

Universidad de Huánuco

Facultad de Ciencias de la Salud

PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA



TESIS

**AUTOCAUIDADO Y CALIDAD DE VIDA DE LAS
PERSONAS CON DIABETES TIPO II, USUARIOS DEL
CENTRO DE SALUD PERÚ COREA – HUÁNUCO 2017.**

Para Optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TESISTA

Bach. Enf. TELLO BRAVO, Liz.

ASESORA

Lic. Enf. Diana PALMA LOZANO.

**Huánuco - Perú
2017**



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA**



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 4:00 horas del día 13 del mes de octubre del año dos mil diecisiete, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- Mg. Amalia Verónica Leiva Yaro **Presidenta**
- Dra. Gladys Liliana Rodríguez De Lombardi **Secretaria**
- Lic. Enf. Alicia Mercedes Carnero Tineo **Vocal**

Nombrados mediante Resolución N°1715-2017-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulo: "AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON DIABETES TIPO II USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA – HUÁNUCO 2017 ", presentada por la Bachiller en Enfermería Srta. Liz TELLO BRAVO, para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) aprobado por UNIVERSIDAD con el calificativo cuantitativo de 15 y cualitativo de Buena

Siendo las, 18.00 horas del día 13 del mes de octubre del año -----, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


PRESIDENTA


SECRETARIA


VOCAL

PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

**AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON
DIABETES TIPO II, USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA
– HUÁNUCO 2017.**

DEDICATORIA

A Dios, por guiarme siempre, a lo largo de mi formación profesional y ser mi fortaleza en cada dificultad presentada.

A mis padres, por inculcarme valores, por su sacrificio constante para brindarme una profesión y por estar conmigo en las buenas y malas

AGRADECIMIENTOS

Por medio del presente trabajo de investigación quiero expresar mis sinceros agradecimientos:

- A Dios, por darme los conocimientos necesarios para poder realizar mi estudio de investigación y guiarme por el camino de la felicidad hasta ahora.
- A mis padres, por el esfuerzo que hicieron para poder culminar mis estudios y estar en los momentos de tristeza y alegría, gracias a ellos puedo ser una gran profesional.
- A mi asesora de tesis, Lic. Diana Palma Lozano por sus conocimientos, orientaciones, paciencia y su motivación han sido fundamentales para mi formación como investigadora.
- A todas aquellas personas que me brindaron su apoyo en la culminación de este estudio de investigación.

	Pág.
ÍNDICE GENERAL DEL CONTENIDO	
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDO	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE ANEXOS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema	1
1.2. Formulación del problema	6
1.2.1. Problema general	6
1.2.2. Problemas específicos	6
1.3. Objetivo general	7
1.4. Objetivos específicos	7
1.5. Justificación de la investigación	8
1.6. Limitaciones de la investigación	10
1.7. Viabilidad de la investigación	11

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de investigación	12
2.2 Bases teóricas	23
2.2.1. Teoría del autocuidado de Dorothea Orem	23
2.2.2. Modelo de calidad de vida.	25
2.2.3. Modelo de Promoción de la Salud.	26
2.3 Definiciones conceptuales	26
2.3.1. Definición de diabetes	26
2.3.2. Clasificación de la diabetes	28
2.3.3. Definición de Diabetes tipo II	29
2.3.4. Manifestaciones clínicas de la Diabetes tipo II	30

2.3.5. Criterios diagn3sticos de la Diabetes tipo II	30
2.3.6. Tratamiento de la Diabetes tipo II	31
2.3.7. Complicaciones de la Diabetes tipo II	33
2.3.8. Definici3n de autocuidado	36
2.3.9. Autocuidado en las personas con Diabetes tipo II	38
2.3.10. Dimensiones del autocuidado en las personas con Diabetes tipo II	39
2.3.11. Definici3n de calidad de vida	43
2.3.12. Calidad de vida en las personas con Diabetes tipo II	44
2.3.13. Dimensiones de la calidad de vida en las personas con Diabetes tipo II	45
2.4 Hip3tesis	48
2.5 Variables	50
2.5.1. Variable dependiente.	50
2.5.2. Variable independiente	50
2.6 Operacionalizaci3n de variables	51

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de estudio	54
3.1.1. Enfoque	54
3.1.2. Alcance o nivel	55
3.1.3. Diseño	55
3.2 Poblaci3n y muestra	55
3.3 T3cnicas e instrumentos de recolecci3n de datos	57
3.3.1. Para la recolecci3n de datos	57
3.3.2. Para la presentaci3n de datos.	65
3.3.3. Para el an3lisis e interpretaci3n de datos	68

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Procesamiento de datos.	71
4.2. Contrastaci3n y prueba de hip3tesis	94

CAPÍTULO V**5. DISCUSION DE RESULTADOS**

5.1. Contrastación de resultados	100
Conclusiones	105
Recomendaciones	106
Referencias Bibliográficas	109
Anexos	117
Instrumentos de recolección de datos	118
Consentimiento informado	126
Constancias de validación	129
Matriz de consistencia	134

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 01. Edad en años de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.	71
Tabla 02. Género de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.	72
Tabla 03. Lugar de residencia de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.	73
Tabla 04. Estado civil de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.	74
Tabla 05. Religión de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.	75
Tabla 06. Grado de escolaridad de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.	76
Tabla 07. Ingreso económico de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.	77
Tabla 08. Tenencia de hijos en las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.	78
Tabla 09. Antecedentes de familiares con patologías crónicas en las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.	79
Tabla 10. Apoyo en el cuidado de la salud de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.	80
Tabla 11. Tratamiento Farmacológico que reciben las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.	81

Tabla 12.	Utilización de productos naturales en las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.	82
Tabla 13.	Autocuidado en la dimensión régimen alimentario de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.	83
Tabla 14.	Autocuidado en la dimensión actividad física de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.	84
Tabla 15.	Autocuidado en la dimensión tratamiento de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.	85
Tabla 16.	Autocuidado en la dimensión cuidados personales de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.	86
Tabla 17.	Autocuidado en la dimensión cuidados de la piel de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.	87
Tabla 18.	Autocuidado de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.	88
Tabla 19.	Calidad de vida en la dimensión satisfacción con el tratamiento de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.	89
Tabla 20.	Calidad de vida en la dimensión impacto de la enfermedad en las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.	90
Tabla 21.	Calidad de vida en la dimensión preocupación por las consecuencias de su enfermedad en las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.	91

Tabla 22.	Calidad de vida en la dimensión percepción del estado de salud de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.	92
Tabla 23.	Calidad de vida de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.	93
Tabla 24.	Relación entre el autocuidado en la dimensión régimen alimentario y la calidad de vida de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.	94
Tabla 25.	Relación entre el autocuidado en la dimensión actividad física y la calidad de vida de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.	95
Tabla 26.	Relación entre el autocuidado en la dimensión tratamiento y la calidad de vida de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.	96
Tabla 27.	Relación entre el autocuidado en la dimensión cuidados personales y la calidad de vida de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.	97
Tabla 28.	Relación entre el autocuidado en la dimensión cuidado de la piel y la calidad de vida de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.	98
Tabla 29.	Relación entre el autocuidado y la calidad de vida de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.	99

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Guía de entrevista de características generales.	118
Anexo 2. Escala de autocuidado de Diabetes tipo II	120
Anexo 3. Escala de calidad de vida de personas con Diabetes tipo II	122
Anexo 4. Consentimiento Informado	126
Anexo 5. Constancias de validación	129
Anexo 6. Matriz de consistencia	134

RESUMEN

Objetivo general: Determinar la relación que existe entre el autocuidado y la calidad de vida de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Métodos: Se realizó un estudio analítico relacional, realizado en 57 personas con Diabetes tipo II, utilizando una guía de entrevista de características generales, una escala de autocuidado y una escala de calidad de vida en la recolección de datos; en el análisis inferencial se utilizó la prueba del chi cuadrado con un valor de significancia $p \leq 0,05$.

Resultados: Respecto al autocuidado, el 59,6% de encuestados tuvieron un autocuidado regular, el 33,3% autocuidado bueno y el 7,1% autocuidado deficiente; en cuanto a la calidad de vida, el 61,4% presentaron regular calidad de vida y el 38,6% buena calidad de vida. Al analizar la relación entre las variables se encontró que el autocuidado ($p < 0,003$) y sus dimensiones régimen alimentario ($p < 0,009$), actividad física ($p < 0,034$), tratamiento ($p < 0,006$), cuidados personales ($p < 0,046$), y cuidado de la piel ($p < 0,048$) se relacionaron significativamente con la calidad de vida en la muestra en estudio.

Conclusiones: El autocuidado se relaciona con la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación.

Palabras clave: *Autocuidado, Calidad de Vida, Personas con Diabetes tipo II.*

ABSTRACT

General objective: To determine the relation that exists between the autocare and the quality of life of the persons with Diabetes type the IIInd, users of the Center of Health Peru Korea - Huánuco 2017.

Methods: There realized an analytical relational study realized in 57 persons with Diabetes type the IIInd, using a guide of interview of general characteristics, a scale of autocare and a qualit scale of life in the compilation of information; in the analysis inferencial there was in use the test of the chi squared with a value of significance $p \leq 0,05$.

Results: With regard to the autocare, 59,6 % of polled had a regular autocare, 33,3 % good autocare and 7,1 % deficient autocare; as for the quality of life, 61,4 % presented regular quality of life and 38,6 % good quality of life. On having analyzed the relation between the variables one found that the autocare ($p < 0,003$) and his dimensions food regime ($p < 0,009$), physical activity ($p < 0,034$), treatment ($p < 0,006$), taken care personnel's ($p < 0,046$), and care of the skin ($p < 0,048$) they related significantly to the quality of life in the sample in study.

Conclusions: The autocare relates to the quality of life of the persons to diabetes type the IIInd, users of the Center of Health Peru Korea - Huánuco 2017; by what the void hypothesis is rejected and the hypothesis of investigation is accepted.

Key words: *Autocare, Quality of Vida, Persons with Diabetes type the IIInd.*

INTRODUCCIÓN

La Diabetes tipo II constituye un problema de salud pública a nivel mundial, que se presenta en mayor proporción en los países en vías de desarrollo, convirtiéndose en la típica enfermedad crónica que puede influenciar en la calidad de vida que llevan los pacientes, pues los tratamientos son incómodos y sus complicaciones pueden causar debilidad y disminución de las capacidades de autocuidado en las personas que la padecen¹.

Por ello, el presente estudio titulado “Autocuidado y calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro De Salud Perú Corea – Huánuco 2017”, se realiza con el objetivo de determinar la relación que existe entre el autocuidado y la calidad de vida en las personas con Diabetes tipo II consideradas en el estudio, para que haciendo uso de los resultados evidenciados en esta investigación, se puedan proponer medidas de intervención orientadas a mejorar las capacidades de autocuidado de las personas diabéticas de modo que influyan positiva y significativamente en el acceso a mejores condiciones de salud y por ende, a una mejor calidad de vida en la prevención, y afrontamiento de esta patología crónica no transmisible.

En este sentido, el estudio se encuentra estructurado en cinco capítulos. El primero comprende el problema, los objetivos, hipótesis, variables y la justificación del estudio.

En el segundo capítulo se presenta el marco teórico, donde se incluye los antecedentes de investigación, las bases teóricas, bases conceptuales y la definición operacional de términos básicos.

El tercer capítulo está compuesto por la metodología de la investigación, como tipo de estudio, método de estudio, población y muestra, las técnicas de recolección y análisis de datos.

En el cuarto capítulo se presenta los resultados descriptivos e inferenciales de la investigación y en el quinto capítulo se muestra la discusión de los resultados. Por último, se presentan las conclusiones y las recomendaciones; y se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

La Autora

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

Según la Asociación Americana de Diabetes (AAD)², la diabetes es una de las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor prevalencia a nivel mundial; constituyéndose en un alarmante problema de salud pública, y en la principal causa de morbilidad y mortalidad temprana en las personas adultas; enfatizando que los diabéticos tienen una esperanza de vida reducida; que si no se controlan adecuadamente, aumentan el riesgo de presentar complicaciones que afectan significativamente su calidad de vida.

La calidad de vida en los pacientes con diabetes puede definirse como el valor asignado que los pacientes le brindan a la vida, modificado por la percepción del estado de salud y la disminución del estado funcional provocada por esta enfermedad y su tratamiento³.

Dentro de este contexto, las prácticas de autocuidado en los pacientes diabéticos constituyen una parte fundamental en la consecución de los objetivos del tratamiento integral de esta enfermedad; pues son consideradas como el conjunto de actividades que realizan los pacientes diabéticos en el cuidado de su salud y cumplimiento de régimen terapéutico que le permitan acceder a una mejor calidad de vida en el contexto de su enfermedad⁴.

La Diabetes tipo II es una enfermedad degenerativa que afecta significativamente la calidad de vida de las personas que la padecen; y se convierte en una causa importante de morbilidad, mortalidad,

invalidez debido a las complicaciones que esta enfermedad produce, constituyéndose en un problema salud pública que alcanza proporciones epidémicas a nivel mundial⁵.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶, en el año 2015, reportó que a nivel mundial habían aproximadamente 422 millones de personas con diabetes, estimando que para el año 2030, la cifra de pacientes diabéticos se incrementará a 552 millones de personas, representando la séptima causa de mortalidad a nivel mundial. Asimismo, la OMS señaló que todos los años mueren en el mundo 3,2 millones de personas por causas directamente relacionadas con la diabetes, y que más del 80% de las muertes por diabetes se producen en los países de ingresos medios y bajos⁷.

En Latinoamérica, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁸ la diabetes representa la cuarta causa de mortalidad, señalando que más de 60 millones de personas tienen diabetes y que más de medio millón mueren por esta causa cada año en este continente.

El Perú, actualmente se encuentra entre los cinco países, con mayor número de casos, siendo antecedido por Brasil, México, Argentina y Colombia. A nivel nacional, según el Ministerio de Salud (MINSA) la diabetes tipo II afecta a más de 2 millones de personas; de los cuales más de la mitad de los casos han sido diagnosticados; siendo Lima y Piura los departamentos más afectados⁹. Al respecto, informes de la Oficina de Estadística e Informática del MINSA indican que la diabetes es la décima quinta causa de mortalidad en el país¹⁰.

En Huánuco, según estadísticas que maneja el sector Salud, en el año 2015 se registraron 5,188 casos de diabetes; en el 2014 se registraron 35 defunciones; siendo la población más afectada los habitantes de las ciudades de Huánuco y Tingo María¹¹.

La causa principal de la diabetes se encuentra vinculada con una base genética; no obstante, los estilos de vida inadecuados, principalmente la mala alimentación, el peso corporal excesivo: sobrepeso u obesidad, el consumo de tabaco y la falta o poca actividad física incrementan la probabilidad de desarrollarla¹².

La diabetes tipo II puede ocasionar en la persona sufrimiento, principalmente al haber un desconocimiento sobre la enfermedad, causando en el individuo sentimientos de negación, coraje y aislamiento de la sociedad; conllevando un proceso de deterioro continuo de su calidad de vida en el ambiente físico, psicológico y social durante un periodo prolongado de tiempo¹³.

En el caso de los pacientes con diabetes, diversos autores plantean que la calidad de vida se encuentra afectada negativamente: un estudio realizado en México evidenció que las personas con diabetes experimentan una pobre calidad de vida, siendo el área más afectada el funcionamiento físico y emocional¹⁴. En el Perú, un estudio realizado en el 2012 identificó que los pacientes diabéticos tuvieron una regular calidad de vida, siendo las dimensiones más afectadas la preocupación por el impacto y complicaciones de la enfermedad¹⁵.

Actualmente la diabetes es imposible de curar por lo que debe reconocerse la importancia de un control y cuidados generales

sostenidos durante toda la vida; por ello es necesario un tratamiento especial; donde los pacientes tienen que realizar prácticas de autocuidado adecuadas para evitar su progresión y complicaciones a corto o largo plazo¹⁶. Las prácticas de autocuidado en los pacientes se encuentran relacionadas al mantenimiento de un régimen alimenticio dietético, ejercicio físico adecuado, cumplimiento del tratamiento y cuidados orientados a prevenir las complicaciones de la diabetes¹⁷.

Sin embargo estas prácticas muchas veces no son realizadas por los pacientes con diabetes; siendo el desconocimiento de las prácticas de autocuidado la causa principal para que los pacientes con diabetes demuestren una actitud negativa ante las complicaciones inherentes a la enfermedad; al respecto un estudio realizado en Ecuador en el 2012, evidenció que entre el 20 y 30 % de los pacientes con diabetes que conocen su enfermedad no cumplen ningún tipo de tratamiento y el 68% de los casos se diagnostican de forma casual¹⁸.

Por su parte realizado en Lima, en el 2010, respecto al tipo de tratamiento seguido por los pacientes encontró que el 18,2% refirieron seguir sólo una dieta indicada por la nutricionista, el 68,1% recibieron hipoglicemiantes o antihiperglicemiantes orales, además de la dieta y el 11,7% requirieron del uso de insulina, en contraste, el 2% de los pacientes referían no seguir ningún tipo de tratamiento¹⁹.

Otro estudio realizado en Chincha encontró que los pacientes con diabetes presentaron un nivel de conocimiento medio sobre las prácticas de autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas²⁰.

Como consecuencia del incumplimiento de las medidas de autocuidado, se presentan diversas complicaciones derivadas de la diabetes a corto plazo como la hipoglicemia e hiperglicemia; y a largo plazo, como la retinopatía, nefropatía y el pie diabético; y debido a la presencia de estas complicaciones los pacientes tienen que ser hospitalizados para controlar dicha complicación, generando gasto económico e implicancias en el aspecto biopsicosocial - espiritual del paciente, afectando significativamente su calidad de vida²¹.

Como medida de afrontamiento a esta problemática, la Federación Internacional de la Diabetes, implementó en el 2011, el “Plan mundial contra la Diabetes”; con el objetivo de mejorar los resultados sanitarios prevenir el desarrollo de la diabetes tipo II y acabar con la discriminación contra las personas con diabetes; sin embargo, hasta la fecha no se consiguen los resultados esperados²².

En el Centro de Salud Perú Corea, del total de usuarios del Programa de Salud, no se pudo identificar el porcentaje exacto de pacientes diabéticos en esta localidad debido a que no se cuentan con registros relacionados a esta enfermedad en este establecimiento de salud; respecto a las características de la población en estudio se pudo identificar que en el año 2015 según datos obtenidos del Análisis de Situación de Salud del distrito fueron tamizados para diabetes un total de 509 personas siendo diagnosticadas con la enfermedad 10 personas; asimismo según referencias de la coordinadora del Programa de Salud no se presentaron casos de muerte por diabetes y tampoco se manifestaron presencia de complicaciones propias de la

enfermedad en los pacientes diabéticos, lo que no pudo constatarse por carecer de registros relacionados a estos aspectos en el establecimiento de salud.

Respecto a la problemática en estudio, la coordinadora del Programa de Salud refiere que la mayoría de pacientes tiene un nivel de conocimiento bueno sobre su enfermedad y sobre las medidas de tratamiento que deben seguir porque acuden en forma regular a sus chequeos de rutina en el establecimiento de salud y por ende se encuentren concientizados en el cuidado de su salud.

Por lo expuesto, se realiza el presente estudio con el objetivo de determinar la relación que existe entre el autocuidado y la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general:

- ¿Cuál es la relación que existe entre el autocuidado y la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017?

1.2.2. Problemas específicos:

- ¿Existe relación entre el autocuidado en la dimensión régimen alimentario y la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II usuarios del Centro de Salud en estudio?
- ¿Existe relación entre el autocuidado en la dimensión actividad física y la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II usuarios del Centro de Salud en estudio?

- ¿Existe relación entre el autocuidado en la dimensión tratamiento y la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II usuarios del Centro de Salud en estudio?
- ¿Existe relación entre el autocuidado en la dimensión cuidados personales y la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II usuarios del Centro de Salud en estudio?
- ¿Existe relación entre el autocuidado en la dimensión cuidados de la piel y la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio?

1.3. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre el autocuidado y la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

1.4. Objetivos específicos:

- Identificar la relación que existe entre el autocuidado en la dimensión régimen alimentario y la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarias del Centro de Salud en estudio.
- Conocer la relación que existe entre el autocuidado en la dimensión actividad física y la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarias del Centro de Salud en estudio.
- Describir la relación que existe entre el autocuidado en la dimensión tratamiento y la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarias del Centro de Salud en estudio.
- Establecer la relación que existe entre el autocuidado en la dimensión cuidados personales y la calidad de vida de las

personas con diabetes tipo II, usuarias del Centro de Salud en estudio.

- Analizar la relación que existe entre el autocuidado en la dimensión cuidados de la piel y la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarias del Centro de Salud en estudio.

1.5. Justificación de la investigación.

El presente estudio de investigación se justifica por las siguientes razones.

1.5.1. A nivel teórico.

Esta investigación se justifica en el contexto teórico debido a que la Diabetes tipo II es una patología cuya prevalencia ha ido aumentando en los últimos años, representado un problema de salud pública de creciente magnitud, siendo la principal causa de enfermedad, discapacidad y muerte temprana en las personas adultas, afectando desproporcionadamente la calidad de vida de los individuos, sus familias y sus comunidades.

La diabetes mellitus altera significativamente la calidad de vida de las personas que la padecen por las diversas complicaciones que presenta; por lo que es de suma importancia que las personas diabéticas pongan en práctica medidas de autocuidado que les permitan mantener un buen estado de salud, prevenir las complicaciones y acceder a una mejor calidad de vida.

Asimismo el presente estudio se buscará confrontar los postulados propuestos en la “Teoría del Autocuidado”, el “Modelo de Calidad de Vida”; y el “Modelo de Promoción de la Salud” con la

realidad que se evidenciará en los pacientes con diabetes tipo II; y en base a los resultados que se obtengan se podrán contrastar los enfoques teóricos con la realidad que se evidenciará en los pacientes con diabetes tipo II; y los resultados obtenidos permitirán analizar, complementar e incrementar la información teórica que se tiene respecto a la problemática en estudio.

