecuado en prevención de complicaciones (65). Así mismo un estudio realizado en Puebla – México en el cual se aplicó el cuestionario DKQ-24



a una persona con diagnóstico de DM2, el paciente quedó clasificado con un conocimiento no suficiente (puntuación 14) que representa el 58.3% (72).

De acuerdo a la revisión de varios estudios se evidenció que posterior a una intervención educativa el conocimiento de los pacientes mejora significativamente en relación a la información básica, el control y las complicaciones de la diabetes, también ayuda a mejorar positivamente el estilo de vida del paciente en ámbitos como nutrición, actividad física, manejo de las emociones, y adherencia al tratamiento (72,73); es necesario que el personal de enfermería tenga en cuenta las características de la población a la hora de implementar programas educativos para que estos cumplan su objetivo (73). Ya que el desconocimiento sobre la patología incrementa la aparición de complicaciones crónicas, invalidez y muerte prematura (65).

El nivel de autocuidado de los pacientes que acuden al Centro de Salud Gualaceo de acuerdo al Summary of Diabetes Self – care Activities Measure (SDSCA) fue de 64.9% (n=37) no presenta autocuidado (sin autocuidado). Para realizar una interpretación más detallada se evaluó los 7 ámbitos del cuestionario SDSCA, obteniéndose los siguientes resultados: en cuanto a la dieta general el 52.6% (n=30) sin autocuidado, en la dieta específica el 100% (n=57) sin autocuidado, en la actividad física el 80.7% (n=46) sin autocuidado, en cuanto a los exámenes de niveles de azúcar en la sangre el 91% (n=52) sin autocuidado, en el cuidado de los pies el 59.6% (n=34) con autocuidado, con relación a los medicamentos el 84.2% (n=48) con autocuidado, finalmente en el ámbito que evalúa el consumo de tabaco el 100% (n=57) de población encuestada no realiza esta práctica (con autocuidado).

Un estudio realizado en 3 centros de salud de la ciudad de Cuenca coincide con nuestros resultados, se obtuvo un porcentaje de 78.5% (n=84) de los pacientes sin autocuidado. Es necesario mencionar que en este estudio se evaluó el impacto de una intervención educativa, dando resultados positivos ya que posterior a la educación mejoraron las prácticas de autocuidado (64). De igual manera un estudio denominado “Self-Care in Adults with Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic



Review” posterior a la revisión de 34 artículos concluyeron que el autocuidado general fue insatisfactorio. El ejercicio físico se clasificó como la actividad de autocuidado que realizaban con menor frecuencia los individuos con diabetes mellitus tipo 2; la adherencia a la medicación fue el comportamiento más frecuente entre los voluntarios. También mencionaron que las malas prácticas de autocuidado se reflejan en el aumento de las complicaciones de la diabetes (74).

Sin embargo los datos discrepan con un estudio realizado en la ciudad Loja-Ecuador mediante el cual se evidenció a través del cuestionario SDSCA que la población estudiada en promedio tiene un buen autocuidado. Cabe mencionar que de acuerdo a la evaluación individual los parámetros que coinciden con nuestro estudio son: la dieta representa el 51.9% con un mal autocuidado, el automonitoreo de la glucosa representa el 88.9% con un mal autocuidado, cuidado de los pies representa el 70.4% con buen autocuidado, el consumo de tabaco representa 96.3% con buen autocuidado, la adherencia al tratamiento representa 83.3% con un buen autocuidado (60).

Al hablar de la relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de autocuidado, se determinó que no existe una relación estadísticamente significativa con un valor p de 0.421 y un χ^2 de 1.731. Datos que difieren con varios estudios revisados; Un estudio realizado en el Hospital las Mercedes-Chiclayo-Perú determinó que existe una relación positiva y altamente significativa entre las variables de nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado en el paciente con diabetes mellitus, por lo que se puede entender que a medida que el nivel de conocimiento aumenta, el nivel de prácticas es también creciente y disminuye cuando uno de ellos también lo hace, son directamente proporcionales (75). Un estudio realizado en Iquitos-Perú concluyó que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre diabetes y la práctica de autocuidado en pacientes adultos con diabetes (76). Un estudio realizado en Turquía determinó que el nivel de educación, el estado de ejercicio se relacionaron significativamente con el autocuidado de la diabetes (48). Y



Otro realizado en Irán estableció una relación directa y significativa entre el conocimiento de los pacientes con su actitud y práctica de autocuidado (77).

Es necesario desarrollar estrategias e intervenciones educativas ya que de acuerdo a las revisiones se evidencia que a mayor conocimiento mejor es el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (61).