1.5.2. A nivel práctico.

El estudio pertenece al área de “Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades” en la línea de investigación: “Salud Colectiva”, teniendo en consideración que como profesionales de la salud, se tiene como esencia de la carrera la promoción de la salud y el cuidado de los pacientes en la prevención, tratamiento y rehabilitación de las diversas patologías que lo aquejan, involucrando activamente al paciente en el cuidado de su salud y diseñando planes de cuidado y mejora que beneficien el autocuidado y la calidad de vida de las personas con Diabetes tipo II.

Los resultados del presente estudio permiten conocer el impacto que produce la diabetes en los pacientes, que permita la implementación de programas y actividades dirigidas a disminuir el riesgo de complicaciones que derivan de los cambios producidos por la diabetes. Además permitirá fortalecer los fundamentos del cuidado de Enfermería como son el brindado de un cuidado holístico al paciente sumado a la elaboración de estrategias junto con un equipo multidisciplinario con la finalidad de favorecer un control adecuado de

la diabetes promoviendo la aceptación de la misma adoptando estilos de vida saludable y consecuentemente mejorando su calidad de vida.

1.5.3. A nivel metodológico.

El presente estudio de investigación se constituye en un antecedente metodológico más para futuros estudios relacionados a la problemática en estudio, por el uso de instrumentos confiables que serán validados por jueces expertos en la temática estudiada, que permitirá identificar adecuadamente la relación que existe entre el autocuidado y la calidad de vida de los pacientes con diabetes tipo II. Asimismo, el presente estudio representará un antecedente más para futuros estudios de mayor alcance relacionados a la problemática estudiada en la presente investigación.

1.6. Limitaciones de la investigación.

Respecto a las limitaciones identificadas en el presente estudio, se puede mencionar que se tuvo que cambiar el ámbito de estudio, debido a que en el lugar donde inicialmente se planificaba estudiar la relación entre las variables, ya se había realizado un estudio similar, por lo que se optó por realizar la investigación en esta institución; también se identificó dentro de las limitaciones encontradas la demora por dar la autorización respectiva por parte de las autoridades del Centro de Salud Perú Corea. En cuanto a la validación de los instrumentos las limitaciones del presente estudio fueron evidenciadas en la falta de colaboración de algunos de los expertos, quienes se negaron a evaluar los instrumentos, por lo que se tuvo que buscar a otros jueces expertos para cumplir con los criterios de validación que

deben cumplir los instrumentos de investigación; otra limitante fue tiempo que los expertos utilizaron para evaluar los instrumentos de investigación. En cuanto al procesamiento de los datos, la limitante identificada fue la falta de capacitación de la investigadora en el manejo de programa estadístico SSPS, lo que causa una demora significativa en la elaboración del presente informe por lo que se tuvo que contratar a un estadista para que haga el análisis descriptivo e inferencial del estudio; por otra parte, no se presentaron mayores limitaciones, puesto se dispuso del presupuesto requerido para la ejecución de esta investigación.

1.7. Viabilidad de la investigación.

Respecto a la disponibilidad de los recursos financieros, el presente estudio fue viable porque los costos que originaron la ejecución de la investigación fueron asumidos de manera integral por la investigadora según el presupuesto formulado inicialmente dentro del trabajo investigativo.

En cuanto a la disposición de recursos humanos, la investigación fue viable porque se tuvo el apoyo de diversas personas especialistas en los procesos técnicos y metodológicos que se consideraron dentro de la ejecución del estudio de investigación.

Y por último, en cuanto a los recursos materiales, la investigación fue viable porque se contó con los recursos materiales necesarios para culminar con éxito esta investigación.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.

Dentro de los antecedentes de investigación relacionados a la problemática en estudio se identificaron los siguientes:

A nivel internacional.

En Ecuador, en el 2014, Aucay y Carabajo²³ realizaron el estudio titulado: “Autocuidado en personas con Diabetes Mellitus tipo 2, que asisten al club de diabéticos del Centro de Salud N° 01 Pumapungo”; con el objetivo de determinar las prácticas de autocuidado en las personas con Diabetes Mellitus tipo 2. El estudio fue de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo simple; la muestra estuvo conformada por 57 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, utilizando como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario en la recolección de los datos. Los resultados que encontraron fueron que el 94.7% de las personas tomaron o se administraron la medicación en forma adecuada para controlar la enfermedad y el 5,3% la controlan con dieta equilibrada y ejercicio adecuado. También evidenciaron que el 82,5% de pacientes realizaron actividad física, el 100% acudieron al control médico periódico y el 52,6% se alimentaron entre 4 a 6 veces al día. Concluyendo que la mayoría de los pacientes tuvieron en nivel de autocuidado bueno en el tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2.

Este antecedente de investigación permitió la delimitación de la variable autocuidado considerada en el presente estudio.

En Colombia, en el 2014, Bautista y Zambrano²⁴ realizaron el estudio titulado: “La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2”; con el objetivo de describir y comparar por sexo la calidad de vida percibida por los adultos con enfermedad diabética tipo 2, pertenecientes a instituciones de salud del primer nivel de atención. El estudio fue de tipo cuantitativo descriptivo de corte transversal; la muestra estuvo constituida por 287 pacientes diabéticos; utilizando un cuestionario de calidad de vida en la recolección de los datos. Los resultados que encontraron fueron que el 62,3% de pacientes entrevistados tenían una calidad de vida media, respecto a la percepción subjetiva del estado de salud, mientras que el 46,7% consideró tener un estado de salud bueno. En la relación de las puntuaciones promedio obtenidas en cada una de las subescalas, la más afectada fue la dimensión impacto en el tratamiento con una puntuación directa promedio de 41,1 y la menos afectada fue la preocupación por los efectos futuros de la enfermedad con 9,9. Concluyendo que la mayoría de pacientes diabéticos percibieron que su calidad de vida no era afectada en gran medida por la presencia de la enfermedad.

Este antecedente permitió la identificación de diversos conceptos relacionados a la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

En Colombia, en el 2013, Contreras, Contreras, Hernández, Castro y Navarro²⁵ realizaron el estudio titulado: “Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa.

Sincelejo, Colombia”; con el objetivo de determinar la capacidad de autocuidado de los pacientes diabéticos, que asisten a la consulta externa de una Institución Prestadora de Servicios de Salud. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 27 pacientes, seleccionados mediante muestreo aleatorio simple; utilizando como técnica la encuesta y como instrumento la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado en la recolección de los datos. Los resultados que encontraron fueron que la edad de los pacientes diabéticos osciló entre los 45 a 75 años; el 81,5% de pacientes asumieron labores del hogar y trabajos informales; el 88,9% tuvieron una regular capacidad de autocuidado, con predominio de esta en las dimensiones relacionadas a los aspectos de actividad y descanso, bienestar personal y modificación de los hábitos alimenticios, y se evidenciaron dificultades en los aspectos relacionados con apoyo social, bienestar personal, ejercicios, soporte educativo, consumo de alimentos y afrontamiento de situaciones problemáticas. Concluyendo que es necesario implementar modelos de atención integral que permitan mejorar la interacción del personal de salud con los pacientes y fortalecer la capacidad de autocuidado de los mismos.

Este antecedente guio en la construcción de los instrumentos de investigación.

En Ecuador, en el 2013, Aguirre²⁶ realizó el estudio titulado: “Conocimiento y prácticas de autocuidado en la prevención de complicaciones en las personas con Diabetes Mellitus tipo 2, que

están hospitalizadas en la Clínica Pasteur, Enero 2013”; con el objetivo de analizar el conocimiento y prácticas que tienen las personas con diabetes en relación a su autocuidado. El estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 44 pacientes con diabetes; utilizando un cuestionario en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que el 91% de pacientes conocía sobre la diabetes; el 86% asumía que la enfermedad que sufría es manejable y no curable, el 87% conocían las causas que pueden llevarle a complicaciones severas. El 41% de pacientes acudían al chequeo médico cada 6 meses, el 77% mencionaba el nombre de los medicamentos que controlaban su enfermedad, el 91% consideraban que es importante seguir con las indicaciones médicas y no interrumpir el tratamiento médico, el 61% realizaba ejercicio físico para mantenerse sano, el 21% consumía la dieta recomendada por su médico, y el 95% consideraba que era importante cuidarse los pies para prevenir el pie diabético. Concluyendo que los pacientes no están expuestos a sufrir un gran número de complicaciones inherentes a la diabetes debido al conocimiento que tienen de la misma y la práctica de autocuidado, que ayuda a mejorar su calidad de vida.

Este antecedente permitió la delimitación conceptual de variable autocuidado en el paciente diabético.

En Colombia, en el 2011, Romero, Acosta, Carmona; Jaimes, Masco y Vega²⁷ realizaron el estudio titulado: “Calidad de vida de personas con diabetes mellitus tipo 2 residentes en Cartagena de las

Indias”; con el objetivo de determinar la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. El estudio fue de tipo cuantitativo, prospectivo, descriptivo de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 315 pacientes diabéticos de tres instituciones públicas y privadas de salud, utilizando el instrumento SF-36 para medir la calidad de vida relacionada con la salud en la recolección de los datos. Los resultados que encontraron fueron que el 62,2% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentaron una buena calidad de vida. Las escalas con mejores porcentajes fueron la salud mental con el 86,0%; el rol emocional con 68,3% y la vitalidad con 75,9% (239); y las escalas de rol físico y salud general presentaron los porcentajes más bajos con el 40,3% y 37,5% de pacientes respectivamente. Concluyendo que las personas con diabetes mellitus tipo 2 presentaron una buena calidad de vida a nivel global; siendo las dimensiones que tuvieron mayores puntajes positivos la salud mental, vitalidad y función física; mientras que las dimensiones más afectadas fueron las escalas relacionadas con el rol físico y la salud general.

Este antecedente permitió el abordaje metodológico de la variable calidad de vida del paciente diabético.

A nivel nacional

En Lima, en el 2015, Romero²⁸ realizó el estudio titulado: “Percepción de enfermedad y calidad de vida relacionada con la salud en un grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2”; con el objetivo de establecer la relación entre las percepciones de enfermedad y la

calidad de vida relacionada con la salud en un grupo de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2. EL estudio fue de tipo cuantitativo, prospectivo, descriptivo relacional de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 44 pacientes con diabetes, utilizando el cuestionario IPQ – R y el cuestionario de calidad de vida SF – 36 en la recolección de los datos. Los resultados que identificó fueron que respecto a la calidad de vida, las dimensiones que presentaron un mayor porcentajes de pacientes diabéticos con una alta calidad de vida fueron las dimensiones función física (75%), función social (77,3%) y salud mental (70,5%); la dimensión donde los pacientes tuvieron una calidad de vida promedio fue la salud general (34,1); y por último, las dimensiones donde los pacientes tuvieron bajos niveles de calidad de vida fueron el rol físico (31,8%) y rol emocional (40,9%). Respecto la percepción de la enfermedad, identificó que los síntomas que mayor porcentaje de pacientes relacionaban a su diabetes fueron la sensación de cansancio (38,6%), la pérdida del apetito sexual (31,8%), el hormigueo en las extremidades (31,8%), la rigidez en las articulaciones (29,5%), la fatiga (22,7%) y los ojos rojos (20,5%); al analizar la relación entre estas variables se encontró relación estadísticamente significativa entre las mismas ($p \leq 0,05$); concluyendo que existe relación entre la percepción de la enfermedad y la calidad de vida en los pacientes diabéticos.

Este antecedente permitió la delimitación metodológica de las de la variable calidad de vida de los pacientes diabéticos.

En Trujillo, en el 2013, Alayo y Horna²⁹ realizaron el estudio titulado: “Conocimiento y práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2, Hospital I Essalud Florencia de Mora”; con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento y su relación con la práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2. El estudio fue de tipo descriptivo - correlacional, que se realizó durante los meses de Marzo – Agosto del 2013 en el Programa de Diabetes del Hospital I Florencia de Mora - Essalud de Trujillo; la muestra estuvo constituida por 84 pacientes con diabetes, utilizando un cuestionario de conocimientos y prácticas de autocuidado en la recolección de los datos. Los resultados que encontraron fueron que se observó que el 88,1% de pacientes tuvo un nivel de conocimiento bueno, el 11,9% regular y el 0% deficiente; un 85,7% tenían práctica de autocuidado bueno, el 14,3% regular y un 0% malo; respecto a la relación entre las variables con la prueba del chi cuadrado se encontró relación significativa entre estas variables ($X^2 = 11,824$; $p = 0,001$). Concluyendo que existe relación altamente significativa entre el nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2.

Este antecedente brindó algunas bases conceptuales a considerar dentro del autocuidado del paciente diabético.

En Lima, en el 2013, Gamboa³⁰ realizó el estudio de investigación titulado: “Percepción del paciente con Diabetes tipo II sobre su calidad de vida. Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo”; con el objetivo de determinar la percepción del

paciente con Diabetes tipo II sobre su calidad de vida en el programa de diabetes. El estudio fue de tipo cuantitativo, prospectivo, descriptivo simple de corte transversal; la muestra estuvo constituida por 83 pacientes con diabetes, utilizando un cuestionario de calidad de vida en la recolección de los datos. Los resultados que identificó fueron que el 59% de pacientes presentaron una percepción medianamente favorable sobre su calidad de vida, el 22% una percepción favorable y el 19% percepción desfavorable. En la dimensión física, el 70% presentaron una percepción medianamente favorable, seguida de un 16% favorable y el 12% desfavorable; en la dimensión psicológica, el 68% presentaron una percepción medianamente favorable, seguida de 12% con percepción favorable y el 20% desfavorable. Concluyendo que la mayoría de pacientes con Diabetes tipo II presentaron una percepción medianamente favorable sobre su calidad de vida en las diferentes dimensiones estudiadas.

Este antecedente guio en el planteamiento del problema del presente estudio de investigación.

En Trujillo, en el 2013, Alcalde³¹ realizó el estudio titulado: “Nivel de Conocimiento y calidad de práctica de autocuidado en la prevención de pie diabético en adultos del consultorio externo de endocrinología del Hospital Belén de Trujillo”; con el objetivo de determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y calidad de práctica de autocuidado en la prevención de pie diabético en adultos del consultorio externo de endocrinología. El estudio fue de tipo cuantitativo, prospectivo, descriptivo relacional de corte

transversal; la muestra estuvo constituida por 100 pacientes diabéticos, utilizando un cuestionario de conocimientos y una escala de prácticas de autocuidado en la prevención del pie diabético en la recolección de los datos. Los resultados que encontraron fueron que respecto al nivel de conocimiento, en la mayoría de adultos con diabetes, el 48% tuvo nivel de conocimiento regular, el 32% nivel de conocimiento deficiente y el 20 % nivel de conocimiento bueno; respecto a la calidad de práctica de autocuidado el 58% de adultos presentó un nivel inadecuado; identificando además que existe relación altamente significativa entre el nivel de conocimiento y la calidad de práctica de autocuidado ($X^2 = 53,259$; $p = 0.000$). Concluyendo que el nivel de conocimiento y la calidad de práctica de autocuidado para la prevención del pie diabético se relacionan en los adultos que acuden regularmente al consultorio externo de endocrinología del Hospital Belén de Trujillo.

Este antecedente permitió el abordaje teórico y conceptual de la variable autocuidado en el paciente diabético.

En Lima, en el 2013, Arías y Ramírez³² realizaron el estudio de investigación titulado: “Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 zona urbana, distrito de Pachacamac”; con el objetivo de determinar la relación del apoyo familiar y las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional en una población muestral de 48 adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 y 48 familiares cuidadores; utilizando un

cuestionario de apoyo familiar y un test de prácticas de autocuidado en la recolección de los datos. Los resultados que encontraron fueron que el apoyo familiar fue adecuado en el 64,6% de pacientes con diabetes; según dimensiones predominó el apoyo instrumental con 66,7%. Respecto a las prácticas de autocuidado fueron regulares en el 52,1% de pacientes; según dimensiones resultaron regulares en el control médico, dieta, ejercicios, cuidado de los pies y control oftalmológico; al analizar la relación entre el apoyo familiar y las prácticas de autocuidado, se encontró relación estadísticamente significativamente entre estas variables ($X^2 = 0,281$; $p = 0,869$) Concluyendo el apoyo familiar no se relaciona con las prácticas de autocuidado en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Este antecedente permitió identificar las dimensiones del autocuidado consideradas en el presente estudio.

En Tarapoto, en el 2012, Pezo y Paima³³ realizaron el estudio titulado: "Calidad de vida en pacientes con Diabetes tipo II. Programa Diabetes Mellitus. Hospital Essalud - II Tarapoto. Junio – Agosto 2012"; con el objetivo de determinar la calidad de vida en los pacientes con Diabetes tipo II. El estudio fue de tipo cuantitativo, prospectivo, descriptivo simple; la muestra estuvo conformada por 74 pacientes con diabetes; utilizando el cuestionario DQOL de calidad de vida en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que la edad promedio de los pacientes con Diabetes tipo II fue 59 años, con grado de instrucción superior, con predominio en el sexo femenino, estado marital con pareja; el tiempo de diagnóstico de la

enfermedad oscila entre 1 a 29 años y con una pertenencia al programa de 1 a 16 años y la complicación que más preocupó a los pacientes con Diabetes tipo II fueron la amputación y los problemas de los pies. Respecto a la calidad de vida, la dimensión más afectada en los pacientes con Diabetes tipo II fue la preocupación por efectos futuros de la enfermedad (75,7%); seguida por impacto de la enfermedad (81,9%) y la dimensión menos afectada fue la satisfacción con el tratamiento (91,9%); la percepción general del estado de salud de los pacientes con diabetes es regular en el 67,6% de pacientes. Concluyendo que la mayoría de los pacientes con Diabetes tipo II que acudieron al Programa de Diabetes tuvieron una calidad de vida regular.

Este antecedente permitió identificar las dimensiones de la variable calidad de vida del paciente diabético.

A nivel local

En Huánuco, en el 2013, Carlos³⁴ realizó el estudio titulado: “Nivel de conocimiento y actitud familiar en el autocuidado de pacientes adultos mayores con Diabetes tipo II CAP III Metropolitano De la Red Asistencial – Huánuco 2013”; con el objetivo de determinar la relación entre nivel de conocimiento y actitud familiar en el autocuidado del adulto mayor con Diabetes tipo II. El estudio fue de tipo observacional, prospectivo, transversal, analítico y correlacional; la estuvo conformada por 30 familiares y 30 pacientes adultos mayores con Diabetes tipo II, utilizando un cuestionario de nivel conocimiento y una escala de actitudes en la recolección de los datos.

Los resultados que encontró fueron que el 66,7% tuvo un nivel de conocimiento alto; el 23,3% conocimiento medio y un 10,0% conocimiento bajo; respecto a las actitudes, el 76,7% presentaron actitudes positivas, mientras que el 23,3% tuvieron actitudes negativas; al analizar la relación entre las variables, se encontró relación estadísticamente significativa entre los conocimientos y las actitudes hacia el autocuidado ($X^2 = 0,830$; $p = 0,000$) Concluyendo que el nivel de conocimiento se relaciona con la actitud familiar en el autocuidado de pacientes adultos mayores con Diabetes tipo II.

Este antecedente permitió la identificación de diversos conceptos relacionados al autocuidado de los pacientes con diabetes tipo II.

2.2. Bases Teóricas.

Las bases teóricas que darán sustento al presente estudio de investigación son:

2.2.1. Teoría del autocuidado de Dorothea Orem.

Orem³⁵ define al autocuidado como “las acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida, curar las enfermedades y/o heridas y hacer frente a las complicaciones”.

El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo; es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores

que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar³⁶.

Orem define su modelo como una teoría general de Enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí, las cuales se describen a continuación³⁷:

- a) **Teoría del autocuidado.**- En esta teoría el autocuidado es definida como una actividad realizada por cada persona, aprendida y orientada hacia un objetivo; refiriéndose a aquellas actividades que una persona realiza de manera independiente a lo largo de la vida, para proporcionar y mantener el bienestar personal³⁸.
- b) **Teoría del déficit de autocuidado.**- Donde se describe y explican las causas que pueden provocar dicho déficit. El déficit de autocuidado se da cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, incapacitándola para el autocuidado continuo; avalando la necesidad de los cuidados de Enfermería, para compensar la demanda de cuidados evidenciados en los pacientes³⁹.
- c) **Teoría de los sistemas de Enfermería.**- Esta teoría tiene como objetivo eliminar el déficit de autocuidado, basándose en la forma como la persona y el profesional de enfermería se relacionan para así compensar el desequilibrio existente en el autocuidado y lograr una estabilización en el estado de salud de la persona. Por ello, un sistema de Enfermería es considerado un complejo método de acciones realizadas por las enfermeras determinadas por las demandas de autocuidado terapéutico del paciente⁴⁰.

Esta teoría se relaciona con el presente estudio puesto que los pacientes con diabetes mellitus son personas que necesitan constantemente de apoyo físico y emocional para la satisfacción de sus necesidades físicas, psicológicas y sociales; siendo para ello fundamental el apoyo familiar y del profesional de Enfermería en el cuidado y afrontamiento de su enfermedad.

2.2.2. Modelo de Calidad de Vida.

Como se pronuncia Shwartzmann⁴¹ se propone un modelo de evaluación de factores psicosociales determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud. Este modelo considera que la calidad de vida es un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente, las cuales se encuentran determinadas por factores orgánicos (tipo de enfermedad y evolución), psicológicos (personalidad y grado de cambio en sistema de valores, creencias y expectativas), sociales y familiares (soporte social recibido y percibido), y de cuyas resultantes dependerá el bienestar físico, psíquico y social y en la evaluación general de la vida por parte del paciente.

Este modelo establece que la percepción de las personas sobre su estado de salud, depende en gran medida de sus valores y creencias, su contexto cultural e historia personal, siendo una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con los aspectos relacionados con su enfermedad y tratamiento, su situación física, su estado emocional, su vida familiar y social⁴².

Este modelo se relaciona con el presente estudio puesto que identificó la calidad de vida de las personas adultas con diabetes tipo II considerados en el presente estudio

2.2.3. Modelo de Promoción de la Salud.

Pender⁴³ sostiene que la conducta está motivada por el bienestar y el potencial humano, enfatizando la relación que existe entre las características personales y experiencias previas, así como los factores cognitivos y los aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretende lograr en el contexto personal, familiar y comunitario.

El modelo de promoción de la salud, establece que promocionar la salud significa evitar la presencia de factores de riesgo e incrementar los factores protectores, creando una cultura de la salud estableciéndose que aquéllas personas que le otorgan gran importancia a su estado de salud, tienen mayor tendencia a conservarla y prevenir la presencia de diversas enfermedades y sus posible impacto en la calidad de vida de las personas⁴⁴.

Este modelo se relaciona con este estudio pues a través del autocuidado se pueden realizar actividades de promoción de la salud orientadas a prevenir las complicaciones de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de las personas adultas con diabetes tipo II.

2.3. Definiciones Conceptuales.

2.3.1. Definición de Diabetes.

Según la Organización Mundial de la Salud⁴⁵, la diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce

insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce.

Para la Organización Panamericana de la Salud la diabetes es un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina⁴⁶.

La Federación Internacional de la Diabetes señala que la diabetes es una enfermedad sistémica, crónica degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta el metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas⁴⁷.

Al respecto, la Sociedad Peruana de Endocrinología establece que la diabetes es un conjunto de enfermedades metabólicas de etiología y clínica heterogénea, caracterizadas por hiperglucemia como resultado de defectos en la secreción de insulina, la acción de la misma, o ambas⁴⁸.

Asimismo Calderón⁴⁹ refiere que la diabetes es una enfermedad caracterizada por elevaciones crónicas de glucosa en la sangre, la cual es la principal fuente de energía, cuyos valores normales son entre 70 y 100 mg/dl. Esta elevación se debe a la falta total de producción de insulina por el páncreas o la falta de acción insulínica en los tejidos.

Por su parte Roca⁵⁰ define a la diabetes como una enfermedad endocrina metabólica crónica y hereditaria, caracterizada por ser tratable y controlable, pero no curable. Core⁵¹ señala que la diabetes es un proceso hiperglicémico crónico, cuyo cuadro clínico determina limitaciones en el medio vital de las personas y en muchos casos la aparición de complicaciones que pueden generar graves trastornos metabólicos, invalidez o muerte prematura.

Por otro lado, Tierney⁵² conceptualiza a la diabetes como un síndrome orgánico multisistémico crónico que se caracteriza por un aumento en los niveles de glucosa en la sangre resultado de las concentraciones bajas por la hormona insulina o por su uso inadecuado por parte del cuerpo.

2.3.2. Clasificación de la Diabetes.

Según el Comité de expertos de la Asociación Americana de Diabetes (ADA), los diferentes tipos de diabetes se clasifican en 4 grupos⁵³:

- a) Diabetes Mellitus tipo I.-** Resulta de la destrucción de las células, que suele provocar una deficiencia absoluta de insulina.
- b) Diabetes tipo II.-** Resulta de un déficit progresivo de la secreción de insulina, que se superpone a una situación basal de resistencia a la insulina; la constituye una patología muy prevalente entre las personas maduras y tiene una elevada morbimortalidad.
- c) Otros tipos específicos de diabetes.-** Son las diabetes causadas por otras causas, como alteraciones genéticas en la función de las células β , defecto genéticos en la acción de la insulina,

enfermedades del páncreas exocrino (como la fibrosis quística) y diabetes inducida por fármacos o productos químicos (como en el tratamiento del VIH/sida o después de un trasplante de órganos).

d) Diabetes mellitus gestacional.- Es diagnosticada durante el embarazo; y no llega a ser diabetes claramente manifiesta⁵⁴.

Para fines de cumplir los objetivos de investigación planteados inicialmente en el presente estudio se estudiará con mayor detenimiento la diabetes de tipo II.

2.3.3. Definición de Diabetes tipo II.

Es una enfermedad crónica degenerativa causada por la deficiencia en la producción y utilización de insulina, cuya consecuencia es una elevación anormal de la glucemia. La insulina es una hormona que se fabrica en el páncreas y que permite que la glucosa de los alimentos pase a las células del organismo, en donde se convierte en energía para que funcionen los músculos y los tejidos. Cuando la glucosa se acumula en la sangre en lugar de penetrar en las células, pueden presentarse dos problemas: las células pueden quedar privadas de energía y a la larga los niveles altos de glucosa en la sangre pueden dañar los ojos, los riñones, los nervios o el corazón⁵⁵.

La Diabetes de tipo II como enfermedad crónica reviste especial importancia no sólo por constituir las primeras causas de morbimortalidad, sino por las dificultades que enfrenta el paciente para llevar a cabo su tratamiento para lograr el control metabólico y prevenir sus múltiples complicaciones. Además de la ingesta de

medicamentos se requieren otras medidas de control, primordialmente el ajuste de la alimentación, el control de peso en caso de obesidad, una actividad física adecuada, vigilancia y aseo adecuado de los pies⁵⁶.

2.3.4. Manifestaciones clínicas de la Diabetes tipo II.

La Diabetes tipo II puede pasar inadvertida por muchos años, y en algunos casos ésta es diagnosticada cuando ya se han producido daños irreversibles en el organismo; las personas con diabetes tipo II no presentan síntoma alguno, en particular en los estados iniciales de la enfermedad, está asociada con pérdida de calidad de vida y en caso de presentarse síntomas estos pueden ser variados y afectar diversos órganos⁵⁷.

Los signos y síntomas de la diabetes mellitus pueden incluir: visión borrosa o cambios repentinos en la visión, cansancio, fatiga, polidipsia, poliuria, náuseas, vómitos o dolor abdominal, en las mujeres ausencia de la menstruación, en los hombres disfunción eréctil, polifagia acompañada de pérdida de peso, infecciones frecuentes, entumecimiento de manos y pies, heridas que tardan en cicatrizar, piel se torna seca, aparece picazón en la piel y genitales, entre otros⁵⁸.

2.3.5. Criterios diagnósticos de la Diabetes tipo II.

El diagnóstico de pre diabetes se establece cuando la glucosa de ayuno es igual o mayor a 100 mg/dl y menor o igual de 125 mg/dl. Para el diagnóstico de la Diabetes tipo II se puede utilizar cualquiera de los siguientes criterios diagnósticos⁵⁹:

- a) Síntomas de diabetes más una glucemia casual medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl (11,1 mmol/l). Casual se define como cualquier hora del día sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida. Los síntomas clásicos de Diabetes tipo II incluyen poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso.
- b) Glucemia en ayunas medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 126mg/dl (7 mmol/l). En ayunas se define como un período sin ingesta calórica de por lo menos ocho horas.
- c) Glucemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl (11.1mmol/l) dos horas después de una carga de glucosa durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa⁶⁰.

Para el diagnóstico en la persona asintomática es esencial tener al menos un resultado adicional de glucemia igual o mayor a las cifras que se describen en los numerales dos y tres. Si el nuevo resultado no logra confirmar la presencia de diabetes, es aconsejable hacer controles periódicos hasta que se aclare la situación; en estas circunstancias se debe tener en consideración factores adicionales como edad, obesidad, historia familiar, comorbilidades, antes de tomar una decisión diagnóstica o terapéutica⁶¹.

2.3.6. Tratamiento de la Diabetes tipo II

En términos generales la diabetes mellitus tipo es una enfermedad crónica que no tiene cura, pero se puede controlar y disminuir los riesgos de sufrir complicaciones, si se tienen las medidas de cuidado necesarios que implica un proceso de

participación dinámica por parte de las personas en el cuidado de su propia salud⁶².

Por ello, el tratamiento de la diabetes mellitus requiere de un equipo multidisciplinario y tiene como objetivo inicial conseguir un buen control de los niveles de glucosa en sangre; así como aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones. Las personas identificadas con glucosa anormal en ayuno o intolerancia a la glucosa, requieren de una intervención preventiva por parte del médico y del equipo de salud, ya que el riesgo para desarrollar Diabetes tipo II y enfermedad cardiovascular es elevado⁶³.

Para conseguir dichos objetivos el tratamiento de la diabetes se basa en cuatro pilares: la alimentación, el ejercicio, la medicación y educación diabetológica; a continuación se pasan a detallar cada uno de estos pilares⁶⁴:

- a) **Dieta.**- Tiene como finalidad el control de la enfermedad y alcanzar o mantener un peso correcto. En general se recomienda una dieta sin carbohidratos simples y sin grasas poliinsaturadas, que les proporcione entre 1500 – 2000 calorías diarias, repartidas entre 5 – 6 tomas, compuestas por carbohidratos complejos (50%), proteínas (20%) y grasas saturadas (30%) con una aportación adecuada de fibra vegetal (50-75 g/día)⁶⁵.
- b) **Ejercicio.**- Dada las ventajas que tiene el ejercicio que se practica regularmente en cuanto a mejorar la acción de la insulina a nivel

periférico, mejorar el perfil lipídico y favorecer la normotensión arterial, debe ser recomendado insistentemente al paciente diabético y animándole a practicar de forma regular algún tipo de ejercicio moderado (andar, nadar, manejar bicicleta) que no supongan un gran esfuerzo capaz de producir complicaciones adicionales, como desprendimiento retiniano, accidente cerebrovascular o elevaciones tensionales⁶⁶.

c) Medicación.- El tratamiento farmacológico de la diabetes comprende los hipoglucemiantes orales, también llamados antidiabéticos orales, los cuales son medicamentos dirigidos a mejorar los niveles de azúcar en sangre⁶⁷.

d) Educación Diabetológica.- Los objetivos de esta educación serán proporcionarles una información sencilla y completa sobre qué es la diabetes, sus tipos, las formas de tratamiento, el autoanálisis domiciliario, las hipoglicemias y otras situaciones de alarma, el cuidado de los pies y qué hacer en casos de enfermedad, viajes, entre otros. En cuanto a las actividades educativas es necesario que sean repetidas periódicamente ayudados por soporte audiovisual adecuado que mantengan el interés y logren la comprensión de lo que se muestra⁶⁸.

2.3.7. Complicaciones de la Diabetes tipo II.

Las complicaciones de la Diabetes tipo II se dan con frecuencia a causa del desequilibrio metabólico de la glucosa en el organismo ocasionado por diversos factores pero en muchos casos se presentan por el desconocimiento de la enfermedad o por la actitud negativa del

paciente, hacia las prácticas de autocuidado de sí mismo. Con el tiempo el exceso de la glucosa en la sangre puede causar problemas serios, provocando lesiones en los diferentes órganos como los ojos, riñones y los nervios periféricos; las complicaciones de la diabetes se clasifican en agudas y crónicas⁶⁹.

Dentro de las complicaciones agudas de la Diabetes tipo II se encuentran:

- a) **Hipoglicemia.-** Es el descenso anormal de los niveles de glucosa en la sangre. Las situaciones que conducen a hipoglicemia son: exceso de inyección de insulina o toma de excesiva medicación antidiabética, no ingerir suficiente comida o realizar actividad física desmesurada sin haber comido. Puede manifestarse mediante el malestar general, fatiga, irritabilidad, sensación de hambre, dolor de cabeza, confusión, convulsiones e incluso coma⁷⁰.
- b) **Hiperglicemia.-** Llamado también coma hiperosmolar no cetósico; es casi exclusivo del diabético no insulino dependiente, desencadenándose generalmente por infecciones agudas, accidentes cerebrovasculares, infarto de miocardio u otras situaciones similares; su mortalidad es muy elevada⁷¹.
- c) **Cetoacidosis diabética.-** Es una complicación aguda de la Diabetes tipo II, caracterizada por hiperglicemia (aproximadamente entre 300 y 800 mg/dl), hipercetonemia (con presencia de cuerpos cetónicos en sangre y orina) y acidosis metabólica (Ph en sangre arterial menor de 7,25; bicarbonato inferior a 15 mEq/L). La cetoacidosis diabética puede poner en peligro la vida del paciente

si no es atendida a tiempo, las situaciones más frecuentes que pueden desencadenar una cetoacidosis diabética son el incumplimiento de la dosis de insulina y las infecciones; otras causas son el estrés emocional, cirugía o trauma e incluso ejercicio. La información y educación que estos pacientes reciban por parte del personal de salud es de suma importancia para prevenir estas complicaciones⁷².

Asimismo, dentro de las complicaciones crónicas de la Diabetes tipo II se encuentran:

- a) **Retinopatía diabética.-** Esta complicación es una de las causas más importantes de pérdida de visión en personas con diabetes. Esta condición daña y debilita los vasos sanguíneos en la retina del ojo provocando que los fluidos puedan escaparse causando hinchazón y produciendo una visión borrosa⁷³.
- b) **Neuropatía diabética.-** El daño al sistema nervioso dificulta la tarea de los nervios para transmitir mensajes al cerebro y otras partes del cuerpo. Si se dañan los nervios de las manos, piernas y los pies, puede aparecer una sensación extraña de hormigueo o dolor ardiente, así como debilidad en los brazos y piernas⁷⁴.
- c) **Nefropatía diabética.-** La diabetes también puede dañar los vasos sanguíneos en los riñones, provocando que las proteínas se pierdan en la orina y la sangre no se filtre normalmente. Una vez afectado el riñón, este no logra llevar a cabo su función en el cuerpo y se acumulan los desechos en la sangre alterándose a su vez el equilibrio de la cantidad de líquido en el cuerpo⁷⁵.

- d) Enfermedades Cardiovasculares.-** Dentro de las complicaciones de la Diabetes tipo II, las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayor causa de muerte entre las personas con diabetes. Entre las mayores complicaciones cardiovasculares podemos mencionar; enfermedad coronaria, enfermedades cerebro vasculares y enfermedades vasculares periferales⁷⁶.
- e) Amputaciones y problema de los pies.-** En muchas ocasiones por causas de daños a los nervios periferales y a las arterias, causados por la diabetes, se reducen úlceras en los pies, infecciones y heridas que no cicatrizan lo que puede causar la necesidad de amputar la extremidad afectada⁷⁷.

2.3.8. Definición de autocuidado.

El autocuidado es la capacidad que tiene el individuo para realizar actividades en pro de su salud beneficio y bienestar; estas son acciones que la persona realiza de una manera específica para contribuir al buen funcionamiento del organismo⁷⁸.

Según la Organización Mundial de la Salud⁷⁹, el autocuidado constituye una serie de actividades de salud tomadas por los individuos, familias, vecinos, amigos y grupos, que les permiten tomar decisiones sobre su propia salud.

La Organización Panamericana de la Salud⁸⁰ señala que el autocuidado es toda aquella acción individual que realiza el individuo por el bienestar de su persona, ya sea, física, psicológica o socialmente, con la finalidad de prevenir enfermedades o la complicación de las mismas

Al respecto, Orem⁸¹ define el autocuidado como las acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida, curar las enfermedades o heridas y hacer frente a las complicaciones.

Según Guillén⁸² el autocuidado es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar.

Por su parte, Marriner⁸³ señala que el autocuidado consiste en la práctica de actividades que las personas llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia iniciativa y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, consiguiendo el desarrollo y bienestar personal.

Según Coppard⁸⁴, el autocuidado comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad, así como todas las actividades dirigidas a mantener y mejorar la salud y las decisiones a utilizar tanto en los sistemas de apoyo formales de salud como los informales.

Desde esta perspectiva, son actividades de autocuidado, entre otras, el control personal de la temperatura, el pulso o la presión arterial, la realización de actividades físicas con regularidad, el examen periódico de mamas, la asistencia a las citas de salud, la ingestión de medicamentos de acuerdo con la prescripción médica, el abandono del hábito de fumar, el control de la glucosuria y el cumplimiento de dietas especiales⁸⁵.

2.3.9. Autocuidado en las personas con Diabetes tipo II.

La diabetes es una enfermedad complicada, requiere vigilancia constante, conocimiento de la enfermedad y del apoyo de varios especialistas en salud, la mayor parte del cuidado y control debe provenir del paciente mismo. Por ello, el autocuidado es de vital importancia para mejorar la calidad de vida, ya que se debe considerar que la persona con Diabetes tipo II presentan una condición crónica de salud, que exigen cuidados permanentes para mantener su calidad de vida y control de la salud⁸⁶.

Los pacientes con Diabetes tipo II deben realizar diversas actividades de cuidado tales como cumplir con su cuidado farmacológico, dietético, ejercicios, higiénicos y cuidados oftalmológicos, para mejorar su calidad de vida y así evitar las diversas complicaciones y por ende las repercusiones en el aspecto biopsicosocial espiritual. Las personas con diabetes reciben un tratamiento el cual tiene como objetivo normalizar la glucemia para reducir el desarrollo de las complicaciones vasculares y neuropatías⁸⁷.

En los pacientes diabéticos el conocimiento y la ejecución de buenas prácticas de autocuidado, son necesarios para retardar la aparición de las complicaciones que se derivan de la diabetes, constituyéndose en el pilar fundamental del tratamiento integral de esta enfermedad. Dentro de estas prácticas se encuentran: plan de alimentación saludable, ejercicio físico, autocontrol de glicemia, cumplimiento del tratamiento farmacológico, control del peso, etc⁸⁸.

2.3.10. Dimensiones del autocuidado en personas con Diabetes tipo II.

Las dimensiones del autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo consideradas en el presente estudio son:

a) Régimen alimentario.

La dieta es fundamental en el tratamiento de la diabetes, ya que muchos pacientes pueden controlar su enfermedad exclusivamente con dieta, sin necesidad de medicación. El control de la diabetes depende en gran parte de los alimentos que consume, no solo de su cantidad, sino también su calidad; por lo que es necesario que deben seguir un régimen alimentario o plan de alimentación adecuado de acuerdo a las preferencias, estilos de vida y necesidades de las personas que le permitan los niveles de glucosa, colesterol, triglicéridos y lípidos dentro de los valores normales y mantener el peso corporal en un peso ideal⁸⁹.

En general los puntos más importantes a tener en cuenta en el régimen alimentario de una persona con Diabetes tipo II son:

- Debe ser individualizada, variada y equilibrada, fraccionada en 5 ó 6 tomas al día (desayuno, media mañana, almuerzo, merienda, cena, antes de dormir) si hay un menor volumen de alimento por toma hay mejor control.
- Debe estar en concordancia con el tratamiento con insulina o antidiabéticos orales y con la práctica de ejercicio físico.
- Debe ser rica en fibra (verduras, legumbres, frutos secos, cereales integrales y fruta en las cantidades adecuadas a cada caso); y pobre en grasas saturadas y colesterol.

- Debe ser controlada en alimentos que contienen hidratos de carbono simples (azúcar, miel, mermelada, zumo y fruta, bebidas azucaradas, golosinas, chocolate y derivados) y complejos (cereales, patatas, legumbres).
- Es importante consumir alimentos variados (frutas, verduras, carnes) y en un horario determinado, para evitar complicaciones como la hipoglucemia⁹⁰.

b) Actividad Física.

La actividad física en las personas con Diabetes tipo II constituye un factor importante para prevenir y controlar esta enfermedad; pues ayuda a mejorar el control de los niveles de glucosa, a controlar el peso y a lograr las metas de salud. El ejercicio físico, incrementa el consumo de glucosa por parte de los músculos, aumenta la sensibilidad de la insulina, permitiendo que el organismo haga una mejor utilización de la glucosa, disminuyendo la resistencia a la insulina⁹¹. En la actividad física, los diabéticos deben considerar las siguientes recomendaciones:

- El ejercicio debe ser de preferencia aeróbicos, caminata, natación, ciclismo, baile entre otros, se recomienda hacer un mínimo de 30 minutos de ejercicio 3 veces por semana o más si es posible.
- Empiece con ejercicio ligero y aumente progresivamente cada semana hasta tolerar una rutina completa.
- El ejercicio excesivo puede ser tan dañino como una vida sedentaria, ya que puede alterar los niveles de glucosa.

- Revise sus niveles de glucosa antes y después del ejercicio para asegurar que se encuentre en niveles normales⁹².

c) Tratamiento.

El tratamiento de los pacientes con Diabetes tipo II tiene como objetivo controlar la glicemia y evitar las complicaciones; los medicamentos para controlar los niveles de glucosa son un complemento del tratamiento para las personas con diabetes; la base de su control es la dieta y el ejercicio. Para obtener todos los beneficios de sus medicamentos se debe tomar en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Tome sus medicamentos en el horario y la cantidad indicada por su médico.
- Establezca un horario para tomar sus medicamentos y establezca un hábito.
- Lleve consigo una lista de los medicamentos que toma y sus horarios por si debe tomarlos fuera de casa.
- Acudir todos los meses a su control médico.
- Controlar la presión arterial y glucosa en forma regular.
- Informarse y estar alerta a la presencia de efectos colaterales de los medicamentos hipoglucemiantes (náuseas, diarreas, confusión, sudoración, visión doble)⁹³.

d) Cuidados personales.

Constituyen el conjunto de actividades que las personas con diabetes tipo II deben realizar para evitar las complicaciones de

esta enfermedad; dentro de los cuidados personales se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Lavado diario de los pies con jabón suave y agua templada, secarlos cuidadosamente entre los dedos.
- Mantener los pies secos y revisarlos antes de colocarse los zapatos cada mañana.
- Usar zapatos adecuados que no aprieten los pies o causen roces, fricciones y ampollas; nunca caminar con los pies descalzos.
- Recortar las uñas en forme recta e inspeccionar diariamente los pies en busca de heridas o lesiones.
- Utilizar cremas humectantes para los pies.
- Dejar de fumar; el tabaco aumenta el riesgo de presencia de las complicaciones crónicas.
- Consultar frecuentemente al médico y al oftalmólogo⁹⁴.

e) Cuidados de la piel.