CAPÍTULO VII

7.1 CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos planteados en nuestra investigación se concluye:

- De acuerdo a las características sociodemográficas, el total de pacientes encuestados, quienes están dentro del rango de edad establecido para este estudio (40 a 50 años), que representan el 100% (n=57); con respecto al sexo predominante el 73.7% (n=42) representa el sexo femenino, referente al estado civil el 57.9% (n=33) son casados, en cuanto a la instrucción predominante el 68.4% (n=39) termino la primaria, con respecto a la ocupación predominante el 52.6% (n=30) son amas de casa, de acuerdo a la residencia el 66.7% (n=38) residen en la zona urbana, finalmente respecto a los ingresos económicos de los pacientes encuestados el 91.2% (n=52) tiene ingresos inferiores a 400 dólares.
- El nivel de conocimiento de los pacientes encuestados que acuden al Centro de Salud Gualaceo de acuerdo al cuestionario Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ 24), se obtuvo que el 89.5% (n=51) tienen un conocimiento intermedio.
- El nivel de autocuidado de los pacientes que acuden al Centro de Salud Gualaceo de acuerdo al Summary of Diabetes Self – care Activities Measure (SDSCA) se obtuvo que el 64.9% (n=37) de pacientes encuestados no presenta autocuidado (sin autocuidado).
- Con respecto a la relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de autocuidado, se determinó que no existe una relación estadísticamente significativa con un valor p de 0.421 y un Chi2 de 1.731.



7.2 RECOMENDACIONES

- Se debe implementar programas educativos innovadores, de calidad y que sean continuos, basados en evidencia científica y adaptados a las necesidades de la población, deben ser brindados por un equipo multidisciplinario capacitado. De modo que no solo permita incrementar el conocimiento en diabetes sino que también le permita al paciente cambiar su conducta y desarrollar mejores habilidades de autocuidado.
- El personal de enfermería responsable y gestor de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, debe tener una constante capacitación en las diversas patologías que afectan a nuestra población y en este caso especial en la Diabetes Mellitus tipo 2 para que pueda brindar educación de calidad.
- Se recomienda que las autoridades del Centro de Salud Gualaceo tomando en cuenta los resultados obtenidos en este estudio, implemente talleres educativos frecuentes y continuos dirigidos no solo a pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 sino también a la población en riesgo, esto permitirá generar conciencia y así evitar la aparición temprana de las complicaciones de la enfermedad.
- Teniendo en cuenta que en nuestro estudio no se estableció la relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de autocuidado se recomienda realizar investigaciones similares a la nuestra con una muestra más amplia ya que en varios estudios internacionales si se determinó esta relación.



CAPÍTULO VIII

8.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Guía Práctica Clínica (GPC) de Diabetes Mellitus tipo 2 [Internet]. Primera Edición Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2017. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Diabetes-mellitus_GPC.pdf
2. Navarrete B C, Cartes-Velásquez R. Prevalence of type 2 diabetes and obesity in Pehuenches communities, Alto Biobio. Revista chilena de nutrición. septiembre de 2012;39(3):7-10.
3. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. Brussels: International Diabetes Federation; 2015.
4. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Anuario Nacimientos y Defunciones [Internet]. INEC. 2019 [citado 17 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2019/Presentacion_EDG%20_2019.pdf
5. Ecuador M de salud pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: ENSANUT-ECU 2012. Quito: INEC; 2014.
6. Herrera Lían A, Andrade Y, Hernández O, Manrique J, Faria K, Machado M. Patients with Type 2 Mellitus Diabetes and their Self-Care Agency Capacity, Cartagena. Avances en Enfermería. julio de 2012;30(2):39-46.
7. Hernández YN, Pacheco JAC. Importancia del autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus. Revista Finlay. 26 de septiembre de 2016;6(3):215-220-220.
8. Zafra JA, Méndez JC, Failde I. Nivel de conocimientos y autocuidados de los pacientes diabéticos atendidos en un centro de salud de el puerto de santa maría (cádiz). Endocrinol Nutr. 1 de agosto de 2001;48(7):187-92.
9. Pichardo-Hernández JH, Elizaldi-Lozano NE. Alcances de una estrategia educativa en pacientes diabéticos de una unidad de medicina familiar. Aten Fam. 1 de octubre de 2015;22(4):108-10.
10. Rodríguez GG, Moya JAV, Rodríguez AM, Fonticiella LF, Rodríguez YG, Velázquez JMG. La educación del paciente diabético de debut para prevenir las úlceras del pie diabético. Acta Med Cent. 2020;14(1):68-81.



11. Quero-Hernández A, López-Cruz G, Cervantes-García MC, Chávez-Solano L, Peñuela-Olaya MA, Cuevas-López LL, et al. Impacto de un programa de educación para la salud promoviendo conductas de autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2 en el estado de Oaxaca. *Sal Jal.* 10 de febrero de 2021;7(Esp):24-30.
12. Pérez Rodríguez A, Berenguer Gouarnaluses M. Algunas consideraciones sobre la diabetes mellitus y su control en el nivel primario de salud. *MEDISAN.* marzo de 2015;19(3):375-90.
13. Carcavilla Urquí A. Atención al paciente con diabetes: algo más que insulinas. *Pediatría Atención Primaria.* octubre de 2009;11:217-38.
14. Soler Sánchez YM, Pérez Rosabal E, López Sánchez M del C, Quezada Rodríguez D. Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Archivo Médico de Camagüey.* junio de 2016;20(3):244-52.
15. Martins Giroto PC, de Lima Santos A, Silva Marcon S. Conocimiento y actitud frente a la enfermedad de personas con diabetes mellitus atendidas en Atención Primaria. *Enfermería Global.* 2018;17(52):512-49.
16. Orozco AC, Machado AC, Bohórquez CH, Balmaceda MTC, Palmett LLN. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. *Sincelejo, Colombia. Investigaciones Andina.* 2013;15(26):667-78.
17. Organización Mundial de la Salud. Diabetes [Internet]. 2020 [citado 29 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
18. Jiménez PG, Martín-Carmona J, Hernández EL. Diabetes mellitus. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado.* 1 de septiembre de 2020;13(16):883-90.
19. International Diabetes Federation. Atlas de la Diabetes de la FID [Internet]. Novena edición. International Diabetes Federation; 2019. Disponible en: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf
20. American Diabetes Association. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2020. *Diabetes Care.* 1 de enero de 2020;43(Supplement 1):S14-31.
21. Jumbo RFT, Navia MKA, Avilés DAR, Rivera MKB. Complicaciones agudas de diabetes tipo 2. *RECIMUNDO.* 6 de marzo de 2020;4(1(Esp)):46-57.



22. Barrera M, Ramírez A, Villamil E, Quintanilla R, Ruiz M, Méndez Y, et al. Complicaciones agudas de la Diabetes mellitus, visión práctica para el médico en urgencias: Revisión de tema. ARTÍCULO DE REVISIÓN. 12 de enero de 2019;
23. Capel I, Berges-Raso I. Complicaciones agudas hiperglucémicas e hipoglucémicas. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. octubre de 2016;12(18):1035-42.
24. American Diabetes Association. 11. Microvascular Complications and Foot Care: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. Dia Care. enero de 2020;43(Supplement 1):S135-51.
25. Gutiérrez MMA, Cantero AP, Martínez LC. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la nefropatía diabética. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 1 de octubre de 2020;13(17):974-7.
26. Umanath K, Lewis JB. Update on Diabetic Nephropathy: Core Curriculum 2018. American Journal of Kidney Diseases. junio de 2018;71(6):884-95.
27. Castillo-Otí JM, Cañal-Villanueva J, García-Unzueta MT, Galván-Manso AI, Callejas-Herrero MR, Muñoz-Cacho P. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la retinopatía diabética en Santander. Norte de España. Atención Primaria. 1 de enero de 2020;52(1):29-37.
28. Muñoz de Escalona-Rojas JE, Quereda-Castañeda A, García-García O. Actualización de la retinopatía diabética para médicos de atención primaria: hacia una mejora de la medicina telemática. SEMERGEN - Medicina de Familia. 1 de abril de 2016;42(3):172-6.
29. L. JC. RETINOPATÍA DIABÉTICA DESDE LA PREVENCIÓN. INTEGRAR LA PESQUISA EN LOS CENTROS DE DIABETES. Revista Médica Clínica Las Condes. 1 de marzo de 2016;27(2):195-203.
30. Botas Velasco M, Cervell Rodríguez D, Rodríguez Montalbán AI, Vicente Jiménez S, Fernández de Valderrama Martínez I. Actualización en el diagnóstico, tratamiento y prevención de la neuropatía diabética periférica. Angiología. 1 de mayo de 2017;69(3):174-81.
31. Aleman L, Ramírez-Sagredo A, Ortiz-Quintero J, Lavandero S, Aleman L, Ramírez-Sagredo A, et al. Diabetes mellitus tipo 2 y cardiopatía isquémica: fisiopatología, regulación génica y futuras opciones terapéuticas. Revista chilena de cardiología. abril de 2018;37(1):42-54.



32. Feng A, Peña Y, Li W. La cardiopatía isquémica en pacientes diabéticos y no diabéticos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. abril de 2017;16(2):217-28.
33. American Diabetes Association. 10. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Medical Care in Diabetes—2020. *Diabetes Care*. enero de 2020;43(Supplement 1):S111-34.
34. Pujante Alarcón P, Menéndez Torre EL, Morales Sánchez P, Rodríguez Escobedo R, Conde Barreiro S, Rojo Martínez G, et al. Enfermedades cardiovasculares en personas con diabetes mellitus en España según la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) en 2017. *Medicina Clínica*. marzo de 2021;S0025775321001214.
35. Isea J, Vilorio JL, Ponte N CI, Gómez M JR. Complicaciones macrovasculares de la diabetes mellitus: cardíacas, vasculocerebrales y enfermedad arterial periférica. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*. octubre de 2012;10:96-110.
36. Piña RG, Martínez D andínez. Epidemiología, etiología y clasificación de la enfermedad vascular cerebral. *Archivos de Medicina (Col)*. 16(2):495-507.
37. Tejada García J, Redondo Robles L. Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en los pacientes con diabetes. *Avances en Diabetología*. 1 de diciembre de 2010;26(6):397-402.
38. Puras-Mallagray E, Gutiérrez-Baz M, Cáncer-Pérez S, Alfayate-García JM, de Benito-Fernández L, Perera-Sabio M, et al. Estudio de prevalencia de la enfermedad arterial periférica y diabetes en España. *Angiología*. 1 de enero de 2008;60(5):317-26.
39. Aguilera Lagos R, Díaz López EJ, Colman Juárez BL, Carranza Pagoada RE, Padilla Meza JC, Cáceres Munguía GI, et al. Enfermedad arterial periférica y diabetes mellitus de tipo 2 en atención primaria. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular [Internet]*. agosto de 2020 [citado 1 de abril de 2021];21(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1682-00372020000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
40. Mendoza I, Torres S JE, Herrera A, Colina W. Educación diabetológica y su proyección a la comunidad. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*. octubre de 2012;10:138-42.
41. Pilar Hevia V. E. EDUCACIÓN EN DIABETES. *Rev Med Clin Condes*. 1 de marzo de 2016;27(2):271-6.