El paciente diabético debe seguir unas normas básicas de higiene de la piel que, junto con el control glucémico, pueden colaborar en la prevención de las complicaciones de la Diabetes tipo II. Dentro de los cuidados de la piel se consideran las siguientes recomendaciones:

- Bañarse a diario con agua tibia y secar la piel con especial cuidado en las zonas de pliegue como la ingle, axilas, etc.
- Evitar rasguños y pinchazos en piel; y lubricar la piel usando cremas hidratantes.

- Usar ropa cómoda, que no produzca rozaduras, irritaciones, excoriaciones ni traumatismos; limpia, debiendo cambiarla con frecuencia, en especial la ropa interior (brasier y calzoncillo).
- Usar guantes para proteger sus manos cuando está en riesgo de lesionarse; si tiene una herida, lavar con agua y jabón y protegerla con gasa⁹⁵.

2.3.11. Definición de calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud⁹⁶ define la calidad de vida como la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto sociocultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, normas y preocupaciones; y su percepción puede estar influida por su salud física, psíquica, su nivel de independencia y sus relaciones sociales.

Giusti⁹⁷ define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite a un individuo satisfacer aproximadamente sus necesidades individuales y colectivas.

Por su parte, Coelho⁹⁸ afirma que la calidad de vida es la condición de la existencia del ser humano referida a los modos de vivir en sociedad, esto es, dentro de los límites establecidos en cada momento histórico para vivir la cotidianidad, esta existencia también debe satisfacer las exigencias o demandas que la cotidianidad genera para las personas que integran la sociedad.

Gómez y Sabeth⁹⁹ definen la calidad de vida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que

ésta experimenta y por último, la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales

Asimismo Fernández y Rojo¹⁰⁰ mencionan que la calidad de vida es individual, pues aspectos importantes para una persona pueden no serlo para otra; y que la evaluación de la calidad de vida resulta de la influencia de una variedad de factores, incluyendo las experiencias y expectativas de los individuos.

Por otro lado Urzúa y Caqueo¹⁰¹ definen que la calidad de vida es el resultado de las evaluaciones de la salud como medida de bienestar de las personas. Pese a esto, no existe una definición única del concepto ni una completa diferenciación con otros conceptos relacionados a la calidad de vida de las personas con diabetes.

2.3.12. Calidad de vida en las personas con Diabetes tipo II.

La calidad de vida en personas con enfermedades crónicas se ve afectada debido a que las condiciones de salud constituyen problemas que persisten en el tiempo; el ser diagnosticado con una afección de este tipo acarrea un sinnúmero de implicaciones en la vida de una persona, en el aspecto psicológico, físico, espiritual y social; pues pueden aparecer de forma inesperada o insidiosa. Asimismo, son permanentes, provocan incapacidades residuales causadas por condiciones patológicas irreversibles, requieren de entrenamiento del paciente para su autocontrol y un largo periodo de supervisión, observación y cuidado¹⁰².

Para mantener un nivel de calidad de vida y de bienestar general padeciendo la diabetes mellitus tipo 2 se requiere llevar a cabo una serie de acciones y el plan de manejo debe incluir el establecimiento de metas de tratamiento (farmacológico, no farmacológico), entre los que se incluyen un plan de alimentación adecuado, el ejercicio físico y control de peso, el auto monitoreo y la vigilancia de complicaciones¹⁰³.

Los pacientes con diabetes mellitus se ven muy afectados debido a la tensión de la planificación para el manejo de la enfermedad, las limitaciones, junto con las emociones negativas que surgen debido a la enfermedad. Por lo tanto, el tema de la salud relacionada con la calidad la vida es importante para los pacientes con Diabetes tipo II debido a que la enfermedad puede interferir con los estilos de vida de los pacientes, no sólo por el régimen de cuidado de salud que requiere constante cuidado de sí mismo, sino también debido a las complicaciones a largo plazo que pueden deteriorar la calidad de vida del paciente diabético¹⁰⁴.

2.3.13. Dimensiones de calidad de vida en personas con Diabetes tipo II.

Las dimensiones de la calidad de vida en personas con diabetes tipo consideradas en el presente estudio son:

a) Satisfacción con el tratamiento.

Fexias y Pucurull¹⁰⁵ refieren que evaluar la satisfacción del paciente una vez que ha finalizado el tratamiento se ha convertido en algo primordial. Ya no solo desde el punto de vista del paciente, el cual puede sentir que su voz es escuchada, sino también para el

terapeuta y para el centro donde se desarrolla el tratamiento. Por otra parte Tesma¹⁰⁶ señala que la satisfacción está relacionada con la evaluación de los tratamientos médicos por parte de la persona afectada; y la satisfacción con el tratamiento suele variar según la oferta de alternativas terapéuticas, su impacto sobre la salud y el bienestar, y las expectativas del usuario.

Aunque la satisfacción con el tratamiento va relacionada con los resultados clínicos y de calidad de vida (es decir, la reducción de los síntomas y de la morbilidad), también incorpora otras áreas de la experiencia de la persona; donde las expectativas y las ideas preconcebidas de la persona acerca del tratamiento actúan como un filtro; siendo el resultado la satisfacción con los resultados personalizados de la terapia (cómo uno se siente y funciona), además de con los procesos de la terapia (comodidad, efectos secundarios, cambios necesarios del estilo de vida)¹⁰⁷.

b) Impacto de la enfermedad.

Es la impresión o efecto que produce la enfermedad en una persona. Al respecto, Martín, Querol, Larsson y Renovell¹⁰⁸ señalan que los problemas que los pacientes con diabetes Mellitus refieren con mayor frecuencia son: la ansiedad, la depresión, la falta de energía, las disfunciones sexuales, las dificultades laborales y los sentimientos de soledad.

Por otro lado, Fernández¹⁰⁹ refiere que la enfermedad que tiende a la cronicidad o que incluso se convierte en terminal, favorece que el paciente sea etiquetado como “diferente”, ya sea

por el tipo de expectativas que posee, por las nuevas necesidades de cuidado y alimentación, por su aspecto físico, por su capacidad de trabajo, por su autoestima, etc., que afectan el tipo de relación interpersonal con los miembros de familia y con sus conocidos.

Esta relación puede evolucionar hasta el deterioro irreversible; la condición de cronicidad, por lo que puede evolucionar a situaciones de estrés, que no solo impacta el funcionamiento familiar, sino también la evolución de la propia enfermedad¹¹⁰.

c) Preocupación por las consecuencias de la enfermedad

Constituye la intranquilidad, temor, angustia, o inquietud que tienen las personas con Diabetes tipo II respecto de algo que ha ocurrido o que va a ocurrir. Al respecto, Lauro¹¹¹ refiere que los pacientes pasan por etapas de tensión emocional al igual que los sujetos que se someten a tratamientos exclusivamente prolongados, dada la necesidad de asumir restricciones físicas, emocionales y sociales que tienen efectos psicológicos importantes; asimismo manifiesta que los individuos con diabetes mellitus no sólo se ven afectados físicamente, sino que desarrollan problemas emocionales a medida que la enfermedad avanza a un estado de cronicidad al requerir diálisis periódicas.

Los síntomas emocionales más comunes en el paciente con diabetes son depresión, irritabilidad y negación excesiva, pueden ser síntomas de la propia enfermedad y de sus reacciones emocionales. También dependen de su actitud hacia la enfermedad antes de que le fuera diagnosticada; si previamente la

ha asumido de forma razonable, y ha discutido sus sentimientos y sus planes de futuro con su familia, tiene más posibilidades de conseguir una mejor adaptación personal; pero si no conocían previamente su riesgo, o rechazaban conocerlo o considerarlo, el diagnóstico tendrá un efecto peor en el paciente¹¹².

d) Estado de salud

El estado de salud es el logro del máximo nivel de bienestar físico, mental y social y de la capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad¹¹³.

Azpiazu y Cruz¹¹⁴ definen que el estado de salud de las personas es uno de los principales determinantes de su calidad de vida, señalando que un ser humano se encuentra sano cuando, además de sentirse bien física, mental y socialmente, sus estructuras corporales, procesos fisiológicos y comportamiento se mantienen dentro de los límites aceptados como normales. Según Moreno¹¹⁵ la salud es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional.

2.4. Hipótesis.

2.4.1. Hipótesis general

Hi: El autocuidado se relaciona con la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Hi: El autocuidado no se relaciona con la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

2.4.2. Hipótesis específicas

Hi₁: en la dimensión régimen alimentario se relaciona con la calidad de vida El autocuidado de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio.

Ho₁: El autocuidado en la dimensión régimen alimentario no se relaciona con la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio.

Hi₂: El autocuidado en la dimensión actividad física se relaciona con la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio.

Ho₂: El autocuidado en la dimensión actividad física no se relaciona con la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio.

Hi₃: El autocuidado en la dimensión tratamiento se relaciona con la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio.

Ho₃: El autocuidado en la dimensión tratamiento no se relaciona con la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio.

Hi₄: El autocuidado en la dimensión cuidados personales se relaciona con la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio.

Ho₄: El autocuidado en la dimensión cuidados personales no se relaciona con la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio.

Hi₅: El autocuidado en la dimensión cuidados de la piel se relaciona con la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio.

Hi₅: El autocuidado en la dimensión cuidados de la piel no se relaciona con la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio.

2.5. Variables.

2.5.1. Variable dependiente.

Calidad de vida.

2.5.2. Variable independiente.

Autocuidado.

2.5.3. Variables de caracterización

- **Características demográficas:**

- Edad.
- Género.
- Lugar de residencia.

- **Características sociales:**

- Estado civil.
- Religión.
- Ingreso económico familiar.
- Grado de instrucción.
- Tipo de trabajo actual

- **Características familiares:**
 - Tenencia de hijos
 - Presencia de familiares con antecedentes de enfermedad crónica.
- **Características relacionadas a la enfermedad:**
 - Recibe apoyo en el cuidado de su salud.
 - Tratamientos con productos naturales
 - Tratamientos farmacológicos que recibe.

2.6. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Autocuidado	Régimen alimentario	Categórica	Bueno Regular Deficiente	Nominal Politómica
	Actividad Física	Categórica	Bueno Regular Deficiente	Nominal Politómica
	Tratamiento	Categórica	Bueno Regular Deficiente	Nominal Politómica
	Cuidados Personales	Categórica	Bueno Regular Deficiente	Nominal Politómica
	Cuidados de la piel	Categórica	Bueno Regular Deficiente	Nominal Politómica
VARIABLE DEPENDIENTE				
Calidad de Vida	Satisfacción con el tratamiento	Categórica	Muy satisfecho A veces insatisfecho Muy insatisfecho	Nominal Politómica

	Impacto de la enfermedad	Categórica	Siempre impacta A veces impacta Nunca impacta	Nominal Politómica
	Preocupación por la consecuencias de la enfermedad	Categórica	Siempre se preocupa A veces se preocupa Nunca se preocupa	Nominal Politómica
	Estado de salud	Categórica	Bueno Regular Deficiente	Nominal Politómica
VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN				
Características Demográficas	Edad	Numérica	En años	De razón
	Género	Categórica	Masculino Femenino	Nominal Dicotómica
	Lugar de Residencia	Categórica	Urbana Rural Periurbana	Nominal Politómica
Características Sociales	Estado civil	Categórica	Soltero (a) Casado (a) Conviviente Separado (a) Viudo (a)	Nominal Politómica
	Religión	Categórica	Católica Evangélica Mormón Atea Otros	Nominal Politómica
	Ingreso Económico Familiar	Categórica	Alto Medio Bajo	Nominal Politómica
	Grado de instrucción	Categórica	Sin estudios Primaria Secundaria Superior	Nominal Politómica

Características Familiares	Tenencia de hijos	Categórica	Si tiene No tiene	Nominal Dicotómica
	Antecedente de enfermedades con patología crónica	Categórica	Si existe No existe	Nominal Dicotómica
Datos informativos	Recibe apoyo en el cuidado de la salud	Categórica	Si recibe No recibe	Nominal Dicotómica
	Tratamiento con productos naturales	Categórica	Si recibe No recibe	Nominal Dicotómica
	Tratamiento Farmacológico	Categórica	Insulina Hipoglucemiantes orales Pastillas No recibe	Nominal Politómica

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio.

Según la intervención de la investigadora, el presente estudio fue de tipo observacional, debido a que no hubo manipulación de variables, y los resultados obtenidos reflejaron espontáneamente la relación entre el autocuidado y la calidad de vida en la muestra en estudio.

Según el número de ocasiones en que se midieron las variables, será de tipo transversal, pues se estudiaron las variables en una sola ocasión, permitiendo presentar la información tal y cómo se presentó en un determinado periodo de tiempo y espacio.

Según la planificación de la recolección de datos, fue de tipo prospectivo, pues se registraron los resultados obtenidos en el momento de la recolección de datos, estableciendo la relación entre el autocuidado y la calidad de vida en la muestra en estudio.

Según el número de variables de interés, fue de tipo analítico relacional, pues se analizaron las 2 variables identificadas en el estudio, buscando establecer en forma pertinente la relación existente entre el autocuidado y la calidad de vida de los pacientes con diabetes tipo II considerados en el estudio de investigación.

3.1.1. Enfoque.

El enfoque del presente estudio pertenece al de tipo cuantitativo, pues estuvo basado en la medición del autocuidado y la calidad de vida de los pacientes con Diabetes tipo II participantes del

estudio, fundamentándose en la aplicación de los instrumentos para dar a conocer la realidad observada en el ámbito de estudio.

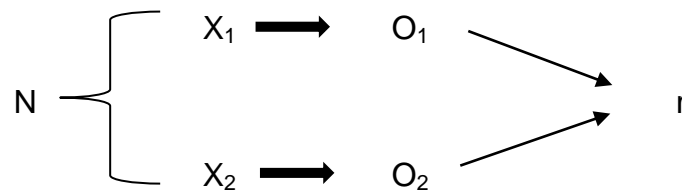
3.1.2. Alcance o nivel.

El presente estudio de investigación corresponde al nivel relacional, pues su objetivo general fue determinar la relación que existe entre el autocuidado y la calidad de vida de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea.

3.1.3. Diseño.

El diseño utilizado en el presente estudio fue el de tipo relacional, como se presenta en el siguiente esquema:

DIAGRAMA:



Dónde:

- N** : Muestra de personas con Diabetes tipo II.
- X₁** : Autocuidado.
- X₂** : Calidad de vida.
- O₁** : Observación de la variable 1.
- O₂** : Observación de la variable 2.
- r** : Relación entre las variables

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población.

La población estuvo conformada por todas las personas con Diabetes tipo II inscritos en el Programa de Control de Enfermedades

No Transmisibles del Centro de Salud Perú Corea; que según datos obtenidos del registro de pacientes diabéticos brindado por la coordinadora de la Estrategia Sanitaria en estudio de esta Institución se encuentra conformada en total por 57 pacientes con diagnóstico médico de Diabetes tipo II inscritos en el Programa de Salud.

a) Criterios de inclusión.- Se incluyeron en el estudio a las personas que cumplieron con los siguientes criterios:

- Tuvieron Diabetes tipo II.
- Estuvieron recibiendo tratamiento y tuvieron más de 6 meses de diagnosticada la enfermedad.
- Estuvieron inscritos en el registro de personas con diabetes del Programa de Control de Daños No Transmisibles del Centro de Salud Perú Corea.
- Acudieron en forma regular al Programa de Salud de la institución en estudio.
- Aceptaron participar voluntariamente del estudio de investigación previa firma del consentimiento informado.

b) Criterios de exclusión.- No se incluyeron en el estudio a las personas que presentaron las siguientes condiciones:

- Fueron diagnosticados recientemente con Diabetes tipo II.
- Asistieron de forma irregular al Programa de Salud del Centro de Salud Perú Corea.
- Estuvieron imposibilitados física o psicológicamente para responder a las preguntas planteadas en los instrumentos de investigación.

- No aceptaron participar del estudio de investigación (rechazaron el consentimiento informado).
- No concluyeron con el llenado de las respuestas de los instrumentos de investigación en un 100%.

c) Ubicación en el espacio: El presente estudio de investigación se llevó a cabo en el consultorio del Programa de Control de Daños No Transmisibles del Centro de Salud Perú Corea, ubicado en el distrito de Amarilis, provincia y departamento de Huánuco.

d) Ubicación en el tiempo: Este estudio se realizó entre los meses de Abril a Mayo del 2017.

3.2.2. Muestra.

Por ser una población pequeña se vio por conveniente, usar el método de población muestral, por ello se incorporó como muestra a la población total considerada en estudio de investigación, es decir a todos los pacientes con Diabetes tipo II inscritos en el Programa de Control de Daños No Transmisibles del Centro de Salud de Perú Corea, que según datos obtenidos de los registros de esta institución, estuvieron constituidos por 57 pacientes con Diabetes tipo inscritos en el mencionado Programa de Salud.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.3.1. Para la recolección de datos.

a) Técnicas.

La técnica utilizada en el presente estudio fue la encuesta, con la finalidad de recolectar información respecto al autocuidado y la

calidad de vida de los pacientes con Diabetes tipo II considerados en el estudio de investigación.

b) Instrumentos.

Los instrumentos que fueron empleados dentro de la presente investigación son:

• **Guía de entrevista de características generales (Anexo N° 01).**-

Este instrumento permitió identificar las características generales de los pacientes considerados en el presente estudio; estuvo constituida por 11 preguntas clasificadas en 4 dimensiones: características demográficas con 3 reactivos (edad, género y lugar de residencia), características sociales con 4 reactivos (estado civil, religión, grado de escolaridad e ingreso económico mensual), características familiares con 2 reactivos (tenencia de hijos y antecedentes de familiar con alguna enfermedad crónica); y por último, características relacionadas a la enfermedad con 3 reactivos (apoyo en el cuidado de la salud, tratamiento farmacológico y tratamiento con productos naturales).

• **Escala de autocuidado de Diabetes Tipo II (Anexo N° 02).**- Este

instrumento fue utilizado para identificar el nivel de autocuidado de las personas con Diabetes Tipo II; fue validado por Alayo y Horna¹¹⁶; se encuentra constituida por 30 ítems clasificados en 5 dimensiones: régimen alimentario, actividad física, tratamiento, cuidados personales y cuidados de la piel.

La valoración de los ítems se realizó de acuerdo a la respuesta identificadas como autocuidado deficiente, regular o

bueno; asignándose un puntaje de 0, 1 y 2 puntos según cada una de las respuestas brindadas por los personas con Diabetes tipo II consideradas en el presente estudio.

Por ello, la medición de la variable autocuidado se ejecutó de la siguiente forma: autocuidado deficiente = 0 a 20 puntos; autocuidado regular = 21 a 40 puntos y autocuidado bueno = 41 a 60 puntos.

En la dimensión régimen alimentario, la medición de la variable se realizó del siguiente modo: autocuidado deficiente = 0 a 6 puntos; autocuidado regular = 7 a 12 puntos y autocuidado bueno = 13 a 18 puntos.

En la dimensión actividad física, la medición de la variable se ejecutó de la siguiente manera: autocuidado deficiente = 0 a 2 puntos; autocuidado regular = 3 a 5 puntos y autocuidado bueno = 6 a 8 puntos.

En la dimensión tratamiento, la medición de la variable se realizó de la siguiente forma: autocuidado deficiente = 0 a 3 puntos; autocuidado regular = 4 a 7 puntos y autocuidado bueno = 8 a 10 puntos.

En la dimensión cuidados personales, la medición de la variable se hizo del siguiente modo: autocuidado deficiente = 0 a 4 puntos; autocuidado regular = 5 a 9 puntos y autocuidado bueno = 10 a 12 puntos.

Y por último, en la dimensión cuidados de la piel, la medición de la variable se ejecutó de la siguiente manera: autocuidado

deficiente = 0 a 4 puntos; autocuidado regular = 5 a 9 puntos y autocuidado bueno = 10 a 12 puntos.

- **Escala de calidad de vida de personas con Diabetes Tipo II (Anexo N° 03).**- Este instrumento permitió determinar la calidad de vida de las personas con Diabetes Tipo II; fue validado por Pezo y Paima¹¹⁷ en sus respectivos estudios de investigación y se encuentra constituida por 48 preguntas clasificadas en 4 dimensiones: satisfacción con el tratamiento, impacto de la enfermedad, preocupación por las consecuencias de su enfermedad y estado de salud.

La valoración de los ítems se realizó de acuerdo a las respuestas a las preguntas que se considerarán como calidad de vida deficiente, regular o buena, asignándose un puntaje 0, 1 y 2 puntos respectivamente según las respuestas brindadas por los pacientes considerados en el presente estudio. .

Por ello, la medición para la variable calidad de vida se ejecutó en las siguientes categorías: calidad de vida deficiente = 0 a 31 puntos, calidad de vida regular = 32 a 63 puntos y calidad de vida buena = 64 a 96 puntos.

La dimensión satisfacción con el tratamiento cuenta con 14 reactivos con enunciados de respuestas de tipo politómicas, cuyas opciones de respuesta por ítems son: “muy insatisfecho”, “a veces insatisfecho” y “muy satisfecho”, asignándose un puntaje de 0, 1 y 2 puntos respectivamente según las respuestas que brinden los pacientes en estudio. La medición de esta dimensión se realizó de

la siguiente manera: muy insatisfecho = 0 a 9 puntos; a veces insatisfecho = 10 a 19 puntos y muy satisfecho = 20 a 28 puntos.

Asimismo, la dimensión impacto de la enfermedad cuenta con 20 reactivos, cuyas opciones de respuesta son: “nunca impacta”, “a veces impacta” y “siempre impacta”, asignándose un puntaje de 0, 1 y 2 puntos respectivamente según las respuestas que brinden los pacientes en estudio. La medición de esta dimensión se ejecutó del siguiente modo: siempre impacta = 0 a 13 puntos; a veces impacta = 14 a 27 puntos y nunca impacta = 28 a 40 puntos.

Por su parte, la dimensión preocupación por las consecuencias de la enfermedad, cuenta con 10 reactivos, siendo sus opciones de respuesta son: “nunca se preocupa”, “a veces se preocupa” y “siempre se preocupa”, asignándose un puntaje de 0, 1 y 2 puntos respectivamente según las respuestas de los pacientes en estudio. La medición de esta dimensión se estableció de la siguiente manera: siempre se preocupa = 0 a 6 puntos; a veces se preocupa = 7 a 13 puntos y nunca se preocupa = 14 a 20 puntos.