42. American Association of Diabetes Educators. Conductas de Autocuidado. ADCES [Internet]. 2020; Disponible en: <https://www.diabeteseducator.org/living-with-diabetes/spanish-resources#sts=AADE7%20Conductas%20de%20AutocuidadoTM>
43. Páez RFH, Garzón LHA. Educación en diabetes: un aspecto clave de la formación actual en enfermería. Orinoquía. 2014;18(2):78-92.
44. Castro-Meza AN, Pérez-Zumano SE, Salcedo-Álvarez RA, Castro-Meza AN, Pérez-Zumano SE, Salcedo-Álvarez RA. La enseñanza a pacientes con diabetes: significado para profesionales de enfermería. Enfermería universitaria. marzo de 2017;14(1):39-46.
45. Bächler R, Mujica V, Orellana C, Cáceres D, Carrasco N, Davidson C, et al. Eficacia de un programa educativo estructurado en población diabética chilena. Revista médica de Chile. febrero de 2017;145(2):181-7.
46. Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Revista Médica Electrónica. diciembre de 2014;36(6):835-45.
47. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana. diciembre de 2017;19(3):89-100.
48. İlhan N, Telli S, Temel B, Aştı T. Health literacy and diabetes self-care in individuals with type 2 diabetes in Turkey. Primary Care Diabetes. 1 de febrero de 2021;15(1):74-9.
49. Simplício Oliveira P, Lopes Costa MM, Lopes Ferreira JD, Jácome Lima CL, Simplício Oliveira P, Lopes Costa MM, et al. Autocuidado en Diabetes Mellitus: estudio bibliométrico. Enfermería Global. 2017;16(45):634-88.
50. Yehualashet FA, Tegegne ET, Ayele AD, Takele WW. Do adult patients with diabetes mellitus living in rural part of Ethiopia and having poor social support have disproportionately poor self-care practice? A systematic review and meta-analysis. Primary Care Diabetes [Internet]. 2 de marzo de 2021 [citado 8 de abril de 2021]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751991821000358>
51. Alodhayani A, Almutairi KM, Vinluan JM, Almigbal TH, Alonazi WB, Ali Batais M, et al. Association between self-care management practices and glycemic control of patients with type 2 diabetes mellitus in Saud Arabia: A cross –sectional study. Saudi Journal of Biological Sciences. 1 de abril de 2021;28(4):2460-5.



52. Dehvan F, Qasim Nasif F, Dalvand S, Ausili D, Hasanpour Dehkordi A, Ghanei Gheshlagh R. Self-care in Iranian patients with diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Primary Care Diabetes*. 1 de febrero de 2021;15(1):80-7.
53. Galindo Rubio M, Jansà Morató M, Menéndez Torre E. Educación terapéutica y autocuidado: resultados del estudio observacional transversal Diabetes Attitudes, Wishes and Needs 2 (DAWN2) en España. *Endocrinología y Nutrición*. 1 de octubre de 2016;62(8):391-9.
54. Pérez-Robledo ME, Pérez-Rodríguez M del C, Hernández-Castañón A, Guerrero-Hernández MT, López-Torres L, Hernández-Rodríguez A. Efecto de la capacitación sobre autocuidado de pacientes adultos con DM2 en el conocimiento del personal de enfermería. *Rev Enferm IMSS*. 15 de septiembre de 2016;24(3):191-6.
55. Naranjo Hernández Y, Rodríguez Larrinaga M, Concepción Pacheco JA. Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana. *Revista Cubana de Enfermería*. diciembre de 2016;32(4):0-0.
56. Sabogal IMU, Arciniegas CNM, Uribe EFP, Ramírez AN, Gómez DLQ, Mariño MAG. Proceso de Enfermería en la persona con diabetes mellitus desde la perspectiva del autocuidado. *Revista Cubana de Enfermería [Internet]*. 29 de junio de 2017 [citado 14 de agosto de 2021];33(2). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1174>
57. Ojeda IAM. Autocuidado en usuarios diabéticos en centros de salud urbanos. *Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]*. 16 de diciembre de 2019 [citado 13 de agosto de 2021];35(4). Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1034>
58. Solórzano FAV, García JHF, Morillo AVS, Párraga JAS. Práctica de autocuidado en paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Científica Sinapsis [Internet]*. 30 de junio de 2020 [citado 14 de agosto de 2021];1(16). Disponible en: <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/sinapsis/article/view/346>
59. Cárdenas Rivera KJ, Veloz Lucio ME. Autocuidado de la Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos de 40-60 años atendidos en la consulta externa del Hospital General IEES Ceibos. [Internet] [Cuantitativo Prospectivo]. [Hospital General IEES Ceibos]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2018. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/11181/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-473.pdf>