Y por último, la dimensión estado de salud, cuenta con 4 reactivos, siendo sus opciones de respuesta por ítems: “deficiente”, “regular” y “bueno”; asignándose un puntaje de 0, 1 y 2 puntos respectivamente según las respuestas de los pacientes en estudio. La medición de esta medición se ejecutó de la siguiente manera: deficiente estado de salud = 0 a 2 puntos; regular estado de salud = 3 a 5 puntos y buen estado de salud = 6 a 8 puntos.

c) Validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos fueron sometidos a pruebas de validación cualitativas y cuantitativas; las cuales se describen a continuación:

- **Validez racional.-** Dentro de la validez racional se recolectó de diversas fuentes teóricas toda la información bibliográfica disponible respecto al autocuidado y la calidad de vida; los cuales fueron revisados y consultados en las diversas literaturas disponibles como libros, artículos, revistas, tesis y estudios de investigación afines a la problemática en estudio, permitiendo que los conceptos presentados no sean vagos ni imprecisos, sino que se estén respaldados por una consistente base teórica y conceptual.
- **Validez por jueces expertos.-** En este tipo de validez se seleccionaron 05 jueces expertos; quienes evaluaron cada uno de los ítems de los instrumentos en términos de la objetividad, estrategia, consistencia, estructura, suficiencia, pertinencia, claridad y vigencia según las dimensiones consideradas en los instrumentos de investigación. En general, los expertos concordaron en que los instrumentos eran adecuados para realizar la medición de las variables estudiadas y estaban orientadas a cumplir los objetivos trazados en la investigación.

De manera específica las recomendaciones y sugerencias de los expertos a la evaluación de los instrumentos de investigación fueron:

Experta N° 01: Dra. Gladys Liliana Rodríguez de Lombardi

(Nutricionista Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano); la experta señaló que la escala de autocuidado podía ser aplicada en la muestra en estudio debido con los criterios metodológicos para la evaluación del autocuidado en pacientes diabéticos; en cuanto a la escala de calidad de vida recomendó que debe ser modificado de acuerdo a las respuestas consideradas para evaluación establecidas en la descripción de las variables y dimensiones identificadas en el presente estudio.

Experto N° 02: Lic. Erick Quintanilla Morales (Enfermero

Asistencial Centro de Salud de Cauri); El experto recomendó que se debía reformular algunas preguntas de acuerdo a la realidad local, asimismo sugirió mejorar la redacción de algunas y utilizar palabras más sencillas y que sean de fácil comprensión para la muestra en estudio; y que después de ello se podía aplicar los instrumentos de investigación en la muestra considerada en el presente estudio.

Experto N° 03: Psic. Cecilia Palacín Condezo (Docente

Universidad de Huánuco); la experta recomendó la modificación de algunas preguntas en la escala de calidad de vida para que las personas evaluadas comprendan mejor, sugiriendo además modificar las opciones de respuesta; para tener una mejor identificación de la problemática estudiada, y que después de ellos se podían aplicar los instrumentos de investigación en los pacientes en estudio.

Experto N° 04: Lic. Silverio Bravo Castillo (Asesor metodológico estudios de investigación); el experto consideró que los instrumentos eran adecuadas y que se encontraban aptos para su aplicación en la muestra de pacientes con Diabetes tipo II considerados en esta investigación.

Experto N° 05: Lic. Silvia Alvarado Rueda (Docente Universidad de Huánuco); la experta recomendó modificar algunas terminologías presentadas en los instrumentos para conseguir un mejor entendimiento de los participantes en el estudio de investigación; y que se debía continuar con la aplicación de la prueba piloto para determinar el valor de confiabilidad y luego realizar la recolección de datos propiamente dicha.

- **Validez por consistencia interna (confiabilidad).**- Para la determinación de la confiabilidad de los instrumentos de investigación; en primer lugar, se realizó una prueba piloto buscando someter los instrumentos de recolección de datos a prueba en nuestro contexto geográfico y realidad sociocultural, e identificar dificultades de carácter ortográfico, palabras poco comprensibles, preguntas ambiguas y estimando el control del tiempo necesario para la aplicación de cada instrumento de investigación. Esta prueba piloto se realizó en los pacientes con Diabetes Mellitus inscritos en el Programa de Control de Enfermedades No Transmisibles del Centro de Salud de Pillco Marca, tomando como muestra a 10 personas con diabetes que tuvieron características similares a la muestra en estudio, y fueron

seleccionadas a través del muestreo no probabilístico por conveniencia.

Posteriormente se procedió a determinar el nivel de confiabilidad de los instrumentos de investigación; Por ello al realizar la validación cuantitativa del instrumento “Escala de autocuidado de Diabetes tipo II”, mediante el coeficiente de KR 20 de Kuder Richardson, se obtuvo un valor de confiabilidad de 0,84; que indicó que este instrumento tenía un grado de confiabilidad alto, validando por tanto su uso en el presente estudio

Luego se determinó el valor de confiabilidad del instrumento “Calidad de vida de personas con Diabetes tipo II” a través del coeficiente KR 20 de Kuder Richardson, obteniéndose un valor de 0.88; validando, por ende su uso en la presente investigación.

3.3.2. Para la presentación de datos.

En el procesamiento y presentación de los resultados identificados en este estudio se consideraron las siguientes fases:

a) Autorización.- Se emitió un oficio dirigido al director del Centro de Salud Perú Corea solicitando la autorización respectiva para realizar la ejecución del presente estudio de investigación.

b) Aplicación de instrumentos.- En esta etapa se realizaron los siguientes procedimientos:

- Se recogió la autorización escrita emitida por el director del Centro de Salud Perú Corea, dando el consentimiento institucional para su aplicación en la muestra de pacientes con Diabetes tipo II seleccionados en el estudio.

- Se coordinó con la enfermera del Programa de Enfermedades no Transmisibles para el acceso al registro de pacientes con Diabetes tipo II, para la identificación de las personas participantes del estudio; y posteriormente se realizó la programación de fechas de recolección de datos en la muestra en estudio.
- Se recopiló los materiales de escritorio y logísticas necesarios para la recolección de datos como instrumentos de recolección de datos, consentimientos informados, lápices, borradores, carpetas encuestadoras, entre otros materiales.
- Se contrató dos personas con experiencia en aplicación de encuestas quienes previamente fueron capacitados en los aspectos y procedimientos a tener en cuenta en la aplicación de los instrumentos de investigación.
- Posteriormente, según fecha programada para el inicio de la recolección de datos se ingresó al establecimiento en compañía de los encuestadores, y previa presentación respectiva, poder empezar a aplicar a los instrumentos de investigación.
- Se identificó a los pacientes con Diabetes tipo II que acuden al Programa de Enfermedades No Transmisibles de esta institución, a quienes previo saludo cordial, se les invitó en forma respetuosa a participar del estudio de investigación, explicándoles en forma clara y sencilla el propósito y objetivos del estudio de investigación.

- Se le solicitó a cada uno de los pacientes que lean el consentimiento informado y si se mostraban de acuerdo se les pidió que firmen este documento donde se evidenciaba su aceptación voluntaria para participar del estudio de investigación.
 - Se aplicaron los instrumentos de investigación a cada uno de los pacientes considerados en el estudio, verificando que todas las preguntas fueron contestadas en su totalidad.
 - Se le brindo a cada paciente un regalo simbólico como muestra de agradecimiento por la colaboración brindada.
 - Se agradeció a la enfermera responsable del Programa de Salud por la colaboración brindada y se procedió a retirarse del establecimiento de salud.
- c) Revisión de los datos.-** Se examinaron en forma crítica cada uno de los instrumentos de investigación; realizando el control de calidad a cada uno de ellos, que aseguraron la representatividad de los resultados obtenidos y la eliminación de encuestas que fueron rellenas en forma inadecuada.
- d) Codificación de los datos.-** Se codificaron los resultados obtenidos transformando en códigos numéricos cada una de las respuestas identificadas, teniendo en consideración las respuestas esperadas en los instrumentos de acuerdo a las variables y el marco teórico y conceptual considerado en el presente estudio.
- e) Procesamiento de los datos.-** Los datos fueron procesados en forma manual mediante el programa Excel 2013, previa

elaboración de la tabla de código y tabla matriz de base de datos; y para el procesamiento estadístico de los datos encontrados se utilizó el paquete estadístico SSPS 20.0 para Windows.

f) Plan de tabulación de datos.- Los resultados obtenidos fueron tabulados en cuadros de frecuencias y porcentajes, para la parte descriptiva de la investigación, estableciendo en forma pertinente la relación que existe entre el autocuidado y la calidad de vida de los pacientes con Diabetes tipo II.

g) Presentación de datos.- Los datos encontrados fueron presentados en tablas académicas de acuerdo a las dimensiones consideradas dentro de las variables identificadas en el estudio de investigación, realizándose posteriormente el análisis e interpretación de las tablas de acuerdo al marco teórico y conceptual correspondiente al autocuidado y la calidad de vida en la muestra considerada dentro de la investigación.

3.3.3. Para el análisis e interpretación de datos.

En el análisis e interpretación de los datos recolectados en el presente estudio, se consideraron las siguientes etapas:

a) Análisis descriptivo.- Se especificaron las características de cada una de las variables según el tipo de variable estudiada (categórica o numérica); considerando el uso de las medidas de tendencia central para las variables numéricas y de las medidas de frecuencia para las variables categóricas.

De igual manera, en el análisis descriptivo se realizaron los siguientes procedimientos: se analizaron cada una de las tablas

presentadas comparando las frecuencias observadas en los pacientes con Diabetes Tipo II; que permitió identificar las frecuencias y porcentajes obtenidos en cada una de las dimensiones consideradas en la operacionalización de variables, y también permitió encontrar diferencias estadísticamente significativas entre cada una de las frecuencias observadas; haciendo uso de tablas académicas en la descripción de los resultados.

b) Análisis inferencial.- Para demostrar la relación entre las variables consideradas en el presente estudio, se realizó un análisis bivariado a través de la prueba no paramétrica de Chi – cuadrado; considerándose en la significancia estadística de las prueba el valor de significancia $p \leq 0,05$. El procesamiento de los resultados obtenidos en el estudio se llevó a cabo utilizando el paquete estadístico SSPS versión 20.0 para Windows.

c) Consideraciones éticas de la investigación.- Antes de la aplicación de los instrumentos de investigación, se solicitó la firma del consentimiento informado a cada uno de las personas con Diabetes Tipo II que aceptaron participar del estudio de investigación. Asimismo se consideraron los principios bioéticos de Enfermería en investigación que se especifican a continuación:

- **Beneficencia;** se respetó este principio porque en todo momento se buscó que los resultados obtenidos en el estudio beneficien a las personas con Diabetes Tipo II, permitiendo que se puedan proponer a la responsables de la estrategia de

enfermedades no transmisibles y al director del Centro de Salud Perú Corea diversas medidas de intervención orientadas a mejorar el autocuidado y la calidad de vida de los pacientes con Diabetes tipo II.

- **No maleficencia;** se respetó este principio, porque no se puso en riesgo la dignidad, los derechos y el bienestar de las personas con Diabetes tipo II, pues la información obtenida tuvo carácter confidencial y de uso estricto para fines de investigación.
- **Autonomía;** se respetó este principio, pues se explicó en forma clara, breve y precisa a las personas con Diabetes tipo II que podían retirarse del estudio de investigación en el momento que lo crean conveniente.
- **Justicia;** se respetó este principio, debido a que se brindó a todas las personas con Diabetes tipo II considerados en el estudio un trato digno, respetuoso y justo, sin discriminación de género, raza, religión o de cualquier otra índole.

CAPÍTULO IV
4. RESULTADOS

4.1. Procesamiento de datos.

4.1.1. Características generales de la muestra en estudio.

Tabla 01. Edad en años de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Edad en años	Frecuencia	%
23 a 35	06	10,5
36 a 48	08	14,1
49 a 62	32	56,1
63 a 76	11	19,3
Total	57	100,0

Fuente. Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio.

Respecto a la edad de las personas consideradas en el presente estudio se pudo identificar que la mayoría de ellas, representada en el 56,1% (32) señalaron que tienen de 49 a 62 años de edad; el 19,3% (11) pertenecieron al grupo etáreo de 63 a 76 años de edad; el 14,1% (8) tuvieron de 36 a 48 años de edad; y por último, el 10,5% (6) refirieron que tienen de 23 a 35 años de edad.

Tabla 02. Género de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Género	Frecuencia	%
Masculino	18	31,6
Femenino	39	68,4
Total	57	100,0

Fuente. Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio.

En cuanto al género predominante en las personas con Diabetes tipo II considerados en el presente estudio, se pudo encontrar que el 68,4% (39) de personas encuestadas fueron del género femenino; mientras que el 31,6% (18) restante pertenecieron al género masculino.

Tabla 03. Lugar de residencia de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Lugar de Residencia	Frecuencia	%
Zona urbana	33	57,9
Zona rural	09	15,8
Zona periurbana	15	26,3
Total	57	100,0

Fuente. Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio.

En relación al lugar de residencia de las personas con Diabetes tipo II consideradas en el estudio, se pudo apreciar que el 57,9% (33) de encuestadas manifestaron que procedieron de zonas urbanas; el 26,3% (15) señalaron que procedían de zonas periurbanas; y por último, el 15,8% (9) refirieron que procedían de zonas rurales de Huánuco.

Tabla 04. Estado civil de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Estado Civil	Frecuencia	%
Soltero(a)	06	10,5
Casado(a)	22	38,6
Conviviente	20	35,1
Separado(a)	05	8,8
Viudo(a)	04	7,0
Total	57	100,0

Fuente. Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio.

En referencia al estado civil de las personas considerados en el presente estudio, se pudo identificar que el 38,6% (22) de encuestados refirieron estar casados(as); el 35,1% (20) manifestaron ser convivientes, el 10,5% (06) declararon estar solteros(as); el 8,8%(5) señalaron encontrarse separados(as); y por último, el 7,0% (4) señalaron ser viudos(as).

Tabla 05. Religión de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Religión	Frecuencia	%
Católica	34	59,6
Evangélica	22	38,6
Mormón	01	1,8
Total	57	100,0

Fuente. Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio.

En relación a la religión que profesan las personas consideradas en el presente estudio, se pudo identificar que la gran mayoría señalaron profesar la religión católica, representando el 59,6% (34) de personas encuestadas; mientras que el 38,6% (22) refirieron profesar la religión evangélica; y por último, el 1,8% (1) manifestó ser mormón.

Tabla 06. Grado de escolaridad de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Grado de escolaridad	Frecuencia	%
Sin estudios	01	1,8
Primaria	11	19,3
Secundaria	26	45,6
Superior	19	33,3
Total	57	100,0

Fuente. Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio.

Respecto al grado de escolaridad de las personas consideradas en el estudio, se pudo apreciar que el 45,6% (26) refirieron tener como grado de escolaridad el nivel secundario, el 33,3% (19) señalaron que tenían nivel superior; el 19,3% (11) manifestaron tener nivel primario; y por último, el 1,8% (1) restante refirió que no tiene ningún tipo de estudios.

Tabla 07. Ingreso económico de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Ingreso Económico	Frecuencia	%
Alto (mayor a 1500 soles)	16	28,1
Medio (de 750 a 1500 soles)	31	54,4
Bajo (menor de 750 soles)	10	17,5
Total	78	100,0

Fuente. Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio.

En referencia al ingreso económico de las personas consideradas en el estudio, se pudo identificar que el 54,4% (31) manifestaron que tenían un ingreso económico medio, pues ganaban de 750 a 1500 soles en promedio en forma mensual; el 28,1% (16) señalaron que tenían ingresos económicos altos; pues sus ingresos superaban los 1500 soles mensualmente; y por último, el 17,5% (10) refirieron que tenían un ingreso económico bajo; debido a que sus ingresos mensuales fueron inferiores a 750 soles.

Tabla 08. Tenencia de hijos en las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Tenencia de hijos	Frecuencia	%
Si tiene	53	93,0
No tiene	04	7,0
Total	57	100,0

Fuente. Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio.

Respecto a la tenencia de hijos en las personas consideradas en el estudio, se evidenció que el 93,0% (53) de personas encuestadas refirieron que si tienen hijos; mientras que el 7,0% (4) restante manifestaron no tener hijos actualmente.

Tabla 09. Antecedentes de familiares con patologías crónicas en las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Antecedentes de familiares con patologías crónicas	Frecuencia	%
Si tiene	25	43,9
No tiene	32	56,1
Total	57	100,0

Fuente. Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio.

Respecto a la presencia de antecedentes de familiares con patologías crónicas en las personas consideradas en el estudio, se evidenció que el 56,1% (32) de personas encuestadas refirieron que no tienen familiares que presenten alguna patología crónica; mientras que el 43,9% (25) restante manifestaron si tienen familiares que están enfermos con una patología crónica, siendo la más referida por ellos, el cáncer de cuello uterino.

Tabla 10. Apoyo en el cuidado de la salud de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Apoyo en el cuidado de su salud	Frecuencia	%
Si apoyaron	36	63,2
No apoyaron	21	36,8
Total	57	100,0

Fuente. Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio.

Respecto al apoyo en el cuidado de la salud de las personas consideradas en el estudio, se evidenció que el 63,2% (36) refirieron que sus familiares si los apoyaron en el cuidado de su salud, recibiendo principalmente este apoyo de parte de sus parejas e hijos; mientras que el 36,8% (21) señalaron que sus familiares no lo apoyaron en el cuidado de su salud.

Tabla 11. Tratamiento Farmacológico que reciben las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Tratamiento Farmacológico	Frecuencia	%
Insulina	07	12,3
Hipoglucemiantes orales	50	87,7
Total	57	100,0

Fuente. Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio.

Respecto al tratamiento farmacológico que reciben las personas consideradas en el estudio, se identificó que el 87,7% (50) refirieron que se están tratando con hipoglucemiantes orales; mientras que el 12,3% (7) manifestaron que actualmente se encuentran tratando su patología con insulina.

Tabla 12. Utilización de productos naturales en las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Utilización de productos naturales	Frecuencia	%
Si utilizan	26	45,6
No utilizan	31	54,4
Total	57	100,0

Fuente. Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio.

En relación a la utilización de productos naturales como apoyo en el tratamiento de su enfermedad en las personas consideradas en el presente estudio, se pudo apreciar que el 54,4% (31) manifestaron que no utilizan ningún producto natural; mientras que el 45,6% (26) restante señalaron que si utilizan productos naturales para ayudar al tratamiento de su enfermedad, siendo los productos más mencionados por los encuestados el yacón, la chía, etc.

4.1.2. Autocuidado de las personas con Diabetes tipo II.

Tabla 13. Autocuidado en la dimensión régimen alimentario de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Autocuidado Régimen Alimentario	Frecuencia	%
Bueno	20	35,1
Regular	36	63,1
Deficiente	01	1,8
Total	57	100,0

Fuente. Escala de autocuidado de Diabetes tipo II.

Respecto al autocuidado en la dimensión régimen alimentario de las personas con Diabetes tipo II consideradas en el estudio, se pudo encontrar que el 63,1% (36) tuvieron un autocuidado regular; el 35,1% (20) presentaron un autocuidado bueno; y por último, el 1,8% (1) restante tuvo un autocuidado deficiente en esta dimensión.

Tabla 14. Autocuidado en la dimensión actividad física de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Autocuidado Actividad Física	Frecuencia	%
Bueno	08	14,0
Regular	46	80,7
Deficiente	03	5,3
Total	57	100,0

Fuente. Escala de autocuidado de Diabetes tipo II.

Respecto al autocuidado en la dimensión actividad física de las personas con Diabetes tipo II consideradas en el estudio, se pudo encontrar que el 80,7% (46) tuvieron un autocuidado regular; el 14,0% (8) presentaron un autocuidado bueno; y por último, el 5,3% (3) restante tuvo un autocuidado deficiente en esta dimensión.

Tabla 15. Autocuidado en la dimensión tratamiento de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Autocuidado Tratamiento	Frecuencia	%
Bueno	24	42,1
Regular	31	54,4
Deficiente	02	3,5
Total	57	100,0

Fuente. Escala de autocuidado de Diabetes tipo II.

Respecto al autocuidado en la dimensión tratamiento de las personas con Diabetes tipo II consideradas en el estudio, se pudo encontrar que el 54,4% (31) tuvieron un autocuidado regular; el 42,1% (24) presentaron un autocuidado bueno; y por último, el 3,5% (2) restante tuvo un autocuidado deficiente en esta dimensión.

Tabla 16. Autocuidado en la dimensión cuidados personales de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Autocuidado Cuidados Personales	Frecuencia	%
Bueno	13	22,8
Regular	39	68,4
Deficiente	05	8,8
Total	57	100,0

Fuente. Escala de autocuidado de Diabetes tipo II.

Respecto al autocuidado en la dimensión cuidados personales de las personas con Diabetes tipo II consideradas en el estudio, se pudo encontrar que el 68,4% (39) tuvieron un autocuidado regular; el 22,8% (13) presentaron un autocuidado bueno; y por último, el 8,8% (5) restante tuvo un autocuidado deficiente en esta dimensión.

Tabla 17. Autocuidado en la dimensión cuidados de la piel de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Autocuidado Cuidados de la Piel	Frecuencia	%
Bueno	05	8,8
Regular	40	70,1
Deficiente	12	21,1
Total	57	100,0

Fuente. Escala de autocuidado de Diabetes tipo II.

Respecto al autocuidado en la dimensión cuidado de la piel de las personas con Diabetes tipo II consideradas en el estudio, se pudo encontrar que el 70,1% (40) tuvieron un autocuidado regular; el 21,1% (12) presentaron un autocuidado deficiente; y por último, el 8,8% (5) restante tuvo un autocuidado bueno en esta dimensión.