60. Pinzón Reyes GM. Autocuidado del paciente diabético tipo 2 en el club amigos dulces de la ciudad de Loja [Internet] [Cuantitativo, descriptivo de corte transversal]. [Loja]: Universidad Nacional de Loja; 2019. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/22063/1/Gabriela%20Pinzon%20tesis%20pdf.pdf>
61. Oviedo SO, Narváez NB, Torres KA, Torres KP. Conocimientos sobre la enfermedad y autocuidado de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2*. Revista avances en salud. 16 de octubre de 2019;3(2):18-26.
62. Delgado Abril DV, Flores Figueroa AC. Conocimientos, actitudes y prácticas en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al centro de Atención Ambulatoria 302 del IESS en el periodo de mayo a julio, Cuenca-Ecuador, 2015 [Internet] [Descriptivo]. [Centro de Atención Ambulatoria 302 del IESS]: Universidad de Cuenca; 2015. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25214/1/TESIS.pdf>
63. Mesias Robles VA, Vásquez Moreira CA. Nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus y prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2 del Hospital General Medical Cubacenter [Internet] [Descriptivo correlacional diseño transversal]. [Santo Domingo]: Universidad Pontificia Católica del Ecuador; 2019. Disponible en: https://issuu.com/pucesd/docs/mes_as_y_v_squez
64. Galarza Pangol PB, Morocho Pindo CF. Impacto de la intervención educativa en los pacientes de los clubes de diabéticos de los centros de salud Carlos Elizalde, el Valle y San Pedro del Cebollar, Distrito 01D02, Cuenca, 2018 [Internet] [Cuasi-experimental]. [Centro de Salud Carlos Elizalde, el Valle, San Pedro del Cebollar]: Universidad de Cuenca; 2018. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/31540/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20N.pdf>
65. Gómez-Encino G del C, Cruz-León A, Zapata-Vázquez R, Ramón FM-. Nivel de conocimiento que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en relación a su enfermedad. Salud en Tabasco. 2016;21(1):17-25.
66. Pourkazemi A, Ghanbari A, Khojamli M, Balo H, Hemmati H, Jafaryparvar Z, et al. Diabetic foot care: knowledge and practice. BMC Endocr Disord. 20 de marzo de 2020;20(1):40.
67. AUTOCUIDADO, ALFABETIZACIÓN EN SALUD Y CONTROL GLICÉMICO EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. Ciencia y enfermería. diciembre de 2019;25:00-00.



68. Villalobos A, Rojas-Martínez R, Aguilar-Salinas CA, Romero-Martínez M, Mendoza-Alvarado LR, Flores-Luna M de L, et al. Atención médica y acciones de autocuidado en personas que viven con diabetes, según nivel socioeconómico. *Salud Pública de México*. diciembre de 2019;61(6):876-87.
69. Herrera Lían A, Andrade Y, Hernández O, Manrique J, Faria K, Machado M. Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. *Avances en Enfermería*. julio de 2012;30(2):39-46.
70. Ruszkiewicz K, Jagielski P, Traczyk I. Glycemic control and awareness among diabetic patients of nutrition recommendations in diabetes. *Rocz Panstw Zakl Hig*. 2020;71(2):191-6.
71. Zamora-Niño CF, Guibert-Patiño AL, De La Cruz-Saldaña T, Ticse-Aguirre R, Málaga G. Evaluación de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 de un hospital de Lima, Perú y su asociación con la adherencia al tratamiento. *Acta Médica Peruana*. abril de 2019;36(2):96-103.
72. Ramírez-Girón N, Cortés-Barragán B, Galicia-Aguilar RM. Continuidad del cuidado: adulto mayor con diabetes tipo 2 y su cuidador. *Enfermería Universitaria*. 1 de enero de 2016;13(1):61-8.
73. López López E, Ortiz Gress AA, López Carbajal MJ. Intervención educativa sobre el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes y baja o nula escolaridad. *Inv Ed Med*. 1 de enero de 2016;5(17):11-6.
74. da Rocha RB, Silva CS, Cardoso VS. Self-Care in Adults with Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review. *Curr Diabetes Rev*. 2020;16(6):598-607.
75. Chanamé Lluen MJ. NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DEL AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS EN HOSPITAL LAS MERCEDES- CHICLAYO, 2018. Repositorio Institucional - USS [Internet]. 2018 [citado 29 de agosto de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe//handle/20.500.12802/5258>
76. Isuiza Murayari MP, Vela Tamabi M. NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES ADULTOS CON DIABETES, PUESTO DE SALUD 1-2 PROGRESO, SAN JUAN BAUTISTA 2018 [Internet] [Descriptivo correlacional con corte transversal]. [Iquitos - Perú]: Universidad Privada de la Selva Peruana; 2018. Disponible en: <http://repositorio.ups.edu.pe/bitstream/handle/UPS/48/Tesis%20Nivel%20de%20conocimiento%20de%20autocuidado.pdf>



77. Karbalaefar R, Kazempour-Ardebili S, Amiri P, Ghannadi S, Tahmasebinejad Z, Amouzegar A. Evaluating the effect of knowledge, attitude and practice on self-management in patients with type 2 diabetes. *Acta Diabetol.* diciembre de 2016;53(6):1015-23.