Tabla 18. Autocuidado de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Autocuidado Nivel General	Frecuencia	%
Bueno	19	33,3
Regular	34	59,6
Deficiente	04	7,1
Total	57	100,0

Fuente. Escala de autocuidado de Diabetes tipo II.

Respecto al autocuidado de las personas con Diabetes tipo II consideradas en el estudio, se pudo encontrar que el 59,6% (34) tuvieron un autocuidado regular; el 33,3% (19) presentaron un autocuidado bueno; y por último, el 7,1% (4) restante tuvo un autocuidado deficiente en su vida cotidiana.

4.1.3. Calidad de vida de las personas con Diabetes tipo II.

Tabla 19. Calidad de vida en la dimensión satisfacción con el tratamiento de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Calidad de Vida Satisfacción con el Tratamiento	Frecuencia	%
Muy satisfecho	29	50,9
A veces insatisfecho	12	21,1
Muy insatisfecho	16	28,0
Total	57	100,0

Fuente. Escala de calidad de vida de personas con Diabetes tipo II.

Respecto a la calidad de vida en la dimensión satisfacción con el tratamiento de las personas con Diabetes tipo II consideradas en el estudio, se pudo encontrar que el 50,9% (29) se mostraron muy satisfechos con el tratamiento que reciben actualmente; el 28,0% (16) estuvieron muy insatisfechos con el tratamiento que reciben; y por último, el 21,1% (12) de encuestados solo a veces se sienten insatisfechos con el tratamiento que reciben actualmente.

Tabla 20. Calidad de vida en la dimensión impacto de la enfermedad en las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Calidad de Vida Impacto de la Enfermedad	Frecuencia	%
A veces impacta	21	36,2
Nunca impacta	36	63,8
Total	57	100,0

Fuente. Escala de calidad de vida de personas con Diabetes tipo II.

Respecto a la calidad de vida en la dimensión impacto de la enfermedad en las personas con Diabetes tipo II consideradas en el estudio, se pudo encontrar que el 63,8% (36) refirieron que la enfermedad nunca impacta en su calidad de vida; mientras que el 36,2% (21) manifestaron que estar enfermo con Diabetes solo a veces impacta en su estado de salud y calidad de vida

Tabla 21. Calidad de vida en la dimensión preocupación por las consecuencias de su enfermedad en las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Calidad de Vida		
Preocupación por las consecuencias de su enfermedad	Frecuencia	%
A veces se preocupa	02	3,5
Nunca se preocupa	55	96,5
Total	57	100,0

Fuente. Escala de calidad de vida de personas con Diabetes tipo II.

Respecto a la calidad de vida en la dimensión preocupación por las consecuencias de su enfermedad en las personas con Diabetes tipo II consideradas en el estudio, se pudo encontrar que el 96,5% (55) señalaron que nunca se preocupan por las consecuencias de su enfermedad, pues siguen en forma adecuada el tratamiento y tienen estilos de vida que previenen las complicaciones de la Diabetes tipo II; mientras que el 3,5% (02) restante manifestaron que solo a veces se preocupan por las consecuencias de su enfermedad; siendo la preocupación más frecuente mencionada el temor a la muerte a causa de la Diabetes que padecen.

Tabla 22. Calidad de vida en la dimensión percepción del estado de salud de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Calidad de Vida Percepción del Estado de Salud	Frecuencia	%
Bueno	16	28,1
Regular	41	71,9
Total	57	100,0

Fuente. Escala de calidad de vida de personas con Diabetes tipo II.

Respecto a la calidad de vida en la dimensión percepción del estado de salud de las personas con Diabetes tipo II consideradas en el estudio, se pudo encontrar que el 71,9% (41) señalaron que tienen un regular estado de salud; mientras que el 28,1% (16) refirieron que tenían un buen estado de salud.

Tabla 23. Calidad de vida de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Calidad de Vida Nivel General	Frecuencia	%
Bueno	22	38,6
Regular	35	61,4
Total	57	100,0

Fuente. Escala de calidad de vida de personas con Diabetes tipo II.

Respecto a la calidad de las personas con Diabetes tipo II consideradas en el estudio, se pudo encontrar que el 61,4% (35) de encuestado tuvieron una regular calidad de vida; mientras que el 38,6% (22) restante evidenciaron tener una buena calidad de vida en su vida cotidiana y en el tratamiento de su enfermedad.

4.2. Contrastación y prueba de hipótesis.

Tabla 24. Relación entre el autocuidado en la dimensión régimen alimentario y la calidad de vida de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Autocuidado Régimen Alimentario	Calidad de Vida				Total		Chi- cuadrado	P (valor)
	Buena		Regular		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%				
Bueno	13	22,8	07	12,3	20	35,1	9,320	0,009
Regular	09	15,8	27	47,3	36	63,1		
Deficiente	00	0,0	01	1,8	01	1,8		
TOTAL	22	38,6	35	61,4	57	100,0		

Fuente. Escala de autocuidado de Diabetes tipo II. (Anexo 02) y Escala de calidad de vida de personas con Diabetes tipo II (Anexo 03).

Respecto a la relación entre el autocuidado en la dimensión régimen alimentario y la calidad de vida de en la muestra en estudio, se pudo identificar que el 63,1% (36) tuvieron un autocuidado regular, de los cuales el 47,3% (27) tuvieron una regular calidad de vida y el 15,8% (9) presentaron una buena calidad de vida. También se evidenció que el 35,1% (20) tuvieron un autocuidado bueno; de los cuales el 22,8% (13) presentaron una buena calidad de vida y el 12,3% (7) tuvieron una regular calidad de vida; y por último, se encontró que el 1,8% (1) tuvo un autocuidado deficiente, de los cuales todos presentaron una regular calidad de vida.

Al analizar la relación entre estas variables con la prueba del Chi Cuadrado, se encontró un valor de 9,320 y un valor de significancia $p \leq 0,009$; indicando que hay grado de significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente, por lo que se concluye que las el autocuidado en la dimensión régimen alimentario se relaciona con la calidad de vida en la muestra en estudio; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión.

Tabla 25. Relación entre el autocuidado en la dimensión actividad física y la calidad de vida de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Autocuidado Actividad Física	Calidad de Vida				Total		Chi- cuadrado	P (valor)
	Buena		Regular					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Bueno	06	10,5	02	3,5	08	14,0	6,764	0,034
Regular	14	24,6	32	56,1	46	80,7		
Deficiente	02	3,5	01	1,8	03	5,3		
TOTAL	22	38,6	35	61,4	57	100,0		

Fuente. Escala de autocuidado de Diabetes tipo II. (Anexo 02) y Escala de calidad de vida de personas con Diabetes tipo II (Anexo 03).

Respecto a la relación entre el autocuidado en la dimensión actividad física y la calidad de vida de en la muestra en estudio, se pudo identificar que el 80,7% (46) tuvieron un autocuidado regular, de los cuales el 56,1% (32) tuvieron una regular calidad de vida y el 24,6% (14) presentaron una buena calidad de vida. También se evidenció que el 14,0% (20) tuvieron un autocuidado bueno; de los cuales el 10,5% (13) presentaron una buena calidad de vida y el 3,5% (2) tuvieron una regular calidad de vida; y por último, se encontró que el 5,3% (3) restante tuvo un autocuidado deficiente, de los cuales el 3,5% (3) presentaron una buena calidad de vida y el 1,8% (1) tuvieron una regular calidad de vida.

Al analizar la relación entre estas variables con la prueba del Chi Cuadrado, se encontró un valor de 6,764 y un valor de significancia $p \leq 0,034$; indicando que hay grado de significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente, por lo que se concluye que las el autocuidado en la dimensión actividad física se relaciona con la calidad de vida en la muestra en estudio; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión.

Tabla 26. Relación entre el autocuidado en la dimensión tratamiento y la calidad de vida de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Autocuidado Tratamiento	Calidad de Vida				Total		Chi-cuadrado	P (valor)
	Buena		Regular		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%				
Bueno	15	26,3	09	15,8	24	42,1	10,399	0,006
Regular	07	12,3	24	42,1	31	54,4		
Deficiente	00	0,0	02	3,5	02	3,5		
TOTAL	22	38,6	35	61,4	57	100,0		

Fuente. Escala de autocuidado de Diabetes tipo II. (Anexo 02) y Escala de calidad de vida de personas con Diabetes tipo II (Anexo 03).

Respecto a la relación entre el autocuidado en la dimensión tratamiento y la calidad de vida de en la muestra en estudio, se pudo identificar que el 54,4% (31) tuvieron un autocuidado regular, de los cuales el 42,1% (24) tuvieron una regular calidad de vida y el 12,3% (7) presentaron una buena calidad de vida. También se evidenció que el 42,1% (24) tuvieron un autocuidado bueno; de los cuales el 26,3% (15) presentaron una buena calidad de vida y el 15,8% (9) tuvieron una regular calidad de vida; y por último, se encontró que el 3,5% (3) restante tuvo un autocuidado deficiente, de los cuales todos presentaron una regular calidad de vida en esta dimensión.

Al analizar la relación entre estas variables con la prueba del Chi Cuadrado, se encontró un valor de 10,399 y un valor de significancia $p \leq 0,006$; indicando que hay grado de significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente, por lo que se concluye que las el autocuidado en la dimensión tratamiento se relaciona con la calidad de vida en la muestra en estudio; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión.

Tabla 27. Relación entre el autocuidado en la dimensión cuidados personales y la calidad de vida de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Autocuidado Cuidados Personales	Calidad de Vida				Total		Chi- cuadrado	P (valor)
	Buena		Regular					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Bueno	08	14,0	05	8,8	13	22,8	6,150	0,046
Regular	14	24,6	25	43,9	39	68,4		
Deficiente	00	0,0	05	8,8	05	8,8		
TOTAL	22	38,6	35	61,4	57	100,0		

Fuente. Escala de autocuidado de Diabetes tipo II. (Anexo 02) y Escala de calidad de vida de personas con Diabetes tipo II (Anexo 03).

Respecto a la relación entre el autocuidado en la dimensión cuidados personales y la calidad de vida de en la muestra en estudio, se pudo identificar que el 68,4% (31) tuvieron un autocuidado regular, de los cuales el 43,9% (25) tuvieron una regular calidad de vida y el 24,6% (14) presentaron una buena calidad de vida. También se evidenció que el 22,8% (13) tuvieron un autocuidado bueno; de los cuales el 14,0% (8) presentaron una buena calidad de vida y el 8,8% (5) tuvieron una regular calidad de vida; y por último, se encontró que el 8,8% (5) restante tuvo un autocuidado deficiente, de los cuales todos presentaron una regular calidad de vida en esta dimensión.

Al analizar la relación entre estas variables con la prueba del Chi Cuadrado, se encontró un valor de 6,150 y un valor de significancia $p \leq 0,046$; indicando que hay grado de significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente, por lo que se concluye que las el autocuidado en la dimensión cuidados personales se relaciona con la calidad de vida en la muestra en estudio; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión.

Tabla 28. Relación entre el autocuidado en la dimensión cuidado de la piel y la calidad de vida de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Autocuidado Cuidado de la Piel	Calidad de Vida				Total		Chi- cuadrado	P (valor)
	Buena		Regular		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%				
Bueno	04	7,0	01	1,8	05	8,8	6,085	0,048
Regular	16	28,1	24	42,1	40	70,2		
Deficiente	02	3,5	10	17,5	12	21,0		
TOTAL	22	38,6	35	61,4	57	100,0		

Fuente. Escala de autocuidado de Diabetes tipo II. (Anexo 02) y Escala de calidad de vida de personas con Diabetes tipo II (Anexo 03).

Respecto a la relación entre el autocuidado en la dimensión cuidado de la piel y la calidad de vida de en la muestra en estudio, se pudo identificar que el 70,2% (40) tuvieron un autocuidado regular, de los cuales el 42,1% (24) tuvieron una regular calidad de vida y el 28,1% (16) presentaron una buena calidad de vida. También se evidenció que el 21,0% (12) tuvieron un autocuidado deficiente; de los cuales el 17,5% (10) presentaron una regular calidad de vida y el 3,5% (2) tuvieron una buena calidad de vida; y por último, se encontró que el 8,8% (5) restante tuvo un autocuidado bueno, de los cuales 7,0% (4) presentó una buena calidad de vida y el 1,8%(1) tuvo una regular calidad de vida en esta dimensión.

Al analizar la relación entre estas variables con la prueba del Chi Cuadrado, se encontró un valor de 6,085 y un valor de significancia $p \leq 0,048$; indicando que hay grado de significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente, por lo que se concluye que las el autocuidado en la dimensión cuidados de la piel se relaciona con la calidad de vida en la muestra en estudio; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión.

Tabla 30. Relación entre el autocuidado y la calidad de vida de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

Autocuidado	Calidad de Vida				Total		Chi-cuadrado	P (valor)
	Buena		Regular					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Bueno	13	22,8	06	10,5	19	33,3	11,755	0,003
Regular	09	15,8	25	43,9	34	59,6		
Deficiente	00	0,0	04	7,0	04	7,0		
TOTAL	22	38,6	35	61,4	57	100,0		

Fuente. Escala de autocuidado de Diabetes tipo II. (Anexo 02) y Escala de calidad de vida de personas con Diabetes tipo II (Anexo 03).

Respecto a la relación entre el autocuidado e y la calidad de vida de en la muestra en estudio, se pudo identificar que el 59,6% (40) tuvieron un autocuidado regular, de los cuales el 43,9% (25) tuvieron una regular calidad de vida y el 15,8% (9) presentaron una buena calidad de vida. También se evidenció que el 33,3% (19) tuvieron un autocuidado bueno, de los cuales el 22,8% (13) presentaron una buena calidad de vida y el 10,5% (6) tuvieron una regular calidad de vida; y por último, se encontró que el 7,0% (4) restante tuvo un autocuidado deficiente, de los cuales todos presentaron una regular de vida.

Al analizar la relación entre estas variables con la prueba del Chi Cuadrado, se encontró un valor de 11,755 y un valor de significancia $p \leq 0,003$; indicando que hay grado de significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente, por lo que se concluye que las el autocuidado se relaciona con la calidad de vida en la muestra en estudio; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. Contrastación de resultados.

El estudio sobre la relación entre el autocuidado y la calidad de vida de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017, realizado en el distrito de Amarilis, provincia y departamento de Huánuco evidenció a través de la prueba Chi cuadrado (X^2) que existe significancia estadística en cuanto a la relación entre el autocuidado y la calidad de vida de las personas adultas en estudio [$X^2 = 11,755$ y $p = 0,003$]; lo que permite aceptar la hipótesis de investigación y rechazar la hipótesis nula en el presente estudio de investigación.

Estos resultados coinciden con los reportados por Bautista y Zambrano¹¹⁸, quienes evidenciaron que la calidad de vida se encuentra influenciado por la capacidad de autocuidado de las personas que tienen Diabetes tipo II, identificando además que estas personas no ven afectada su calidad de vida debido a la presencia de su enfermedad, que se asemeja a lo encontrado en esta investigación.

Asimismo Aguirre¹¹⁹ también identificó la relación existente entre el cuidado y la calidad de vida en pacientes diabéticos; concluyendo en su estudio que los pacientes con Diabetes Mellitus tipo no están expuestos a sufrir complicaciones de su Enfermedad debido a las prácticas de autocuidado que tienen, y que favorecen para el acceso a una mejor calidad de vida; que es similar a lo presentado en esta investigación.

Al respecto, Romero¹²⁰ señala que la calidad de vida se encuentra relacionada significativamente con las prácticas de autocuidado en los pacientes con Diabetes; mencionando además que las personas que se preocupan por el cuidado de su salud son aquellas personas que tiene una mejor calidad de vida que aquellas personas que no ponen en práctica las medidas de autocuidado.

Alayo y Horna¹²¹ establecieron que existe relación altamente significativamente entre el autocuidado y la calidad de vida de los pacientes con Diabetes tipo II, señalando además que las prácticas de autocuidado se encuentran influenciados a su vez por los conocimientos e información que reciben este tipo de pacientes por parte del personal de salud, en especial de los Profesionales de Enfermería, respecto al tratamiento y control de su enfermedad; que también coincide con lo identificado en este estudio.

Por su parte, Pezo y Paima¹²² establecieron en su estudio que las personas que acudieron en forma regular a un programa de salud, presentaron una regular calidad de vida, que también se evidenció en la presente investigación.

Asimismo, Carlos¹²³ identificó en su investigación que las prácticas de autocuidado en los pacientes diabéticos estaban influenciados por el grado de apoyo familiar que estos recibían, y que repercutía en su calidad de vida; que también se observó en esta investigación, donde se evidencio que aquellos pacientes que recibieron apoyo de sus parejas e hijos en el tratamiento de su enfermedad fueron los que tenían mayores prácticas de autocuidado y

una mejor calidad de vida que las personas que no recibían apoyo en el contexto familiar.

Alcalde¹²⁴ por su parte señaló que las prácticas adecuadas de autocuidado en los pacientes con Diabetes tipo II influyen en la prevención de las complicaciones de esta enfermedad, pues estas complicaciones si llegan a presentarse alteran la calidad de vida de los pacientes en general.

Aucay y Carabajo¹²⁵ concluyeron que aquellos pacientes que asisten a los programas de salud en forma regular son los que evidencian tener mejores prácticas de autocuidado, que repercute positivamente en su calidad de vida y en el afrontamiento de su enfermedad que también se identificó en el presente estudio.

Gamboa¹²⁶ en su estudio también identificó que los pacientes con Diabetes tipo II tenían una percepción medianamente favorable sobre su calidad de vida, que también coincide con los hallazgos de esta investigación.

Sin embargo, Arias y Ramírez¹²⁷ encontraron resultados que difieren con los encontrados en el presente estudio, pues ellos concluyeron que las prácticas de autocuidado no se encuentran relacionadas con la calidad de vida, sino que se encuentran influenciadas por otras variables externas como el apoyo social, familiar, entre otras.

Por su parte Romero, Acosta, Carmona; Jaimes, Masco y Vega¹²⁸ también encontraron resultados opuestos al presente estudio, pues ellos identificaron que la mayoría de pacientes tuvieron una buena

calidad, y esto es diferente a lo hallado en este estudio, pues los hallazgos encontrados permitieron concluir que los pacientes diabéticos considerados en este tuvieron una regular calidad de vida.

Al respecto, Contreras, Contreras, Hernández, Castro y Navarro¹²⁹ concluyeron que es necesario implementar modelos de atención integral que permitan mejorar la interacción del personal de salud con los pacientes y fortalecer la capacidad de autocuidado de los pacientes diabéticos.

En el contexto metodológico se puede establecer que la muestra considerada la investigación fue adecuada debido a que se consideró para participar del estudio a la totalidad de pacientes con Diabetes tipo II inscritos en el Programa de Control de Enfermedades No Transmisibles del Centro de Salud Perú Corea; pero es conveniente resaltar que los hallazgos encontrados en esta investigación son válidos únicamente para la institución en estudio; no siendo inferenciables; por lo que se cree que es conveniente recomendar que se continúen realizando este tipo de investigaciones en poblaciones y grupos etéreos con mayores tamaños de muestra y diseños más complejos que permitan establecer la situación real de esta problemática en la región de Huánuco.

Respecto a las limitaciones identificadas en el presente estudio, se puede mencionar que se tuvo que cambiar el ámbito de estudio, debido a que en el lugar donde inicialmente se planificaba estudiar la relación entre las variables, ya se había realizado un estudio similar, por lo que se optó por realizar la investigación en esta institución;

también se identificó dentro de las limitaciones encontradas la demora por dar la autorización respectiva por parte de las autoridades del Centro de Salud Perú Corea. En cuanto a la validación de los instrumentos las limitaciones del presente estudio fueron evidenciadas en la falta de colaboración de algunos de los expertos, quienes se negaron a evaluar los instrumentos, por lo que se tuvo que buscar a otros jueces expertos para cumplir con los criterios de validación que deben cumplir los instrumentos de investigación; otra limitante fue tiempo que los expertos utilizaron para evaluar los instrumentos de investigación. En cuanto al procesamiento de los datos, la limitante identificada fue la falta de capacitación de la investigadora en el manejo de programa estadístico SSPS, lo que causa una demora significativa en la elaboración del presente informe por lo que se tuvo que contratar a un estadista para que haga el análisis descriptivo e inferencial del estudio; por otra parte, no se presentaron mayores limitaciones, puesto se dispuso del presupuesto requerido para la ejecución de esta investigación.

En base a los hallazgos encontrados en esta investigación, se propone a las autoridades del Centro de Salud Perú Corea que se implementen estrategias metodológicas y educativas basadas en el enfoque promocional y preventivo que permitan sensibilizar a los pacientes diabéticos, respecto a la importancia que tienen las prácticas de autocuidado en el tratamiento y control de la diabetes, así como en la prevención de sus futuras complicaciones; que les permitan acceder un buen estado de salud y por ende a una mejor calidad de vida.

CONCLUSIONES

En el presente estudio de investigación se llegaron a las siguientes conclusiones:

- ❖ Al analizar la relación entre las variables, se pudo concluir que el autocuidado se relaciona con la calidad de vida de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017; siendo este resultado estadísticamente significativo [$X^2 = 11,755$; $p = 0,003$]
- ❖ Se encontró relación significativa entre el autocuidado en la dimensión régimen alimentario y la calidad de vida en la muestra en estudio [$X^2 = 9,320$; $p = 0,009$].
- ❖ Se encontró relación significativa entre el autocuidado en la dimensión actividad física y la calidad de vida en la muestra en estudio [$X^2 = 6,764$; $p = 0,034$].
- ❖ Se encontró relación significativa entre el autocuidado en la dimensión tratamiento y la calidad de vida en la muestra en estudio [$X^2 = 10,399$; $p = 0,006$].
- ❖ Se encontró relación significativa entre el autocuidado en la dimensión cuidados personales y la calidad de vida en la muestra en estudio [$X^2 = 6,150$; $p = 0,046$].
- ❖ Y, por último, se encontró relación significativa entre el autocuidado en la dimensión cuidado de la piel y la calidad de vida en la muestra en estudio [$X^2 = 6,085$; $p = 0,048$].