CAPÍTULO IX

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADO R	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.	Tiempo transcurrido	Años y meses	Numérico 40 – 50 años
Sexo	Características físicas que diferencian a un hombre de una mujer.	Fenotipo	Entrevista	Nominal <ul style="list-style-type: none">• Hombre• Mujer
Estado civil	Situación de la persona determinada por sus relaciones de familia, proveniente del matrimonio o parentesco.	Situación Legal en función si tiene o no pareja.	Entrevista	Nominal <ul style="list-style-type: none">• Soltero/a• Unión de hecho• Casado/a• Divorciado/a• Viudo/a
Instrucción	Es el nivel de conocimientos adquiridos en cierta medida relacionada con el proceso académico de aprendizaje.	Nivel de conocimientos.	Años de estudio	Ordinal <ul style="list-style-type: none">• Ninguno• Primaria• Secundaria• Tercer nivel• Cuarto nivel
Ocupación	Tipo de actividad del	Actividad desempeñada	Entrevista	Nominal <ul style="list-style-type: none">• Ninguno/a



	que se obtiene beneficios económicos.	a.		<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Empleado/a • Independiente • Jubilado • Otros
Residencia	Lugar en donde se reside/vive.	Zona de ubicación de su vivienda	Entrevista	Nominal <ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Rural
Ingresos económicos	Hacen referencia a todas las entradas económicas que recibe una persona	Salario	Entrevista	Ordinal <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 400 dólares • De 401 a 600 dólares • De 601 a 800 dólares • De 801 a 1000 dólares • Más de 1000 dólares
Conocimiento sobre la Diabetes Mellitus tipo 2	Acción y efecto de conocer, es decir adquirir información valiosa para comprender la realidad por medio de la razón	Nivel de conocimiento	Diabetes Knowledge Questionnaire	Ordinal <ul style="list-style-type: none"> • 17 – 24 adecuado • 9 – 16 Intermedia • <8 inadecuado
Autocuidado en Diabetes Mellitus tipo 2	Acciones o cuidados que tienen las personas sobre su estado de salud.	Nivel de autocuidado	Summary of Diabetes Self-care Activities Measure (SDSCA)	Ordinal <ul style="list-style-type: none"> • < 5 días: sin prácticas de autocuidado • > 5 días: con prácticas de autocuidado.



FORMULARIOS DE ENCUESTA

**ANEXO 2: CUESTIONARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS
SOCIODEMOGRÁFICOS**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y AUTOCUIDADO EN PACIENTES ADULTOS DE 40 A 50 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD GUALACEO, 2021

Fecha: _____

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Edad
Sexo	Masculino..... Femenino.....
Estado civil	Soltero/a..... Unión de hecho..... Casado/a..... Divorciado/a..... Viudo/a.....
Instrucción	Ninguno..... Primaria..... Secundaria..... Tercer nivel..... Cuarto nivel.....
Ocupación	Ninguno/a.....



	Ama de casa..... Empleado/a..... Independiente..... Jubilado..... Otros.....
Residencia	Urbano..... Rural.....
Ingresos económicos	Menos de 400 dólares..... De 401 a 600 dólares..... De 601 a 800 dólares..... De 801 a 1000 dólares..... Más de 1000 dólares.....



ANEXO 3: DIABETES KNOWLEDGE QUESTIONARIE

Instructivo: Lea las preguntas y marque con una X la respuesta que usted considera correcta.

Ítem / Preguntas	SI	NO	NO SÉ
1. El comer mucha azúcar y otras comidas dulces es una cause de la diabetes.			
2. La cause común de la diabetes es la falta de insulina efectiva en el cuerpo.			
3. La diabetes es causada porque los riñones no pueden mantener el azúcar fuera de la orina.			
4. Los riñones producen la insulina.			
5. En la diabetes que no se está tratando, la cantidad de azúcar en la sangre usualmente sube.			
6. Si yo soy diabético, mis hijos tendrán más riesgo de ser diabéticos.			
7. Se puede curar la diabetes.			
8. Un nivel de azúcar de 210 en prueba de sangre hecha en ayunas es muy alto.			
9. La mejor manera de checar mi diabetes es haciendo pruebas de orina.			
10. El ejercicio regular aumentará la necesidad de insulina u otro medicamento para la diabetes.			
11. Hay dos tipos principales de diabetes: Tipo 1 (dependiente de insulina) y Tipo 2 (no-dependiente de insulina).			
12. Una reacción de insulina es causada por mucha comida.			
13. La medicina es más importante que la dieta y el ejercicio para controlar mi diabetes.			
14. La diabetes frecuentemente causa mala circulación.			
15. Cortaduras y rasguños cicatrizan más despacio en diabéticos.			
16. Los diabéticos deberían poner cuidado extra al cortarse las uñas de los dedos de los pies.			
17. Una persona con diabetes debería limpiar una cortadura primero yodo y alcohol.			
18. La manera en que preparo mi comida es igual de			



importante que las comidas que como.			
19. La diabetes puede dañar mis riñones.			
20. La diabetes puede causar que no sienta en mis manos, dedos y pies.			
21. El temblar y sudar son señales de azúcar alta en la sangre.			
22. El orinar seguido y la sed son señales de azúcar baja en la sangre.			
23. Los calcetines y las medias elásticas apretadas no son malos para los diabéticos.			
24. Una dieta diabética consiste principalmente de comidas especiales.			