RECOMENDACIONES

A los investigadores:

Se recomienda continuar realizando estudios de carácter cualitativo y cuantitativo orientadas a identificar las causas y diversos factores que influyen en la calidad de vida de los pacientes diabéticos, involucrando poblaciones de mayor tamaño muestra y diseño inferencial, permitiendo conocer una percepción general de este tipo de pacientes y promover la generalización de los resultados obtenidos, que permitan la implementación de estrategias de intervención orientadas a mejorar el autocuidado de los pacientes y su calidad de vida.

También se sugiere la realización de investigaciones de tipo experimental y cuasi experimental donde se busque determinar la efectividad de un programa de autocuidado y otras guías de intervención educativa en el incremento de las prácticas de autocuidado y la mejora de la calidad de vida; que permitan la implementación de programas de intervención que puedan ser utilizados en los establecimientos de salud a nivel regional y nacional.

Al Programa Académico de Enfermería de la Universidad de Huánuco.

Se sugiere que durante la formación ética y académica de los estudiantes de Enfermería se enfatizan desde los primeros años y ciclos de estudios de la vida universitaria el análisis crítico, investigativo, y de intervención clínica y comunitaria en los pacientes con Diabetes tipo II que fomenten el análisis reflexivo y crítico de los estudiantes respecto a la problemática de las prácticas de autocuidado y la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

Se debe promover la realización de actividades de proyección sociales tales como campañas de salud, talleres educativos, sesiones demostrativas, con enfoque multisectorial y multidisciplinario donde participen los estudiantes de Enfermería en compañía de diversos estudiantes y profesionales de la salud de diversas carreras profesionales como médicos, nutricionistas, psicólogos, orientadas a realizar los controles respectivos para verificar el estado de salud de estos pacientes, promover las prácticas de autocuidado y la mejora de la calidad de vida en estos pacientes vulnerables.

A los profesionales de Enfermería de la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisibles:

Se recomienda continuar realizando campañas de intervención y sesiones educativas dirigidas a los pacientes con Diabetes tipo II, brindándoles información respecto a su enfermedad, buscando la prevención de las complicaciones futuras de la enfermedad; que permita que los pacientes asuman el compromiso del autocuidado de su salud, adopte estilos de vida saludables y por ende, acceda a una mejor calidad de vida.

Se sugiere que en coordinación con las autoridades locales y de salud pertinentes se incentive la implementación y conformación de grupos de apoyo para pacientes diabéticos, que permitan que estos pacientes puedan afianzar e incrementar sus conocimientos y las prácticas de autocuidado en los pacientes con Diabetes de tipo II.

Se recomienda implementar talleres que promuevan la participación activa de los pacientes diabéticos que permitan promover el desarrollo

integral los pacientes y mejorar su capacidad de afrontamiento orientadas a la prevención de las complicaciones de la Diabetes tipo II:

A los pacientes diabéticos:

Se les recomienda practicar asistir en forma continua a las actividades de salud que promueva el Centro de Salud de la jurisdicción, orientadas a mejorar su capacidad de autocuidado, la práctica de estilos de vida saludables que redunden en una mejora de su calidad de vida.

Cumplir con su tratamiento respectivo en forma estricta; así como asistir a las consultas médicas y los exámenes de rutina que les permitan acceder a un mejor estado de salud, y prevenir las complicaciones de la Diabetes tipo II.

Conversar con sus familiares respecto a la enfermedad y sus complicaciones y estimularlos a participar en forma activa de los programas y actividades de salud pues debido al factor de riesgo genético, los hijos podrían llegar a desarrollar esta patología siendo por ello, fundamental que se encuentren preparados en la prevención y afrontamiento de la Diabetes tipo II.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cunha M. Calidad de vida y diabetes: variables psicosociales. *Revista Millenium* 2008; 34 (1): 269 – 299.
2. Asociación Americana de Diabetes. Prevención enfermedades metabólicas. [Sitio en internet] [Consultado 12 de Agosto del 2016] Disponible en: <http://www.clarin.com/suplementos/especiales/2005/09/16/100411.htm>.
3. Robles R, Cortázar J, Sánchez J, Páez F, Nicolini N. Evaluación de la calidad de vida en Diabetes tipo II: Propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. *Psicothema* 2003; 15(2): 21 – 28.
4. Jadán M. Prácticas de autocuidado y su relación con complicaciones frecuentes en pacientes diabéticos del Club “Amigos Dulces” del Hospital Isidro Ayora, Periodo Junio – Noviembre del 2012. [Tesis de Licenciatura] Ecuador; Universidad de Loja; 2012.
5. Novato T, Grossi S. Factores asociados a calidad de vida de jóvenes con diabetes mellitus tipo 1. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Sitio en Internet] 2011 [Consultado 12 de Agosto de 2016]; 45(3): 770 – 776. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300032>
6. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Diabetes. Resumen de Orientación [Sitio en Internet] [Consultado 12 de Agosto del 2016] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf.
7. Organización Mundial de la Salud. Diabetes [Sitio en Internet] [Consultado 12 de Agosto del 2016] Disponible en: <http://www.who.int/diabetes/es/>.
8. Organización Panamericana de la Salud. La diabetes es la cuarta causa de muerte en las Américas 2016 [Sitio en Internet] [Consultado 12 de Agosto del 2016] Disponible en: <http://www.granma.cu/salud/2016-04-06/la-diabetes-es-la-cuarta-causa-de-muerte-en-las-americas-06-04-2016-23-04-23>
9. Ministerio de Salud del Perú. Estrategias para el trabajo comunitario en salud integral. Lima: MINSa; 2015.
10. *Ibíd.*, p. 12.
11. Lazo V. Huánuco: la diabetes sigue avanzando en adultos y niños. *Diario Correo* 2015, Noviembre 17; Sec. Noticias Locales. [Sitio en Internet] [Consultado 12 de Agosto del 2016] Disponible en: <http://diariocorreo.pe/edicion/huanuco/huanuco-la-diabetes-sigueavanzando-en-adultos-y-niños-633414/>
12. Díez B. Consideraciones acerca de la diabetes mellitus tipo 2. *Investigación y educación en Enfermería* 2006; 24 (1): 13 – 14.
13. Mena F, Martín J, Simal F, Bellido J, Carretero J. Diabetes Mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: resultados del Estudio Horteiga. *Análisis de Medicina Interna* 2006; 13(8): 357 – 360.

14. Cárdenas V, Pedraza C, Lerma R. Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Ciencia UANL* 2005; (3): 31 – 39.
15. Pezo K, Paima K. Calidad de vida en pacientes con Diabetes tipo II. Programa Diabetes Mellitus. Hospital Essalud - II Tarapoto [Tesis de Licenciatura] Tarapoto: Universidad de San Martín; 2012.
16. Baca B. Nivel de conocimientos del diabético sobre su autocuidado. [Tesis de Enfermería]. México: Universidad Privada de México; 2008.
17. Hernández D. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Autocuidado de los Pacientes Diabéticos de 40 a 60 Años que asisten a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Amatitlán. [Tesis de Licenciatura] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2011.
18. Jadán M. Op. Cit., p. 13.
19. Untiveros F, Nuñez O, Tapia L, Tapia G. Diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital II Essalud – Cañete: Aspectos demográficos y clínicos. *Rev Med Hered* 2010; 15(1): 23 – 28.
20. Cabrera R, Motta I, Rodríguez C., Velásquez D. Nivel de conocimiento sobre las prácticas de autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chincha 2009. *Rev. Enferm. Herediana*. 2010; 3(1): 29 – 36.
21. Ruiz A. Prácticas de autocuidado y su relación con factores biosociales en personas adultas que presentan Diabetes Mellitus. UPA del Hospital I – Florencia de Mora – ESSALUD. [Tesis de Licenciatura] Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2009.
22. Federación Internacional de la Diabetes. Plan Mundial contra la Diabetes 2011 – 2021. [Sitio en Internet] [Consultado 12 de Agosto del 2016] Disponible en: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>
23. Aucay O, Carabajo L. Autocuidado en personas con Diabetes Mellitus tipo 2, que asisten al club de diabéticos del Centro de Salud N° 01 Pumapungo. [Tesis de Licenciatura] Ecuador: Universidad de Cuenca; 2014.
24. Bautista L, Zambrano G. La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investig Enferm. Imagen Desarr.* 2015; 17(1):131 – 148.
25. Contreras A, Contreras M, Hernández C, Castro M, Navarro L. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia. *Investigaciones Andinas* 2013; 15 (26): 667 – 678.
26. Aguirre F. Conocimiento y prácticas de autocuidado en la prevención de complicaciones en las personas con Diabetes Mellitus tipo 2, que están hospitalizadas en la Clínica Pasteur, Enero 2013. [Tesis de Licenciatura] Ecuador: Pontificia Universidad Católica de Ecuador; 2013.

27. Romero E, Acosta S, Carmona I, Jaimes A, Masco M, Vega C. Calidad de vida de personas con diabetes mellitus tipo 2 residentes en Cartagena de las Indias. *Rev.Cienc.Biomed.*2011; 1(2): 190 – 198.
28. Romero C. Percepción de enfermedad y calidad de vida relacionada con la salud en un grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. [Tesis de Licenciatura] Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2015.
29. Alayo I, Horna P. Conocimiento y práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2, Hospital I Essalud Florencia de Mora – Essalud. [Tesis de Licenciatura] Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2013.
30. Gamboa C. Percepción del paciente con Diabetes tipo II sobre su calidad de vida. Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. [Tesis de Licenciatura] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.
31. Alcalde B. Nivel de Conocimiento y Calidad de Práctica de Autocuidado en la prevención de pie diabético en adultos del consultorio externo de endocrinología del Hospital Belén de Trujillo. [Tesis de Licenciatura] Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2013.
32. Arías M, Ramírez S. Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 zona urbana, distrito de Pachacamac. [Tesis de Licenciatura] Lima: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; 2013.
33. Pezo K, Paima K. Op. Cit., p. 5.
34. Carlos C. Nivel de conocimiento y actitud familiar en el autocuidado de pacientes adultos mayores con Diabetes tipo II CAP III Metropolitano De la Red Asistencial – Huánuco 2013. [Tesis de Pregrado] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2013.
35. Orem D. Teoría del autocuidado. En: Marriner T. Modelos y teorías en Enfermería. 5ta Ed. España: Mosby; 2005.
36. Orem D. Enfermería: Conceptos de la práctica. Barcelona: Masson – Salvat Medicina; 2003.
37. *Ibíd.*, p. 24.
38. *Ibíd.*, p. 25.
39. Orem D. Op. Cit., p. 32.
40. *Ibíd.*, p. 33.
41. Shwartzmann L. Calidad de Vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Revista Ciencia y Enfermería IX.* 2003; 4 (2): 19 – 21.
42. *Ibíd.*, p. 22.
43. Pender N. Modelo de Promoción de la Salud. En: Maerriner TA, Rayle – Alligood M, editores. Modelos y teorías de enfermería, 6° ed. España: Elsevier – Mosby; 2007.

44. *Ibíd.*, p. 34.
45. Organización Mundial de la Salud. *Op. Cit.*, p. 17.
46. Organización Panamericana de Salud. Guía de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Ginebra: OPS; 2014.
47. Federación Internacional de la Diabetes. *Op. Cit.*, p. 10.
48. Sociedad Peruana de Endocrinología. Guía peruana de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Lima: MINSA; 2013.
49. Calderón R. Diabetes Mellitus en el Perú. 4ta Edición. Lima: Editorial San Marcos; 2006.
50. Roca G. Temas de medicina interna. 8va Edición. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2004.
51. Core F. Morbilidad e incidencia de complicaciones vesiculares en el diabético. [Tesis Doctoral] La Habana: Instituto Nacional de Enfermedades Metabólicas; 2001.
52. Tierney L. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus. Nueva York: Mc Graw Hill; 2002.
53. Asociación Americana de Diabetes. Estándares para la atención médica de la diabetes. Chicago: Mc Graw Hill; 2013.
54. *Ibíd.*, p. 8.
55. Aucay O, Carabajo L *Op. Cit.*, p. 20.
56. Tello N. Conocimiento del paciente sobre las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 y autocuidado en el servicio de endocrinología del Hospital María Auxiliadora [Tesis de Licenciatura] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
57. *Ibíd.*, p. 26.
58. *Ibíd.*, p. 27.
59. Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. México: Guadecon; 2013.
60. *Ibíd.*, p. 14.
61. Campuzano G, Latorre G. Diagnóstico y manejo de la diabetes. *Rev. Med. Lab.* 2010; 16(5): 157 – 188.
62. Soriger F, Esteva I, Ruiz M, Gonzalez S. La educación terapéutica de personas con diabetes. Experiencia del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario «Carlos Haya» de Málaga. *Avances en Diabetología.* 2007; 23 (4): 296 – 302.
63. Amores V. Conocimiento de autocuidado en pacientes diabéticos tipo II [Tesis de Maestría] México: Universidad Autónoma de Querétaro; 2013.
64. Gamboa C. *Op. Cit.*, p. 34.

65. Brunner S. Enfermería Médico Quirúrgica. Estados: Editorial Mc Graw Hill – Interamericana; 2005.
66. *Ibíd.*, p. 1297 – 1302.
67. Gamboa C. *Op. Cit.*, p. 35.
68. *Ibíd.*, p. 36.
69. Tello N. *Op. Cit.*, p. 31.
70. Arías M, Ramírez S. *Op. Cit.*, p. 43.
71. Hidalgo E. Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos; factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo, Octubre – Diciembre del 2005. [Tesis de Licenciatura] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005.
72. *Ibíd.*, p. 26.
73. *Ibíd.*, p. 27.
74. Castro H. Nivel de conocimiento en la prevención del pie diabético en personas con diabetes mellitus tipo 2 de un Hospital de Lima - Perú 2014 [Tesis de Licenciatura] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
75. Alayón A, Altamar D. Complicaciones crónicas, hipertensión y obesidad en pacientes diabéticos en Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública* 2009; 11 (6): 857 – 864.
76. García T, Díaz D. Diabetes Mellitus tipo 2: Autoconcepto, evolución y complicaciones. *Rev. Desarrollo Cientif Enferm* 2005; 13 (7): 207 – 210.
77. Pezo K, Paima K. *Op. Cit.*, p. 44.
78. Ávila H, Meza S, Frías B, Sánchez E, Veja C, Hernández M. Intervención de Enfermería en el autocuidado con apoyo educativo en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Sal Publ.* 2006; 10 (20): 141 – 146.
79. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud, Glosario. Ginebra: OMS; 2001.
80. Organización Panamericana de la Salud. Enfermería Gerontológica: conceptos para la práctica: Oficina Sanitaria Panamericana. Washington: OPS; 2002.
81. Orem D. Normas prácticas de Enfermería. 5ta Edición. España: Editorial Lave; 2004.
82. Guillén G, Díaz N. Grupo de autocuidado en Diabetes tipo II. *Salud Pública Méx* 2002; 35 (2): 169 – 176.
83. Marriner T. Modelos y teorías en Enfermería. 5ta Ed. España: Mosby; 2005.

84. Cooppar L. El autocuidado de la salud en hacia el bienestar de los ancianos, 7ma Edición. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2000.
85. Millán I, Roca A, Blanco K. La capacidad y percepción de autocuidado, una estrategia de elección para alcanzar una longevidad satisfactoria. [Sitio en Internet] [Consultado 12 de Agosto del 2016] Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no114sp/ns114rev3.htm>.
86. Tello N. Op. Cit., p. 44.
87. Bastidas A. Autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2, que asisten al club de diabéticos del Centro de Salud El Arenal de la ciudad de Esmeraldas Enero – Marzo 2015- [Tesis de Licenciatura] Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2015.
88. Jadán M. Op. Cit., p. 16.
89. Hidalgo E. Op. Cit., p. 36.
90. Aguirre F. Op. Cit., p. 38.
91. Tello N. Op. Cit., p. 47.
92. Jadán M. Op. Cit., p. 23.
93. Tello N. Op. Cit., p. 47.
94. Connell B. Enfermería Medico Quirúrgica. 10ma Edición. México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana; 2004.
95. Alayo I, Horna P. Op. Cit., p. 17.
96. Organización Mundial de la Salud. Calidad de vida. Washington: OMS; 2008.
97. Giusti L. Calidad de vida, estrés y bienestar. San Juan, Puerto Rico: Editorial Psicoeducativa; 2004.
98. Coelho M. Cuidados a pacientes con enfermedad terminal [Sitio en Internet]. [Consultado 2016 Agosto 12]. Disponible en: <http://www.coit.es/publicaciones/bit/bit163/41-45.pdf>.
99. Gómez V Sabeth M. Calidad de Vida. Evolución del Concepto y su Influencia en La Investigación y la Práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Universidad de Salamanca. [Sitio en Internet] [Consultado 2016 Agosto 15] Disponible en: <http://www.Universidaddesalamanca.calidaddevida.com>
100. Fernández G, Rojo F. Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. Territoris 2005; 5 (1): 117 - 135.
101. Urzúa A, Caqueo A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia Psicológica 2012; 30(1): 61 – 71.

102. De los Ríos J, Sánchez J, Barrios P, Guerrero V. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Med IMSS. 2004; 42 (2): 109 – 116.
103. *Ibíd.*, p. 117.
104. Alayo I, Horna P. Op. Cit., p. 20.
105. Fexias G, Pucurull O. Escala de satisfacción con el tratamiento recibido: Versión en español. Revista de Psicoterapia 2008; 23(89): 51 – 58.
106. Testa M. Mejorar la terapia de diabetes, aumenta la satisfacción. Diabetes Voice 2003 Dic; 48(4): 23 – 25.
107. Alayo I, Horna P. Op. Cit., p. 21.
108. Martín E, Querol MT, Larsson C, Renovell M. Evaluación psicológica de pacientes con diabetes mellitus. Av Diabetol. 2007; 23(2): 88 – 93.
109. Fernández MA. El impacto de la enfermedad en la familia. Revista de la Facultad de Medicina. 2011; 47(6): 21 – 24.
110. Alayo I, Horna P. Op. Cit., p. 22.
111. Lauro J. Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía. Rev Med IMSS. 2004 Jun; 42(5): 379 – 385.
112. Fernández M, Grau C, Trigo P. Impacto de la Diabetes tipo II en la familia. An. Sist. Sanit. Navar. 2012; 35(2): 295 – 307.
113. Orozco J. Evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena. [Sitio en Internet] [Consultado 15 Agosto 2016] Disponible en: <http://www.eumed.net/libros/2006c/199/index.htm>.
114. Azpiazu M, Cruz A. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. Revista Española de Salud Pública. 2002; 76 (6): 683 – 699.
115. Moreno G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens. Revista Universitaria de Investigación 2008; 9(1): 93 – 95.
116. Alayo I, Horna P. Op. Cit., p. 60.
117. Pezo K, Paima K. Op. Cit., p. 52.
118. Bautista L, Zambrano G. Op. Cit., 143.
119. Aguirre F. Op. Cit., p. 38.
120. Romero C. Op. Cit., p. 54.
121. Alayo I, Horna P. Op. Cit., p. 62.
122. Pezo K, Paima K. Op. Cit., p. 58.
123. Carlos C. Op. Cit., p. 46.

124. Alcalde B. Op. Cit., p. 136.
125. Aucay O, Carabajo L Op. Cit., p. 51.
126. Gamboa C. Op. Cit., p. 48.
127. Arías M, Ramírez S. Op. Cit., p. 63.
128. Romero E, Acosta S, Carmona I, Jaimes A, Masco M, Vega C. Op. Cit., p. 58.
129. Contreras A, Contreras M, Hernández C, Castro M, Navarro L. Op. cit., p. 45.



ANEXOS

Código:

Fecha:/...../.....

ANEXO N° 01**GUÍA DE ENTREVISTA DE CARACTERÍSTICAS GENERALES**

TITULO DE LA INVESTIGACION: “Autocuidado y calidad de vida de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017”.

INSTRUCCIONES: Estimado(a) Sr(a): La presente guía de entrevista forma parte de un estudio orientado a obtener información respecto a sus características generales, por lo que se le solicita responder de manera apropiada las preguntas que se le plantean marcando con un aspa (x) dentro de los paréntesis según las respuestas que usted considere conveniente. Sus respuestas serán manejadas con confidencialidad por tanto se le solicita veracidad al responder las interrogantes planteadas.

I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS:

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene Ud. a la fecha?

_____ Años

2. ¿Cuál es su género?:

- a) Masculino ()
b) Femenino ()

3. ¿Cuál es su lugar de residencia?:

- a) Urbana ()
b) Rural ()
c) Periurbana ()

II. CARACTERÍSTICAS SOCIALES:

4. ¿Cuál es su estado civil?

- a) Soltero (a) ()
b) Casado (a) ()
c) Conviviente ()
d) Separado (a) ()
e) Viudo (a) ()

5. ¿Qué religión profesa Ud.?

- a) Católica ()
b) Evangélica ()
c) Mormón ()
d) Ateo (a) ()
e) Otros ()

6. ¿Cuál es su grado de escolaridad?

- a) Sin estudios ()
b) Primaria ()
c) Secundaria ()
d) Superior ()

7. Aproximadamente ¿cuál es su ingreso económico familiar mensual?

- a) Menos de 750 soles ()
 b) De 750 a 1500 soles ()
 c) Más de 1500 soles ()

III. CARÁCTERÍSTICAS FAMILIARES

7. ¿Tiene usted hijos?

- a) Si ()
 b) No ()

En caso de respuesta afirmativa ¿Cuántos hijos tiene usted?

_____ Hijos.

8. ¿Tiene usted algún familiar con antecedentes de una enfermedad crónica?

- a) Si ()
 b) No ()

En caso de respuesta afirmativa ¿Qué tipo de enfermedad es?

IV. CARÁCTERÍSTICAS RELACIONADAS A LA ENFERMEDAD

9. ¿Alguien le apoya en el cuidado de su salud?

- a) Si ()
 b) No ()

En caso de respuesta afirmativa ¿Quién le apoya en el cuidado de su salud?

10. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico que recibe usted?

- a) Insulina ()
 b) Hipoglucemiantes orales ()
 c) Pastillas e insulinas ()
 d) No recibe tratamiento ()

11. Aparte del tratamiento farmacológico ¿Se trata usted con productos naturales?

- a) Si ()
 b) No ()

En caso de respuesta afirmativa ¿Con qué productos naturales se trata usted?

Gracias por su colaboración...

Código:

Fecha:/...../.....

ANEXO N° 02
ESCALA DE AUTOCUIDADO DE
DIABETES TIPO II

TITULO DE LA INVESTIGACION: “Autocuidado y calidad de vida de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017”.

INSTRUCCIONES: Estimado (a) paciente: La presente escala forma parte de un estudio orientado a identificar el nivel de autocuidado que tienen los pacientes con Diabetes tipo II; para tal efecto sírvase marcar con un aspa (x) dentro de los casilleros según las respuestas que usted considere pertinente de acuerdo a las actividades que usted realiza en su vida cotidiana. Se le solicita que usted colabore contestando con toda la seriedad y objetividad del caso, recordándole que esta escala es anónima y los datos que nos proporcione sólo serán utilizados para fines exclusivos de investigación.

N°	REACTIVOS	Siempre	A veces	Nunca
I.	RÉGIMEN ALIMENTARIO			
1.	Ha recibido información sobre su dieta en forma individual.			
2.	Participa en la selección y plan de su dieta			
3.	Respeto la lista de alimentos permitidos y prohibidos			
4.	Realiza visitas a la nutricionista			
5.	Reconoce la importancia de las frutas y verduras en su dieta.			
6.	Respeto las porciones de alimentos en su dieta.			
7.	Respeto el horario de consumo de alimentos			
8.	Consume bebidas alcohólicas.			
9.	Evita usted el consumo de azúcar, pasteles, golosinas, etc.			
II.	ACTIVIDAD FÍSICA			
10.	Con qué frecuencia realiza usted ejercicios físicos			
11.	Cuando usted hace ejercicios, realiza movimientos suaves.			
12.	Practica usted algún deporte (fútbol, vóley, basquetbol).			
13.	Realiza como mínimo 30 minutos de ejercicio al día.			

III.	TRATAMIENTO	Siempre	A veces	Nunca
14.	Toma los medicamentos según las indicaciones de su médico.			
15.	Acude todos los meses a su control médico			
16.	Se mide la presión arterial			
17.	Se controla la glucosa regularmente.			
18.	Se encuentra alerta con los efectos colaterales de los medicamentos hipoglucemiantes que toma (náuseas, diarreas, confusión, sudoración, visión doble)			
IV.	CUIDADOS PERSONALES			
19.	Realiza el lavado de sus pies a diario.			
20.	Realiza el secado de los pies teniendo especial cuidado en los espacios interdigitales (entre los dedos).			
21.	Usa usted zapatos ajustados que causan incomodidad.			
22.	Inspecciona usted diariamente sus pies en busca de heridas o lesiones			
23.	Se recorta las uñas en forma recta.			
24.	Utiliza cremas humectantes para sus pies.			
V.	CUIDADOS DE LA PIEL			
25.	Se baña y seca la piel con especial cuidado en las zonas de pliegue, ingle y ombligo.			
26.	Usa pantalón y camisa manga larga cuando va al campo.			
27.	Usa guantes para proteger sus manos cuando está en riesgo de lesionarse.			
28.	Evita usted rasguños y pinchazos en piel			
29.	Si tiene una herida, usted la lava con agua y jabón y la protege con gasa.			
30.	Lubrica usted su piel usando cremas hidratantes.			

Gracias por su colaboración...

Código:

Fecha:/...../.....

ANEXO N° 03**ESCALA DE CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON DIABETES TIPO II**

TITULO DE LA INVESTIGACION: “Autocuidado y calidad de vida de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017”.

INSTRUCCIONES: Estimado (a) paciente: La presente escala forma parte de un estudio orientado a obtener información respecto a la calidad los pacientes adultas con Diabetes tipo II; por tal motivo, se le solicita marcar con un aspa (x) dentro de los casilleros según las respuestas que usted considere pertinente de acuerdo a la percepción que usted tiene respecto a su calidad de vida en su condición de paciente con Diabetes tipo II. Se le suplica que colabore contestando las preguntas con toda la seriedad y objetividad del caso, recordándole que esta escala es anónima y los datos que nos proporcione serán utilizados para fines exclusivos del presente estudio

N°	REACTIVOS	CATEGORIZACIÓN		
		Muy insatisfecho	A veces Insatisfecho	Muy Satisfecho
I.	SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO			
1.	¿Qué tan satisfecho(a) se siente usted con la cantidad de tiempo que le toma para controlar su diabetes?			
2.	¿Qué tan satisfecho(a) se siente usted con la cantidad de tiempo que pasa para hacerse el chequeo de control de la diabetes?			
3.	¿Qué tan satisfecho(a) se siente usted con su tratamiento actual?			
4.	¿Qué tan satisfecho(a) se siente usted con la flexibilidad que tiene en su dieta y alimentación diaria?			
5.	¿Qué tan satisfecho(a) se siente usted con la carga que su diabetes impone en su familia?			
6.	¿Qué tan satisfecho(a) se siente con el conocimiento que usted tiene acerca de su diabetes?			
7.	¿Qué tan satisfecho(a) se siente usted con su capacidad de descanso y sueño desde que fue diagnosticado con diabetes?			

8.	¿Qué tan satisfecho(a) se siente usted con sus relaciones sociales y amicales desde que fue diagnosticado con diabetes?			
9.	¿Qué tan satisfecho(a) se siente usted con su vida sexual desde que fue diagnosticado con diabetes?			
10.	¿Qué tan satisfecho(a) se siente usted con su capacidad de trabajo y actividades del hogar desde que fue diagnosticado con diabetes?			
11.	¿Qué tan satisfecho(a) se siente usted con la apariencia de su cuerpo?			
12.	¿Qué tan satisfecho(a) se siente usted con el tiempo que pasa haciendo ejercicio?			
13.	¿Qué tan satisfecho(a) se siente usted con el manejo de su tiempo libre y de su capacidad de recreación?			
14.	¿Qué tan satisfecho(a) se siente usted con su vida en general?			
II.	IMPACTO DE LA ENFERMEDAD	Nunca Impacta	A veces impacta	Siempre Impacta
15.	¿Siente usted dolor asociado con el tratamiento de su diabetes?			
16.	¿Se siente usted apenado(a) por tener que tratar su diabetes en público?			
17.	¿Con qué frecuencia su nivel de azúcar en sangre es bajo?			
18.	¿Se siente usted físicamente enfermo(a)?			
19.	¿Interfiere su diabetes con su vida familiar?			
20.	¿Pasa usted "malas noches" (duerme mal)?			
21.	¿Su diabetes limita sus relaciones sociales y amicales?			
22.	¿Se siente usted bien consigo mismo(a)?			
23.	¿Se siente usted restringido(a) por su dieta desde que tiene diabetes?			

24.	¿Interfiere su diabetes con su vida sexual?			
25.	¿Siente que su diabetes le impide usar una máquina (por ejemplo: usar la computadora, conducir un auto, etc.)?			
26.	¿Interfiere su diabetes con su capacidad para hacer ejercicios?			
27.	¿Falta usted al trabajo o a sus deberes del hogar debido a su diabetes?			
28.	¿Con qué frecuencia se encuentra usted explicando lo que significa tener diabetes?			
29.	¿Siente usted que su diabetes interrumpe sus actividades de tiempo libre?			
30.	¿Conversa usted con otras personas acerca de su diabetes?			
31.	¿Lo(a) molestan porque tiene usted diabetes?			
32.	¿Siente usted que por su diabetes va al baño con más frecuencia que otras personas?			
33.	¿Conque frecuencia se encuentra comiendo usted algo que no debería en lugar de decirle a alguien que tiene diabetes?			
34.	¿Con qué frecuencia usted le esconde a los demás el hecho de que está teniendo una reacción a la insulina?			
III.	PREOCUPACIÓN POR LAS CONSECUENCIAS DE SU ENFERMEDAD	Nunca se preocupa	A veces se preocupa	Siempre se preocupa
35.	¿Se preocupa usted por si llegará a contraer matrimonio o a convivir con una pareja debido a su enfermedad?			
36.	¿Se preocupa por si llegará a tener hijos debido a su enfermedad?			

37.	¿Se preocupa usted por si no obtendrá el empleo que desea a causa de su diabetes?			
38.	¿Se preocupa usted por si se le negará el seguro por tener diabetes?			
39.	¿Se preocupa usted por si podrá terminar su educación debido a su enfermedad?			
40.	¿Se preocupa usted por si faltará al trabajo debido a su enfermedad?			
41.	¿Se preocupa usted por si podrá irse de vacaciones o hacer un viaje debido a su enfermedad?			
42.	¿Se preocupa usted por si morirá a causa de su diabetes?			
43.	¿Se preocupa usted porque su diabetes presentará complicaciones?			
44.	¿Se preocupa usted por si alguien no saldrá con usted porque tiene Diabetes?			
IV.	ESTADO DE SALUD	Deficiente	Regular	Bueno
45.	Comparada con otras personas de su edad diría que su estado de salud es:			
46.	¿Cómo calificaría usted su salud física desde que fue diagnosticado con Diabetes?			
47.	¿Cómo calificaría usted estado psicológico desde que fue diagnosticado con Diabetes?			
48.	¿Cómo calificaría usted sus relaciones interpersonales o sociales desde que fue diagnosticado con Diabetes?			

Gracias por su colaboración...

ANEXO 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **Título del proyecto.**

“Autocuidado y calidad de vida de las personas con Diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017”.

- **Responsable de la investigación.**

Tello Bravo, Liz; alumna de la Escuela Académica Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco. Celular N° 974685848.

- **Introducción / Propósito**

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica que tiene especial importancia no sólo por constituir una de las primeras causas de morbimortalidad, sino por las dificultades que enfrenta el paciente diabético para llevar a cabo su tratamiento; control metabólico y la prevención de múltiples complicaciones, siendo necesario por tanto que los pacientes con diabetes tengan prácticas de autocuidados idóneas que les permitan acceder a una buena calidad de vida durante el proceso patológico de su enfermedad.

Por ello, el presente estudio se realiza con el propósito de determinar la relación que existe entre el autocuidado y la calidad de vida de los pacientes diabéticos, y los resultados obtenidos permitirán tener una visión objetiva de la problemática en estudio, permitiendo la implementación de estrategias educativas, orientadas a sensibilizar a los pacientes sobre la importancia que tiene tener prácticas de autocuidado adecuadas y estilos de vida saludable en el cuidado de la salud y la mejora de la calidad de vida de los pacientes con Diabetes tipo II.

- **Participación**

Participarán las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.

- **Procedimientos**

Se le aplicará una guía de entrevista de características generales, una escala de autocuidado y una escala de calidad de vida de pacientes con Diabetes tipo II; nos tomaremos un tiempo aproximado de 30 minutos.

- **Riesgos / incomodidades**

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso a negarse a participar del presente estudio. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

- **Beneficios**

El beneficio que obtendrá por participar en el estudio, es el de recibir información actualizada respecto a las prácticas de autocuidado y la calidad de vida de las personas con Diabetes tipo II, y como se relacionan estas variables en los pacientes diabéticos.

- **Alternativas**

La participación en el estudio es voluntaria, usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que usted tiene derecho.

- **Compensación**

No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte del investigador ni de las instituciones participantes. En el presente estudio usted podrá

solicitar información sobre el mismo y los resultados obtenidos a la investigadora responsable.

- **Confidencialidad de la información**

La información recabada será mantenida en forma confidencial en los archivos de la Universidad de Huánuco; por ello, también se garantiza confidencialidad absoluta en la recolección de los datos.

- **Problemas o preguntas**

Escribir al email: Lizita_tb22@hotmail.com o comunicarse al Celular N° 974685848.

- **Consentimiento / Participación voluntaria.**

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída; y he tenido la oportunidad de preguntar y manifestar mis dudas e inquietudes sobre el estudio de investigación y se me ha respondido en forma satisfactoria. Por tanto, consiento y expreso en forma voluntario mi deseo de participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que ello me afecte de ninguna manera.

Firma del paciente
N° DNI:

Firma de la investigadora
N° DNI:

Huánuco, a los... días del mes de.....del 2016

ANEXO 05

CONSTANCIAS DE VALIDACIÓN

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Colados Liliana Robinson de Janssen, con DNI N° 22404125, de profesión DOTNUTRIENTE, ejerciendo actualmente como DOTNUTRIENTE CLÍNICA en la Institución HOSPITAL REGIONAL HENRIQUE CALVOYAN HEDRANO

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

La Escala de nivel de autocuidado de la Diabetes puede ser adecuada, cumple con los criterios, La Escala de Calidad de Vida debe ser reestructurada de acuerdo a los requisitos considerados para la Evaluación

En Huánuco, a los 03 días del mes de Mayo del 2016.

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional "Henrique Calvoyan Hedrano"

Liliana Robinson de Janssen
Mg. Nut. Liliana Robinson de Janssen
ESP. NUT. CLÍNICA CPE. 0116 - R.N.E. 622

Firma

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Enck Quintana Morales, con DNI N° 45479701, de
 profesión Enfermero, ejerciendo actualmente como
Licenciado en Enfermería en la Institución
C.S. CAURI.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

- Realizar preguntas según realidad local.
- Mejorar la claridad en las preguntas.
- Seguir el uso de Terminología convalidada.

En Huánuco, a los 28 días del mes de Abril del 2016.

MINISTERIO DE SALUD
 MICRO REGIÓN
 CAURI

Dr. Enck Quintana M.
 ENFERMERO

Firma

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

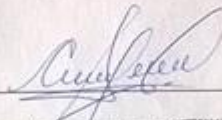
Yo, Licilia Daisy Palacin Condazo, con DNI N° 45092125, de profesión Licenciada en Psicología ejerciendo actualmente como Docente universitario - Psicóloga, en la Institución Universidad de Huánuco.

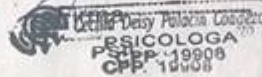
Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

- Formular mejor los ítems para que los evaluados comprendan mejor.
- A criterio mío, deberían modificar las escalas de respuesta.

En Huánuco, a los 28 días del mes de Abril del 2016.





CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, LIC. ENF. SILVERIO BRAVO CASTILLO, con DNI N° 22432155, de profesión ENFERMERO, ejerciendo actualmente como ENFERMERO INDEPENDIENTE - TÓPICO - ASESOR METODOL. en el ~~la~~ Institución Jr. Los Quiros # 131 PAUCARBAMBA - AMANILIS


Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

SEGÚN LA REVISIÓN DE LOS INSTRUMENTOS SE ENCUENTRAN APTOS PARA SU APLICACIÓN Y EJECUCIÓN DEL ESTUDIO.

En Huánuco, a los 27 días del mes de ABRIL del 2016.



Firma 

Lic. Silverio Bravo Castillo
ENFERMERO
C.E.P. 22846

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Silvia Alvarado Rueda, con DNI N° 45831156, de
 profesión Enfermera, ejerciendo actualmente como
Docente, en la Institución
Universidad de Huánuco.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de
 contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes
 recomendaciones:

Cambiar el título, modificar algunos ítems de
el instrumento para entendimiento de la participación
en tu proyecto de Investigación.

En Huánuco, a los 29 días del mes de abril del 2016.

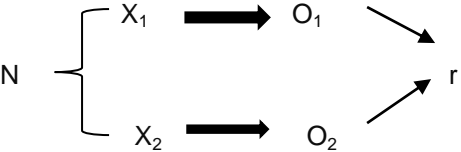



Firma

ANEXO 06
MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES		
<p>Problema general: ¿Cuál es la relación que existe entre el autocuidado y la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017?</p>	<p>Objetivo general: Determinar la relación que existe entre el autocuidado y la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.</p>	<p>Hipótesis general Hi: El autocuidado se relaciona con la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017. Ho: El autocuidado no se relaciona con la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2017.</p>	VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES
			Autocuidado	Régimen alimentario	Bueno Regular Deficiente
Actividad Física	Bueno Regular Deficiente				
Tratamiento	Bueno Regular Deficiente				
Cuidados Personales	Bueno Regular Deficiente				
Cuidados de la piel	Bueno Regular Deficiente				
VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES			
<p>Problemas específicos: ¿Existe relación entre el autocuidado en la dimensión régimen alimentario y la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio?</p> <p>¿Existe relación entre el autocuidado en la dimensión actividad física y la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio?</p>	<p>Objetivos específicos: Identificar la relación que existe entre el autocuidado en la dimensión régimen alimentario y la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio.</p> <p>Conocer la relación que existe entre el autocuidado en la dimensión actividad física y la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio.</p>	<p>Hipótesis específicas: Hi₁: El autocuidado en la dimensión régimen alimentario se relaciona con la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio. Ho₁: El autocuidado en la dimensión régimen alimentario no se relaciona con la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio. Hi₂: El autocuidado en la dimensión actividad física se relaciona con la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio. Ho₂: El autocuidado en la dimensión actividad física no se relaciona con la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio.</p>	Calidad de vida	Satisfacción con el tratamiento	Muy Satisfecho Satisfecho Ninguno Insatisfecho Muy insatisfecho

<p>¿Existe relación entre el autocuidado en la dimensión tratamiento y la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio?</p> <p>¿Existe relación entre el autocuidado en la dimensión cuidados personales y la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio?</p> <p>¿Existe relación entre el autocuidado en la dimensión cuidados de la piel y la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio?</p>	<p>Describir la relación que existe entre el autocuidado en la dimensión tratamiento y la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio.</p> <p>Establecer la relación que existe entre el autocuidado en la dimensión cuidados personales y la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio.</p> <p>Analizar la relación que existe entre el autocuidado en la dimensión cuidados de la piel y la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio.</p>	<p>Hi₃: El autocuidado en la dimensión tratamiento se relaciona con la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio.</p> <p>Ho₃: El autocuidado en la dimensión tratamiento no se relaciona con la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio.</p> <p>Hi₄: El autocuidado en la dimensión cuidados personales se relaciona con la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio.</p> <p>Ho₄: El autocuidado en la dimensión cuidados personales no se relaciona con la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio.</p> <p>Hi₅: El autocuidado en la dimensión cuidados de la piel se relaciona con la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio.</p> <p>Ho₅: El autocuidado en la dimensión cuidados de la piel no se relaciona con la calidad de vida de las personas con diabetes tipo II, usuarios del Centro de Salud en estudio.</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1476 228 1731 443"></td> <td data-bbox="1731 228 1977 443">Impacto de la enfermedad</td> <td data-bbox="1977 228 2197 443">Siempre impacta A veces impacta Nunca impacta</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1476 443 1731 651"></td> <td data-bbox="1731 443 1977 651">Preocupación por la consecuencias de la enfermedad</td> <td data-bbox="1977 443 2197 651">Siempre se preocupa A veces se preocupa Nunca se preocupa</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1476 651 1731 836"></td> <td data-bbox="1731 651 1977 836">Estado de Salud</td> <td data-bbox="1977 651 2197 836">Excelente Muy bueno Bueno Regular Deficiente</td> </tr> </table>		Impacto de la enfermedad	Siempre impacta A veces impacta Nunca impacta		Preocupación por la consecuencias de la enfermedad	Siempre se preocupa A veces se preocupa Nunca se preocupa		Estado de Salud	Excelente Muy bueno Bueno Regular Deficiente
	Impacto de la enfermedad	Siempre impacta A veces impacta Nunca impacta										
	Preocupación por la consecuencias de la enfermedad	Siempre se preocupa A veces se preocupa Nunca se preocupa										
	Estado de Salud	Excelente Muy bueno Bueno Regular Deficiente										

DISEÑO	POBLACION Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS
<p>TIPO DE ESTUDIO: Relacional Según el análisis, alcance de resultados e intervención de la investigadora: Observacional. De acuerdo a la planificación de la recolección de datos: Prospectivo. Por el número de ocasiones en que se mide la variable en estudio: Transversal, Según el número de variables de estudio: Analítico.</p> <p>Diseño de estudio: El diseño de aplicación en estudio será el diseño descriptivo relacional.</p>  <pre> graph LR N --- X1 N --- X2 X1 ==> O1 X2 ==> O2 O1 --> r O2 --> r </pre> <p>Dónde: N : Muestra de personas con Diabetes tipo II. X₁ : Autocuidado. X₂ : Calidad de Vida. O₁ : Observación 1. O₂ : Observación 2. r : Relación entre las variables.</p>	<p>POBLACION MUESTRAL Por ser una población de estudio pequeña se considerará dentro del estudio a todos los pacientes con Diabetes tipo II, inscritos en el Programa de Salud del Centro de Salud Perú Corea que según datos obtenidos de los registros de pacientes proporcionados por la coordinadora responsable de la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisibles de esta Institución se encuentra conformada en total por 57 pacientes con Diabetes Mellitus inscritos en este Programa de Salud.</p>	<p>PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS: Guía de entrevista de características generales. Escala de autocuidado de pacientes con Diabetes tipo II. Escala de calidad de vida de pacientes con Diabetes tipo II.</p> <p>ANÁLISIS DE DATOS: Análisis descriptivo: Se detallarán las características de cada una de las variables en estudio, de acuerdo al tipo de variable en que se trabajó (categórica o numérica), asimismo se tuvo en cuenta las medidas de tendencia central y de dispersión para las variables numéricas y de frecuencias para las variables categóricas. Además se emplearán figuras para facilitar la comprensión en cada caso, tratando de que el estímulo visual sea simple, resaltante y fácilmente comprensible; para tal efecto se determinará las medidas de tendencia central, la media, moda y mediana.</p> <p>Análisis inferencial. Para la contratación de las hipótesis se utilizará la Prueba Chi cuadrada para establecer la relación entre las dos variables en estudio con una probabilidad de $p < 0.05$. En el procesamiento de los datos se utilizará el Paquete Estadístico SPSS versión 20.0 para Windows.</p>