ANEXO 4: SUMMARY OF DIABETES SELF-CARE ACTIVITIES MEASURE

(SDSCA)

Instructivo: Lea la pregunta y señale la respuesta con una X o en un círculo O de acuerdo a los días en que realiza determinada actividad. Tomando en cuenta la semana anterior.

Dieta (general) Número de días

1. ¿En cuántos de los últimos SIETE días ha consumido una alimentación saludable?

0 1 2 3 4 5 6 7

2. En promedio, en el mes pasado, ¿Cuántos DÍAS A LA SEMANA ha consumido una alimentación saludable?

0 1 2 3 4 5 6 7

Dieta (específica)

3. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS comió cinco o más porciones de frutas y verduras?

0 1 2 3 4 5 6 7

4. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS comió alimentos ricos en grasas como carne roja o productos lácteos que contienen grasa?

0 1 2 3 4 5 6 7

5. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS incluyó dulces o postres en sus comidas?

0 1 2 3 4 5 6 7

Actividad Física

6. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS participó en al menos 30 minutos de actividad física? (Total de minutos de actividades continuas, como caminar).

0 1 2 3 4 5 6 7

7. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS participó en una sesión de ejercicio específico (como nadar, caminar, montar en bicicleta) diferente a lo que se hace normalmente en la casa o como parte de su trabajo?

0 1 2 3 4 5 6 7



Exámenes de niveles de azúcar en la sangre

8. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS se practicó una glucometría?
0 1 2 3 4 5 6 7
9. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS se practicó una glucometría la cantidad de veces recomendada por su médico tratante?
0 1 2 3 4 5 6 7

Cuidado de los Pies

10. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS revisó sus pies?
0 1 2 3 4 5 6 7
11. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS inspeccionó sus zapatos por dentro?
0 1 2 3 4 5 6 7
12. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS se secó entre los dedos después de lavarse los pies?
0 1 2 3 4 5 6 7

Medicamentos

13. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS tomó sus medicamentos recomendados para la diabetes?
0 1 2 3 4 5 6 7
14. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS aplicó las inyecciones de insulina recomendadas?
0 1 2 3 4 5 6 7
15. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS tomó el número de pastillas recomendadas para la diabetes?
0 1 2 3 4 5 6 7

Tabaquismo

16. ¿Ha fumado usted cigarrillo, incluyendo hasta una sola aspiración durante los últimos SIETE DÍAS?
0. No 1. Si
17. ¿Cuántos cigarrillos fumó en promedio por día? Escriba el número de cigarrillos: _____
18. ¿Cuánto fue la última vez que fumó un cigarrillo?



- Hace más de dos años o nunca fumé.
- Hace uno o dos años.
- Hace cuatro a doce meses.
- Hace uno a tres meses.
- Durante el último mes.
- Hoy

GRACIAS POR SU COLABORACION



ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Nivel de conocimiento y autocuidado en pacientes adultos de 40 a 50 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Centro de Salud Gualaceo, 2021.

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	Numero de cedula	Institución a la que pertenece
Investigador principal	Tania Alexandra Tenesaca Chillogalli	0105428304	Universidad de Cuenca
	Elizabeth Mercedes Tigre Romero	0105758585	

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en el Centro de Salud Gualaceo del cantón Gualaceo. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

Las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT) son consideradas un problema para la salud pública y su prevalencia sigue aumentando, en Ecuador de acuerdo al INEC en el año 2019 la prevalencia de diabetes mellitus es de 7.3% (1.404) posicionándola como la tercera causa de mortalidad en adultos de entre 30 y 64 años.



La Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad de evolución lenta y progresiva con una prevalencia muy elevada en los adultos a nivel mundial y no así en nuestro país, lo cual genera altos costos en el individuo, la familia y la sociedad. Los individuos que la padecen deben cambiar su estilo de vida ya que es una enfermedad que trae complicaciones graves como: la retinopatía, la neuropatía y la nefropatía, estas afecciones provocan un deterioro en la salud de las personas, pudiendo llegar a una muerte prematura.

En la atención primaria de salud, se debe priorizar la educación a personas con diabetes en etapas tempranas, sin embargo esta debe ser continua y permanente durante los controles individualizados por parte del personal médico y de enfermería. El autocuidado es de gran importancia para controlar la enfermedad y llevar una vida saludable, teniendo en cuenta aspectos de suma importancia como los son la dieta, actividad física, higiene personal y del entorno, reposo y ocio.

Objetivo del estudio

Determinar el nivel de conocimiento y autocuidado en pacientes adultos de 40 a 50 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acuden al centro de salud Gualaceo, 2021

Descripción de los procedimientos

Para el desarrollo de esta investigación se estudiarán 57 usuarios que acuden al centro de salud Gualaceo y acepten participar. Se aplicará un cuestionario estructurado el cual consta con datos sociodemográficos y dos test o cuestionarios para valorar el nivel de conocimiento y autocuidado que poseen los usuarios sobre la Diabetes Mellitus tipo 2, estas preguntas son de opción múltiple las mismas que tomaran un tiempo aproximado de 20 a 30 minutos aproximadamente para completar con su desarrollo. Para esto los usuarios/as antes de iniciar deberán aceptar la participación mediante la firma del consentimiento informado. Finalmente en el caso de que la participante así lo solicite se brindará educación y se despejará cualquier tipo de duda con respecto a este tema, cabe recalcar que los datos de identificación de la persona no serán expuestos.

Riesgos y beneficios

Riesgos: el presente estudio no implica ningún riesgo para los participantes.



Beneficios: Esta investigación será a beneficio de los usuarios/as que asisten al centro de salud Gualaceo debido a que se determinará el nivel de conocimiento y autocuidado para una mejor atención a sus necesidades y los resultados obtenidos mediante el presente trabajo de investigación beneficiaran tanto al centro de salud como a los usuarios con diabetes mellitus tipo 2 ya que permitirá que se creen programas educativos que responda a sus necesidades debido a que son fundamentales para generar cambios en conductas de salud.

Otras opciones si no participa en el estudio

La participación en esta investigación es voluntaria por lo tanto el usuario/a es quien decide si participa o no en el estudio, en caso de aceptar y posterior a esto no poder continuar la usuaria está en todo su derecho de salir de la investigación sin necesidad de dar explicaciones. En caso de no aceptar la participación no tendrá ninguna repercusión.

Derechos de los participantes

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
- 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 10) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por



usted y el investigador;

12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;

13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;

14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;

15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame a los siguientes teléfonos 0959917827 que

pertenece a *Tania Tenesaca* o envíe un correo electrónico a (*tania.tenesaca@ucuenca.edu.ec*) o al

0967678695 que pertenece a *Mercedes Tigre* o envíe un correo electrónico (*mercedes.tigre2904@ucuenca.edu.ec*)

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado.

Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha



Nombres completos del/a investigador Firma del/a investigador/a Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: jose.ortiz@ucuenca.edu.ec



ANEXO 6: RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

Recursos materiales

Descripción	Valor Unitario	Valor Total
Computadora	\$500	\$500
Internet (revisión bibliográfica)	\$26 (mensual)	\$160
Impresiones	\$0.10	\$120
Copias	\$0.02	\$150
Transporte	\$4 (diario)	\$150
Imprevistos	\$60	\$60
TOTAL		\$1140

Fuente: Investigación.

Elaborado por: Tania Alexandra Tenesaca Chillogalli – Elizabeth Mercedes Tigre Romero.

Recursos humanos:

- Usuarios de 40 a 50 años que acuden al Centro de Salud Gualaceo
- Tania Tenesaca y Mercedes Tigre, estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Enfermería
- La investigación fue guiada y supervisada por: Mg. Diana Esther Sánchez Campoverde.



ANEXO 7: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MESES		
	MES 1	MES 2	MES 3
Revisión final del protocolo y aprobación	X		
Diseño y prueba de instrumentos	X		
Recolección de datos	X		
Procesamiento y análisis de datos.		X	
Informe final			X

Elaborado por: Tania Alexandra Tenesaca Chillogalli –Elizabeth Mercedes Tigre Romero.



UNIVERSIDAD DE CUENCA



ANEXO 8: OFICIOS

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Coordinación Zonal 6 – SALUD
Dirección Distrital 01D04 – SALUD

Memorando Nro. MSP-CZ6-DD01D04-2021-0043-M

Gualaceo, 12 de enero de 2021

PARA: Srta. Elizabeth Mercedes Tigre Romero

Sra. Med. Carmen Virginia Astudillo Sisalima
Administrador Técnico de C.S. Gualaceo

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA TRABAJO DE TITULACIÓN

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo, mediante la presente se autoriza lo solicitado mediante Documento No. MSP-CZ6-01D04-VAU-2021-0007-E, por lo que solicito dar las facilidades para la realización del trabajo de titulación.

Reciba un cordial y atento saludo de la persona de quien al pie suscribe, mediante la presente se da a conocer el oficio emitido por las egresadas de la carrera de enfermería de la Universidad de Cuenca, en el cual solicitan autorización para ejecutar el trabajo de titulación denominado: "Nivel de conocimiento y autocuidado en pacientes de 40 a 50 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Centro de Salud Gualaceo, 2021"

Se adjunta documento para los fines pertinentes.

Con sentimiento de distinguida consideración.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,



Dr. Mario Humberto Alvarez Paredes
DIRECTOR DISTRITAL 01D04 - SALUD

Dirección: Mariscal Sucre s/n y Calle de los Incas. Código Postal: 010402
Gualaceo Ecuador. Teléfono: 593-7-2258-387 - www.salud.gob.ec

* Documento firmado electrónicamente por Gupeur



Scanned by TapScanner



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Coordinación Zonal 6 – SALUD
Dirección Distrital 01D04 – SALUD

Memorando Nro. MSP-CZ6-DD01D04-2021-0043-M

Gualaceo, 12 de enero de 2021

Referencias:

- MSP-CZ6-01D04-VAU-2021-0007-E

Anexos:

- 00070665976001610464468.pdf
- 00070532150001610465160.pdf

Copia:

Sra. Graciela Elizabeth Orellana Coellar
Responsable de Ventanilla Única

Dirección: Mariscal Sucre s/n y Calle de los Incas. Código Postal: 010402
Gualaceo Ecuador. Teléfono: 593-7-2258-387 - www.salud.gov.ec



2/2

* Documento firmado electrónicamente por Quique

Scanned by TapScanner